



Einführung in die Thematik Frühförderung mit dem Schwerpunkt auditiv-verbale Therapie unter der Betrachtung der Wirksamkeit auditiv-verbaler Therapie bei Kindern mit Hörschädigungen*

Introduction of early intervention with focus on audio verbal therapy and with regard to the effectiveness of audio-verbal therapy of children with hearing loss

Bianka Wachtlin

Zusammenfassung

Kindliche Hörschädigungen treten bei einem bis zu zehn von 1000 Kindern auf und sind mit einer Beeinträchtigung des Hörvermögens verbunden. Bereits nach Diagnosestellung der jeweiligen Erscheinungsform kann bereits ab dem Alter von drei Monaten eine Versorgung durch Hörgeräte stattfinden. Liegt der Hörverlust bei 80dB und mehr, ist eine Cochlea Implantation nicht ausgeschlossen. Im Anschluss an die Versorgung erfolgt in der Regel eine auditiv-verbale Therapie, nach Anpassung des Sprachprozessors stationär, im Anschluss dann ambulant durch die Frühförderung. Woher wissen wir aber, dass diese Art der Therapie wirkt? Die bislang vorhandenen Studien sind dem Evidenzlevel der Stufe II und III zugeordnet (Rhoades, 2006, Dornan et al., 2010). Es handelt sich dabei entweder um quasiexperimentelle Studien oder nicht experimentelle Vergleichsstudien. Bislang gibt es keine randomisierten Studien auf diesem Gebiet.

Im Überblicksartikel folgt ein kurzer prägnanter Diskurs in die Historie der Lautspracherziehung, bevor überleitend auf die jetzige Lage der Frühförderung im Rahmen einer auditiv-verbale Therapie eingegangen wird. Im Anschluss daran erfolgt die Vorstellung der auditiv-verbale Therapie, die einen Einblick in die Prinzipien, Techniken und Hilfestrategien geben soll. Nachfolgend wird die Evidenzlage der auditiv-verbale Therapie von Kindern mit Hörschädigungen kritisch beleuchtet.

Schlüsselwörter

Hörschädigung, Kinder, auditiv-verbale Therapie, evidenz-basiert

Abstract

Hearing impairment occurs in one to 10 out of 1000 children. From the age of three months onwards, a patient is eligible for being supplied with a hearing aid. In case the hearing loss is 80dB or more, Cochlear implantation might be an option. Subsequent to such an implantation, an auditory-verbal therapy usually takes place – either in an outpatient setting by early support or in an inpatient setting by speech therapists. But how do we know that this type of therapy is efficient? Existing studies (Rhoades, 2006, Dornan et al., 2010) can be attributed to evidence levels II to III. These are quasi-experimental or non-experimental „Vergleichsstudien“. By now there are no randomised trials focussing on auditory-verbal interventions. This review describes the current situation of the history of early intervention and of ear-

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

ly support in the scope of auditory-verbal therapy. Besides, the audio-verbal therapy will be described in details and evidence will be discussed with regards to support and therapy of children suffering from hearing impairment.

Keywords

Hearing Disorders, Children, auditory-verbal therapy, evidence-based

1 Einleitung

Bereits im 16. und 18. Jahrhundert gab es die ersten Ansätze der Lautspracherziehung. Durch die Fortschritte der Technik verbesserten sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend die Chancen auf den Lautspracherwerb für Kinder mit Hörschädigungen. Es entwickelten sich Förderansätze, die noch vorhandenen Hörreste nun verstärkt durch Hörgeräte konsequent für den Lautspracherwerb zu nutzen. Van Uden entwickelte im 20. Jahrhundert die „muttersprachlich reflektierende Lautsprachmethode“ und stellte erstmals das natürliche Gespräch zwischen dem Kind mit Hörschädigung und seinen Eltern bzw. der Förderperson in den Mittelpunkt. So betont er, dass das Lallen des Kindes aufgegriffen und gefördert werden soll. Dabei nehmen Eltern eine Doppelrolle ein, die van Uden „Fangmethode“ nennt. Dabei nutzt er den Einbezug aller Sinne (multisensorisch). So gilt sein Ansatz als wesentlicher Wegbereiter der natürlich hörgerichtet interaktionistischen Frühförderung (auditory-oral). Van Udens Methode hatte zum Ziel, das ursprünglich verbreitete Erarbeiten der Lautsprache am Spiegel ausgehend von der Anbahnung der Einzellaute abzulösen (van Uden, 1982).

Dieses Vorgehen war durch Frau Schmid-Giovannini bekannt geworden. Sie entwickelte den „ganzheitlichen Lautsprachansatz“ weiter und stellte zunehmend die unisensorische – also auf das Hören konzentrierte Förderung unter Ausschluss der anderen Sinne – in den Vordergrund. Sie gilt mit Doreen Pollack zusammen als wesentliche Wegbereiterin des hörgerichtet unisensorischen (auditiv-verbale) Ansatzes (Leonhardt, 2012). Mit der Weiterentwicklung der Technik im Bereich der Hörgeräte und Cochlea Implantate wuchs der Trend zur hörgerichteten lautsprachlichen Methode. Gegen Ende der 1970er Jahre miniaturisierten sich die Hörgeräte zunehmend. In den 1990er Jahren etablierte sich das Cochlea Implantat immer mehr auch bei Kindern. Somit konnte die geschädigte Funktion des Innenohres durch die neue elektronische Prothese technisch ersetzt werden. Dies verbesserte erneut die Chancen eines hörgerichteten Spracherwerbs für Kinder mit Hörschädigung.

Das seit dem 01.01.2009 in Deutschland eingeführte flächendeckende Neugeborenen-Hörscreening (NHS) hat wiederum sichtbare Veränderungen in der Frühintervention bei Kindern mit Hörschädigungen aller Schweregrade mit sich gebracht. Anhand der frühzeitigen Diagnose der Hörschädigung und zeitnahen Versorgung durch Hörgeräte und Cochlea Implantate, kann nun der Beginn der Hörerziehung schon mit dem 3. oder 4. Lebensmonat beginnen und kontinuierlich und langfristig durch qualifiziertes Fachpersonal (Hörgeschädigten- und/oder Sprachheilpädagogen, Therapeuten) erfolgen (Leonhardt, 2012).

Seit den 1960er Jahren gibt es in Deutschland Frühförderstellen. Dabei gilt die Frühförderung allgemein der Vorsorge und kann von Eltern in Anspruch genommen werden, wenn diese sich über den körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklungszustand ihres Kindes Sorgen machen oder aber wenn Entwicklungsbeeinträchtigungen (wie z. B. eine Hörschädigung) vorliegen. Zeitlich gesehen kann die Frühförderung im Säuglingsalter beginnen und bis zum Schulalter reichen. Man unterscheidet bei der frühen Hörerziehung drei Methoden:

- die hörgerichtete Förderung,
- die Förderung in der Lautsprache mit begleitenden Gebärden und
- die bilinguale Förderung (Lautsprache und Gebärdensprache)

Die Ziele der hörgeschädigten Frühförderung liegen darin, dem Kind eine seinem Alter und seinen Fähigkeiten sowie der Situation angemessene Kommunikation zu ermöglichen. Der Berufsverband deutscher Hörgeschädigtenpädagogen (BDH) hat dazu wichtige Leitlinien der Frühförderung formuliert (z. B. Professionalität, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung) (BDH, 2015).

Die Frühförderung im Allgemeinen verfolgt einen ganzheitlich orientierten Ansatz, der aus medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Hilfen besteht und die Familie und das soziale Umfeld des Kindes mit einbezieht. Ziel ist es, dass Beeinträchtigungen möglichst früh erkannt werden, um das Auftreten von Behinderungen zu vermeiden oder Behinderungen und ihre Folgen zu mildern oder zu beheben.

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen der mobilen und ambulanten Frühförderung. Während bei der mobilen Frühförderung (= Hausfrüherziehung) die Eltern und das Kind zu Hause in einer vertrauten Umgebung aufgesucht werden, kommen die Eltern mit dem Kind bei der ambulanten Frühförderung in die Frühförderstellen (= Pädagogisch-Audiologische Beratungsstellen). Darüber hinaus empfehlen die Hörgeschädigtenpädagogen den ambulanten oder stationären Besuch einer Wechselgruppe oder Eltern-Kind-Gruppe. Es geht in diesem Setting darum, die mit- bzw. zwischenmenschlichen Kontakte zu gleichaltrigen Kindern aufzubauen (Leonhardt, 2012).

Im Anschluss an die Frühförderung bzw. meist auch parallel setzt in aller Regel die auditiv-verbale Therapie ein.

2 Der hörgerechtet unisensorische Ansatz: Auditiv-verbale Therapie (AVT)

Zu den Vertretern des unisensorischen Ansatzes zählen neben den Gründungspersonen Helen Beebe, Doreen Pollack (Großbritannien), Schmid-Giovannini (Österreich/Schweiz), auch Warren Estabrooks (Kanada). Die Definition der AVT sagt aus, dass Kinder, die schwerhörig sind, lernen zu hören (= *Auditory*), Kinder, die gehörlos sind, lernen zu sprechen (= *Verbal*) und Eltern lernen von Therapeuten in Abständen zu anderen Therapiesitzungen, wie sie das Kind in alltäglichen Situationen unterstützen können (= *Therapy*).

2.1 Ziele und Durchführung der auditiv-verbale Erziehung

Hauptziele des Ansatzes liegen darin, die noch vorhandenen Hörreste eines Kindes mit Hörschädigung weitestgehend auszunutzen. Das Hörenlernen mit einer Hörhilfe (Hörgerät und/oder Cochlea Implantat) und den Erwerb einer möglichst natürlichen Lautsprache mit offenem Sprachverstehen zu ermöglichen und die Eigenkontrolle über das Sprechen und das Hören zu erlernen. Je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes sollte der Spracherwerb so normal wie möglich durchlaufen werden (Hermann-Röttgen, 2009).

Auf Grundlage neurophysiologischer und neurowissenschaftlicher Befunde soll die sensitive Periode möglichst früh genutzt werden. Das heißt, dass in dieser Reifeperiode der Sprachentwicklung das Gehirn ohne akustischen Input eine größere sensorische Deprivation und damit einen Mangel an sensorischer Stimulation im Gehirn nach sich zieht. Daher gilt es, frühzeitig nach der Diagnose zu versorgen und eine auditiv-verbale Erziehung einzuleiten, da in den ersten 4 Jahren das zentral auditorische System plastisch bleibt und sich die Plastizität nach dem Alter von 7 Jahren reduziert (Bogner, 2009).

Im Vorgehen selbst orientiert sich die auditiv-verbale Erziehung sowohl an sprachlichen Anteilen als auch an den vier Hierarchiestufen des Hörens (Entdecken, Unterscheiden, Identifikation, Verstehen) nach Pollack (Leonhardt, 2012) und Erber (Erber, 1982), die im Folgenden kurz erklärt werden (Walger et al., 2016).

- Die **Stufe des Entdeckens** beschreibt das Auftreten und Wahrnehmen eines akustischen Phänomens. Auf dieser Stufe wird zwischen „Geräusch ist vorhanden“ oder „Geräusch ist nicht vorhanden“ unterschieden. Kinder lernen auf dieser Stufe auf Geräusche, Töne oder Laute zu reagieren. Sie richten ihre Aufmerksamkeit auf das, was sie hören und reagieren auf den Reiz oder reagieren nicht, weil sie diesen nicht hören.
- Die **Stufe der Unterscheidung** beschreibt das Auftreten und Wahrnehmen von Geräuschen und/oder Lauten. Diese werden voneinander oder untereinander unterschieden. Das Kind lernt auf unterschiedliche Geräusche und/oder Laute unterschiedlich zu reagieren.
- Die **Stufe der Identifikation** beschreibt die Fähigkeit, etwas was man wahrgenommen hat, zuzuordnen (darauf zu zeigen), Silben wiederzugeben oder das Geräusch namentlich zu benennen.
- Die **Stufe des Verstehens** beschreibt, dass man den Inhalt des Gehörten wiedergeben kann. Das Kind kann dies durch die Beantwortung von Fragen, durch das Ausführen von Aufforderungen oder durch die Teilnahme an Gesprächen mit Bezugspersonen.

Es gelten für jedes Kind die entsprechenden individuellen Voraussetzungen, um eine optimale Hör- und Lautsprachentwicklung zu schaffen und damit das Kind ganzheitlich zu fördern.

Voraussetzungen für die erfolgreiche AVT liegen u. a. in den folgenden Aspekten begründet:

- Frühe Erkennung der Hörschädigung
- Angemessene Versorgung mit Hörhilfen
- Eins-zu-eins-Intervention mit Anwesenheit der Eltern
- „Vermeidung“ von Lippenlesen oder Gebärdensprache
- Integration von Hörenden
- Kontinuierliche, engmaschige Diagnostik

Einflussfaktoren, die den Erfolg der AVT beeinträchtigen können sind u. a.:

- Alter bei Diagnose und Versorgung durch Hörhilfen
- Audiologisches Management
- Emotionaler Zustand der Familie
- Entwicklung des Kindes
- Fähigkeiten des Therapeuten
- Familiäre Mitbeteiligung

Die Hörgeschädigtenpädagogin Frau Gisela Batliner rät hörenden Eltern davon ab, die DGS zu verwenden. Ihrer Meinung nach sollten diese Eltern in ihrer eigenen vertrauten Muttersprache sprechen, in der sie sich kompetent fühlen. Demgegenüber spricht sich Batliner dafür aus, dass Eltern von einem gehörlosen Kind, welches sehr spät diagnostiziert wurde und zusätzliche Beeinträchtigungen aufweist und sich im Zuge dessen die Sprech- und Sprachentwicklung nur sehr langsam entwickelt, den Rat von Frühförderstellen anzunehmen, welche Form der Gebärde für die Eltern-Kind-Interaktion hilfreich erscheint. Es steht außer Frage, dass der Blickkontakt für den Aufbau der Sprach- und Beziehungsentwicklung einen besonderen Stellenwert einnimmt. Kinder mit einer Hörschädigung wachsen hörgerichtet auf und somit ist es nach Batliner nicht notwendig, das Gesprochene vom Mund abzusehen, um das Sprachverständnis aufzubauen. Sie rät vielmehr dazu, auf Augenhöhe mit Mimik und Gestik zu sprechen.

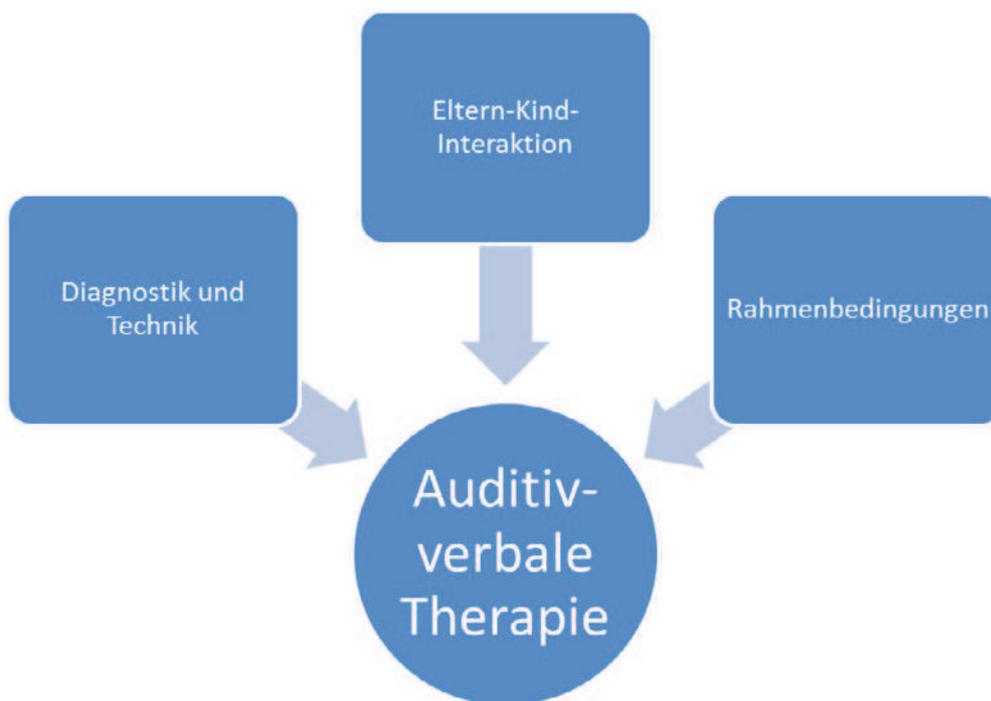
2.2 Prinzipien der AVT

Jeder Therapeut arbeitet nach auditiv-verbale Prinzipien, die durch die AG Bell Academy for Listening and Spoken Language im Jahr 2006 verabschiedet und in Anlehnung an Doreen Pollock (1970) formuliert wurden. Diese bilden für jeden Therapeuten die Grundlage des auditiv-verbale Ansatzes. Die Prinzipien beinhalten folgende Grundsätze:

- frühe Diagnostik, sofortige audiologische Versorgung und Einsetzen der auditiv-verbale Therapie
- sofortige Versorgung mit geeigneter Hörtechnologie auf dem neuesten Entwicklungsstand, um optimalen Nutzen aus der auditiven Stimulation zu ziehen
- Elternbegleitung, -beratung und -anleitung mit dem Ziel: ihrem Kind zu helfen, Hören als primäre Sinnesmodalität zur Sprachentwicklung zu nutzen, ohne Gebrauch der Gebärdensprache oder vorwiegendes Absehen vom Mund
- regelmäßige Teilnahme an individualisierten Sitzungen der auditiv-verbale Therapie, die Eltern sind die zentralen Förderer im Prozess der Hör- und Sprachentwicklung ihres Kindes
- Gestaltung eines Umfeldes, welches das Hören durch und während (all)täglicher Aktivitäten des Kindes für den Lautspracherwerb unterstützt
- Integration von Hören und Sprechen in allen Bereichen des Lebens
- Begleitung, Anleitung und Unterstützung der Eltern, sich im Umgang mit dem Kind an natürlichen Entwicklungsmustern des Hörens, des Sprechens, der Sprache, der Kognition und der Kommunikation zu orientieren
- Kontrolle der Lautsprache durch das Hören
- Formelle und informelle Status-, Verlaufs- und Zieldiagnostik zur Entwicklung individueller auditiv-verbale Behandlungspläne, um die Effektivität der Behandlung für das Kind und seine Familie zu gewährleisten
- Förderung des Besuchs allgemeiner Kindergärten und Schulen gemeinsam mit hörenden Kindern, unterstützt durch angemessene integrative Maßnahmen

2.3 Aufbau der AVT

Die auditiv-verbale Therapie basiert auf drei Säulen, die die Grundlage des therapeutischen Handelns bilden (s. Abb.1).



Damit die AVT gelingen kann, bedarf es einer genauen und präzisen medizinischen sowie auch sprachtherapeutischen Diagnostik. Gerade bei Babys und Kleinkindern sind die Beobachtung der Reaktionen auf das Hören durch die Eltern und deren Erfahrungen immer zu integrieren und in der Diagnostik zu berücksichtigen. Besonders wenn die Kinder sehr jung sind, muss der Therapeut die Reaktionen auf akustische Ereignisse versuchen zu deuten, z. B.: Kann das Kind die Augen schlagartig aufreißen, beim Trinken verharren oder innehalten?

Die Eltern-Kind-Bindung bildet im Entwicklungsprozess von Hören, Sprechen und Sprache einen Grundpfeiler für eine fördernde Umgebung. Die AVT übernimmt die Aufgabe, die Eltern auch und gerade nach der Diagnosestellung in ihren eigenen Fähigkeiten und Stärken zu bestätigen. Die Bezugspersonen sollen befähigt werden, ihr intuitives Verhalten zurückzugewinnen. Am Anfang werden die Aufmerksamkeit und das Interesse für akustische Ereignisse geweckt. Das Kind lernt die akustischen Ereignisse wahrzunehmen, zu erkennen, zu differenzieren und einzuordnen. Später werden die akustischen Ereignisse miteinander verglichen und Wortbedeutungen werden zugeordnet. Ausgangsbasis für jede Intervention basiert auf dem aktuellen emotionalen Zustand der Familie, der momentanen familiären Situation, dem soziokulturellen Hintergrund und dem Stand der Hör- und Sprachentwicklung des Kindes.

2.4 Techniken der AVT

Es gibt eine Reihe von speziellen Strategien, die berücksichtigt werden sollen. So zählen dazu u. a. Minimierung des Störschalls, Sprechen mit deutlicher, melodischer Sprache und normaler Lautstärke, normaler Syntax, Distanz zum Ohr des Kindes gering halten. Kinder sollen in einer typischen und realen Umgebung hören lernen. Dazu zählt auch, dass der Therapeut die gesprochene Sprache unterschiedlich anbietet. Kinder sollen lernen ihre Sprache zu variieren, um somit auch unterschiedliche emotionale Zustände ausdrücken zu können wie Ärger, Frust, Neid, Liebe, Zuneigung. Ideale Bedingungen gibt es in der Realität nicht und daher werden auch Hintergrundgeräusche erzeugt, die das Verstehen von Sprache erschweren. Beim Spiel „Tempo kleine Schnecke“ kann verabredet werden, dass mal langsam und mal schnell gesprochen wird. Dem geht voraus, dass Symbole für schnell und langsam vorher festgelegt wurden.

Die Hörlernlaute sind ein besonderes Merkmal der AVT. Dabei handelt es sich um Laute, die das Frequenzspektrum von 250Hz bis 8000 Hz umfassen. Eingesetzt werden diese Laute immer im Zusammenhang mit Spielmaterial sowohl in Spielhandlungen als auch in verschiedensten All-

tagssituationen. Gerade bei Babys und Kleinkindern ist dies eine gute Möglichkeit erste Laute und Lautverbindungen zu hören, zu entdecken und aktiv zu verwenden. Beim Anbieten der Hörerlaute wird auf die prosodischen Merkmale wie Höhe/Tiefe, Kürze/Länge, Rhythmus und/oder Intonation geachtet. Diese Variationen von prosodischen Merkmalen erzeugen die Aufmerksamkeitslenkung auf akustische Ereignisse.

Die Tab. 2.1 gibt einen Einblick in bekannte Hörerlaute. Sicherlich gibt es noch weitere und auch die Variation der einzelnen Umsetzung kann durchaus unterschiedlich sein.

2.5 Aufgabentypen

Aufgaben werden generell immer anfangs im *closed-set* und später erst im *open-set* verwendet. Diese Bezeichnung findet man auch im deutschsprachigen Raum. In jeder Therapiestunde wird geprüft, inwieweit das Kind in der Lage ist in beiden Sets Sprache zu verstehen. Closed-set meint, dass das Kind z. B. Bildkarten oder reale Gegenstände vor sich hat, die ihm beim Verstehen der Sprache helfen. Open-set meint, dass das Verstehen ohne Gegenstände oder Bilder möglich ist.

Es kann vorkommen, dass das Kind nicht reagiert oder irritiert ist. In solchen Fällen können verschiedene Techniken der AVT angewendet werden, um Missverständnisse oder Irritationen auszulöschen. Dazu zählen u. a. Distanz zum Kind verringern, Wechsel vom open-set wieder zum closed-set, Einbeziehung der Eltern in das Setting, Fragen: „Was hast Du gehört?“ etc.).

Manchmal wird in speziellen Situationen, wie dem Überprüfen der Hörgeräte oder CIs, die Hand vor den Mund gehalten. Das dient alleine dem Zweck, zu überprüfen, ob die Hörhilfen funktionieren und das Kind somit Sprache störungsfrei aufnehmen kann. Auch die Sitzposition ist so zu wählen, dass man sich anschaut. Anders natürlich, wenn das Kind gerade mit einem Spielzeug beschäftigt ist und für sich spielt. Dann wird die Sitzposition so verändert, dass es für die Situation sinnvoll ist.

Tab. 2.1: Hörerlaute aus Wachtlin, B. & Bohnert, A.: Sprachtherapeutische Interventionen bei kindlichen Hörschädigungen. Stuttgart: Thieme (im Druck).

Objekt	Hörerlaute
Flugzeug	Ah, ar
Glocke	Bim-bam
Auto	brum-brum
Bus	Bu,bu
Schaf	Böööö
Ente	Ga,ga
Huhn	Gog
Clown	Ha-ha-ha
Pferd	Hopp-hopp
Hase	Hoppel
Frosch	Quak-quak
Kasper	Tralala
Katze	Miau
Kuh	Muh
Ball	Roll-roll
Feuerwehr	Tatü-tata
Wecker	Tick-tack
Eisenbahn	Sch-sch-sch
Telefon	Hallo-hallo, brrr
Käfer	Krabbel-krabbel
Bär	Brumm-brumm
Schiff	Schaukel-schaukel
Schere	Schnipp-schnapp
Stift	Male-male
Eis	Hmmmm

3 Evidenzen zur auditiv-verbale Therapie (AVT) peripher kindlicher Hörschädigungen

Nach dem deutschen Zentralregister für kindliche Hörstörungen (DHZ) in Berlin sind 80.000 hochgradig beeinträchtigte Kinder in Deutschland gemeldet. Durch die Veränderungen der Indikationsstellung steigt auch die Anzahl der Cochlea-Implantat-Versorgungen bei Kindern mit einer hochgradigen Schwerhörigkeit stetig. Bislang wurden weltweit 75 000 Menschen mit einem Cochlea Implantat (CI) versorgt, allein in Deutschland werden jährlich 3500 Operationen durchgeführt (Nospe et al., 2013). Dementsprechend steigt auch der Bedarf an Versorgungsleistungen für diese Patientengruppe. Das Deutsche Statistische Bundesamt meldete im Jahr 2015, dass 3707 Menschen zwischen 0 und 95 Jahren ein CI implantiert bekamen. 62 von ihnen wurde ein CI mit mehreren Elektroden implantiert (z. B. Doppelarray), 238 erhielten ein CI mit einer Elektrode, aber nicht hörerhaltend, 396 mit einer Elektrode, aber hörerhaltend und 9 erhielten ein CI ohne weitere zusätzliche Informationen. Allein 705 Kinder unter den 3707 waren zwischen 0 und 15 Jahren (Destatis, 2017). Die kindliche Sprachentwicklung findet bei vielen Kindern mit hochgradiger Schwerhörigkeit zeitverzögert statt, da bis zur Versorgung mit Hörgeräten bzw. Cochlea Implantaten schon eine akustische Deprivation eingetreten ist. Studien, die die Sprech-

und Sprachentwicklung von Kindern mit und ohne hochgradiger Schwerhörigkeit untersuchten, berichten von deutlich unterschiedlichen Entwicklungsverläufen (Tait et al., 2007; Colletti, 2009; Schramm et al., 2009; Schramm et al., 2010). Insbesondere eine sonderpädagogische Förderung zur Verbesserung ihrer Sprach- und Sprechleistungen und darauf aufbauend, wenn indiziert, auch eine spezifische logopädische Behandlung, sind unabdingbar. Im Fall der auditiv-verbale Therapie ist nach der jetzigen Studienlage, aufgrund der geringen Anzahl an hochqualitativen Studien, die Wirksamkeit auditiv-verbaler Therapie auf die Hör- und Sprachentwicklung noch nicht belegt. Die Übersichtstabelle Tab. 3.1 gibt einen Einblick in die unterschiedliche Qualität von Studiendesigns und ist nach Evidenzlevels und Empfehlungsklassen geordnet. Vor allem randomisierte kontrollierte Studien (RCT = randomized controlled studies) und darauf aufbauende systematische Reviews und Metastudien sind notwendig, um die Effektivität einer Therapiemethode einschätzen zu können. Im Fall der Effektivität der auditiv-verbale Therapie sind eine Reihe von RCT's notwendig, damit auf deren Basis (Methodik und Ergebnisse) Vergleiche zwischen den RCT's gezogen werden können, um zu entscheiden, dass diese Methode (AVT) als hinreichend belegt und damit als evidenzbasiert geltend gemacht werden kann.

Tab. 3.1: Evidenzlevel und Empfehlungsklassen (nach Haesecke-Seeberg, 2001 u. Wieck et al., 2005)

Stufe	Evidenztyp	Grad	Empfehlungsklasse
Ia	Evidenz aufgrund von Meta-Analysen randomisierter kontrollierter Studien in systematischen Übersichtsarbeiten	A	Belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie enthält
Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie		
IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung	B	Belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte, klinische Studien
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie		
III	Evidenz aufgrund angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z. B. Fall- und Kontrollstudien)		
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten ohne transparenten Bezug	C	Belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin

3.1 Methode

Um sicher zu gehen, dass die Transparenz und Wiederholbarkeit eingehalten wird, erfolgen die Darstellung der Suche (MARS) und der Suchprozess (PRISMA Fließdiagramm) den Richtlinien nach APA (APA, 2017).

Suchprozess

Im Folgenden wird auf die aktuell verfügbaren Evidenzen zur Förderung von peripheren kindlichen Hörschädigungen eingegangen und deren Ergebnisse zusammengefasst. Es wurden die Datenbanken: MEDLINE, EMBASE und SpeechBITE zur Recherche von Studien zur Förderung peripherer kindlicher Hörschädigungen durchsucht. Die Suchstrategie beinhaltete die folgenden Keywords: auditory-verbal therapy and evidence. In die Suche wurden alle Studientypen integriert, Querschnittsstudien, Längsschnittsstudien, retrospektive Studien und auch RCT's. Die Auswertung bezog sich anschließend nur auf Studien, die den Effekt der AVT diskutierten. Die Suche mit den Keywords auditory-verbal therapy and evidence ergab ein Suchergebnis von 261 Artikeln (siehe Abb. 2).

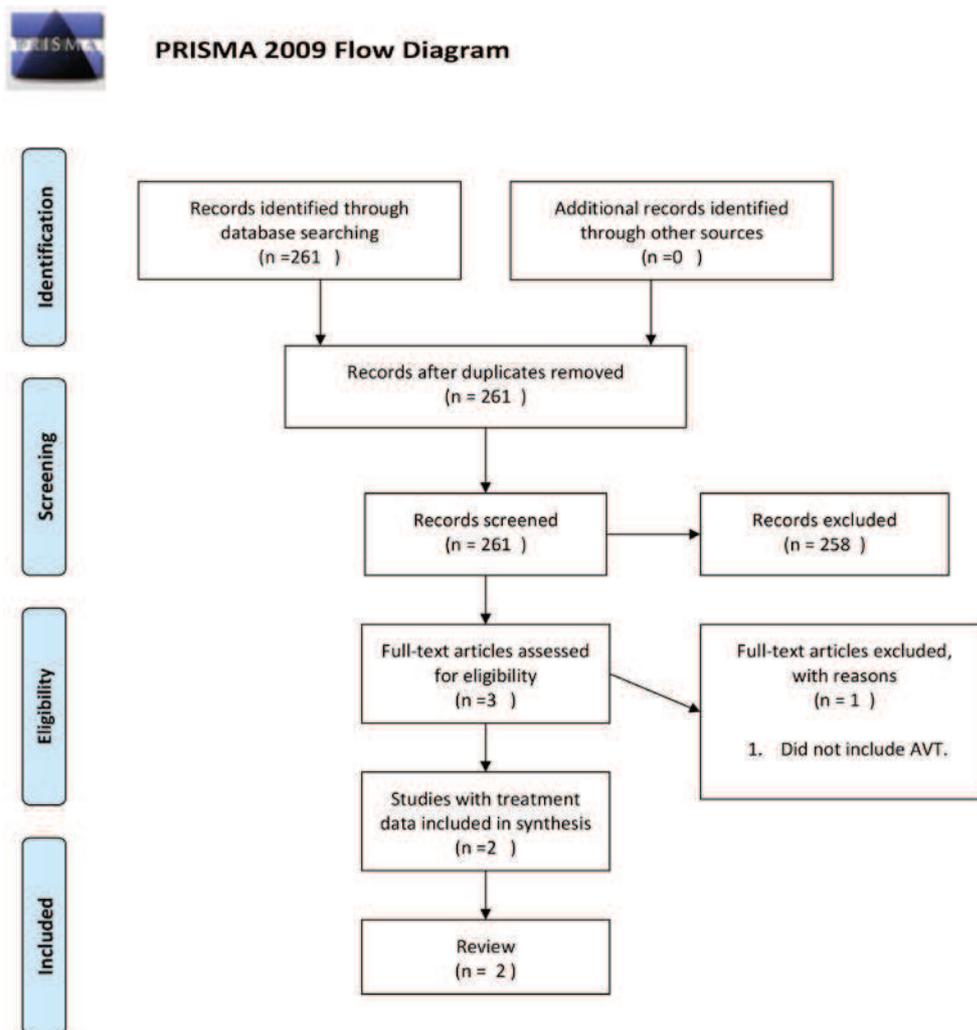


Abb. 2: Fließdiagramm der Suche. From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Screening

Einschlusskriterien:

In diese Darstellung wurden nur Artikel eingeschlossen, die die Keywords auditory-verbal therapy und evidence beinhalteten. Es sollten Artikel sein, die sich auf Kinder mit peripheren Hörschädigungen beziehen. Die Suche schloss englischsprachige Zeitschriften mit ein und umfasste keinen bestimmten Zeitraum bezogen auf das Publikationsdatum.

Ausschlusskriterien:

Anhand der Ausschlusskriterien wurden Studien, die sich nur mit der Kommunikation von Kindern mit Hörverlust oder nur mit AVT beschäftigten, ausgeschlossen. Die 261 Artikel wurden nach Aussage des Titels und Abstracts und nach den Ein- und Ausschlusskriterien gescreent. So ergab der Screeningprozess ein Ergebnis von nur zwei aussagekräftigen Reviews. Eine deutschsprachige evidenz-basierte Wirksamkeitsstudie zum Münsteraner Elterntraining konnte nicht berücksichtigt werden, weil diese nicht den Einschlusskriterien entsprach.

Analyse

Es wurden die Titel und die Abstracts nach den Ein- und Ausschlusskriterien analysiert. Bei relevanten Artikeln wurde der Volltext gelesen, um sicher zu gehen, dass der Inhalt den Suchkriterien und der Fragestellung entsprach.

3.2 Ergebnisse

Zunächst werden in der folgenden Darstellung die zwei gefundenen Reviews vorgestellt. In der Cochrane Library konnte ein qualitativ hochwertiges systematisches Review gefunden werden, welches die Förderung der auditiv-verbale Therapie bei kindlichen peripheren Hörschädigungen zum Thema hat (Brennan-Jones et al., 2014). Das Autorenteam durchsuchte insgesamt 18 Datenbanken. Die MESH-Terms waren Language Development; Child Language; Early Intervention (Education) [methods]; Hearing Loss [rehabilitation] und die MESH check Wörter waren Child; Humans.

Aus den 2233 gefundenen Artikeln erfüllten 13 Abstracts die Einschlusskriterien:

- prospektive randomisierte kontrollierte Studie,
- quasi-randomisierte Studien,
- Kinder im Alter von Geburt bis 18 Jahre mit einem signifikanten Hörverlust von ≥ 40 dBHL,
- angeborene oder früh erworbene Hörschädigung und Teilnahme an AVT bei einem/einer qualifizierten AVT-Therapeuten/AVT-Therapeutin für die Zeitspanne von wenigstens 6 Monaten.

Nach erneuter detaillierter Überprüfung der einzelnen 13 Volltextstudien wurden diese ausgeschlossen, weil sie keine RCT's bzw. keine quasi-randomisierten Studien waren oder eine zu geringe Therapiedauer vorlag. Die Autoren sprechen den 13 Volltextstudien eine geringe Evidenz und eine fehlende Randomisierung und/oder eine Verblindung zu. Somit können Bias (Verzerrungen) in Bezug auf die Ergebnisse der angewendeten Outcome-Instrumente nicht sicher ausgeschlossen werden. Eine gesicherte Aussage darüber, dass die AVT effektiv ist und sich auf die Sprachentwicklung von Kindern mit Hörschädigungen positiv auswirkt, verneinen die Autoren.

Ein weiterer systematischer Review zur Effektivität der auditiv-verbale Therapie wurde von Kaipa und Danser (2016) publiziert. Im Zeitraum von 22 Jahren wurden englischsprachige Studien gesichtet.

Das Autorenteam durchsuchte 6 Datenbanken und hierbei waren die MESH-Terms eine Kombination aus "auditory verbal therapy" oder "cochlear implantation" oder "hearing aids" or "socioeconomic" oder "age" und "speech and language development" oder "speech perception" oder "auditory perception" oder "mainstreaming".

Aus 1251 Abstracts wurden 24 Abstracts eingeschlossen, weil sie die folgenden Einschlusskriterien erfüllten:

- Patienten zwischen 2 Mo. und 17 Jahren,
- Querschnittsstudien, Langzeitstudien, RCT's

Im Gegensatz zum vorherigen Review wurden hier zusätzlich noch die drei Bereiche rezeptive und expressive Sprache, Sprachwahrnehmung, und „mainstreaming“ in Beziehung zur AVT betrachtet. Nach erneutem Review der 24 wurden 10 weitere Abstracts ausgeschlossen, da diese keine der drei Bereiche beinhalteten. 14 Artikel konnten dann eingeschlossen werden. Hierbei handelt es sich um 5 quasiexperimentelle Studien, 4 pre-post Studien, 3 Überblicksstudien und 2 retrospektive Studien. Diese wurden anhand der „Critical Appraisal of Treatment Evidence (CATE) checklist“ ausgewertet. Diese Checkliste misst die Genauigkeit der Therapiemethode in Bezug auf die Sprachentwicklung. Sie besteht aus 15 experimentellen Variablen wie zum Beispiel: Validität, Reliabilität, Verblindung, statistische Signifikanz, Einschluss- und Ausschlusskriterien der Kontrollgruppe etc. Darüber hinaus wurde die Leitlinie der ASHA herangezogen, um das Evidenzlevel und das Forschungsdesign jeder der 14 Studien zu bestimmen. Auch wenn die Autoren den Effekt der AVT ebenfalls nicht eindeutig nachweisen konnten, kommen sie zum Schluss, dass die AVT dazu beiträgt, dass besonders ältere Kinder mit Hörschädigung (jenseits von 3 Jahren) altersgerechte Ergebnisse in der Sprech- und Sprachentwicklung im Vergleich zu ihren hörenden Altersgenossen zeigen. Hierbei gehen die Autoren aber davon aus, dass die Kinder mit Hörschädigung eine frühe medizinische Versorgung erhielten. Anhand der AVT lernen Kinder auch Wörter korrekt im Störlärm wiederzuerkennen. Die Erfolge, die mit der AVT im Hinblick auf die Sprech- und Sprachentwicklung erzielt wurden, unterliegen keinem Einfluss des sozio-ökonomischen Status und die Kinder können ohne Probleme regelbeschult werden.

4 Diskussion

Der vorliegende Artikel hat sich zum Ziel gesetzt, die Effektivität der AVT bei Kindern mit Hörschädigungen zu untersuchen. Bei der eigenen Suche waren die MESH-Terms spezifisch und eng gewählt und die Suche bezog sich auf drei öffentlich zugängliche Datenbanken. Brennan und Kollegen (2014) hingegen durchsuchte 18 und Kaipa und Danser (2016) 6 Datenbanken. Trotz der Suche in nur drei Datenbanken wird davon ausgegangen, dass ein sinnvoller Status der Evidenz abgeleitet werden kann, da mit MEDLINE eine sehr umfassende Datenbank berücksichtigt wurde. Anhand des Suchprozesses mit den dafür vorgesehenen MESH-Terms und den beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien konnten keine Studien gefunden werden (keine RCTs oder quasi RCTs), wohl aber zwei qualitativ hochwertige Reviews. Hierbei wurden aber innerhalb der gefundenen zwei Reviews bei den beschriebenen Studien entweder nur Baseline-Daten oder nur post-Daten erhoben. Im Sinne einer evidenz-basierten Erhebung wären aber Baseline- und post-Daten eines jeden Probanden zur Sprache und zum Hören erforderlich gewesen, um entscheiden zu können, dass die AVT wirksam ist. Es fehlte zudem an einer Randomisierung, der Limitierung von BIAS sowie einer Kontrollgruppe von hörbeeinträchtigten Kindern und einer aufschlussreichen Beschreibung der Einschlusskriterien bei der Auswahl der Patienten.

Fazit: Es gibt keine gut kontrollierten Studien, die mit Sicherheit aussagen, dass es durch die Anwendung der AVT zur Verbesserung der Hör-, Sprech- und Sprachentwicklung bei Kindern mit Hörschädigungen kommt.

In Zukunft wäre aber eine gut strukturierte RCT im Hinblick auf die Kostenübernahme in anderen Ländern, und bezogen auf Deutschland gerade bei der Zielgruppe der Erwachsenen, wichtig. Hier steht man aber vor den folgenden Herausforderungen, die es zu berücksichtigen gilt: (1) Anzahl der teilnehmenden Kinder an der Rehabilitation (Teilnahmebereitschaft), (2) randomisierte Zuordnung der Kinder mit Hörschädigung zur AVT und zu einer ähnlichen Intervention, (3) unabhängige Untersucher für die Intervention und die Auswertung (Verblindung), (4) Vergleichbarkeit der Inhalte der AVT innerhalb der CI-Zentren. Aufgrund der Problematik in der Anzahl der vielen Probanden, die man für eine ausreichend gepowerte prospektive RCT benötigt, um Effekte nachweisen zu können, wäre eine Multicenterstudie in CI-Zentren sinnvoll. Die gefundenen Reviews geben den Anstoß zu evidenz-basiertem Denken auf dem Gebiet der auditiv-verbale Therapie und legen somit die Basis für kontrollierte Studien und damit für eine evidenz-basierte und optimierte Behandlung von Kindern mit Hörschädigungen. Es bleibt abzuwarten, ob sich ein so umfangreiches und anspruchsvolles Projekt in der Zukunft umsetzen lässt.

5 Literatur

- APA. Abgerufen von <http://www.apastyle.org/manual/related/JARS-MARS.pdf> [21.6.17].
- Bogner, B. (2009): *Hörtechnik für Kinder mit Hörschädigung: Ein Beitrag zur Pädagogischen Audiologie*. Heidelberg: Median.
- Böhme, G. (2003): *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. Band 1: Klinik. 4. München, Jena: Urban und Fischer.
- Brennan-Jones, C., White, J. & Law, R. (2014): Auditory-verbal therapy for promoting spoken language development in children with permanent hearing impairments. *Cochrane Database Syst, Review*. 3.
- Bund deutscher Hörgeschädigtenpädagogen (2015): *Frühförderung im Kontext von Hörschädigung*. Abgerufen von http://www.b-d-h.de/images/pdf/BDH_Brosch_FF_web.pdf [24.8.2016].
- Colletti L., (2009): Long-term follow-up of infants (4-11 months) fitted with cochlear implants. *Acta Otolaryngology*, 129 (4); 361-366.
- Destatis, Gesundheit: DRG-Statistik, Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, 2017.
- Ding, H. (1995): *Aurale Rehabilitation Hörgeschädigter – Aller Anfang ist Hören*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Dornan, D., Hickson, L., Murdoch, B., Houston, T. & Constantinescu, T. (2010): Is auditory- verbal therapy effective for children with hearing loss? *The Volta Review* 110, 3, 361-387.
- Erber, N. (1982): *Auditory Training*. Washington: Alexander Graham Bell Association for the Deaf. Glück, C. (2011). *Wortschatz- und Wortfindungstest für 6-bis 10-Jährige*. WWT 6-10. 2. Auflage. München. Elsevier.
- Hermann-Röttgen, M. (2009): *Cochlea-Implantat – ein Ratgeber für Betroffene und Therapeuten*. Stuttgart: TRIAS.
- Haesecke-Seeberg, H. (2001). *Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Strategien, Analysen, Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer
- Kaipa, R. & Danser, M. (2016). Efficacy of auditory-verbal therapy in children with hearing impairment: A systematic review from 1993 to 2015. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 86, 124–34.

- Leonhardt, A. (2012). Was ist Hörerziehung? In: Leonhardt, A. (Hrsg.): *Frühes Hören Hörschädigungen ab dem ersten Lebenstag erkennen und therapieren* (164-169). München: Ernst Reinhardt.
- Moeller, MP. (2000): Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatric* 106, 3, E43.
- Motsch, H.J. (2009). *ESGRAF-R. Modularisierte Diagnostik grammatischer Störungen*. München: Ernst Reinhardt.
- Nospes, S., Mann, W. & Keilmann, A. (2013). Magnetresonanztomographie bei Patienten mit Hörimplantaten mit Magnetausstattung: Überblick und prozedurales Management. *Radiologe*. 53(11);1026-32.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2007). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder IV (HAWIK-IV)*. Bern: Huber.
- PRISMA. *Fließdiagramm*. Abgerufen von <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx> [21.6.17].
- Rhoades, E.A. (2006). Research outcomes of auditory verbal intervention: Is the approach justified? *Deafness and Educational International* 8, 3, 125-143.
- Schramm, B., Bohnert, A. & Keilmann, A. (2009). The prelexical development in children implanted under the age of two compared with normal hearing children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73, Issue 12, pp. 1673-1681.
- Schramm, B., Bohnert, A. & Keilmann, A. (2010) Auditory, speech and language development in young children with cochlear implants compared with children with normal hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 74, Issue 7, pp. 812-819.
- Tait M., De Raeve L., Nikolopoulos T.P., (2007). Deaf children with cochlear implants before the age of 1 year: Comparison of preverbal communication with normally hearing children, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71 (10); 1605-1611.
- Van Udens, A. (1982). Das gehörlose Kind-Fragen seiner Entwicklung und Förderung. *Hörgeschädigten Pädagogik-Beiheft* 5. Heidelberg: Julius Groos Verlag.
- Wachtlin, B. & Bohnert, A. *Sprachtherapeutische Interventionen bei kindlichen Hörschädigungen*. Stuttgart: Thieme (im Druck).
- Walger M., Streicher B. & Lang-Roth R. (2016). Indikation aus medizinischer, audiologischer und pädaudiologischer Sicht. *Hörakustik, Cochlea-Implantat-Special*, 9, 20-6.
- Wieck, M., Beushausen, U. & Cramer, R.E. (2005). Leitlinien in der Logopädie. *Forum Logopädie* 19 (6), 28-35.

Zur Autorin

Dr. Bianka Wachtlin

Arbeitsgebiet: Katholische Hochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Arbeitsbereich: Logopädie, Hörschädigungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsene

Korrespondenzadresse:

bianka.wachtlin@kh-mz.de, bianka.wachtlin@gmx.de

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften

2. überarbeitete
Auflage!



Diagnostischer Leitfaden zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs

Der schulspezifische diagnostische Leitfaden gibt Lehrkräften Beobachtungsaspekte und Formulierungsangebote an die Hand, um den Unterstützungsbedarf ihrer Schüler und Schülerinnen individuell und präzise zu beschreiben. Er ermöglicht differenzierte und aussagekräftige pädagogische Gutachten bzw. Stellungnahmen.

Jutta Fleckenstein, Sabine Jankuhn,
Susanne Meiering, Holger Scholz, 2., überarbeitete Auflage 2017,
Spiralbindung: ISBN 978-3-8248-1149-6, 68 Seiten,
E-Book: ISBN 978-3-8248-9965-4,
EUR 18,99 [D]

Leseprobe/Inhaltsverzeichnis:

[http://www.schulz-kirchner.de/
files/fleckenstein_leitfaden.pdf](http://www.schulz-kirchner.de/files/fleckenstein_leitfaden.pdf)



www.schulz-kirchner.de/shop | bestellung@schulz-kirchner.de | Tel. +49 (0) 6126 9320-0



Schulz-
Kirchner
Verlag



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.