

HOCHSCHULE OSNABRÜCK

University of Applied Sciences

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bachelorstudiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Bachelorarbeit

**Evaluation der internen praktischen Logopädieausbildung an der
Berufsfachschule Osnabrück als Baustein für das Konzept eines dualen
Studiengangs**

Erstprüferin: Prof. Dr. Barbara Schneider
Zweitprüferin: M. Sc. Jutta Berding

Bearbeiterin: Katja Becker
Matrikelnr.: 464131

Ausgabedatum: 04.11.2011
Abgabedatum: 16.12.2011

I Inhaltsverzeichnis

I Inhaltsverzeichnis	I
II Abkürzungsverzeichnis	IV
III Tabellenverzeichnis	VII
IV Abbildungsverzeichnis	VIII
Zusammenfassung	2
Abstract	3
1 Einleitung	4
1.1 Projektinteresse	4
1.2 Forschungsprojekt und Ableitung der Forschungsfragen	7
1.3 Aufbau dieser Arbeit	8
2 Theoretischer Hintergrund	9
2.1 Rahmenbedingungen	10
2.1.1 Berufsbild Logopädie und gesetzliche Bestimmungen zur Ausbildung	10
2.1.2 Akademisierung in Deutschland	13
2.2 Kompetenzmodelle	16
2.2.1 Kompetenzmodelle in der Logopädie	16
2.2.2 Kompetenzorientierung im dualen Studiengang EP	17
2.3 Logopädieausbildung in Osnabrück	20
2.3.1 Konzept der Logopädieausbildung in Osnabrück	21
2.3.2 Interne praktische Logopädieausbildung an der BFS Osnabrück	24
3 Material und Methoden	29
3.1 Ablauf des wissenschaftlichen Projekts	30
3.2 Literaturrecherche	31
3.3 Expertengespräche	33
3.4 Methodenwahl	33
3.5 Datenerhebung: Interview	35

3.5.1	Grundsätzliches zur Entwicklung eines Interviews	35
3.5.2	Probandin	35
3.5.3	Leitfadenentwicklung und Pretest	36
3.5.4	Einverständniserklärung	37
3.5.5	Aufzeichnung und Transkription	37
3.5.6	Auswertung	37
3.6	Datenerhebung: Fragebogen	38
3.6.1	Grundsätzliches zur Entwicklung eines Fragebogens	38
3.6.2	Aufbau des Fragebogens	38
3.6.3	Auswahl der Fragen und Antwortkategorien	39
3.6.4	Formulierung des Anschreibens und der Fragen	40
3.6.5	Pretest	41
3.6.6	Online-Fragebogen und Datenschutz	41
3.6.7	Probanden	42
3.6.8	Rücklauf	42
3.6.9	Auswertung	43
3.7	Die Rolle der Evaluatorin im Forschungsprozess	44
3.8	Ethische Aspekte	45
4	Ergebnisse	47
4.1	Darstellung und Analyse der Ergebnisse des Interviews	47
4.2	Darstellung und Analyse der Ergebnisse des Fragebogens	51
4.2.1	Allgemeine Hinweise zu Fragebogenergebnissen	51
4.2.2	Hinweise zur quantitativen und qualitativen Analyse	52
4.2.3	Themenschwerpunkt A – Allgemeines	54
4.2.4	Themenschwerpunkte B bis L – aktuell umgesetzte und neue Aspekte der praktischen Ausbildung	57
4.2.5	Vergleich der Themenschwerpunkte B bis L	70
4.2.6	Themenschwerpunkt M – Anzahl eigener Therapien	71

4.2.7	Vergleich der Beurteilung durch Studierende und Nicht-Studierende.....	73
4.3	Zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse.....	75
4.4	Interpretation der Ergebnisse.....	78
4.4.1	Umsetzungsvorschläge für die BFS.....	78
4.4.2	Interpretation in Hinblick auf die Relevanz der Ergebnisse für das Praxiscurriculum des dualen Studiengangs	85
5	Diskussion	90
5.1	Diskussion des Materials und der Methoden	90
5.2	Diskussion der Umsetzungsvorschläge für die BFS und der Konsequenzen für den dualen Studiengang	93
5.3	Ausblick	95
6	Literaturverzeichnis.....	96
	Erklärung	102

II Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Anl.	(Praxis-)Anleiter/in
BFS	Berufsfachschule/n
BDSL	Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie e. V.
Bsp.	Beispiel
B. Sc.	Bachelor of Science
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Co.	Co-Therapeut/in
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V.
dbS	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.
dgs	Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.
DAA	Deutsche Angestellten Akademie
d. h.	das heißt
Dr.	Doktor
DVD	Digital Versatile Disc (engl. für digitale vielseitige Scheibe)
ebd.	eben da
ELP	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
EP	Ergotherapie, Physiotherapie
ErgTHAPrV	Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
EUFH	Europäische Fachhochschule
EWS	Europäische Wirtschafts- und Sprachenakademie
EZB	Elektronische Zeitschriftenbibliothek
f.	folgende
FB	Fachbereich
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gemeinsamer Verbundkatalog
HAWK	Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
HFH	Hamburger Fernhochschule
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HS	Hochschule/n

HSG	Hochschule für Gesundheit
IB	Internationaler Bund
KMK	Kultusministerkonferenz
K-S-Test	Kolmogorov-Smirnov-Test
i.d.R.	in der Regel
inkl.	Inklusiv/e
Lelo	Lehrlogopädin
LIN.FOR	Logopädisches Institut für Forschung an der EWS Rostock
LogAPro	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden
LogopG	Gesetz über den Beruf des Logopäden
lt.	laut
LuFA	Lehr- und Forschungsambulanz
MFS	Myofunktionelle Störung
min	Minuten
M. Sc.	Master of Science
MSH	Medical School Hamburg
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. ä.	oder ähnliche/s
o. g.	oben genannte/n
OP	Operationsraum
OPAC	Online Public Access Catalog
OS-LO-15	DAA-interne Abkürzung für 15. Ausbildungsgang Logopädie in Osnabrück
Pat.	Patient/in
PhysTh-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten
POL	Problemorientiertes Lernen
Prof.	Professor/in
RWTH	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule
s.	siehe
SES	Sprachentwicklungsstörung
[sic]	lateinisch: wirklich (siehe hier)
sog.	sogenannte/n
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
s. u.	siehe unten
SWS	Semesterwochenstunden
Tab.	Tabelle

Th.	Therapeut/in
THAP	Therapeutisches Handlungsprofil
u. a.	unter anderen/m
TN	Teilnehmer/in
usw.	und so weiter
versch.	verschiedene/n
vgl.	vergleiche
ZAPP	Zentrum für angewandte Patholinguistik Potsdam
z. B.	zum Beispiel
ZEWI	Zentrale Einrichtung für Wissenschaftliche Information

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: LogAPro – Praktische Ausbildung	11
Tabelle 2: Gliederung interne und externe Ausbildung nach Schwerpunkten des Curriculums	21
Tabelle 3: Themenschwerpunkte des Fragebogens.....	39
Tabelle 4: Kategorienbildung – Interview	48
Tabelle 5: Deduktive Kategorienbildung – Fragebogen.....	53
Tabelle 6: Induktive Kategorienbildung – Fragebogen	54
Tabelle 7: Mittelwerte der Themenschwerpunkte des Fragebogens	70
Tabelle 8: t-Test Themenschwerpunkte B bis L	74

IV Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theorie-Praxis Einbindung der Kompetenzbereiche im Rahmencurriculum	18
Abbildung 2: allgemeiner Aufbau des Rahmencurriculums	19
Abbildung 3: Interne Praxisausbildung	24
Abbildung 4: Arbeitsschritte im Projekt.....	30
Abbildung 5: Antwortmöglichkeiten im Fragebogen mit Skaleneinschätzung	39
Abbildung 6: Verteilung der Absolventen auf die Abschlussjahrgänge	55
Abbildung 7: Behandelte Störungsbilder während der Ausbildung/aktuell.....	55
Abbildung 8: Bewertung – farbliche Zuordnung im Balkendiagramm	57
Abbildung 9: Skaleneinschätzung B – Hospitationen	58
Abbildung 10: Skaleneinschätzung C – Eigene Therapien.....	59
Abbildung 11: Skaleneinschätzung D – Dokumentation.....	61
Abbildung 12: Skaleneinschätzung E – Praxisanleitung/Supervision	62
Abbildung 13: Skaleneinschätzung F – Übertragungstechnik/ Aufnahmemöglichkeiten...63	
Abbildung 14: Skaleneinschätzung G – Leistungskontrollen/Sichtstunden.....	65
Abbildung 15: Skaleneinschätzung H – Co-Therapien	66
Abbildung 16: Skaleneinschätzung I – Therapiematerial.....	66
Abbildung 17: Skaleneinschätzung J – Intervision	67
Abbildung 18: Skaleneinschätzung K – Ausschuss praktische Ausbildung	68
Abbildung 19: Skaleneinschätzung L – neue Aspekte.....	69
Abbildung 20: Boxplot Positivbeurteilung	76
Abbildung 21: Histogramm Positivbeurteilung.....	76
Abbildung 22: Zukünftige interne Praxisausbildung.....	79
Abbildung 23: Matrix - Zusammenhänge der Kompetenzbereiche und Lernbereiche im Rahmencurriculum.....	87

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Schritte zur Qualitätssicherung in der Logopädie geplant und umgesetzt. Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität beziehen die Ausbildung an Berufsfachschulen (BFS) und den Akademisierungsprozess der Logopädie ein. Die Autorin der vorliegenden Bachelorarbeit ist als Lehrende an der BFS für Logopädie in Osnabrück tätig, die als Kooperationsschule der Hochschule (HS) Osnabrück in den dortigen additiven Studiengang Ergotherapie-Logopädie-Physiotherapie eingebunden ist. Für einen geplanten dualen Studiengang Logopädie ist u. a. die Erstellung eines Praxiscurriculums erforderlich. Bisherige Veröffentlichungen in Form von Modulhandbüchern und Studienverlaufsplänen verschiedener BFS und HS weisen Darstellungslücken zur organisatorischen Umsetzung der praktischen Ausbildung auf. Im vorliegenden empirischen Forschungsprojekt wird die derzeitige interne praktische Ausbildung an der BFS in Osnabrück evaluiert. Aus der Ergebnisanalyse werden konkrete Umsetzungsvorschläge für die zukünftige Praxisausbildung an der BFS abgeleitet. Ein Interview mit einer neuen Mitarbeiterin der BFS, die den Studiengang Patholinguistik absolviert hat, ergab drei neue Aspekte für die Ausbildung in Osnabrück. Ehemalige Absolventen der BFS aus den letzten fünf Abschlussjahrgängen bewerteten mittels Fragebogen rückblickend ihre praktische Ausbildung. Die Analyse dieser Umfrage ergab eine hohe Bedeutung verschiedener Aspekte der Themen Hospitationen, Durchführung eigener Therapien und Co-Therapien für ihre derzeitige berufliche Tätigkeit als Logopäden. Weiterhin werden die Forschungsergebnisse hinsichtlich ihrer Relevanz für die Übernahme in das Praxiscurriculum eines dualen Studiengangs Logopädie an der Hochschule Osnabrück interpretiert und vor dem Hintergrund eines kompetenzorientierten Modells diskutiert.

Abstract

In recent years numerous steps have been planned and implemented to guarantee high quality in speech and language therapy. The steps to improve the quality of training include training in technical colleges as well as the academisation of speech therapy. The author of this thesis works as a lecturer at the School for Speech and Language Therapy, Osnabrück, which is a cooperative school of the Hochschule Osnabrück. For a proposed dual degree program a practical curriculum has to be developed. Previous publications do not include adequate concepts for the organizational implementation of practical training. In this project, the current in-house practical training at the School for Speech and Language Therapy Osnabrück is being evaluated. Suggestions will be derived from the analysis of the results of this evaluation. An interview with a staff member of the school who has a degree in Patholinguistics (Universität Potsdam) revealed new aspects for practical training in Osnabrück. Graduates of the last five years retrospectively rated their practical training. The analysis of this survey revealed a high significance of various aspects of the following topics: Observation as well as undertaking own therapies and co-therapies. Furthermore, the results are analyzed according to relevance for the future curriculum of a dual degree program for speech and language therapy at the Hochschule Osnabrück and discussed against the background of a competency-based model.

1 Einleitung

In der Einleitung der vorliegenden Bachelorarbeit wird zunächst das Projektinteresse betrachtet. Nach der Vorstellung von Maßnahmen verschiedener Verbände zur Sicherung der Ausbildungsqualität werden Lücken in Veröffentlichungen zur praktischen Logopädie-Ausbildung verdeutlicht. Vor diesem Hintergrund leitet die Autorin, die als Mitarbeiterin der Berufsfachschule (BFS) für Logopädie in Osnabrück in den Prozess der Entwicklung eines dualen Studiengangs Logopädie eingebunden ist, unter 1.2 die Forschungsfragen ab und stellt das geplante Projekt vor. Kapitel 1.3 beinhaltet den Aufbau der vorliegenden Arbeit und allgemeine Hinweise.

1.1 Projektinteresse

Der gestiegene Anspruch an das Berufsbild Logopädie hat gerade in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Schritten zur Qualitätssicherung der Ausbildung zum Logopäden/zur Logopädin und zur Qualitätssicherung der Berufsausübung in Gang gesetzt. Die Bestrebungen des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e. V. (dbl) und des Bundesverbandes Deutscher Schulen für Logopädie e. V. (BDSL), diese Qualitätssicherung voran zu treiben, sind besonders hervorzuheben. Beide Verbände haben für die Logopädie in Deutschland eine herausragende Bedeutung und stehen stellvertretend für weitere Vereine und Gremien, die logopädische Interessen vertreten.

Das Projektinteresse der vorliegenden Arbeit liegt im Bereich der Ausbildungsqualität. In diesem Zusammenhang ist als erster Gesichtspunkt die Ausbildung in den BFS zu nennen, die curricular in Anlehnung an die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPro) geregelt ist. Einen weiteren wesentlichen Gesichtspunkt der Ausbildungsqualität stellt der Akademisierungsprozess der Logopädie dar, dessen aktuelle berufspolitische Bedeutung zahlreiche Veröffentlichungen belegen (vgl. exemplarisch Günther 2011; Grohnfeldt 2009; Siegmüller 2009).

Maßnahmen der Verbände dbl und BDSL zur Qualitätssicherung werden im Folgenden skizziert und dabei die Ausbildung betreffende Schritte besonders hervor gehoben.

Der dbl gliedert Maßnahmen zur Qualitätssicherung in solche, die die Patientenversorgung, das Praxismanagement, die Prävention, die Diagnostik und Behandlung, sowie die Aus- und Fortbildung betreffen. Für den Bereich der Logopädieausbildung hat der dbl u. a. Mindestanforderungen zur Gründung und

Qualitätssicherung von Lehranstalten zusammen gestellt. BFS, die diesen Anforderungen entsprechen, erhalten das „dbI-Qualitätssiegel Schulen“ (vgl. dbI 2011g). Auf einer Liste sind derzeit 38 BFS für Logopädie vom dbI namentlich genannt (vgl. dbI 2011d). Bundesweit existieren aktuell über 70 BFS (vgl. dbI 2011b). Der Berufsverband formuliert in seinen Anfang 2010 veröffentlichten Berufsleitlinien Ziele für die Berufsausübung, die Qualifizierung, die wirtschaftliche Position und den Zusammenschluss im Verband, die in den nächsten acht bis zehn Jahren erreicht werden können (vgl. dbI 2010: 2-8). Als Ziel für die Aus-, Fort- und Weiterbildung wird ausdrücklich die Berufsausübung auf Grundlage einer einheitlichen, akademischen, berufsrechtlich geregelten, qualitätsgesicherten Ausbildung festgelegt (vgl. ebd: 5).

Der BDSL nennt in seiner Satzung als wesentliche Aufgaben zur Qualitätssicherung ebenfalls die Gestaltung von Systemen „in der LogopädInnenausbildung und die Mitgestaltung bei nationalen und internationalen berufsrechtlichen Entwicklungen im Bereich Ausbildung“ (BDSL 2006: 1). Aufgenommen in den Verband werden Schulen, die satzungsbedingten Qualitätsnormen entsprechen. Aktuell sind 37 BFS als Mitglieder im BDSL verzeichnet (vgl. BDSL 2011a). 2011 veröffentlichte der BDSL ein Positionspapier zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe der Therapie – Logopädie, das unter 1.2 von der Autorin zur Herleitung von Forschungsfragen heran gezogen wird (vgl. BDSL 2011b: 1-7).

In Deutschland existieren inzwischen mehrere Studiengänge, die neben der staatlichen Anerkennung als Logopädin/Logopäde nach dem Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG) und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPro) einen Bachelorabschluss an einer Hochschule ermöglichen (vgl. BDSL 2011b: 2-3). Veröffentlichungen von Hochschulen und BFS beinhalten Studienverlaufspläne, bzw. Modulhandbücher für die theoretische und praktische Logopädie-Ausbildung (vgl. exemplarisch Universitätsklinikum Aachen 2010, Universität Erlangen-Nürnberg 2011, Wanetschka 2009a und 2009b). Für die Umsetzung der praktischen Ausbildung existieren verschiedene Modelle. Einige Studiengänge integrieren BFS in die praktische Ausbildung (z. B. Universität Erlangen-Nürnberg), andere richten Lehr- und Forschungsambulanzen (LuFA) ein (z. B. Hochschule für Gesundheit (HSG) Bochum) (vgl. HSG 2011), an weiteren Hochschulen existieren Netzwerke mit Kooperationseinrichtungen (z. B. Europäische Fachhochschule (EUFH) Rostock) (vgl. EUFH 2011). Der BDSL bezieht zur Umsetzung der Praxisausbildung im o. g. Positionspapier eindeutig Stellung: „Wir befürworten einen Weg, der die Kompetenzen und Ressourcen der Berufsfachschulen für

Logopädie in den [Akademisierungs- K. B.] Prozess einbezieht. Wir unterstützen additive, duale und integrative Systeme und machen uns stark für ein Modell wissenschaftlich und fachpraktisch fundierter Ausbildung für die logopädische Therapie von Beginn an“ (BDSL 2011b: 4).¹

Seit 1993 als Lehrlogopädin an der staatlichen Lehranstalt für Logopädie der Deutschen Angestellten Akademie (DAA) in Osnabrück tätig und seit 2010 Studierende im Bachelorstudiengang Ergotherapie-Logopädie-Physiotherapie (ELP) an der Hochschule (HS) Osnabrück, ist die Autorin selbst aktiv in den o. g. Akademisierungsprozess der Logopädie eingebunden. Derzeit ist der Bachelorstudiengang ELP in Osnabrück als additives Modell angelegt. Die Lehranstalt für Logopädie Osnabrück ist Kooperationsschule der HS Osnabrück, d. h. parallel zur dreijährigen Ausbildung in der Berufsfachschule findet der erste Studienabschnitt in der HS in Form von Einführungsmodulen statt. Nach der Prüfung zur staatlich anerkannten Logopädin/zum staatlich anerkannten Logopäden an der BFS beginnt der dreisemestrig zweite Studienabschnitt, der mit dem Abschluss Bachelor of Science (B. Sc.) endet (vgl. HS Osnabrück 2011a).

Ab Sommersemester 2012 beginnt für die Berufsgruppen der Ergo- und Physiotherapeuten (EP) ein dualer Studiengang (vgl. HS Osnabrück 2011b). Das bislang unveröffentlichte Rahmen- und Praxiscurriculum für diesen Studiengang wurde der Autorin für die vorliegende Bachelorarbeit zur Verfügung gestellt (vgl. HS Osnabrück 2011d und 2011c). Für die Aufnahme eines dualen Studiengangs Logopädie fanden bereits Vorgespräche statt, ein Curriculum existiert noch nicht. In die Planung eines dualen Logopädie-Studiengangs ist die Autorin als Mitarbeiterin der Kooperationsschule eingebunden. Diese Tätigkeit entspricht der vom BDSL als Stärke der Studiengangsmodelle bezeichneten „Vernetzung der therapeutisch-fachpraktischen Ausbildung mit den wissenschaftlichen Studieninhalten“ (BDSL 2011b: 5).

Mit der Erstellung der Bachelorarbeit möchte die Autorin ihrer o. g. Aufgabe der Beteiligung an der Entwicklung des Studiengangs in Osnabrück nachkommen. Die folgenden Abschnitte 1.2 und 1.3 stellen das konkret geplante Forschungsprojekt vor.

¹ Bezeichnungen verschiedener Studiengangsformen (additive, dual, integrativ) werden in Kapitel 2.1.2 erläutert

1.2 Forschungsprojekt und Ableitung der Forschungsfragen

Wie bereits dargestellt, wurde das vorliegende Forschungsprojekt vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung der Logopädieausbildung entwickelt. In den Planungsprozess eines zukünftigen dualen Studiengangs eingebunden, führte die Autorin vor Beginn des wissenschaftlichen Praxisprojektes Gespräche mit Mitarbeiterinnen der BFS und der HS in Osnabrück. In ersten Vorüberlegungen wurde hinterfragt, welche Projektziele für die beteiligten Institutionen von besonderem Interesse sind. Bestätigt wurden dabei erste Rechercheergebnisse der Autorin, dass bereits veröffentlichte Studienverlaufspläne, Modulhandbücher und Fachartikel ausführliche Angaben zur theoretischen Ausbildung in dualen oder grundständigen Studiengängen beinhalten. Ziele und Inhalte der praktischen Ausbildung sind dort jedoch wesentlich weniger detailliert dargestellt. Insbesondere zur Betreuung durch Lehrende und zur organisatorischen Umsetzung der praktischen Ausbildung fehlen konkrete Angaben. Auch Nowojski (2010: 4) stellt in ihrer Diplomarbeit *Das Theorie-Praxis Verhältnis in der Ausbildung zum Logopäden in Deutschland – eine vergleichende Untersuchung an ausgewählten Ausbildungsstätte* zu Beginn die Frage „Doch in welcher Form erlernen werdende Logopäden die praktische Anwendung ihres Wissens?“ und weist darauf hin, dass es sich hier um eine bislang wenig erforschte Frage handelt.

Neben der Formulierung von Lernzielen in der praktischen Ausbildung bilden Angaben zur konkreten Umsetzung die Basis zur Entwicklung eines Praxiscurriculums für den Logopädie-Studiengang. Vor diesem Hintergrund war die Formulierung eines realistisch umsetzbaren Projektziels durch die Autorin erforderlich. Überlegungen zur Umsetzbarkeit des Projekts wurden durch die Prüfungsordnung für die Bachelorarbeit und die damit verbundene zeitliche Begrenztheit, sowie persönliche Ressourcen der Autorin bestimmt. Der konkrete Nutzen des Projekts für den Standort Osnabrück stand im Vordergrund, so dass die erste Idee einer Studie zur Gegenüberstellung verschiedener Ausbildungs-, bzw. Studiengänge in Deutschland oder im internationalen Vergleich verworfen wurde. Als Lehrlogopädin der BFS in Osnabrück gilt das besondere Interesse der Autorin der von ihr hier mitgestalteten Praxisausbildung angehender Logopäden. Nach weiteren Rücksprachen im BFS- und HS-Team wurde die Beantwortung der folgenden Fragen als Ziel des wissenschaftlichen Forschungsprojekts formuliert:

- Welche Vorschläge ergeben sich für die zukünftige interne praktische Ausbildung an der BFS Osnabrück?

- Welche Inhalte der internen praktischen BFS-Ausbildung sind vor dem Hintergrund des dualen Curriculums EP für den dualen Studiengang Logopädie relevant?

Als Experten für die Beantwortung dieser Fragen werden im Projekt weniger die an der Gestaltung der Ausbildung beteiligten Mitarbeiterinnen der BFS, sondern ehemalige Absolventen der BFS gesehen, die rückblickend ihre Praxisausbildung bewerten. Zusätzlich soll auch der notwendigen kontinuierlichen Weiterentwicklung innerhalb des Fachschulteams Rechnung getragen werden. Eine neue Mitarbeiterin der BFS, die seit einigen Monaten in der theoretischen und praktischen Ausbildung eingesetzt ist, hat den Diplomstudiengang Patholinguistik in Potsdam absolviert. Sie hat dort als Studierende und als Betreuerin methodische Aspekte der praktischen Ausbildung kennen gelernt, die derzeit noch nicht in Osnabrück eingesetzt werden. Eine mögliche Übernahme dieser Aspekte zusätzlich zu Inhalten, die bereits Bestandteile der Praxisausbildung sind, soll im Rahmen des Praxisprojekts diskutiert werden.

1.3 Aufbau dieser Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist nach der Einleitung in sechs weitere Kapitel gegliedert. Kapitel 2 beschäftigt sich mit dem theoretischen Hintergrund der Thematik und beginnt mit der Zusammenfassung gesetzlicher und politischer Rahmenbedingungen. Die Darstellung der Logopädieausbildung an der BFS der DAA Osnabrück in Kooperation mit der HS Osnabrück schließt sich an, wobei in einem separaten Abschnitt der Schwerpunkt der internen praktischen Ausbildung detailliert erläutert wird. Kapitel 3 beinhaltet Material und Methoden der Arbeit. Ausgehend vom Projektablauf in fünf Arbeitsschritten werden zunächst die Literaturrecherche und der Einsatz von Expertengesprächen beschrieben, die Methodenauswahl im empirischen Forschungsprozess begründet. Interview und Fragebogen als eingesetzte Datenerhebungsmethoden werden inkl. Entwicklung, Durchführung, Auswertung und Auswahl der jeweiligen Probanden erläutert. Den Abschluss des Kapitels bilden die kritische Betrachtung der besonderen Rolle der Autorin als interne Evaluatorin und die notwendige Berücksichtigung ethischer Aspekte im Forschungsprozess. In Kapitel 4 werden die ermittelten Ergebnisse des Interviews und der Fragebogenerhebung dargestellt, analysiert und interpretiert. Das eingesetzte Material und die verwendeten Methoden werden in Kapitel 5 diskutiert. Außerdem werden hier die Ergebnisse des Forschungsprojekts bzgl. ihrer Umsetzbarkeit in der BFS und hinsichtlich möglicher Konsequenzen für das Praxiscurriculum des dualen Studiengangs erörtert. Als

Ausgangsbasis dient dafür das duale Rahmen- und Praxiscurriculum EP. Im Ausblick werden als Abschluss zusammenfassend Perspektiven und Entwicklungschancen aufgezeigt. Kapitel 6 beinhaltet das Literaturverzeichnis, Kapitel 7 den Anhang der Bachelorarbeit.

Hinweise zur Form: Aus Gründen der Lesbarkeit werden im Folgenden keine Doppelbezeichnungen von Personen wie „Logopädinnen und Logopäden“ verwendet. Da es sich bei den Personengruppen der (Lehr-)Logopädinnen und Schülerinnen der BFS fast ausschließlich um weibliche Personen handelt, wird in diesen Fällen nur die weibliche Form eingesetzt. Weitere Personenbezeichnungen werden in der kurzen männlichen Form verwendet. In allen Fällen sind selbstverständlich beide Geschlechter gemeint. Das LogopG legt als Ausbildungsstätten für die Logopädieausbildung „staatlich anerkannte Schulen für Logopäden“ (Bundesministerium der Justiz 2009: LogopG § 4) fest. Diese Schulen werden in der Bachelorarbeit einheitlich als BFS bezeichnet.

2 Theoretischer Hintergrund

Das folgende Kapitel beschreibt den theoretischen Hintergrund des Forschungsprojekts, Rahmenbedingungen bilden die Ausgangsbasis (siehe 2.1). Dabei werden die Führung der Berufsbezeichnung Logopäde/Logopädin nach dem LogopG, die LogAPro und das daraus abgeleitete Curriculum für die Ausbildung des Logopäden (vgl. Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagungen der Lehrlogopäden 1993) besonders hervor gehoben. Aspekte der Akademisierung der Logopädie in Deutschland unter Berücksichtigung der Einführung der Modellklausel (vgl. Bundesrat 2009) schließen sich an. Kapitel 2.2 beinhaltet das Thema Kompetenzmodelle. Zuerst wird die Bedeutung der Kompetenzmodelle in der Logopädie allgemein, danach die Kompetenzorientierung im dualen Studiengang EP dargelegt. Für das Forschungsprojekt wurde eine lokale Begrenzung auf den Standort Osnabrück festgelegt. Aus diesem Grund wird unter 2.3 das Konzept der Logopädieausbildung in Osnabrück an der BFS der DAA vorgestellt und hier auch der aktuelle Stand der Akademisierung der Logopädie in Osnabrück erläutert. Besondere Beachtung findet dabei die Kooperation der BFS mit der HS Osnabrück. Die detaillierte Beschreibung des Konzeptschwerpunkts der internen praktischen Logopädieausbildung ist für das Evaluationsprojekt der vorliegenden Arbeit als wesentlicher Teil des theoretischen Hintergrunds zu sehen.

2.1 Rahmenbedingungen

2.1.1 Berufsbild Logopädie und gesetzliche Bestimmungen zur Ausbildung

Die Ausübung einer Tätigkeit unter der Berufsbezeichnung Logopäde/Logopädin bedarf der Erlaubnis, diese ist im LogopG vom 07.05.1980 mit Ergänzung vom 25.09.2009 geregelt (vgl. Bundesministerium der Justiz 2009: § 1). Mit Bestehen der staatlichen Prüfung für Logopäden nach einer dreijährigen Ausbildung wird die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erteilt (vgl. ebd.: § 2). Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung und die Durchführung der Ausbildung an einer staatlich anerkannten Schule für Logopäden sind nach § 4 geregelt (vgl. ebd.).

Inhalte sowie Zeitrahmen der Ausbildung und der staatlichen Prüfung für Logopäden sind in der LogAPro vom 01.10.1980, geändert durch Art. 17 G vom 02.12.2007, festgelegt (vgl. Bundesministerium der Justiz 2007b). Nach zwanzig Fächern gegliederte Inhalte der theoretischen Ausbildung und drei Schwerpunkte der praktischen Ausbildung sind mit Stundenangaben versehen (vgl. ebd.: Anlage 1 zu § 1 Abs.1). Die staatliche Prüfung besteht aus einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil (vgl. ebd.: § 5, § 6 und § 7). Hinweise zur Durchführung der Prüfung, zum Prüfungsausschuss usw. finden sich in weiteren Paragraphen der LogAPro (vgl. ebd.: § 3 und § 8-16).

Die Inhalte der praktischen Ausbildung nach der LogAPro sind in **Tabelle 1** aufgeführt. Auf die Darstellung der theoretischen Unterrichtsinhalte wurde verzichtet, da diese für die vorliegende Arbeit weniger relevant sind.

Die LogAPro schreibt eine Gesamtstundenzahl von 2.100 im Rahmen der praktischen Ausbildung vor, 1.740 Stunden sind für die theoretische Ausbildung vorgesehen. Die Stunden der praktischen Ausbildung verteilen sich mit 340 Stunden auf Hospitationen, mit 1.520 Stunden auf die Praxis der Logopädie und mit 240 Stunden auf die Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams.

Tabelle 1: LogAPro – Praktische Ausbildung

	Stunden
1. Hospitationen in 1.1 Phoniatrie und Logopädie 1.2 Anderen fachbezogenen Bereichen, auch Exkursionen (mindestens 100 Stunden)	340
2. Praxis der Logopädie 2.1 Übungen zur Befunderhebung 2.2 Übungen zur Therapieplanung 2.3 Therapie unter fachlicher Aufsicht und Anleitung	1.520
3. Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams auf den Gebieten der 3.1 Audiologie und Pädaudiologie 3.2 Psychologie einschließlich Selbsterfahrungstechniken 3.3 Musiktherapie	240
	2.100

Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an LogAPro, Anlage 2 zu § 1 Abs. 1)

Bereits vor Inkrafttreten der LogAPro wurde 1974 die erste Fassung eines Curriculums für die Ausbildung von Logopäden „hinsichtlich der logopädischen Praxis von den Teilnehmern des ersten Lehrgangs zur Heranbildung und Weiterbildung von Lehrlogopäden in Berlin (West) erarbeitet, vom Zentralverband für Logopädie, der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Phoniater und der damaligen Logopädiekommission bestätigt und an die Logopädenlehranstalten herausgegeben“ (Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagungen der Lehrlogopäden 1993: I). Die Erstfassung wurde 1978 verbessert und ergänzt, das dritte Curriculum (erste Auflage in gedruckter Form) wurde entsprechend der nun vorliegenden LogAPro 1988 neu gefasst. Die zweite, derzeit gültige Auflage wurde 1993 von der ständigen Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagung der Lehrlogopäden veröffentlicht. Die Autoren verweisen darauf, dass mit dieser Überarbeitung bereits umfangreiche Aktualisierungen vorgenommen worden sind, weitere aber folgen müssen. Sie bezeichnen das Curriculum als Arbeitsgrundlage für die Logopädenausbildung und bitten um kontinuierliche Weiterentwicklung und Fortschreibung (vgl. ebd.: II).

Die in **Tabelle 1** genannten Schwerpunkte der praktischen Ausbildung nach LogAPro wurden inkl. Stundenzahlen im Curriculum aufgegriffen und inhaltlich näher beschrieben. Hospitationen unter Schwerpunkt 1 sollen in den Bereichen Phoniatrie, Logopädie und anderen therapeutischen und pädagogischen Bereichen (z. B. Ergotherapie, Krankengymnastik, Motopädie) stattfinden, wobei in die 240 vorgegebenen Stunden auch Exkursionen einzurechnen sind.

Die Praxis der Logopädie unter Schwerpunkt 2 wird auch im Curriculum in die drei Punkte

- 2.1 Übungen zur Befunderhebung,
- 2.2 Übungen zur Therapieplanung,
- 2.3 Therapien unter fachlicher Aufsicht und Anleitung

unterteilt, wobei es sich um wenigstens 200 eigene Behandlungen unter fachlicher Aufsicht und Anleitung unterrichtsbegleitend handeln muss. Die Teilnehmer sollen „mindestens in den Gebieten Stimmstörung, Zustand nach Kehlkopfoperation, Sprachentwicklungsstörung, erworbene zentral bedingte Sprach- und Sprechstörung und Redeflussstörung praktische Therapieerfahrung haben“ (Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagungen der Lehrlogopäden 1993: 111f). Für die Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams unter Schwerpunkt 3 sind drei Gebiete vorgegeben.

Für die in **Tabelle 1** genannten Schwerpunkte 1 bis 3 sind im Curriculum jeweils allgemeine und spezielle Lernziele für die angehenden Logopäden formuliert. Diese Lernziele verdeutlichen notwendige Ausbildungsinhalte. Exemplarisch werden hier einige spezielle Lernziele genannt:

- Zu 2.1 spezielles Lernziel zu Übungen zur Befunderhebung: „standardisierte Tests und informelle Prüfverfahren zur Erfassung von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Hörstörungen anwenden, auswerten und die Ergebnisse interpretieren können“ (ebd.: 110)
- Zu 2.2 spezielles Lernziel zu Übungen zur Therapieplanung: „anhand vorgegebener Informationen zum Behandlungsstand individuelle Therapieziele für einzelne Therapiesitzungen planen können“ (ebd.: 111)
- Zu 2.3 spezielles Lernziel zu Therapie unter fachlicher Aufsicht und Anleitung bei Stimmstörungen: „bei der Behandlung stimmgestörter Kinder und Jugendlicher die entsprechenden Therapiemaßnahmen in adäquater altersentsprechender Weise durchführen, die Angehörigen beraten und in die Behandlung einbeziehen können“ (ebd.: 113)
- Zu 2.3 spezielles Lernziel zu Therapie unter fachlicher Aufsicht und Anleitung bei Jugendlichen und erwachsenen Stotternden: „in Zusammenarbeit mit dem Supervisor den Patienten unterstützen können, die Angst vor einer offeneren Auseinandersetzung mit dem Stottern, willentlichem Stottern, den Stottereignissen und vor Streßfaktoren mit Hilfe kleinschrittig geplanter Hierarchien zu reduzieren“ (ebd.: 123f)

Die o. g. Beispiele von Lernzielen zeigen detaillierte Formulierungen von Ausbildungsinhalten, es finden sich allerdings weder in der LogAPro noch im Curriculum Angaben zur konkreten Umsetzung dieser Inhalte. Die folgenden und viele weitere Fragen bleiben hier unbeantwortet: Welche Kompetenzen müssen Lehrende haben? Welche technischen Umsetzungsmöglichkeiten müssen vorhanden sein? In welcher Frequenz sollen Therapien von Teilnehmerinnen angeleitet/supervidiert werden? Sollen Leistungskontrollen stattfinden?

Von den Verbänden dbl und BDSL wurden u. a. Qualitätskriterien für Ausbildungsstätten entwickelt (siehe Kapitel 1.1), der dbl bietet außerdem eine Qualifikation für Lehrende an. Auf Antrag kann das Zertifikat „Lehrlogopädin dbl“ ausgestellt werden, wenn die Antragstellerin die erforderlichen Voraussetzungen nachweisen kann (vgl. dbl 2011e).

Wie bereits beschrieben haben die o. g. Lücken in Veröffentlichungen zur Ausbildung die Autorin in ihrem Vorhaben bestärkt, für den Standort Osnabrück als Ergebnis der Evaluationsstudie Angaben zur konkreten praktischen Umsetzung der Lernziele machen zu können.

2.1.2 Akademisierung in Deutschland

Die Logopädieausbildung in Deutschland findet bislang vorrangig an BFS statt. Der in den letzten Jahren begonnene Prozess der Akademisierung der Logopädie in Deutschland wird wie bereits dargestellt von Berufsverbänden unterstützt. Der dbl formuliert in seinen Qualitätsleitlinien das Ziel, „dass bis 2017 eine akademische Erstqualifikation der Regelfall der Logopädieausbildung wird“ (dbl 2011f: 5). Der BDSL betont in seinem Positionspapier: „Wir unterstützen additive, duale und integrative Systeme **und** machen uns stark für ein Modell wissenschaftlich und fachpraktisch fundierter Ausbildung für die logopädische Therapie von Beginn an“ (vgl. BDSL 2011b: 4).

Der Deutsche Bundesrat hat 2009 dem „Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten“ zugestimmt (vgl. Bundesrat 2009). Nach Einführung dieser Modellklausel ist es den Bundesländern erlaubt, für die genannten Ausbildungsberufe eine Hochschulausbildung probeweise einzuführen. Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung sind demnach zulässig, sofern sie nicht das Erreichen der Ausbildungsziele gefährden (vgl. Bundesministerium der Justiz 2009b: § 4 (5)). Nach der Erprobungsphase müssen 2015

Ergebnisse der Evaluation vorgelegt werden, das gesamte Modellvorhaben ist bis zum Jahr 2017 begrenzt (vgl. dbl 2009).

Inzwischen existiert in Deutschland eine Vielzahl von unterschiedlichen logopädischen Studiengängen. Sie werden in Veröffentlichungen der BFS, HS und Berufsverbände als additive, duale, integrative, primär qualifizierende oder grundständige Studiengänge bezeichnet. Die Verwendung dieser Termini ist nicht einheitlich geregelt. Der aktuelle Stand des Angebots an Bachelorstudiengängen vom November 2011 wurde von der Autorin recherchiert. Als Grundlage diente dazu die aktuelle Version einer vom dbl veröffentlichten Liste (vgl. dbl 2011d), die durch weitere Internetrecherchen und Informationen des BDSL ergänzt wurde. Auf der Basis dieser Veröffentlichungen verwendet die Autorin für die vorliegende Bachelorarbeit die folgende Kategorisierung von Studiengängen. Masterstudiengänge werden nicht berücksichtigt, da sie für diese Arbeit nicht relevant sind:

- G (Grundständiger Studiengang)
- A (Additiver Studiengang)
- D (dualer Studiengang).

Als grundständige Studiengänge werden solche bezeichnet, die als doppelten Abschluss „Logopäde nach LogAPro“ nach dem 6. Semester und den Bachelorabschluss nach dem 7. bzw. 8. Hochschulsemester anbieten. Diese Studiengänge wurden durch die Einführung der Modellklausel (s. o.) ermöglicht. Die Studierenden sind von Beginn an in der HS eingeschrieben, die praktische Ausbildung erfolgt in einer Lehr- und Forschungsambulanz oder ist durch Verträge mit Kooperationspartnern (z. B. einer BFS) geregelt.

Additive Studiengänge wie der derzeitige Bachelorstudiengang ELP an der HS Osnabrück sind dadurch gekennzeichnet, dass die Teilnehmer zunächst eine dreijährige Berufsausbildung an einer BFS absolvieren. Während dieser Zeit belegen die Schüler von Kooperationsschulen Einführungs- oder Zusatzmodule an der HS, deren Anerkennung die Aufnahme an der HS nach der dreijährigen BFS-Ausbildung gestattet. Eine weitere Aufnahmemöglichkeit besteht über den Nachweis einer mehrjährigen Berufstätigkeit und das Bestehen einer Einstufungsprüfung an der HS. Additive Studiengänge werden als Vollzeitstudium oder berufsbegleitend angeboten. Als Vollzeitstudium werden das 4. bis 6. Semester gerechnet.

Duale Studiengänge haben eine Dauer von insgesamt acht Semestern. Die Teilnehmer sind von Beginn an als Studierende in der Hochschule eingeschrieben und gleichzeitig

Auszubildende an einer kooperierenden BFS. Nach sechs Semestern ist die Prüfung nach LogAPro mit dem Abschluss „Logopäde“ vorgesehen, nach dem 8. Semester der Bachelorabschluss. Besonderheit dieser Studiengangsform ist die Tatsache, dass die BFS während der gesamten Zeit in die theoretische und praktische Ausbildung eingebunden ist. Einige Module finden ausschließlich an der Hochschule, andere ausschließlich an der BFS statt, weitere Module werden im Team von Lehrenden der BFS und der HS übernommen. Die praktische Ausbildung findet komplett an der Kooperationsschule statt. Diese Form eines dualen Studiengangs Logopädie ist in Osnabrück derzeit in Planung.

Die Berufsbezeichnung „Logopäde“ ist gesetzlich geschützt, allerdings können sprachtherapeutische Leistungen in Deutschland (weltweit einzigartig) von verschiedenen Disziplinen erbracht werden. Logopädinnen sind in Deutschland zwar die größte Gruppe innerhalb der sprachtherapeutischen Berufe (vgl. Grohnfeldt 2009: 209), seit 2007 besteht aber auch für Absolventen anderer grundständiger Studiengänge die Möglichkeit ohne Berufsurkunde Sprachtherapie als Krankenkassenleistung anzubieten (vgl. Bilda, Brenner 2011: 34). Der Studiengang Patholinguistik Potsdam und einige andere sprachtherapeutische Studiengänge beinhalten eine interne praktische Ausbildung. Die interne praktische Ausbildung im Patholinguistik-Studium wird in der vorliegenden Arbeit im Rahmen des Interviews berücksichtigt.

Siegmüller und Pahn (2009: 35) bekräftigen „die Notwendigkeit zu einer Weiterentwicklung des bestehenden Curriculums in ein Modulsystem für Bachelorstudiengänge“ für die Akademisierung der Logopädie. Die Autorinnen sprechen von dem Versuch, die Logopädie in das System deutscher Universitäten und Fachhochschulen einzubauen und verweisen auf die erforderliche kritische Betrachtung der Frage, wie die praktische Ausbildung in Studiengängen umgesetzt werden kann (vgl. ebd.: 39).

Die notwendige Auseinandersetzung mit der in einen Studiengang integrierten Praxisausbildung wurde auch in der Recherche zum Thema Akademisierung deutlich, und bekräftigte die Autorin in der Zielsetzung ihrer Bachelorarbeit. Die bestehende Lücke an Informationen zur konkreten Umsetzung bestätigt sich in einer Vielzahl von Veröffentlichungen (vgl. exemplarisch Janssen, Bilda 2011). Diese Autorinnen vergleichen zwei etablierte logopädische Studiengänge in den Niederlanden und Irland und stellen den grundständigen Modellstudiengang Logopädie in Bochum als Beispiel für ein zukünftiges Modell in Deutschland dar.

2.2 Kompetenzmodelle

2.2.1 Kompetenzmodelle in der Logopädie

Für die zukünftige Logopädieausbildung ist besonders auf den Begriff der Kompetenzorientierung hinzuweisen. Seit einigen Jahren werden Bildungsstandards für alle Bildungsebenen in diesem Sinne überarbeitet. Während früher der Fokus auf dem Input, d. h. auf der Angebotsseite der Bildungsträger in Form von Lehrplänen mit Unterrichtsinhalten und –dauer lag, tritt jetzt die Berücksichtigung des Outputs in den Vordergrund. Der Output, das Ergebnis auf Seiten der Lernenden, wird in Kompetenzen ausgedrückt (vgl. Klieme et al. 2007). Auch für die Logopädie gewinnt die Kompetenzorientierung zunehmend an Bedeutung, wobei hier sowohl die curricular geregelte Ausbildung an den BFS, als auch der Prozess der Akademisierung betrachtet werden muss (vgl. Pahn et al. 2010: 32). Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurde 2006 die Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädienschulen in Nordrhein-Westfalen (NRW) erstellt. Dort weisen die Autoren darauf hin, dass es nicht mehr darum geht, den Lernenden möglichst viele Detailkenntnisse zu vermitteln, sondern es bedarf „einer Bildung, die darauf abzielt, den Lernenden eine Schnittmenge aus berufsbezogenen und –übergreifenden Qualifikationen zu vermitteln, die sie zur Bewältigung unterschiedlicher, sich wandelnder beruflicher Anforderungen sowie zu deren aktiver Gestaltung befähigt“ (Springer, Zückner 2006: 3). Als Schlüsselqualifikationen werden zum Erreichen einer berufsübergreifenden Qualifikation in der o. g. Ausbildungsrichtlinie mehrere Kompetenzen genannt: Fachliche Kompetenz, Sozial-kommunikative Kompetenz, Methodische Kompetenz und Personale Kompetenz (vgl. ebd.: 8-9).

Der dbl hat die Konzipierung eines Kompetenzprofils für die Logopädie in Auftrag gegeben. Der Fokus soll nicht mehr auf der Anzahl von Unterrichtsstunden in Ausbildung und Studium liegen, sondern auf den Kompetenzen, die die Absolventen mit dem Abschluss besitzen. Erste Ergebnisse des Projekts zur Konzipierung eines Kompetenzprofils wurden im September 2011 von einer Arbeitsgruppe in Osnabrück vorgestellt und sollen Mitgliedern des dbl in Kürze zugänglich gemacht werden (vgl. dbl 2011a). Die systemische Entwicklung und Evaluation therapeutischer Kompetenzen war ebenso Thema der Herbsttagung des BDSL im November 2011. Das Hauptthema der diesjährigen Fachzeitschrift des BDSL lautet „kompetenzorientiertes Lernen und darauf abgestimmte Prüfungen“ (BDSL 2011a).

Zahlreiche Veröffentlichungen aus sprachtherapeutischen/logopädischen Fachkreisen thematisieren inzwischen die Kompetenzorientierung, entsprechende Modelle werden z. B. didaktischen Unterrichtskonzepten zugrunde gelegt. Als Beispiele zu nennen sind hier das problemorientierte Lernen (POL) (vgl. Rottmann 2011: 42-48) oder die reflektierte Präsentation als Prüfungsinstrument (vgl. Bednarz 2009). Auch neuere Modulhandbücher und Curricula für logopädische Ausbildungen basieren auf Kompetenzmodellen (vgl. exemplarisch Universitätsklinikum Aachen 2010, Wanetschka 2009b).

2.2.2 Kompetenzorientierung im dualen Studiengang EP

Für den im Sommersemester beginnenden dualen Studiengang EP wurde im Rahmen der Akkreditierung ein kompetenzorientiertes Rahmen- und Praxiscurriculum erstellt. Da sich die Planung eines dualen Logopädiecurriculums an diesen orientieren wird, werden sie inhaltlich kurz erläutert.

Den interdisziplinären konzeptionellen Rahmen des dualen Curriculums EP bildet das ICF-Modell (International Classification of Functioning, Disability and Health) der biopsychosozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit, mit den Komponenten Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten, Partizipation, Umwelt- und Personenbezogenen Faktoren (vgl. DIMDI 2005). Entsprechend dieses Gesundheitsverständnisses werden Teilhabe und Wohlbefinden als Ziel therapeutischer Arbeit verstanden. Im berufsqualifizierenden Studiengang EP soll ein Kompetenzentwicklungsprozess stattfinden, der sich über Dimensionen Theorie – angewandte Theorie – Praxis erstreckt (vgl. HS Osnabrück 2011d: 5). Berufliche Handlungskompetenz wird von der Kultusministerkonferenz (KMK) „verstanden als die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen von Fachkompetenz, Humankompetenz und Sozialkompetenz“ (vgl. KMK 2007: 10). Das Erreichen einer beruflichen Handlungskompetenz wird im dualen Rahmencurriculum EP als übergeordnetes Ziel gesehen. Vorgaben aus der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ErgTHAPrV) (vgl. Bundesministerium der Justiz 2007a) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV) (vgl. Bundesministerium der Justiz 2007c), sowie aus den ENOTHE-Tuning-Kompetenzen² für

² ENOTHE = European Network of Occupational Therapy in Higher Education

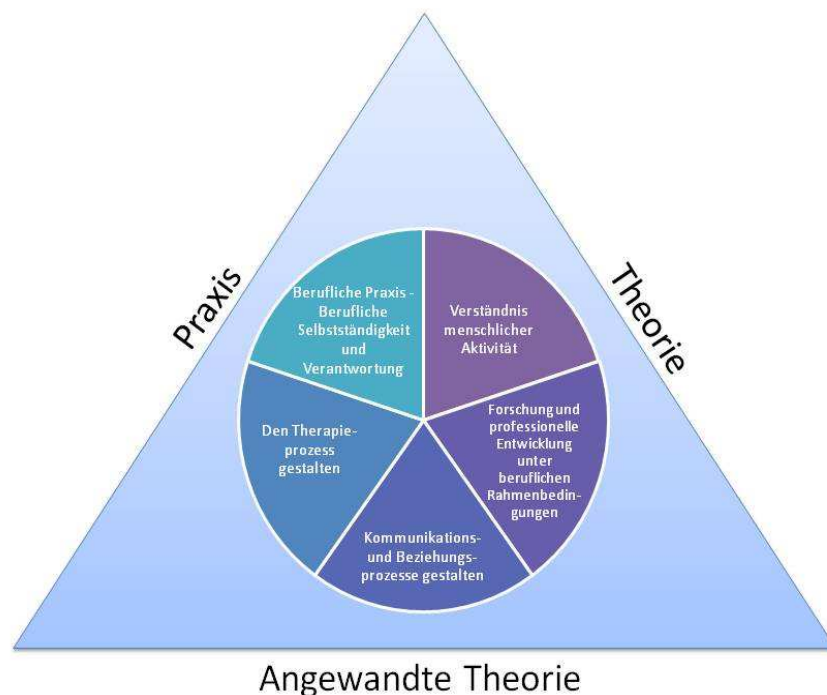
die Ergotherapie (vgl. ENOTHE 2011) und der EU-Benchmark-Statements for Physiotherapy (vgl. World Confederation for Physical Therapy 2011) wurden genutzt, um fünf Kompetenzbereiche für die Ergotherapeutische/Physiotherapeutische Handlungskompetenz im Rahmencurriculum abzuleiten:

1. Verständnis menschlicher Aktivität
2. Den Therapieprozess gestalten
3. Kommunikations- und Beziehungsprozesse gestalten
4. Forschung und professionelle Entwicklung unter beruflichen Rahmenbedingungen
5. Berufliche Praxis – Berufliche Selbstständigkeit und Verantwortung.

Die Einbindung der o. g. beruflichen Kompetenzen in Theorie, angewandter Theorie und Praxis des Studiengangs ist in **Abbildung 1** dargestellt.

Abbildung 1: Theorie-Praxis Einbindung der Kompetenzbereiche im Rahmencurriculum

Ergotherapeutische/Physiotherapeutische Handlungskompetenz



Quelle: Hochschule Osnabrück (2011c: 6)

Für die Studierenden sind im dualen Studiengang EP verschiedene Modulformen und vorgesehen (vgl. HS Osnabrück 2011d: 7):

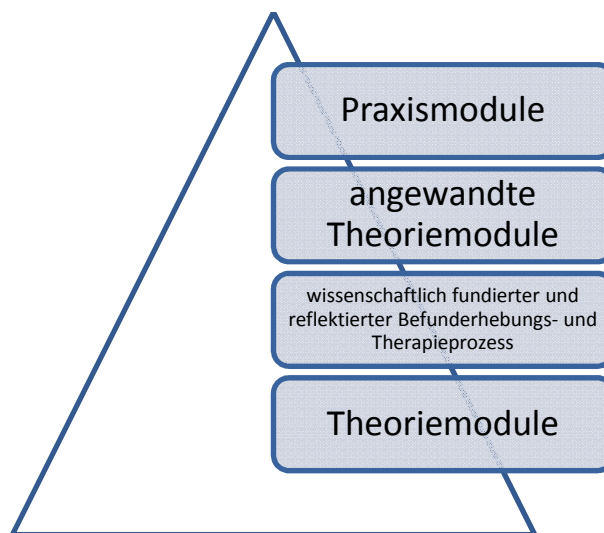
- Hochschulmodule mit berufsspezifischer oder interdisziplinärer Ausrichtung
- Integrierte Module, die durch Team-Teaching der HS und der BFS gelehrt werden
- Berufsfachschulmodule
- Praxismodule,

wobei folgende Lernorte einbezogen sind:

- HS Osnabrück (wissenschaftlicher Anteil)
- BFS (fachlicher Anteil)
- Kooperierende Praxiseinrichtungen der BFS (praktischer Anteil).

Der im dualen EP-Studiengang von den Lernenden zu leistende und von den Lehrenden zu unterstützende Theorie-Praxis-Transfer wird durch den strukturellen Aufbau in Form eines Spiralcurriculums mit der Verzahnung verschiedener Module gefördert. Die Grundstruktur zeigt das folgende Modell in **Abbildung 2**:

Abbildung 2: allgemeiner Aufbau des Rahmencurriculums



Quelle: eigene Darstellung (in Anlehnung an Hochschule Osnabrück 2011c: 3)

Entsprechend ist die Entwicklung der beruflichen Handlungskompetenz in drei Stufen zu vollziehen, sie geht vom Prinzip des Lernens am Modell aus. Während der ersten Entwicklungsstufe handelt der Lernende „in einer bekannten Situation in Begleitung

und/oder mit Unterstützung“ (HS Osnabrück 2011c: 5), in der zweiten Entwicklungsstufe handelt der Lernende „in neuen Situationen mit Unterstützung aber mit zunehmender Selbständigkeit und Kompetenz“ (ebd.: 5). Die dritte und letzte Entwicklungsstufe ist dadurch gekennzeichnet, dass Lernende „in neuen komplexen Situationen vollkommen kompetent und selbständig [handelt K. B.]“ (ebd.: 5).

Auf die detaillierte Beschreibung der fünf Kompetenzen, Methoden zur Anbahnung beruflicher Handlungskompetenz und weiterer Einzelheiten zum curricularen Aufbau wird an dieser Stelle verzichtet. Sie wird in späteren Kapiteln genutzt, um die Ergebnisse der Forschungsstudie in Hinblick auf einen dualen Studiengang Logopädie zu interpretieren und zu diskutieren.

2.3 Logopädieausbildung in Osnabrück

Die Inhalte des Konzepts der Logopädieausbildung in Osnabrück wurden von der Autorin nach Gesprächen im Kolleginenteam und aus unveröffentlichten Unterlagen der BFS (vgl. Lehranstalt für Logopädie Osnabrück der DAA: 2011) zusammen gestellt. Diese Quellen werden im vorliegenden Kapitel nicht im Einzelnen zitiert. Einige Muster für die in der BFS eingesetzten Beurteilungsbögen, Vorlagen usw. finden sich im Anhang. Sie wurden von der Autorin in Anlehnung an die BFS-internen Unterlagen für die Bachelorarbeit erstellt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die Lehrenden der BFS im Fachbereich Logopädie Osnabrück einheitlich als Lehrlogopädinnen bezeichnet, auch wenn sie einen abweichenden Berufsabschluss haben (z. B. Diplom-Patholinguistin). Außerdem wird die im Curriculum geforderte fachliche Aufsicht und Anleitung der Therapien von Schülerinnen als Praxisanleitung bezeichnet, da dieser Begriff an der BFS Osnabrück geläufig ist und häufiger verwendet wird als die Bezeichnung Supervision. Die vorliegende Arbeit setzt sich ressourcenbedingt nicht weiter mit der Differenzierung der Begriffe Praxisanleitung und Supervision auseinander, die in Fachkreisen immer wieder thematisiert wird (vgl. exemplarisch Clausen-Söhngen 2010: 21).

2.3.1 Konzept der Logopädieausbildung in Osnabrück

Die Logopädieausbildung in Osnabrück ist seit 1993 an Lehranstalt für Logopädie der DAA Osnabrück möglich. Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist hier seit 1993 als Lehrende in die theoretische und praktische Ausbildung eingebunden. Seitdem haben vierzehn Logopädie-Kurse die Ausbildung durchlaufen. Nachfolgend werden nur die für die vorliegende Bachelorarbeit relevanten Aspekte der Logopädieausbildung in Osnabrück vorgestellt.

Die Ausbildung und Prüfung erfolgt nach den Richtlinien des LogopG und der LogAPro. Die theoretische Ausbildung umfasst die nach LogAPro und Curriculum erforderlichen Stundenzahlen und Inhalte. Da sich die vorliegende Arbeit mit der praktischen Logopädieausbildung beschäftigt, wird im Folgenden auch nur diese näher betrachtet, auf die inhaltliche Darstellung der theoretischen Unterrichtsinhalte wird verzichtet. Die drei im Curriculum genannten Schwerpunkte der praktischen Ausbildung berücksichtigen an der BFS unterschiedliche Abschnitte der internen und externen Ausbildung (siehe **Tabelle 2**).

Tabelle 2: Gliederung interne und externe Ausbildung nach Schwerpunkten des Curriculums

Schwerpunkt des Curriculums	Interne Ausbildung BFS Osnabrück	Externe Ausbildung BFS Osnabrück
1. Hospitationen	Interne Hospitationen bei Therapien von Schülerinnen	Externe Hospitationen in der Phoniatrie
		Hospitationen während externer mehrwöchiger Praktika
		Exkursionen in verschiedenen Einrichtungen
2. Praxis der Logopädie	Theoretische Ausbildung Logopädie	Externe praktische Ausbildung während externer mehrwöchiger Praktika
	Interne praktische Ausbildung in Form eigener Therapien (incl. Übungen zur Befunderhebung, Therapieplanung, Therapien unter Aufsicht und Anleitung)	
3. Praxis in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des therapeutischen Teams	Psychologie inkl. Selbsterfahrungstechniken	Externe Hospitationen Audiologie und Pädaudiologie in versch. Einrichtungen
	Musiktherapie	

Quelle: eigene Darstellung

Wesentlich für die vorliegende Evaluationsstudie sind die grau hinterlegten Felder der internen Ausbildung in dieser Tabelle: die **internen Hospitationen bei Therapien von Schülerinnen** und die **interne praktische Ausbildung in Form eigener Therapien**. Diese beiden Aspekte werden Kapitel 2.3.2 ausführlicher erläutert, da sie die inhaltliche Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens im Forschungsprozess ausmachen.

Die weiteren in **Tabelle 2** genannten Aspekte der internen und externen Ausbildung werden kurz dargestellt. Die Teilnehmerinnen absolvieren externe Hospitationen im OP einer Klinik, einer HNO-Praxis, einer phoniatischen Praxis, bei einem Hörgeräteakustiker und in einem Beratungszentrum für Hörgeschädigte. Exkursionen finden über den gesamten Verlauf der Ausbildung statt. Exemplarisch seien hier folgende Einrichtungen genannt: Pathologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, HNO-Klinik, Frührehabilitation, Einrichtung für Hörgeschädigte, Sprachheilzentrum, Rehabilitationsklinik, Sprachheilkindergarten. Im Verlauf der dreijährigen Ausbildung sind vier mehrwöchige externe Praktika vorgesehen, wobei das erste Praktikum in einer Kindertagesstätte stattfindet, in der die Teilnehmerinnen neben entwicklungsauffälligen Kindern vor allem auch den Umgang mit altersgerecht entwickelten Kindern kennen lernen sollen. Für die weiteren externen Praktika werden verschiedene Einrichtungen genutzt, in denen Logopäden tätig sind (logopädische Praxen, Sprachheileinrichtungen, Kliniken usw.). Schwerpunkte der ersten beiden logopädischen Praktika liegen im Bereich kindlicher Sprachauffälligkeiten und Stimmstörungen, das dritte logopädische Praktikum hat entsprechend des Unterrichtsstandes den Schwerpunkt Neurologische Sprach- und Sprechstörungen. Für alle externen Praktika liegen detaillierte Angaben zu Lernzielen vor, die im Verlauf der Ausbildung an die Fähigkeiten der Schülerinnen bzgl. Hospitationen und Durchführung eigener Therapien angepasst sind. Die Ausbildungsinhalte Logopädie, Psychologie inkl. Selbsterfahrungstechniken und Musiktherapie sind in unterschiedlichem Umfang in die praktische und theoretische Ausbildung unter den Bereichen 2. und 3. integriert.

Besonders hervorzuheben sind für die Logopädieausbildung in Osnabrück Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Die BFS hat 2009 als eine der ersten Schulen das Qualitätssiegel des dbl erhalten, außerdem ist sie seit 2009 Mitglied im BDSL.

Die BFS ist seit 2009 Kooperationsschule der Hamburger Fernhochschule (HFH) und der HS Osnabrück (vgl. DAA 2011a). Die Studiengänge beider HS schließen mit dem Abschluss Bachelor of Science Speech and Language Therapy/Logopedics ab und sind

nach der von der Autorin für die vorliegende Arbeit konzipierten Definition (siehe 2.1.2) als additive Studiengänge zu bezeichnen.

Im Rahmen des Bachelor-Studiengangs Health Care Studies der HFH ist das Studienangebot in Form eines Fernstudiums in die Ausbildung an der BFS ab dem zweiten Ausbildungsjahr eingebunden. Der erste Studienabschnitt (1.-4. Semester) ist ausbildungsbegleitend für Auszubildende in den Fachrichtungen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie sowie Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege angelegt, der zweite Studienabschnitt (5.-8. Semester) findet berufsbegleitend nach der erfolgreich beendeten dreijährigen Ausbildung an einer BFS statt (vgl. HFH 2011). Eine Mitarbeiterin der BFS nutzt derzeit das Studienangebot der HFH im zweiten Studienabschnitt.

Das Kooperationsmodell mit der HS Osnabrück sieht als ersten Studienabschnitt (1.-3. Semester) ausbildungsbegleitend den Besuch von Zusatzmodulen an der HS im zweiten Ausbildungsjahr vor (Einführung in die wissenschaftliche Methodik für Therapeuten, Schlüsselqualifikation und Gesprächsführung für Therapeuten). In den zweiten Studienabschnitt (4.-6. Semester) können Studierende nach ihrer dreijährigen Ausbildung an der BFS und mit Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an den Zusatzmodulen einsteigen. Alternativ zum Einstieg über die Zusatzmodule ist für Absolventen anderer BFS der Einstieg über eine Einstufungsprüfung möglich. Der zweite Studienabschnitt ist als Vollzeitstudium angelegt. Während des 4. und 5. Semesters sind 24/22 Semesterwochenstunden (SWS) vorgesehen, von denen 4 SWS in einer Praxiseinrichtung absolviert werden. Das 6. Semester beinhaltet das wissenschaftliche Projekt und ein Seminar zur Vorbereitung der Bachelorarbeit, sowie die Erstellung derselben. Der Studiengang ist in interdisziplinärer Form für die Handlungswissenschaften ELP angelegt. Es finden sowohl berufsübergreifende als auch berufsspezifische Module statt (vgl. HS Osnabrück 2011a). Seit 2009 belegen ca. die Hälfte der Schülerinnen eines jeden Ausbildungskurses die Zusatzmodule der HS. Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist über die Einstufungsprüfung in das 4. Hochschulsemester eingestiegen.

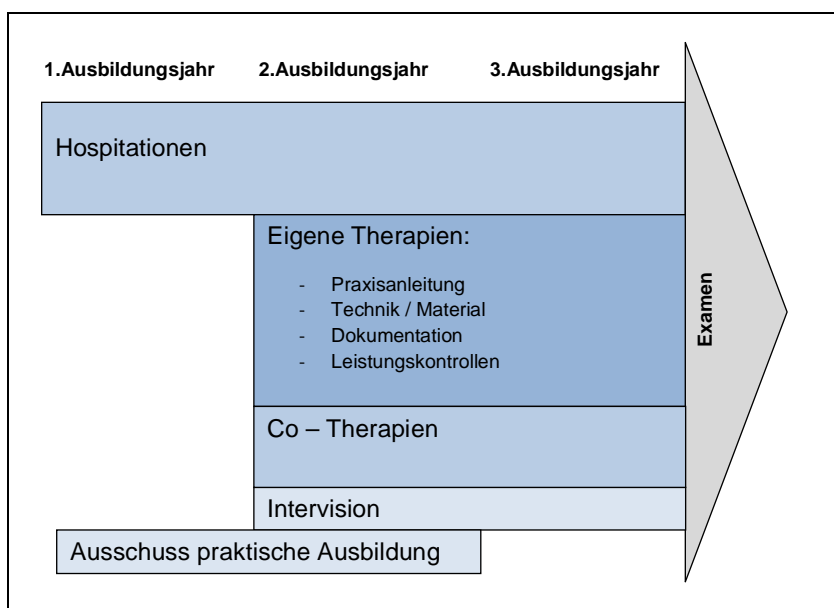
Wie zuvor beschrieben ist an der HS Osnabrück ab Sommersemester 2012 die Einführung eines dualen Studiengangs EP vorgesehen, die Einführung eines dualen Studiengangs der Fachrichtung Logopädie in Kooperation mit der BFS in Osnabrück ist in Planung. Während erster Vorgespräche, an denen die Autorin teilgenommen hat, wurde das Modulkonzept für den dualen EP-Studiengang vorgestellt und die Übernahme dieses Konzepts für die Logopädie diskutiert.

2.3.2 Interne praktische Logopädieausbildung an der BFS Osnabrück

Die bereits in **Tabelle 2** hervorgehobenen Aspekte der internen praktischen Logopädieausbildung **Interne Hospitationen bei Therapien von Schülerinnen** und **interne praktische Ausbildung in Form eigener Therapien** werden nachfolgend näher betrachtet, um weitere BFS-spezifische Aspekte ergänzt und dabei konkrete methodische und organisatorische Gesichtspunkte der Umsetzung beschrieben.

Abbildung 3 stellt fünf Felder der internen Praxisausbildung im Verlauf der dreijährigen Ausbildung als Vorbereitung auf das Examen grafisch dar. Dabei deutet die Höhe der Felder die Einschätzung der Bedeutung für die Praxisausbildung durch die Autorin an: Eigene Therapien, Hospitationen und Co-Therapien sind hervor gehoben, demgegenüber sind Intervisionen und der Ausschuss praktische Ausbildung von nachrangiger Bedeutung.

Abbildung 3: Interne Praxisausbildung



Quelle: eigene Darstellung

Hospitationen

Ab Beginn des ersten Ausbildungsjahres hospitieren Schülerinnen bei Therapien höherer Jahrgänge. Diese Hospitationen finden zunächst überwiegend im Klassenverband statt. Sie schließen die Teilnahme an der 30minütigen mündlichen Reflexion der Therapeutin im Anschluss an die Behandlung in Anwesenheit der Co-Therapeutin und der betreuenden Lehrlogopädin ein. Die Hospitierenden haben die Möglichkeit, Fragen zur Therapie zu

stellen und/oder ihre Beobachtungen zu schildern. Für Hospitationen kann die Einwegspiegelscheibe, die Videoübertragung in Klassenräume oder in einen separaten Beobachtungsraum genutzt werden. Die Anzahl der bis dato zu absolvierenden Hospitationen wird von der Schulleitung in Anlehnung an das Curriculum (vgl. Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagungen der Lehrlogopäden 1993: XVII) für einen bestimmten Zeitraum bekannt gegeben. Als Nachweis führen alle Schülerinnen Listen, auf denen jede Hospitation von der anleitenden Lehrlogopädin gegen gezeichnet wird.

Eigene Therapien (Praxisanleitung, Technik/Material, Dokumentation, Leistungskontrollen)

Eigene Therapien in verschiedenen Störungsbildern finden ab dem zweiten Ausbildungsjahr statt. Vorgesehen sind insgesamt ca. 80 Behandlungen, davon 40 im Bereich kindliche Sprech- und Sprachauffälligkeiten, 20 im Bereich Stimmstörungen und 20 im Bereich neurologischer Sprach- und Sprechstörungen. Als Nachweis für die erbrachten eigenen Therapien führt jede Schülerin Listen, auf denen jede Behandlung von der anleitenden Lehrlogopädin gegen gezeichnet wird. Für die Schülertherapien sind die Wochentage Montag und Donnerstag an der BFS vorgesehen, die Behandlungen finden an beiden Tagen in einem festgelegten Zeittakt von 45 Minuten Therapie und direkt im Anschluss 30 Minuten mündlicher Reflexion statt. Dieser Zeittakt erleichtert allen Schülerinnen und Anleiterinnen den Wechsel zwischen Räumen, Hospitationen, Co-Therapien usw. In der BFS hängt ein Therapiezeitplan aus, dem alle Behandlungen inkl. Patient/in, Therapeutin, Co-Therapeutin und Praxisanleiterin zu entnehmen sind (siehe Anhang 1). Für die Behandlung eines Patienten ist jeweils ein Therapieblock von 20 Einheiten inkl. Befunderhebung und Anamnese vorgesehen, der kontinuierlich von einer Therapeutin durchgeführt wird. Erfordert die Behandlung eines Patienten eine höhere Stundenzahl, wird die Therapie nach ca. 20 Stunden von einer anderen Schülerin fortgesetzt. Dabei sollte es sich nicht um die Co-Therapeutin handeln. Je nach Therapiebedarf und/oder auf Wunsch des Patienten/der Angehörigen wird ein Therapieblock vor Ablauf der 20 Stunden beendet. Die fachliche Aufsicht und Anleitung übernimmt für den gesamten Therapieblock eine Anleiterin, ein Anleiterwechsel wird nur aus dringenden organisatorischen Gründen vorgenommen. Die Schülertherapien im Rahmen der internen Praxisausbildung finden in der Lehranstalt statt, Ausnahmen bilden lediglich Hausbesuche bei Patienten mit neurologischen Sprach- und Sprechstörungen.

Die Praxisanleiterin beobachtet jede Therapiestunde live hinter der Einwegscheibe oder im Beobachtungsraum per Videoübertragung auf einen Bildschirm. Sie begleitet die Schülerin im Therapieprozess und gibt entsprechend des Ausbildungsstandes notwendige Hilfestellungen für die Zielsetzung, Begründung und methodische Umsetzung der Behandlung. Außerhalb der festen Reflexionszeiten steht die Praxisanleiterin nach Absprache für zusätzliche Gesprächstermine zur Verfügung. Die überwiegende Zahl der Praxisanleiterinnen ist auch in die theoretische Ausbildung eingebunden. Aktuelle Unterrichtsskripte, insbesondere zu Diagnostikverfahren und Therapieansätzen sind allen Praxisanleiterinnen zugänglich, werden in Teamsitzungen diskutiert und ggf. deren Überarbeitung eingefordert. Alle Praxisanleiterinnen werden mit Hilfe eines einheitlichen Fragebogens in mehrmonatigen Abständen anonym von den betreuten Therapeutinnen bewertet. Diese Fragebögen wurden von Schülerinnen nach Absprache mit dem BFS-Team entwickelt und werden seit ca. zwei Jahren eingesetzt.

In der BFS stehen jeweils zwei Therapieräume mit Einwegspiegelscheibe, bzw. Videoübertragungsmöglichkeit zur Verfügung. Zusätzlich kann jede Therapie in jeden Klassenraum übertragen werden. Die Therapeutin kann jede eigene Therapie auf DVD aufzeichnen und für die weitere Bearbeitung und Reflexion kopieren. Therapieaufnahmen werden außerdem von der Anleiterin zu Unterrichtszwecken in der theoretischen Ausbildung genutzt. Das gesamte Therapiematerial der BFS wird in einem separaten Raum gelagert und ist somit allen Therapeutinnen zu jeder Zeit zugänglich. Diagnostikmaterial wird in den Büroräumen der Praxisanleiterinnen aufbewahrt und kann bei Bedarf ausgeliehen werden. Die Therapieräume sind mit Tisch, Stühlen, Regalen/Schränken (ohne Inhalt) ausgestattet. Für Kindertherapien stehen Trip-Trap-Stühle und Knietische zur Verfügung.

Die Schülerin fertigt für jede Therapiestunde eine schriftliche Stundenplanung in tabellarischer Form mit „Therapiebereichen – einzelnen Zielsetzungen – Begründungen der Ziele – methodischem Vorgehen – Material“ an. Nach der Behandlung wird eine Reflexion nach den Kriterien „Beschreibung Patient/Therapeut – Beurteilung Patient/Therapeut – Therapeutenverhalten – Ausblick“ geschrieben. Für jeden Patienten muss ein Anamnese-, ein Befundbericht, ein Rahmenplan (für 20 Behandlungseinheiten) und nach Abschluss des Therapieblocks ein Abschlussbericht erstellt werden. Alle Stundenplanungen und Berichte werden von der betreuenden Lehrlogopädin korrigiert. Für sämtliche Störungsbilder ist eine einheitliche Aktenführung vorgesehen, Berichte werden so weit wie möglich nach identischen Vorlagen verfasst.

Als Leistungskontrolle in der praktischen Ausbildung findet ca. nach der zehnten Therapieeinheit jedes Therapieblocks eine sog. Sichtstunde statt. Diese Therapiestunde wird von zwei Lehrlogopädinnen bewertet, von denen eine die betreuende Praxisanleiterin ist. Während der Sichtstunden beobachten beide Lehrlogopädinnen die Behandlung durch die Einwegscheibe, Hospitationen sind nicht möglich. Die Reflexion der Sichtstunde findet wie unter Prüfungsbedingungen statt. Die Therapeutin hat direkt im Anschluss an die Stunde eine 15minütige Vorbereitungszeit auf die mündliche Reflexion und reflektiert danach in Anwesenheit der beiden Lehrlogopädinnen ohne Kommentare oder Nachfragen derselben in 30 Minuten selbständig ihre Therapie. Diese kommentarlose selbständig erarbeitete Reflexion einer Behandlung ermöglicht den Lehrlogopädinnen eine weitestgehend objektive vergleichbare Beurteilung der Schülerin. Die selbständigen Reflexionen werden entsprechend der o. g. Kriterien in früheren Nachbesprechungen geübt. Die Bewertung der Sichtstunden wird mit Hilfe eines für alle Störungsbilder einheitlichen Beurteilungsbogens durchgeführt, der den Schülerinnen bekannt ist. Die Lehrlogopädinnen vergeben Einzelnoten für die Planung, Durchführung und protokollierte Reflexion aller einzelnen Therapieinhalte. Aus den Einzelnoten des Beurteilungsbogens wird mit Hilfe des Therapeutischen Handlungsprofils (THAP) eine Gesamtnote berechnet. Bei diesem Verfahren handelt es sich um ein computergestütztes Auswertungsverfahren auf Microsoft-Excel®-Basis zur strukturierten und weitgehend standardisierten Bewertung therapeutisch-praktischer Leistungen. Das Verfahren wurde von Henrick Bartels (2006: 30-36) entwickelt und vom BFS-Team für den Standort Osnabrück modifiziert. Die Gewichtung einzelner Bewertungsaspekte der Therapie ist im THAP festgelegt und entspricht dem o. g. Beurteilungsbogen für Sichtstunden. Die Gesamtnote der Sichtstunde wird im Gespräch zwischen Therapeutin und betreuender Lehrlogopädin im Anschluss erläutert. Im Verlauf der Ausbildung sind für jede Schülerin vier Sichtstunden vorgesehen. Alle Therapien im Rahmen des praktischen Examens werden ebenfalls nach diesem Verfahren bewertet.

Co-Therapien

Jeder Therapeutin ist eine Co-Therapeutin zugeordnet, die sie in der Planung, praktischen/theoretischen Vorbereitung und Reflexion der Behandlung unterstützt. Die Co-Therapeutin übernimmt während der Stunde die Kameraführung und fertigt Notizen während der Behandlung/der Nachbesprechung an. Im Krankheitsfall der Therapeutin wird diese von ihrer Co-Therapeutin in der Behandlung vertreten, soweit Patient und

Störungsbild eine Therapieübernahme erlauben. Die Anzahl der zu erbringenden Co-Therapien entspricht der Anzahl der zu erbringenden eigenen Therapien. Als Nachweis führt die Schülerin Listen, auf denen jede Co-Therapie von der anleitenden Lehrlogopädin gegen gezeichnet wird.

Intervision

Begleitend zu den eigenen Therapien findet alle vier Wochen eine Intervisionssitzung des Kurses mit der Klassenlehrerin statt. In einer Kleingruppe reflektieren alle Therapeutinnen zunächst ihr Therapeutenverhalten und setzen sich Veränderungsziele. Im Plenum nennt jede Therapeutin im Anschluss ihr Ziel mit Umsetzungsmöglichkeiten, ggf. werden dazu von der Lehrlogopädin und/oder dem Plenum Hilfestellungen (z. B. zur Konkretisierung) gegeben.

Ausschuss praktische Ausbildung

Die Schülervollversammlung wählt jährlich vier Mitglieder für den Ausschuss praktische Ausbildung. Dieser besteht aus je zwei Teilnehmerinnen des Unter- und Mittelkurses. Der Ausschuss praktische Ausbildung tagt einmal pro Halbjahr im Mai und November und diskutiert auf der Grundlage von Vorgaben der Schulleitung Beurteilungskriterien und Lernziele für die praktische Ausbildung. Die Ergebnisse werden protokolliert und die Protokolle der Schulleitung weiter gegeben. Veränderungsvorschläge werden nach Bedarf zwischen Ausschussmitgliedern und Schulleitung besprochen. Der Ausschuss erstattet Bericht auf der Schülervollversammlung. Aufgaben der Schülervollversammlung sowie die organisatorische Umsetzung derselben sind über die Schulverfassung der BFS geregelt.

3 Material und Methoden

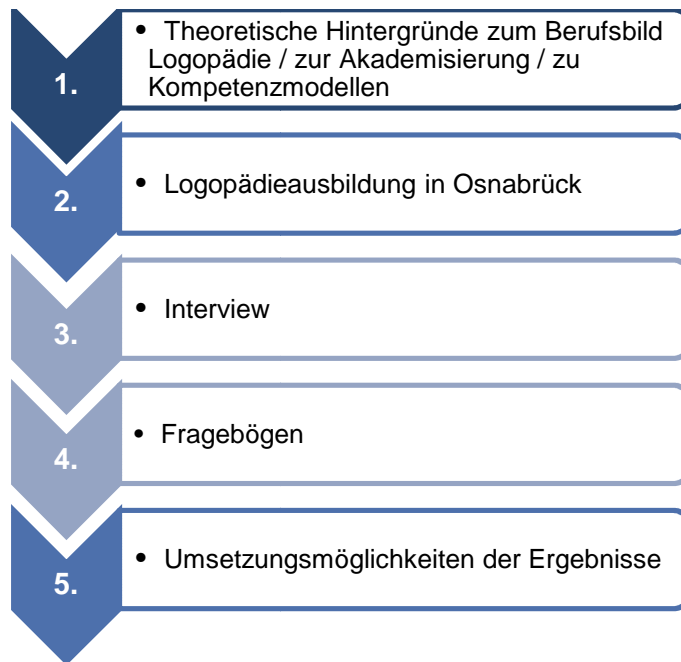
Im Zentrum dieses Kapitels steht die Untersuchungsplanung des wissenschaftlichen Projekts. Ein Untersuchungsplan beinhaltet Untersuchungsziel und -ablauf und wird als wichtigster Abschnitt einer empirischen Forschungsarbeit bezeichnet. Grundsätzlich kann ein Untersuchungsplan erst nach ausreichendem Literaturstudium und Klärung des Untersuchungsanspruchs aufgestellt werden (vgl. Bortz, Döring 2006: 46). Neben dem Untersuchungsplan sind im Rahmen eines Forschungsprojekts die Untersuchungsverfahren (Methoden der Datenerhebung, -aufbereitung und Auswertung) festzulegen, deren Auswahl sich nicht an persönlichen Vorlieben des Untersuchers sondern an Untersuchungsgegenstand und -fragestellung orientieren soll (vgl. Mayring 2002: 40 und 133).

Auf der Basis des nach Absprache mit Mitarbeiterinnen der BFS und Dozentinnen der HS Osnabrück formulierten Ziels (siehe 1.2) wurde ein in mehrere Arbeitsschritte gegliedertes wissenschaftliches Projekt geplant, wobei die einzelnen Arbeitsschritte jeweils unterschiedliche methodische Herangehensweisen erforderten. Im Folgenden wird zunächst der Ablauf des wissenschaftlichen Projekts skizziert (siehe 3.1), danach die für einzelne Arbeitsschritte erforderliche Literaturrecherche in Kapitel 3.2 und die Bedeutung von Expertengesprächen in Kapitel 3.3 erläutert. Im Anschluss finden sich die Begründung und Planung der Methodenwahl und -auswertung, sowie Angaben zu den ausgewählten Probanden (siehe 3.4 bis 3.6). Die Rolle der Evaluatorin im Forschungsprozess wird kritisch hinterfragt (siehe 3.7). Den Abschluss bildet die Darstellung ethischer Aspekte des Projekts in Kapitel 3.8.

3.1 Ablauf des wissenschaftlichen Projekts

Das wissenschaftliche Projekt war in fünf aufeinander aufbauende, klar abgegrenzte Arbeitsschritte gegliedert, deren Schwerpunkte in **Abbildung 4** grafisch dargestellt sind.

Abbildung 4: Arbeitsschritte im Projekt



Quelle: eigene Darstellung

Der erste Arbeitsschritt **Theoretische Hintergründe zum Berufsbild Logopädie/zur Akademisierung/zu Kompetenzmodellen** bestand im Wesentlichen aus einer umfangreichen Literaturrecherche, die unter 3.2 näher erläutert wird.

Der zweite Arbeitsschritt **Logopädieausbildung in Osnabrück** setzte sich aus der Sichtung BFS-interner Unterlagen zur Ausbildung und Gesprächen mit Mitarbeiterinnen des BFS-Teams zusammen.

Die Resultate des ersten und zweiten Arbeitsschritts ergaben den theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit (Kapitel 2.1 bis 2.3) als Ausgangsbasis für die Evaluationsstudie.

Den dritten Arbeitsschritt bildete die Planung, Durchführung und Auswertung eines leitfadengestützte **Interviews** mit einer neuen Mitarbeiterin des BFS-Teams, die seit

einigen Monaten in der theoretischen und praktischen Ausbildung eingesetzt ist. Das Datenerhebungsverfahren in Form eines Interviews ist unter 3.5 näher beschrieben.

Der vierte Arbeitsschritt bestand aus der Planung, Durchführung und Auswertung der Befragung von Absolventen der Lehranstalt für Logopädie in Osnabrück der vergangenen fünf Jahre (Abschluss 2007 bis 2011) mittels **Fragebögen**. Die Absolventen beurteilten rückblickend Aspekte der praktischen Ausbildung und bewerteten den Nutzen einzelner Ausbildungsinhalte für ihre jetzige berufliche Tätigkeit als Logopädin. Außerdem schätzten sie die im Interview ermittelten neuen Aspekte hinsichtlich ihrer möglichen Einbindung in die zukünftige Ausbildung ein. Der vierte Arbeitsschritt macht das Kernstück der vorliegenden empirischen Studie aus. Genaue Informationen zu diesem Datenerhebungsverfahren finden sich 3.6.

Die **Umsetzungsmöglichkeiten der Ergebnisse** waren Themenschwerpunkt des fünften Arbeitsschritts. Die Ergebnisse des Interviews und der Absolventenbefragung wurden in Bezug auf Umsetzungsvorschläge für das BFS-Team analysiert. Aus der Beurteilung der Absolventen und deren Anregungen ergaben sich Themen, die zukünftig in der Logopädieausbildung in Osnabrück verändert, erweitert und/oder zusätzlich aufgenommen werden sollen. Diese Vorschläge wurden im Anschluss unter Berücksichtigung des dualen Curriculums EP hinsichtlich ihrer Relevanz für das duale Logopädiecurriculum interpretiert.

3.2 Literaturrecherche

Das Literaturstudium zu den theoretischen Hintergründen eines Untersuchungsthemas dient zunächst der Orientierung im Themenfeld und im Anschluss der Vertiefung, wobei der Dokumentation der Rechercheergebnisse von Beginn an eine hohe Bedeutung zukommt (vgl. Bortz, Döring 2006: 47-49).

Zu folgenden Themen des theoretischen Hintergrunds des vorliegenden wissenschaftlichen Projekts (Arbeitsschritt eins) wurde die der Autorin bereits vorliegende umfangreiche Literatur auf Nutzbarkeit überprüft und durch die Suche im öffentlichen Internet über die Suchmaschine „Google“ ergänzt:

- Logopädieausbildung an BFS
- Studiengänge Logopädie
- Akademisierung der Logopädie
- LogopG und LogAPro
- Kompetenzmodelle.

Die Recherche setzte sich in den Internetquellen einschlägiger Verbände (dbi, BDSL, Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. dbs, Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. dgs) und durch die Freihandsuche in relevanten Fachzeitschriften (u. a. Forum Logopädie, Logos interdisziplinär) fort. Weiter geführt wurde die Recherche in den Katalogen OPAC (Online Public Access Catalog), ZEWI (Zentrale Einrichtung für Wissenschaftliche Information), EZB (Elektronische Zeitschriftenbibliothek), GKV (Gemeinsamer Verbundkatalog) und über die systematische Suche in wissenschaftlichen Datenbanken mit Verknüpfung geeigneter Stichwörter über den Datenbankprovider DIMDI.

Insbesondere die Suche in den Internetquellen der Verbände und die Recherche in Zeitschriften ergab eine Vielzahl geeigneter aktueller Veröffentlichungen. Festgestellt wurde, dass relevante Bachelor-, Master- oder Diplomarbeiten zur Akademisierung der Logopädie häufig nicht veröffentlicht sind, von ihrer Existenz oft nur durch persönliche Kontakte zu erfahren ist. Auch auf Nachfragen wurden nur einige dieser Arbeiten zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Literaturrecherche besonders hervorzuheben ist die Diplomarbeit von Anne-Kathrin Nowojski *Das Theorie-Praxis Verhältnis in der Ausbildung zum Logopäden in Deutschland – eine vergleichende Untersuchung an ausgewählten Ausbildungsstätten* (vgl. Nowojski 2010), die der Autorin vorliegt. Hier wird der Frage nachgegangen, in welcher Form werdende Logopäden die praktische Anwendung ihres Wissens erlernen. „Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dieser bisher wenig erforschten Frage und zeigt Ansätze, wie das entsprechende Wissen momentan in die praktisch-therapeutische Tätigkeit umgesetzt wird“ (Nowojski 2010: 4). In die Literaturrecherche zum Thema Kompetenzmodelle wurde insbesondere das duale Rahmen- und Praxiscurriculum EP einbezogen, da dieses die Ausgangsbasis der Ergebnisinterpretation und -diskussion für den fünften Arbeitsschritt darstellte.

Im Rahmen des zweiten Arbeitsschrittes wurde auf interne, unveröffentlichte Unterlagen der Berufsfachschule in Osnabrück zurück gegriffen.

Für den methodischen Teil der Arbeit (Arbeitsschritte drei und vier) wurde nach folgenden Themen recherchiert:

- Empirische Sozialforschung
- Qualitative Verfahren
- Interview
- Quantitative Verfahren
- Fragebogen/Onlinefragebogen

Diese Suche fand vorrangig in Bibliothekskatalogen (s. o.) statt.

In den Arbeitsschritten 1 bis 5 wurden keine englischsprachigen Quellen zur Recherche heran gezogen, da die Berücksichtigung internationaler logopädischer Studiengänge bereits zu Beginn ausgeschlossen worden war und für die Recherche des Methodenteils ausreichend deutschsprachige Quellen zur Verfügung standen.

3.3 Expertengespräche

Aufgrund der nur bedingt erfolgreichen Literaturrecherche zu den theoretischen Hintergründen des Projektes kam persönlichen Gesprächen der Autorin mit Dozentinnen verschiedener BFS und HS über Ausbildungs- und Studiengänge eine besondere Bedeutung zu. Ebenso mussten schriftliche Unterlagen zur Logopädieausbildung in Osnabrück durch Gespräche im BFS-Team ergänzt werden. Diese Gespräche sind nicht als systematische Expertengespräche im Sinne sozialwissenschaftlicher Forschung zu verstehen, sondern dienen vor allem der Sammlung zusätzlicher relevanter Informationen. In diesem Sinne ist auch die Teilnahme der Autorin an verschiedenen Fachtagungen während des Projektzeitraums zu sehen, deren Inhalte für die vorliegende Arbeit bedeutsam sind. Exemplarisch genannt wird hier die „BDSL-Herbsttagung“ im November 2011. Die Autorin hat relevante Inhalte und Ergebnisse der Expertengespräche und Tagungen dokumentiert und diese Aufzeichnungen nach Absprache mit den Gesprächspartnern zur Erstellung der Bachelorarbeit genutzt.

3.4 Methodenwahl

Der Methodenwahl innerhalb der empirischen Sozialforschung kommt eine hohe Bedeutung zu. Die Auswahl eines geeigneten Datenerhebungsverfahrens richtet sich einerseits nach dem aktuellen Forschungsstand, andererseits nach der angestrebten Gültigkeit, bzw. Eindeutigkeit der Aussagen einer Untersuchung (vgl. Bortz, Döring 2006: 49f). Wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist die Art des Datenmaterials. Qualitative

Forschung beschäftigt sich mit verbalen Daten, quantitative Forschung mit numerischen (vgl. Bortz, Döring 2006: 296). Grundsätzlich sind in der empirischen Sozialforschung quantitative und qualitative Verfahren einsetzbar, wobei Mayring (2002: 9) feststellt: „Das rein quantitative Denken ist brüchig geworden; ein Denken, das sich den Menschen und Dingen annähert, indem es sie testet und vermisst, mit ihnen experimentiert und ihre statistische Repräsentanz überprüft, ohne vorher den Gegenstand verstanden zu haben, seine Qualität zu erfassen“. Einer klaren Abgrenzung der Definitionen quantitativer und qualitativer Verfahren sind Grenzen gesetzt. Oswald (2010: 191-193) weist darauf hin, dass qualitative Methoden bevorzugt eingesetzt werden sollten, wenn es um die „Entdeckung und Beschreibung fremder Welten“, „Entdeckung und Beschreibung unbekannter Aspekte in vertrauten Welten“, „Entdeckung neuer Zusammenhänge“, „Anwendungen von Theorien auf den Einzelfall“ geht. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass eine Verknüpfung unterschiedlicher Verfahren zur Umsetzung verschiedener Forschungsvorhaben sinnvoll erscheint. Qualitative Untersuchungen können zum Beispiel eine quantitative Untersuchung vorbereiten und/oder ergänzen, nicht standardisiert erhobene Daten können quantitativ und qualitativ ausgewertet werden (vgl. ebd.: 196). Unter Berücksichtigung der o. g. Aspekte waren für die vorliegende Arbeit die „Entdeckung und Beschreibung unbekannter Aspekte in vertrauten Welten“ und die „Entdeckung neuer Zusammenhänge“ von besonderer Bedeutung. Die Autorin bewegt sich aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit als Lehrlogopädin in einer Kooperationsschule der HS in einer vertrauten Welt, beabsichtigte aber, ihr Augenmerk im Rahmen des Forschungsvorhabens sowohl auf unbekannte Aspekte als auch auf neue Zusammenhänge zu richten. Um diese Vorhaben umzusetzen, wurde in der Bachelorarbeit eine Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden eingesetzt.

In der empirischen Sozialforschung ist die Befragung die am häufigsten angewandte Datenerhebungsmethode. Grundsätzlich unterschieden werden können hier die Erhebungsarten Interview- und Fragebogentechnik (vgl. Bortz, Döring 2006: 236). Unter 3.1 wurde im Ablauf des vorliegenden Projekts bereits auf den Einsatz eines Interviews und eines Fragebogens hingewiesen. Das leitfadengestützte Interview mit einer Kollegin ergänzte inhaltlich das vorhandene Wissen der Autorin über die Logopädieausbildung und bereitete die Fragebogenerhebung vor, da die Absolventen hier auch ihre Einschätzung neuer Aspekte für die Ausbildung abgeben sollten. Die Interviewtechnik ist als qualitatives Verfahren zu sehen. Der Fragebogen beinhaltet überwiegend Skaleneinschätzungen zu verschiedenen Aspekten der praktischen Ausbildung, was eine quantitative Auswertung

ermöglichte. Zusätzlich enthält der Fragebogen die Aufforderung an die Probanden, in den Feldern „Bemerkungen“ zu Themenschwerpunkten Stellung zu nehmen, positive/negative Kritik und Veränderungsvorschläge zu formulieren. Die Beantwortung dieser offenen Fragen wurde wiederum unter qualitativen Gesichtspunkten ausgewertet und ergänzte die quantitative Betrachtung.

3.5 Datenerhebung: Interview

3.5.1 Grundsätzliches zur Entwicklung eines Interviews

Das Interview ist eine Form der mündlichen Befragung. Als Interview wird eine verabredete Zusammenkunft von i. d. R. zwei Personen bezeichnet, wobei die Rollen „Interviewer“ und „Befragter“ zuvor festgelegt sind. Ein Interview dient der Erhebung verschiedener Auskünfte des Befragten (vgl. Friebertshäuser, Langer 2010: 438). Unterschieden werden können verschiedene Formen des Interviews, Arten des Kontaktes (z. B. telefonisch oder direkt), unterschiedliche Grade der Standardisierung und die Anzahl der Teilnehmer eines Interviews.

3.5.2 Probandin

In der vorliegenden Arbeit wurde ein einzelnes teilstandardisiertes Experteninterview gewählt. „Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“ (Gläser, Laudel 2010: 12). Argumente für die Durchführung eines einzelnen Interviews waren zeitliche Ressourcen und die Tatsache, dass lediglich die ausgewählte Befragte im BFS-Team folgende notwendige Kriterien erfüllte: Sie hat einen logopädieverwandten Studiengang abgeschlossen, im Rahmen dieses Studiengangs als Studierende und Supervisorin verschiedene Aspekte der Praxisausbildung kennen gelernt und ist seit einigen Monaten in der BFS in Osnabrück in der theoretischen und praktischen Logopädieausbildung eingesetzt. Aufgrund dieser Voraussetzungen kann sie als Expertin gesehen werden, im Interview konnte ihr spezielles Wissen über einen eingegrenzten Themenbereich erfragt werden.

3.5.3 Leitfadenenwicklung und Pretest

Die Verwendung eines Leitfadens ermöglicht ein teilstandardisiertes Interview, wobei der Leitfaden als Orientierung dient, das Sich-Verlieren in nicht relevanten Themenbereichen verhindert und zusätzliche Fragen ermöglicht. Chronologisch aufeinander folgende Schritte zur Erstellung eines Leitfadens werden vorgeschlagen, die von der Autorin befolgt wurden (vgl. Gläser 2010: 142ff). Nach einer Sammlung möglichst vieler interessanter Aspekte zum Thema, erfolgte das Durcharbeiten dieser Liste unter Aspekten des Vorwissens und der Offenheit. Abschließend wurde die methodische Eignung der Liste überprüft. Da es sich um ein einzelnes Interview handeln sollte, wurde kein Pretest im eigentlichen Sinne durchgeführt, der Leitfaden wurde der betreuenden Erstprüferin vorgelegt und im Anschluss überarbeitet. Der endgültige Leitfaden findet sich im Anhang der Arbeit (siehe Anhang 2). Entsprechend des Leitfadens setzte sich das Interview aus fünf Teilen zusammen:

- a. Gesprächseinführung,
- b. Einstiegsfragen,
- c. Interviewschwerpunkt: praktische Ausbildung im Patholinguistikstudium,
- d. Interviewschwerpunkt: Vergleich der praktischen Ausbildung im Patholinguistikstudium / an der Lehranstalt Osnabrück,
- e. Gesprächsabschluss.

Dabei sind die Leitfragen unter c. und d. als wesentliche Fragestellungen zu sehen. Spontan formulierte Ad-hoc-Fragen können zusätzlich in ein Interview eingefügt werden, soweit sie für die Themenstellung und Erhaltung des Gesprächsfadens bedeutsam sind (vgl. Mayring 2002: 70).

Vorrangiges Ziel des Interviews war die Ermittlung von Gesichtspunkten der Praxisausbildung, die als „neue Aspekte“ für die interne praktische Ausbildung in Osnabrück vorstellbar sind. Das Interview fand zu einem frühen Zeitpunkt im Projektverlauf vor Entwicklung des Fragebogens statt. Um möglichst umfangreiches Datenmaterial aus dem Interview als Ausgangsbasis für die weiteren Arbeitsschritte im Projekt zu erhalten wurde ein ca. 45minütiges Gespräch geplant. Die Leitfragen deckten ein möglichst breites Spektrum der praktischen Ausbildung im Patholinguistikstudium der neuen Mitarbeiterin ab.

3.5.4 Einverständniserklärung

Vor Beginn des Interviews haben sowohl die Befragte als auch die Interviewerin eine schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang 3) unterschrieben, Aspekte des Datenschutzes und der Anonymisierung wurden geklärt. Die Tatsachen, dass die Durchführung des Interviews in der BFS bekannt war und es sich um ein einzelnes Interview handelte, lassen Rückschlüsse auf die Person der Befragten zu. Dieser Umstand wurde gegenüber der Befragten thematisiert und von ihr akzeptiert.

3.5.5 Aufzeichnung und Transkription

Das Gespräch fand aus Gründen der Praktikabilität in der BFS statt und wurde per MP3-Player aufgezeichnet. Als Aufbereitungsverfahren wurde die Protokolltechnik der Übertragung in normales Schriftdeutsch gewählt, da die inhaltlich-thematische Ebene des Interviews im Vordergrund stand. Interaktionen, dialektalische oder prosodische Elemente mussten nicht erfasst werden. Grundsätzlich kann ein Interview unterschiedlich genau transkribiert werden, sinnvoll ist jedoch die Transkription nach einem festen Regelsystem. Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Transkriptionsregeln (siehe Anhang 4) wurden von der Autorin in Anlehnung an Kuckartz et al. (2008: 40-50) zusammen gestellt. Zur Vereinfachung der Transkription des digitalen Tonmaterials wurde die Software f4-Audiotranskription eingesetzt (vgl. Audiotranskription.de: 2011).

3.5.6 Auswertung

Die Auswertung des Interviews wurde in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Mit Hilfe dieser Methode ist es möglich, Texte systematisch zu analysieren. Texte werden schrittweise mit Categoriesystemen bearbeitet, die theoriegeleitet am Material entwickelt wurden (vgl. Mayring 2002: 114). Grundsätzlich ist zu beachten, dass die von Mayring vorgeschlagenen Schritte zur qualitativen Inhaltsanalyse nicht starr und unflexibel eingesetzt werden, sondern an den konkreten Forschungsgegenstand angepasst sind (vgl. Mayring 2007: 117). Dieser Forderung ist die Autorin nachgekommen. Mayring schlägt als drei Grundformen des Interpretierens die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung vor (vgl. ebd.: 58). Da es sich im vorliegenden Interviewprotokoll um gezielte Fragen nach einer begrenzten Datenmenge handelt, kam vorrangig die Zusammenfassung und im Anschluss die Strukturierung zum Einsatz. Das Datenmaterial wurde zunächst so reduziert, dass

lediglich die wesentlichen Inhalte erhalten blieben. Im Rahmen der Strukturierung wurde in Anlehnung an die Leitfadenschwerpunkte c. und d. eine deduktive Kategorienbildung vorgenommen (vgl. Mayring 2007: 74).

3.6 Datenerhebung: Fragebogen

3.6.1 Grundsätzliches zur Entwicklung eines Fragebogens

Als schriftliches Befragungsinstrument für die Absolventen der Logopädieausbildung in Osnabrück wurde ein Fragebogen gewählt. Mit der Beantwortung der Fragen sollten die Absolventen rückblickend Aspekte der praktischen Ausbildung beurteilen und den Nutzen einzelner Ausbildungsinhalte für ihre jetzige berufliche Tätigkeit als Logopädin bewerten. Außerdem schätzten sie die im Interview ermittelten Aspekte hinsichtlich ihrer möglichen Einbindung in die zukünftige Ausbildung ein. Die Entscheidung eine schriftliche Befragung durchzuführen wurde getroffen, da ehemalige Teilnehmerinnen in ganz Deutschland verteilt leben. Aus zeitlichen und finanziellen Gründen war es nicht möglich eine große Anzahl von Absolventen einzeln mündlich zu befragen. Die Konstruktion eines Fragebogens wird als komplexes Unterfangen bezeichnet. Überlegungen zur Art von Fragebögen, zu Arten von Skalen, zur angemessenen Auswahl und Formulierung von Fragen, zu Antwortkategorien gehören ebenso dazu, wie die Gesichtspunkte Dramaturgie und Layout (vgl. Porst 2009: 12ff). Bei der Auswahl der Inhalte und Fragestellungen eines Fragebogens musste zunächst überprüft werden, ob bereits von anderen Autoren entwickelte Fragebögen existieren, die für die eigene Untersuchung geeignet sind (vgl. Bortz, Döring 2006, 253). Herangezogen wurde in diesem Fall die folgende Befragung: *Was brachte uns das Studium? Eine Absolventenbefragung des Studienganges für Logopädie der HAWK Hildesheim* (vgl. Hahn 2008).

3.6.2 Aufbau des Fragebogens

Die Entwicklung des Fragebogens begann mit der Erstellung von Themenschwerpunkten, die aus dem Konzept der internen praktischen Logopädieausbildung der BFS in Osnabrück abgeleitet wurden (siehe **Tabelle 3**). Unter den Themenschwerpunkten wurden verschiedene unter 2.3.2 genannte Aspekte zusammen gefasst. Diese inhaltliche Gliederung sollte den Probanden das Ausfüllen des Fragebogens erleichtern. Der Themenschwerpunkt A enthält Einstiegs- und Aufwärmfragen. Die Themenschwerpunkte

B bis K beziehen sich auf die aktuell praktizierte Praxisausbildung in Osnabrück. Unter L wurde um die Beurteilung der neuen Aspekte gebeten, die sich aus der Auswertung des zuvor geführten Interviews ergeben hatten. Themenschwerpunkt M bildet den Abschluss des Fragebogens mit der Bitte um Einschätzung, wie viele eigene Therapien in welcher Verteilung auf verschiedene Störungsbilder den Befragten während der Ausbildung sinnvoll erscheinen.

Tabelle 3: Themenschwerpunkte des Fragebogens

	Themenschwerpunkt
A	Allgemeines
B	Hospitationen
C	Eigene Therapien
D	Dokumentation
E	Praxisanleitung/Supervision
F	Übertragungstechnik/Aufnahmemöglichkeiten
G	Leistungskontrollen/Sichtstunden
H	Co-Therapien
I	Therapiematerial
J	Intervision
K	Ausschuss praktische Ausbildung
L	Neue Aspekte
M	Anzahl eigener Therapien

Quelle: eigene Darstellung

3.6.3 Auswahl der Fragen und Antwortkategorien

Es wurden vorrangig geschlossene Fragen gewählt. Die Probanden wurden wie folgt aufgefordert, einzelne Aspekte durch Ankreuzen vorgegebener Antwortmöglichkeiten zu beurteilen:

Abbildung 5: Antwortmöglichkeiten im Fragebogen mit Skaleneinschätzung

Die Bedeutung dieses Aspektes ist:			
<input type="radio"/> sehr hoch	<input type="radio"/> eher hoch	<input type="radio"/> eher gering	<input type="radio"/> sehr gering
<input type="radio"/> kann ich nicht beurteilen			

Quelle: eigene Darstellung

Die Vorgabe der Antwortitems **sehr hoch – eher hoch – eher gering – sehr gering – kann ich nicht beurteilen** ermöglicht als Skaleneinschätzung den Probanden eine schnelle differenzierte Darstellung ihrer Position. Sie berücksichtigt außerdem die folgende Regel zur Fragebogenkonstruktion „Du sollst Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend und disjunkt (überschneidungsfrei) sind!“ (Porst 2009: 255).

Das Feld **kann ich nicht beurteilen** konnte von Probanden genutzt werden, die keine Entscheidung treffen wollten oder den genannten Aspekt während ihrer Ausbildung nicht kennen gelernt hatten. Es ist davon auszugehen, dass diese Möglichkeit von den ersten Abschlussjahrgängen der Befragung genutzt wurde. Die verbalisierte Skala hat den Vorteil, dass die Befragten nicht über die Skala nachdenken müssen. Eine ungerade Skala mit einem mittleren Wert wurde absichtlich nicht verwendet, da dieser Wert von Probanden in Skalen häufig als „Fluchtkategorie“ genutzt wird. Unentschlossene weichen vorzugsweise auf diese Antwortmöglichkeit aus (vgl. ebd.: 81).

3.6.4 Formulierung des Anschreibens und der Fragen

Ein Anschreiben und die erste Seite des Onlinefragebogens wurden formuliert (siehe Anhang 5). Sie enthielten die Einladung zur Umfrage mit Informationen zum geplanten Forschungsvorhaben, zur Anonymisierung, zur freiwilligen Teilnahme und der Einverständniserklärung der Probanden. Da es sich um einen Online-Fragebogen handelte, wurde das Anschreiben als Email verfasst, es enthielt einen Link zum Fragebogen.

Bei der Formulierung des Anschreibens und insbesondere der Fragen wurde auf Kriterien wie Eindeutigkeit und Verständlichkeit geachtet. Regeln für eine gelungene Fragebogenkonstruktion wie „Du sollst einfache unzweideutige Begriffe verwenden, die von allen Befragten in gleicher Weise verstanden werden!“, „Du sollst lange und komplexe Fragen vermeiden!“, „Du sollst Fragen vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich nicht verfügen!“ (Porst ebd: 255) fanden während der Fragenformulierung besondere Berücksichtigung. Neben dem Anschreiben sind Einstiegsfragen entscheidend für eine gelungene Umfrage, sie entscheiden ob ein Proband den Fragebogen tatsächlich weiter bearbeitet (vgl. ebd.: 135). Einstiegsfragen im vorliegenden Fragebogen sind unter Themenschwerpunkt A (siehe **Tabelle 3**) zusammen gefasst. Hier gaben die Probanden an, in welchem Jahr sie ihre Ausbildung in Osnabrück

beendet haben, welche logopädischen Störungsbilder sie während ihrer Ausbildung und in ihrer jetzigen beruflichen Tätigkeit behandeln und ob sie ein Studium begonnen/abgeschlossen haben.

3.6.5 Pretest

Um die Kriterien der Eindeutigkeit und Verständlichkeit zu überprüfen, wurde ein Pretest durchgeführt. Verschiedene Autoren verweisen auf die Durchführung eines Pretests als unbedingt notwendige Voraussetzung für die eigentliche Befragung (vgl. exemplarisch Porst 2009: 185f). Als Pretest wurde der Fragebogen zunächst in Form eines Word-Dokuments erstellt und incl. Anschreiben und einer Frageliste zum Pretest (siehe Anhang 6) als Papierversion 16 Personen vorgelegt. Als Personen wurden die Erstprüferin, Kolleginnen der Autorin aus dem BFS-Team und Teilnehmerinnen des derzeitigen Oberkurses der BFS ausgewählt. Diese Schülerinnen befanden sich im dritten Ausbildungsjahr, d. h. seit über einem Jahr in der praktischen Ausbildung, und waren deshalb in der Lage, den ersten Entwurf des Fragebogens auch inhaltlich zu beurteilen. Mit der Frageliste zum Pretest sollte diese Beurteilung vereinfacht werden. Die Auswertung des Pretests ergab nur wenige Formulierungsänderungen, an der Struktur des Fragebogens wurden keine Veränderungen vorgenommen.

3.6.6 Online-Fragebogen und Datenschutz

Auf Grundlage der Pretestergebnisse wurde mit Hilfe der Open-Source-Software LimeSurvey ein Online-Fragebogen (siehe Anhang 7) erstellt (vgl. LimeSurvey 2011). Dieses Programm ermöglicht eine anonymisierte Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen. Rückschlüsse von gesammelten Daten auf einzelne Probanden sind somit ausgeschlossen. Als zusätzliche Absicherung vor einer möglichen ungewollten Bearbeitung durch Dritte wurde am Beginn des Fragebogens eine Passwortfrage eingebaut. Das mit der Einladungsemail versandte Passwort musste auf der ersten Seite des Fragebogens korrekt eingegeben werden, um diesen weiter bearbeiten zu können. Bereits zu Beginn der Fragebogenkonstruktion wurde deutlich, dass es sich um einen sehr umfangreichen Bogen handeln würde, wenn alle Aspekte der Praxisausbildung erfragt werden sollten. Da der Online-Fragebogen den Vorteil einer schnellen Handhabung für die Probanden bot, wurde entschieden, tatsächlich alle Aspekte zu erfragen.

Neben Eindeutigkeit, Verständlichkeit und Prägnanz der Formulierung haben auch die Gestaltung und das Layout des Fragebogens entscheidende Bedeutung (vgl. Porst 2009: 165ff). Die Probanden müssen sich eingeladen fühlen an der Befragung teilzunehmen. Das Programm LimeSurvey erleichtert die Auswahl angemessener Gestaltungsmöglichkeiten und Layouts. Ein weiteres Argument für die Erstellung eines Online-Fragebogens ergab sich aus der Tatsache, dass der Autorin die aktuellen Postadressen ehemaliger Absolventen nicht bekannt waren und auch nicht in ausreichender Zahl in Erfahrung gebracht werden konnten. Zu vermuten war während der Fragebogenentwicklung, dass sich die in der BFS hinterlegten Emailadressen der Absolventen in weitaus geringer Zahl in den vergangenen Jahren verändert hatten als deren postalische Adressen. Um mögliche neue Emailadressen beachten zu können, wurde nach der Einladung zur Umfrage an jeden Kurs eine weitere Email mit der Bitte verschickt, der Autorin ggf. neue Emailadressen ehemaliger Mitschülerinnen mitzuteilen, um zu einer möglichst hohen Rücklaufquote zu verhelfen.

3.6.7 Probanden

Als Befragte ausgewählt wurden die Absolventen der letzten fünf Abschlussjahrgänge (2007 bis 2011) der Logopädieausbildung in Osnabrück, womit es sich um eine zunächst geplante Stichprobengröße von $n=55$ handelte. Das Einbeziehen noch früherer Jahrgänge erschien nicht sinnvoll, da das Konzept der Praxisentwicklung an der Lehranstalt stetig weiter entwickelt wurde und das erlebte mit dem erfragten Konzept vergleichbar sein musste. Teilnehmerinnen früherer Jahrgänge wäre es nicht möglich gewesen, eine angemessene Anzahl von Aspekten zu beurteilen. Vorhersehbar war, dass in die Bewertung durch die Teilnehmerinnen auch ihre ganz persönlichen positiven und negativen Erfahrungen während der Ausbildung einfließen würden. Deshalb wurden die Angeschriebenen auf der ersten Seite des Fragebogens darauf hingewiesen, dass im Vordergrund ihre Einschätzung der genannten Strukturen und Methoden für die Qualität der Gesamtausbildung stehen sollte.

3.6.8 Rücklauf

Der Online-Fragebogen wurde über die Dienstmailadresse der Autorin versendet und um das Ausfüllen der Bögen innerhalb von zwei Wochen gebeten. Entscheidend für die Rücklaufquote eines Fragebogens ist die Kooperationsbereitschaft der Probanden, die

sich u. a. aus ihrem Interesse für das Thema der Untersuchung ergibt (vgl. Bortz, Döring 2006: 257). Demzufolge setzte die Autorin in Ihrem Anschreiben den Hinweis auf die notwendige Mitarbeit praktizierender Logopädinnen an der zukünftigen Ausbildungsstruktur ein. Durch das Nutzen der Dienstmailadresse zur Versendung der Umfrageeinladung erhoffte sich die Autorin eine weitere Steigerung der Rücklaufquote. Die Ansprache durch die ehemalige Ausbildungsstätte sollte einen erhöhten Aufforderungscharakter schaffen. Dass die Autorin allen Probanden persönlich bekannt ist, konnte ebenfalls eine hohe Rücklaufquote erwarten lassen. Um dem Risiko entgegen zu wirken, dass bei einigen Probanden die Umfrage bereits nach wenigen Tagen in Vergessenheit geraten war, wurde nach zehn Tagen eine Erinnerungsemail versandt (siehe Anhang 8).

3.6.9 Auswertung

Grundsätzlich vereinfacht die eingesetzte Software LimeSurvey zur Fragebogenerstellung die statistische Auswertung von Daten, das Programm bietet u. a. einen Datenexport in Excel und das Programm SPSS (Statistical Product and Service Solutions) (vgl. Raab-Steiner, Benesch 2008: 64-79) an. Für die Datenauswertung der vorliegenden Arbeit wurde das Programm SPSS eingesetzt.

Wie bereits erwähnt bildet die quantitative Auswertung den Schwerpunkt der Fragebogenauswertung. Geplant wurde der Beginn mit einer deskriptiven Analyse, wobei z. B. Angaben zur Rücklaufquote und zu Themenschwerpunkt A (Verteilung der Antworten auf die fünf Abschlussjahrgänge, Studiengang Logopädie begonnen/abgeschlossen) ausgewertet wurden. Ebenso sollte mit dem Themenschwerpunkt M zur Einschätzung der Anzahl eigener Therapien verfahren werden. Die Analyse der Themenschwerpunkte B bis L sollte ebenfalls zunächst auf deskriptiver Ebene erfolgen. Die genaue Vorgehensweise der anschließend erfolgten inferenzstatistischen Analyse ist Kapitel 4.2 (Darstellung und Analyse der Ergebnisse des Fragebogens) zu entnehmen. Skalenniveaus wurden im Fragebogen wie folgt eingesetzt: Die Antworten zum Themenschwerpunkt A sind nominalskaliert, die zu den Themenschwerpunkten B – L intervallskaliert. Die Antwortmöglichkeiten **kann ich nicht beurteilen, sehr hoch, eher hoch, eher gering, sehr gering** wurden den Zahlenwerten 0 bis 4 zugeordnet. Damit liegen gleich große Abstände zwischen numerischen Daten vor. Diese Intervallskalierung kommt der Forderung nach, bei der Auswahl eines Skalenniveaus das höchst mögliche zu wählen (vgl. Bortz, Döring 2006: 70).

Die im Feld **Bemerkungen** gegebenen Antworten der Probanden sollten aus frei formulierten Texten bestehen, was eine zusätzliche qualitative Auswertung des Fragebogens erforderlich machte. Zur Auswertung dieser Antworten wurde, wie bereits bei der Auswertung des Interviews, die qualitative strukturelle Inhaltsanalyse nach Mayring geplant (vgl. Mayring 2007: 114). Auch in der Auswertung der Bemerkungen wurden die Schritte zur qualitativen Inhaltsanalyse von der Autorin entsprechend der Empfehlungen von Mayring (ebd.: 117) flexibel eingesetzt. Analyseschritte zur Bestimmung des Ausgangsmaterials, zur Fragestellung und zum Ablaufmodell der Analyse waren im vorliegenden Forschungsvorhaben während der Auswertungsphase nicht mehr erforderlich, diese Überlegungen hatten bereits im Vorfeld der Fragebogenerstellung stattgefunden.

3.7 Die Rolle der Evaluatorin im Forschungsprozess

Die Autorin ist als Lehrlogopädin an der BFS Osnabrück im Rahmen der Forschungsarbeit als Expertin im eigenen Feld anzusehen. Aus dieser Rolle der Evaluatorin im Forschungsprozess können sowohl positive als auch negative Aspekte abgeleitet werden. Aufgrund der eigenen Involviertheit in die BFS-Ausbildung und den zukünftigen dualen Studiengang ist ein hohes inhaltliches Verständnis der Autorin für das gewählte Thema gegeben. Ebenso liegt eine Vertrautheit mit Gesprächspartnern im Interview und in Expertengesprächen vor. Diese Aspekte sind zunächst als positive Gesichtspunkte zu sehen, schaffen aber auch Nachteile. Die Vertrautheit bietet eine gewisse Distanzlosigkeit der Autorin zum Thema. Vielleicht bleiben Informationen in Interview und Gesprächen unausgesprochen, da sie als selbstverständlich und bekannt vorausgesetzt werden. Im Rahmen der Fragebogenerhebung ist die Tatsache, dass die Evaluatorin den Befragten persönlich bekannt ist, ebenfalls ambivalent zu betrachten. Ihre Bekanntheit kann zu einer höheren Rücklaufquote der Fragebögen führen, da die Probanden die Autorin gerne in ihrem Vorhaben unterstützen möchten. Der Aspekt der sozialen Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen kann jedoch ebenso eine negative Rolle spielen (vgl. Raab-Steiner, Benesch 2008: 60). Dieser Überlegung wurde Rechnung getragen, in dem der Rücklauf der Fragebögen anonymisiert gewährleistet wurde. Auch in weiteren Aspekten der Arbeit ist die Rolle der Autorin als interne Evaluatorin von Bedeutung. Die Vorauswahl der Gesichtspunkte der Praxisausbildung, die im Fragebogen hinterfragt werden sollten, wurde allein durch die Autorin getroffen und war damit subjektiv. Ebenso ist die Kategorienbildung im Vorfeld der

Fragebogenauswertung subjektiv erfolgt. Es ist wichtig, sich als Autorin dieser besonderen Rolle im Forschungsprojekt bewusst zu sein und im Prozessverlauf aus dieser Rolle bedingte Verzerrungen frühzeitig wahrzunehmen um ihnen ggf. entgegen wirken zu können.

3.8 Ethische Aspekte

Im Rahmen einer Forschungsstudie sind grundsätzlich auch ethische Aspekte zu berücksichtigen um Menschenwürde und Menschenrechte zu achten. Schnell und Heinritz (2006: 21-23) nennen acht forschungsethische Prinzipien:

„Der Forscher ...

1. ... muss begründen können, warum zu seinem Thema Forschung überhaupt notwendig ist. [...]
2. ... muss erklären können, was das Ziel seiner Forschung ist und unter welchen Umständen die Probanden an ihm mitwirken. [...]
3. ... muss das methodische Vorgehen seines Vorhabens explizieren können. [...]
4. ... muss einschätzen können, ob seine Forschungstätigkeit ethisch relevante positive oder negative Folgen für den Probanden hat. [...]
5. ... muss vor der Realisierung seines Vorhabens die durch eine Realisierung möglicherweise auftretenden Verletzungen und Schäden abschätzen. [...]
6. ... muss aufgrund der von ihm gemäß Prinzip 5 eingeschätzten Risiken eine ethische Prävention initiieren. [...]
7. ... darf keine falschen Aussagen über den Nutzen seiner Forschung abgeben. [...]
8. ... muss die geltenden Datenschutzbestimmungen beachten. [...]"

Im Folgenden wird die Berücksichtigung der o. g. Prinzipien im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts betrachtet. Die elementare Verantwortungspflicht eines Forschers, vorhersehbare Folgen schon vor Beginn eines Projekts einzuschätzen (**Prinzip 5**), wurde bereits während der Vorüberlegungen von der Autorin eingehalten.

Ebenfalls am Anfang des Projekts stand die Frage, ob sich für die Probanden positive oder negative Folgen ergeben könnten (**Prinzip 4**). Die Tatsache, dass es sich bei der Interviewpartnerin um eine Kollegin der Autorin handelt, musste berücksichtigt und eventuelle Folgen für die weitere Zusammenarbeit bedacht werden. Positive oder negative Folgen für die Probanden der Fragebogenerhebung konnten ausgeschlossen werden. Um eine anonymisierte Auswertung der Antworten zu ermöglichen, wurde ein Online-Fragebogen mit Hilfe der Open-Source-Software LimeSurvey erstellt. Somit können auf keinen Fall Daten bestimmten Personen zugeordnet werden. Außerdem hatten bereits alle Befragten ihre Ausbildung an der BFS abgeschlossen und standen nicht mehr als Schülerinnen in direktem Kontakt zur Institution.

Die **Prinzipien 1, 2, 3 und 7** beziehen sich auf die Information und Aufklärung der Probanden über das geplante Vorhaben. Die Autorin hat die Interviewpartnerin vor dem Beginn des Interviews zunächst mündlich und im Rahmen der Einverständniserklärung auch in schriftlicher Form über das Forschungsprojekt informiert. Ebenso wurde die Interviewpartnerin über die freiwillige Teilnahme aufgeklärt. Die Einverständniserklärung wurde von beiden Personen vor Beginn des Interviews unterschrieben. Die Probanden der Fragebogenerhebung wurden schriftlich über die Einladung zur Umfrageteilnahme und auf der ersten Seite des Onlinefragebogens über das geplante Vorhaben informiert. Die Probanden konnten selbst entscheiden, ob sie den Fragebogen bearbeiten wollten. Auch ein Abbruch während des Ausfüllens war möglich. Damit war in beiden Verfahren die notwendige informierte Zustimmung (informed consent) gewährleistet (vgl. Schnell, Heinritz: 24).

Datenschutzbestimmungen (**Prinzip 8**) wurden dadurch eingehalten, dass alle erhobenen Daten nur für das vorliegende Projekt genutzt werden. Die Daten der Befragung per Fragebogen sind anonymisiert. Lediglich über die Frage A1 („Ich habe meine Ausbildung in folgendem Jahr abgeschlossen“) ist eine Zuordnung zu einem Abschlussjahrgang möglich, der aber keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zulässt. Die Aufzeichnung des Interviews wird sicher aufbewahrt. Da es sich um ein einzelnes Interview handelt und auch weitere Mitarbeiterinnen des BFS-Teams über das Gespräch informiert waren, ist eine Anonymisierung der Probandin hier nicht umsetzbar. Die Interviewpartnerin wurde im Vorfeld über diesen Umstand informiert und erklärte sich mit der Teilnahme einverstanden. Im Projektverlauf fanden außerdem wiederholte Gespräche mit Mitarbeiterinnen der HS und BFS statt, in denen u. a. geklärt wurde, inwieweit Gesprächsnotizen gerade zur geplanten aber noch nicht festgeschriebenen Kooperation in einem dualen Studiengang in die Arbeit übernommen werden durften.

Die geforderte frühzeitige und angemessene Auseinandersetzung mit der ethischen Seite ihres Untersuchungsvorhabens wurde von der Autorin eingehalten.

4 Ergebnisse

Thema des nachfolgenden Kapitels 4 sind die Ergebnisse der Datenerhebungsverfahren Interview und Online-Fragebogen. Zunächst erfolgt die Darstellung und Analyse des transkribierten Interviews (siehe 4.1), wobei das analytische Vorgehen in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse näher erläutert wird. Kapitel 4.2 beinhaltet die Darstellung und Analyse der Ergebnisse des Fragebogens. Da es sich dabei um sehr umfassendes Datenmaterial handelt, finden sich zuerst einige allgemeine Hinweise (siehe 4.2.1). Zur Analyse der Umfrage wurde von der Autorin eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren genutzt, dieses Vorgehen wird unter 4.2.2 begründet und beschrieben. Die deskriptive und in einigen inhaltlich sinnvollen Fällen auch inferenzstatistische Analyse aller im Fragebogen erhobenen Daten der Themenschwerpunkte ist unter 4.2.3 bis 4.2.7 beschrieben. Kapitel 4.3 fasst die so ermittelten Ergebnisse des empirischen Forschungsprojekts zusammen. Darauf aufbauend wird die Interpretation der Ergebnisse bzgl. der Umsetzungsvorschläge für die BFS und in Hinblick auf die Relevanz der Ergebnisse für das Praxiscurriculum des dualen Studiengangs vorgenommen (siehe 4.4).

4.1 Darstellung und Analyse der Ergebnisse des Interviews

Das Interview wurde wie geplant mit der neuen Mitarbeiterin des BFS-Teams in den Räumen der Lehranstalt in Osnabrück durchgeführt, aufgezeichnet und im Anschluss mit Hilfe des Programms f4-Audiotranskription transkribiert. Die komplette Transkription findet sich im Anhang (siehe Anhang 9). Die beteiligten Personen sind dort als Interviewerin und Person 1 (interviewte Mitarbeiterin) bezeichnet. Hinter jeder Äußerung findet sich eine genaue Zeitangabe, außerdem ist das Transkript mit Zeilennummern versehen. Interviewzitate sind in der Arbeit mit den Kürzeln Aut (= interviewende Autorin), Pers1 (= Person 1) und der jeweiligen Zeilenangabe gekennzeichnet.

Das Interview wurde anhand des Leitfadens geführt. Nur wenige Nachfragen, sowie einige spontan formulierte Ad-hoc-Fragen durch die Interviewerin waren zur Verständnissicherung und Erhaltung des Gesprächsfadens notwendig.

Wie geplant wurde für die Auswertung zunächst eine Reduzierung auf die wesentlichen Inhalte des Interviews vorgenommen, z. B. wurden Angaben zur externen praktischen Ausbildung heraus gestrichen. Im Anschluss fand im Rahmen der Strukturierung eine deduktive Kategorienbildung entsprechend der Leitfadenschwerpunkte c. und d. in

Anlehnung an Mayring (2007) statt. Die deduktive Zusammenstellung dieser Kategorien ist **Tabelle 4** zu entnehmen, eine induktive Kategorienbildung ergab sich nicht.

Tabelle 4: Kategorienbildung – Interview

Kürzel	Kategorienname	Beispiele für Unterpunkte	Ankerbeispiel
K1-Int	Fakten zur praktischen Ausbildung Potsdam	<ul style="list-style-type: none"> • Curriculum • Therapien von Studierenden • Hospitationen 	„so ein Praxiscurriculum .. denk ich .. also ... /mhm/. Aber das wird es sicherlich gegeben haben.“ (Pers1_71-72)
K2-Int	Gemeinsamkeiten/ Unterschiede Potsdam/Osnabrück	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierige Patientenaquise • Hospitationen bei Lehrenden • Fokus auf Therapeutenverhalten 	„Also was vielleicht noch ein Unterschied ist, einfach so im Prozedere hier .. ist, dass diese Nachbesprechungen von einem, von einer Therapie .. die finden hier ja auch in einem Kurs statt.“ (Pers1_458-460)
K3-Int	Vorschläge für Osnabrück	<ul style="list-style-type: none"> • Falldarstellungen • Anleiterteam 	„Also sinnvoll find ich das auf jeden Fall. Ich hab /ehm/ .. schon mal überlegt, wenn man es sozusagen einfach in den Unterricht mit hinein nimmt .. /ehm/ ..“ (Pers1_666-667)

Quelle: eigene Darstellung

Das Studium der Interviewten war als Diplomstudiengang angelegt, inzwischen wird Patholinguistik in Potsdam als Bachelorstudiengang angeboten. Zu Unterschieden zwischen diesen beiden Studiengangsformen konnte die Interviewte keine Angaben machen, die folgenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf den Diplomstudiengang.

Fakten zur praktischen Ausbildung im Patholinguistik-Studiengang Potsdam wurden von der Interviewten wie folgt dargestellt: Hospitationen fanden im 3. und 4. Semester statt, eigene Therapien im 5. und 6. Semester.

[...]Ich meine, /ehm/ dass wir im dritten Semester angefangen haben zu hospitieren. Also im dritten und im vierten Semester. Also quasi ein Jahr musste man hospitieren, sowohl in Kinder als auch in Aphasie ... /ehm/ Und dann schloss sich im fünften und sechsten Semester die eigene therapeutische Ausbildung an. Das heißt man hat ein Semester lang

dann einen Patienten therapiert, zum Beispiel einen Aphasiker, und im Semester drauf dann eine Kindertherapie .. gemacht[...] (Pers1_100-105).

Vorgesehen waren je 20 Therapien à 45 min in den Bereichen Kindersprache und Aphasie (vgl. Pers1_110-111). Auf die Frage ob ein Praxiscurriculum existiert, antwortete die Probandin, dass es ein solches Dokument sicherlich gegeben habe, es aber für die Studierenden ihres Wissens nach nicht einsehbar war (vgl. Pers1_71-73). Therapien der Studierenden fanden direkt in der Universität (in zwei Behandlungsräumen) und im Zentrum für angewandte Patholinguistik Potsdam (ZAPP) statt (vgl. Pers1_149-151). Im Anschluss an die Therapien wurden ca. 30minütige Nachbesprechungen durchgeführt (vgl. Pers1_147-149). Eine Übertragungsmöglichkeit der Therapien war in einen Beobachtungsraum gegeben, allerdings nicht in weitere Räume (vgl. Pers1_192-194). Vorgaben für das Verfassen von Therapieplanungen gab es in tabellarischer Form (vgl. Pers1_201-202). Grundsätzlich wurden alle Therapien supervidiert (vgl. Pers1_220-223).

Als **Gemeinsamkeiten, bzw. Unterschiede in der internen praktischen Ausbildung in Potsdam und Osnabrück** wurden im Interview die folgenden genannt: Therapien konnten in Potsdam im Gegensatz zu Osnabrück auch zwei Mal wöchentlich stattfinden (vgl. Pers1_581). Hospitationen waren sowohl bei Therapien von Studierenden als auch bei Therapien von Lehrenden möglich (vgl. Pers1_134). Nachbesprechungen von Behandlungen fanden nicht im Beisein der Hospitanten statt, anwesend waren nur Anleiter und Co-Therapeut (vgl. Pers1_461-463). Zu diesem Aspekt betont die Interviewte jedoch den Nutzen für die hospitierenden Mitschüler in Osnabrück.

„Für die find ich es auf jeden Fall total gut. Weil sie ja gleichzeitig auch Einblick in die Therapieplanungen und so weiter bekommen. Das /ehm/ ... hatten die Schüler beim Hospitieren an der Uni eigentlich nicht so sehr.“ (Pers1_481-483)

Therapien von Lehrenden wurden nicht nachbesprochen, Inhalte dieser Therapien flossen eher in die theoretische Ausbildung ein (vgl. Pers1_161-164). Therapeut und Co-Therapeut bildeten in Potsdam eine Art Therapieteam für einen Patienten, nach 20 Einheiten wurde die Behandlung automatisch von der Co-Therapeutin übernommen (vgl. Pers1_600-604). Als Praxisanleiter waren die Hauptdozenten des jeweiligen Fachbereichs eingesetzt, die auch für die jeweilige theoretische Ausbildung zuständig waren. Weitere Anleitungen übernahmen wissenschaftliche Mitarbeiter, wie auch die Interviewte nach Abschluss ihres Studiums (vgl. Pers1_232-234). Die tabellarischen Therapieplanungen enthielten im Gegensatz zu denen in Osnabrück eine zusätzliche Spalte „Reflexion“.

„Und da war das auch so, dass man auch zum Beispiel eine Spalte hatte für Reflexionen und das direkt auch innerhalb von dieser Tabelle machte, dass man den Plan nach der Stunde nochmal reflektiert sozusagen abgeben musste.“ (Pers1_203-205).

Von der Interviewten wurde folgender wesentlicher Unterschied in beiden Ausbildungen benannt: Im Verlauf des Studiums in Potsdam gab es keine Leistungskontrollen in der Praxisausbildung in Form von Noten, lediglich mündliche Rückmeldungen im Rahmen der Supervision. Als Studienabschluss war ebenfalls keine praktische Prüfung vorgesehen (vgl. Pers1_274-282). Die Nachfrage der Interviewerin, ob die praktische Ausbildung gar nicht in den Abschluss eingeflossen ist, wurde bejaht (vgl. Pers1_286). Hingewiesen wurde in diesem Zusammenhang darauf, dass es sich um ein Novum in der Hochschulausbildung handelte, da mit dem Studium eine praktische Ausbildung verbunden war (vgl. Pers1_307-308).

Als weiteren bedeutsamen Unterschied in beiden Praxisausbildungen beschrieb die Interviewte, dass es an der Universität eher den Studierenden selbst überlassen war sich „therapeutisch [...] zu formen“ (Pers1_512), „eine gute Therapeutin [...]“ (Pers1_510) zu werden. Den im Gegensatz dazu in Osnabrück gegebenen Fokus der praktischen Ausbildung auf das Therapeutenverhalten in eigenen Behandlungen verdeutlicht auch die nachfolgende Äußerung:

„[...] dass hier [in Osnabrück K. B.] tatsächlich mehr Wert auf die therapeutische Persönlichkeit sag ich mal gelegt wird. Auch so vom Unterricht oder von den Inhaltsmodulen, die man so hat. So was wie Selbsterfahrung oder so, das gab es bei uns nicht. Also .. man hat halt durch die Anleitung da Rückmeldung bekommen über sein therapeutisches Auftreten und so weiter, aber es wurden nicht so viele Übungen dazu gemacht oder nicht so viel ausprobiert oder .. /ehm/ ja insgesamt dazu nicht so viel reflektiert.“ (Pers1_497-502).

Als Gemeinsamkeiten der Ausbildungen in Potsdam und Osnabrück stellten sich im Verlauf des Interviews die z. T. schwierige Patientenakquise (vgl. Pers1_575-577) und das Problem für die Studierenden, notwendige Therapieansätze noch nicht in der theoretischen Ausbildung kennen gelernt zu haben (vgl. Pers1_540-543), heraus.

Zwei grundlegende Aspekte, die es in der praktischen Ausbildung in Osnabrück nicht gibt, sind die sog. Falldarstellungen im Plenum und das sog. Anleiterteam. Während der Falldarstellungen im Plenum stellt jeder Studierende einmal im Verlauf des Semesters seinen Patienten vor (vgl. Pers1_235-236 und Pers1_374-379). Die Interviewte bezeichnete diese Sitzungen, an denen alle Studierenden und alle Anleiter teilnahmen als „Plenum Kindersprache“ und „Plenum Aphasie“ (vgl. Pers1_374). Als Anleiterteam gab es

„[...] einmal die Woche ein Team sozusagen von den Leuten, die die Anleitung machen.“ (Pers1_705)

In diesen Teams wurde sowohl Organisatorisches besprochen, als auch das nächste Plenum vorbereitet und/oder über Patienten und Studierende beraten (vgl. Pers1_710-715).

Nach **Vorschlägen für Osnabrück** gefragt, nannte die Interviewte diese letzten beiden Aspekte „Falldarstellungen im Plenum“ und „Anleiterteam“. Sie könne sich gut vorstellen, die Falldarstellungen mit in den Unterricht zu nehmen (vgl. Pers1_667-673) und bezeichnete es als Vorteil für die Schüler, dass sie dadurch mehr Einblicke in verschiedene Therapien bekommen (vgl. Pers1_691-695). Die Einführung eines regelmäßig stattfindenden Anleiterteams charakterisierte die Interviewte ebenfalls als zweckmäßig. Die Gesprächsteilnehmerinnen überlegten im Interview gemeinsam, ein solches Anleiterteam in Osnabrück aufgrund der geringen Mitarbeiterzahl nicht auf einen Fachbereich zu beschränken, sondern fächerübergreifend zu planen (vgl. Aut_774-778 und Pers1_780-783).

Nach der Gesamtanalyse des Interviews wurden von der Autorin die folgenden drei als wesentliche neue Aspekte für die praktische Logopädieausbildung in Osnabrück ermittelt und in die Online-Umfrage einbezogen:

- Falldarstellungen im Plenum
- Anleiterteam
- Hospitationen bei Lehrenden.

Weitere von der Interviewten genannte Aspekte fließen in die Interpretation der Ergebnisse, bzw. in die Diskussion der Arbeit ein.

4.2 Darstellung und Analyse der Ergebnisse des Fragebogens

4.2.1 Allgemeine Hinweise zu Fragebogenergebnissen

Durch die Festlegung auf die Einbeziehung der letzten fünf Abschlussjahrgänge, war eine Stichprobengröße von n=55 geplant. Vor der Versendung der Einladungsemails konnten jedoch nur 53 Emailadressen ermittelt und an diese der Online-Fragebogen verschickt werden. Zwei dieser Emails wurden der Autorin als „unzustellbar“ zurück geschickt.

Bereits zwei Tage nach Versendung zeigte sich eine Rücklaufquote von über 30 %. Nach Ablauf des Beantwortungszeitraums von zwei Wochen hatten 51 der 53 angeschriebenen Personen die erhaltene Email geöffnet, vier von ihnen allerdings kein oder ein falsches

Passwort eingegeben und den Fragebogen nicht weiter bearbeitet. 41 Datensätze wurden in die Auswertung übernommen, dabei handelt es sich um 36 komplette und 5 unvollständige Antwortsätze. Die realisierte Stichprobe bestand demnach aus $n=41$.

Die Tabelle in Anhang 10 gibt eine Übersicht über die Themenschwerpunkte A bis M des Online-Fragebogens. Jedem Themenschwerpunkt sind in der Tabelle stichwortartig die zugehörigen Fragen zugeordnet. Diese Übersicht soll das Verständnis der sich hier anschließenden Darstellung und Analyse der Ergebnisse erleichtern.

4.2.2 Hinweise zur quantitativen und qualitativen Analyse

Bereits unter 3.4 wurde auf die grundsätzliche Möglichkeit hingewiesen, dass qualitative Untersuchungen quantitative ergänzen können. Diesen Weg nutzt die Autorin in der Darstellung und Analyse der Themenschwerpunkte B bis M der Online-Umfrage. Zunächst findet sich die quantitative Analyse der Skaleneinschätzungen. Vorrangig handelt es sich dabei um die Darstellung von Häufigkeiten, welche Aspekte von wie vielen Absolventen wie bewertet wurden. Diese Häufigkeiten wurden mit Hilfe des Programms SPSS errechnet. Die quantitative Analyse wird zu jedem Thema ergänzt mit der qualitativen Auswertung der Bemerkungen, die die Befragten verfasst haben. Inhaltlich ergänzen die Bemerkungen häufig die numerischen Einschätzungen der Umfrageteilnehmer. Die Verknüpfung der quantitativen und qualitativen Analyse erscheint einerseits sinnvoll, da auch die Probanden genau diese Antwortreihenfolge im Verlauf der Befragung genutzt haben. Andererseits kann so gleich das Gesamtergebnis der Bewertung verschiedener Aspekte der internen praktischen Ausbildung dargestellt werden.

Die kompletten von den Absolventen geschriebenen Bemerkungen finden sich im Anhang (siehe Anhang 11), zitiert werden sie wie folgt: Großbuchstabe für den Themenschwerpunkt_Antwortnummer.

Einige Bemerkungen wurden von der Autorin im Vorfeld der eigentlichen Analyse einem anderen als dem von den Probanden genannten Schwerpunkt zugeordnet. Dieses Verfahren war inhaltlich notwendig und erklärt sich aus dem Umstand, dass den Befragten während der Beantwortung eines Themenschwerpunktes die nachfolgenden Themen noch nicht bekannt waren. So wurden z. B. unter dem Thema Hospitationen Bemerkungen zur Technik (vgl. B_17) oder unter dem Thema Eigene Therapien Bemerkungen zu Co-Therapien (vgl. C_37) formuliert.

Die für die Auswertung der Bemerkungen notwendige deduktive Kategorienbildung im Rahmen der strukturellen Inhaltsanalyse stützt sich auf theoretische Vorüberlegungen (vgl. Mayring 2007: 74). Da alle Bemerkungen aufgrund der Fragebogenstruktur einem Themenschwerpunkt zuzuordnen sind, ist eine erste Kategorienbildung bereits vorgegeben. Für die weitere Kategorienbildung wurden diese von Mayring vorgeschlagenen Arbeitsschritte verfolgt (vgl. ebd.: 83 und 98):

1. Definition der Kategorien
2. Ankerbeispiele
3. Kodierregeln/Definitionen.

Die Probanden wurden im Fragebogen aufgefordert, positive/negative Kritik oder Veränderungsvorschläge zu formulieren. Mit dieser Vorstrukturierung wurden die o. g. Arbeitsschritte umgesetzt. In der vorliegenden Arbeit wurde das von Mayring empfohlene Aufstellen von Kodierregeln, bzw. von Definitionen durch das Verschriftlichen der Beispiele für Unterpunkte für die genannten Kategorien K1-Fr bis K3-Fr umgesetzt. Das Ergebnis ist in **Tabelle 5** dargestellt.

Tabelle 5: Deduktive Kategorienbildung – Fragebogen

Kürzel	Kategorienname	Beispiele für Unterpunkte	Ankerbeispiel
K1-Fr	Positive Kritik	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Planung • Praxisanleitung • Sichtstunden 	„Die schriftliche Planung fand ich sehr gut, da man jetzt im Arbeitsleben merkt, wie wichtig es ist zielorientiert zu arbeiten.“ (D_32)
K2-Fr	Negative Kritik	<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Übertragungsqualität 	„zu meiner Zeit sehr schlechte Tonqualität!!!“ (F_15)
K3-Fr	Veränderungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl zu therapierender Störungsbilder ändern • Hospitationen bei Lehrlogopädinnen 	„Es sollte darauf geachtet werden, dass eine Schülerin nicht zweimal das gleiche Störungsbild zu therapieren bekommt.“ (C_37)

Quelle: eigene Darstellung

Während der strukturierenden Analyse anhand dieser ersten drei Kategorien wurde deutlich, dass sich einige Bemerkungen nicht eindeutig zuordnen ließen, z. B. der Hinweis, ein Proband habe kaum Therapiematerial von der Schule verwendet (vgl. I_39). Somit wurde die Bildung einer weiteren Kategorie „Anmerkungen“ erforderlich. Bei dieser Vorgehensweise handelt es sich um eine induktive Kategorienbildung, da sie direkt aus

dem vorliegenden Datenmaterial abgeleitet wurde (vgl. Mayring 2007: 75). Die Ergänzung der Kategorie K4-Fr findet sich in **Tabelle 7**.

Tabelle 6: Induktive Kategorienbildung – Fragebogen

Kürzel	Kategorienname	Beispiele für Unterpunkte	Ankerbeispiel
K4-Fr	Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Aussagen zu eigenen Therapien • Materialeinsatz 	„je mehr praktische Erfahrung in verschiedensten Störungsbildern, desto besser!“ (C_15)

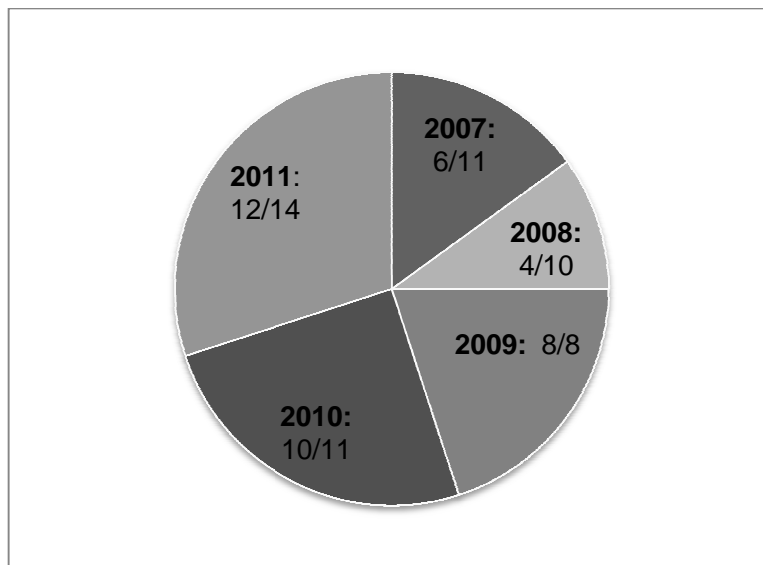
Quelle: eigene Darstellung

Als weitere quantitative Verfahren in der Analyse der Fragebogenergebnisse wurden der Vergleich der Bewertung der verschiedenen Themenschwerpunkte und der t-Test zum Vergleich der Beurteilung durch studierende und nicht-studierende Probanden herangezogen. Detaillierte Hinweise zu diesen inferenzstatistischen Verfahren finden sich unter den jeweiligen Tests.

4.2.3 Themenschwerpunkt A – Allgemeines

Die Antworten des Themenschwerpunkts A waren als Einstiegsfragen gedacht, fließen aber auch in die Analyse der Ergebnisse ein.

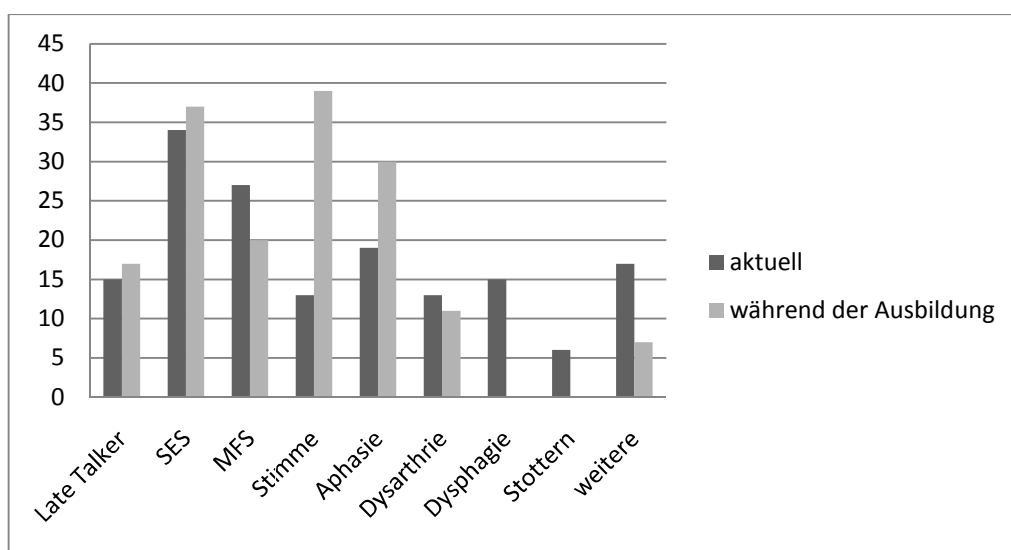
Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Antworten auf die fünf Abschlussjahrgänge (Frage A1); ein Proband gab keinen Abschlussjahrgang an. Sechs von elf Teilnehmern des Abschlussjahrgangs 2007 nahmen an der Umfrage teil, der Abschlussjahrgang 2008 ist mit vier von zehn Probanden vertreten. Alle acht Schülerinnen des Abschlussjahrgangs 2009 haben den ausgefüllten Fragebogen zurück geschickt, zehn von elf Absolventen des Jahrgangs 2010. Aus dem letzten Abschlussjahrgang 2011 haben zwölf von vierzehn ehemalige Schülerinnen der BFS Osnabrück den Online-Fragebogen ausgefüllt. Somit stellen die Jahrgänge 2010 und 2011 gemeinsam die größte Probandengruppe (22 Personen) gegenüber den früheren drei Jahrgängen 2007 bis 2009 mit insgesamt 18 Personen dar.

Abbildung 6: Verteilung der Absolventen auf die Abschlussjahrgänge

Quelle: eigene Darstellung

Die Antworten zu Frage A2 enthalten Angaben, ob der jeweilige Proband ein Logopädiestudium oder einen anderen Studiengang begonnen/abgeschlossen hat oder nicht studiert. Zwei Teilnehmer der Umfrage haben diese Frage nicht beantwortet, unter den verbleibenden 39 Probanden sind 16 Logopädiestudenten, 23 Probanden studieren nicht. Kein Proband hat einen anderen Studiengang begonnen oder absolviert.

Die Ergebnisse der Fragen A3 und A4 sind in **Abbildung 7** zusammen gestellt:

Abbildung 7: Behandelte Störungsbilder während der Ausbildung/aktuell

Quelle: eigene Darstellung

Hier finden sich auf der y-Achse Angaben zur Anzahl der Probanden als absolute Häufigkeiten, die während ihrer derzeitigen aktuellen beruflichen Tätigkeit (dunkelgrau), bzw. während der Ausbildung (hellgrau) bestimmte logopädische Störungsbilder behandeln, bzw. behandelt haben. Entsprechend des logopädischen Berufs- und Ausbildungsalltags waren Mehrfachnennungen möglich.

Die Störungsbilder Stottern und Dysphagie wurden während der praktischen BFS-Ausbildung nicht therapiert, alle anderen Störungsgebiete finden sich sowohl in aktuellen Behandlungen der Probanden, als auch während ihrer Ausbildung. 34 der 41 Umfrageteilnehmer gaben an, während ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit, Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (SES) zu behandeln. Dieses Störungsbild hat damit den höchsten Anteil in aktuellen Therapien, gefolgt von Myofunktionellen Störungen (MFS) (27 Antworten) und Aphasie (19 Antworten). Late Talker- und Dysphagie-Therapien werden von jeweils 15 Logopäden durchgeführt, Dysarthrie-Patienten von 13 der Befragten behandelt. Das Störungsbild Stottern gaben sechs Logopäden an. 17 Umfrageteilnehmer therapieren weitere, nicht näher benannte Störungsbilder. Ebenfalls 41 Absolventen machten Angaben zu Störungsbildern, die sie während der Ausbildung behandelt hatten. Die höchsten Anteile während der Ausbildung hatten Patienten mit Stimmstörungen (39), SES (37) und Aphasie (30). MFS wurden von 20, Late Talker-Therapien von 17 der Befragten an der BFS durchgeführt. Dysarthrie-Patienten haben elf Logopäden in der Ausbildung behandelt, sieben Logopäden gaben außerdem weitere Störungsbilder an.

Die zu behandelnden Störungsbilder während der Ausbildung ergeben sich einerseits aus Entscheidungen im BFS-Team, welche Fachbereiche in welchem Umfang zu welchem Zeitpunkt der Ausbildung Inhalte des theoretischen Unterrichts sind und andererseits aus den jeweils aktuell zu behandelnden Patienten in der BFS. Nicht zu jedem Zeitpunkt sind ausreichend Patienten aller Fachbereiche verfügbar. Vergleicht man die behandelten Störungsbilder während der Ausbildung mit den aktuellen, wird jedoch deutlich, dass die Anzahl der im Bereich Kindersprache therapierten Störungsbilder Late Talker und SES in beiden Fällen ähnlich ist. Stimmpatienten und Aphasiker wurden dagegen während der Ausbildung von wesentlich mehr Schülern therapiert, als während ihrer jetzigen beruflichen Tätigkeit.

Unter Punkt 4.2.6 werden weitere Angaben der Befragten zur Anzahl und Vorschläge zur Aufteilung der eigenen Therapien während der Ausbildung einbezogen.

4.2.4 Themenschwerpunkte B bis L – aktuell umgesetzte und neue Aspekte der praktischen Ausbildung

Die Antworten der Themenschwerpunkte B bis L wurden jeweils graphisch zusammengefasst, da die detaillierte ausformulierte Beschreibung der Ergebnisse aller 43 Fragen den Rahmen der Bachelorarbeit überschreiten würde. Die **Abbildungen 9 bis 19** zeigen eine Gegenüberstellung der einzelnen Antworten des Themenschwerpunktes mit den folgenden Bewertungen und farblichen Zuordnungen im Balkendiagramm an (siehe **Abbildung 8**):

Abbildung 8: Bewertung – farbliche Zuordnung im Balkendiagramm

4 = sehr hohe Bedeutung
3 = eher hohe Bedeutung
2 = eher geringe Bedeutung
1 = sehr geringe Bedeutung
0 = kann ich nicht beurteilen

Quelle: eigene Darstellung

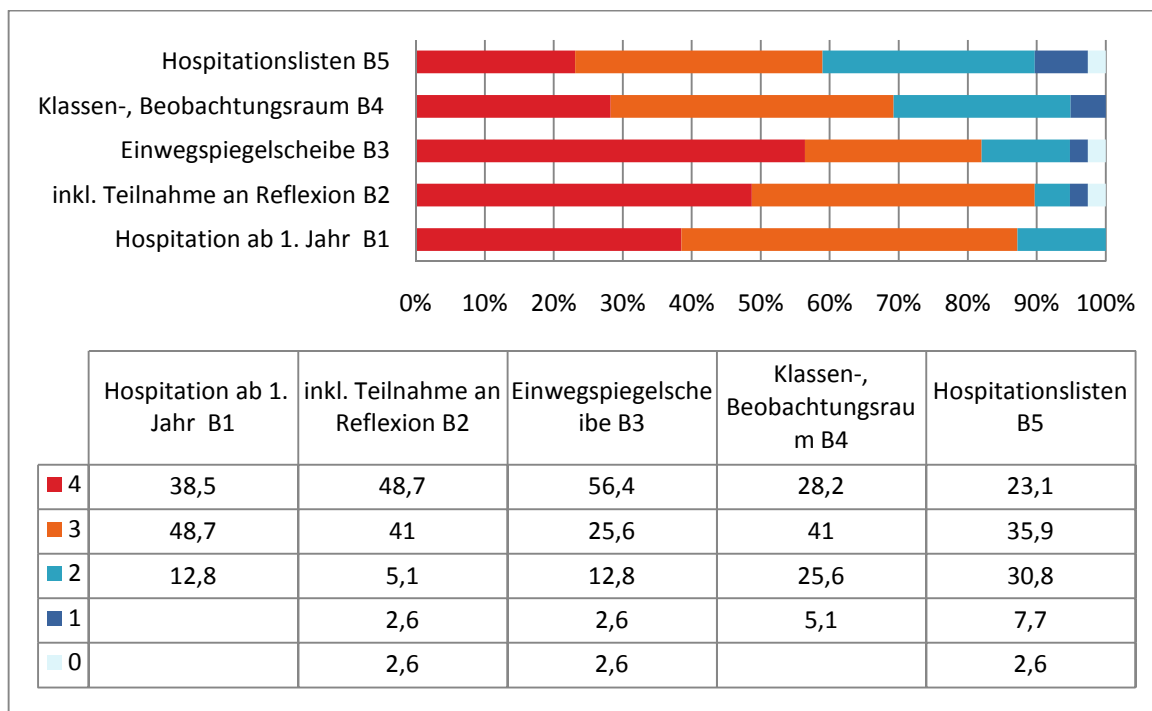
Die unter den Balkendiagrammen aufgeführte Legende in den Abbildungen gibt die relativen Häufigkeiten der Antwortkategorien in Prozent an. Nicht alle Umfrageteilnehmer haben alle Fragen beantwortet, bei den angegebenen Prozentwerten handelt es sich um die gültigen Prozente, d. h. fehlende Antworten wurden aus der Berechnung herausgenommen. Die Bewertungen 4 und 3 sind zusammengefasst als positiv zu sehen, was auch durch die farbliche Zuordnung rot und orange ausgedrückt wird. Die Bewertungen 2 und 1 sind in blauen Farben dargestellt und bilden kumulierte negative Bewertungen. Die Bewertung 0 ist von allen anderen Farben deutlich heller abgesetzt. Auf Zahlenangaben zu diesen geclusterten Häufigkeiten wurde in den Abbildungen verzichtet, diese finden sich in den nachfolgenden Texten. Zu jeder der **Abbildungen 9 bis 19** werden die wesentlichen quantitativen Analyseergebnisse im zugehörigen Text zusammengefasst und wie zuvor angekündigt, durch die qualitative Analyse der Bemerkungen ergänzt.

B – Hospitationen:

Abbildung 9 zeigt, dass Hospitationen insgesamt eine positive Bewertung erhalten haben, lediglich dem Führen von Hospitationslisten wurde eine insgesamt geringere Bedeutung zugemessen. Nur sehr wenige Probanden haben diesen Themenschwerpunkt nicht beurteilt. Die geclusterten Bewertungen der Aspekte B1 (Hospitationen ab 1. Jahr), B2 (Hospitationen inkl. Teilnahme an Reflexionen) und B3 (Hospitationen hinter der

Einwegspiegelscheibe) ergeben geclusterte positive Ergebnisse von über 80% (87,2%, 89,7% und 82,0%).

Abbildung 9: Skaleneinschätzung B – Hospitationen



Quelle: eigene Darstellung

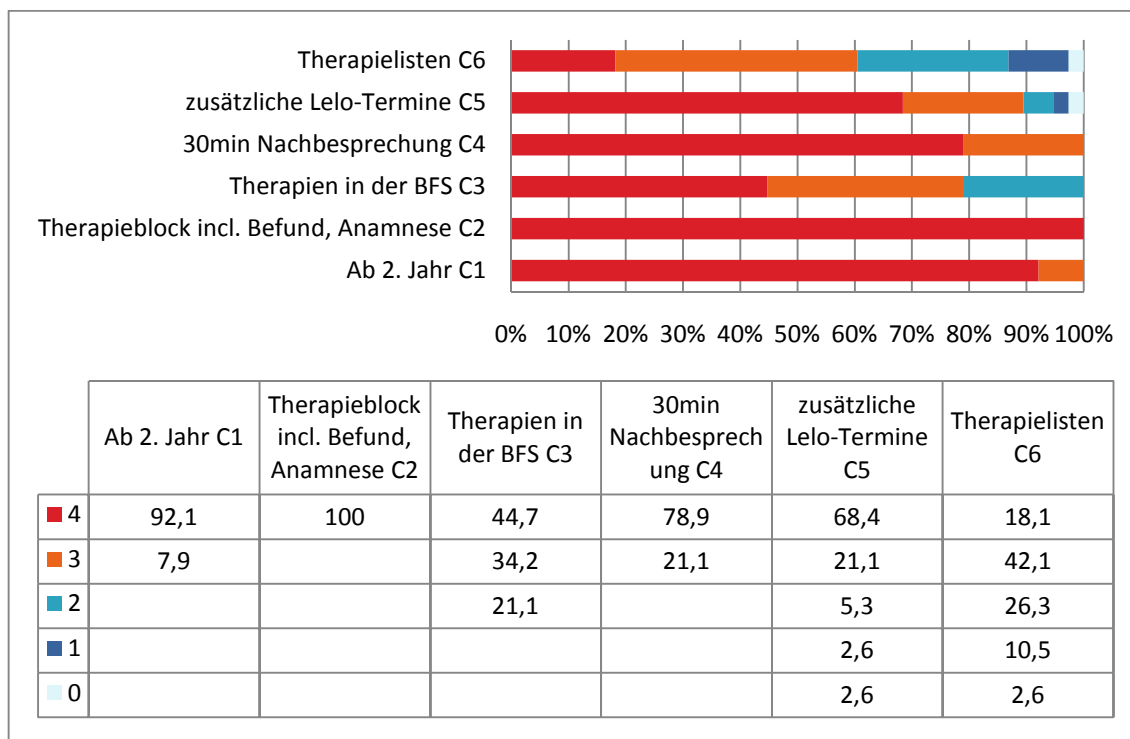
Vierzehn Bemerkungen zum Themenschwerpunkt Hospitationen wurden abgegeben. Die Teilnahme der Hospitierenden an den 30minütigen mündlichen Reflexionen wurde als sehr sinnvoll bezeichnet (vgl. B_12 und B_32). Allerdings wiesen bereits hier mehrere Umfrageteilnehmer darauf hin, dass die Videoübertragung der Therapien in die Klassenräume z. T. erhebliche technische Mängel aufweise, deshalb häufig nicht gut zugehört werden könne und die Hospitationen im Klassenverband aus diesen Gründen wenig effektiv seien (vgl. B_15, B_17, B_37, B_39 und B_40). Auf diese technischen Probleme gingen viele Bemerkungen unter dem Themenschwerpunkt F (Übertragungstechnik/Aufnahmemöglichkeiten) erneut ein. Eine Hospitation hinter der Einwegscheibe (vgl. B_17 und F_31), bzw. im Beisein der anleitenden Lehrlogopädin sei sinnvoller (vgl. B_40). Um tatsächlich Fragen der Hospitanten in die Nachbesprechung einbeziehen zu können, seien 30 Minuten zu kurz (vgl. B_26 und B_34). Ein Absolvent bemerkte auch, dass Fragen der Hospitierenden von Lehrlogopäden eher nicht gewünscht seien (vgl. B_38). Folgende Veränderungsvorschläge für zukünftige Hospitationen wurden gemacht:

- Hospitierende sollen vor oder während der Therapie Informationen von einer Schülerin eines höheren Jahrgangs oder der Lehrlogopädin über das Störungsbild und den Therapieaufbau erhalten (vgl. B_5), „damit man auch mit wenig Fachwissen die Therapien versteht bzw. nachvollziehen kann“ (B_39).
- Die Auswahl der Störungsbilder, bei denen Schülerinnen hospitieren, sollen sich gezielt am aktuellen Unterricht orientieren um wirklich interessant zu sein (vgl. B_15 und B_39).
- „Es sollte eine Höchstzahl an Hospitierenden geben“ (B_44).

C – Eigene Therapien:

Abbildung 10 stellt die prozentualen Häufigkeiten der Skalenbewertung von eigenen Therapien während der Ausbildung dar. Drei der sechs Aspekte (C1 eigene Therapien ab 2. Ausbildungsjahr, C2 Therapieblock incl. Befund, Anamnese, C3 Durchführung der Therapien in der BFS) haben nur positive Beurteilungen erhalten. Die Bedeutung des Aspekts C2 wurde sogar von allen Umfrageteilnehmern als „sehr hoch“ bewertet. Lediglich auf die Fragen C5 (zusätzliche Lelo-Termine) und C6 (Führen von Therapielisten) haben jeweils 2,6% mit „kann ich nicht beurteilen“ geantwortet.

Abbildung 10: Skaleneinschätzung C – Eigene Therapien



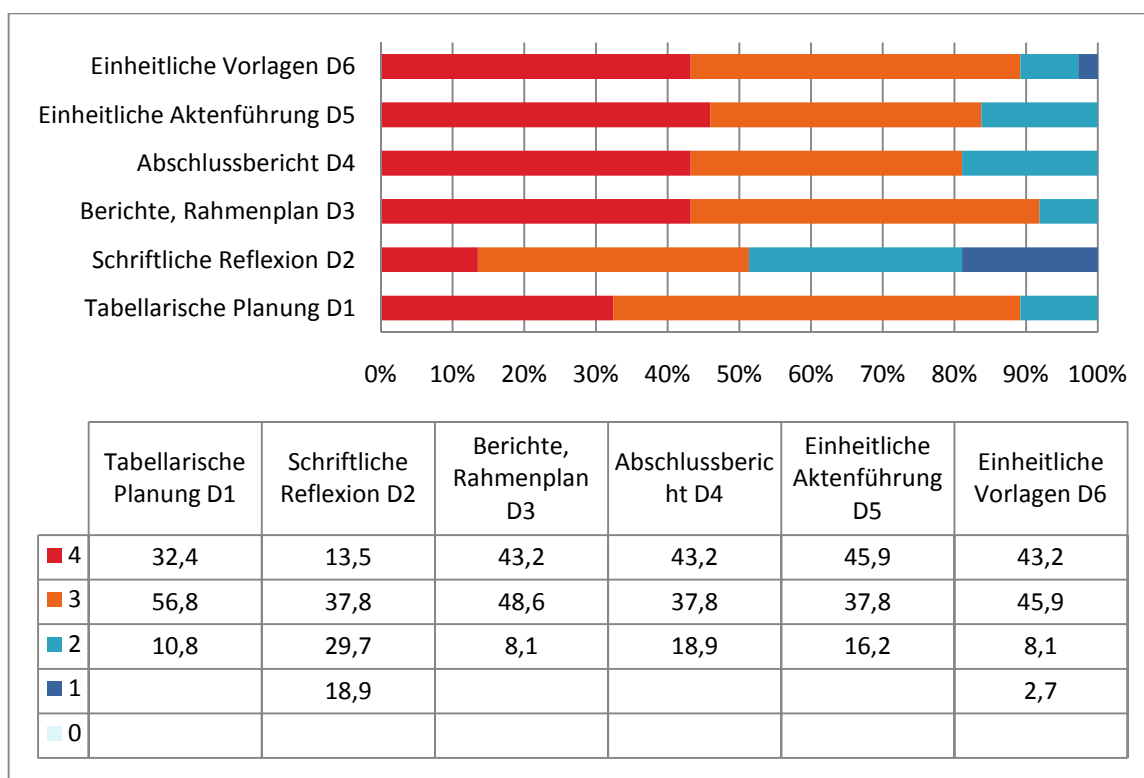
Quelle: eigene Darstellung

Im Anschluss an die Skaleneinschätzungen zum Thema eigene Therapien wurden zehn Bemerkungen formuliert. Die Durchführung eigener Therapien unter Anleitung sei sehr wichtig und unersetzbar, sie könne durch ein externes Praktikum nicht ersetzt werden (vgl. exemplarisch C_39 und C_23), sie wurde als „eine umfassende Arbeit [sic], die sich aber im Berufsleben auszahlt“ (C_42) bezeichnet. Negativ im Rahmen eigener Therapien wurde gesehen, dass die Praxisanleiterinnen z. T. nur begrenzte Zeit für zusätzliche Gespräche zur Verfügung standen (vgl. C_6) und auch nicht immer ausreichende Hilfestellungen gaben (vgl. C_39). Eine Befragte gab an „Bei der Reflexion fühlte man sich als Therapeutin teilweise „an den Pranger gestellt“, wenn viele Leute hospitiert haben und etwas bei der Durchführung fehlerhaft war“ (C_39). Ungünstig für Therapeuten und Co-Therapeuten wurde die Tatsache gesehen, dass eigene Therapien in der BFS z. T. während der Zeit externer Praktika weiter geführt werden mussten (vgl. C_37). Therapien als Hausbesuche bei neurologischen Patienten hätten den Nachteil, dass keine Hospitationen stattfinden können (vgl. C_28). Ein Befragter wünschte sich demgegenüber explizit eigene Therapien in Krankenhäusern, wobei allerdings nicht erwähnt wurde, ob es sich dabei um den Zeitraum eines externen Praktikums oder die interne praktische Ausbildung handeln sollte (vgl. C_45). Um sicherer, selbstbewusster und offener in eigene Therapien zu gehen wünschten sich zwei Absolventen auch einige Behandlungen ohne Anleitung durch eine Lehrlogopädin (vgl. C_28 und C_32).

D – Dokumentation:

Die Bedeutung von sechs erfragten Aspekten zur Dokumentation zeigt **Abbildung 11**. Betrachtet man die kumulierten Bewertungen, erkennt man bei fünf der sechs Aspekte eine kumulierte positive Bewertung (Punktwert 4 und 3) von über 80%. Lediglich das Verfassen schriftlicher Reflexionen wurde in 51,3% der Antworten mit „sehr hoch“ und „eher hoch“ bewertet. Die geclusterte negative Bewertung in Höhe von 48,6% für das Verfassen schriftlicher Reflexionen (D2) liegt nur knapp unter der kumulierten positiven Bewertung von 51,3%. Alle Probanden haben die Aspekte zur Dokumentation beurteilt.

Vierzehn Bemerkungen zum Themenschwerpunkt Dokumentation wurden abgegeben, viele davon bezogen sich auf die schriftlichen Therapieplanungen in tabellarischer Form. Das Verfassen dieser Planungen wurde als zeitaufwendig und intensiv, im Nachhinein für das aktuelle Arbeitsleben aber als sehr gut bewertet, da man so zielorientiertes Arbeiten erlernt habe (vgl. D_9, D_15, D_25 und D_32).

Abbildung 11: Skaleneinschätzung D – Dokumentation

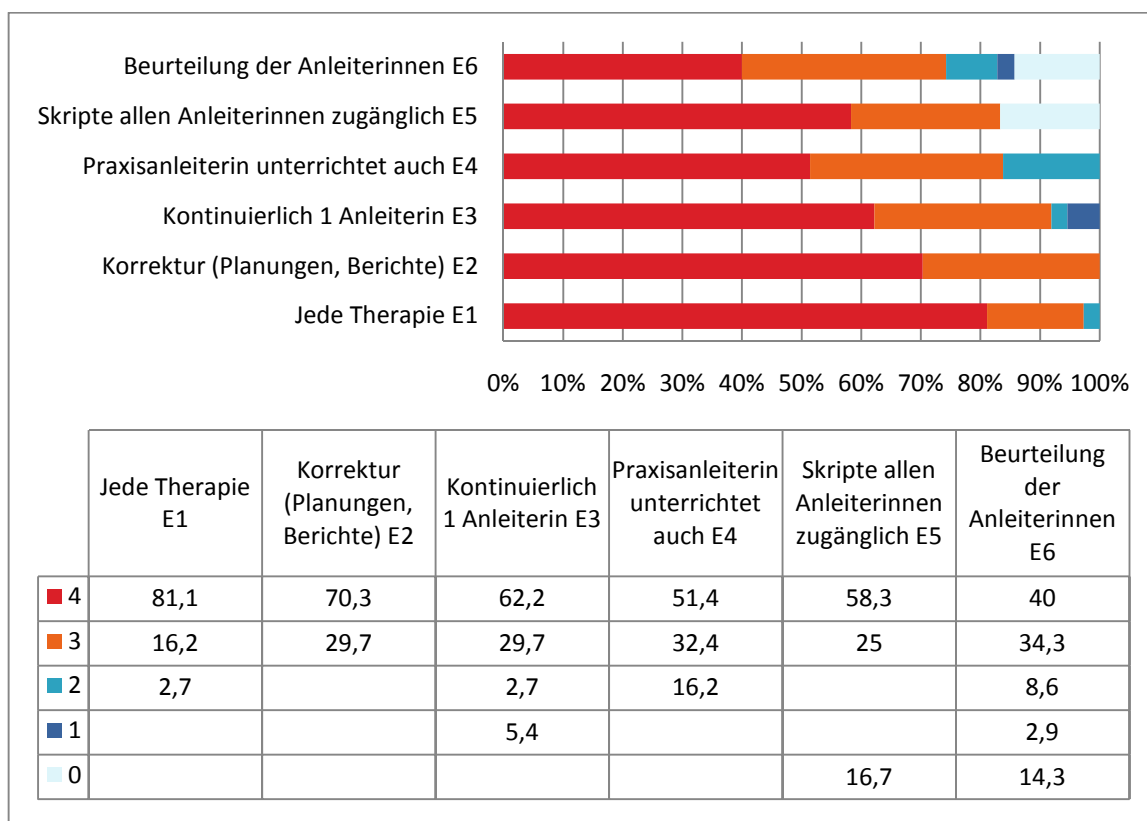
Quelle: eigene Darstellung

Problematisch wurde gesehen, dass die Korrekturen der Stundenplanungen von Lehrlogopädinnen nicht einheitlich waren (vgl. D_9 und D_39) und z. T. „ein zu großer Druck für eine perfekte Stundenplanung auf den Schüler ausgeübt [wurde K. B.]“ (D_39). Mehrere Befragte bezeichneten die Dokumentation insgesamt als zu umfangreich (vgl. D_17; D_20 und D_32). Das Schreiben kürzerer Berichte wie sie im späteren Berufsleben notwendig seien, wurde während der Ausbildung zu wenig geübt (vgl. D_28, D_31 und D_32). Um den erheblichen Zeitaufwand für das Verfassen von Berichten zu verringern, wurden diese in einigen Fällen von Vorkursen abgeschrieben (vgl. D_11 und D_32), für das Erstellen von Rahmenplänen gebe es zu wenig Anleitung (vgl. D_36). Praxisanleiterinnen sollten außerdem darauf achten, Rahmenpläne zeitnah korrigiert zurück zu geben (vgl. D_26). Als Veränderungsvorschlag wurde genannt, eine schriftliche Reflexion nur dann anzufertigen, wenn keine mündliche Nachbesprechung stattgefunden habe, sonst sei sie sinnlos (vgl. C_32, D_5 und D_40).

E – Praxisanleitung/Supervision:

Abbildung 12 stellt die Ergebnisse des Themenschwerpunktes Praxisanleitung/Supervision dar. Die Punkte E5 (Skripte sind allen Anleiterinnen zugänglich) und E6 (Anleiterinnen werden von der Therapeutinnen beurteilt) sind von 16,7%, bzw. 14,3% der Befragten nicht bewertet worden. Dem Punkt, dass jede Therapie angeleitet wird (E1) maßgeb 81,1 % der Probanden eine sehr hohe Bedeutung bei, 29,7 % schätzten die Bedeutung noch als „eher hoch“ ein. Das Korrigieren von Therapieplanungen und Berichten durch die Anleiterin (E2) erhielt eine kumulierte positive Bewertung von 100%, niemand sah diesen Aspekt negativ. Die zusammen gefassten positiven Beurteilungen der anderen Aspekte (E3, E4, E5, E6) liegen zwischen 74,3% und 91,9%.

Abbildung 12: Skaleneinschätzung E – Praxisanleitung/Supervision



Quelle: eigene Darstellung

Zur Praxisanleitung wurden sieben zusätzliche Bemerkungen formuliert, drei davon bezogen sich auf die anonyme Beurteilung der anleitenden Lehrlogopädin. Ein Befragter hielt diese Beurteilung höchstens bei externen Anleiterinnen für sinnvoll, mit BFS-internen Mitarbeitern können „Dinge meist direkt geklärt werden“ (E_25). Zwei weitere Befragte

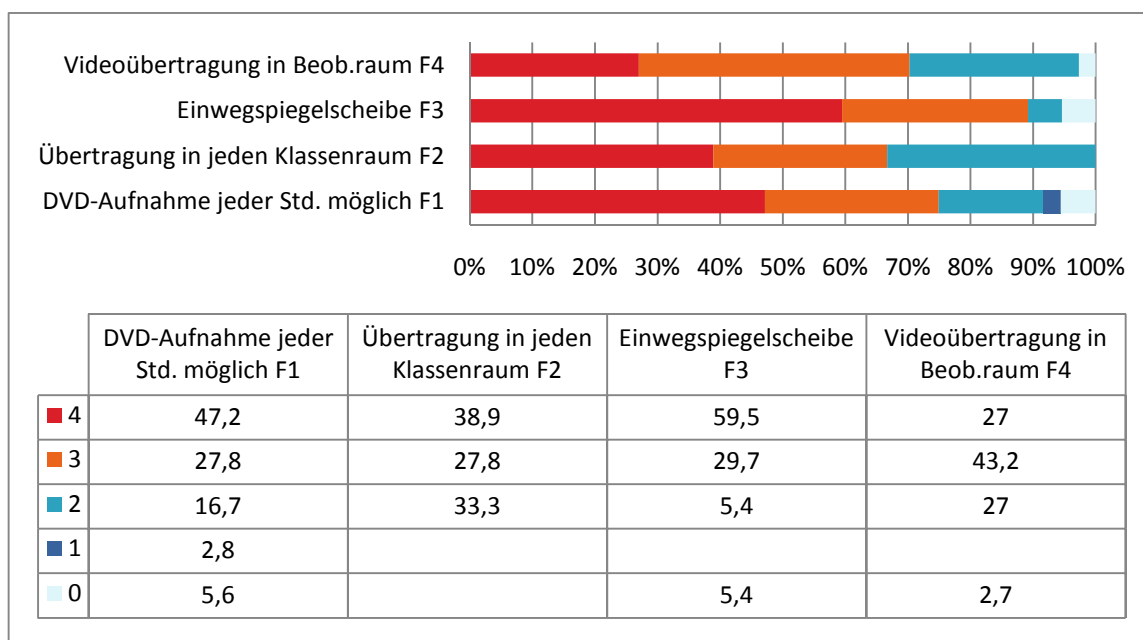
gaben explizit an, diese Bögen nicht zu kennen (vgl. E_17 und E_43). Positiv bewertet wird die Tatsache, dass die Praxisanleiterin nicht mit im Therapieraum sitzt, was bedeutsame Auswirkungen auf das Patient-Therapeut-Verhältnis habe (vgl. C_23). Folgende Veränderungsvorschläge wurden in diesem Bereich genannt:

- Praxisanleiterinnen sollen während eines Therapieblocks wechseln, damit die Schülerinnen unterschiedliche Sichtweisen kennen lernen (vgl. E_32)
- Praxisanleiterinnen sollen nicht nur im theoretischen Unterricht, sondern gleichzeitig auch therapeutisch tätig sein (vgl. E_37 und E_43).

F – Übertragungstechnik/Aufnahmemöglichkeiten:

Die prozentuale Verteilung der Antworten zum Themenschwerpunkt Übertragungstechnik/Aufnahmemöglichkeiten ist in **Abbildung 13** zu sehen. 33,3%, bzw. 27% maßen der Übertragungsmöglichkeit in einen Klassenraum (F2), bzw. der Videoübertragung in den Beobachtungsraum (F4) eine eher geringe Bedeutung bei. Auch für die mögliche DVD-Aufnahme jeder Therapie (F1) wurde von 16,7% der Wert 3 („eher geringe Bedeutung“) vergeben. Die kumulierten positiven Bewertungen ergeben 75% (F1), 66,7% (F2), 89,2% (F3) und 70,2% (F4). 2,7% bis 5,6% haben einige der technischen Aspekte nicht beurteilt.

Abbildung 13: Skaleneinschätzung F – Übertragungstechnik/ Aufnahmemöglichkeiten



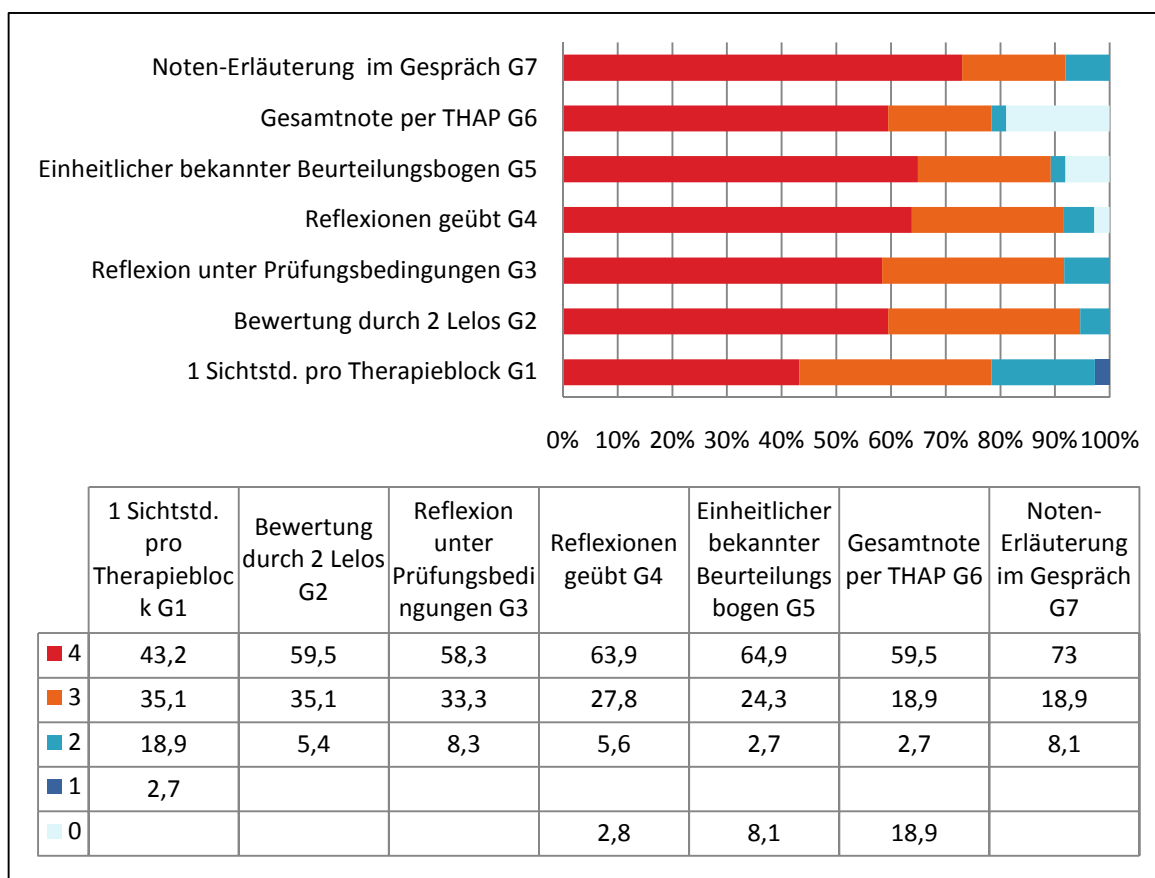
Quelle: eigene Darstellung

Bereits unter Themenschwerpunkt B fanden sich viele Bemerkungen zur Technik, hier finden sich neun weitere. Mehrfach wurde auf die schlechte (Ton-)Qualität der Übertragung hingewiesen (vgl. F_12, F_15, F_17, F_31 und F_43), ein Befragter formulierte direkt „Die Qualität der Hospitationen ist abhängig von der Qualität der Übertragungstechnik“ (F_26). Auch die punktuellen Kameraausschnitte während einer Übertragung wurden als mittelmäßig bezeichnet (vgl. F_31). Die von einem Befragten geforderte Umstellung auf DVD (vgl. F_39) wurde vor ca. zwei Jahren in der BFS umgesetzt.

G – Leistungskontrollen/Sichtstunden:

Die meisten Fragen zum Thema Leistungskontrollen/Sichtstunden wurden von allen Probanden beantwortet, wie **Abbildung 14** verdeutlicht. Kumulierte positive Bewertungen zwischen 78,3% (G1 eine Sichtstunde pro Therapieblock) und 94,3% (G2 Bewertung der Sichtstunde durch zwei Lehrlogopädinnen) wurden vergeben, wobei der Bewertung der Sichtstunden durch zwei Lehrlogopädinnen (G2) und der im Anschluss stattfindenden Notenerläuterung (G7) die höchste Bedeutung zugesprochen wurde. Das Berechnen der Gesamtnote einer Sichtstunde mit Hilfe des Therapeutischen Handlungsprofils (THAP) (G6) wurde von 18,9% der Befragten nicht beurteilt. Als Abschluss des Themenschwerpunktes Leistungskontrollen/Sichtstunden wurden neun Bemerkungen gemacht. Für die Ausbildung, als Vorbereitung für das praktische Examen wurden sie als positiv erachtet, um den aktuellen eigenen Stand zu kennen (vgl. G_15, G_26 und G_32). Als Vorbereitung auf das spätere Berufsleben jedoch als eher unwichtig gesehen (vgl. G_15 und G_26). Außerdem wurde der einheitliche Beurteilungsbogen für Sichtstunden (G5) in allen Störungsgebieten als positiv bewertet (vgl. G_32). Leider entspreche die Gesamtnote der Sichtstunde nicht der Gesamtbeurteilung des Therapieverlaufs (vgl. G_33 und G_43), die Therapeutin habe während der Sichtstunde unter großem Druck gestanden (vgl. G_32). Als Vorschläge für die zukünftige Durchführung von Sichtstunden wurde auf die zu übenden Reflexionen verwiesen (vgl. G_12) und der Wunsch nach verstärkter ressourcenorientierter Rückmeldung geäußert (vgl. G_8 und G_28).

Abbildung 14: Skaleneinschätzung G – Leistungskontrollen/Sichtstunden



Quelle: eigene Darstellung

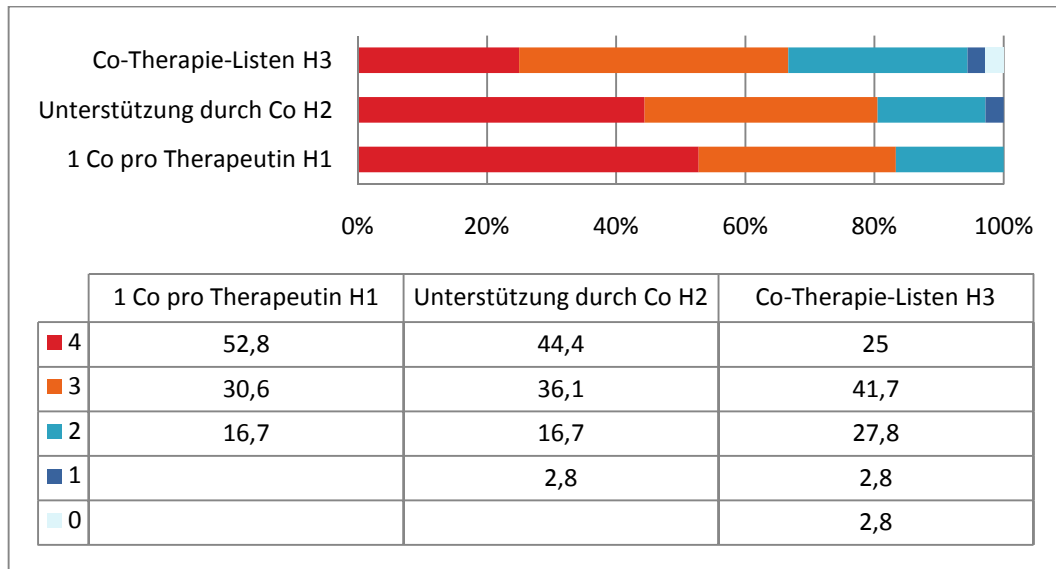
H – Co-Therapien:

Abbildung 15 verdeutlicht die Bedeutung von drei Aspekten bzgl. Co-Therapien. Im Vergleich mit den Aspekten „Zuordnung einer Co-Therapeutin zu einer Therapeutin“ (H1) und „Unterstützung durch die Co-Therapeutin“ (H2) mit jeweils 83,4%, bzw. 80,5% geclusterten positiven Beurteilungen, ist der Aspekt „Co-Therapie-Listen führen“ (H3) für die Befragten von geringerer Bedeutung. H3 erhielt eine positive Gesamtprozentzahl von nur 66,7%.

Zum Thema Co-Therapien wurden drei Bemerkungen verfasst. Ein Proband gab an, wie wichtig für die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Co-Therapeut das Verhältnis dieser beiden Personen sei (vgl. H_39). Grundsätzlich solle die Co-Therapeutin zwar Unterstützung bieten, dies sei aber aus Zeitgründen gerade während des dritten

Ausbildungsjahres nur eingeschränkt möglich (vgl. H_32). Eine im Störungsbild erfahrene Co-Therapeutin sei am hilfreichsten (vgl. H_37).

Abbildung 15: Skaleneinschätzung H – Co-Therapien

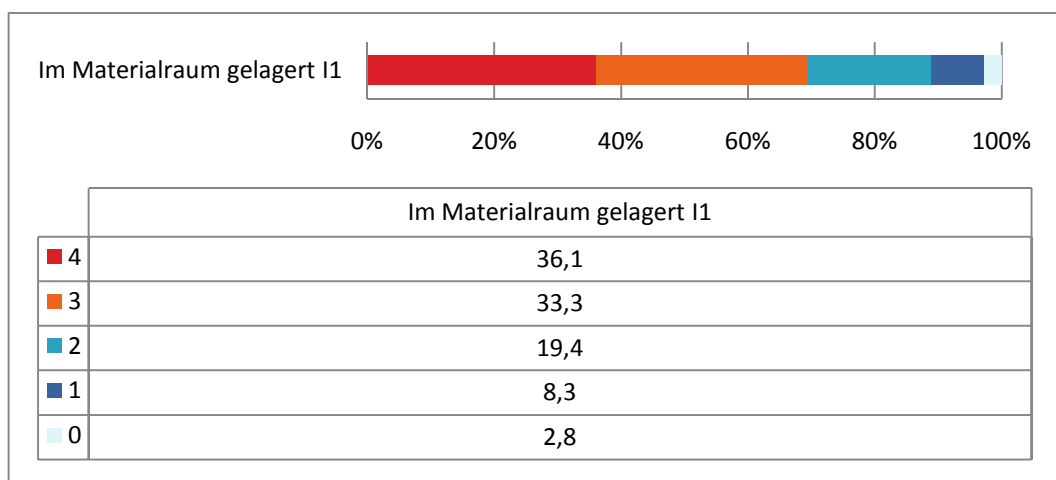


Quelle: eigene Darstellung

I – Therapiematerial:

Die kumulierten Bewertungen für das im Materialraum gelagerte und für alle Therapeuten zugängliche Therapiematerial liegen im positiven Bereich bei 69,4%, im negativen Bereich bei 27,7%. Wie **Abbildung 16** zeigt, beurteilten 2,8% der Befragten diesen Punkt nicht.

Abbildung 16: Skaleneinschätzung I – Therapiematerial



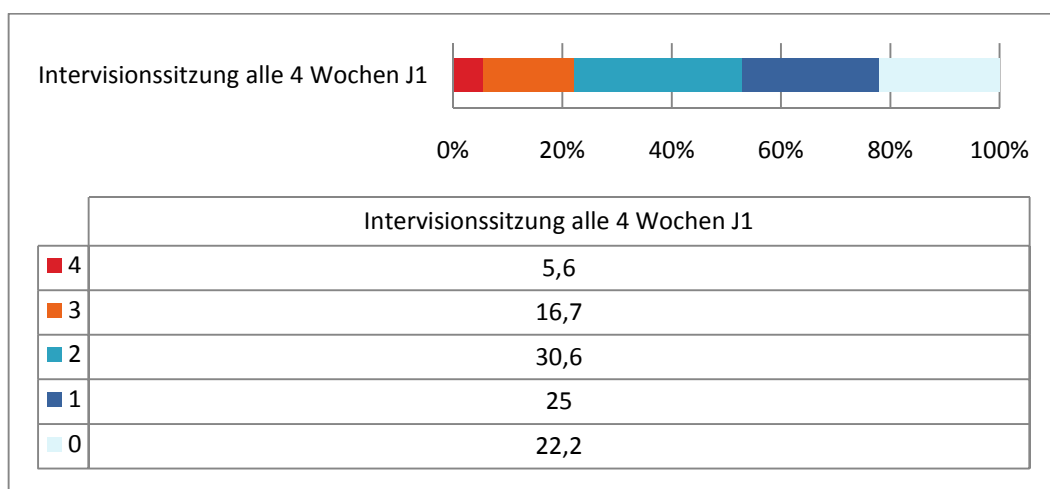
Quelle: eigene Darstellung

Zehn Bemerkungen zum Therapiematerial wurden geschrieben. Zwei Probanden bezeichneten das in einem Kellerraum der BFS vorhandene Material als ausreichend (vgl. I_27 und I_37) „Wenn man den Keller zu schätzen weiß, kann man sich da eine Menge Anregungen holen“ (I_37), notwendige Neuanschaffungen seien nach Absprache möglich (vgl. I_27). Gegenseitlicher Meinung sind andere, die das vorhandene Material als stark veraltet mit kaum logopädischem Arbeitsmaterial im Keller bezeichneten (vgl. I_6) und auf notwendige regelmäßige Neuanschaffungen verwiesen (vgl. I_23 und I_31). Zwei Absolventen wünschten sich die Lagerung von Therapiematerial im Behandlungsraum, da dies eine schönere Atmosphäre darstelle, man spontan flexibler auf einen Patienten reagieren könne und dies dem Berufsalltag in der Praxis entspreche (vgl. I_12, I_17 und I_44). Bzgl. der Flexibilität eines Therapeuten empfand ein anderer Befragter gerade das begrenzte Material im Raum als positiv, da man gezwungen sei mit dem Vorhandenen auszukommen (vgl. I_37). Zwei Umfrageteilnehmer erwähnten, während der Ausbildung kaum Therapiematerial von der Schule verwendet (vgl. I_39), sondern selbstgebasteltes, bzw. Material von zu Hause eingesetzt zu haben (vgl. I_16).

J – Intervision:

Abbildung 17 verdeutlicht, dass 22,2% der Umfrageteilnehmer die alle vier Wochen stattfindenden Intervisionssitzungen eines Ausbildungskurses nicht beurteilt haben. Viele Probanden schätzten die Bedeutung dieser Sitzungen als gering ein (geclusterte negative Bewertung 55,6%). Im Gegensatz dazu bestätigten nur 22,3% von ihnen hier eine „sehr hohe“ oder „eher hohe“ Bedeutung.

Abbildung 17: Skaleneinschätzung J – Intervision



Quelle: eigene Darstellung

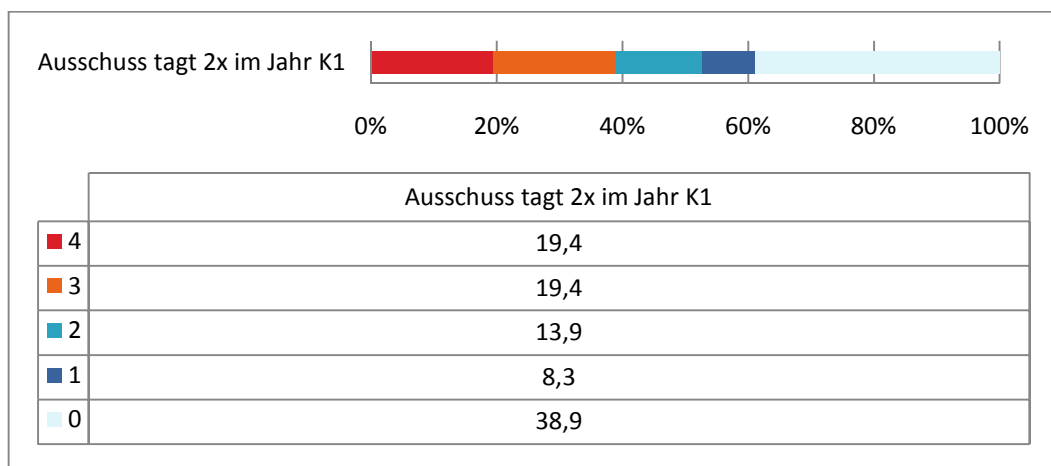
Sechs Probanden haben Bemerkungen zu Intervisionssitzungen geschrieben; einer gab an diese nicht zu kennen (vgl. J_15) oder sie nicht regelmäßig im Kurs durchgeführt zu haben (vgl. J_43). Die anderen vier Absolventen bewerteten eine Intervisionssitzung negativ, sie sei „innevektiv [sic] bzw. überflüssig“ (J_27), „völliger Quatsch“ (J_32) und „wird von vielen nicht ernst genommen“ (J_37). Es wurde darauf verwiesen, dass die Inhalte einer Intervisionssitzung eigentlich in eine Reflexion gehören und nicht im Plenum besprochen werden sollten (vgl. J_25 und J_27).

K – Ausschuss praktische Ausbildung:

Die Bedeutung des Ausschusses praktische Ausbildung beurteilten 38,9% der Befragten gar nicht. Der Ausschuss erhielt mit 38,8% eine insgesamt höhere positive als insgesamt negative Bewertung mit 22,2%, wie **Abbildung 18** zu entnehmen ist.

Nur ein Proband hat eine Bemerkung zum Ausschuss praktische Ausbildung verfasst, in der er bemerkte, dass er diesen Aspekt nicht beurteilen konnte (vgl. K_43).

Abbildung 18: Skaleneinschätzung K – Ausschuss praktische Ausbildung



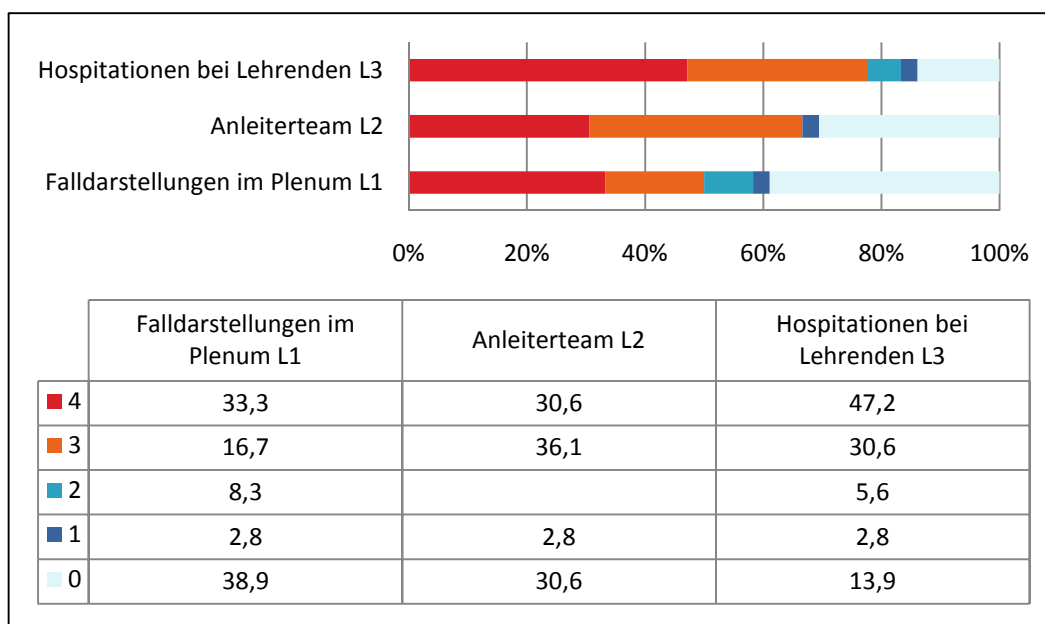
Quelle: eigene Darstellung

L – neue Aspekte:

Abbildung 19 präsentiert die Antworten der ehemaligen Schüler auf die Frage, wie sie die von der Mitarbeiterin des BFS-Teams im Interview genannten neuen Aspekte für die zukünftige interne praktische Ausbildung einschätzen. Für diese Aspekte L1

(Falldarstellungen im Plenum), L2 (Anleiterteam) und L3 (Hospitationen bei Lehrenden) gaben 38,9%, 30,6% und 13,9% der Teilnehmer keine Einschätzung ab. Im Vergleich der Aspekte erhielt die Möglichkeit bei Lehrenden zu hospitieren (L3) die deutlich höchste positive Gesamtbewertung (77,8%). Geclusterte positive Bewertungen für L1 (Falldarstellungen im Plenum) liegen bei 50%, für L2 (Anleiterteam) bei 66,7%.

Abbildung 19: Skaleneinschätzung L – neue Aspekte



Quelle: eigene Darstellung

Zu den drei von der Mitarbeiterin des BFS-Teams genannten neuen Aspekten für die zukünftige interne praktische Ausbildung wurden sieben Bemerkungen formuliert. Zwei davon bezogen sich auf Falldarstellungen im Plenum und schätzten diese als positiv ein (vgl. L_5 und L_36). Eine dieser Bemerkungen verwies auf eine notwendige gut durchdachte zeitliche Planung und Auswahl eines interessanten Falles (vgl. L_5). Um ein einheitliches Vorgehen erarbeiten zu können, hielt ein Proband ein Anleiterteam für sinnvoll (vgl. L_9). Den Aspekt Hospitationen bei Lehrenden bewerteten vergleichsweise viele in ihren Bemerkungen hoch (vgl. B_31, L_18, L_32 und L_37). Zwei Probanden schrieben, dass während ihrer Ausbildung eine solche Hospitationsmöglichkeit leider nur bei einer Lehrlogopädin im Fachbereich Stimme und nicht im Fachbereich Kindersprache angeboten wurde (vgl. L_32 und L_37).

4.2.5 Vergleich der Themenschwerpunkte B bis L

Um die Bewertungen der Themenschwerpunkte B bis L vergleichen zu können, war es nötig, Gesamtmittelwerte dieser Themen mit Hilfe des Programms SPSS zu berechnen. Da die Themenschwerpunkte eine unterschiedliche Anzahl Fragen zwischen eins und sieben enthielten, konnte die Summenbildung der Bewertungen nicht für einen Vergleich heran gezogen werden. **Tabelle 7** zeigt die Gesamtmittelwerte zwischen 1,5833 (J Intervention) und 3,5132 (C Eigene Therapien). Die höchsten Werte erzielten die folgenden drei Themenschwerpunkte (in der Tabelle grau):

- C Eigene Therapien (3,5132)
- G Leistungskontrollen/Sichtstunden (3,3838)
- E Praxisanleitung/Supervision (3,3815)

Diese Aspekte der internen praktischen BFS-Ausbildung wurden von den Absolventen als die mit der höchsten Bedeutung für die spätere berufliche Tätigkeit als Logopädin gesehen. Die Themen J (Intervention) und K (Ausschuss praktische Ausbildung) erhielten die niedrigsten Mittelwerte mit 1,5833 bzw. 1,7222. Diese haben nach Ansicht der Teilnehmer eine geringe Bedeutung für die spätere Berufsausübung.

Tabelle 7: Mittelwerte der Themenschwerpunkte des Fragebogens

	Themenschwerpunkt	Gesamt-Mittelwert
B	Hospitationen	3,0974
C	Eigene Therapien	3,5132
D	Dokumentation	3,1441
E	Praxisanleitung/Supervision	3,3815
F	Übertragungstechnik/Aufnahmemöglichkeiten	3,1149
G	Leistungskontrollen/Sichtstunden	3,3838
H	Co-Therapien	3,1389
I	Therapiematerial	2,9167
J	Intervention	1,5833
K	Ausschuss praktische Ausbildung	1,7222
L	Neue Aspekte	2,4352

Quelle: eigene Darstellung

4.2.6 Themenschwerpunkt M – Anzahl eigener Therapien

Nach dem Konzept der BFS ist eine Gesamtzahl von 80 eigenen Therapien der Schülerinnen in verschiedenen Störungsbildern vorgegeben. 40 Behandlungen im Bereich Kindersprache sind vorgesehen, wobei es sich nach Möglichkeit um zwei Therapieblöcke à 20 Stunden mit unterschiedlichen Sprech- und Sprachauffälligkeiten im Kindesalter handeln soll. Die Schülerinnen führen außerdem je einen Therapieblock à 20 Stunden in den Bereichen Stimmstörungen und neurologische Sprach- und Sprechstörungen durch.

Im Fragebogen wurden die Probanden unter M1 gebeten, diese von der BFS vorgegebene Gesamtzahl eigener Therapien einzuschätzen. 29 Absolventen schätzten die Anzahl von 80 als angemessen ein, 8 hielten die Anzahl für nicht angemessen. Die Tabelle in Anhang 12 fasst die Antworten zu M2 (eigener Vorschlag mit Verteilung) zusammen. Neben der Antwortnummer des Probanden findet sich die von ihm vorgeschlagene Gesamtzahl eigener Therapien während der Ausbildung, die jeweilige Verteilung auf die Störungsbilder und ggf. Bemerkungen. Diese Bemerkungen wurden in der letzten Spalte der Tabelle stichwortartig zusammen gefasst, die Originalzitate sind in Anhang 11 nachzulesen. Für den Bereich Kindersprache wurde im Online-Fragebogen eine Verteilungsmöglichkeit von Stunden auf die Störungsbilder Late Talker, MFS und SES angeboten.

Dreißig ehemalige Ausbildungsteilnehmer haben Frage M2 beantwortet, unter „Gesamtzahl Therapien“ ist in Anhang 12 ist die von ihnen gewünschte Anzahl eigener Therapien angegeben. Zehn von ihnen gaben hier 80 an, was sich nicht mit der Einschätzung unter M1 deckt. Vielleicht ist die Differenz mit den Hinweisen der Probanden unter „Bemerkungen“ zu erklären, dass sie sich zwar grundsätzlich eine höhere Anzahl eigener Therapien wünschten, diesen Wunsch aber gleich als nicht umsetzbar bezeichneten (vgl. M_15 und M_28). Vorgeschlagen wurde als Alternative das Üben bestimmter Behandlungsansätze im Kurs (vgl. M_15) oder die Reduzierung der Anleitungen (vgl. E_17 und M_28). In zwei Antworten war keine Gesamtzahl angegeben, lediglich eine Bemerkung (vgl. M_43), bzw. die Anzahl 20 unter Stottern (vgl. M_21). Bei Antwort M_22 ist davon auszugehen, dass die Frage nicht korrekt verstanden wurde. Der Proband gab als Gesamtzahl 4 mit einer Verteilung von jeweils 1 auf sechs verschiedene Störungsbilder an. Wahrscheinlich ist mit der Zahl 1 jeweils ein Therapieblock im Störungsbild gemeint. Drei Probanden gaben eine Gesamtzahl unter 80 an, die Angaben lagen zwischen 65 und 75 eigenen Therapien (vgl. M_16, M_17 und M_33). Zwei Probanden schlugen 83, bzw. 85 eigene Behandlungen während der Ausbildung vor (vgl.

M_12 und M_44). Eine deutlich höhere Gesamtanzahl zwischen 90 und 135 Therapien wünschten sich elf Umfrageteilnehmer.

Vergleicht man die Verteilung der Therapien auf die lt. BFS vorgesehene Störungsbilder mit den Wünschen der Probanden der Umfrage wird deutlich, dass die Mehrheit im Bereich Kindersprache eine Aufteilung auf alle drei Störungsbereiche (LT, MFS und SES) befürwortete. Sieben Teilnehmer blieben bei insgesamt 40 Kindertherapien, die anderen schlugen zwischen 25 und 70 eigene Behandlungen im Bereich Kindersprache vor. Ein Proband wies darauf hin, dass eine umfangreiche Diagnostik von Kindern bei Therapieübernahmen z. T. überflüssig sei und seines Erachtens zu viele Stunden beanspruche (vgl. M_37).

Im Bereich Stimmstörungen waren sechzehn Personen mit der von der BFS vorgegebenen Anzahl von 20 einverstanden, 5 x wurden 10, 1 x 12 und 5 x 15 Behandlungen empfohlen.

Als Anzahl für eigene Therapien im Bereich neurologische Sprach- und Sprechstörungen hielten vierzehn Probanden die vorgesehenen 20 Stunden für angemessen, fünf Probanden schlugen eine geringere Anzahl zwischen 10 und 15 Behandlungen vor. Eine deutlich höhere Anzahl von 25 bis 40 Therapien in diesem Bereich befürworteten sieben Umfrageteilnehmer. Ein Proband machte den Vorschlag in den Störungsbereichen Stimme und Neurologie nicht je einen Patienten à 20 Stunden, sondern je zwei Patienten à 10 Stunden während der praktischen Ausbildung zu therapieren (vgl. M_36). Ein anderer Umfrageteilnehmer war der Meinung, dass Aphasitherapien zu spät beginnen würden und damit ein schwieriger Berufsstart in Praxen gegeben sei (vgl. M_25).

Stottertherapien sind nicht als eigene Behandlungen während der Ausbildung vorgesehen, wurden aber von vielen Probanden ausdrücklich gewünscht. 15 x wurde hier die Anzahl 10 vorgeschlagen, 3 x 5, 1 x 12 und 5 x 20 Behandlungen. Mehrere Probanden wiesen in ihren Bemerkungen auf die Notwendigkeit hin, Stottertherapien auch während der Ausbildung selber durchzuführen (vgl. C_5, M_31, M_32, M_40 und M_46). Ein Umfrageteilnehmer schlug 20 Stunden Stottertherapie mit einer Therapeutengruppe vor (vgl. M_31). Fünf ehemalige Schüler empfahlen außerdem eine Zahl von 10 bis 20 Behandlungen in weiteren Störungsbildern, drei von ihnen nannten hier ausdrücklich das Störungsbild Dysphagie (vgl. M_15, M_32 und M_40).

Abweichend von den o. g. Empfehlungen in den Bereichen Kindersprache und Stottern bemerkte ein Umfrageteilnehmer, dass Late Talker- und Stotter-Symptomatiken in Praxen

nicht häufig zu finden seien, und deshalb zugunsten „tagtäglicher Störungsbilder“ (M_17) mit einem geringeren Stundenumfang berücksichtigt werden sollten.

Als weitere Vorschläge für zukünftige Schüler-Therapien wurde empfohlen, nicht zwei Mal das gleiche Störungsbild im Bereich Kindersprache zu behandeln und generell genauer auf die Verteilung zu achten (vgl. C_37 und C_5). Man könne hier auch die Störungsbilder berücksichtigen, die über eine Co-Therapie abgedeckt werden, um eine größtmögliche Bandbreite unterschiedlicher Patienten im Rahmen der Ausbildung kennen zu lernen (vgl. C_37). Generell sei die praktische Ausbildung umso besser, je mehr Erfahrung in verschiedenen Störungsbildern man in der BFS sammeln konnte (vgl. C_15).

4.2.7 Vergleich der Beurteilung durch Studierende und Nicht-Studierende

Unter den Teilnehmern der Fragebogenerhebung befanden sich 16 Studierende und 23 Nicht-Studierende. Aus dieser Verteilung ergab sich die Frage, ob die genannten Gruppen verschiedenen Aspekten der praktischen Ausbildung für ihre derzeitige Berufstätigkeit eine signifikant unterschiedliche Bedeutung beigemessen haben, und welche Gruppe Themenschwerpunkte höher bewertet. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass studierende und nicht-studierende Umfrageteilnehmer unterschiedliche Beurteilungen der Themenschwerpunkte B bis L vorgenommen haben. Mit Hilfe des t-Tests kann untersucht werden, ob sich empirisch gefundene Mittelwerte systematisch voneinander unterscheiden oder ob die Unterschiede zufällig entstanden sind (vgl. Rasch et al. 2010: 43-45). Zum Vergleich der Beurteilung von studierenden und nicht-studierenden Teilnehmern wurden in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe des Programms SPSS aus den Antworten der Frage A2 zunächst zwei Gruppen definiert (1 = Studierende, 2 = Nicht-Studierende), um später den t-Test bei unabhängigen Stichproben durchführen zu können (vgl. Bühl 2010: 300ff). Drei Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit der t-Test angewendet werden kann (vgl. Rasch et al. 2010: 59):

1. Intervallskalierung
2. Normalverteilung
3. Varianzhomogenität.

Wie bereits erläutert, ist durch die Skaleneinschätzung als Beurteilung der Themenschwerpunkte in der Absolventenbefragung eine Intervallskalierung gegeben. Zum Kriterium der Normalverteilung wurden die Gesamtbeurteilungen der

Themenschwerpunkte mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests (K-S-Test) untersucht (vgl. Rasch et al. 2010: 60, Bühl 2010: 332). Als Ergebnis zeigte sich, dass alle zu testenden Verteilungen eine Normalverteilung aufwiesen. Eine Varianzhomogenität, bzw. heterogenität kann mit dem Levene-Test ermittelt werden. Ergibt der Levene-Test ein signifikantes Ergebnis ($p < 0,05$), unterscheiden sich die Gruppen nicht bzgl. der Varianz. Man spricht von Varianzheterogenität. Ein nicht signifikantes Ergebnis des Levene-Tests deutet auf eine Varianzhomogenität hin (vgl. Bühl 2010: 238). In **Tabelle 8** sind für die Themenschwerpunkte B bis L die Gesamtbeurteilungen (Summen) für Studenten und Nicht-Studenten als numerische Werte in der zweiten und dritten Spalte angegeben. Diese Werte sind aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf zwei Nachkommastellen gerundet. Die Signifikanz-Werte des Levene-Tests und die 2-seitige Signifikanz des t-Tests sind in der dritten und vierten Spalte dargestellt. Die signifikanten Ergebnisse ($p < 0,05$) sind in der Tabelle fett gedruckt und mit * gekennzeichnet.

Tabelle 8: t-Test Themenschwerpunkte B bis L

Themenschwerpunkt	Gesamtbeurteilung		Signifikanz Levene- Test	Signifikanz t-Test
	Studierende	Nicht- Studierende		
B	15,18	15,69	0,917	0,459
C	21,25	20,95	0,160	0,600
D	19,18	18,61	0,255	0,558
E	20,00	20,00	0,844	1,000
F	11,93	12,5238	0,771	0,478
G Leistungskontrollen/ Sichtstunden	25,31	22,23	0,026*	0,025*
H	9,68	9,20	0,930	0,508
I	2,81	3,00	0,591	0,612
J	1,87	1,35	0,714	0,189
K Ausschuss prakt. Ausbildung	2,56	1,05	0,543	0,004*
L Neue Aspekte	8,81	6,10	0,415	0,042*

Quelle: eigene Darstellung

In der vorliegenden Analyse ergab der Levene-Test bei allen Gesamtbeurteilungen der Themen ein nicht signifikantes Ergebnis, lediglich der Themenschwerpunkt G (Leistungskontrollen/Sichtstunden) wies eine Varianzheterogenität nach. Für diesen Fall kann der durch das Programm SPSS ausgegebene Wert für „Varianzen sind nicht gleich“

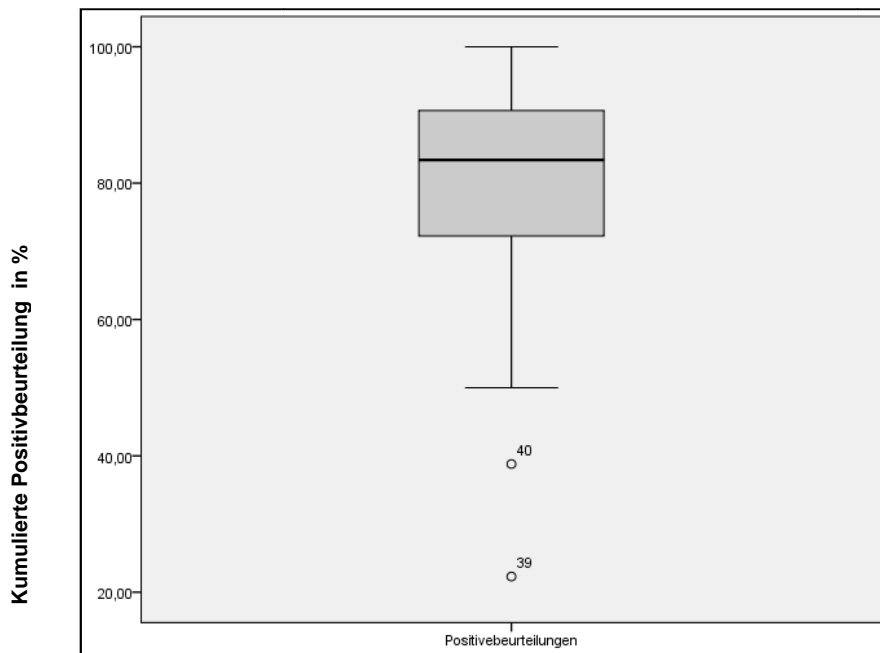
für den t-Test genutzt werden. Der t-Test ergab für die grau markierten und mit * versehenen Themenschwerpunkte G (Leistungskontrollen/Sichtstunden), K (Ausschuss praktische Ausbildung) und L (Neue Aspekte) signifikante Werte. Das bedeutet, die Unterschiede in der Gesamtbeurteilung dieser Themen durch Studierende, bzw. Nicht-Studierende sind nicht zufällig. Der Vergleich der Werte der Gesamtbeurteilung zeigt, dass Studenten diese Themenschwerpunkte höher einschätzen als Nicht-Studierende.

4.3 Zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse

Um die umfangreichen Ergebnisse des Interviews und der Fragebogenerhebung im vorliegenden empirischen Forschungsprojekt aus Kapitel 4.2 später interpretieren zu können, werden diese zunächst mit einem weiteren statistischen Verfahren und im Anschluss inhaltlich zusammen gefasst. Es werden dabei nur Ergebnisse berücksichtigt, die die BFS Osnabrück betreffen. Nur einzelne von der Interviewten und den Umfrageteilnehmern rückgemeldeten Veränderungsvorschläge für die Umsetzung in der BFS werden in dieser Zusammenfassung erwähnt. Die überwiegende Zahl dieser Vorschläge wird in die Interpretation der Ergebnisse (Kapitel 4.4) einbezogen, ebenso die Einschätzung der neuen Aspekte durch die ehemaligen Absolventen.

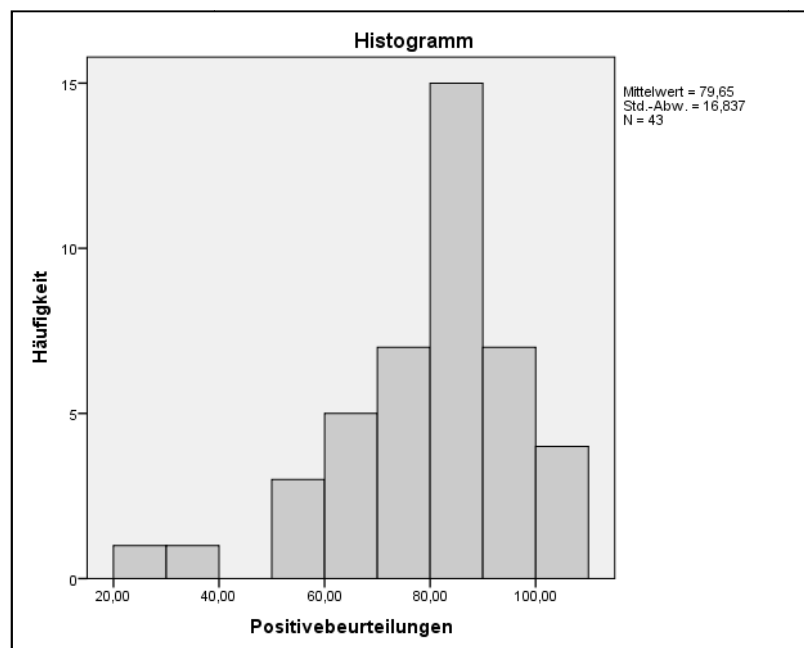
Für die zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse werden die kumulierten positiven Beurteilungen („sehr hohe Bedeutung“ und „eher hohe Bedeutung“) der Themenschwerpunkte B bis L im Fragebogen verglichen. Wie unter 4.2.4 werden die relativen Häufigkeiten der Antwortkategorien in Prozent dabei als Werte verwendet. Es ergeben sich ein Mittelwert von 79,64%, ein Median (= wahre Mitte) von 83,40% mit einem Minimum von 22,30% und einem Maximum von 100,00% gehäuften positiven Beurteilungen. Die nachfolgenden Darstellungen als Boxplot (siehe **Abbildung 20**) und Histogramm (siehe **Abbildung 21**) verdeutlichen, dass fast alle Themenschwerpunkte von den ehemaligen Absolventen der BFS Osnabrück sehr hohe kumulierte positive Beurteilungen erhalten haben.

Die Box im Boxplot wird vom ersten und dritten Quartil der Verteilung begrenzt, die innere Linie präsentiert den Median. Ausreißer, die mehr als anderthalb Kastenlängen außerhalb liegen, sind mit einem Kreis gekennzeichnet (vgl. Bühl 2010: 231).

Abbildung 20: Boxplot Positivbeurteilung

Quelle: eigene Darstellung

Im Histogramm entspricht die Länge jeder Zelle der Anzahl der Gesamtpositivbeurteilungen, die in ein Intervall fallen. Dabei wird jeder Fall durch einen numerischen Wert präsentiert, der dem eigentlich beobachteten Wert entspricht (vgl. Bühl 2010: 231).

Abbildung 21: Histogramm Positivbeurteilung

Quelle: eigene Darstellung

Ausreißer im Intervall zwischen 20,00% und 40,00% sind die kumuliert positiven Bewertungen der Intervision (J1) mit 22,30% und des Ausschusses praktische Ausbildung (K1) mit 38,80%. Vier Aspekte erhielten eine zusammen gefasst positive Bewertung von 100,00%: C1 (Eigene Therapien ab 2. Jahr), C2 (Therapieblock incl. Befund, Anamnese), C3 (Therapien an der BFS) und E2 (Korrektur von Planungen und Berichten). Das mit Abstand am häufigsten vertretene Intervall liegt bei der Bewertung zwischen 80,00% und 90,00%.

Wie bereits durch den Vergleich der Mittelwerte der Themenschwerpunkte deutlich gemacht, kommt der Durchführung eigener Therapien in der internen praktischen Ausbildung die höchste Bedeutung zu. Diese eigenen Therapien sollen unter hochfrequenter Praxisanleitung von Lehrlogopädinnen stattfinden, die den Schülerinnen zusätzlich zu den regulären Nachbesprechungen bei Bedarf Hilfestellungen in weiteren Gesprächsterminen anbieten. Jeder Therapeutin ist eine Co-Therapeutin zugeordnet, die Hilfestellungen gibt. Die mündliche Reflexion der eigenen Therapien ist sehr wichtig; eine schriftliche Reflexion soll nur abgegeben werden, wenn keine mündliche Nachbesprechung stattgefunden hat. Die Teilnahme an diesen Reflexionen hat auch für Hospitierende ab dem ersten Ausbildungsjahr eine hohe Bedeutung. Während der Hospitationen sollen den Schülerinnen Informationen über den beobachteten Patienten, sein Störungsbild und den Therapieaufbau durch die anwesende Lehrlogopädin und/oder durch Schülerinnen höherer Jahrgänge gegeben werden. Die Qualität der Hospitationen ist stark abhängig von der Qualität der Übertragungsmöglichkeiten, die derzeit als unzureichend bezeichnet wird. Zur Kontrolle des eigenen Ausbildungsstandes in der praktischen Ausbildung ist das Absolvieren von Sichtstunden als Leistungskontrolle sehr sinnvoll. Grundsätzlich soll nicht nur das methodische Vorgehen in einer Behandlung bewertet werden, sondern auch Aspekte zum Therapeutenverhalten und zur Entwicklung einer Therapeutenpersönlichkeit. Im Rahmen der Dokumentation wird das Verfassen detaillierter tabellarischer Stundenplanungen als sehr zeitaufwendig aber notwendig gesehen. Der Umfang von Berichten soll eher dem späteren Praxisalltag entsprechen. Ebenso sollen Rahmenpläne in kürzeren Versionen geschrieben und unbedingt zeitnah korrigiert werden. Die Beurteilung der Lagerung des für alle zugänglichen Therapiematerials im Materialraum der BFS ist ambivalent. Intervisionssitzungen und der Ausschuss praktische Ausbildung werden gar nicht, bzw. eher negativ beurteilt.

4.4 Interpretation der Ergebnisse

Die zuvor dargestellten und analysierten Ergebnisse der Evaluationsstudie werden in Kapitel 4.4 interpretiert. Dabei wird eine Vielzahl von Veränderungsvorschlägen der Interviewten und der ehemaligen Absolventen einbezogen. Diese werden durch persönliche Anregungen ergänzt, die sich für die Autorin aus eigenen Erfahrungen als Lehrende ergeben. Entsprechend der Fragestellungen des Forschungsprojekts werden die Ergebnisse unter 4.4.1 bzgl. verschiedener Umsetzungsvorschläge für die BFS Osnabrück, unter 4.4.2 hinsichtlich ihrer Relevanz für einen dualen Studiengang Logopädie an der HS Osnabrück interpretiert.

4.4.1 Umsetzungsvorschläge für die BFS

Als zentrale Rückmeldung an das Team der BFS gilt, dass fast allen Aspekten der derzeitigen internen praktischen Ausbildung eine hohe bis sehr hohe Bedeutung für die spätere Berufstätigkeit zugeschrieben wird. Diese Bewertung impliziert die grundsätzliche Beibehaltung des Ausbildungskonzepts an der BFS, lediglich einzelne Gesichtspunkte sollten überarbeitet werden. Die Bemerkungen der Befragten bieten dazu konstruktive Anregungen.

Einigen Aspekten kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu, da die BFS im kommenden Jahr neue Räumlichkeiten beziehen wird. Gerade für die Gestaltung der Therapieräume, sowie für die technische Ausstattung sollten die Ergebnisse der Studie berücksichtigt werden.

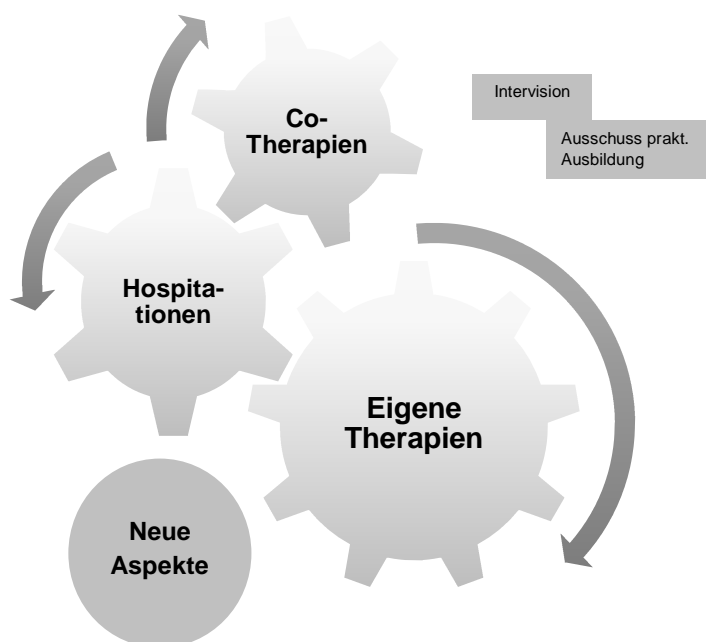
Konkrete Umsetzungsvorschläge für die BFS sind entsprechend der Darstellung unter 2.3.2 (siehe **Abbildung 3**) in verschiedene Themen gegliedert:

- **Hospitationen**
- **Eigene Therapien** (Praxisanleitung, Technik/Material, Dokumentation, Leistungskontrollen)
- **Co-Therapien**
- **Intervision**
- **Ausschuss praktische Ausbildung.**

Nach Analyse der Forschungsergebnisse machen die ersten drei der o. g. Themen auch zukünftig das Grundgerüst der internen praktischen Logopädieausbildung aus. Die notwendige Verknüpfung dieser Inhalte veranschaulicht die Darstellung in **Abbildung 22** in Form ineinandergreifender Zahnräder. Die als weniger bedeutsam eingestuften

Themen Intervention und Ausschuss praktische Ausbildung spielen eine untergeordnete Rolle im Ausbildungsprozess und sind im Randbereich der Abbildung zu finden. Neue Aspekte (Hospitationen bei Lehrenden, Anleiterteam, Falldarstellungen im Plenum) sollen zukünftig in die Praxisausbildung einfließen, müssen aber noch individuell an den Standort Osnabrück angepasst werden, und sind aus diesem Grund in der Darstellung noch nicht zu einem Zahnrad umgeformt.

Abbildung 22: Zukünftige interne Praxisausbildung



Quelle: Eigene Darstellung

Da **Hospitationen** sowohl in der Beurteilung durch die Mitarbeiterin der BFS als auch durch die ehemaligen Absolventen eine hohe Bewertung erhalten haben, müssen diese auch zukünftig ab Beginn der Ausbildung angeboten werden. Neben Hospitationen bei Schülerinnen höherer Jahrgänge sollten ebenso **Hospitationen während Therapien von Lehrenden** möglich sein. Damit wäre auch der Forderung einiger Umfrageteilnehmer nachgekommen, dass die Anleiterinnen selbst praktisch tätig sind. Im Gegensatz zur Praxisausbildung im Patholinguistikstudium sollten aus Sicht der Autorin diese Therapien ebenfalls mit den Hospitierenden nachbesprochen werden. Denkbar ist hier die abwechselnde Leitung der Nachbesprechung durch eine Schülerin vor dem Hintergrund

ihrer eigenen Erfahrungen in mündlichen Reflexionen. Hospitiert werden kann bislang per Videoübertragung in Klassenräume, in einen Beobachtungsraum oder durch Einwegspiegelscheiben. Mehrfach betont wurde in der Umfrage der direkte Zusammenhang der Effektivität von Hospitationen mit der Qualität der Übertragung. Die Tonübertragung in einen Raum, der nur durch eine Einwegspiegelscheibe vom Therapieraum getrennt ist, ist in den derzeitigen Räumen der BFS am besten. Die zuschauenden Personen können so die Therapie live verfolgen und sind nicht auf punktuelle Kameraausschnitte angewiesen. Diese Beobachtungsmöglichkeit kann aktuell nur von der anleitenden Lehrlogopädin, der Co-Therapeutin und ein bis zwei Hospitierenden gleichzeitig genutzt werden. Die Tonübertragung in die Klassenräume ist derzeit häufig so schlecht, dass es in der sich dort befindenden größeren Gruppe von Hospitierenden (ca. 8-12 Personen) sehr unruhig wird. So ist eine intensive Beobachtung der Behandlungssituation oft nicht möglich. Die Übertragung fordert eine kontinuierliche Führung der Videokamera durch die Co-Therapeutin, was allerdings auch nur punktuelle Ausschnitte der Therapiesituation und keine Erfassung der Gesamtsituation ermöglicht. Erschwerend kommt aus Sicht der Autorin hinzu, dass die Klassenräume zeitgleich von nicht hospitierenden Schülerinnen genutzt werden, die ihre Therapien usw. vorbereiten. Dadurch wird die Konzentration der Hospitierenden zusätzlich beeinträchtigt. Die Bild- und Tonübertragung per Videoübertragung in einen separaten Beobachtungsraum ist aktuell ebenfalls nicht optimal.

Die o. g. (Verbesserungs-)Vorschläge sollten unbedingt berücksichtigt werden, wenn die BFS im nächsten Jahr neue Räumlichkeiten bezieht. Eine Videoübertragung in die Klassenräume muss gerade für Unterrichtszwecke grundsätzlich möglich sein, die überwiegende Zahl von Hospitationen sollte jedoch hinter Einwegspiegelscheiben stattfinden. Die dortigen Räumen sollten einer angemessenen Gruppengröße (Praxisanleiterin, Co-Therapeutin plus 6-8 Hospitierende) Platz bieten. Zusätzlicher Vorteil dieser Beobachtungssituation wäre die Tatsache, dass sich alle anwesenden Personen ruhig verhalten müssen, um die Behandlung nicht zu stören und diese intensiv verfolgen zu können. Die von den Umfrageteilnehmern gewünschte parallele Information über den beobachteten Patienten und seine Therapie durch die Praxisanleiterin und/oder andere Schülerinnen wäre so ebenfalls gewährleistet.

Die als unersetzbar eingeschätzten **Eigenen Therapien** der Schülerinnen müssen auch zukünftig unter hochfrequenter **Praxisanleitung** stattfinden. Die derzeitige Gesamtzahl von 80 Behandlungen sollte auf keinen Fall reduziert werden, eine Erhöhung der Anzahl

mit einer adäquaten Aufteilung auf verschiedene Störungsbilder entsprechend der Absolventen-Vorschläge (siehe Anhang 12) in Erwägung gezogen werden. Die Umsetzung dieses Aspektes ist von verschiedenen Gegebenheiten abhängig: Patienten mit relevanten Störungsbildern in ausreichender Zahl müssen zu den vorgesehenen Therapiezeiten ebenso zur Verfügung stehen, wie ein hinreichendes Angebot an Praxisanleitungen durch Lehrlogopädinnen, die diese Zeiten mit ihrem Einsatz in der theoretischen Ausbildung koordinieren müssen. Um auch in den Störungsgebieten Stimme und Neurologie eine möglichst große Vielzahl an Patienten kennen zu lernen, ist der Vorschlag zu überdenken, hier nicht jeweils einen Therapieblock à 20 Stunden sondern jeweils 2 x 10 Stunden zu planen. Ob die Störungsbilder Stottern und Dysphagie zukünftig als Schülertherapien sinnvoll angeboten werden können, muss ebenfalls im BFS-Team erörtert werden.

Eine Praxisanleitung soll neben der kontinuierlichen Live-Beobachtung der Schülertherapien eine mindestens 30minütige mündliche Nachbesprechung jeder Behandlung und der ausführlichen Korrektur von Therapieplanungen/Berichten, auch das Angebot zusätzlicher Gesprächstermine für Fragen der Schülerinnen beinhalten. Einen geplanten Anleiterwechsel innerhalb eines Therapieblocks, der im Rahmen der Umfrage als Wunsch geäußert wurde um unterschiedliche Sichtweisen kennen zu lernen, sieht die Autorin kritisch. Aus ihrer Erfahrung ist gerade die Kontinuität der Anleitung bedeutsam, um die Schülerin bestmöglich im Entwicklungsprozess zu begleiten und gezielte Hilfestellungen geben zu können. Die Reflexion, die auch weiterhin in Gegenwart der Hospitierenden stattfinden soll, ist nach Ansicht der Autorin als zentraler Gesichtspunkt des Clinical Reasoning (CR) zu sehen. Als CR werden alle an der Entscheidungsfindung in Diagnostik, Therapie und Beratung beteiligten Denkprozesse von klinisch tätigen TherapeutInnen und deren Reflexion verstanden (vgl. Beushausen 2009a: 5). Jede Praxisanleiterin muss diesen Prozess des problemlösenden Denkens der Schülerinnen begleiten und in diesem Sinne die mündlichen Nachbesprechungen dem jeweiligen Ausbildungsstand der Schülerinnen anpassen. Die Autorin der vorliegenden Bachelorarbeit hat bereits in einer früheren Hausarbeit ein CR-Konzept für die Logopädieausbildung entwickelt und vorgestellt (vgl. Becker 2011). Auf weitere Inhalte dieses Konzepts kann hier nicht näher eingegangen werden.

Um den Austausch der Praxisanleiterinnen über ihre Supervisionstätigkeit zu intensivieren, erscheint die Einführung der im Interview vorgestellten regelmäßigen **Anleiterteams** sinnvoll. Wie in der Interviewauswertung bereits erwähnt, sollte es sich

dabei nicht um fachspezifische Sitzungen, sondern aufgrund der geringen Mitarbeiterzahl um fächerübergreifende Teams handeln. Bislang ist es zu selten möglich, Teamsitzungen mit festangestellten Mitarbeiterinnen und Honorarprofessoren, die in der Praxisanleitung tätig sind zum inhaltlichen Austausch durchzuführen. Oft bieten nur gemeinsame Beobachtungen und ausführliche Bewertungen einer Sichtstunde zwei Praxisanleiterinnen Gelegenheit, sich über eine Schülerin, ein Störungsbild, einen Therapieansatz, Bewertungskriterien usw. auszutauschen. Regelmäßige Anleiterteams zu vorbereiteten Fragestellungen bieten aus Sicht der Autorin einen ausgezeichneten Weg, diese dringend erforderliche Arbeit zu intensivieren. Zusätzlich sollte über den gemeinsamen Besuch einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Praxisanleitung/Supervision nachgedacht werden, um alle Mitarbeiterinnen in den bevorstehenden Entwicklungsprozess stärker einzubeziehen und eine dafür erforderliche gemeinsame Ausgangsbasis zu schaffen.

Positiv hervorgehoben wurde bereits im Interview die Tatsache, dass während der praktischen Ausbildung in Osnabrück besonderer Wert auf die Betrachtung des Therapeutenverhaltens in einer Behandlung gelegt wird. Es geht nicht nur um detailliertes fachliches Wissen und die adäquate Umsetzung des methodischen Vorgehens, sondern „der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung [ist K. B.] ein entsprechend hoher Stellenwert einzuräumen“ (Springer, Zückner 2006: 3). Der Entwicklungsprozess dieser interpersonellen Fähigkeiten sollte insbesondere soziale und kommunikative Kompetenzen berücksichtigen (vgl. Beushausen 2009: 30).

Technische Aspekte wurden von den Umfrageteilnehmern nur auf Hospitationsmöglichkeiten bezogen, DVD-Aufnahme- und Kopiermöglichkeiten von eigenen Therapien sollten zukünftig so angeboten werden wie bisher. Die Lagerung des **Therapiematerials** im Materialraum und (notwendige) Neuanschaffungen wurden in der Umfrage ambivalent beurteilt. Als sinnvoll erachtet die Autorin konkrete Überlegungen zur Lagerung und Neuanschaffung von Therapiematerial zum Zeitpunkt der Planung neuer Räumlichkeiten. Um unnötige Ausgaben für Mehrfachanschaffungen zu vermeiden, sollten alle Therapieräume weiterhin nur eine Grundausstattung (geeignetes Mobiliar, Papier, Stifte usw.) enthalten. Die Herstellung und der Einsatz von eigenem, ggf. selbst gefertigtem Therapiematerial bereits während der Ausbildung unterstützt individuelle persönlichkeits- und störungsspezifische Therapieplanungen und ist eine gute Vorbereitung auf die spätere Berufstätigkeit.

Im Rahmen der **Dokumentation** sollten schriftliche Therapieplanungen, Befund- und Anamneseberichte zukünftig in gleicher Form geschrieben werden. Ob und wie das

Verfassen eines kürzeren Berichts, wie er in der späteren praktischen Arbeit häufig z. B. von Ärzten verlangt wird, als zusätzliche Aufgabe für die Schülerinnen aufgenommen wird, sollte im BFS-Team diskutiert werden. Die Anmerkungen der Absolventen zum Verfassen schriftlicher Reflexionen können von der Autorin auch in Hinblick auf jeweils notwendige Korrekturen gut nachvollzogen werden. Nach einer ausführlichen, vollständigen mündlichen Nachbesprechung ist das Schreiben einer seitenlangen schriftlichen Reflexion nicht zwingend erforderlich. Die Idee der Interviewten, wie im Patholinguistikstudium eine zusätzliche Spalte in der tabellarischen Planung mit der Überschrift „Reflexion“ einzufügen, würde den Arbeitsaufwand erheblich reduzieren. Einheitliche Vorlagen für das Verfassen verschiedener Dokumente existieren bereits, im Team sollten allerdings einheitliche und zeitnahe Korrekturen noch einmal thematisiert werden.

Leistungskontrollen erscheinen Schülerinnen der BFS besonders sinnvoll für die Vorbereitung des praktischen Exams, weniger bedeutsam allerdings für die spätere Berufstätigkeit. In diesem Sinne sollten auch weiterhin Sichtstunden in den Therapieblöcken stattfinden, der Einsatz des Bewertungsinstruments THAP hat sich bewährt. Aus Sicht der Autorin sollte sich diese Leistungsbewertung tatsächlich nur auf eine einzelne Behandlung beziehen, um u. a. die bereits erwähnten objektiven Beurteilungskriterien adäquat einsetzen zu können. Der Wunsch nach einer Gesamtbeurteilung eines Therapieblocks kann gut nachvollzogen werden und könnte z. B. in einem zuvor festgelegten Abschlussgespräch am Ende eines Therapieblocks zwischen Praxisanleiterin, Therapeutin und Co-Therapeutin stattfinden. In diesem Gespräch sollte verstärkt auf Ressourcenorientierung und auf die Rückmeldung positiver Entwicklungsaspekte der Therapeutin geachtet werden. Die Bedeutung von Leistungskontrollen in der Praxisausbildung wurde auch im Interview hervor gehoben, die Interviewte hatte diese als Studierende im Patholinguistikstudium nicht kennen gelernt.

Das Konzept einer Therapeutin eine **Co-Therapeutin** zuzuordnen, wird von den Umfrageteilnehmern nicht in Frage gestellt. Es findet sich mehrmals der Hinweis, die in eigenen Therapien und Co-Therapien betreuten Störungsbilder besser aufeinander abzustimmen, um im Verlauf der Ausbildung eine möglichst große Vielzahl unterschiedlicher Störungen und Patienten kennen zu lernen. Grundsätzlich ist dieser Wunsch zu unterstützen, und sollte im Blick behalten werden. Ob er aufgrund der zeitweise problematischen Patientenakquise tatsächlich umsetzbar ist, kann nur zum aktuellen Zeitpunkt eines Therapiebeginns entschieden werden. Im Gegensatz zur

Praxisausbildung im Patholinguistikstudium wird aus eben diesen Gründen an der BFS auch die automatische Übernahme eines Patienten durch die Co-Therapeutin in seinem nächsten Therapieblock vermieden. Der in der Umfrage geäußerte Wunsch, eine im störungsbild erfahrene Co-Therapeutin zu haben, ist verständlich, aus Zeitgründen im Therapieplan aber häufig nicht umsetzbar. In der Vergangenheit wurde von Seiten des BFS-Teams mehrfach der Vorschlag gemacht, ein Team aus Therapeutin und Co-Therapeutin auch jahrgangsübergreifend zu bilden. Diese Möglichkeit wird jedoch erst seit kurzem genutzt. Die Abhängigkeit der Effektivität der Zusammenarbeit zwischen beiden Personen von ihrem persönlichen Verhältnis kann im Ausbildungsalltag häufig beobachtet werden. Aus Sicht der Autorin sollte weiterhin am Konzept festgehalten werden, sich im Verlauf der Ausbildung immer wieder auf die Zusammenarbeit mit anderen Personen einlassen zu müssen, da dies die Entwicklung professioneller Fähigkeiten (z. B. Kollegialität) fördert.

Die Effektivität von **Intervisionssitzungen** erlebt auch die Autorin in der BFS sehr unterschiedlich. In den letzten zwei Jahren wurden von ihr mehrere Kurse in diesen Sitzungen begleitet. Wiederholt wurden Rückmeldungen von ihr eingefordert, ob die Schülerinnen die Intervisionstermine fortsetzen wollten oder nicht, wonach sich die Mehrheit der Kursteilnehmerinnen für eine Fortführung aussprach. Auch zukünftig sollte den Schülerinnen das Prinzip von Intervisionssitzungen ab Beginn eigener Therapien transparent gemacht und angeboten werden. Die Entscheidung bzgl. der tatsächlichen Umsetzung und ihrer Frequenz sollte von den Schülerinnen getroffen werden. Auch die freiwillige Teilnahme an einem Angebot von jahrgangsübergreifenden Intervisionssitzungen ist denkbar.

Der **Ausschuss praktische Ausbildung** erhielt die geringste Anzahl von Rückmeldungen mit der zweitniedrigsten Bewertung im Gesamtvergleich. Veränderungsvorschläge zu diesem Aspekt gab es nicht. Die Existenz eines Ausschusses praktische Ausbildung ist in der BFS auch im Rahmen der Sicherung der Ausbildungsqualität in der Schulverfassung festgelegt. Allerdings müssen die Aufgaben, Ziele, Zeitpunkte von Treffen, der Austausch mit dem Lehrlogopädenteam usw. sicherlich überdacht werden. Eine Arbeitsgrundlage für mögliche Veränderungen in der Arbeit dieses Ausschusses kann die Diskussion von Umsetzungsvorschlägen für die zukünftige Praxisausbildung aus der vorliegenden Arbeit sein.

Im Interview wurde auf die notwendige inhaltliche und zeitliche Abstimmung von Unterrichtsinhalten und praktischer Ausbildung, z. B. zur Diagnostik und Behandlung

verschiedener Störungsbilder hingewiesen. Die Umfrageteilnehmer bemerkten, dass aus Zeitgründen sicher nicht alle relevanten Störungsbilder und Behandlungsansätze in ausreichender Zahl in der praktischen Ausbildung angeboten werden können. Ihre Hinweise, diese Lücken dann verstärkt in der theoretischen Ausbildung zu beachten und ggf. Therapieansätze in praktischen Übungen mit Lehrlogopädin/Schülerinnen zu üben, sollten zukünftig im BFS-Team im Sinne einer engeren Verzahnung von Theorie und Praxis verstärkt beachtet werden. Der neue Aspekt **Falldarstellungen im Plenum** wurde im Interview erläutert und in der Umfrage bewertet. Die Interviewte berichtete, solche Falldarstellungen bereits in ihren Unterricht zu integrieren. Aus Sicht der Autorin ist darüber hinaus die Einführung solcher Falldarstellungen als eine weitere Form einer Prüfungsleistung in der Ausbildung wünschenswert. Denkbar ist, dass jede Schülerin mindestens einmal im Verlauf ihrer Ausbildung eine solche Falldarstellung vor einem Plenum vornimmt. Ob es sich dabei nur um den eigenen Ausbildungskurs oder ein jahrgangsübergreifendes Plenum handelt, sollte im BFS-Team überlegt werden, und ist sicher abhängig von zeitlichen Ressourcen in Stundenplänen. Die Anwesenheit mehrerer/aller Praxisanleiterinnen zumindest des entsprechenden Fachbereichs erscheint sehr sinnvoll. Ebenso sollte im BFS-Team diskutiert werden, ob und wenn ja nach welchen Kriterien (z. B. unter Einbeziehung eines Kompetenzmodells) eine solche Falldarstellung in welcher Form (benotet und/oder deskriptiv) bewertet werden könnte.

Die Autorin erhebt mit der Darstellung der o. g. Umsetzungsvorschläge keinen Anspruch auf Vollständigkeit, entsprechend der Fragestellung im Forschungsprojekt handelt es sich um eine Ableitung aus den gewonnenen Daten, nicht um die komplette Überarbeitung des existierenden Praxiskonzepts. Die Umsetzungsvorschläge werden dem BFS-Team vorgestellt, diskutiert und ggf. weiter entwickelt. Sie bilden einen aktuellen Ausgangspunkt für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Ausbildungsqualität an der BFS in Osnabrück.

4.4.2 Interpretation in Hinblick auf die Relevanz der Ergebnisse für das Praxiscurriculum des dualen Studiengangs

Vor dem Hintergrund des kompetenzorientierten Curriculums des dualen Studiengangs EP ist die Frage zu beantworten, ob sich die genannten Umsetzungsvorschläge in ein duales Curriculum Logopädie implementieren lassen, bzw. welche Inhalte der internen praktischen BFS-Ausbildung für dualen Studiengang Logopädie relevant sind. Die Interpretation leitet die Autorin nicht direkt aus den Forschungsergebnissen der Studie ab.

Im bereits vorgestellten kompetenzorientierten Praxiscurriculum EP sind vorrangig die Entwicklung seines strukturellen Aufbaus, sowie Lernbereiche für die Kompetenzentwicklung der Studierenden abgebildet, während sich die Evaluationsstudie auch mit der organisatorischen Umsetzung der praktischen Ausbildung auseinander gesetzt hat. Für die praktische Ausbildung ist die BFS der DAA Osnabrück als zuständige Kooperationsschule der HS im zukünftigen dualen Studiengang vorgesehen. Aus diesen Gründen werden die unter 4.4.1 genannten Umsetzungsvorschläge für die BFS als inhaltliche Grundlage für die nachfolgende Interpretation genutzt.

Derzeit liegt noch kein Entwurf für ein Curriculum des dualen Studiengangs Logopädie vor. Ein solches Dokument soll sich aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung des Studienprogramms ELP an der HS Osnabrück am bereits vorliegenden dualen Curriculum EP orientieren. In diesem Kapitel wird das Curriculum EP in Ansätzen für die Fachrichtung Logopädie modifiziert.

Der strukturelle Aufbau und Inhalte des dualen Rahmen- und Praxiscurriculums, sowie der modularisierte Studienverlauf EP wurde Mitarbeiterinnen der BFS und HS bereits in Grundzügen vorgestellt. Sie liegen als bisher unveröffentlichte Dokumente zur Nutzung für die vorliegende Arbeit in Schriftform vor. Aus Sicht der Autorin lassen sich viele der dort genannten Aspekte auf den dualen Studiengang Logopädie übertragen. Ebenso wie in der Fachrichtung EP kann das ICF-Modell den interdisziplinären konzeptionellen Rahmen eines Logopädiecurriculums darstellen, und die berufliche Handlungskompetenz als zentrales Ziel des berufsqualifizierenden Studiengangs gesehen werden.

Als Gesetzliche Rahmenbedingungen gelten für die Logopädie das LogopG und die LogAPro. Aus diesen Bestimmungen ergibt sich ein entscheidender Unterschied in der praktischen Ausbildung gegenüber den Fachrichtungen EP. Die LogAPro sieht mit 2.100 Stunden eine deutlich höhere Stundenzahl in der Praxisausbildung vor (vgl. Bundesministerium der Justiz 2007b: LogAPro, Anlage 2 zu § 1 Abs. 1). Für die Ergotherapie sind 1.700 Praxisstunden (vgl. Bundesministerium der Justiz 2007a: ErgThAPrV, § 1 Abs. 1), für die Physiotherapie nur 1.600 Praxisstunden (vgl. Bundesministerium der Justiz 2007c: PhysTh-APrV, § 1 Abs. 1) vorgeschrieben.

Ein weiterer bedeutsamer Unterschied ist darin zu sehen, dass sich die logopädische Praxisausbildung an BFS bislang in eine interne und eine externe gliedert, während es sich in der ergo- und physiotherapeutischen Ausbildung nur um externe Praktika handelt. Für den dualen Studiengang EP wird dies in der Planung der Lernorte deutlich, Praktika finden in Krankenhäusern und anderen geeigneten Kooperationseinrichtungen statt.

Vergleichbar ist diese Form der Praxisausbildung mit den externen Logopädiepraktika in Kooperationseinrichtungen der BFS. Eine besondere Herausforderung für die Planung des dualen Logopädiestudiengangs wird die Einbindung der bisher praktizierten internen praktischen Ausbildung an der BFS sein, die Gegenstand der Evaluationsstudie der vorliegenden Arbeit ist. Auf die notwendige Beibehaltung dieser auch von verschiedenen Verbänden (dbl, BDSL) unterstützten Ausbildungsform zur Gewährleistung der Qualität in der Praxisausbildung wurde bereits hingewiesen. Für den dualen Studiengang Logopädie wird derzeit die Einrichtung einer Lehr- und Forschungsambulanz in den (neuen) Räumen der BFS in Erwägung gezogen, in der die praktische Ausbildung während des dualen Studiums stattfinden kann.

Die vorgestellten Kompetenzbereiche zum Erreichen einer ergotherapeutischen/physiotherapeutischen Handlungskompetenz (siehe **Abbildung 23**) lassen sich aus Sicht der Autorin gut auf die Logopädie übertragen.

Abbildung 23: Matrix - Zusammenhänge der Kompetenzbereiche und Lernbereiche im Rahmencurriculum

Kompetenzbereich „Verständnis menschlicher Aktivität“	Kompetenzbereich „Den Therapieprozess gestalten“	Kompetenzbereich "Forschung und professionelle Entwicklung unter beruflichen Rahmenbedingungen"
	Lernbereich „Reflektierte Praxis“	Lernbereich "Wissenschaftliches Arbeiten"
Lernbereich „Mobilität“	Lernbereich "Diagnostik und Intervention bei Störungen der Mobilität"	Lernbereich "Qualitätsmanagement"
Lernbereich „Lernen und Wissensanwendung“	Lernbereich "Diagnostik und Intervention bei Störungen der Aufgabenbewältigung"	Lernbereich "Gesundheitsfachberufe als Profession"
Lernbereich „Aufgaben und Anforderungen in Lebensphasen“		
Lernbereich „Ausführung und Analyse“	Lernbereich "Diagnostik und Intervention bei Störungen interpersoneller und interaktioneller Beziehungen"	
	Lernbereich „Kommunikation und Interaktionelle Beziehungen“	
Kompetenzbereich "Kommunikations- und Beziehungsprozesse gestalten"		

Quelle: Hochschule Osnabrück 2011d: 9

Die Lernbereiche der Kompetenz „**Verständnis menschlicher Aktivität**“ müssen für die logopädische Ausbildung mit dem Fokus auf Kommunikation verändert werden. Die

Lernbereiche der Kompetenz „**Den Therapieprozess gestalten**“ werden auf die logopädischen Störungsbereiche Sprache – Sprechen – Stimme – Schlucken ausgerichtet sein, der Lernbereich „Reflektierte Praxis“ ist für die Logopädie ebenso relevant wie für die Berufsfelder Ergo- und Physiotherapie. Die im dualen Rahmencurriculum EP vorgesehenen Lernbereiche in den Kompetenzbereichen „**Forschung und professionelle Entwicklung unter beruflichen Rahmenbedingungen**“ und „**Kommunikations- und Beziehungsprozesse gestalten**“ können aus Sicht der Autorin ebenfalls für die Logopädie übernommen werden. Als Methoden zur Anbahnung beruflicher Handlungskompetenz in der praktischen Ausbildung werden im Praxiscurriculum EP die nachstehenden genannt (vgl. HS Osnabrück 2011c: 12-14):

- **Praxisaufträge** (Aufgabenstellungen bzgl. Durchführung und Reflexion therapeutischer Behandlungen am Lernort Praxis – entsprechend der Entwicklungsstufen im Prozess der beruflichen Handlungskompetenz)
- **Hospitationen** (durch Lernende und Lehrende zur Beobachtung von institutionellen Gegebenheiten, therapeutischem Handeln, Interaktionen)
- **Supervisionen** (durch Lehrende der BFS, der HS, Kollegen der Praxis, Mitstudierende, unabhängige Supervisoren)
- **Kollegiale Beratung** (als strukturiertes Beratungsgespräch in der Gruppe unter Einbeziehung des Clinical Reasoning)
- **Lernportfolio** (Sammlung von Lernergebnissen und Protokollen durch Lernende in einer Mappe)
- **Lerntagebuch** (Festhalten von Gefühlen und Handlungsproblematiken aus dem Praktikumsalltag durch Lernende).

Die aus den Forschungsergebnissen abgeleitete und von der Autorin vorgeschlagene zukünftige interne Praxisausbildung Logopädie lässt sich inhaltlich sehr gut mit den o. g. angestrebten Kompetenzbereichen und Methoden zur Anbahnung beruflicher Handlungskompetenz vereinbaren. Allerdings müssen dabei die bereits erwähnten Besonderheiten der Lernorte in der praktischen Logopädieausbildung berücksichtigt werden. Eigene Therapien und Hospitationen bilden für die Logopädie zwei der drei Grundpfeiler der Praxisausbildung, sie sind als Methoden zur Anbahnung beruflicher Handlungskompetenz im Rahmencurriculum EP unter **Praxisaufträgen, Hospitationen** und **Supervisionen** zu finden. Hospitationen von Lernenden sind im Curriculum EP als Beobachtung erfahrener Kollegen geplant. Dies entspricht dem aus den Interviewergebnissen des Forschungsprojekts entwickelten positiv eingeschätzten Aspekt

Hospitationen bei Lehrenden. Hospitationen bei Studierenden sind in der Logopädie vorgesehen, für die Fachbereiche EP aber aufgrund der externen Praxisausbildung eher von nachrangiger Bedeutung, bzw. gar nicht geplant.

Eine weitere Empfehlung für die zukünftige Logopädieausbildung stellt ein regelmäßiges Anleiterteam dar, das mit der im Praxiscurriculum EP als „Arbeitsgruppe aus Vertretern der Berufsfachschule, Hochschule und den medizinischen Einrichtungen“ (Hochschule 2011c: 12) unter „Praxisaufträgen“ vergleichbar ist.

Supervisionen werden lt. EP-Curriculum von verschiedenen Personengruppen übernommen. Externe Supervisoren sind in der Logopädieausbildung nicht vorgesehen, als Supervisionen sind hier im engeren Sinne die Praxisanleitungen durch Lehrlogopädinnen zu verstehen. Die hohe Bedeutung dieser Ausbildungsmethode wird sowohl im Praxiscurriculum EP, als auch in den Vorschlägen für die zukünftige Logopädieausbildung an der BFS hervorgehoben.

Die **kollegiale Beratung** wird seit dem vergangenen Jahr bereits als neues Instrument für die Entwicklung der Problemlösekompetenz konkreter Praxisprobleme von einer Mitarbeiterin des BFS-Teams erfolgreich eingesetzt. Dieser Aspekt wurde von der Autorin nicht in die Fragebogenerhebung aufgenommen, da die kollegiale Beratung lediglich dem letzten der angesprochenen Abschlussjahrgänge bekannt ist. **Lernportfolio** und **Lerntagebuch** werden als Methoden in der aktuellen Logopädieausbildung nicht eingesetzt, sind auch nicht mit anderen hier verwendeten oder geplanten Instrumenten vergleichbar. Nach Einschätzung der Autorin könnten diese beiden Methoden jedoch zweckmäßig in einen Logopädiestudiengang eingeplant werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse des Forschungsprojekts von hoher Relevanz für das Praxiscurriculum eines dualen Studiengangs Logopädie sind. Nicht alle Umsetzungsvorschläge für die BFS lassen sich vor dem Hintergrund des Curriculums EP in ein Logopädiecurriculum implementieren, da die Vorschläge sich im Gegensatz zum Curriculum in erheblichem Umfang auf die organisatorische Umsetzung zum Erreichen von Lernzielen beziehen (z. B. räumliche Gegebenheiten, technische Ausstattung). Eine inhaltliche Verknüpfung der Curricula EP und Logopädie ist vor dem Hintergrund der Kompetenzorientierung aller involvierten Fachrichtungen gegeben. Diese wird gerade in der Logopädie auch von den Berufsverbänden dbI und BDSL aktuell voran getrieben (siehe 2.2.1).

5 Diskussion

Das nachfolgende Kapitel beinhaltet die Diskussion vor dem Kontext der lt. Kapitel 2 ausgewählten theoretischen Hintergründe des Themas. Zunächst werden das eingesetzte Material und die Methoden erörtert (siehe 5.1). Über die aus den Forschungsergebnissen abgeleiteten Interpretationen für die BFS hinausgehend diskutiert die Autorin in Kapitel 5.2 die Umsetzbarkeit der entwickelten Vorschläge für die BFS und die Konsequenzen für einen zukünftigen dualen Studiengang Logopädie. Die vorliegende Arbeit schließt mit einem kurzen Ausblick (siehe 5.3).

5.1 Diskussion des Materials und der Methoden

Der Ablauf des wissenschaftlichen Projekts wurde wie geplant durchgeführt. Da er zur Beantwortung der Forschungsfragen geführt hat, kann insgesamt von einer sinnvollen Planung und Umsetzung des Vorhabens gesprochen werden.

Zunächst wird die Literaturrecherche rückblickend betrachtet. Aus Sicht der Autorin war die Begrenzung auf deutschsprachige Quellen in der vorliegenden Arbeit angemessen, ebenso der Fokus auf Quellen der Berufsverbände dbI und BDSL für den theoretischen Hintergrund in Hinblick auf berufspolitische Themen und die Herleitung der Forschungsfragen. Da es sich um eine Evaluationsstudie für den Standort Osnabrück handelt, war die Eingrenzung auf Unterlagen der hiesigen BFS und HS ebenfalls zweckmäßig. Expertengespräche waren als Ergänzung der Literaturrecherche geplant. Diese Annahme hat sich bestätigt, da nur durch diese Methode wichtige Aspekte inhaltlich ergänzt werden konnten.

Bei der retrospektiven Betrachtung der Methodenauswahl ist zu beachten, dass „ihr Wert nur daran gemessen werden [kann K. B.], inwieweit sie den inhaltlichen Erfordernissen einer Untersuchung gerecht wird“ (Bortz, Döring 2006: 29-30). Der Forderung, dass empirische Untersuchungen auf Erfahrung beruhende Untersuchungen sind, ist die Autorin nachgekommen (vgl. ebd.: 30). Sie hat als Befragte solche Personen ausgewählt, die aufgrund eigener Erfahrungen im Studium/als Lehrende, bzw. als ehemalige Absolventen der BFS bestimmte Aspekte beschreiben und beurteilen sollten. In der Phase der Projektentwicklung wurde überlegt, wer als Experte für die Beurteilung der praktischen Ausbildung in Osnabrück anzusehen ist. In Frage kamen prinzipiell Lernende und Lehrende. Da die Lehrenden an der Entwicklung des Praxiskonzepts beteiligt sind, es also naturgemäß eher befürworten und positiv einschätzen, wurde die Gruppe der

Lernenden als zu befragende Personen ausgewählt. Teilnehmerinnen der aktuellen Kurse wurden nicht einbezogen, da sie zum einen noch nicht alle Aspekte der praktischen Ausbildung kennen gelernt haben, und sie zum anderen nicht deren Bedeutung für eine spätere Berufstätigkeit abschätzen können. Nach Abschluss des Projekts erscheint die Auswahl der Personengruppe der ehemaligen Absolventen der letzten fünf Jahre als geeignet für die Zielsetzung. Unter 3.4 wurden bereits wichtige Gesichtspunkte zur Methodenauswahl Interview und Online-Fragebogen erläutert. Die dort genannten Kriterien zum Pretest, zur Leitfaden-/Fragenerstellung und zum Datenschutz wurden wie beabsichtigt eingehalten. Beide Verfahren wurden planmäßig durchgeführt, rückblickend ergeben sich dazu keine Veränderungsvorschläge. Als besonders positiv ist entgegen erster Bedenken der Einsatz des Fragebogens als Online-Version zu bewerten. Die Bearbeitung des Fragebogens in dieser Form war für die Probanden in angemessen kurzer Zeit und vollkommen anonym möglich. Aufgrund des vorgegebenen Zeitrahmens waren nur die Durchführung eines einzelnen Interviews und die Fragebogenerhebung mit einer Auswahl ehemaliger Absolventen der BFS möglich. Wünschenswert wäre zur Evaluation der internen praktischen Ausbildung die Ausweitung auf Interviews mit einer größeren Anzahl von Mitarbeiterinnen der BFS gewesen. Um den zeitlichen Rahmen der Bachelorarbeit einhalten zu können, war dies nicht möglich. Außerdem erfüllt lediglich die ausgewählte Interviewte die von der Autorin als besonders relevant eingestuften Kriterien (Abschluss eines logopädieverwandten Studiengangs, Praxisausbildung im Studiengang Patholinguistik als Studierende/Lehrende kennen gelernt).

Die erhoffte hohe Rücklaufquote des Fragebogens konnte erreicht werden, die Stichprobengröße von $n=43$ ermöglicht den Schluss auf Allgemeingültigkeit der Aussagen für die interne praktische Logopädieausbildung der letzten Jahre für die ausgewählten Themen. Eine Übertragung der Ergebnisse auf weitere Ausbildungsaspekte (externe praktische Ausbildung, Theorie) oder weitere Standorte war nicht geplant.

Hätte für das Projekt mehr Zeit zur Verfügung gestanden, wäre eine Weiterführung in Form einer Diskussion der Forschungsergebnisse im BFS-Team wünschenswert gewesen (siehe Ausblick).

Die Kombination der qualitativen und quantitativen Datenanalyse hat sich ebenfalls als wertvoll erwiesen. Einerseits wurde durch den Wechsel von Skaleneinschätzung und Beantwortung offener Fragen bereits während des Ausfüllens des umfangreichen Fragebogens einer Ermüdung der Probanden entgegengewirkt, andererseits konnte auf diese Art ein ausführliches Meinungsbild herausgearbeitet werden. Durch die

Reduzierung auf eine qualitative oder quantitative Betrachtung hätte die Autorin weniger aussagekräftige Ergebnisse erhalten. Als während der Fragebogenentwicklung der Umfang dieser Erhebung deutlich wurde, wurden Überlegungen zur inhaltlichen Eingrenzung auf eine Auswahl von Themenbereichen angestellt. Um eine Einschätzung aller für die interne praktische Ausbildung relevanten Aspekte zu erhalten, wurde jedoch beschlossen, den geplanten Umfang beizubehalten. Der Einsatz des Programms SPSS hat sich als angebracht erwiesen. Das Programm hat eine Vielzahl statistischer Auswertungsmöglichkeiten geboten, was entsprechend der Zielsetzung der Arbeit eine adäquate Auswahl deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren erlaubt hat. Auf die retrospektive Beurteilung des Einsatzes einzelner statistischer Verfahren wird an dieser Stelle aus Zeitgründen verzichtet.

Die im Vorfeld geäußerte Annahme, dass nicht allen Umfrageteilnehmern alle Aspekte bekannt sind, hat sich bestätigt. Gesichtspunkte, die erst in den letzten zwei Jahren vermehrt in der praktischen Ausbildung eingesetzt werden, wurden von einer geringen Probandenzahl bewertet. Dieser Umstand wurde von einigen Umfrageteilnehmern auch direkt geäußert.

In der Ergebnisanalyse und -diskussion ist zu beachten, dass den befragten Absolventen keine Vergleiche verschiedener Ausbildungen an unterschiedlichen BFS möglich sind. Sie können lediglich Aspekte, die sie selbst in Osnabrück erlebt haben, hinsichtlich ihrer Bedeutung für die eigene Berufsausübung einschätzen. Auf diese Einschränkung wird in der Arbeit mehrfach hingewiesen, die Zielsetzung ist dementsprechend angepasst. Eine Ausnahme bildet hier die Befragung zu neuen Aspekten (Themenschwerpunkt L im Fragebogen). Da diese Aspekte allen Umfrageteilnehmern bislang unbekannt waren, hat die Autorin die Gesichtspunkte Falldarstellungen im Plenum, Anleiterteam und Hospitationen bei Lehrenden direkt in der jeweiligen Fragestellung ausführlich erläutert.

In Kapitel 3.7 wurde bereits der besondere Status der Autorin als interne Evaluatorin im Forschungsprozess betont und auf mögliche Verzerrungen aus diesem Grund hingewiesen. Die Anonymisierung in den Befragungen wurde eingehalten. Auch nach Abschluss der Befragung geführte informelle Gespräche mit Umfrageteilnehmern lassen den Schluss zu, dass keine Verzerrungen in der Beantwortung der Fragen durch den persönlichen Bezug der Teilnehmer zur BFS/zur Autorin geführt haben. Verzerrungen in der Auswertung sind durch die Subjektivität der Autorin und ihre berufliche Einbindung nicht vollständig auszuschließen, wurden aber so weit wie möglich berücksichtigt.

5.2 Diskussion der Umsetzungsvorschläge für die BFS und der Konsequenzen für den dualen Studiengang

Da vor dem Hintergrund der Sicherung der Ausbildungsqualität die Überarbeitung des Praxiskonzepts an der BFS und die Entwicklung eines dualen Praxiscurriculums in naher Zukunft zeitlich parallel ablaufen, werden beide Themen an dieser Stelle zusammengefasst diskutiert. Mitarbeiterinnen der BFS und somit auch die Autorin der Bachelorarbeit sind in beide Prozesse, die sich in Teilen auch inhaltlich überschneiden, involviert. Um den Rahmen der Bachelorarbeit nicht zu überschreiten, werden in die Diskussion der Konsequenzen für den dualen Studiengang keine weiteren, als die in der Arbeit bereits genannten hochschulpolitischen Aspekte einbezogen.

Bereits während der Ableitung von Umsetzungsvorschlägen für die BFS wurde deren Umsetzbarkeit beachtet. Wenig sinnvoll erscheinen kostenintensive Vorschläge, deren Umsetzung aufgrund knapper finanzieller Ressourcen unrealistisch ist. Die lt. der Studienergebnisse dringend erforderliche Überarbeitung der technischen Ausstattung sollte allerdings dem Kostenträger gegenüber angesprochen werden und spätestens zum Zeitpunkt des Bezugs neuer Räumlichkeiten in Form der Installation einer qualitativ hochwertigen Anlage umgesetzt werden. Bzgl. der Planung einer Lehr- und Forschungsambulanz muss der Kostenträger insbesondere über wesentliche Ausstattungsmerkmale der Räume zur Qualitätssicherung informiert werden. Umfrageergebnisse haben die hohe Bedeutung von Therapieräumen mit Einwegspiegelscheiben bestätigt. Außerdem können weitere Instrumente zur Qualitätssicherung genutzt werden, wie die Leitlinien zu Ausstattung eines logopädischen Arbeitsplatzes (vgl. dbl 2011c).

In einem nächsten umsetzbaren Schritt zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Logopädieausbildung in Osnabrück, werden die erarbeiteten Umsetzungsvorschläge dem BFS-Team vorgestellt. Da den derzeitigen Schülerinnen der BFS das Thema der vorliegenden Bachelorarbeit bekannt ist und inhaltlich ihre aktuelle Ausbildung betrifft, muss im BFS-Team auch diskutiert werden, inwieweit und zu welchem Zeitpunkt die Kurse in diesen Entwicklungsprozess einbezogen werden. Schon angesprochen wurde die Einbindung des Ausschusses praktische Ausbildung.

Bereits während der Auseinandersetzung mit dem theoretischen Hintergrund der Arbeit hat sich gezeigt, dass das schriftliche Konzept zur praktischen Ausbildung aktualisiert werden muss. Diese Aufgabe fällt nach Rücksprache im BFS-Team der Autorin zu, da sie sich intensiv mit dem Thema auseinander gesetzt hat. In diesem Zusammenhang ist auf

die Re-Zertifizierungen der Gütesiegel durch den dbl und den BDSL hinzuweisen, die in näherer Zukunft anstehen.

Diskutiert werden müssen personelle Ressourcen, die für die Erhaltung einer qualitativ hochwertigen praktischen Ausbildung erforderlich sind. Eine hochfrequente Praxisanleitung während der Schülertherapien ist sehr kostenintensiv, das Ausbildungsinstrument eigener Therapien unter fachlicher Anleitung und deren Reflexion wird jedoch in der Umfrage als unverzichtbarer Bestandteil der Logoädieausbildung gesehen. Auch für den Austausch im BFS-Team und im BFS-HS-Team sollten zukünftig vermehrt Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die Entwicklung der geplanten integrierten Module (Team-Teaching der HS und der BFS), Berufsfachschulmodule und Praxismodule im dualen Studienverlauf wird für alle Beteiligten sehr arbeitsintensiv sein.

Wie bereits erwähnt kann aufgrund einiger Besonderheiten der praktischen Logopädieausbildung (z. B. höhere Stundenzahl, Lernort BFS) das duale Praxiscurriculum EP nur in Teilen übernommen werden. Um den vom BDSL genannten Weg „der die Kompetenzen und Ressourcen der Berufsfachschulen für Logopädie in den Prozess [der Akademisierung K. B.] einbezieht“ (BDSL 2011b: 4) zu gehen, sind nicht nur Kompetenzen der Lernenden zu beachten, sondern auch Kompetenzen der Lehrenden den zukünftigen Erfordernissen anzupassen. Der Akademisierungsprozess der Logopädie in Osnabrück ist unter Berücksichtigung von Studierendenzahlen zu betrachten. 16 von 39 ehemaligen Absolventen der BFS Osnabrück, die an der Online-Umfrage teilgenommen haben, sind Logopädie-Studenten. Wenn man berücksichtigt, dass der additive Studiengang Logopädie in Osnabrück erst seit 2009 angeboten wird, ist diese Zahl sehr positiv zu sehen. Das Angebot eines dualen Studiengangs Logopädie wird die Attraktivität des Standorts Osnabrück für dieses Berufsfeld weiter voran bringen.

In diesem Sinne schließt sich die Autorin dem im Positionspapier des BDSL (2011b) genannten Fazit und der Forderung an die politisch Verantwortlichen an: „Die berufsqualifizierende Form der Therapieausbildung mit enger Verzahnung zwischen Theorie und Praxis (und des damit erforderlichen Personalschlüssels) soll weiter bestehen bleiben **und** sich wissenschaftlich formulierten Ansprüchen an Therapie und Lehre öffnen“ (ebd.: 6).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit der Bachelorarbeit die im Theorieteil erwähnte Lücke in Veröffentlichungen zur organisatorischen Umsetzung der logopädischen Praxisausbildung für den Standort Osnabrück zu einem Teil geschlossen werden konnte. Die Evaluation der internen praktischen Logopädieausbildung an der BFS

Osnabrück kann als Baustein für das Konzept eines dualen Studiengangs gesehen werden.

5.3 Ausblick

Wie bereits im Diskussionsteil angedeutet, war eine Weiterführung des Forschungsprojekts in Form einer Diskussion der Forschungsergebnisse im BFS-Team aus Zeitgründen nicht möglich, wäre aber inhaltlich sinnvoll gewesen. Sicherlich hätten sich daraus weitere Interpretationsmöglichkeiten und Umsetzungsvorschläge ergeben.

Da sich die schulische und hochschulische Logopädieausbildung am Standort Osnabrück derzeit in einer entscheidenden Entwicklungsphase befindet, wäre eine Begleitung dieses Entwicklungsprozesses durch weitere Forschungsprojekte wünschenswert. Die Auswahl, bzw. das Einbeziehen ehemaliger Absolventen der Ausbildung als Experten neben Lehrenden, hat sich in der vorliegenden Arbeit bewährt und sollte auch zukünftig in Erwägung gezogen werden. Projekte zur Evaluation der externen praktischen Ausbildung und/oder zur Verknüpfung theoretischer und praktischer Ausbildungsinhalte, bzw. zu ihrer konkreten methodischen Umsetzung, stellen interessante Ausgangspunkte für die weitere Qualitätssicherung der Logopädieausbildung an BFS und HS dar.

Als Ausblick ist außerdem die Möglichkeit zu nennen, die vorliegende Arbeit auch über den Standort Osnabrück hinaus zu veröffentlichen. Weitere BFS und/oder HS, die derzeit mit der Entwicklung von Studiengängen beschäftigt sind, sollten auf die notwendige Auseinandersetzung mit organisatorischen Aspekten der praktischen Ausbildung hingewiesen werden. Auf der BDSL-Herbsttagung wurde bereits Interesse am Ergebnis der Evaluationsstudie bekundet, um bislang wenig beachtete Gesichtspunkte in die Qualitätssicherung der Logopädie einzubeziehen.

Aus Sicht der Autorin sind Studien an weiteren BFS wünschenswert, um diese verstärkt in den Akademisierungsprozess einzubeziehen. Vergleiche verschiedener Umsetzungsverfahren an unterschiedlichen Standorten könnten interessante Ergebnisse und Diskussionsgrundlagen für zukünftige Logopädieausbildungen und –studiengänge liefern. Derartige Forschungsprojekte unterstützen die geforderte Verzahnung zwischen Lehre, Forschung und Praxis.

6 Literaturverzeichnis

- Audiotranskription.de (2011): Lösungen für digitale Aufnahmen und Transkription. <http://www.audiotranskription.de/f4.htm> (download 12.12.2011)
- Bartels H. (2006): Das Therapeutische Handlungsprofil (THAP): Ein neues Instrument zur Bewertung praktischer Prüfungsleistungen. In: Forum Logopädie Heft 3 (20). 30-36
- Becker K. (2011): Klinische Urteilsbildung II. CR-Projekt in der Logopädieausbildung. Unveröffentlichte Hausarbeit. Hochschule Osnabrück
- Bednarz S. (2009): Konzeption und Erprobung eines kompetenzorientierten Prüfungsdesigns zur Anwendung in der Logopädieausbildung. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Hochschule Osnabrück
- Beushausen U. (2009a): Grundlagen der Therapeutischen Entscheidungsfindung. In: Beushausen U. (Hrsg.): Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Elsevier, München. 5-27
- Beushausen U. (2009b): Von der Anfängerin zur Expertin. In: Beushausen U. (Hrsg.): Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Elsevier, München. 29-38
- Bilda K., Brenner S. (2011): Der Modellstudiengang Logopädie der Hochschule für Gesundheit Bochum – Ein neuer Weg zur akademischen Lehre. In: Forum Logopädie Heft 5 (25). 34-41
- Bortz J., Döring N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. überarbeitete Auflage. Springer, Heidelberg
- Bühl A. (2010): SPSS 14 – Einführung in die moderne Datenanalyse. 10. überarbeitete und erweiterte Auflage. Pearson Studium
- Bundesministerium der Justiz (2009). Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 07.05.1980 (LogopG) zuletzt geändert durch Art. 3 G vom 25.09.2009. <http://www.gesetze-im-internet.de/logopg/BJNR005290980.html> (download 12.12.2011)
- Bundesministerium der Justiz (2007a): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten vom 02.08.1999 (ErgThAPrV) zuletzt geändert durch Art 15 G vom 02.12.2007. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ergthapr/gesamt.pdf> (download 12.12.2011)
- Bundesministerium der Justiz (2007b). Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden vom 01.10.1980 (LogAPro) zuletzt geändert durch Art. 17 G vom 02.12.2007.

- <http://www.gesetze-im-internet.de/logapro/BJNR018920980.html> (download 12.12.2011)
- Bundesministerium der Justiz (2007c): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten vom 06.12.1994 (PhysTh-APrV) zuletzt geändert durch Art. 29 G vom 02.12.2007. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/physth-aprv/gesamt.pdf> (download 12.12.2011)
- Bundesrat (2009): Beschluss des Bundesrates. Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Drucksache 690/09. Bundesrat Berlin
- Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie e. V. (BDSL) (2006): Die Satzung. http://bds-ev.de/files/satzung_bds-ev.pdf (download 12.12.2011)
- Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie e. V. (BDSL) (2011a): BDSL aktuell. 3. Jahrgang
- Bundesverband Deutscher Schulen für Logopädie (BDSL) (2011b): Positionspapier des BDSL Zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe der Therapie – hier: Logopädie – Stand 2011. <http://bds-ev.de/files/bds-positionierung-april-2011-1.pdf> (download 12.12.2011)
- Clausen-Söhngen M. (2010): Ausbildungssupervision in der Logopädie: Zusammenarbeit an der Nahtstelle von Lehre und Beratung. In: BDSL aktuell. 2. Jahrgang. 21-27
- Deutsche Angestellten Akademie (DAA) (2011a): Ausbildungsbegleitendes Studium. <http://www.logopaedieschule-osnabrueck.de/ausbildung/ausbildungsbegleitendes-studium.html> (download 12.12.2011)
- Deutsche Angestellten Akademie (DAA) (2011b): Logopädieschule Osnabrück. <http://www.logopaedieschule-osnabrueck.de/> (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2009): Bundestag verabschiedet Modellklausel für vier Gesundheitsfachberufe. http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1507&tx_ttnews%5Btt_news%5D=1325&cHash=3e0f697983 (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2010): Berufsleitlinien in der Fassung des Beschlusses der Mitgliederversammlung vom 04.06.2010. <http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/Berufsleitlinien.pdf> (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011a): Curriculum zukunftsfähig machen. [http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1507&tx_ttnews\[tt_news\]=2194&cHash=dbba8aeab7](http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1507&tx_ttnews[tt_news]=2194&cHash=dbba8aeab7) (download 12.12.2011)

- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011b): Fragen und Antworten zu Ausbildung und Beruf. <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=829> (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011c): Leitlinien zur Ausstattung eines logopädischen Arbeitsplatzes. <http://www.dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/ausstattungskatalog.pdf> (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011d): Liste der Schulen mit dbl-Siegel. <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=2184> (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011e): Mindestanforderungen Lehrlogopädin/Lehrlogopäde dbl. <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1613&type=98> (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011f): Qualitätsleitlinien. http://dbl-ev.de/fileadmin/media/publikationen/b_qualitaetsleitlinien.pdf (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011g): Qualitätssicherung in der Logopädie-Ausbildung <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1882> (download 12.12.2011)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2011h): Übersicht logopädie-spezifische Studiengänge. http://www.dblev.de/fileadmin/media/fachinformativen/ausbildung_und_studium/Studiengangsuebersicht_Logopaediespezifisch.pdf (download 12.12.2011)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf. (download 12.12.2012)
- Europäische Fachhochschule (EUFH) (2011): Bachelor und Master in Logopädie. http://xstudy.eu/fileadmin/europe/germany/_study/docs/EUFH_A4_Flyer_Logopaedie.pdf (download 12.12.2011)
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) (2011): Tuning and Quality: Tuning educational structures in Europe. <http://www.enothe.eu/index.php?page=tuning/default> (download 12.12.2011)
- Friebertshäuser B., Langer A. (2010): Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser B., Langer A., Prengel A. (Hrsg.): Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Juventa, Weinheim-München. 437-456

- Gläser J., Laudel G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS, Wiesbaden
- Günther T. (2011): Rechenschaftsbericht Beisitz Bildung. In: Forum Logopädie Beruf & Verband Mai 2011. 16-18
- Grohnfeldt M. (2009): Die Akademisierung der Logopädie – Bedeutung, Widerstände, Perspektiven. In: Logos Interdisziplinär. Jg. 17 Ausg. 3. 209-211
- Hahn V. (2008): Was brachte uns das Studium? Eine Absolventenbefragung des Studienganges für Logopädie der HAWK Hildesheim. In: Forum Logopädie, Heft 4 (22). 30-33
- Hamburger Fernhochschule (HFH) (2011): Dualer Studiengang Health Care Studies (B. Sc.). <http://www.hamburger-fh.de/studienangebot/hcs/index.php> (download 12.12.2011)
- Hochschule (HS) Osnabrück (2011a): Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelorprogramm) – Studienstruktur und Studieninhalte. <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/27438.html> (download 12.12.2011)
- Hochschule (HS) Osnabrück (2011b): Ergotherapie, Physiotherapie (dual) - Kurzporträt. <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/34044.html> (download 12.12.2011)
- Hochschule (HS) Osnabrück (2011c): Praxiscurriculum für den Studiengang Ergotherapie/Physiotherapie Dual. Unveröffentlichte Unterlagen im Rahmen der Akkreditierung des dualen Studienprogramm Ergotherapie/Physiotherapie der Hochschule Osnabrück
- Hochschule (HS) Osnabrück (2011d): Rahmencurriculum für den Studiengang Ergotherapie/Physiotherapie Dual. Unveröffentlichte Unterlagen im Rahmen der Akkreditierung des dualen Studienprogramm Ergotherapie/Physiotherapie der Hochschule Osnabrück
- Hochschule für Gesundheit (HGS) Bochum (2011): Aufgaben und Ziele der LuFA. <http://www.hs-gesundheit.de/de/bereich/logopaedie/lehr-und-forschungsambulanz-lufa/> (download 12.12.2011)
- Janssen M., Bilda K. (2011): Standards für die klinisch-therapeutische Ausbildung. In: Forum Logopädie Heft 3 (25). 32-37
- Klieme E., Avenarius H., Blum W., Döbrich P., Gruber H., Prenzel M., Reiss K., Riquarts K., Rost J., Tenorth H., Vollmer H. (2007): Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Expertise. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin
- Kuckartz U., Dresing T., Rädiker S., Stefer C. (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. Aktualisierte Auflage. VS, Wiesbaden

- Kultusministerkonferenz (KMK) (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-Rlpl-Berufsschule.pdf (download 12.12.2011)
- Lehranstalt für Logopädie Osnabrück der Deutschen Angestellten Akademie (DAA) (2011): Unterlagen zum Konzept der Ausbildung. Unveröffentlichtes Manuskript. Osnabrück
- LimeSurvey (2011): LimeSurvey Dokumentation – Benutzerhandbuch. http://docs.limesurvey.org/tiki-index.php?page=LimeSurvey+Dokumentation&no_bl=y (download 12.12.2011)
- Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim-Basel
- Mayring P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim-Basel
- Meuser M., Nagel U. (2010): Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser B., Langer A., Prengel A. (Hrsg.): Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Juventa, Weinheim-München. 457-472
- Nowojski A. (2010): Das Theorie-Praxis Verhältnis in der Ausbildung zum Logopäden in Deutschland – eine vergleichende Untersuchung an ausgewählten Ausbildungsstätten. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Charité – Universitätsmedizin Berlin – Studiengang Medizin- und Pflegepädagogik
- Oswald H. (2010): Was heißt qualitativ forschen? Warnungen, Fehlerquellen, Möglichkeiten. In: Friebertshäuser B., Langer A., Prengel A. (Hrsg.): Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Juventa Weinheim, München. 183-204
- Pahn C., Rausch M., Siegmüller J. (2010): Vom Input zum Outcome. In: Forum Logopädie Heft 5 (24). 32-37
- Porst (2009): Fragebogen – Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage 209. VS Verlag Wiesbaden.
- Raab-Steiner B., Benesch M. (2008): Der Fragebogen – Von der Forschungsidee zur SPSS. Facultas, Wien

- Rasch B., Friese M., Hofmann M., Naumann E. (2010): Quantitative Methoden. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. 3. erweiterte Auflage. Springer, Berlin-Heidelberg
- Rottmann A. (2011): Problemorientiertes Arbeiten im alltäglichen Unterricht: Vorgehen, Bewertung, Erfahrungen. In: BDSL aktuell. 42-48
- Schnell M., Heinritz C. (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Huber, Bern
- Siegmüller J., Pahn C. (2009): Akademisierung ist mehr als Lehre – Zur Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie und Forschungsidentität in der Logopädie. In: Forum Logopädie Heft 2 (23). 34-41
- Springer L., Zückner H. (2006): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagungen der Lehrlogopäden (Hrgs.) (1993): Curriculum für die Ausbildung des Logopäden nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden in der Bundesrepublik Deutschland vom 1. Oktober 1980. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Gross, Berlin
- Universitätsklinikum Aachen (2010): Curriculum der staatlich anerkannten Lehranstalt für Logopädie. <http://www.ukaachen.de/go/show?ID=18659295&DV=0&COMP=download&NAVID=1296697&NAVDV=0> (download 12.12.2011)
- Universität Erlangen-Nürnberg (2011): Studien- und Prüfungsordnung für den Bachelorstudiengang Logopädie der Medizinischen Fakultät an der Universität Erlangen-Nürnberg (StPO/Logo) vom 5. Oktober 2011. <http://www.uni-erlangen.de/universitaet/organisation/recht/studiensatzungen/MED/StO-PO-BA-Logopaedie.pdf> (download 12.12.2011)
- Wanetschka V. (2009a): Das Bremer Modell. Band 3. Auf dem Weg zur Akademisierung der Logopädie. Edition HarVe, Bremen
- Wanetschka V. (2009b): Das Bremer Modell. Band 6. Modulhandbuch der Fachschule für Logopädie Bremen. Edition HarVe, Bremen
- World Confederation for Physical Therapy (2011): European Physiotherapy Benchmark Statement. <http://www.physio-europe.org/index.php?action=80> (download 12.12.2011)

Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Bramsche, 16.12.2011

Katja Becker