

# Akademisierung ist mehr als Lehre

## Zur Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie und Forschungsidentität in der Logopädie

Julia Siegmüller, Claudia Pahn

**ZUSAMMENFASSUNG.** Die Akademisierung der Logopädie schreitet in Deutschland voran. Viele Institute und Träger wollen den Schritt in Richtung Hochschulausbildung wagen. Doch ist der Weg von einer ausführenden Fachrichtung des Gesundheitswesens zu einer wissenschaftlichen Disziplin lang und beinhaltet mehr als die Umwandlung eines Curriculums in ein Modulsystem. In diesem Beitrag werden die verschiedenen Anteile beleuchtet, die eine Wissenschaft ausmachen und ein möglicher Weg für die Logopädie aufgezeigt. Am Beispiel einer interdisziplinären Forschungsrichtung wird demonstriert, wie die Logopädie sich als eigenständige Wissenschaft neben den kognitiven und medizinischen Disziplinen etablieren könnte. Dabei wird deutlich, dass viele konzeptuelle Schritte gemeinsam und nicht von einem (Hoch-)Schulträger allein angegangen werden müssen. Die gemeinsamen Überlegungen betreffen Bereiche wie Ethik und Wissenschaftstheorie, die sich in anderen Disziplinen über die wissenschaftliche Tradition entwickeln und in der Logopädie nun in ihrer Entwicklung angestoßen werden müssen.

Schlüsselwörter: Logopädie – Akademisierung – Forschungsidentität – Wissenschaftstheorie – Forschungsansatz – Sprachtherapieforschung

Die Idee einer akademisierten Logopädie findet in Deutschland immer mehr Anhänger. Je deutlicher die Möglichkeiten und Ziele sowie die notwendigen Rahmenbedingungen werden, umso mehr treten die Fragen in den Vordergrund, die bisher für unser Fach noch unzureichend beantwortet sind. Einige dieser Fragen sollen in diesem Beitrag zur Sprache kommen und nach Möglichkeit beantwortet werden.

### Der geschichtliche Hintergrund der Logopädie

Historisch betrachtet ist die Logopädie aus den phoniatischen Assistenten erwachsen, die sich wiederum gegen Ende des 19. Jahrhunderts von der allgemeineren Hals-Nasen-Ohrenheilkunde abspalteten. Braun & Macha-Krau (2005) sehen als wichtige Zäsur für die Entwicklung der Logopädie die Gründung der sprachlichen Ambulatorien an den großen Universitätskliniken im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, an denen in den 30er Jahren zum ersten Mal phoniatisch geschulte Helferinnen zur Diagnostik von Sprach- und Sprechstörungen eingesetzt wurden (Braun & Macha-Krau, 2005, S. 67). Mit dieser Form der Entwicklung der Logopädie steht Deutschland nicht

allein, auch in anderen europäischen Ländern entwickelte sich der Berufsstand aus einem Assistenzberuf (Schrey-Dern, 2003). Im Gegensatz zu den uns umgebenden Ländern hat sich die Entwicklung der Logopädie in Deutschland jedoch nicht in eine klinisch ausgerichtete akademische Disziplin verlagert, die über eigenständige Forschung verfügt. Interessant in diesem Zusammenhang ist ein Zitat von van Dantzig aus dem Jahr 1926, das Macha-Krau (1999) anführt. Van Dantzig gibt an, dass bereits auf dem 2. Internationalen Kongress für Logopädie und Phoniatrie eine spezielle und zugleich wissenschaftliche Ausbildung mit akademischer Abschlussprüfung gefordert wurde (Macha-Krau, 1999, S. 36).

Ein Faktor, der die Diskussion um die Akademisierung mitbestimmt, ist die Delegationsfähigkeit der Leistungen sprachlicher Diagnostik und Therapie (vgl. hierzu das Positionspapier des dbL, Rausch, 2009). Während die Therapie generell als delegationsfähig gilt, verbleibt die Diagnostik als ärztliche Leistung, begründet mit dem Passus, dass der Arzt allein die Entscheidung über therapeutische Maßnahmen treffen darf (Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, 2007). Auch dies ist keine rein deutsche Problematik. In fast allen anderen

**Dr. Julia Siegmüller** studierte von 1991 bis 1996 Allgemeine Linguistik, Germanistik, Sprachheilpädagogik und Erziehungswissenschaft an der Universität Bremen. Von 1996 bis Sommer 2007 arbeitete sie an der Universität Potsdam im Studiengang Patholinguistik. Dort umfassten ihre Aufgaben die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden im Bereich der Diagnostik und Therapie kindlicher Sprachstörungen. 2008 beendete sie dort ihre Promotion. Seit Herbst 2007 ist sie am Logopädischen Institut an der EWS in Rostock tätig, wo sie das Logopädische Institut für Forschung (LIN.FOR) leitet.



**Claudia Pahn** studierte von 1988 bis 1992 Sprech- und Musikwissenschaft an der MLU in Halle-Wittenberg und arbeitete viele Jahre als Sprecherzieherin an Hochschulen, Universitäten und für Funk und Fernsehen. Logopädin ist sie seit 1996 und leitete von 1997 bis 1999 die Logopädieausbildung in Schwerin. Im Jahr 1999 begann sie die Logopädieausbildung in Rostock aufzubauen und ist seitdem Leiterin der Schule an der EWS. 2007 begründete sie das Logopädische Institut LIN. an der EWS Rostock mit den Bereichen Forschung, Fort- und Weiterbildung und Therapie. Sie ist Mitglied der Bundesbildungskommission des dbL und Vorstandsmitglied im BDSL.



europäischen Ländern (außer England und Frankreich) liegt die Verordnungskompetenz ebenfalls bei den Ärzten, die jedoch von Absolventen der Gesundheitsfachberufe auf einem höheren akademischen Niveau umgeben sind (Bröckel, 2005). Im Rahmen der Spezialisierung und Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen muss in Europa in naher Zukunft eine Entwicklung vollzogen werden, in der sich die Befunderhebung und Therapie mehr in den selbstständigen Zuständigkeitsbereich der behandelnden therapeutischen Fachkräfte verlagert. Rausch (2009,

S. 55) argumentiert, dass die formalen Gegebenheiten hierfür längst geschaffen sind, da die Befunderhebung ein grundsätzlicher Teil der logopädischen Ausbildung ist. Dies definiert eine grundsätzlich delegationsfähige Leistung und sichert deren Qualität ab. Die eigenständige Weiterentwicklung der beiden wesentlichen Versorgungsbereiche Befund und Therapie kann jedoch nur auf der Basis einer akademisierten Logopädie realisiert werden. In diesem Sinne könnte aus der Diskussion um die Delegationsfähigkeit von sprachlicher Befunderhebung und Sprachtherapie eine neue Dynamik für die Akademisierung der Logopädie erwachsen.

Wichtig für die weitere Argumentation in diesem Beitrag sind die oben beschriebenen Anfänge und Traditionen, die deutlich machen, aus welchen Wurzeln sich die inzwischen so komplexe Disziplin der Logopädie entwickelt hat.

Will sich die Logopädie akademisieren, besteht also nicht nur die Notwendigkeit zu einer Weiterentwicklung des Curriculums in ein Modulsystem für Bachelor-Studiengänge, sondern erforderlich ist auch eine neue Umgangsform mit der eigenen Entstehungsgeschichte – und damit auch, was noch viel wesentlicher ist – mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis und dem Berufsbild. Das berufliche Selbstverständnis einer Fachdisziplin stellt sich, je nach Ausrichtung und akademischer Hierarchie des Faches, in mehreren Formen dar:

- in beruflichen Leitlinien (liegen vom dbl für die praktische Logopädie vor),
- in einer ethischen und empirischen Wissenschaftstheorie,
- in einer Forschungsidentität, die sich als Wissenschaftspraxis aus der -theorie ableitet.

In den Berufsleitlinien des dbl wird die Akademisierung der Logopädie gefordert und als Ziel beschrieben (Deutscher Bundesverband für Logopädie, 1998, S. 6). Die übrigen Paragraphen richten sich am Ist-Zustand der Logopädie aus, d.h. an ihrer nicht-akademisierten Form, und sind daher kein Modell für ein akademisiertes Selbstverständnis. Die anderen beiden Punkte existieren für die Logopädie noch nicht. Braun & Machakrau (2005, S. 70) kritisieren vor allem, dass es keine Grundlagenforschung gibt. Eine erste systematische Forschung innerhalb der Logopädie, die den Versuch unternimmt, eine eigene Forschungsidentität zu entwickeln, findet sich am Logopädischen Institut für Forschung (LIN.FOR, siehe Abschnitt zur Wissenschaftspraxis).

## Anteile des beruflichen Selbstverständnisses

### Das Berufsbild

Pahn (2008) zeigt mögliche Bausteine für ein akademisch geleitetes Berufsbild der Logopädie auf, das sich in Kompetenzen ausdrückt (zum Kompetenzmodell generell vgl. Klieme et al., 2003). Sie kritisiert, dass durch fehlende Argumente aus der Logopädie heraus Angebote zur Ausbildung auf akademischem Niveau entstanden sind, die ohne eine entsprechende Basis Lösungsvorschläge für eine Akademisierung anzubieten scheitern:

„Der Bildungsmarkt hat mit einem unspezifischen und divergenten Angebot reagiert, wodurch der Eindruck einer Problemlösung entstehen kann. Die eigentliche Frage nach dem sich neu entwickelnden Berufsbild wurde dabei sekundär und sehr unterschiedlich behandelt und führt damit zu einem Zerfließen des künftigen Berufsfeldes, sowohl inhaltlich als auch das Bildungsniveau betreffend.“ (Pahn, 2008, S. 2)

Damit kommt Pahn mit den Berufsleitlinien des dbl überein, in denen ebenfalls formuliert wird, dass der Ausbau des gegenwärtigen Ausbildungswesens die notwendige Anhebung zur Hochschulausbildung erschwert (Deutscher Bundesverband für Logopädie, 1998, S. 5). Pahn argumentiert, dass eine Veränderung des Berufsbildes aus der Logopädie heraus erfolgen muss:

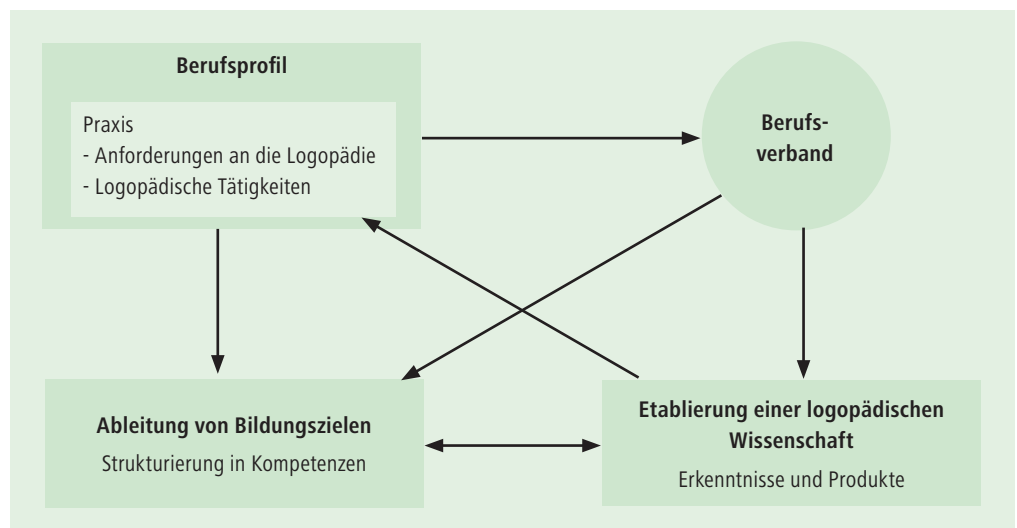
„Diese Neudefinition muss im Interesse der Berufsidentifikation und -darstellung aus unserer Disziplin selbst kommen. Sie ist das verbindende Element, an dem sich bestehende, sich verändernde und neue Ausbil-

dingsmodelle orientieren können und müssen.“ (Pahn, 2008, S. 2)

Das Berufsprofil, unter dem sich eine akademische Logopädie fassen kann, würde nach diesem Vorschlag den Weg gehen, aus der Praxis heraus Anforderungen und Tätigkeiten von LogopädInnen zu formulieren, aus denen sich die Bildungsziele für eine neu zu strukturierende Hochschulausbildung direkt ableiten. Diese würden in Kompetenzen beschrieben, die das bisherige Curriculum ersetzen. Die Ausbildung entsteht somit auf dem Anforderungskatalog der praktischen Tätigkeiten. Sie umfasst klassische Bereiche wie Diagnostik und Therapie der verschiedenen Störungsbilder, aber auch neue Anteile wie z.B. Prävention oder das Führen einer eigenen Praxis. Ebenso würde sie ethische Punkte umfassen, wie z.B. die Frage, mit welchen Beeinträchtigungen Betroffene zu Patienten der Logopädie werden (siehe Abschnitt zur Ethik).

Ein dritter Anteil des Berufsprofils kann nicht aus der derzeitigen praktischen Tätigkeit abgeleitet werden. Die Entwicklung einer eigenen Wissenschaftsdisziplin ist eine akademische Aufgabe, deren spätere Anwendung wieder in die Praxis reicht. Impulse dafür müssen die akademischen Ausbildungsstätten sowie der Berufsverband geben. Die Beteiligung des Berufsverbandes ist wesentlich, damit eine gemeinsame wissenschaftliche Disziplin „Logopädie“ entstehen und sich profilieren kann. Fehlt die Wissenschaftlichkeit im Berufsprofil, wird die Akademisierung stocken: ohne eine eigene Wissenschaft ist die beständige Weiterentwicklung der Disziplin nicht zu gewährleisten. Abb. 1 Letztendlich entsteht ein Kreislauf, in dem die Wissenschaft und ihre Produkte neue

■ **Abb. 1: Einflussnahmen von Praxis, Ausbildung und Wissenschaft in einer akademisierten Logopädie**



Impulse für die Praxis bieten und auch praxisbezogene Fragen die Wissenschaft lenken. Damit verbunden ist eine stetige Weiterentwicklung der Ausbildungsinhalte. Die Bildungsziele für eine qualitativ hochwertige akademische Ausbildung von LogopädInnen können sich nicht an einem festgelegten Ist-Zustand fachlicher Erkenntnisse orientieren, sondern müssen in ein System umgesetzt werden, das flexibel auf Veränderungen der Forschungslage reagieren kann. In vielen europäischen Ländern wird dies mit Varianten von Kompetenzmodellen realisiert, die auch von *Pahn* (2008) als Basis für die deutsche Logopädie vorgeschlagen werden.

### Ethische Aspekte

Mit der Entwicklung der Akademisierung wechselt die Logopädie von einer rein ausführenden Disziplin zu einer eigenen Wissenschaft. Die Logopädie übernimmt nun, da sie nicht mehr nur ausführend ist, eigene Verantwortung für Gelingen und Misslingen von Heilungsversuchen. Sie definiert den Beginn und das Ende von Therapie eigenständiger als bisher und damit auch die Frage, welche Ziele und Qualitätskriterien mit einer Therapie verbunden sind. Hier geben die Grundgedanken der ICF einen umfassenden Rahmen, in den sich die logopädische Wissenschaft einordnen und positionieren muss (*Hollenweger*, 2007).

Der ethische Gedanke beginnt mit dem Patientenbild, d.h. der Definition des „Patienten“. Was macht einen Menschen zum logopädischen Patienten? Wie werden logopädische Störungsbilder aus der Sicht der Logopädie von nicht-logopädischen Störungsbildern abgegrenzt (z.B. LRS als Lernstörung, CI als neues Störungsbild)? Wie stark muss der Verarbeitungsprozess des Patienten vom Normalen abweichen, um als pathologisch zu gelten? Wann ist ein Patient austherapiert? Welche Verantwortung trägt der Patient in der logopädischen Behandlung? Ändert sich dies, je nachdem, ob eine funktionelle oder organische Grundproblematik vorliegt?

Ein zweiter Schritt ist die Definition einer Therapieethik. Wie stellt sich die Möglichkeit der therapeutischen Beeinflussung dar? Gibt es Grenzen der Einflussmöglichkeiten? Welche normalen Entwicklungsveränderungen ähneln therapeutischen Auswirkungen?

In der Logopädie stehen wir, bedingt durch unsere Geschichte als Gesundheitsfachberuf, erst am Anfang der Diskussion um eine eigene ethische Betrachtung von Patient, Therapie und Therapeut. Diese ist jedoch für viele Bereiche der praktischen Versorgung

und der Wissenschaftlichkeit wesentlich. Auf der anderen Seite wird die Wissenschaft die ethische Betrachtung der logopädischen Therapie beeinflussen und nachhaltig prägen.

Ein gutes Beispiel dafür, inwiefern ethische Grundsatzgedanken in die alltägliche Arbeit hineinreichen, ist die aktuelle Diskussion um das Kindbild in der Elementarpädagogik. Im Großen und Ganzen beherrschen zwei Standpunkte die Debatte: Zunächst ist da der (mehr in Norddeutschland) vertretene Situationsansatz, der konstruktivistisch geprägt ist und auf einem Kindbild basiert, in dem das Kind sich zu jeder Zeit seines Wach-seins selbst bildet (*Schäfer*, 2006). Es kann gar nicht anders, mit jeder seiner Handlungen bildet es sich. Den Bezugspersonen kommt somit die Aufgabe zu, sich als Begleiter und Partner des Kindes mit ihm auf den Selbstbildungsweg zu machen: Sie sind Reakteure und nicht Akteure der kindlichen Bildung. Das Kind ist selbstbestimmt und ein gleichwertiger Partner in Aktion und Dialog für die Erzieherin.

Der Gegenansatz basiert auf ko-konstruktivistischen Annahmen (*Fthenakis*, 2003). Diese – obwohl vom Wort her so ähnlich – entwickeln ein Kindbild, in dem das Kind seine Welt ko-konstruiert, d.h. nachmacht. Das Kind gilt aber trotzdem als gleichberechtigter Partner im Kita-Alltag. Im Gegensatz zum selbstbildenden kreativen Kind des Situationsansatzes ist ein Kind nach dem ko-konstruktivistischen Ansatz zunächst auf den Reiz, den Input der Bezugsperson angewiesen (*Schäfer*, 2007). Diese bestimmt letztendlich, wann das Kind was lernen wird. Bildung in diesem Sinne ist Nachahmen, dann Erproben, dann Elaborieren. Dieser zweite Ansatz wird in Hessen oder Bayern vertreten und demonstriert wesentlich stärker die Idee der bildenden Kita im Sinne einer vorschulischen Bildungsinstitution. Es ist offensichtlich, dass der Alltag der Kinder in der Kita sich je nach Kindbild stark voneinander unterscheiden wird:

- konstruktivistische Basis: Das Kind lernt weitgehend selbstbestimmt und individuell
- ko-konstruktivistische Basis: Kinder der Gruppe lernen aktiv durch die angebotenen Reize der Erzieherin mehr oder minder zeitgleich

Insofern ist die ethische Grundfrage, was ist das Kindbild, das in der Einrichtung vertreten wird, für jede Familie bzw. jedes Kind in der Einrichtung von absolut aktueller Natur und bestimmt den Alltag in der Kita.

Was kann dieses Beispiel verdeutlichen? Die Diskussion in der Elementarpädagogik mit all ihren Anteilen um Vorschulförderung sowie in der Vielzahl und Uneinheitlichkeit der laufenden Projekte in den Kitas demonstriert, wie wichtig es ist, Konzepte auf der Basis von gemeinsamen ethischen Grundgedanken zu entwickeln.

In den Leitlinien des dbl (ebenso wenig wie in denen der Sonderpädagogik) existiert kein Kindbild bzw. Patientenbild, so dass es keine ethischen Leitlinien in dieser Hinsicht gibt, welche die Arbeit der LogopädInnen umrahmen. In den Berufsleitlinien ist bisher nur zu lesen, dass das Selbsthilfepotential der Patienten aktiviert werden soll (*Deutscher Bundesverband für Logopädie*, 1998, S. 2). Die Logopädie steht am Anfang einer Entwicklung, in der es aus Sicht der Forschung wichtig erscheint, die Grundgedanken einer Wissenschaft nicht zu vergessen – auch dann nicht, wenn sich die Forschung auf die praxisnahen Bereiche wie Therapieforschung fokussiert.

Aktuell entwickeln die Therapieansätze implizit oder explizit ein Menschenbild, das in der Umsetzung mehr oder weniger reflektiert übernommen wird. Im Störungsbild Sprachentwicklungsstörungen sind die Therapieansätze häufig nicht so tiefgründig, dass ein nachvollziehbares Kindbild entsteht. In einigen wird eine Anschauung auf das Kind formuliert, so z.B. bei *Zollinger* (1994a, 1994b), in anderen verschwindet das Kindbild in der theoretischen Fassung des Spracherwerbs (*Siegmüller & Kauschke*, 2006) und setzt sich dann in den Umsetzungen der Therapie und der dort beschriebenen Rolle der Therapeuten fort. Im ungünstigsten Fall wechselt in einer Therapiephase, vielleicht sogar innerhalb einer Therapiesitzung, die Therapie von Ansatz zu Ansatz und damit auch in ihrer Sicht auf den Patienten, was sich im Anteil an Eigenverantwortung oder auch an der Transparenz hinsichtlich der eigenen Defizite und deren Bewältigung zeigen kann.

Welches Kindbild gibt es bei der Betrachtung von Sprachentwicklungsstörungen? Praktisch ist die Frage mit der Verwendung bestimmter Therapiemethoden verknüpft und theoretisch mit der grundlegenden Idee, was eine Sprachentwicklungsstörung ist bzw. wodurch diese zu überwinden ist.

- Gehen wir von einem den Spracherwerb eigenaktiv durchlaufenden Kind aus, so mündet dies in Methoden wie Inputspezifizierung oder Kontrastierung, wie sie in aktuellen linguistisch geprägten Therapieansätzen verwendet werden (*Hansen*,

1996; Motsch, 2004; Penner & Kölliker Funk, 1998; Schlag, 2004; Siegmüller & Kauschke, 2006). Hierbei stellen die Therapiemethoden die notwendigen Informationen für das Kind zur Verfügung und leiten es zum Lernen einer bestimmten Fähigkeit an. Das Lernen geschieht durch das Kind.

- Wird das Kind eher als Reakteur angesehen, können Therapieeffekte durch Übungen erreicht werden. Übungen sind eine festigende Methode (Siegmüller & Kauschke, 2006) und lösen in der Regel keine Entwicklung aus. Insofern liegt übungsbasierten Therapieansätzen eine Definition von Sprachentwicklung zugrunde, in der nicht von dynamischen Entwicklungsstufen durch Inputanalyse ausgegangen wird. Vielmehr nähern sich auditive oder phonologische Verarbeitungsfähigkeiten durch Reifung und ggf. Training dem Zielniveau der Erwachsenen-sprache an (Tallal, 2000).

Eine Weiterentwicklung der beiden dargestellten Positionen sollte im Rahmen einer logopädischen Wissenschaft geschehen. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden Antworten darauf geben, wie selbstständig ein sprachauffälliges Kind Entwicklungsprozesse durchlaufen kann. Hieraus wiederum wird sich ein spezifischeres Bild vom Störungsverständnis und der Rolle des Lernenden ausformen, das durch ethische Züge geprägt ist.

Selbstverständlich macht sich auch die einzelne Logopädin ethische Gedanken. So stellen z.B. viele LogopädInnen infrage, ob sie mit Kindern unter vier Jahren metasprachliche Methoden durchführen können. Oder ob zweijährige Kinder Sprachtherapie ohne ihre Mutter erhalten sollten. Der Unterschied zu einem innerhalb der Logopädie diskutierten Kindbild liegt darin, dass sich die einzelne TherapeutIn diese Gedanken allein macht und dass auch die Ergebnisse der Gedanken in keinem Forum diskutiert werden.

### Wissenschaftstheoretische Aspekte

Wissenschaftstheoretische Vorbilder für eine angewandte klinische Forschung, deren Interesse es sein muss, die Versorgung der Patienten zu verbessern, gibt es aktuell kaum. Selbst die Sprachheilpädagogik als eine Disziplin mit einem ähnlich hohen praktischen Anteil wie in der Logopädie kann nicht Pate für eine „Wissenschaftsdisziplin Logopädie“ stehen, da sie ihre Wurzeln in der Heilpädagogik sucht. Ein Beispiel für die Unmöglich-

keit einer „Übersetzung“ spiegelt sich in zwei Grundansätzen wider, die im 19. Jahrhundert formuliert wurden (Braun & Macha-Krau, 2005, S. 62):

- Der Begriff Heilpädagogik verbindet medizinisches und pädagogisches Denken mit der Hoffnung auf Heilung. Das bedeutet Heilung mit pädagogischen Mitteln.
- (Die) Erziehung entwicklungsgehemmter Kinder ist nicht Heilung sondern Erziehung (Sonderpädagogik). Das bedeutet: Heilpädagogik ist Pädagogik und nichts anderes.

Die Sprachheilpädagogik setzte in den späten 80ern und frühen 90ern mit den Publikationen von Dannenbauer (z.B. 1994) wichtige Impulse für die gesamte sprachtherapeutische Berufsgruppe. Diese innovative Phase hat, nach den Überlegungen von Steiner (2002), Einbußen erlitten. Die Gründe werden in ähnlichen Problembereichen gesehen, die aktuell auch in der Logopädie diskutiert werden:

- Der Mangel an empirischer Basis, wodurch sich ein „verwässertes“ wissenschaftliches Profil erklären ließe.
- Der Mangel an konkret formulierten Handlungskonsequenzen, wodurch sich ein verminderter Bezug zum Praxisfeld erklären ließe (Steiner, 2002, S. 244).

Klassischerweise bedient sich die Logopädie verschiedener Bezugswissenschaften. Die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen wird in den Berufsleitlinien des dbl als Ziel beschrieben: Es sollen die „Studiengänge der Bezugswissenschaften für Installierungen grundständiger Studiengänge Logopädie“ gewonnen werden und diese sollen „als Aufbaustudiengänge zur Spezialisierung in einem Fachgebiet der Logopädie“ genutzt werden (Deutscher Bundesverband für Logopädie, 1998, S. 6).

Eine Bezugswissenschaft ist eine Wissenschaftsdisziplin, aus der LogopädInnen kontinuierlich neues Wissen für ihre Tätigkeit beziehen können. Schrey-Dern (1999) bezeichnet den Kanon der Bezugswissenschaften als notwendige Interdisziplinarität, die das Merkmal der Logopädie als Wissenschaft sein muss. Vergessen wird in einem bezugswissenschaftlich orientierten System jedoch, dass die Wissen-Beziehenden nicht an der Diskussion in der Forschung beteiligt sind (Tesak, 1999). Eine logopädische Wissenschaft, die sich allein aus Bezugsquellen speist, ist keine eigene Wissenschaft.



Unsere Leistung geht auf Ihr Konto

\* [relaxed]



Info-Line: 02 81/98 85-110

Abrechnung  
mit Komfort\*

**Legen Sie selbst Ihren Auszahlungstermin fest. Nutzen Sie die variablen Einsendemöglichkeiten. Sie bekommen Ihre Auszahlung per kostenfreier Online-Überweisung auf Ihr Konto gutgeschrieben. Und auch sonst bieten wir top Konditionen:**

- ▶ Mit Datenträgeraustausch vermeiden  
Sie Rechnungskürzungen bis zu 5 %!
- ▶ Günstige Abrechnungshonorare
- ▶ Aussagekräftige Dokumentationen sorgen für den absoluten Durchblick
- ▶ Feste Ansprechpartner
- ▶ Software zur Abrechnungsvorbereitung
- ▶ Abrechnung auch mit Branchensoftware/Kooperationspartnern und Schnittstellen möglich

RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH  
Am Schornacker 32 · D-46485 Wesel  
Telefon 02 81/98 85-0 · Telefax 02 81/98 85-120  
www.rzh-online.de · info@rzh-online.de



Bei den Bezugswissenschaften handelt es sich um unterschiedliche medizinische Fächer, verschiedene Fachdisziplinen der Linguistik und ebenso mehrere psychologische Fachgebiete. *Braun & Macha-Krau* (2005, S. 69) sehen die Linguistik als eine besonders einflussreiche Bezugswissenschaft für die Logopädie an. Diese war in der Vergangenheit z.B. dafür mitverantwortlich, dass sich der Wechsel von der medizinisch-ätiologischen Klassifikation der Patienten zu einer einzelfall- und profilorientierten deskriptiven Beschreibung von Kompetenzen und Defiziten eines Patienten vollzogen hat (*Kauschke*, 1998; *Kauschke & Siegmüller*, 2002). Ziehen LogopädInnen jedoch Wissen aus linguistischen Erkenntnissen, so fällt immer wieder auf, dass diese nicht 1:1 in die Logopädie umsetzbar sind. Dies gehört zum Wesen einer Bezugswissenschaft, da diese für sich betrachtet andere Ziele verfolgt als die fachfremden Benutzer. Am Beispiel der Psycholinguistik, einer der stärksten Einflussnehmer auf die Logopädie, soll dies verdeutlicht werden.

Die Psycholinguistik verfolgt das Ziel, Modelle für die Verarbeitung von Sprache zu entwickeln (*Dietrich*, 2002). Unterschieden werden hierbei die Sprachentwicklung und die Sprachverarbeitung Erwachsener, eine Untersuchung der auffälligen Sprachverarbeitungsprozesse als eigenständiges Ziel besteht jedoch nicht. Vielmehr wird in der psycholinguistischen Forschung das auffällige Sprachsystem benutzt, um Rückschlüsse auf Zusammenhänge im ungestörten System ziehen zu können. Patienten sind in diesem Sinne Probanden, die in der empirischen Forschung für die Entwicklung eines Sprachverarbeitungsmodells untersucht werden. Aus diesem Grund ergeben sich aus der theoretisch orientierten Psycholinguistik auch keine alltagstauglichen therapeutischen Vorgehensweisen. Die Impulse dieser Bezugswissenschaft enden auf der Ebene der Diagnostik. Erfolgreiche Versuche, die stichhaltig unauffällige und auffällige Sprachverarbeitungssysteme trennen können, werden vielfach nach Abschluss der eigentlichen Forschung als Diagnostiken weiterverwendet.

Ein Beispiel hierfür ist die Profilanalyse von *Clahsen* (1986), die aus der Beschreibung des ungestörten Grammatikerwerbs des Deutschen – Clahsens eigentlicher Forschungsarbeit – entstanden ist (*Clahsen*, 1988). Die Patholinguistik gibt der Therapie im Rahmen von Therapiestudien Raum. Eine Verbesserung der Patientenversorgung ist dabei in den meisten Fällen noch zweitrangig, die Ziele dieser Forschung bewegen sich in der

Regel in Erkenntnissen über die Aktivierbarkeit und Trainierbarkeit von auffälligen Verarbeitungsanteilen zur (Wieder)Herstellung des normalen Verarbeitungssystems.

Die Medizin ist historisch bedingt in der Ausbildung von LogopädInnen der stärkste Einflussfaktor. *Wallesch* (1999) zufolge erreicht die Ausbildung von LogopädInnen in der Aphasologie als Teil der Neurologie das Niveau des Medizinstudiums. In der Psychologie übertrifft seiner Meinung nach die Logopädieausbildung sogar das Medizinstudium. Dennoch ist der Impuls der Neurologie für die therapeutische Versorgung von Aphasikern indirekt. Die Grundlagenwissenschaft Neurologie befasst sich nicht mit den Fragen der Sprachverarbeitung. Daraus folgt, dass die LogopädIn bei der Ableitung von Therapien vom organischen Befund ausgehend eine linguistisch-orientierte Diagnostik macht, um anschließend eine logopädische Therapie durchzuführen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass vor allem das Verständnis von Therapie als eigenes wissenschaftliches Gebiet eine eigene, neue wissenschaftliche Logopädie ausmachen kann. Von den Bezugswissenschaften wird die Therapie eher als Handwerkszeug betrachtet, in der wissenschaftliche Erkenntnisse umgesetzt werden. Die Probleme einer solchen Grundeinstellung werden aktuell in dem Ruf nach Wirksamkeitsstudien für sprachtherapeutische Maßnahmen deutlich. Aus den obigen Ausführungen erschließt sich, dass die Bezugswissenschaften diese Studien nicht übernehmen werden. Wer soll sie also durchführen, wenn nicht eine eigenständige logopädische Forschung? Jedoch kann eine solche Forschung nicht ohne Einbindung in ein Forschungsverständnis stehen. Dies führt zur nächsten Frage, der nach der möglichen Forschungsidentität für die Logopädie.

### **Wissenschaftspraxis – Forschungsidentität**

Im internationalen Vergleich ist das Fehlen einer theoretischen Diskussion um Therapie und Therapiewirksamkeit in Deutschland kein Versäumnis unserer heimischen Wissenschaftslandschaft. Auch in anderen Ländern existieren diese kaum. Erst langsam bilden sich Rahmenbedingungen heraus, an denen sich eine entsprechende Forschung anknüpfen kann. Das bekannteste Schlagwort in diesem Bereich ist die evidenzbasierte Praxis und die dort aufgestellten Qualitätskriterien für aussagefähige Wirksamkeitsstudien (*Hartley, Voss Horrell & MacLean*, 2007).

Eine neu gegründete Wissenschaft in den USA ist die sogenannte „disability-related-research“ (Störungsbild-orientierte Forschung). In dieser Disziplin wird gewissermaßen das Modell der Psycholinguistik umgekehrt (*Guralnick*, 1997): Statt Erkenntnisse der auffälligen Verarbeitung für die Erforschung der unauffälligen Verarbeitung zu verwenden, wird im „disability-related-research“ die Forschung insgesamt unter das Ziel der verbesserten Patientenversorgung gestellt. Auch die Grundlagenforschung, die im „disability-related-research“ durchgeführt wird, ordnet sich diesem Ziel unter.

„Disability-related-research“ entstammt der amerikanischen Frühförderungsdiskussion und befasste sich in der Vergangenheit primär mit Kindern, die in mehr als einer Teilleistung auffällig waren. Erst in jüngster Zeit wurde deutlich, dass dieses wissenschaftstheoretische Modell auch für Forschungsdisziplinen anwendbar ist, die sich stärker auf eine kognitive Leistung fokussieren. Durch ihre Vergangenheit ist die störungsbild-orientierte Forschung stark interdisziplinär ausgerichtet, da sie in der Praxis einzelfallorientiert mit dem jeweils notwendigen therapeutischen Team arbeitet. Dabei hat sich ein Modus entwickelt, in dem die verschiedenen Fachdisziplinen in einem ganzheitlichen Rahmen zusammenarbeiten, ohne dass deren Inhalte und Abgrenzungen verschwimmen (*Guralnick*, 2005).

Am Logopädischen Institut für Forschung (LIN.FOR) erfolgt Sprachtherapieforschung als „disability-related-research“ und stellt diese Form der Forschung damit in Deutschland vor. Dabei werden die Rahmenbedingungen der evidenz-basierten Praxis mit in die störungsbild-orientierte Forschung einbezogen, um der aktuellen interdisziplinären Diskussion standhalten zu können. So kann logopädische Forschung in Diskussion mit den ehemaligen Bezugswissenschaften treten, die sich in gleichberechtigte Nachbardisziplinen wandeln. Folgende Grundsätze umrahmen dabei diesen Ansatz:

- Interdisziplinär ausgerichtete Forschung in allen logopädischen Störungsbildern,
- Grundlagenforschung in den Bereichen, die für die Patientenversorgung notwendig sind,
- Stärkung einer störungsbildorientierten Grundlagenforschung in allen logopädischen Störungsbildern im deutschen Sprachraum,
- Fokussierung auf Therapieforschung in allen logopädischen Störungsbildern mit grundsätzlicher Einbeziehung der Maßgaben der evidenz-basierten Medizin (in

den Umsetzungen von *Sackett et al.*, 1997),

- Beteiligung an wissenschaftstheoretischen Entwicklungen in den Gesundheitsfachberufen, um den Gedanken einer störungsbild-orientierten Forschung in andere Berufsgruppen zu verankern und zu verstärken.

In Bezug auf die zuvor dargestellten Argumentationen basiert die störungsbild-orientierte Forschung immer auf den wissenschaftlich aktuellen Themen, die Studierende der Logopädie erwerben. Das Wissenschaftsverständnis der neuen Fachdisziplin steht somit im Zentrum zwischen Forschung und Lehre und bedient neben der Praxis immer auch die Bedürfnisse der Lehre. Absolventen können in einer eigenen Forschungsdisziplin sozialisiert werden und diese weiterentwickeln. Die Ergebnisse befruchten sowohl Lehre als auch Praxis der Disziplin und lassen wieder neue Anforderungen für die Wissenschaft erwachsen.

**Akademische Lehre**

Die bisherigen Möglichkeiten in Deutschland, die Logopädie auf akademischem Niveau zu studieren, müssen mit allen Lücken in der akademischen Entwicklung des Faches umgehen, die den Ist-Zustand ausmachen. Es wurde versucht, die Logopädie in das traditionelle universitäre und FH-System deutscher Hochschulen einzuarbeiten, wobei vor allem die Frage der praktischen Ausbildung von den Hochschulen sehr kritisch betrachtet wird. Außer der Logopädie haben nur die Patholinguistik und einige sprachheilpädagogische Institute eine interne praktische Ausbildung, was jedoch für viele, so z.B. für *Johannsen* (1999), eine Bedingung auch für eine akademische Logopädie ist. So balancieren die Studiengänge zwischen den bei-

den Polen „Praxis“ und „Wissenschaft“ und finden eigene Kompromisse.

Es muss jedoch ein Wesen der akademischen Lehre sein, Wissenschaft zu sozialisieren, zu leben. Wissenschaft ist keine Kompetenz, die abgehoben von anderen Inhalten als eigenes Fach vermittelt werden kann. Hinter Modulen mit Bezeichnungen wie „Wissenschaftliches Arbeiten“ verbergen sich folgerichtig lediglich die formalen Umgangsformen und Methoden der Wissenschaft, nicht jedoch die Inhalte. Aus diesem Grund bleiben entsprechende Fächer für sich betrachtet für die meisten Studierenden ohne praktischen Bezug. Statistik, Bibliographieren, experimentelle Forschungsmethoden und andere formale Inhalte erhalten für die Studierenden nur dann eine wichtige Bedeutung, wenn sie sich schnell mit Sinn füllen. Die dafür notwendigen Inhalte entstehen durch das wissenschaftliche Herangehen an die großen Themen der Logopädie in der störungsbildbezogenen und kompetenzbasierten Lehre. So werden aus Diagnosen zu hinterfragende Hypothesen, aus stehenden Wissensgrundsätzen Theorien, deren Beständigkeit zu überprüfen ist.

Wissenschaft steht also als gedankliche Sozialisation im Zentrum der Lehre, ein Problem, das vor allem additive und berufsbegleitende Bachelor-Studiengänge lösen müssen. In diesen Studienformen muss in relativ kurzer Zeit den Studierenden die „neue“ Denkweise nahe gebracht werden. Gerade hier ist es wichtig, die Studierenden sofort in die Forschung einzubeziehen (z.B. im Rahmen von Forschungspraktika), um über die inhaltlichen Fragestellungen die Bereitschaft zum Erwerben der formalen Anteile der wissenschaftlichen Praxis zu erhöhen.

Zusammengefasst müssen alle logopädischen Fächer wissenschaftsbasiert sein, das entsprechende Wissen in der Lehre abfordern und es auf verschiedenen Ebenen der Forschung anwenden (Abb. 2).

■ **Abb. 2: Ebenen der Forschung am Beispiel der Therapieforschung**

Ebene	Ziele
<b>Grundlagenforschung</b>	Entwicklung von theoretischen Modellen ohne direkten praktischen Bezug
<b>Angewandte Forschung</b>	Empirische Untersuchung der unauffälligen Verarbeitung, teilweise Rückschluss von klinischen Populationen auf das unauffällige System
<b>Klinische Forschung</b>	Medizin: Pharmakologische Forschung Kognitive Fachdisziplinen: Therapiestudien; Ziel: Evidenz für die Trainierbarkeit bestimmter Verarbeitungsschritte, keine Entwicklung alltagstauglicher Therapien
<b>Therapieforschung</b>	Entwicklung von praktikablen Therapiekonzepten auf der Grundlage der anderen drei Forschungsebenen

Es ist offensichtlich, dass ein Curriculum, das Inhalte festschreibt, mit einer wissenschaftsbasierten Studienform der Logopädie nicht Schritt halten kann. Besser arbeiten Kompetenzmodelle, wie sie aktuell sowohl in Europa als auch in Deutschland, z.B. in der Kultusministerkonferenz, diskutiert werden. Kompetenzen sind demnach „Schlüsselqualifikationen (...), die gleichsam als allgemeine, überfachliche Bildungsziele verstanden werden, zu denen jedes (gelehrte) Fach (eines Studiengangs) beitragen soll (Klieme et al., 2003, S. 134).“

In Leitlinien, Studiengängen und Modulsystemen werden Kompetenzen formuliert, die auf verschiedenen Niveaus in unterschiedliche akademische Grade münden (HRK/KMK, 2005):

- **Bachelorniveau:** Studierende sind auf der Basis der erworbenen Kompetenzen befähigt, wissenschaftlich fundierte Urteile abzuleiten, die gesellschaftliche, wissenschaftliche und ethische Erkenntnisse berücksichtigen.
- **Masterniveau:** Der Master unterscheidet sich vom Bachelorniveau hinsichtlich der Tiefe der vermittelten Inhalte. Er ist weitgehend selbstgesteuert und beinhaltet die Durchführung autonomer eigenständig durchgeführter forschungs- oder anwendungsorientierter Projekte (Bretschneider, 2007).

Die Frage, woraus sich Kompetenzen entwickeln, führt zurück zu dem Kreislauf, der zu Beginn dieses Beitrags beschrieben wurde. Kompetenzen entstammen dem Anforderungskatalog, der die Basis für das oben angesprochene Berufsprofil war. Zudem werden sie aus dem wissenschaftlichen Denken abgeleitet. So entstehen berufspraktische und systemische Kompetenzen in einem Nebeneinander und können sich gegenseitig zu qualitativ hochwertigen Studieninhalten befruchten. Da sie auf Inhalte flexibel reagieren und nicht an curriculare Festreibungen gebunden sind, entstehen jederzeit aus den Anforderungen des Berufs neue wissenschaftliche Fragen, deren Antworten Beruf und Lehre voranbringen. Die Lehre steht somit im Zentrum der neuen „akademischen Lebensform Logopädie“, sie steht jedoch nicht allein und auch nicht gegenüber der „alten Logopädie“.

## LITERATUR

- Braun, O. & Macha-Krau, H. (2005). Geschichte der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen (47-78)*. Stuttgart: Kohlhammer
- Bretschneider, F. (2007). Niveau- und Profilagegrenzungen von Bachelor und Master. In: Bretschneider, F. & Wildt, J. (Hrsg.), *Handbuch Akkreditierung von Studiengängen (222-235)*. Bielefeld: Bertelsmann
- Bröckel, M. (2005). *Logopädie – durch Kommunikation zur Wissenschaft*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag
- Clahsen, H. (1986). *Die Profilanalyse. Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter*. Berlin: Edition Marhold
- Clahsen, H. (1988). *Normale und gestörte Kindersprache*. Amsterdam: Benjamins
- Dannenbauer, F.M. (1994). Zur Praxis der entwicklungsproximalen Intervention. In: Grimm, H. & Weinert, S. (Hrsg.), *Intervention bei sprachgestörten Kindern (83-104)*. Stuttgart: Fischer
- Deutscher Bundesverband für Logopädie – dbI (1998). *Berufsleitlinien*. Frechen, Duisburg: Basis Druck
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (2007). Überlegungen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen. [http://www.dgim.de/pdf/Überleg-Delegationsfähigkeit\\_2007.pdf](http://www.dgim.de/pdf/Überleg-Delegationsfähigkeit_2007.pdf) (1. 12. 2008)
- Dietrich, R. (2002). *Psycholinguistik*. Stuttgart: Metzler
- Fthenakis, W. E. (2003). Zur Neukonzeptualisierung von Bildung in der frühen Kindheit. In: Fthenakis, W. E. (Hrsg.), *Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden (18-37)*. Freiburg: Herder
- Guralnick, M. (1997) (Hrsg.). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Brooks
- Hansen, D. (1996). *Spracherwerb und Dysgrammatismus*. München: UTB
- Hartley, S. L., Voss Horrell, S. & MacLean, W. E. (2007). The role of empirically supported treatments. In: Jacobson, J. W., Mulick, J. A. & Rojahn, J. (Hrsg.), *Intellectual and developmental disabilities (425-443)*. New York: Springer
- Hollenweger, J. (2007). Frühförderung und ICF – Überlegungen zur Anwendung der ICF in der frühen Kindheit. *Frühförderung Interdisziplinär* 26, 149-157.
- HRK/KMK (2005). *Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse* (im Zusammenwirken von Hochschulrektorenkonferenz, Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet und von der Kultusministerkonferenz am 21. 04. 2005 beschlossen).
- Johannsen, H. S. (1999). Logopädische Diagnostik und Therapie aus wissenschaftlicher Sicht – Phoniatrie/Pädaudiologie. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie – dbI (Hrsg.), *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz (47-49)*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Kauschke, C. (1998). Zum Problem der Terminologie und Klassifikation bei Sprachentwicklungsstörungen. *Die Sprachheilarbeit* 43, 183-189
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2002). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Urban & Fischer
- Klieme, E., Avenarius, H., Blum, W., Döbrich, P., Gruber, H., Prenzel, M. et al. (2003). *Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards – eine Expertise*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Macha-Krau, H. (1999). Ein historischer Überblick. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie – dbI (Hrsg.), *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz (34-36)*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Motsch, H.-J. (2004). *Kontextoptimierung*. München: Ernst Reinhardt
- Pahn, C. (2008). *Vorschlag zur Erarbeitung eines Kompetenzmodells für die Logopädie*. Rostock: univ. Arbeitspapier
- Penner, Z. & Kölliker Funk, M. (1998). *Therapie und Diagnose von Grammatikstörungen: Ein Arbeitsbuch*. Luzern: Edition SZH/SPC

### SUMMARY. Academic SLT in Germany – it takes more than teaching to become a scientific discipline

In Germany the development of a scientific discipline "Speech and Language Therapy" (SLT) is advancing. Mainly private schools take the opportunity to upgrade their curriculum to BA-level. However it becomes more and more obvious that becoming an academic science takes more than a modularized curriculum. On one hand this article reveals problems underway and on the other hand shows a possible solution for SLT to establish itself as an independent empirical scientific discipline. Disability-related research is named as a possible model for a therapy-oriented research approach. The article also shows that the main conceptual decisions need to be decided by the occupational group and not by one college for itself. These decisions include ethical questions and the philosophy of science. Such topics usually base on a long traditional understanding within a scientific discipline and need to be developed for the new discipline SLT.

KEYWORDS: Speech and Language Therapy – academic science – scientific approach – philosophy of science – SLT – research of language therapy

Rausch, M. (2009). Medizinische Versorgung ist Teamarbeit. *Forum Logopädie* 23, 54-56

Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (1997). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. New York: Livingstone

Schäfer, G.E. (2006). Der Bildungsbegriff in der Pädagogik der frühen Kindheit. In: Fried, L. & Roux, S. (Hrsg.), *Pädagogik der frühen Kindheit* (33-44). Weinheim: Beltz

Schäfer, G.E. (2007). Was ist frühkindliche Bildung? In: Schäfer, G.E. (Hrsg.), *Bildung beginnt mit der Geburt* (15-74). Berlin: Cornelsen

Schlag, E. (2004). *Duogramm & Co – Grammatische Minimalpaare und weitere Übungsmöglichkeiten zur Dysgrammatismustherapie*. Delft: Eigenverlag

Schrey-Dern, D. (1999). Konzeption eines interdisziplinär ausgerichteten Studiengangs Logopädie. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz – Plädoyer für eine Hochschulausbildung* (71-79). Idstein: Schulz-Kirchner

Schrey-Dern, D. (2003). Ausbildungsperspektiven vor dem Hintergrund europäischer Entwicklungen. *Forum Logopädie* 3, 26-28.

Siegmüller, J. & Kauschke, C. (2006). *Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier

Steiner, J. (2002). Theorie der Sprachtherapie und wissenschaftliches Selbstverständnis. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär* 10, 244-250

Tallal, P. (2000). Experimental studies of language learning impairments: from research to remediation. In: Bishop, D.V.M. & Leonard, L.B. (Hrsg.), *Speech and language impairments in children:*

*causes, intervention and outcome* (131-155). Hove, UK: Psychology Press

Tesak, J. (1999). Der gegenwärtige Stand der Logopädie in Deutschland. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie – dbl (Hrsg.), *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz* (11-16). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag

Wallesch, C.-W. (1999). Logopädische Diagnostik und Therapie aus wissenschaftlicher Sicht – Neurologie. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie – dbl (Hrsg.), *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz* (44-46). Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag

Zollinger, B. (1994a). *Sprachentwicklungsstörungen*. Bern: Haupt

Zollinger, B. (1994b). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt

#### Korrespondenzanschrift

Dr. Julia Siegmüller  
Wissenschaftliche Leitung  
Logopädisches Institut für Forschung  
der EWS (LIN.FOR)  
Werftstr. 5  
18057 Rostock  
www.logopaedie-ews.de

## Vorschau

## NOT