



Gesellschaftliche Teilhabe nach einer stationären Sprachheilbehandlung – Auswertung einer Elternbefragung des Sprachheilzentrums Bad Salzdetfurth*

Participation after an in-patient language therapy – Interpretation of a parental-survey, developed by an in-patient language therapy institution in Bad Salzdetfurth, Germany

Lena Pätzold, Ann-Katrin Bockmann, Anna Machmer

Zusammenfassung

Hintergrund: Ein Ziel der stationären Sprachheilbehandlung im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth ist die Ermöglichung von Teilhabe, also der Entfaltung in allen Lebensbereichen, von Kindern mit schwerwiegenden Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um die Vereinbarkeit von Sondereinrichtungen mit dem Paradigma der Inklusion wurde vom Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth die NESS-Befragung entwickelt, um die Ermöglichung von Teilhabe durch die Behandlung im Sprachheilzentrum zu prüfen und so einen empirischen Beitrag zu dieser Diskussion zu leisten.

Fragestellung: Im Rahmen der hier vorgestellten Masterarbeit wurden Hypothesen generiert und die erhobenen Daten ausgewertet. Es wurde angenommen, dass sich die formal-sprachlichen, kreativ-kognitiven und sozial-emotionalen Fähigkeiten der im Sprachheilzentrum behandelten Kinder vom Zeitpunkt der Aufnahme (t1) bis zur Entlassung (t2) signifikant verbessern und dass dieser Behandlungserfolg die Ausprägung von Teilhabe zum Zeitpunkt der NESS-Befragung (t3) vorhersagt. Außerdem erfolgte eine deskriptive Auswertung von Fragen zum Zeitraum nach der Behandlung.

Methodik: In die Auswertung gingen die Daten von 118 befragten Eltern ein, deren Kinder eine Behandlung im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth abgeschlossen hatten. Sie füllten zwischen 2012 und 2014 im Rahmen eines Interviews einen vom Sprachheilzentrum entwickelten Fragebogen (F-NESS) zur Erhebung von Teilhabe aus. Zusätzlich wurden für die Auswertung Daten eines Beobachtungsbogens (BB) hinzugezogen, mit dem die pädagogischen Fachkräfte im Rahmen der Standarddiagnostik die formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten der Kinder bei Aufnahme und Entlassung bewerteten.

Ergebnisse: Die formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen oder sozial-emotionalen Fähigkeiten verbesserten sich wie erwartet signifikant. Der Behandlungserfolg war jedoch kein signifikanter Prädiktor für die Ausprägung von Teilhabe zum Zeitpunkt der Nachbefragung.

Schlussfolgerungen: Die Interpretation und Generalisierung dieser Ergebnisse werden durch inhaltliche und methodische Schwächen der Befragung eingeschränkt, vor allem in Bezug auf die Gütekriterien der Erhebungsinstrumente und eine fehlende Kontrollgruppe. Trotz dieser Kritik liefert sie jedoch wichtige Erkenntnisse für die zukünftige Umsetzung einer Evaluation im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth und möglicherweise auch in vergleichbaren Einrichtungen.

Schlüsselwörter

stationäre Sprachtherapie, Teilhabe, Sprachheilzentrum

* Dieser Beitrag hat das Peer-Review-Verfahren durchlaufen.

Abstract

Background: One aim of the in-patient language therapy in Bad Salzdetfurth is to enable the participation (the involvement in all areas of life) of children with severe language impairments. In light of the current discussion about the compatibility of institutions with exclusive treatment and the paradigm of inclusion, the in-patient language therapy institution in Bad Salzdetfurth designed the NESS-survey whose aim was to assess the enablement of participation following therapy and to provide empirical data for this discussion.

Aims: As part of the present master's thesis, hypotheses were formulated and the collected data were analyzed. It was expected that the children's linguistic, cognitive, and socio-emotional skills would increase significantly from admission (t1) to release (t2). Secondly, it was expected that this increase would predict the amount of participation at the time of the NESS-survey (t3). Additional items regarding the period after the therapy were analyzed descriptively.

Methods: The data of 118 parents were included whose children completed language therapy in Bad Salzdetfurth. Between 2012 and 2014, the parents were interviewed with a questionnaire (F-NESS) developed by a task group to ascertain children's participation. Additionally, data from an observational questionnaire (BB) was analyzed, which contained the assessment of children's linguistic, cognitive, and socio-emotional skills by the child care workers in Bad Salzdetfurth at admission and release.

Results: As expected, children's linguistic, cognitive, and socio-emotional skills increased significantly. This increase was not a significant predictor of the amount of participation at the time of the NESS-survey.

Conclusions: The interpretation and generalization of these results is limited by content-related and methodical weaknesses of the survey, especially regarding the quality of the applied questionnaires and the lack of a control group. Despite these weaknesses, the results provide important insight for future evaluation in Bad Salzdetfurth and similar institutions.

Keywords

in-patient language therapy, participation

1 Einleitung

1.1 Stationäre Sprachheilbehandlung im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth

Für Kinder mit schwerwiegenden Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen, bei denen ambulante oder teilstationäre sprachtherapeutische Behandlungen ohne Erfolg geblieben sind oder voraussichtlich ohne Erfolg bleiben werden, gibt es in Niedersachsen die Möglichkeit einer stationären Sprachtherapie in Sprachheilzentren (Land Niedersachsen, 2002). Neben den Sprachheilzentren Wilhelmshaven und Werscherberg ist das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth eines von drei Sprachheilzentren in Niedersachsen in der Trägerschaft der Arbeiter Wohlfahrt (AWO). Es bietet 98 Plätze für eine stationäre Sprachheilbehandlung und 32 Plätze im Sprachheilkindergarten. Ebenfalls angebunden ist die Privatschule am Burgberg mit dem Förderschwerpunkt Sprache und Lernen (AWO Sprachheilzentrum und Burgbergschule Bad Salzdetfurth, 2015). Die rechtlichen Grundlagen für die Behandlung im Sprachheilzentrum sind § 53 des Sozialgesetzbuches XII (2015b) zur Eingliederungshilfe für behinderte und/oder von Behinderung bedrohter Menschen und § 26 des Sozialgesetzbuches IX (Sozialgesetzbuch, 2015a) zur Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Die Aufnahme erfolgt nach einer Begutachtung durch die Fachberatung für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderungen im landesärztlichen Dienst. Eine stationäre Sprachheilbehandlung wird in der Regel für zwölf Monate bewilligt, kann aber falls nötig verlängert werden. Die Kosten werden für ca. 18 Monate vom Sozialhilfeträger und den Trägern der Krankenversicherung übernommen (AWO Sprachheilzentrum und Burgbergschule Bad Salzdetfurth, 2015). Es werden Störungen der Sprachentwicklung, des Sprechverständnisses, der Aussprache, der Grammatik, der Wortschatzentwicklung und der Wortfindung, verbale Entwicklungsdyspraxien, kindliche Dysarthrien und Aphasien, Stottern, Poltern, Mutismus, Spaltbildungen und kindliche Stimmstörungen behandelt (AWO Bezirksverband Weser-Ems, 2016). Dabei ermöglicht das stationäre Setting eine eng vernetzte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Sprachtherapie, Pädagogik, Motopädie, Heilpädagogik und Psychologie. Die Unterbringung erfolgt in Wohngruppen von je acht Kindern, die von pädagogischem Fachpersonal betreut werden. Parallel dazu verlaufen die unterschiedlichen Therapieangebote. Kinder bis zum zehnten Lebensjahr verbringen jedes Wochenende zuhause, ältere Kinder jedes zweite Wochenende (AWO Sprachheilzentrum und Burgbergschule Bad Salzdetfurth, 2015).

Aufbauend auf dem Leitbild der AWO und dem Auftrag im Rahmen der Eingliederungshilfe laut Sozialgesetzbuch ist eines der Hauptziele der Behandlung im Sprachheilzentrum die Teil-

habe der Kinder zu verbessern (AWO Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth mit Sprachheilkindergarten und Burgbergschule, 2013). Als Grundlage dient dabei die Definition von Teilhabe der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY; Hollenweger & Kraus de Camargo, 2011), die Teilhabe als einen Aspekt der funktionalen Gesundheit einordnet. Teilhabe ist demnach dann gegeben, wenn eine Person „ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird“ (DIMDI, 2005, S. 4). Dies ist für die Behandlung im Sprachheilzentrum vor allem vor dem Hintergrund von Studienergebnissen relevant, die zeigen konnten, dass Defizite in sprachlichen Fähigkeiten auch mit Defiziten in anderen Bereichen zusammenhängen, die Teilhabe einschränken können. So wurden z. B. Zusammenhänge mit der Fähigkeit zur Perspektivübernahme (u. a. Spanoudis, 2016), exekutiven Funktionen (u. a. Gooch, Thompson, Nash, Snowling & Hulme, 2016), der Akzeptanz durch Gleichaltrige (u. a. Laws, Bates, Feuerstein, Mason-Apps & White, 2012) und Verhaltensproblemen (u. a. Maggio, Grañana, Richaudeau, Torres, Giannotti & Suburo, 2014) gefunden.

1.2 Exklusive Förderung vs. Inklusion

Aktuell werden Sondereinrichtungen wie das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth zunehmend kritisiert. Mit der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention (Bundesgesetzblatt, 2008) ist eine Forderung nach Inklusion und damit nach einem Verzicht auf Separation immer deutlicher geworden. Während einige Fachleute eine möglichst schnelle Umsetzung von Inklusion und damit eine Veränderung oder Abschaffung vorhandener separierender Strukturen fordern (z. B. Powell & Pfahl, 2008), fürchten andere einen mit dem Wandel verbundenen Verlust an Qualität und weisen auf den aktuellen Nutzen von Sondereinrichtungen hin (z. B. Thielebein, 2015). Um jedoch über den Erhalt von Sprachheilzentren auf Grundlage empirischer Erkenntnisse entscheiden zu können, ist es notwendig, unterschiedliche Behandlungsmodelle und -settings hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und in Bezug auf die Ermöglichung von Teilhabe zu evaluieren und die Ergebnisse zu vergleichen.

Vor diesem Hintergrund wurde vom Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth eine Befragung entwickelt, die zum Ziel hatte, die Teilhabe von ehemals behandelten Kindern und die nachhaltige Wirkung der Behandlung zu überprüfen. Eine Evaluation von Sprachheilzentren wurde in Deutschland nach Wissen der Autorinnen bisher noch nicht durchgeführt. Es wurden jedoch in einigen Studien bereits die Lebensverläufe von ehemaligen Schülerinnen und Schülern mit dem Förderschwerpunkt Sprache u. a. in Hinblick auf die Ermöglichung von Teilhabe untersucht (Haid & Isele, 2011, 2012; Sallat & Spreer, 2011; Thielebein, 2015). Trotz der ähnlichen inhaltlichen Fragestellungen lassen diese Studien jedoch nur eingeschränkt Aussagen über den Erfolg der Förderung oder eine Ermöglichung von Teilhabe durch die exklusive Förderung zu. Es wurden jeweils selbst entwickelte Erhebungsinstrumente verwendet, die vor allem eine deskriptive Auswertung erlaubten und den Fokus auf die schulische und berufliche Entwicklung legten. Eine Einordnung dieser Erkenntnisse anhand einer Normstichprobe oder einer Vergleichs- bzw. Kontrollgruppe war nicht möglich. Eine Integration der Ergebnisse wird zusätzlich durch die trotz der ähnlichen Fragestellung unterschiedlichen Erhebungsinstrumente erschwert. Im Vergleich zu der Stichprobe der NESS-Befragung sind die Befragten in den drei Studien zudem deutlich älter. Da diese Einschränkungen bei der Interpretation auch auf die hier ausgewertete NESS-Befragung zutreffen, wird in der Diskussion näher darauf eingegangen.

1.3 Die NESS-Befragung

Die NESS-Befragung („Nachhaltige Effekte Stationärer Sprachtherapie“) wurde von einer Arbeitsgruppe aus Mitarbeitern des Sprachheilzentrums Bad Salzdetfurth entwickelt. Dafür wurde der NESS-Fragebogen (F-NESS) konzipiert, der vier Aspekte von Teilhabe erfassen sollte: verbale Kompetenz, Schule und Lernen, soziale Integration und Sozialkompetenz. Diese Aspekte wurden anhand von sechs Skalen erhoben. Der Fragebogen wurde im Rahmen eines Hausbesuchs mit den Eltern gemeinsam ausgefüllt, deren Kinder eine Behandlung im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth abgeschlossen hatten und die mit der Teilnahme einverstanden waren. Zusätzlich wurden noch Fragen zum Zeitraum nach der Behandlung gestellt und die Eltern konnten ihre Zufriedenheit mit dem Sprachheilzentrum angeben, die Entscheidung für das Sprachheilzentrum im Nachhinein bewerten und die Zukunftsperspektive ihres Kindes einschätzen.

Um die Teilhabe nach der Behandlung mit dem Behandlungserfolg in Bezug zu setzen, wurden vorhandene Daten aus der Standarddiagnostik bei der Aufnahme und Entlassung der Kinder einbezogen. Diese umfassen die Fähigkeiten im formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Bereich, gemessen durch einen Beobachtungsbogen (BB). Aus der geschilderten Durchführung ergeben sich für die folgenden Analysen drei Messzeitpunkte, die je nach Kind variieren: Aufnahme zu Beginn der Behandlung (t_1), Entlassung nach der Behandlung (t_2) und Nachbefragung der Eltern (t_3). Eine genaue Beschreibung der Stichprobe und Erhebungsinstrumente folgt im Methodenteil.

2 Fragestellung und Zielsetzung

Der Ausgangspunkt für die Entwicklung der NESS-Befragung war die Frage, ob die Ermöglichung von Teilhabe durch eine Behandlung im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth gelingt. Die hier vorgestellte Masterarbeit hatte das Ziel, die erhobenen Daten der NESS-Befragung auszuwerten. Da vor der Durchführung durch das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth keine Hypothesen formuliert wurden, wurde dies vor der Auswertung nachgeholt:

Behandlungserfolg

H1: Die Mittelwerte der formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten verbessern sich von der Aufnahme (t_1) zur Entlassung (t_2) signifikant.

Vorhersage von Teilhabe durch den Behandlungserfolg

H2: Die Differenzen der Mittelwerte der formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten von der Aufnahme (t_1) zur Entlassung (t_2) sagen die Ausprägung vom Gesamtmittelwert von Teilhabe zum Zeitpunkt der NESS-Befragung (t_3) vorher.

Zusätzlich wurden die Fragen zum Verlauf nach der Behandlung deskriptiv ausgewertet, um weitere Informationen über die Stichprobe zu erhalten. Es wurden dabei keine konkreten Hypothesen aufgestellt. Die Ergebnisse von Sallat und Spreer (2011) und Haid und Isele (2012) zeigten, dass ehemalige Sprachheilschülerinnen und Schüler die Behandlung im Nachhinein als sehr positiv bewerteten. Deshalb wurde vermutet, dass dies auch auf die hier befragten Eltern zutrifft. In Bezug auf die Einschätzung der Zukunftsperspektive der Kinder wurde keine Hypothese aufgestellt.

3 Methode

3.1 Stichprobe

Es wurden Eltern von Kindern kontaktiert, die zwischen 2005 und 2013 aus dem Sprachheilzentrum entlassen wurden. Das genaue Vorgehen bei der Auswahl der Stichprobe wurde nicht dokumentiert und war zum Zeitpunkt der Auswertung nicht mehr nachvollziehbar. Von September 2012 bis Februar 2014 wurde mit 127 Eltern in einem Hausbesuch der F-NESS-Fragebogen ausgefüllt. Von diesen 127 Interviews mussten neun Fälle aufgrund von fehlenden Werten oder nicht auffindbaren Fragebögen von der Auswertung ausgeschlossen werden. Als endgültige Stichprobe gingen 118 Fälle in die Auswertung ein. Davon waren 65 % Jungen und 35 % Mädchen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme (t_1) waren die Kinder durchschnittlich 7.9 Jahre alt ($SD = 1.98$, $Min. = 5.1$, $Max. = 15.9$), bei der Entlassung (t_2) durchschnittlich 9.4 Jahre alt ($SD = 1.95$, $Min. = 6.5$, $Max. = 16.9$) und zum Zeitpunkt der NESS-Befragung (t_3) durchschnittlich 12.9 Jahre alt ($SD = 2.7$, $Min. = 8.5$, $Max. = 23.1$). Die Dauer der Behandlung betrug durchschnittlich 17.8 Monate ($SD = 5.1$, $Min. = 5.9$, $Max. = 28.9$). Der Zeitraum zwischen der Entlassung (t_2) und der NESS-Befragung (t_3) lag bei durchschnittlich 3.6 Jahren ($SD = 1.9$, $Min. = 0.3$, $Max. = 7.6$).

3.2 Erhebungsinstrumente

Teilhabe: Die gesellschaftliche Teilhabe der Kinder nach der Therapie wurde über den Fragebogen zu nachhaltigen Effekten stationärer Sprachtherapie (F-NESS) erfasst. Der F-NESS besteht aus 6 Skalen, die Items mit fünfstufigem Antwortformat enthalten (1: nie, 2: selten, 3: manchmal, 4: oft, 5: immer). Hohe Werte sollen eine hohe Ausprägung von Teilhabe in diesem Bereich darstellen. Die zusätzliche Antwortkategorie (0: nicht anwendbar) wurde im Rahmen der Auswertung als fehlender Wert angesehen.

Der Teilbereich verbale Kompetenz umfasst die drei Skalen expressive verbale Kompetenz (8 Items, z. B. „Spricht Ihr Kind in vollständigen Sätzen?“), rezepptive verbale Kompetenz (6 Items, z. B. „Versteht Ihr Kind einfache Aufträge?“) und pragmatische verbale Kompetenz (9 Items, z. B. „Lässt Ihr Kind Sie aussprechen?“). Der Teilbereich Schule und Lernen umfasst eine Skala mit zehn Items (z. B. „Fällt es Ihrem Kind leicht, Neues zu lernen?“), der Teilbereich soziale Integration eine Skala mit 13 Items (z. B. „Glauben Sie, dass sich Ihr Kind in seiner Schulklasse wohlfühlt?“) und der Teilbereich Sozialkompetenz eine Skala mit 13 Items (z. B. „Kann Ihr Kind Andere um Hilfe bitten?“). Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skalen ist akzeptabel bis exzellent ($0.96 > \alpha > 0.7$). Für die folgenden Analysen wurde Teilhabe als Gesamtmittelwert aller sechs Skalen operationalisiert.

Außerdem enthält der F-NESS Fragen zum Verlauf nach der Behandlung mit überwiegend offenem Antwortformat. Die Zufriedenheit mit der Behandlung im Sprachheilzentrum, die Bewertung der Entscheidung für das Sprachheilzentrum und die Bewertung der Zukunftsperspektive des Kindes wurde mit je einem Item anhand einer fünfstufigen Skala erfasst, wobei hohe Werte eine hohe Zufriedenheit bzw. eine positive Einschätzung darstellen.

Behandlungserfolg: Um den Behandlungserfolg zu operationalisieren, wurde ein vom Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth selbst entwickelter Beobachtungsbogen (BB) hinzugezogen. Dieser gehört seit 2002 zur Standarddiagnostik im Verlauf der Behandlung und wird vom pädagogischen Fachpersonal ausgefüllt. Er umfasst drei Skalen: formal-sprachliche Fähigkeiten (12 Items, z. B. „Artikulierte einfache Wörter korrekt.“), kognitiv-kreative Fähigkeiten (13 Items, z. B. „Findet sich in neuer Umgebung schnell zurecht.“) und sozial-emotionale Fähigkeiten (15 Items, z. B. „Äußert Bedürfnisse und Gefühle.“). Auf einer fünfstufigen Skala schätzt das Fachpersonal für jedes Item die Häufigkeit ein, mit der das Kind das umschriebene Verhalten zeigt (0: sehr selten, 1: selten, 2: manchmal, 3: oft/fast täglich, 4: sehr oft, 5: fast immer). Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der drei Skalen war zu beiden Messzeitpunkten exzellent ($0.95 > \alpha > 0.91$). Für die folgenden Analysen wurden für die Messzeitpunkte der Aufnahme (t_1) und Entlassung (t_2) für jedes Kind jeweils die Mittelwerte der drei Skalen berechnet, wobei hohe Werte eine hohe Ausprägung der jeweiligen Fähigkeit darstellen sollen.

4 Ergebnisse

4.1 Behandlungserfolg

Um die Veränderung der formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten zwischen der Aufnahme (t_1) und der Entlassung (t_2) als Indikator für den Behandlungserfolg zu prüfen, wurden für alle drei Skalen Mittelwertvergleiche zwischen den zwei Messzeitpunkten gerechnet. Die deskriptiven Statistiken sind in Tab. 1 dargestellt.

Tab. 1: Deskriptive Statistik der Skalen des BB zu t_1 und t_2

Spalte 1	M	SD	Min.	Max.	N
t1: formal-sprachlich (F)	2,13	0,70	0,00	3,83	118
t2: formal-sprachlich (F)	3,11	0,71	1,42	4,92	118
t1: kognitiv-kreativ (K)	2,21	0,77	0,31	4,15	118
t2: kognitiv-kreativ (K)	3,16	0,74	1,00	4,85	118
t1: sozial-emotional (S)	2,29	0,72	0,13	3,80	118
t2: sozial-emotional (S)	3,24	0,74	1,53	5,00	118

Der Skalenmittelwert der sozial-emotionalen Fähigkeiten zu t_2 war laut Kolmogorov-Smirnov-Test nicht normalverteilt ($p < .05$), deshalb wurde für den Vergleich der Ausprägungen auf dieser Skala zu t_1 und t_2 der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben gerechnet, für die beiden anderen Skalen t-Tests für abhängige Stichproben. Die Mittelwerte aller drei Skalen unterschieden sich signifikant von t_1 zu t_2 (F: $t(117) = -15.52, p < .001$; K: $t(117) = -13.95, p < .001$; S: $z = -9.13, p < .001$). Anhand der Ausprägung der Mittelwerte kann dieser signifikante Unterschied von t_1 zu t_2 als Verbesserung der Fähigkeiten gesehen werden. Es handelt sich hierbei nach Cohen (1988) um große Effekte (F: $d_{\text{Cohen}} = 1.39$; K: $d_{\text{Cohen}} = 1.26$; S: $d_{\text{Cohen}} = 1.30$).

Um den Behandlungserfolg für die weiteren Berechnungen zu operationalisieren, wurde für die Skalen formal-sprachliche, kognitiv-kreative und sozial-emotionale Fähigkeiten je ein Differenzwert aus den Skalenmittelwerten gebildet ($Diff. = M_{t_1} - M_{t_2}$). Ein positiver Wert drückt eine Verschlechterung aus ($M_{t_1} > M_{t_2}$), ein negativer Wert eine Verbesserung ($M_{t_1} < M_{t_2}$).

4.2 Vorhersage von Teilhabe durch den Behandlungserfolg

Die deskriptive Statistik der Skalen des F-NESS und des Gesamtwertes von Teilhabe sind in Tab. 2 dargestellt. Für die Skala Schule und Lernen konnte in 16 Fällen kein Mittelwert gebildet werden, weil in diesen Fällen mehr als 25 % der Werte dieser Skala fehlten.

Tab. 2: Deskriptive Statistik der Skalen des F-NESS zu t_3

Spalte 1	M	SD	Min.	Max.	N
Teilhabe gesamt	3,98	0,51	1,67	4,83	118
verbale Kompetenz	4,12	0,52	2,74	4,96	118
Schule und Lernen	3,67	0,74	1,70	4,90	102
soziale Integration	3,92	0,59	2,00	5,00	118
Sozialkompetenz	4,01	0,67	2,15	5,00	118

Zur Überprüfung, ob die Teilhabe zu t_3 durch den Behandlungserfolg vorhergesagt werden kann, wurde eine multiple Regression mit dem Gesamtmittelwert von Teilhabe als Kriterium berechnet. Die drei berechneten Differenzwerte der formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten wurden dabei als Prädiktoren aufgenommen. Um auszuschließen, dass die Anfangswerte dieser Fähigkeiten einen Einfluss auf die Vorhersage haben, wurden diese als Kontrollvariablen mit in das Modell aufgenommen. Als Methode wurde die hierarchische multiple Regression gewählt. In einem ersten Block wurden die Kontrollvariablen eingeschlossen, in einem zweiten Block die drei Differenzwerte. Es wurde angenommen, dass die Differenzwerte auch unter der Kontrolle der Ausgangswerte einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung (R^2) leisten.

Die Berechnung der multiplen hierarchischen Regression zeigte, dass weder das Modell 1 (Ausgangswerte der Fähigkeiten zu t_1), noch das Modell 2 (Ausgangswerte und Differenzwerte der drei Fähigkeiten) die Teilhabe zu t_2 signifikant vorherzusagen konnten ($M_1: F(3,114) = 0.45, p = .72, R^2 = 0.012$; $M_2: F(6,111) = 1.41, p = .22, R^2 = 0.27$).

4.3 Auswertung der Fragen zum Zeitraum nach der Behandlung

Von den 118 Kindern, deren Daten in die Auswertung eingegangen sind, nahm etwa die Hälfte (51 %) nach der Entlassung logopädische Therapie in Anspruch. Diese dauerte durchschnittlich 25.4 Monate ($Min. = 2, Max. = 84, SD = 19.81$). Etwa ein Drittel (30 %) erhielt nach der Entlassung eine andere Form von Therapie. 18 Kinder erhielten Ergotherapie, fünf Kinder Krankengymnastik, fünf Kinder Psychotherapie und vier Kinder Lerntherapie. Bei 14 Kindern wurde eine Lese-Rechtschreibstörung diagnostiziert, bei einem Kind eine Dyskalkulie. Bei 14 weiteren Kindern wurde die Überprüfung einer Lese-Rechtschreibstörung beantragt.

Zum Zeitpunkt der NESS-Befragung besuchten etwa die Hälfte (53 %) der Kinder eine Regelschule, davon 17 % die Grundschule, 19 % die Hauptschule und je 9 % die Realschule und Gesamtschule. Drei Kinder hatten bereits einen Schulabschluss und in einem Fall wurde ein Studium aufgenommen. Insgesamt 43 % der Kinder besuchten eine Förderschule, davon 25 mit Förderschwerpunkt Lernen, 14 mit Schwerpunkt Sprache, fünf mit Schwerpunkt geistige Entwicklung und je zwei mit Schwerpunkt motorische und emotionale Entwicklung. Im Durchschnitt besuchten die Kinder, die zum Zeitpunkt noch zur Schule gingen, die fünfte Klasse ($Min. = 2, Max. = 10, SD = 2.12$) und etwas weniger als die Hälfte (42 %) aller Kinder haben in ihrer Schullaufbahn eine Klasse wiederholt.

Im Durchschnitt berichteten die Eltern von zwei guten ($Min. = 0, Max. = 10, SD = 1.46$) und einem schlechten Schulfach ($Min. = 0, Max. = 3, SD = 0.73$). Bei guten Fächern wurden besonders häufig Mathe (63 Angaben) und Sport (32 Angaben) genannt. Sprachen wurden insgesamt 23 Mal als gutes Fach angegeben: vierzehnmal Deutsch und neunmal Englisch. Außerdem wurden Musik (10 Angaben), Kunst (16 Angaben) und Sachkunde (10 Angaben) genannt. Bei schlechten Fächern wurden besonders oft Deutsch (62 Angaben), Englisch (35 Angaben) und Mathe (28 Angaben) angegeben.

Ein Viertel (25 %) der Eltern gaben an, es sei nach der Entlassung zu Problemen gekommen. Die offenen Antworten wurden für die Auswertung Kategorien zugeordnet. Je viermal wurden die Bereiche Erziehung, Eingewöhnung, soziale Beziehungen oder Schule genannt. Es wurden zum Beispiel schulische Rückstände beim Übergang in die neue Schule, Kontaktschwierigkeiten zu Gleichaltrigen und mangelnde Akzeptanz durch Kinder in der Klasse, Schwierigkeiten bei der Eingewöhnung zu Hause und die Umstellung auf andere Regeln genannt. Zwei Eltern berichteten auch von sprachlichen Problemen und in einem Fall wurden Konflikte mit Geschwistern genannt.

Etwas mehr als die Hälfte (57 %) der Kinder besuchten einen Verein. Davon wurde bei 46 Kindern ein Sportverein angegeben, vor allem Fußball (14 Angaben) und Schwimmen/DLRG (9 Angaben). Außerdem waren 24 Kinder Mitglied der freiwilligen Feuerwehr. Etwa zwei Drittel (66 %) gaben an, ihr Kind habe einen besten Freund oder eine Freundin, 17 % gaben mehr als eine/n an.

4.4 Bewertung der Behandlung und Einschätzung der Zukunftsperspektive

Zum Abschluss des Interviews konnten die Eltern anhand einer fünfstufigen Skala die Zufriedenheit mit der Behandlung, die retrospektive Beurteilung der Entscheidung für das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth und die Einschätzung der Zukunftsperspektive ihres Kindes angeben. Hohe Werte stehen dabei für eine hohe Zufriedenheit bzw. eine positive Bewertung. Im Durchschnitt schätzten die Eltern sowohl die Behandlung ($M = 4.71$, $Min. = 2$, $Max. = 5$, $SD = 0.62$) als auch ihre Entscheidung für das Sprachheilzentrum ($M = 4.77$, $Min. = 1$, $Max. = 5$, $SD = 0.62$) als sehr positiv ein. Auch die Zukunftsperspektive ihres Kindes sahen sie positiv ($M = 3.53$, $Min. = 1$, $Max. = 5$, $SD = 0.98$). Verbesserungsvorschläge machten 33 Eltern. Die offenen Antworten wurden für die Auswertung Kategorien zugeordnet. Am häufigsten wünschten sich die Eltern mehr Informationen, sowohl vor der Behandlung als auch über den Verlauf (11 Angaben). Weiterhin wurde mehr Kontakt nach der Entlassung gewünscht, zum Beispiel durch Beratung zur Eingewöhnung zu Hause oder durch Einladung zum regelmäßig stattfindenden Sommerfest (4 Angaben). In Bezug auf die Schule gaben sechs Eltern Verbesserungswünsche an. Dazu gehörten Hinweise auf schulische Rückstände, der Wunsch nach mehr Informationen aus der Schule und Kritik an bestimmten Lehrkräften. Sechsmal wurden organisatorische Aspekte der Behandlung kritisiert, unter anderem das Essen, die Räumlichkeiten und die zu geringe Ausstattung mit Telefonen. In zwei Fällen wurde eine längere Behandlungsdauer gewünscht.

5 Diskussion

Das Ziel bei der Entwicklung der NESS-Befragung durch das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth war die Überprüfung des Behandlungsziels, Teilhabe bei Kindern mit schwerwiegenden Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen nach der Entlassung zu ermöglichen. Da bei der Entwicklung keine konkreten Hypothesen aufgestellt wurden, musste dies im Rahmen der vorliegenden Arbeit und im Vorfeld der Auswertung nachgeholt werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst und mögliche Erklärungen und Limitationen diskutiert.

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Behandlungserfolg wurde untersucht, indem die Daten aus der Standarddiagnostik zu formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten bei der Aufnahme (t_1) und Entlassung (t_2) hinzugezogen wurden. Es konnte gezeigt werden, dass sich wie erwartet alle drei Fähigkeitsbereiche im Verlauf der Behandlung signifikant verbesserten. Die Aussagekraft dieser Ergebnisse wird jedoch durch einige Faktoren eingeschränkt, vor allem durch die Gütekriterien des Erhebungsinstrumentes, auf die später näher eingegangen wird. Es ist z. B. nicht klar, ob der Beobachtungsbogen valide ist und tatsächlich die drei Fähigkeitsbereiche erfasst.

Weiterhin wurde angenommen, dass der Behandlungserfolg zum Zeitpunkt der Entlassung die Ausprägung von Teilhabe zum Zeitpunkt der Nachbefragung vorhersagt. Die Vorhersage vom Gesamtmittelwert von Teilhabe durch die drei Differenzmaße der formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten unter der Kontrolle der Anfangswerte dieser Fähigkeiten zeigte kein signifikantes Ergebnis. Die in die multiple hierarchische Regression aufgenommenen Variablen konnten keinen signifikanten Beitrag zur Vorhersage von Teilhabe leisten und die vorher aufgestellte Hypothese über einen linearen multiplen Zusammenhang wurde nicht bestätigt. Eine Erklärung für das Fehlen dieses Zusammenhangs könnte die geringe Varianz in Bezug auf die Teilhabe sein. Im Durchschnitt gaben die Eltern hohe Ausprägungen von Teil-

habe in allen erfassten Bereichen an. Aufgrund der unklaren Gütekriterien des Erhebungsinstrumentes ist jedoch nicht eindeutig, ob diese Ergebnisse auch die Realität widerspiegeln oder ob es sich z. B. um einen Deckeneffekt handelt.

In Bezug auf den Zeitraum nach der Entlassung zeigte sich, dass relativ viele Kinder logopädische Therapie in Anspruch nahmen. Etwa die Hälfte der Kinder wechselten im Anschluss an die Behandlung in eine Regelschule. Dies entspricht in etwa den Ergebnissen von Isele und Stieger (2010) in Bezug auf die stationär untergebrachten Sprachheilschüler, nicht aber den Ergebnissen von Thielebein (2015), bei deren Befragung der Großteil in eine Regelschule wechselte. Eine Klassenwiederholung war bei etwas weniger als der Hälfte der Kinder nötig, was die Ergebnisse von Thielebein (2015) deutlich übersteigt. Bei der Nennung von guten und schlechten Schulfächern zeigte sich, dass Deutsch und Englisch für viele Kinder nach der Entlassung noch eine Herausforderung darstellten und bei guten Fächern vor allem solche angegeben wurden, die nicht so sehr auf Sprache aufbauen. In einigen Fällen wurden Deutsch und Englisch jedoch sogar als Stärken genannt. Bei einem Viertel der Kinder wurden Probleme während der Zeit nach der Behandlung angegeben. Diese bezogen sich unter anderem auf die Erziehung, Kontaktschwierigkeiten zu Gleichaltrigen, Schwierigkeiten bei der Eingewöhnung und den Übergang in die neue Schule. Hinweise auf die soziale Integration geben die Angaben zu Vereinen und Freundschaften. Etwas mehr als die Hälfte der Kinder besuchte einen Verein und der Großteil hatte mindestens einen besten Freund bzw. eine beste Freundin. Schwierigkeiten gibt es jedoch bei der Bewertung und Generalisierung dieser Ergebnisse. Ohne einen Vergleich mit Kindern ohne schwerwiegende Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen oder einen anderen Behandlungskontext haben diese Ergebnisse wenig Aussagekraft über Sprachheilzentren im Allgemeinen oder das Gelingen von Teilhabe speziell für diese Stichprobe. Möglich ist daher nur eine deskriptive Analyse. Die Interpretation und Generalisierbarkeit wird im nächsten Abschnitt diskutiert.

Die Bewertung der Behandlung und der Entscheidung für das Sprachheilzentrum fiel wie erwartet und den Ergebnissen von Sallat und Spreer (2011) und Haid und Isele (2011, 2012) entsprechend sehr positiv aus. Auch die Zukunftsperspektive der Kinder wurde als positiv bewertet. Verbesserungsvorschläge wurden vereinzelt gemacht und bezogen sich unter anderem auf die Weitergabe von Informationen an die Eltern, die Schule und die organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen des Sprachheilzentrums.

5.2 Limitationen

Ein Hauptproblem der NESS-Befragung liegt in der inhaltlichen und methodischen Entwicklung der Befragung. Ziel war es, möglichst generalisierbare Aussagen über die Ermöglichung von Teilhabe durch eine stationäre Sprachheilbehandlung zu treffen, um gegebenenfalls eine Entscheidung über den Erhalt von Sprachheilzentren vor dem Hintergrund von Inklusion durch empirische Daten zu unterstützen. Dieses Ziel konnte durch die eingesetzten Methoden jedoch nicht erreicht werden. Dies soll nun näher erläutert werden.

Eine wichtige Voraussetzung für die Interpretation und Generalisierbarkeit von Ergebnissen sind die Testgütekriterien der eingesetzten Erhebungsinstrumente, die im Folgenden nach Moosbrugger und Kelava (2007) dargestellt werden sollen. Die Reliabilität des F-NESS und BB wurde im Rahmen der Auswertung anhand der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) bestimmt und ist zufriedenstellend. Anhand dieses Kriteriums ist es aber nicht möglich zu beurteilen, ob es sich bei den erhobenen Konstrukten tatsächlich um eine einzige Dimension handelt oder ob die Items Aspekte mehrerer Konstrukte erfassen. Bezogen auf die Validität wäre die Untersuchung der inhaltlichen Validität im Vorfeld der Durchführung wünschenswert gewesen, indem z. B. die Übereinstimmung des F-NESS mit der Definition und Kategorisierung von Teilhabe laut ICF-CY geprüft wird. Die Validität des Beobachtungsbogens wurde ebenfalls nicht ausreichend untersucht. Es ist zum Beispiel nicht klar, ob die Messung der drei Fähigkeitsbereiche mit etablierten und standardisierten Instrumenten übereinstimmen würde. Ein weiteres Gütekriterium ist die Normierung, die es erlaubt, gewonnene Ergebnisse in ein Bezugssystem einzuordnen. Eine Vergleichsstichprobe für den F-NESS wurde jedoch nicht erhoben und liegt auch nicht für den Beobachtungsbogen vor. Selbst wenn nur eine Bewertung von Teilhabe in Bezug auf diese spezielle Stichprobe innerhalb des vorliegenden Kontexts das Ziel der Erhebung gewesen wäre, hätten im Vorfeld zumindest Kriterien definiert werden müssen, um trotz einer mangelnden Vergleichsgruppe eine Einordnung der Ergebnisse vornehmen zu können (Hager, Patry & Brezing, 2000). Neben den eingesetzten Erhebungsinstrumenten ist ebenfalls das Design der Befragung für die Interpretation und Generalisierbarkeit der Ergebnisse von Bedeutung. Um eine Wirkung zu er-

fassen, die eindeutig auf die Behandlung im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth zurückzuführen ist (Nettowirkung), wäre es nach Hager, Patry und Brezing (2000) nötig gewesen, eine Vergleichsgruppe mit einer ähnlichen Behandlung zu untersuchen und die Ergebnisse zu vergleichen, um mögliche Störvariablen zu kontrollieren. Alternativ wäre eine Kontrollgruppe wünschenswert gewesen, um zumindest teilweise Störvariablen zu berücksichtigen (Bruttowirkung im engeren Sinne). Durch die hier erfolgte Erhebung können jedoch nur Wirkungen erfasst werden, die zum Beispiel auch auf externen Faktoren wie Reifungsprozessen basieren könnten (Bruttowirkung im weiteren Sinne).

Zusätzlich ist nicht klar, wie die Auswahl der befragten Eltern erfolgte. Wünschenswert wäre eine randomisierte Kontaktaufnahme zu den Eltern gewesen, ohne bestimmte Kriterien, die die Ergebnisse verzerren könnten. Doch selbst bei einer randomisierten Auswahl wäre es nicht auszuschließen, dass vor allem die Eltern sich zu einer Teilnahme bereit erklären, bei deren Kindern die Behandlung besonders erfolgreich und problemlos verlief. Dies würde bedeuten, dass die vorliegende Stichprobe nicht repräsentativ und die Ergebnisse nicht auf andere Eltern übertragbar wären.

5.3 Implikationen und Ausblick

Zusammengefasst wurde durch das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth ein hoher zeitlicher und personeller Aufwand investiert, um die Ermöglichung von Teilhabe nach der Behandlung zu untersuchen. Dabei ist es gelungen, eine relativ große Stichprobe zu erheben und ein Instrument zu entwickeln, das gute Reliabilitäten aufweist. Durch die gewonnenen Daten war es möglich, einige Informationen über die befragte Stichprobe und die Zeit nach der Entlassung aus dem Sprachheilzentrum zu gewinnen.

In Bezug auf die Fragestellung konnten Hinweise gefunden werden, dass sich die formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Fähigkeiten der Kinder im Verlauf der Behandlung signifikant verbesserten. Diese Ergebnisse sollten jedoch unbedingt mithilfe von standardisierten Instrumenten repliziert werden, bevor mögliche Implikationen thematisiert werden. Ebenfalls scheint es so, als wäre der Behandlungserfolg zum Zeitpunkt der Entlassung kein signifikanter Prädiktor von Teilhabe zum Zeitpunkt der Nachbefragung. Es wurde jedoch auch deutlich, dass die notwendigen Kriterien für eine valide Interpretation und Generalisierung der Erkenntnisse nicht erfüllt sind. Das hauptsächliche Ziel, aus den erhobenen Daten eine Bewertung der Ermöglichung von Teilhabe und eine Generalisierung auf Sprachheilzentren allgemein abzuleiten, ist demnach nicht gelungen.

Trotz dieser Einschränkungen liefern die gewonnenen Erkenntnisse eine wichtige Grundlage für eine zukünftige Evaluation des Sprachheilzentrums. So ist geplant, die Evaluation mit engerer wissenschaftlicher Begleitung und dem Einsatz von etablierten Erhebungsinstrumenten weiterzuentwickeln und so aussagekräftigere Ergebnisse zu gewinnen.

Literatur

- AWO Bezirksverband Weser-Ems (2016). *Homepage des Sprachheilzentrums Bad Salzdetfurth*. Abgerufen von <https://www.sprachheilzentrum-bad-salzdetturth.de/Behandlung-Therapie.php> [22.07.2016].
- AWO Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth mit Sprachheilkindergarten und Burgbergschule (2013). *Leitbild*. Abgerufen von <https://www.sprachheilzentrum-bad-salzdetturth.de/Behandlung-Therapie.php> [22.07.2016].
- AWO Sprachheilzentrum und Burgbergschule Bad Salzdetfurth (2015). *Konzeption der stationären Sprachheilbehandlung*. Abgerufen von <https://www.sprachheilzentrum-bad-salzdetturth.de/Behandlung-Therapie.php> [22.07.2016].
- Bundesgesetzblatt (2008). *Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Abgerufen von <http://www.un.org/depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf> [19.08.2016].
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, N.J.: Erlbaum Associates.
- DIMDI (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: DIMDI.
- Gooch, D., Thompson, P., Nash, H. M., Snowling, M. J. & Hulme, C. (2016). The development of executive function and language skills in the early school years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 2, 180-187.

- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.) (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien: Ein Handbuch*. Bern: Hans Huber.
- Haid, A. & Isele, E. (2011). *Sprachheilschule St. Gallen: Externe Evaluation – Lebenslage, Lebenszufriedenheit und beruflicher Erfolg ehemaliger Schülerinnen und Schüler der Sprachheilschule St. Gallen*. Abgerufen von <http://www.shlr.ch/media/forschung/Abschlussbericht%20SHS%20Teil2%20-%20Homepage.pdf> [31.08.2016].
- Haid, A. & Isele, E. (2012). Lebenslage, Lebenszufriedenheit und beruflicher Erfolg ehemaliger Schülerinnen und Schüler der Sprachheilschule St. Gallen. *SAL-Bulletin Nr. 145*, 17-20.
- Hollenweger, J. & Kraus de Camargo, O. (2011). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Isele, E. & Stieger, S. (2010). *Sprachheilschule St. Gallen: Externe Evaluation – Förderung und Betreuung von Kindern an einer Sprachheilschule* (Aktenanalyse 1993-2000). Abgerufen von http://www.shlr.ch/media/forschung/Bericht_Evaluation_Sprachheilschule_6_formatiert.pdf [31.08.2016].
- Land Niedersachsen (2002). *Niedersächsischer Landesrahmenvertrag nach § 93 d. Abs. 2 BSHG*. Abgerufen von www.soziales.niedersachsen.de/download/77222 [25.07.16].
- Laws, G., Bates, G., Feuerstein, M., Mason-Apps, E. & White, C. (2012). Peer acceptance of children with language and communication impairments in a mainstream primary school: Associations with type of language difficulty, problem behaviours and a change in placement organization. *Child Language Teaching and Therapy*, 28, 1, 73-86.
- Maggio, V., Grañana, N., Richaudeau, A., Torres, S., Giannotti, A. & Suburo, A. (2014). Behavior problems in children with specific language impairment. *Journal of Child Neurology*, 29, 2, 194-202.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Powell, J. & Pfahl, L. (2008). Sonderschule behindert Chancengleichheit. *WZBrief Bildung*, 4. Abgerufen von <https://www.econstor.eu/handle/10419/60027> [29.08.2016].
- Sallat, S. & Spreer, M. (2011). Exklusive Förderung ermöglicht Teilhabe – Bildungs- und Berufsbiographien ehemaliger Schüler der Sprachheilschulen. *Sprachheilarbeit*, 2, 78-86.
- Sozialgesetzbuch IX (2015a). *Neuntes Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. Abgerufen von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html> [25.07.2016].
- Sozialgesetzbuch XII (2015b). *Zwölftes Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe*. Abgerufen von <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/1.html> [25.07.2016].
- Spanoudis, G. (2016). Theory of mind and specific language impairment in school-age children. *Journal of Communication Disorders*, 61, 83-96.
- Thielebein, A. S. (2015). *Bildungsverläufe von sprachbehinderten Schülerinnen und Schülern – Exemplarisch dargestellt an der ehemaligen Schülerschaft der „Sprachheilschule Halle“*. Unveröffentlichte Dissertation, Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg.

Zu den Autorinnen

Lena Pätzold (M.Sc.) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Hildesheim und arbeitet im Kea-Projekt („Kinder entwickeln alltagsintegriert Sprache“), das Kitas in Stadt und Landkreis Hildesheim bei der Sprachbildung und –förderung unterstützt.

Dr. Ann-Katrin Bockmann ist Logopädin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Mitarbeiterin des psychologischen Instituts der Universität Hildesheim und Leiterin des Kea-Projektes und der Institutsambulanz „Kind im Mittelpunkt“.

Anna Machmer (M.Sc.) ist Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kea-Projekt und Mitarbeiterin der Institutsambulanz „Kind im Mittelpunkt“. Außerdem ist sie freie Mitarbeiterin am Zentrum für Entwicklung und Lernen ZEL in Heidelberg zur Durchführung des Heidelberger Interaktionstrainings (HIT) für pädagogisches Fachpersonal.

Korrespondenzadresse

Lena Pätzold
 Universität Hildesheim
 Institut für Psychologie
 Universitätsplatz 1
 31141 Hildesheim
 E-Mail: paetzold@uni-hildesheim.de