



Projektbericht:

Wirksamkeit der Entwicklungspsychologischen Sprachtherapie (W-EST)

M.A. MARTINA VETSCH GOOD

M. Sc. SARAH FEIL

DR. MIRJA BOHNERT-KRAUS

M.A. ANDREAS ZIMMERMANN

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	4
2 Hintergrund	5
3 Ziele, Fragestellungen & Hypothesen	7
4 Methodik	8
4.1 Versuchspersonen	9
4.2 Ablauf	10
4.3 Erhebungsinstrumente.....	12
4.3.1 Instrumente zur Erfassung des Sprachentwicklungsstands und der sprachenerwerbsbestimmenden Kompetenzen	12
4.3.2 Instrumente zur Erfassung des sprachlich-kommunikativen Entwicklungsstands	13
4.3.3 Instrumente zur Erfassung der kommunikativen Teilhabe	16
4.3.4 Instrumente zur Planung und Evaluation der Therapie.....	16
4.3 Auswertung	18
5 Ergebnisse	19
5.1 Ausgangslage (T1).....	19
5.2 Überblick im Entwicklungsprofil von T2 bis T4	22
5.3 Ergebnispräsentation in Bezug auf die Entwicklungsbereiche	25
5.3.1 Symbolische Kompetenzen / Spiel.....	25
5.3.2 Individuationsentwicklung.....	28
5.3.3 Sprachverstehen (sprachliche Kompetenzen)	31
5.3.4 Spracherwerbsstrategien	36
5.3.5 Pragmatisch-kommunikative Kompetenzen.....	39
5.3.6 Ergänzende Informationen zur sozialen und internen Evidenz	45
6 Diskussion.....	50
6.1 Hypothesenprüfung.....	50
6.2 Individuell spezielle Verläufe (kindbezogen)	57
6.2.1 Wartephase	57
6.2.2 Konsolidierungsphase	58
6.3 Methodendiskussion	59
6.3.1 Diskussion der Messinstrumente	59
6.3.2 Einschätzung der Eltern auf der Grundlage des Anamnesebogens.....	61
7. Fazit und Ausblick	62
Danksagung.....	63
Literatur	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versuchsablauf	11
Abbildung 2: Vergleich der Ergebnisse im Entwicklungsprofil für T2-T4 Kind 1	24
Abbildung 3: Vergleich der Ergebnisse im Entwicklungsprofil für T2-T4 Kind 2	24
Abbildung 4: Vergleich der Ergebnisse im Entwicklungsprofil für T2-T4 Kind 3	25
Abbildung 5: elterliche Einschätzung der Spielentwicklung auf der Basis des Anamnesebogens	26
Abbildung 6: elterliche Einschätzung der Individuationsentwicklung auf der Basis des Anamnesebogens	29
Abbildung 7: elterliche Einschätzung des Sprachverständnisses auf der Basis des Anamnesebogens.....	33
Abbildung 8: elterliche Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit auf der Basis des Anamnesebogens	40
Abbildung 9: Veränderungen im Focus©-34-G	42
Abbildung 10: Veränderungen der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen	43
Abbildung 11: elterliche Einschätzung de Sorgen auf der Basis des Anamnesebogens	46
Abbildung 12: Einschätzung der erwünschten Kompetenzen in Verhalten und Sprache	47
Abbildung 13: Zielerreichung gemäss Therapeutin auf der Basis der Goal Attainment Scale Kind 1.....	48
Abbildung 14: Zielerreichung gemäss Therapeutin auf der Basis der Goal Attainment Scale Kind 2.....	49
Abbildung 15: Zielerreichung gemäss Therapeutin auf der Basis der Goal Attainment Scale Kind 3.....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versuchspersonen.....	9
Tabelle 2: Lebensalter der Versuchspersonen zu T1-T4.....	9
Tabelle 3: Wünsche der Eltern.....	21
Tabelle 4: Entwicklung in den drei Bereichen des Entwicklungsprofils.....	22
Tabelle 5: Ergebnisse der Instrumente (interne Evidenz) zum SV über alle vier Messzeitpunkte	32

1 Einleitung

Ein verspäteter Sprechbeginn und frühe Auffälligkeiten im Sprachverständnis gehen bei Kindern häufig mit Schwierigkeiten in der symbolischen und sozial-kommunikativen Entwicklung einher (BÜRKI 2014.; LILARD et al. 2013). Die so genannten Late Talker haben ein hohes Risiko, im Verlauf eine Sprachentwicklungsstörung (SES) zu entwickeln, die zahlreiche gesundheitliche und soziale Einschränkungen nach sich ziehen kann. Besonders vulnerabel sind jene Kinder, welche frühe Schwierigkeiten im Sprachverstehen (SV) aufweisen (vgl. SACHSE & VON SUCHODOLETZ 2013; BUSCHMANN & JOOSS 2011; DESMARAIS et al. 2008).

Daher ist ein möglichst früher Beginn einer logopädischen Behandlung sinnvoll. Die Entwicklungspsychologische Sprachtherapie (EST, ZOLLINGER 2015) berücksichtigt das Zusammenspiel der verschiedenen Entwicklungsbereiche und fördert diese im Spiel mit dem Ziel, die Kinder dabei zu unterstützen, die Sprache zu entdecken. Es fehlen jedoch bisher international aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit von früher Sprachtherapie.

Die vom Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) und der Förderstiftung für das Sprachheilwesen im Kanton Zürich geförderte Studie der SHLR in Zusammenarbeit mit Praxen für frühe Sprachtherapie will dazu beitragen, diese Forschungslücke zu schliessen. In einer Pilotstudie mit drei Einzelfällen wurden Hinweise auf Wirksamkeit und Wirkfaktoren der EST gesucht und Untersuchungsinstrumente geprüft. Ziel der Studie war es, erste Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit und Wirkfaktoren von EST zu erheben und ein grösser angelegtes Forschungsprojekt vorzubereiten.

Für kleine Kinder stehen zur Erfassung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten häufig keine oder nur wenige direkte, standardisierte und normierte Verfahren zur Verfügung. Bei Late Talkern sind die vorhandenen, wie beispielsweise der Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2, GRIMM 2016), zudem oft nicht oder nur schwer anwendbar. Gerade bei kleinen Kindern mit Sprachverständnisstörungen ist die Frustrationstoleranz häufig reduziert und der Leidensdruck gross, was eine Anwendung erschwert (vgl. BÜRKI 2014; VISCHER 2020). Zudem setzt die Durchführung eines Testverfahrens ein gewisses Mass an pragmatisch-kommunikativen wie auch sprachlich rezeptiven Kompetenzen voraus – bei Late Talkern häufig eingeschränkte Fähigkeiten.

Zeitgemässe Therapiekonzepte stehen heute vor der Herausforderung, die Einordnung von Störungsbereichen und Ressourcen auf Grundlage der seit 2001 bestehenden International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell (vgl. DIMDI 2005)

vorzunehmen. Daher war es auch Anliegen der Forschungsgruppe, bei der Diagnostik und Therapieevaluation der untersuchten Kinder die ICF-Ebenen Funktion, Aktivität und Partizipation sowie personale- und Umweltfaktoren zu berücksichtigen.

2 Hintergrund

Etwa 13 % der zweijährigen Kinder bereitet der Einstieg in den Spracherwerb Mühe (vgl. ZUBRICK et al. 2007). Diese als Late Talker bezeichneten Kinder haben ein erhöhtes Risiko, im Verlauf eine Sprachentwicklungsstörung (SES) zu entwickeln, die mit einer Prävalenz von 6–8 % zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter zählt (LAW et al. 2003). Bei den betroffenen Kindern können die produktiven und rezeptiven Leistungen in unterschiedlichem Ausmass beeinträchtigt sein (vgl. CHOLEWA & SIEGMÜLLER 2017). Gerade Kinder mit frühen Beeinträchtigungen im Sprachverständnis rücken in den letzten Jahren stärker in den Fokus von Praxis und Forschung, da sie eine besondere Vulnerabilität für die Entwicklung von manifesten sprachlichen Einschränkungen zeigen (vgl. SACHSE & VON SUCHODOLETZ 2013; BUSCHMANN & JOOSS 2011; DESMARAIS et al. 2008). BÜRKI et al. (2011) fanden beispielsweise bei einer Untersuchung mit 970 Kindern mit einer SES bei 77 % eine Einschränkung im Sprachverständnis. Die Einschätzung des Sprachverstehens ist für Eltern und Betreuungspersonen im Kleinkindalter oft schwierig (vgl. ZOLLINGER 2017). Kleine Kinder mit Sprachverständnisschwierigkeiten werden in ihren Kompetenzen häufig überschätzt, was dazu führt, dass ihre Schwierigkeiten längere Zeit unbehandelt bleiben.

Es konnte vielfach empirisch gezeigt werden, dass die Prognose für Kinder mit expressiv-rezeptiven SES ungünstig ist und langfristige Folgen bezüglich Schulerfolg (vgl. MCGREGOR 2020; YOUNG et al. 2002), Berufstätigkeit (vgl. CLEGG et al. 2005; LAW et al. 2009), Gesundheit (vgl. CONTI-RAMSDEN & BOTTING 2008) und Sozialleben (vgl. DURKIN & CONTI-RAMSDEN 2007; GERBIG et al. 2018; MARTON et al. 2005; MCCORMACK et al. 2009; STANTON-CHAPMAN et al. 2007; ST CLAIR et al. 2011; SYLVESTRE et al. 2016) nach sich ziehen kann. Daher ist eine frühe sprachtherapeutische Intervention (zu Beginn des dritten Lebensjahres) sinnvoll (vgl. VON SUCHODOLETZ 2009).

Late Talker haben im Alter von zwei Jahren die Sprache in ihrer kommunikativen und repräsentativen Funktion häufig noch nicht entdeckt: Sie haben noch nicht erfasst, «dass sich Wörter in verlässlicher Weise auf etwas beziehen» (= repräsentative Funktion; ZOLLINGER 2017, 240) und sie mit Hilfe der Sprache beim Gegenüber und in der Welt etwas bewirken können (= kommunikative Funktion). Frühe Sprachentwicklungsstörungen treten in der Regel nicht

unabhängig von anderen Entwicklungsbereichen auf. Die Auffälligkeiten in der Verwendung der Sprache lassen sich oft auch in der Spielentwicklung der Kinder erkennen (vgl. ZOLLINGER 2014b). Sie haben Schwierigkeiten beim Aufbau von Vorstellungen und zeigen daher kein Symbolspiel. Eine Studie aus dem Früh- und Vorschulbereich in der Schweiz konnte zeigen, dass bei 68 % der kleinen Kinder, die aufgrund von Schwierigkeiten im Spracherwerb in logopädischer Behandlung sind, auch eine Verzögerung der symbolische Entwicklung vorliegt (vgl. BÜRKI 2014).

Zusätzlich sind die sozial-kommunikative- und die Individuationsentwicklung häufig verzögert: Die betroffenen Kinder verwenden zum Beispiel den triangulären Blickkontakt und Zeigegesten deutlich weniger als unbeeinträchtigte Kinder und die Auseinandersetzung mit eigenen Bedürfnissen und Absichten fällt ihnen schwer; sie bezeichnen sich noch nicht selbst oder reagieren wenig auf eigene Handlungsergebnisse (vgl. DÜRMELLER 2020; ZOLLINGER 2015; DIEM 2009).

Obwohl die ICF die Dokumentation von der Geburt bis ins hohe Alter zulässt, ist es nicht möglich, alles zu berücksichtigen, was bei der Beschreibung von Kindern in der Entwicklung relevant ist (vgl. SIMEONSSON et al. 2003 zit. n. HOLLENWEGER HASKELL 2014). Daher wurde durch die WHO 2007 eine Version für Kinder und Jugendliche abgeleitet, die seit 2011 in deutscher Sprache zur Verfügung steht: Die ICF-CY (vgl. HOLLENWEGER HASKELL 2014). In der ICF-CY wurden bestehende Kategorien erweitert (z. B. b147 *psychomotorische Funktionen* ergänzt durch b473 *manuelle Dominanz*) oder neue Kategorien ergänzt (z. B. d133 *Sprache erwerben*) (vgl. HOLLENWEGER HASKELL 2014). Auch kommt der Teilhabe an speziellen Aktivitäten in der Kindheit eine andere Bedeutung zu als im Erwachsenenalter. Ein Beispiel hierfür ist das Spiel. Während es im Erwachsenenalter der Kategorie Erholung und Freizeit zugeordnet werden kann, stellt es bei Kindern einen bedeutenden Lebensbereich dar und ist deshalb in der ICF-CY unter d880 *sich mit Spielen beschäftigen* eingeordnet und durch Unterkategorien verschiedener Formen des Spiels (z. B. *Parallelspiel, Kooperationsspiel*) ergänzt (vgl. HOLLENWEGER HASKELL 2014). Bei kleinen Kindern besteht ein enges Zusammenspiel von Funktionsfähigkeit und Umwelt und Funktionseinschränkungen stellen oft Verzögerungen und keine dauerhaften Schädigungen dar. Zudem können Einschränkungen einzelner Funktionsbereiche häufig nur schwer voneinander getrennt betrachtet werden, da sie stark ineinandergreifen und die Trennung der Komponenten Funktion, Aktivität und Partizipation unscharf sind, z. B. weil viele physiologische Vorgänge mit sozialer Interaktion verbunden sind (vgl. HOLLENWEGER HASKELL 2014). Bei der Beschreibung von Entwicklungsverzögerungen bei kleinen Kindern ist also eine strikte Trennung der Bereiche kaum möglich. Dennoch kann der Versuch unternommen werden, den Entwicklungsstand

orientiert an der ICF-CY zu beschreiben. Im hier vorliegenden Forschungsprojekt wurde dabei einerseits ein Fokus auf den Aktivitätsbereich *Elementares Lernen* gelegt, dabei besonders *Nachahmen, Informationen erwerben, Sprache erwerben* (mit den Unterkategorien *Einzelne Wörter oder bedeutungsvolle Symbole erwerben, Wörter zu Sätzen kombinieren* und *Syntax erwerben*), andererseits auf den Bereich *Elementare Interpersonelle Aktivitäten* (vgl. DIMDI 2005).

Die EST (ZOLLINGER 2015) bezieht die beschriebenen Wechselwirkungen zwischen den Entwicklungsbereichen bei der sprachtherapeutischen Intervention mit ein. Sie basiert auf dem theoretischen Modell zum frühen Spracherwerb nach ZOLLINGER (2015), welches kognitive, interaktionistische und psycholinguistische Theorien integriert. Das entwicklungspsychologische Modell beschreibt, über welche Kompetenzen ein Kind in welchem Alter verfügt und welche Prozesse dazu führen, eine neue Entwicklungsstufe zu erreichen. Im Rahmen der sprachtherapeutischen Interventionen sollen Entwicklungsverzögerungen, die den Spracherwerb blockieren, nachzuvollzogen und im Spiel darauf reagiert werden (vgl. BÜRKI 2014). Ziel ist es, Vorstellungen als Grundlage für das Symbolspiel und eine bedeutungsvolle Sprachanwendung aufzubauen (repräsentative Funktion) und das Interesse für einen Austausch mit dem Gegenüber zu wecken (kommunikative Funktion). Es wird nicht gezielt sprachlich geübt. Das Kind wird dabei unterstützt, die repräsentative und kommunikative Funktion der Sprache zu erfahren (vgl. DÜRMELLER 2020; ZIMMERMANN 2019; ZOLLINGER 2017; MATHIEU 2014).

Die EST findet im sprachtherapeutischen Einzelsetting (2 Sitzungen/Woche à 45–60 Minuten) als Intervalltherapie statt: Therapiephasen (3–4 Monate) wechseln sich mit Pausen (3–4 Monate) ab. Eine Pause wird in die Wege geleitet, sobald wesentliche Fortschritte in zentralen Entwicklungsbereichen sichtbar sind (vgl. ZOLLINGER 2015). In Kontrolluntersuchungen, welche gegen Ende der Therapiepause stattfinden, entscheidet die logopädische Fachperson gemeinsam mit den Eltern über die Durchführung einer weiteren Therapiephase.

3 Ziele, Fragestellungen & Hypothesen

Ziel der Pilotstudie war es, erste Erkenntnisse über Wirksamkeit und Wirkfaktoren der EST zu gewinnen und Erhebungsinstrumente für eine grösser angelegte Folgestudie zu erproben. Die Veränderungen im Laufe der Intervention sollten im Sinne des evidenzorientierten Modells E3bP (DOLLAGHAN 2007) auf externe, interne und soziale Evidenz fokussieren.

Das Projekt ist folgenden Fragen nachgegangen:

F1 Welche Veränderung zeigen Kinder mit früher SES im Rahmen einer sprachtherapeutischen Behandlung nach den Prinzipien der EST in Bezug auf

- a) Sprachverständnis
- b) Spracherwerbsbestimmende Kompetenzen (Spiel/Individuation)
- c) Pragmatisch-kommunikative Kompetenzen
- d) Spracherwerbsstrategien

F2 Welche Veränderungen werden aus Sicht der Eltern (soziale Evidenz) und aus Sicht der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten (interne Evidenz) in Bezug auf die ICF-Ebenen Funktionen, Aktivität, Teilhabe und personale Faktoren sowie auf die vier Kernkompetenzen festgestellt?

Aus den theoretischen Grundlagen wurden folgende Hypothesen angenommen:

H1 Die Kinder zeigen nach der Therapiephase (T3) eine Verbesserung der untersuchten Kompetenzen gegenüber der Ausgangssituation (T1).

H2 Die Veränderungen nach der Therapiephase (T3) sind stärker als in der Wartephase (T2).

H3 Die Kinder zeigen nach der Therapiepause (Konsolidierungsphase) (T4) eine weitere Steigerung ihrer Kompetenzen (im Vergleich zum Ende der Therapiephase (T3)).

H4 Die Kinder zeigen zunächst Fortschritte in den spracherwerbsbestimmenden Kompetenzen (Spiel/ Individuation), Spracherwerbsstrategien und pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und erst anschliessend Fortschritte in den sprachlichen Funktionen.

H5 Die Einschätzung der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten (interne Evidenz) deckt sich mit der externen Evidenz.

H6 Die klare Trennung der Bereiche Funktion, Aktivität, Teilhabe und personale Faktoren ist bei kleinen Kindern nur schwer möglich. Die Bereiche greifen ineinander.

4 Methodik

Das Pilotprojekt wurde als nicht kontrollierte Therapiestudie im Crossover-Design mit multiplen Einzelfällen durchgeführt. Die Erhebung erfolgte im Längsschnittdesign, Probandenkinder wurden über einen Zeitraum von 9 Monaten zwischen dem Erstkontakt mit einer logopädischen Kleinkindpraxis bis zum Abschluss einer ersten Therapiephase mit anschliessender

Therapiepause im Abstand von jeweils ca. 3 Monaten untersucht. Die Wartephase zwischen Erstkontakt und Therapiebeginn stellt die Kontrollbedingung dar.

4.1 Versuchspersonen

Die Rekrutierung der Versuchspersonen erfolgte von Oktober 2018 bis Dezember 2019 durch Kinderärzte im Kanton Zürich in Zusammenarbeit mit drei logopädischen Praxen im Kanton Zürich. Die teilnehmenden Praxen sind spezialisiert für die logopädische Arbeit mit Kindern vor Kindergarten Eintritt und alle Logopädinnen sind in EST ausgebildet. Einschlusskriterium war das Vorliegen einer verzögerten Sprachentwicklung, mit rezeptiven und expressiven Schwierigkeiten ohne Diagnose für eine allgemeine Entwicklungsverzögerung.

In die Pilotstudie eingeschlossen wurden drei Jungen, die bei Aufnahme in die Studie 23 (K2), 25 (K1) und 28 (K3) Monate alt waren. Tabelle 1 zeigt anamnestische Daten der Versuchspersonen.

Kind	Geschlecht	Alter T1	Sprachen	Deutschkontakt	Geschwister
K 1	m	25 Monate	Albanisch	ab 19 Mt	zwei ältere Geschwister
K 2	m	23 Monate	Schweizerdeutsch	Geburt	zwei ältere Geschwister
K 3	m	28 Monate	Standarddeutsch Schweizerdeutsch	Geburt	Einzelkind

Tabelle 1: Versuchspersonen

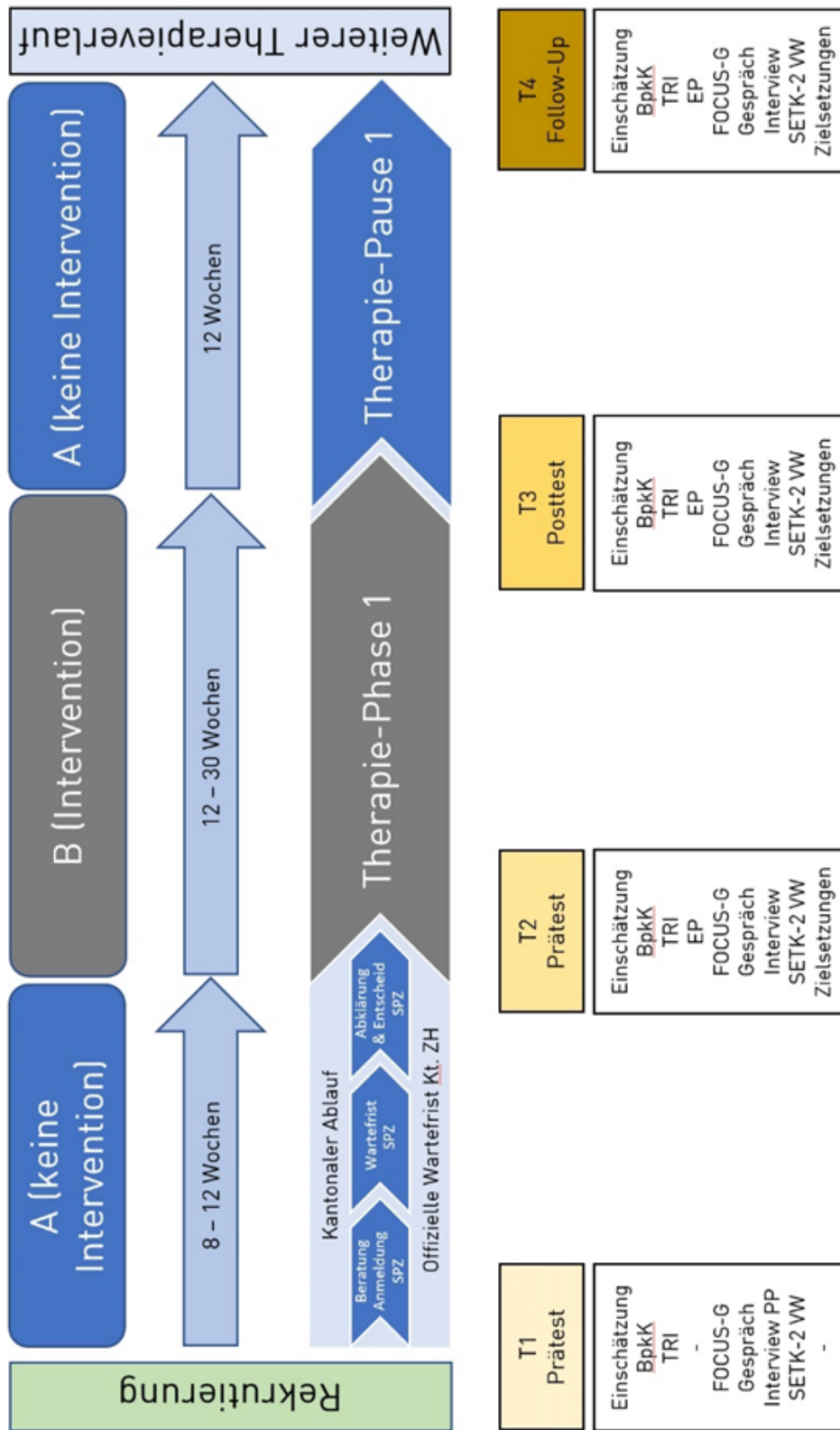
Tabelle 2 zeigt das Lebensalter der Versuchspersonen zu den 4 Testzeitpunkten.

Lebensalter der Kinder	Messzeitpunkte			
	T1	T2	T3	T4
Kind 1	25 Mt	28 Mt	32 Mt	36 Mt
Kind 2	23 Mt	26 Mt	31 Mt	35 Mt
Kind 3	28 Mt	32 Mt	37 Mt	40 Mt

Tabelle 2: Lebensalter der Versuchspersonen zu T1-T4

4.2 Ablauf

Gemäss dem kantonalen Ablauf erfolgte T1 zum Zeitpunkt des Erstkontakts mit der logopädischen Praxis und T2 nach einer 8–12 wöchigen Wartephase innerhalb derer eine vollständige logopädische Abklärung an einer spezialisierten Abklärungsstelle des Kantons Zürich erfolgte. T3 stellte den Abschluss eines ersten Therapieintervalls von ca. 12 Wochen dar und T4 erfolgte im Rahmen einer Follow-up Untersuchung nach einer Therapiepause von ca. 12 Wochen. Abbildung 1 zeigt den Studienablauf mit allen Testzeitpunkten sowie Erhebungsinstrumenten.



Einschätzung = Elterliche Einschätzung der Fähigkeiten ihres Kindes (Praxis für kleine Kinder)
 Bpkk = Beobachtungsraster zur Erfassung der kommunikativ-pragmatischen Kompetenz von ein- bis fünfjährigen Kindern (VISCHER & SIEVERS 2015)
 TRI = Instrument zur Analyse der triadischen Beobachtungssituationen (ZOLLINGER 2014)
 EP = Entwicklungsprofil (ZOLLINGER 2015)
 FOCUS-G = Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren (THOMAS-STONELL et al. 2012)
 Gespräch = Leitfaden-Gespräch zu elterlichen Wünschen/Erwartungen
 PP = Pragmatisches Profil (DOHMEN et al. 2009)
 SETK-2 = Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (GRIMM 2000)
 Zielsetzungen = Protokoll Therapeutische Zielsetzungen

Abbildung 1: Versuchsablauf

4.3 Erhebungsinstrumente

Die Erhebung der untersuchten Kompetenzen erfolgte zu allen Testzeitpunkten unter Berücksichtigung der internen, externen und sozialen Evidenz. Die interne Evidenz stellt hierbei die Perspektive der behandelnden Therapeutin dar, die externe Evidenz die Überprüfung durch externe Fachpersonen aus dem Forschungsteam und die soziale Evidenz die Perspektive der Eltern.

4.3.1 Instrumente zur Erfassung des Sprachentwicklungsstands und der spracherwerbsbestimmenden Kompetenzen

Entwicklungsprofil (ZOLLINGER 2015):

Das diagnostische Beobachtungsverfahren (teilnehmende, systematische Beobachtung) ist ein validiertes, halbstandardisiertes Verfahren und erfasst die Fähigkeiten/Strategien von Kindern im Entwicklungsalter von 1–3 Jahren aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive. Es erfasst die individuelle Dynamik der Sprachentwicklung anhand eines Profils und umfasst die Bereiche praktisch-gnostische, symbolische, sozial-kommunikative und sprachliche Kompetenzen sowie spezielle Verhaltensweisen. Im Rahmen einer Validierungsstudie wurden die 80 % Perzentile anhand von knapp 200 Entwicklungsprofilen (typisch entwickelte und klinisch auffällige Kinder) bestimmt, so dass das Entwicklungsalter in den untersuchten Entwicklungsbereichen erfasst werden kann (vgl. ZOLLINGER 2015; BOHR 2004). In der vorliegenden Studie dient das Entwicklungsprofil einerseits der Beurteilung der Gesamtentwicklung (altersentsprechend vs. nicht altersentsprechend; homogen vs. heterogen), andererseits als Instrument zur Erfassung des Entwicklungsverlaufs. Die symbolischen, sozial-kommunikativen und sprachlichen Kompetenzen werden als abhängige Variablen in ihrer Veränderung über den Studienverlauf hinweg betrachtet.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden mit dem Entwicklungsprofil Daten über Sprachverständnis, spracherwerbsbestimmende Kompetenzen (Spiel/Individuation), pragmatisch-kommunikative Kompetenzen und Spracherwerbsstrategien erfasst. Erhoben wird hier die interne Evidenz (Sicht der behandelnden Therapeutin). In Bezug auf die ICF-CY Domänen (Aktivität & Partizipation) greifen im Entwicklungsprofil verschiedene Bereiche aus dem Bereich des *elementaren Lernens* ineinander: *Lernen durch Handlungen mit Gegenständen, Sprache erwerben, Informationen erwerben, nachahmen* sowie aus der Bereich *Allgemeine Interpersonelle Beziehungen* und *Besondere Interpersonelle Beziehungen* (vgl. LIENHARD-TUGGENER 2017).

Triadisches Beobachtungsinstrument TRI (ZOLLINGER 2014a)

Das TRI ist ein Beobachtungsinstrument für die Erstberatung, welche im Kanton Zürich in privaten logopädischen Praxen stattfindet und einer umfassenden Abklärung am SPZ vorausgeht (vgl. ZOLLINGER 2014a). TRI wird für die Beobachtung triadischer Situationen mit kleinen Kindern mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten verwendet. Beobachtet werden vier Situationen zwischen Bezugsperson, Kind und Therapeut/Therapeutin (vgl. ZOLLINGER 2014a). Für die Gesprächs- und Spielsituationen werden jeweils spezifische Items, die das Verhalten des Kindes und der Mutter beschreiben, auf ihr Vorhandensein hin überprüft (z. B. Mutter kann Stärken des Kindes nennen; Mutter wehrt Einschätzung ab; Kind zeigt referenziellen Blickkontakt; Kind verharret bei Mutter) (vgl. ZOLLINGER 2014a). Da in diesem Rahmen keine umfassende Abklärung zulässig ist, wurde das TRI als ökonomisches Beobachtungsverfahren entwickelt (vgl. ZOLLINGER 2014a). Im Rahmen der vorliegenden Studie werden nur diejenigen Items verwendet, die eine Vergleichsmöglichkeit zu dem ab T2 durchgeführten Entwicklungsprofil bieten, wie beispielsweise das Nutzen des triangulären Blickkontakts und das Symbolspiel.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden mit dem TRI Daten über Sprachverständnis, spracherwerbsbestimmende Kompetenzen (Spiel/Individuation), pragmatisch-kommunikative Kompetenzen und Spracherwerbsstrategien erfasst. Erhoben wird hier die interne Evidenz (Sicht der behandelnden Therapeutin). In Bezug auf die ICF-CY Domänen (Aktivität und Partizipation) greifen im TRI verschiedene Bereiche aus dem Bereich des *elementaren Lernens* ineinander: *Lernen durch Handlungen mit Gegenständen, Sprache erwerben, Informationen erwerben, nachahmen* sowie aus dem Bereich *Allgemeine Interpersonelle Beziehungen* und *Besondere Interpersonelle Beziehungen* (vgl. LIENHARD-TUGGENER 2017).

4.3.2 Instrumente zur Erfassung des sprachlich-kommunikativen Entwicklungsstands

SETK-2 (GRIMM 2016)

Der Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2) (GRIMM 2016) ist ein Diagnoseinstrument für den Elementarbereich, das den rezeptiven und produktiven Sprachstand von zweijährigen Kindern in vier Untertests (Wort- und Satzebene) erfasst. In der dargestellten Studie wurde der Untertest Verstehen von Wörtern durchgeführt. Das Kind muss auf auditiven Input des Untersuchers hin aus einer Auswahl von vier Bildern das korrekte zeigen. Als Abbruchkriterium wurden drei aufeinanderfolgende Fehl- oder Nullreaktionen festgelegt. Als abhängige Variable wird der errechnete T-Wert verwendet. Da alle Kinder im Verlauf der Studie

ein Lebensalter erreichen, für das keine Normwerte mehr zur Verfügung stehen, ist ein Rückbezug auf eine altersentsprechende Leistung nicht zu allen Testzeitpunkten möglich.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden mit dem SETK-2 Daten über das Sprachverständnis erfasst. Erhoben wird hier die externe Evidenz.

In Bezug auf die ICF-CY untersucht der SETK-2 auf Funktionsebene *das Verständnis von gesprochener Sprache betreffende Funktionen* (vgl. LIENHARD-TUGGENER 2017).

Einschätzung der Fähigkeiten durch die Eltern (Anamnesebogen aus der Praxis o. A. (o. J.))

Im Rahmen eines Elterngesprächs wird die Einschätzung der Eltern des Kindes in Bezug auf sprachliche und spracherwerbsbestimmende Fähigkeiten erfragt. Die Eltern schätzen die aktuellen Fähigkeiten ihres Kindes in den Bereichen Sprachproduktion, Sprachverstehen, Spiel, Individuation und Kommunikation anhand von 11 Items jeweils auf einer 9 stufigen Likert-Skala (1 = kann es noch nicht; 9= kann es sehr gut) ein. Die Items betreffen Aspekte sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten der Kinder, wie z. B. für andere verständlich sprechen, Fragen stellen können, in der Lage sein, von Erlebnissen zu erzählen oder seinen Willen ausdrücken zu können. Auf einer Skala drücken die Eltern das Mass ihrer Sorgen bezüglich der Situation bzw. der Fähigkeiten ihres Kindes aus.

Die Einschätzung dient in der beschriebenen Studie als abhängige Variable für die Erfassung der Entwicklung des Kindes und der Entwicklung der Sorgen der Eltern.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden hier Informationen über Sprachverständnis, spracherwerbsbestimmende Kompetenzen (Spiel/Individuation), pragmatisch-kommunikative Kompetenzen und das Mass der elterlichen Sorge erfasst. Erhoben wird hier die Soziale Evidenz (Sicht der Bezugspersonen).

In Bezug auf die ICF-CY Domänen greifen hier verschiedene Bereiche aus dem Bereich des *elementaren Lernens* (Aktivität & Partizipation) ineinander: *Lernen durch Handlungen mit Gegenständen, Sprache erwerben, Informationen erwerben, nachahmen* sowie aus dem Bereich *Allgemeine Interpersonelle Beziehungen* und *Besondere Interpersonelle Beziehungen* (vgl. LIENHARD-TUGGENER 2017).

Pragmatisches Profil (DOHMEN et al. 2009)

In einem strukturierten Elterninterview (Fragebogen) werden die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen des Kindes erfragt. Das Pragmatische Profil wurde in einer adaptierten Fassung eingesetzt. Von den 38 Items wurden in der vorliegenden Studie 15 verwendet. Die kommunikativen Kompetenzen werden dabei in vier Leistungsbereiche mit diversen Subskalen

erfragt: *Kommunikative Intentionen ausdrücken; Reaktion auf Kommunikation; Kommunikationsorganisation, Kommunikationskontext*. Ebenfalls adaptiert wurde die Erfassung der Items. Das ursprünglich zur qualitativen Analyse angelegte Pragmatische Profil wurde in Anlehnung an DITTMANN et al. (2019) mit dem Ziel der Möglichkeit einer quantitativen Auswertung angepasst. Orientiert an Beispielen, die DOHMEN et al. (2009) in der Originalversion zu jeder Frage angeben, wurden Antwortmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, die aufsteigend mit Kompetenzstufen assoziiert sind (vgl. DITTMANN et al. 2019). Die erfragten Subskalen dienen in der vorliegenden Studie als Mass für Veränderungen der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen des Kindes in alltäglichen Kommunikationssituationen.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden mit dem Pragmatischen Profil Daten über pragmatisch-kommunikative Kompetenzen erfasst. Erhoben wird die soziale Evidenz (Sicht der Bezugspersonen). In Bezug auf die ICF-CY Domänen (Aktivität & Partizipation) *Allgemeine Interpersonelle Beziehungen* und *Besondere Interpersonelle Beziehungen und Kommunizieren als Sender und Kommunizieren als Empfänger* (vgl. LIENHARD-TUGGENER 2017).

Videoanalysen mit Beobachtungsrater zur Erfassung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen, BpkK (VISCHER 2020)

Das *BpkK* (VISCHER 2020) ist ein strukturierter Beobachtungsbogen zur Analyse pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen von kleinen Kindern. Es werden 24 Items aus den Bereichen *Nonverbale Kompetenzen* (z. B. Blickkontakt), *Verbale Kompetenzen* (z. B. lautliche Äusserungen), *Kommunikative Funktionen* (z. B. triangulärer Blickkontakt) und *die Reaktion auf Interaktionen* (z. B. Turn Taking) jeweils in einer dreistufigen Skala protokolliert (nie-, teilweise-, fast immer vorhanden) (vgl. VISCHER 2020). Die beobachteten Bereiche wurden in Anlehnung an das Modell der Pragmatischen Kompetenz von DOHMEN et al. (2009) entwickelt – es handelt sich um pragmatische Kompetenzen, die Kinder mit unauffälliger Entwicklung bis zum Alter von vier Jahren erwerben (vgl. DOHMEN et al. 2009). In der hier beschriebenen Studie wurden zu allen vier Testzeitpunkten fünfminütige Videosequenzen aus einer Spielsequenz zwischen der Logopädin und dem Kind mit dem *BpkK* analysiert und der Mittelwert sämtlicher Skalen als abhängige Variable verwendet.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden pragmatisch-kommunikative Kompetenzen erfasst. Erhoben wird hier die externe Evidenz. In Bezug auf die ICF-CY werden Informationen über die Domänen (Aktivität und Partizipation) *Kommunizieren als Sender und Kommunizieren als Empfänger* erhoben (vgl. LIENHARD-TUGGENER 2017).

4.3.3 Instrumente zur Erfassung der kommunikativen Teilhabe

Fokus auf den Erfolg der Kommunikation bei Kindern unter 6 Jahren FOCUS©-34-G Elternversion (NEUMANN et al. 2018)

Der *FOCUS©-34-G* ist ein ICF-CY basiertes Instrument zur Erfassung der sprachlichen Aktivität und kommunikativen Partizipation bei Kindern im Alter von 1;6 bis 5;11 Jahren (vgl. ZAUKE & NEUMANN 2019; NEUMANN et al. 2018). Es handelt sich um einen strukturierten Fragebogen für Eltern bzw. Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten, der sich quantitativ auswerten lässt und dessen Items den ICF-Codes zugeordnet werden können. Mit insgesamt 34 Items werden Fähigkeiten (Teil 1 mit 23 Items) und Unterstützungsbedarf (Teil 2 mit 11 Items) in Bezug auf sprachliche Aktivitäten und kommunikative Partizipation erfragt: z. B. «Mein Kind nutzt Sprache, um Ideen zu vermitteln» (vgl. NEUMANN et al. 2018). Zur Beantwortung der Items wird eine 7-stufige Likert-Skalierung verwendet. Die Beurteilung erfolgt im ersten Teil von 1 (*überhaupt nicht wie mein Kind*) bis 7 (*exakt wie mein Kind*) sowie im zweiten Teil von 1 (*kann es überhaupt nicht*) bis 7 (*kann es immer ohne Hilfe*). Zur Gesamtwertberechnung werden alle Punkte der 34 Items addiert. Somit kann ein Gesamtwert zwischen 34 und 238 Punkten erreicht werden. Ein höherer Wert entspricht einer erfolgreicheren kommunikativen Partizipation (vgl. ODDSON et al. 2019). Der Gesamtwert des *FOCUS©-G* auf der Skala für Eltern dient in der vorliegenden Studie als abhängiges Mass für eine veränderte Teilhabe des Kindes.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden pragmatisch-kommunikative Kompetenzen erfasst. Erhoben wird hier die soziale Evidenz (Sicht der Bezugspersonen) In Bezug auf die ICF-CY werden Informationen über die Domänen (Aktivität und Partizipation) *Kommunizieren als Sender und Kommunizieren als Empfänger* erhoben (vgl. LIENHARD-TUGGENER 2017).

4.3.4 Instrumente zur Planung und Evaluation der Therapie

Elterngespräch: Erwartungen/Wünsche (o. A. o. J.)

In einem teilstrukturierten Interview werden die Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen der Eltern an die logopädische Behandlung sowie die bisherige Entwicklung des Kindes aus ihrer Sicht erfragt. Die Eltern werden aufgefordert, für ihr Kind zwei Wünsche zu formulieren, einen bezüglich der sprachlichen Kompetenzen und einen bezüglich des Verhaltens. Die Wünsche der Eltern werden mit Unterstützung durch den Untersucher nach den SMART-Regeln nach COLLICUT MCGRATH & KISCHKA 2010 (zit. n. SCHNEIDER et al. 2014) zur Zielformulierung operationalisiert. Die Wünsche wurden beim Erstgespräch (T1) von der Bezugsperson formuliert und bei allen vier Testzeitpunkten durch die Eltern mit Hilfe einer 9 stufigen Likert-Skala evaluiert. (9 = der Wunsch

ist vollkommen erfüllt. Das Kind zeigt die erwünschte Fähigkeit voll und ganz; 1= das Kind zeigt noch überhaupt keine der erwünschten Fähigkeiten). Die beiden Skalenrohre (Wunsch nach Veränderungen in der Sprachkompetenz und Wunsch nach Veränderungen im Verhalten) werden je separat als abhängige Variablen verwendet.

Bezüglich der Fragestellung der Studie wird die soziale Evidenz (Sicht der Bezugspersonen) erhoben. Die Inhalte sind individuell an den Wünschen der Eltern für ihr Kind orientiert. Eine Zuordnung zu Funktionen, Aktivität und Partizipation im Sinne der ICF-CY ist abhängig von den Wünschen der Eltern und betrifft vermutlich mehrere Funktions- und Aktivitäts-/Partizipationsbereiche.

Elterngespräch: Leitfadeninterview

Mit Hilfe einer Leitfragen-gestützten Befragung wurde die Einschätzung der Eltern bezüglich der dem Forschungsprojekt zugrundeliegenden Fragestellung erfasst:

Welche Veränderungen werden aus Sicht der Eltern festgestellt in Bezug auf die ICF-Ebenen Funktion, Aktivität, Teilhabe, personale Faktoren und die vier Kernkompetenzen Sprachverstehen, spracherwerbsbestimmende Kompetenzen, pragmatisch-kommunikative Kompetenzen und Spracherwerbsstrategien wahrgenommen?

Zusätzlich wurden Informationen in Bezug auf ihre Erfahrungen mit Logopädie, ihr Verständnis von Logopädie, ihre Ursachenhypothesen und Annahmen über Wirkfaktoren erhoben. Die Fragestellungen wurden durch offene Leitfragen operationalisiert (z. B. Verständnis von Logopädie: «Haben Sie sich die Logopädie so vorgestellt oder waren Sie überrascht?» [Vorstellung Logopädie]).

Alle Interviews wurden durch denselben Interviewenden durchgeführt – einem Mitarbeiter der Abteilung für Forschung und Entwicklung der SHLR mit Erfahrung in Gesprächsführung mit Eltern sprachentwicklungsauffälliger Kinder. Wichtige Kompetenzen in der Gesprächsführung mit Eltern sprachentwicklungsauffälliger Kinder sind beispielsweise aktives Zuhören, Stellen von lösungsorientierten Fragen, abwarten, wenig sprechen (BÜTTNER & QUINDEL 2013). Für spezifische Fragen zur Therapie ihres Kindes wurde an die behandelnde Logopädin verwiesen.

Bezüglich der Fragestellung der Studie wird die soziale Evidenz (Sicht der Bezugspersonen) erhoben. Die Inhalte sind individuell an der Perspektive der Eltern der teilnehmenden Kinder orientiert. Eine Zuordnung zu Funktionen, Aktivität und Partizipation im Sinne der ICF-CY ist nicht eindeutig möglich.

Therapeutische Zielsetzung/Zielevaluation (o.A. o.J.)

Die therapeutische Zielsetzung nach den SMART Regeln nach COLLICUT MCGRATH & KISCHKA 2010 (zit. n. SCHNEIDER et al. 2014) erfolgte zu T2 in fünf Entwicklungsbereichen. Diese wurden in Anlehnung an die Kompetenzbereiche des Entwicklungsprofils von ZOLLINGER (2015) festgelegt: Symbolische Kompetenzen (Spiel), Sozialkommunikative Kompetenzen I (Individuation), Sozialkommunikative Kompetenzen II (aussersprachliche Kommunikation), Sprachliche Kompetenzen I (Sprachverstehen) und Sprachliche Kompetenzen II (Sprachproduktion inklusive der Strategie, eine Aussage zu wiederholen oder zu verändern, wenn das Kind nicht verstanden wird (Repair)). Zu T3 und T4 wurden die gesetzten Ziele mit Hilfe einer leicht modifizierten Variante der Goal Attainment Scale nach KIRESUK & SHERMAN (1968) evaluiert. In der hier verwendeten Form, werden die erwarteten Fortschritte mit +1 bewertet, grössere Fortschritte als erwartet mit +2; der Wert 0 bedeutet, dass Fortschritte sichtbar sind, jedoch weniger als erwartet; -1 bedeutet, dass keine Fortschritte sichtbar sind und -2, dass Rückschritte zu verzeichnen sind.

Bezüglich der Fragestellung der Studie werden hier Informationen über Sprachverständnis und spracherwerbsbestimmende Kompetenzen (Spiel/Individuation) und Spracherwerbsstrategien erfasst. Erhoben wird hier die interne Evidenz (Sicht der behandelnden Therapeutin). Eine Zuordnung zu Funktionen, Aktivität und Partizipation im Sinne der ICF-CY ist abhängig von den festgelegten Therapiezielen und betrifft vermutlich mehrere Funktions- und Aktivitäts-/Partizipationsbereiche.

4.3 Auswertung

Alle (adaptierten) (teil-)standardisierten Verfahren wurden nach den Vorgaben der Entwickler ausgewertet. Mit Hilfe des TRI und des Entwicklungsprofils wurde das Entwicklungsalter in den einzelnen Subskalen zu jedem Erhebungszeitpunkt beschrieben. Beim FOCUS®-G wurde jeweils der Gesamtpunktwert ermittelt und mit dem des vorherigen Testzeitpunktes verglichen. Gemäss den Autoren wird eine Differenz von 7 bis 10 Gesamtpunkten als klinisch relevant eingeschätzt; ein Unterschied von 11 und mehr Gesamtpunkten entspricht einer klinisch signifikanten Verbesserung. Bei der Einschätzung der Eltern wurden zu jedem Testzeitpunkt Mittelwerte für die einzelnen Skalen gebildet und mit dem vorherigen Testzeitpunkt verglichen. Beim BpkK und PP werden zu allen vier Messzeitpunkten die Mittelwerte sämtlicher Items berechnet und miteinander verglichen. Für eine differenziertere Betrachtung werden ergänzend punktuell Skalen-Mittelwerte berechnet und verglichen. Die Auswertung der Videoanalysen (je 5 Minuten

einer Spielsequenz) mit dem BpkK erfolgte in Bezug auf den Erhebungszeitpunkt verblindet. Sämtliche Auswertungen wurden von einer Mitarbeiterin der Forschungsabteilung der SHLR durchgeführt. Vor der Auswertung wurde die Interrater Reliabilität anhand von 6 Videos und 3 Beurteilerinnen/Beurteilern mittels der Berechnung Intraklassen-Korrelation (ICC) überprüft. Es zeigte sich für 6 Items eine exzellente ($>0,9$), für 13 Items eine Moderate bis gute ($>0,6$) und für 4 Items eine schlechte Beurteilerübereinstimmung. Zwei Items konnten bei völliger Übereinstimmung der Beurteilerinnen bzw. Beurteiler nicht berechnet werden. Die operationalisierten Wünsche der Eltern wurden zu allen Erhebungszeitpunkten mit dem jeweiligen Wert auf der Likert-Skala erfasst, die Therapieziele der Therapeutinnen mit Hilfe einer adaptierten Form der Goal Attainment Scale (GAS, vgl. KIRESUK & SHERMAN 1968) evaluiert. Die Elterninterviews wurden aufgezeichnet und für den Zeitraum der Studie anonymisiert gespeichert. Es erfolgte eine Transkription nach inhaltlich-semantischer Art nach DRESING & PEHL (2018). Dies beinhaltet u. a. eine Übertragung von schweizerdeutschem Dialekt in Schweizer Standardsprache. Die Audiodaten wurden anonymisiert. Die Auswertung des Elterninterviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. KUCKARTS 2018). Die Kategorienbildung erfolgte sowohl deduktiv (a priori) als auch induktiv (am Material) im Konsensverfahren mit zwei Beurteilern.

Die statistischen Kennwerte und Grafiken wurden mit MS-Excel (Office 2019) erstellt.

5 Ergebnisse

5.1 Ausgangslage (T1)

Eine erste Einschätzung der Spielentwicklung, des produktiven und rezeptiven Sprachentwicklungsstandes und der sozial-kommunikativen Kompetenzen werden an dieser Stelle für alle drei Kinder auf der Basis des TRI beschrieben.

Beim ersten Kontakt mit der Logopädin im Rahmen der Erstberatung gelingt es Kind 1 und 2, sich auf die Kontakt- und Spielangebote der Logopädin einzulassen. Kind 3 zeigt sich zurückhaltend, es ist kein direkter Blickkontakt zu beobachten und der Aufbau eines sozialen Kontaktes gelingt noch nicht. Entsprechend fällt es Kind 3 noch schwer, auf Aufforderungen zu reagieren, es wendet sich häufig ab, wenn es von der Therapeutin angesprochen wird. Es lässt sich beobachten, dass das Kind vereinzelt Aufträge ausführt und somit eine Grundlage im Sprachverständnis vorliegt. Kind 2 zeigt sich interessiert und neugierig, versteht jedoch

situationale Aufforderungen der Therapeutin noch nicht; es kann noch keine Gegenstände geben. Ähnlich zeigen sich die Kompetenzen im Kontaktverhalten und im Sprachverstehen bei Kind 1. Es interessiert sich für den Kontakt mit der Therapeutin, kann situationalen Aufforderungen jedoch noch nicht nachkommen. Kind 1 spricht erste Wörter, welche von der Logopädin meist noch nicht verstanden werden. Es spielt mit den Gegenständen funktional im Rahmen von Behälterspielen. Ein- und Zweiwortsätze oder Fragen sind noch nicht zu beobachten. Kind 2 spielt in einzelnen symbolischen Handlungen, spricht in Ein- bis Zweiwortsätzen und stellt erste Fragen. Seine produktiven und kommunikativen Kompetenzen scheinen gemäss der ersten Einschätzung im Rahmen der Erstberatung etwas weiterentwickelt als die rezeptiven Sprachleistungen. Kind 3 spielt ebenfalls in einzelnen symbolischen Handlungen. Es verwendet erste Wörter, noch keine Ein- bis Zweiwortäusserungen. Monitoringstrategien sind gemäss TRI bei Kind 1 noch keine zu beobachten. Es reagiert auf die zwei absurden Aufforderungen noch nicht und fordert keine Klärung. Bei Kind 2 und 3 gibt es Reaktionen auf das Nicht-Verstehen im Rahmen von Abwenden oder Irritation. Beide Kinder können zu diesem Zeitpunkt noch nicht eindeutig auf die Unsicherheiten im Sprachverstehen reagieren. Weder nonverbales noch verbales Monitoring ist im Rahmen einer Reaktion auf das unsichere Verstehen eindeutig zu beobachten.

Bei T1 formulieren die Mütter innerhalb des teilstrukturierten Interviews zwei Wünsche an die Entwicklung des Kindes. Sie werden angeleitet, einen Wunsch in Bezug auf die Entwicklung im Verhalten zu formulieren und einen Wunsch in Bezug auf den Spracherwerb. Als zweiten Schritt beurteilen sie innerhalb einer 9-stufigen Likert-Skala, wo sich das Kind in Bezug auf die erwünschten Kompetenzen beim Zeitpunkt der Erstberatung befindet. In Tabelle 3 sind die Wünsche wie auch die Beurteilung der Eltern festgehalten.

Wunsch Verhalten		Beurteilung ¹
Kind 1	«Wenn [das Kind] ein "nein" hört, weint es weniger lange, weil es sich selbst beruhigen kann oder sich von seiner Mutter trösten lässt.»	1
Kind 2	«Wenn [das Kind] frustriert ist, beisst oder schlägt es nicht mehr sondern legt sich toibelend (tobend) auf den Boden und lässt sich danach auf einen alternativen Vorschlag von der	2

	Mutter ein oder lässt sich darauf ein, das was es wollte, auf später zu verschieben.»	
Kind 3	«In Situationen mit anderen Kindern hat [das Kind] mehr Ausdauer und bleibt länger im Spiel drin, sodass längere Sequenzen entstehen.»	4
Wunsch Sprachkompetenzen		Beurteilung ¹
Kind 1	«[Das Kind] kann erste Wörter, die Bedeutung haben, deutlich artikulieren.»	1
Kind 2	«[Das Kind] kann sein Bedürfnis mit einzelnen Wörtern (nein, ich, doch, Nomen: Hunger, Durst, Milch, Verben: spielen, chum, kuscheln, helfen) ausdrücken.»	2
Kind 3	«[Das Kind] kann sich in 1-2-Wortsätzen bedeutungsvoll über seine Wünsche und Gefühle ausdrücken (z. B. "ich auch", wenn die Mutter sagt "ich liebe dich").»	3

Tabelle 3: Wünsche der Eltern

¹Beurteilung als Skalenrohwert bei neun-stufiger Likert-Skala (Minimalwert 1 bedeutet dieses Verhalten wird noch gar nicht beobachtet, Maximalwert 9 bedeutet, erwünschte Kompetenzen sind vollständig erreicht)

Die Wünsche für das Verhalten bei Kind 1 und 2 zeigen, dass die Mütter Schwierigkeiten in der Regulation bei Frustration wahrnehmen und sich darin eine Veränderung wünschen. Für Kind 3 bezieht sich der Wunsch auf das Zusammenspiel mit anderen Kindern. Der Wunsch zur Sprachkompetenz beinhaltet bei allen Kindern die Kompetenz, Wörter oder Zwei-Wortkombinationen wirkungsvoll verwenden zu können. Bei Kind 1 kommt zusätzlich zum Ausdruck, dass der Wunsch besteht, das Kind zu verstehen. Bei Kind 2 bezieht sich die Mutter insbesondere darauf, dass das Kind Bedürfnisse mitteilen kann und für Kind 3 wünscht sich die Kindsmutter, dass es gelingt, Sprache bedeutungsvoll für die Formulierung von Wünschen oder Gefühlen zu nutzen. Die Beurteilung der IST-Situation zeigt für Kind 1 bei beiden Wünschen den Minimalwert, für Kind 2 beurteilt die Kindsmutter die aktuellen Kompetenzen ebenfalls mit dem Punktwert von 2 als sehr tief. Für Kind 3 fallen die Beurteilungen mit Punktwert 3 für den Entwicklungsbereich «Sprache» ebenfalls in das tiefste Drittel, beim Wunsch an Veränderungsverhalten im Bereich des Zusammenspiels mit andern Kindern fällt die mütterliche Beurteilung mit Punktwert 4 in das mittlere Drittel und weist darauf hin, dass bereits erste Möglichkeiten für das Spiel mit andern Kindern aus Sicht der Kindsmutter zu beobachten sind.

Ergänzend zu den Wünschen, welche von den Müttern formuliert werden, finden sich folgend dargestellt ihre Sorgen, welche Sie bei T1 innerhalb des Anamnesebogens angeben. Die elterlichen Sorgen werden ebenfalls auf einer 9-stufigen Likert-Skala erfasst, welche von 9=sehr besorgt bis 1=nicht besorgt reicht. Die Mütter von Kind 1 und Kind 2 geben ihre Sorgen bei T1 mit einem Punktwert von 7 an. Bei der Kindsmutter von Kind 3 fällt das Ausmass der Sorge mit einem Punktwert von 4 moderat aus. Es interessiert am Ende der Ergebnispräsentation, ob sich die mütterlichen Sorgen über die Therapie- und Konsolidierungsphase hinweg reduzieren. Dieser Frage wird am Ende des Ergebnisteils nachgegangen.

5.2 Überblick im Entwicklungsprofil von T2 bis T4

Für einen ersten Überblick über die Entwicklung der drei Kinder von Therapiestart bis Abschluss der Konsolidierungsphase werden im Folgenden die Entwicklungsverläufe anhand des Entwicklungsprofils beschrieben. Es handelt sich hierbei um Beurteilungen von T2, T3 und T4 (vgl. Tabelle 4). Es werden die symbolischen, sozial-kommunikativen sowie sprachlichen Kompetenzen und ihre Veränderungen festgehalten. Ebenfalls werden in diesem Ergebnisteil die Ziele der Logopädinnen dargestellt, welche sie bei Therapiebeginn formuliert haben.

Entwicklungsprofil		Messzeitpunkte			
		T1	T2	T3	T4
Kind 1	Symb. Kompetenzen	o. A.	12–15 Mt	18–24 Mt	18–24 Mt
	Soz.-Komm. Kompetenzen	o. A.	18–24 Mt	18–24 Mt	18–24 Mt
	Sprachliche Kompetenzen	o. A.	12–15 Mt	12–15 Mt	18–24 Mt
Kind 2	Symb. Kompetenzen	o. A.	18–24 Mt	24–30 Mt	30–36 Mt
	Soz.-komm. Kompetenzen	o. A.	18–24 Mt	30–36 Mt	30–36 Mt
	Sprachliche Kompetenzen	o. A.	18–24 Mt	30–36 Mt	30–36 Mt
Kind 3	Symb. Kompetenzen	o. A.	18–24 Mt	24–30 Mt	24–30 Mt
	Soz.-komm. Kompetenzen	o. A.	18–24 Mt	30–36 Mt	30–36 Mt
	Sprachliche Kompetenzen	o. A.	15–18Mt	18–24 Mt	24–30 Mt

Tabelle 4: Entwicklung in den drei Bereichen des Entwicklungsprofils

Bei der Betrachtung der Veränderungen innerhalb der drei Kompetenzbereiche zeigt sich für Kind 1 über die Therapiephase (von T2 zu T3) ein Zuwachs der symbolischen Kompetenzen und über die Konsolidierungsphase (von T3 zu T4) in den sprachlichen Kompetenzen. Die sozial-kommunikativen Kompetenzen bleiben unverändert bei einem Entwicklungsalter von 18–24 Monaten. Beim Vergleich von Entwicklungsalter und Lebensalter bleiben alle drei Kompetenzbereiche bei T3 und T4 deutlich unter dem Lebensalter. Bei Kind 2 zeigt sich über die Therapiephase (von T2 zu T3) in allen drei Entwicklungsbereichen des Entwicklungsprofils ein Kompetenzzuwachs. Während der Konsolidierungsphase (von T3 zu T4) steigen die symbolischen Kompetenzen zusätzlich an. Verglichen mit dem Lebensalter zeigt sich, dass das Entwicklungsprofil zunehmend altersentsprechend ausfällt.

Veränderungen über die Therapiephase (von T2 zu T3) zeigen sich auch bei Kind 3 in allen Kompetenzbereichen. Zudem steigen die sprachlichen Kompetenzen über die Konsolidierungsphase (von T3 zu T4) weiter an. Ein Vergleich mit dem Lebensalter zeigt, dass im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenzen die Entwicklungsschritte zu einem knapp altersentsprechenden Entwicklungsalter führen.

Die folgenden Darstellungen (vgl. Abbildung 2, Abbildung 3 und Abbildung 4) geben einen Überblick über die Entwicklung von Therapiebeginn (T2) bis zum Ende der Pause (T4) für die einzelnen Items des Entwicklungsprofils.

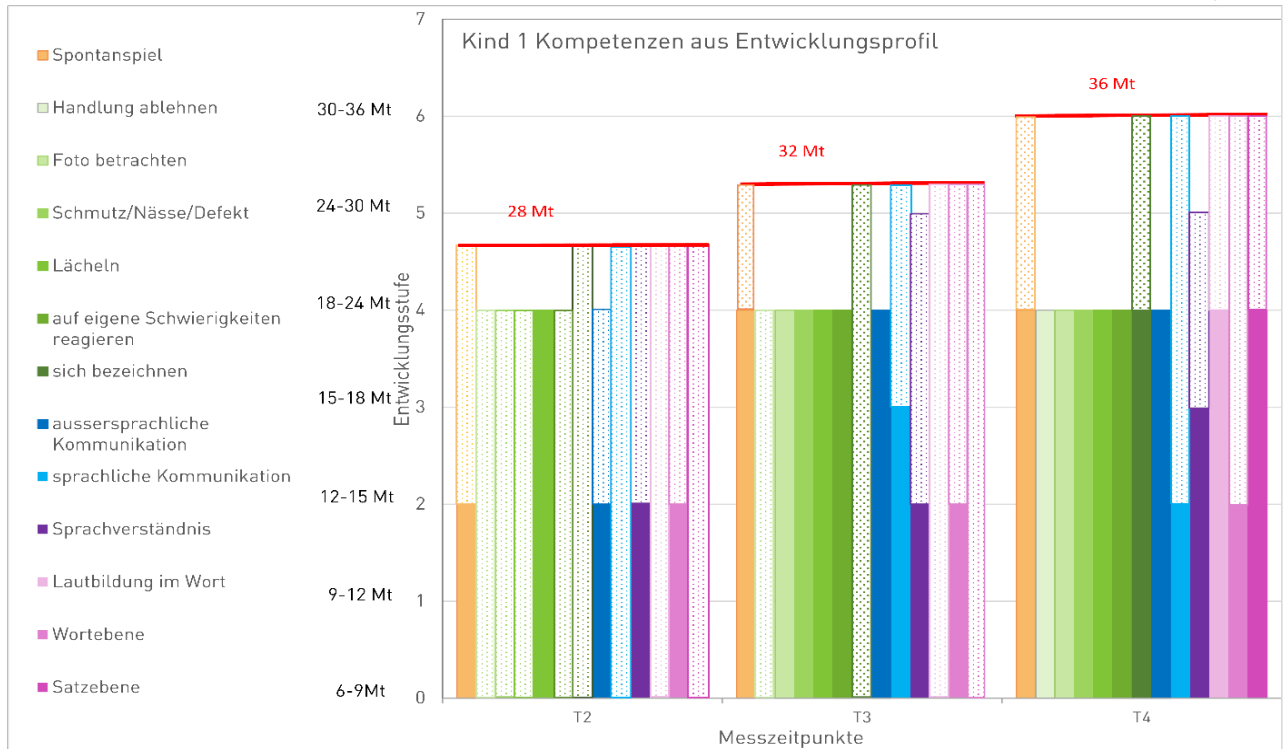


Abbildung 2: Vergleich der Ergebnisse im Entwicklungsprofil für T2–T4 Kind 1

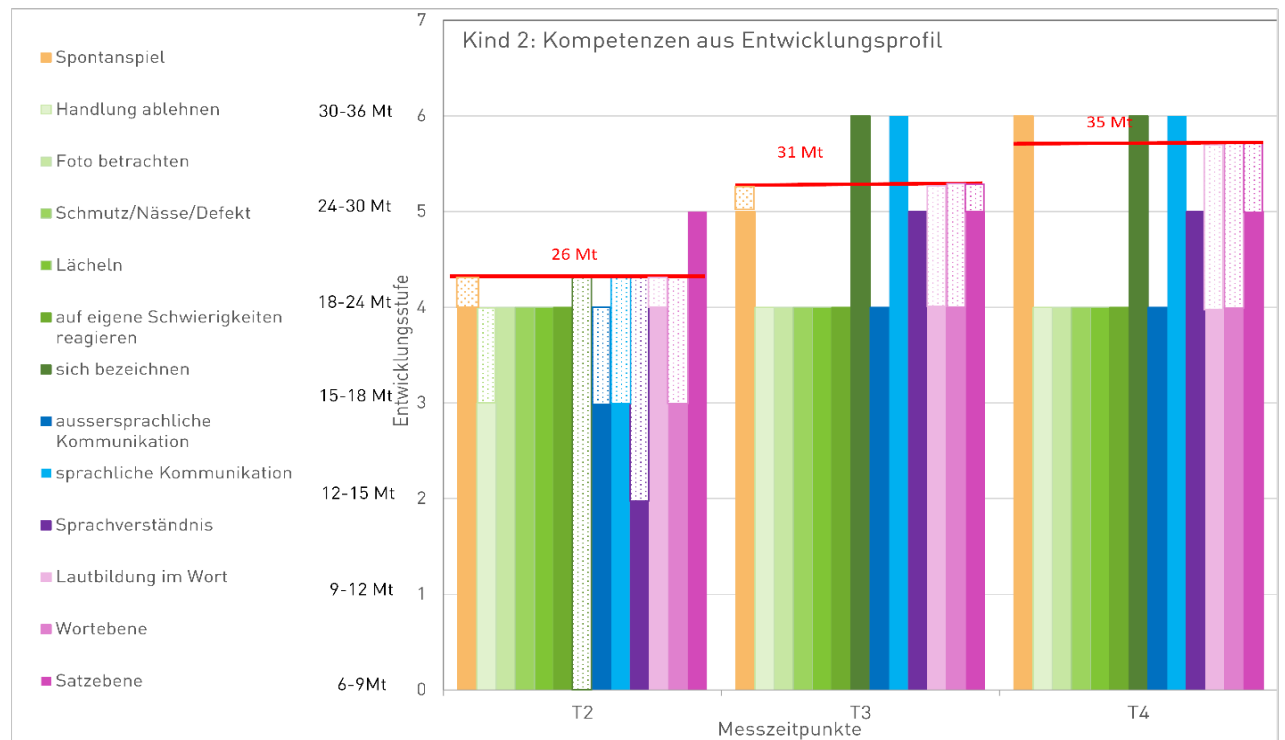


Abbildung 3: Vergleich der Ergebnisse im Entwicklungsprofil für T2–T4 Kind 2

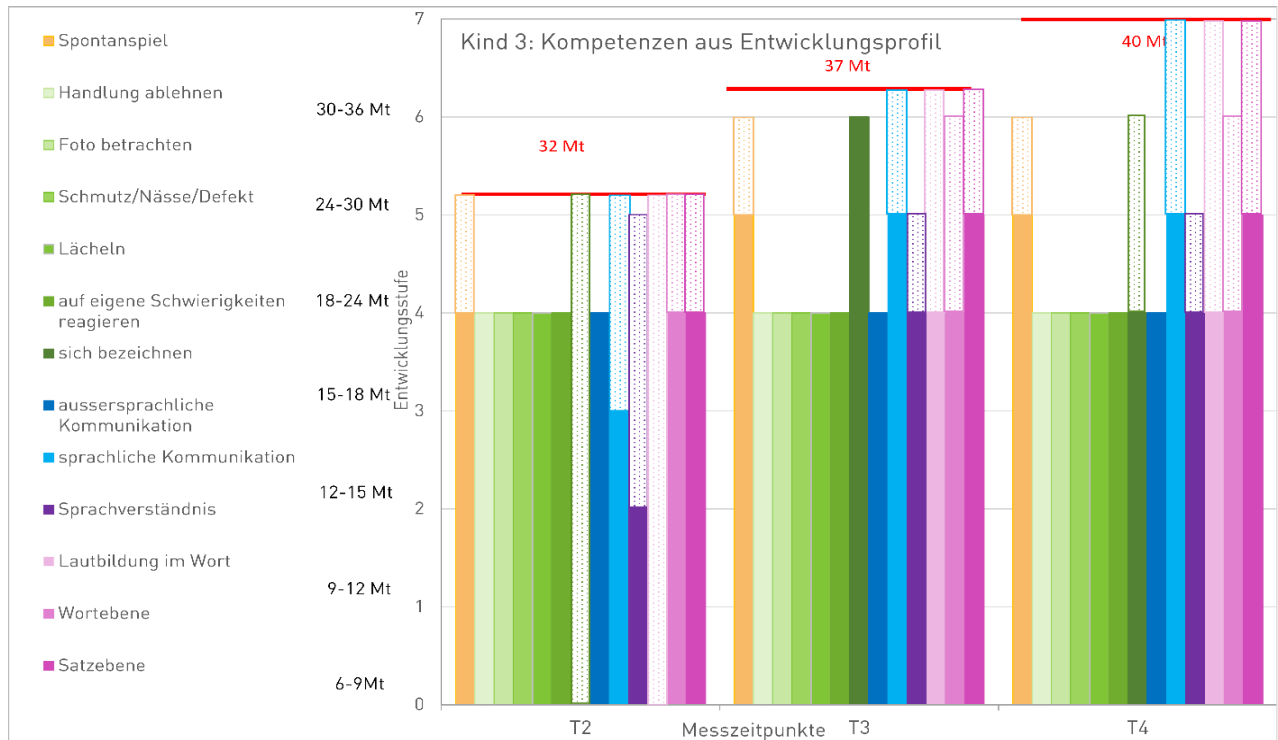


Abbildung 4: Vergleich der Ergebnisse im Entwicklungsprofil für T2–T4 Kind 3

5.3 Ergebnispräsentation in Bezug auf die Entwicklungsbereiche

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse thematisch geordnet präsentiert. Die Daten werden entlang der Fragestellungen in die Bereiche «spracherwerbsbestimmende Kompetenzen, somit Spiel- und Individuationsentwicklung», «Sprachverständnis», «pragmatisch-kommunikative Kompetenzen» und «Spracherwerbsstrategien» aufgeteilt.

5.3.1 Symbolische Kompetenzen / Spiel

Auf der Basis von TRI (Erstberatung, T1) und des Entwicklungsprofils, welches von den Therapeutinnen zu T2, T3 und T4 ausgefüllt wurde (interne Evidenz) und der Einschätzung der Eltern im Anamnesebogen (soziale Evidenz), welche für alle Messzeitpunkte vorliegt, werden die Veränderungen in den symbolischen Kompetenzen beschrieben. Kind 1 zeigt in der Erstberatung (T1) und bei Therapiebeginn (T2) ein Entwicklungsalter von 12–15 Monaten. Es spielt funktional in Form von Behälterspielen. Am Ende der Therapiephase beachtet es sein Handlungsergebnis, was einem Entwicklungsalter von 18–24 Monaten entspricht. In der Konsolidierungsphase beginnt es in symbolischen Einzelhandlungen zu spielen, was qualitativ einen wichtiger Entwicklungsschritt bedeutet. Das Entwicklungsalter bleibt bei 18–24 Monaten.

Kind 2 spielt in der Erstberatung und bei Therapiebeginn in einzelnen symbolischen Handlungen (Entwicklungsalter 18–24 Monate) und kann diese im Anschluss an die Therapiephase zu linearen Sequenzen verknüpfen (Entwicklungsalter 24–30 Monate). Am Ende der Konsolidierungsphase (zu T4) gelingt es, mit Unterstützung der Therapeutin ansatzweise ein geplantes Spiel zu spielen, was einem Entwicklungsalter von 30–36 Monaten entspricht.

Kind 3 spielt in der Erstberatung und bei Therapiebeginn in einfachen symbolischen Handlungen und erweitert diese während der Therapiephase zu linearen symbolischen Handlungen. Es startet in die Erhebung mit einem Entwicklungsalter von 18-24 Monaten (T1 und T2) und erlangt zu T3 ein Entwicklungsalter von 24-30 Monaten. Über die festigt es seine Kompetenzen, zu einem weiteren Entwicklungsschritt kommt es bis T4 noch nicht.

Untenstehende Abbildung 5 stellt die Einschätzungen der Spielentwicklung aus Sicht der Mütter dar. Diese Einschätzung wurde im Unterschied zum Entwicklungsprofil bereits zu T1 erhoben, somit lässt sich die Einschätzung der Mütter über alle vier Messzeitpunkte und über alle drei Phasen der Datenerhebung festhalten. Die Einschätzung erfolgt mittels einer 9-stufigen Likert-Skala und wird als Mittelwert folgender beiden Items ausgedrückt: Das Kind kann selbstständig spielen und das Kind kann mit andern gemeinsam spielen.

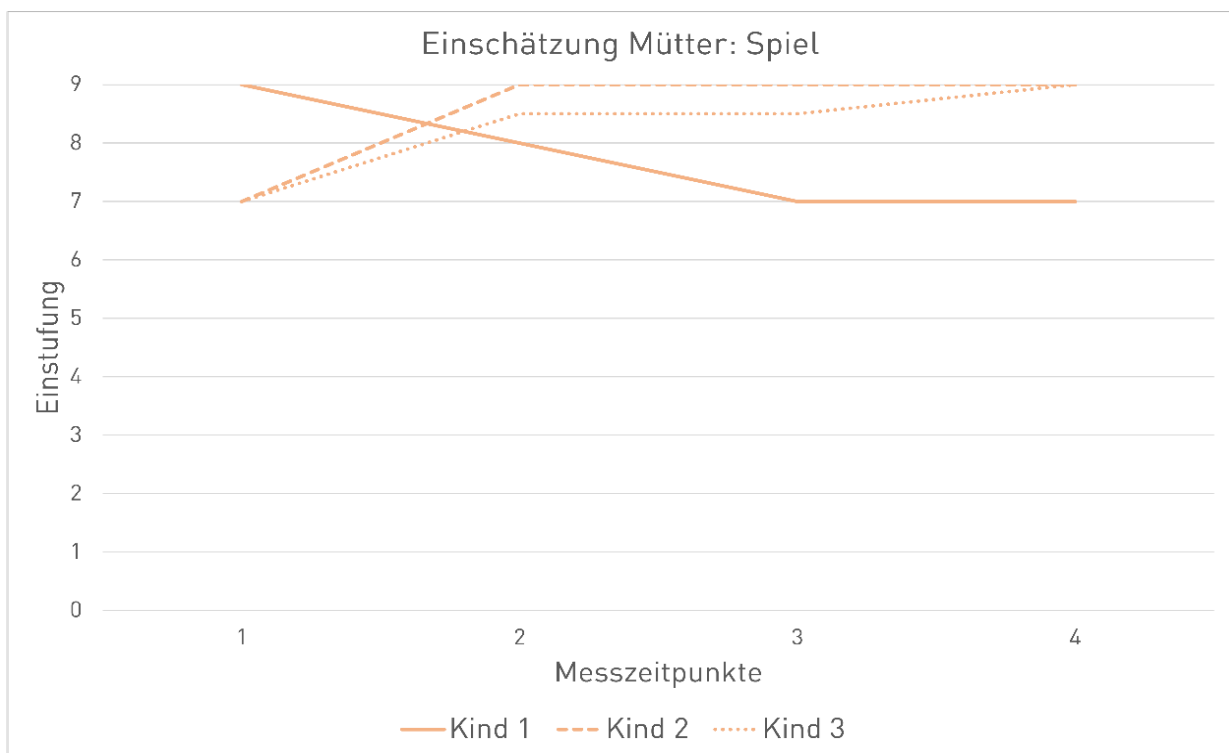


Abbildung 5: elterliche Einschätzung der Spielentwicklung auf der Basis des Anamnesebogens

Bei Kind 1 zeigen sich von T1 bis T3 in der mütterlichen Einschätzung der Spielkompetenzen absteigende Werte. Sie schätzt die Spielkompetenzen bei T1 mit dem maximalen Mittelwert von $M=9$ ein, was bedeutet, dass sie sowohl das selbständige Spiel wie auch das Spiel mit anderen Kindern mit 9 bewertet. Ihre Einschätzung nimmt von T1 bis T3 kontinuierlich um einen Punktwert ab und bleibt am Ende der Pause für beide Items wie auch im Mittelwert bei 7.

Bei Kind 2 und Kind 3 geben die Mütter bereits in der Wartephase (von T1 zu T2) eine Verbesserung der Spielkompetenzen an. Die Mittelwerte liegen bei beiden Kindern bereits bei T1 hoch und steigen zwischen T1 und T2 an. Die Mutter von Kind 2 stuft die Fähigkeit ihres Kindes im Spiel mit andern zu T1 bei einem Punktwert von 5 ein und schätzt diese Möglichkeit bei T2 beim Maximalwert von 9 ein. Sie stuft die Kompetenz des Kindes, alleine zu spielen, ab T1 mit dem Maximalwert ein. Somit erreicht die Einschätzung der Spielkompetenzen durch die Mutter bei Kind 2 ab T2 den Maximalwert von $M=9$. Diese Kompetenz bleibt aus Sicht der Kindsmutter bis zum Ende der Konsolidierungsphase stabil.

Bei Kind 3 ist der Anstieg des Mittelwertes über die Wartephase (T1: $M=7$; T2: $M=8,5$) durch zunehmende Möglichkeiten im Spiel für sich alleine (zu T2 beim Maximalwert von 9) wie im Spiel mit andern Kindern gemeinsam (zu T2 bei 8) zu erklären. Über die Therapiephase bleiben die Spielkompetenzen aus Sicht der Kindsmutter stabil und steigen während der Konsolidierungsphase auf den maximalen Mittelwert von $M=9$. Die Kindsmutter stuft bei T4 auch die Möglichkeiten ihres Kindes, gemeinsam mit anderen Kindern zu spielen mit dem Maximalwert ein.

Im Elterngespräch (Leitfadeninterview) beschreiben die Mütter aller Kinder über alle Messzeitpunkte hinweg Veränderungen im Spielverhalten in Bezug auf die Interaktionsgestaltung der Kinder im Spiel mit anderen Kindern. Meist handelt es sich um Interaktionen auf dem Spielplatz. Alle Kinder können sich im Studienverlauf leichter auf ein Spiel mit anderen Kindern einlassen, länger dabei verweilen und selbstsicherer mit anderen Kindern spielen. Bei Kind 1 werden diese Veränderungen durch die Kindsmutter am Ende der Therapiephase (T3) beschrieben. Die Kindsmutter von Kind 2 beschreibt eine längere Ausdauer im Spiel mit anderen im Anschluss an die Konsolidierungsphase (zu T4). Bei Kind 3 treten die Veränderungen bereits bei Therapiebeginn (T2) ein. Die Kindsmutter beschreibt, dass sich das Kind im Spiel mit anderen weniger zurückzieht. Weiterführend beschreibt sie, dass ihr Kind im Anschluss an die Therapiephase (T3) viel mit anderen Kindern gesprochen habe und im Anschluss den Spielplatz nicht mehr verlassen wollte. Veränderungen in Bezug auf die

Entwicklung der symbolischen Kompetenzen, im Sinne von Symbolspiel, beschreibt die Kindsmutter von Kind 2 im Anschluss an die Konsolidierungsphase (T4).

Zusammenfassend lässt sich für die Spielentwicklung festhalten, dass aus Sicht der Therapeutinnen alle Kinder über die therapeutische Intervention und Konsolidierungsphase hinweg (T2 bis T4) qualitativ wichtige Entwicklungsschritte erlangen konnten. Dies kommt für Kind 2 und Kind 3 auch durch die Einschätzung der Mütter zum Ausdruck. Die Mittelwerte der Einschätzung der Mütter (soziale Evidenz) fällt bei allen drei Kindern über sämtliche Messzeitpunkte in das obere Drittel der Skalierung. Diese Einschätzung weicht von der Beurteilung der behandelnden Therapeutinnen ab. Bei Kind 1 wurden die Spielkompetenzen der Mutter zu T1 deutlich höher eingestuft als die fachliche Beurteilung. Durch die absteigenden Werte der mütterlichen Einschätzung kommt es bis T4 zu einer Übereinstimmung zwischen der internen und der sozialen Evidenz.

5.3.2 Individuationsentwicklung

Folgende Items sind Teil des Entwicklungsprofils und werden zur Auswertung der Individuationsentwicklung beigezogen: Handlung ablehnen, sich auf einem Foto betrachten, Reaktion auf Schmutz, Nässe und Defekt, Lächeln nach einer gelungenen Handlung, Reaktion auf eigene Schwierigkeiten, sich bezeichnen (in den Abbildungen 2, 3 und 4 grün hinterlegt).

Kind 1 konnte während der Therapie (von T2 zu T3) in der Individuation folgende Entwicklungsschritte machen: Es reagiert nun, anders als zuvor, auf seine Schwierigkeiten, betrachtet sich auf einem Foto und reagiert auf Schmutz und Nässe. Über die Konsolidierungsphase hinweg beginnt es «Nein» zu sagen sowie sich beim Namen zu nennen. Dies führt für T3 zu einem Entwicklungsalter von 18–24 Monaten, was über die Konsolidierungsphase stabil bleibt.

Bei Kind 2 zeigen sich in der Individuation ebenfalls über die Therapiephase (von T2 zu T3) Fortschritte. Das Kind sagt am Ende der Therapiephase (T3) «Nein» und «Ich». Es erlangt aufgrund der Nennung von sich selbst als «Ich» ein Entwicklungsalter von 30–36 Monaten.

Auch Kind 3 beginnt sich über die Therapiephase mit «Ich» zu bezeichnen, was einem Entwicklungsalter von 30–36 Monaten entspricht. Bei der Kontrolluntersuchung im Anschluss an die Konsolidierungsphase ist die Benennung von sich als «Ich» jedoch nicht zu beobachten. Das Entwicklungsalter in der Individuation kommt somit auf 24–30 Monaten.

Die Einschätzung der Mütter zur Individuationsentwicklung wird als Mittelwert von drei Items beurteilt (vgl. Abbildung 6). Die Werte folgender drei Einschätzungen werden gemittelt: «Kind kann sich von den Eltern trennen», «es kann seinen eigenen Willen ausdrücken» und «es tritt selbstsicher auf».

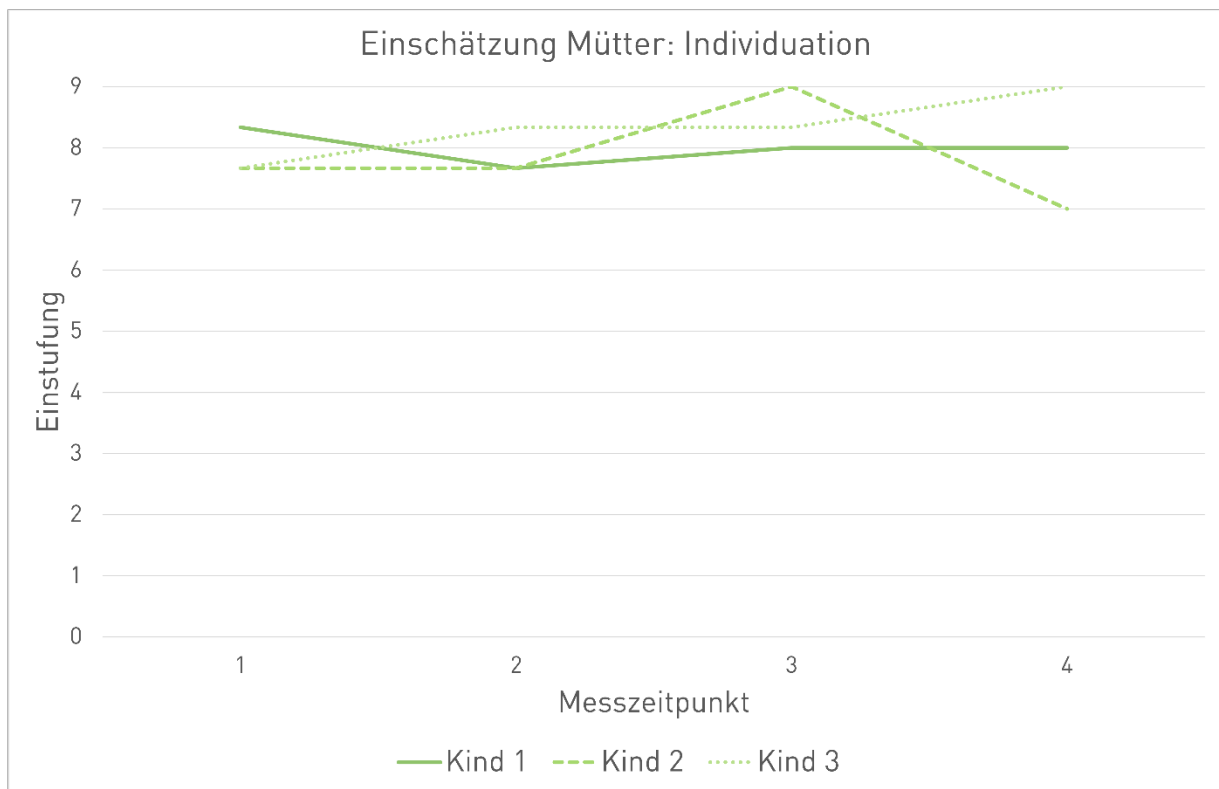


Abbildung 6: elterliche Einschätzung der Individuationsentwicklung auf der Basis des Anamnesebogens

Bei Kind 1 bewegen sich die Einschätzungen der Kindsmutter zwischen T1 und T4 im Bereich von 7,67 und 8,33. Wobei die Kindsmutter die Kompetenzen bei T1 mit $M=8,33$ am höchsten einstuft. Über die Wartephase hinweg fällt die Einschätzung auf $M=7,67$ und pendelt sich im Anschluss am Ende der Therapiephase und auch über die Konsolidierungsphase bei $M=8$ ein. Im Detail beschreiben die Angaben der Kindsmutter, dass sich das Kind bei Therapiebeginn etwas besser von der Mutter lösen kann als bei der Erstberatung (T1:7; T2:8). Diese Einschätzung bleibt im Anschluss konstant. Das Ausdrücken des eigenen Willens und das selbstsichere Auftreten werden zu Beginn bei T1 mit dem Höchstwert von 9 eingestuft, danach findet sich die Einschätzung der Kindsmutter über Therapie- und Konsolidierungsphase bei 8 ein, wobei das Ausdrücken des eigenen Willens bei Therapiebeginn mit dem Punktwert 6 verhältnismässig tief eingestuft wird. Die Einschätzung der Kindsmutter stimmt bei T4 besser mit der Beurteilung der

Therapeutin überein als zu T1 und T2. Beide Beurteilungen weisen auf positive Veränderungen während der Therapie- bzw. Konsolidierungsphase hin.

Bei Kind 2 beginnt die Einschätzung der Individuationsentwicklung durch die Kindsmutter bei $M=7,67$ und bleibt über die Wartephase auf diesem Wert. Dabei gibt die Kindsmutter an, dass sich das Kind zu T1 wie zu T2 gut von ihr trennen kann (Punktwert 9). Zu T1 bewertet sie die Möglichkeiten des Kindes, seinen Willen auszudrücken mit 9, zu T2 jedoch nur noch mit 7. Dafür beurteilt sie die Selbstsicherheit ihres Kindes eingangs bei der Erstberatung mit 5 und zu Therapiebeginn mit 7. Am Ende der Therapiephase werden von ihr alle Kompetenzen mit dem Maximalwert beurteilt, woraus auch $M=9$ resultiert. Im Anschluss an die Konsolidierungsphase (T4) zeigt sich ein grundlegend anderes Bild. Der Mittelwert der Individuations-Einschätzung fällt mit $M=7$ tiefer aus als bei T1. Das Kind zeigt neuerdings leichte Schwierigkeiten, sich von den Eltern zu lösen (Punktwert 8), im Ausdruck seines Willens (Punktwert 7) und seine Selbstsicherheit im Austreten hat sich reduziert (Punktwert 6). Die einzelnen Beurteilungen sind tiefer oder gleich wie bei Therapiebeginn. Die Einschätzung der Kindsmutter passt für die Therapiephase zu der Beurteilung der Therapeutin aufgrund des Entwicklungsprofils. Hingegen bleiben die Kompetenzen bei der Kontrolluntersuchung stabil innerhalb der Beurteilung der Logopädin.

Bei Kind 3 steigt der Mittelwert der Einschätzung der Individuationsentwicklung aus Sicht der Kindsmutter zwischen T1 und T4 von $M=7,67$ auf den Maximalwert von $M=9$. Die Veränderungen des Mittelwertes erfolgen über die Wartephase (von T1 zu T2) und über die Konsolidierungsphase. Über die Therapiephase ist der Mittelwert gleichbleibend bei $M=8,33$. Die Beurteilung der einzelnen Items fällt zu allen Messzeitpunkten mit einem Punktwert zwischen 7 und 9 hoch aus. Das Kind zeigt in der Erstberatung (T1) noch leichte Schwierigkeiten, sich von der Mutter zu lösen (Punktwert 7) und tritt noch nicht ganz selbstsicher auf (ebenfalls Punktwert 7). Die Kindsmutter beurteilt seine Möglichkeiten, seinen Willen auszudrücken mit dem Maximalwert. Dies beurteilt sie hingegen zu T1 mit 8 und im Anschluss an die Therapie- und Konsolidierungsphase wieder stabil mit dem Maximalwert 9. Bei Therapiebeginn gelingt die Loslösung von der Kindsmutter gut (T2:9). Am Ende der Therapiephase scheint es hier aus Sicht der Kindsmutter eine leichte Schwankung zu geben (T3:8), welche sich bis zum Ende der Konsolidierungsphase wieder stabilisiert hat (T4:9). Das selbstsichere Auftreten steigt über die Wartephase (T1:7; T2:8) und über die Konsolidierungsphase (T3:8; T4:9) jeweils leicht an und erlangt den Maximalwert am Ende der Konsolidierungsphase. Über die Wartephase bleiben die Werte stabil bei einem Punktwert von 8. Vergleicht man den Entwicklungsverlauf aus Sicht der

Kindsmutter und jener der Beurteilung mit dem Entwicklungsprofil so bilden beide insgesamt eine positive Entwicklung auf. Bei der Messung mit dem Entwicklungsprofil zeichnen sich die Entwicklungsschritte über die Therapiephase ab, in der Einschätzung der Kindsmutter über die Konsolidierungsphase. Bei T4 beobachtet die Logopädin in der Kontrolluntersuchung nicht mehr die Bezeichnung des Kindes von sich selbst mit «Ich», weshalb ihre Daten keinen Fortschritt in der Konsolidierungsphase verzeichnen.

Bezüglich der Individuation beschreiben die Kindsmütter im Elterngespräch (Leitfadeninterview) Veränderungen insbesondere in Form einer Zunahme des Selbstbewusstseins. Auch Stolz bei Erfolgen in Bezug darauf, sich ausdrücken oder mitteilen zu können und der Gebrauch des Wortes «Nein», wurden von allen Müttern beschrieben. Zeitlich berichten alle Mütter im Anschluss an die Therapiephase von Veränderungen im Selbstbewusstsein. Die Mutter von Kind 1 beschreibt den Stolz und die Freude ihres Kindes, sich verständlich mit «Ja» und «Nein» ausdrücken zu können zu T3 wie folgt: «Er ist stolz. Er ist stolz, er fliegt fast, er fliegt, er tanzt. Er macht etwas, er zeigt Freude, grosse Freude.» Die Kindsmutter von Kind 3 beschreibt zu T2 eindrücklich, wie das Kind auf den veränderten Sprachgebrauch reagiert. Sie stellt eine veränderte Wahrnehmung des Kindes fest und beschreibt aus Sicht des Kindes: «'Hey, wenn ich was erzähl bin ich auch wichtig. Ich kann das erzählen, mir hört man zu, mich nimmt man ernst.' Und dann ist er den ganzen Tag nur noch herumgerannt und hat gesagt: 'Auto, Auto, Auto!'».

5.3.3 Sprachverstehen (sprachliche Kompetenzen)

Für die Auswertung der sprachlichen Entwicklung wurde im Pilotprojekt die Entwicklung des Sprachverständnisses fokussiert. Tabelle 5 stellt die Ergebnisse des gesamten Studienverlaufes für alle drei Kinder dar und bezieht sich auf den Untertest Verstehen I Wörter des SETK-2 (externe Evidenz) und die Auswertung des Entwicklungsprofils (interne Evidenz). Abbildung 7 bezieht ausserdem die elterliche Einschätzung im Rahmen des Anamnesebogens mit ein.

	Messzeitpunkte			
	T1	T2	T3	T4
SETK-2 (Beurteilung durch Logopädin): Untertest Verstehen I: Wörter				
Kind 1	R = 0 T=<20	R = 0 T=<20	R = 0 T=<20	R = 0 T=<20
Kind 2	R = 2 T=25	R = 5 T=39	R = 5 T=34	R = 8 T=49
Kind 3	R = 9 T=59	R = 9 T = 59	R = 9 T = 59*	R = 9 T = 59*
Entwicklungsprofil (Beurteilung durch Logopädin)				
Kind 1 ¹	o.A.	< 12–15 Mt	12–15 Mt	15–18 Mt
Kind 2 ¹	o.A.	12–15 Mt	24–30 Mt	24–30 Mt
Kind 3 ¹	o.A.	12-15 Mt	18–24 Mt	18–24 Mt

Tabelle 5: Ergebnisse der Instrumente (interne Evidenz) zum SV über alle vier Messzeitpunkte

¹ Entwicklungsalter in Monaten

* T Wert auf Altersgruppe II (2;6-2;11 Jahre) Kind bereits älter

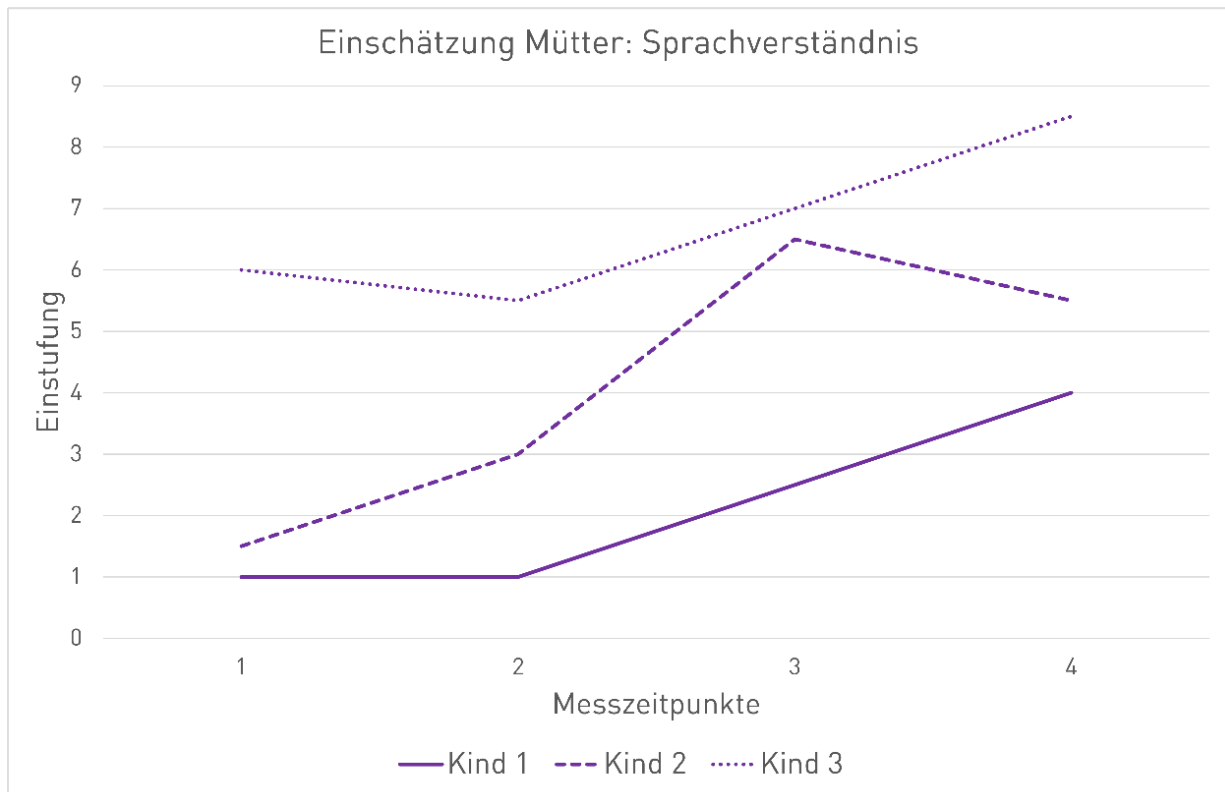


Abbildung 7: elterliche Einschätzung des Sprachverständnisses auf der Basis des Anamnesebogens

Die Durchführung des Untertests des SETK-2 (vgl. Tabelle 5) bereitete Kind 1 deutliche Schwierigkeiten. Es erzielte bei allen Testzeitpunkten einen Rohwert von 0. Wobei bei T1 die Kooperation bereits beim Übungssitem erschwert war. Bei T2 bis T4 wurde nach 3 Items gemäss den Abbruch-Kriterien der Test abgebrochen. Das Kind zeigte deutliches Ausweichverhalten und Leidensdruck. Zu T1 in der Erstberatung zeigen die Beobachtungen der Therapeutin im TRI, dass das Kind situational noch nicht sicher versteht. Das Kind erlangt somit ein Entwicklungsalter unter 12–15 Monaten. Dasselbe wird bei Therapiebeginn zu T2 mittels TRI und Entwicklungsprofil (vgl. Tabelle 5) festgestellt. Das Entwicklungsalter fällt weiterhin unter ein Entwicklungsalter von 12–15 Monaten. Das Kind beginnt während der Therapiephase situational zu verstehen und erlangt somit zu T3 ein Entwicklungsalter von 12–15 Monaten. Beim Kontrolltermin (T4) kann es zusätzlich aus einer Auswahl von Gegenständen den genannten geben und erlangt ein Entwicklungsalter von 15–18 Monaten. Insgesamt liegen im Sprachverständnis weiterhin deutliche Schwierigkeiten vor, da ein nicht-situationales Verstehen noch nicht möglich ist.

Nach Einschätzung der Mutter (vgl. Abbildung 7) bleiben die Kompetenzen in der Wartephase gleich und nehmen sowohl während der Therapie- als auch während der Konsolidierungsphase zu. Auch die Einschätzungen der Kindsmutter zeigen tiefe Werte für die Kompetenzen im

Sprachverstehen. Die Mittelwerte liegen bei T1 bis T3 im unteren Drittel und zu T4 wird ein Mittelwert von $M=4$ im unteren Bereich des mittleren Drittels erreicht. Die Einschätzung der Mutter passt zur Beurteilung durch die Therapeutin.

Kind 2 zeigt im SETK-2 (vgl. Tabelle 5) in der Wartephase eine Steigerung (T1: $T=25$; T2: $T=39$), über die Therapiephase hinweg zeichnet sich im Verstehen von Wörtern keine Verbesserung ab, während über die Konsolidierungsphase ein Kompetenz-Zuwachs festgestellt werden kann (T3: $T=35$; T4: $T=49$). In der Erberatung zu T1 beobachtet die Logopädin im TRI Schwierigkeiten im situationalen Verstehen. Das Kind kann aus einer Auswahl vorhandener alltäglicher Gegenstände noch nicht den genannten geben. Im Entwicklungsprofil (vgl. Tabelle 5) weist die Logopädin bei Therapiebeginn (T2) aus, dass das Kind weiterhin keine genannten Gegenstände geben kann und somit situational noch unsicher versteht. Über die Therapiephase (von T2 zu T3) steigen die Kompetenzen im Sprachverständnis deutlich an. Das Kind kann bei T3 absurde Aufforderungen verstehen. Dies bleibt über die Konsolidierungsphase für T4 weiterhin bestehen. Die ausgewiesenen Kompetenzen zu T3 und T4 sind bereits die höchste Sprachverständnisleistung, die anhand des Entwicklungsprofils zu erfassen ist.

Die Einschätzung der Mutter (vgl. Abbildung 7) zeigt ebenfalls eine Verbesserung im Sprachverstehen über die Wartephase hinweg. Zu T1 wird mit $M=1,5$ die Kompetenz durch die Kindsmutter sehr tief eingeschätzt. Bei Therapiebeginn (T2) liegt ihre Einschätzung mit $M=3$ weiterhin im unteren Drittel. Anders zeigt sich die mütterliche Einschätzung zu T3. Mit $M=6,5$ kann eine deutliche Zunahme der Sprachverstehenskompetenzen aus Sicht der Kindsmutter über die Therapiephase hinweg festgestellt werden. Im Anschluss an die Konsolidierungsphase resultiert eine leichte Abnahme um einen Punktwert (T3: $M=6,5$; T4: $M=5,5$). Der Verlauf der Einschätzung von T1 bis T3 passt gut zur Beurteilung durch die Therapeutin. Der Rückschritt über die Konsolidierungsphase bildet sich bei der Therapeutin nicht ab, weder im SETK-2 noch im Entwicklungsprofil.

Kind 3 zeigt im Wortverständnis des SETK-2 (vgl. Tabelle 5) über die gesamte Studie gleichbleibende Leistungen, indem es den maximalen Rohwert von 9 erreicht. Es erlangt einen T-Wert von 59. Bei der Erstberatung (zu T1) kommt das Kind gemäss TRI ersten situationalen Aufforderungen nach, gibt jedoch noch keine alltäglichen Gegenstände. Im Entwicklungsprofil (vgl. Tabelle 5) zeigt sich ein Kompetenzzuwachs in der Therapiephase. Das Kind kann zu T3 nicht-situationale Äusserungen verstehen, was bei T2 noch nicht der Fall war. Dies bleibt bis zum Ende der Konsolidierungsphase erhalten. Absurde Aufforderungen kann es noch nicht sicher entschlüsseln.

Nach Einschätzung der Mutter kommt es zu einem leichten Abfall in der Wartephase (T1: M=6; T2: M=5,5). Sowohl über die Therapie- wie auch über die Konsolidierungsphase hinweg nehmen die Kompetenzen gemäss der mütterlichen Einschätzung (vgl. Abbildung 7) zu und erreichen zu T4 mit einem Mittelwert von 8,5.

Zum Sprachverstehen berichtet die Kindsmutter von Kind 1 im Elterngespräch (Leitfadeninterview) bei Therapiebeginn, am Ende der Therapiephase und im Anschluss an die Konsolidierungsphase von wachsenden Kompetenzen. Im Anschluss an die Therapiephase äussert die Kindsmutter folgende Beobachtung: «Also es ist etwas Wunderbares passiert. Er versteht.». Eine Veränderung im Sprachverstehen bei Kind 2 wird im Anschluss an die Therapiephase (T3) beschrieben. Das Kind beginnt, sich mittels Sprache im familiären Umfeld zu orientieren: «Ich glaube dort hat es schon auch noch damit zu tun, dass wenn wir ihm jetzt sagen: 'Schau, es ist Zeit für ins Bett, tu dich abziehen und nachher müssen wir das Pyjama anziehen.' Er versteht [...] alles, also an diesen Sachen». Kind 3 zeigt gemäss Beschreibung der Kindsmutter im Anschluss an die Therapiepause (T4) die Kompetenz, Zusammenhänge zu verstehen und zu verknüpfen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Sprachverstehens-Kompetenzen bei allen Kindern über den Verlauf der Studie verbessern. Dies zeichnet sich sowohl bei der Messung mit dem Entwicklungsprofil durch die Fachperson wie auch bei der mütterlichen Einschätzung ab. Der Zeitpunkt der Steigerung variiert zwischen den Kindern. Kind 1, welches die tiefsten Kompetenzen aufweist, zeigt den deutlichsten Kompetenzzuwachs über die Konsolidierungsphase. Die Veränderungen im Sprachverständnis konnten mit dem Untertest Verstehen Wörter des SETK-2 einzig für Kind 2 nachvollzogen werden. Für Kind 1 und Kind 3 lassen sich keine Entwicklungsverläufe festhalten, worauf in der Diskussion ausführlicher Bezug genommen wird.

Auch wenn die Sprachproduktion im Pilotprojekt nicht als Zielvariable definiert wurde, haben die Mütter sich im Elterngespräch (Leitfadeninterview) dazu geäussert. Alle Mütter berichten insbesondere zu T3 und T4 von spürbaren, grossen Veränderungen im Wortschatzwachstum. Kind 3 hat während der Pause begonnen in Mehrwortsätzen zu sprechen, was von der Kindsmutter als grosse Erleichterung im Alltag beschrieben wird. Veränderungen im Wortschatzumfang und in der Verwendung der Sprache sind über die Therapie- und die

Konsolidierungsphase aus den Beschreibungen der Mütter am grössten. Folgende Beschreibung zu T3 wurde von der Mutter von Kind 3 gemacht: «Er hat so ein grosser Wortschatz gekriegt inzwischen, dass ich mich selbst zeitweise wundere woher er überhaupt die Wörter kennt. Wo er das aufgeschnappt hat» und weiter beschreibt sie bei T4: «Also das Grösste, was uns aufgefallen ist, dass er Mehrwortsätze hat.». Zur Entwicklung in der Sprachproduktion über die Therapiephase hinweg beschreibt die Mutter von Kind 1 bei T3: «Er spürt die Wirkung, [...] von Wörter, die er braucht.» Und die Mutter von Kind 2 berichtet zu T3: «Also er spricht, man versteht ihn zu einem gewissen Grad.» Diese beiden Aussagen weisen auf qualitative Unterschiede im Sprachgebrauch der Kinder hin.

5.3.4 Spracherwerbsstrategien

Als entwicklungsorientiert erste zentrale Spracherwerbsstrategie wird in diesem Pilotprojekt die Verwendung des triangulären Blickkontaktes beobachtet. Dieser wird aus Sicht der externen Evidenz (BpkK) zu allen vier Messzeitpunkten eingeschätzt und auf Basis des Entwicklungsprofils des TRI zusätzlich durch die Logopädin (interne Evidenz) beurteilt.

Kind 1 zeigt zu T2 aus Sicht der Therapeutin wie auch aus Sicht der externen Fachperson eine zaghafte Verwendung des triangulären Blickkontaktes (BpkK Skalenrohwert 1 von 3). Ab T3 wird er als verlässlich von beiden Fachpersonen beurteilt (BpkK Skalenrohwert 3 von 3; EP: triangulärer BK vorhanden). (Bei der Einschätzung zu T1 scheint für Kind 1 ein Messfehler aufgrund des Settings vor zu liegen, weshalb dieses Resultat nicht ausreichend verlässlich ausgewertet wird. Die Werte scheinen zu hoch auszufallen, wenn man den Verlauf der Einschätzungen zu T2, T3 und T4 betrachtet und die Auswertung der anderen Instrumente berücksichtigt.)

Für Kind 2 zeigt sich ab T1 eine verlässliche Anwendung des triangulären Blickkontaktes (BpkK und TRI).

Kind 3 verfügt wohl ab T1 über die Kompetenz des triangulären Blickkontaktes, wendet diesen jedoch zu kommunikativem Zweck aus Sicht der externen Fachperson bis und mit T4 wenig an (BpkK Skalenrohwert 1). Auch die Logopädin beurteilt zu T2, dass der trianguläre Blickkontakt selten eingesetzt wird (dies vermerkt sie als spezielle Beobachtung im Entwicklungsprofil).

Zusammenfassend wenden alle Kinder ab T3 den triangulären Blickkontakt an. Kind 2 und Kind 3 nutzen ihn bereits zu T1 als Weg zu interpersoneller Interaktion. Kind 3 zeigt jedoch bis T4 keinen sicheren kommunikativen Einsatz des triangulären Blickkontakts.

Als zweite Spracherwerbsstrategie wird im Projekt das Monitoring des Sprachverständnisses beurteilt. Darunter wird die Kompetenz des Kindes verstanden, Missverständnisse oder Falschaussagen zu erkennen und darauf zu reagieren (vgl. MATHIEU 2013; ZIMMERMANN 2012; HACHUL 2019). Wie in der Ausgangslage beschrieben, weisen alle drei Kinder dieser Pilotstudie zu T1 noch keine verlässlichen Monitoringstrategien auf. Bei Kind 2 und Kind 3 werden von den Therapeutinnen wohl erste Irritationen bei absurden Aufforderungen beobachtet. Eine eindeutige nonverbale oder verbale Reaktion wird jedoch noch nicht erkannt.

Zur Überprüfung des Monitorings werden auch zu T2, T3 und T4 zwei absurde Aufforderungen an das Kind gerichtet (vgl. TRI). Einmal wird eine Aufforderung verwendet, die ein Fantasiewort enthält, ein anderes Mal wird das Kind dazu aufgefordert, ein Taschentuch aus dem Fenster zu werfen.

Die Daten des TRI zeigen für Kind 1, dass es bei T3 teilweise den Blick zur Therapeutin sucht, wenn es nicht sicher versteht. Zu T4 ist das nonverbale Monitoring mittels Blickkontakt gemäss Angaben der Therapeutin gefestigt.

Kind 2 reagiert bereits bei T2 auf die Aufforderung, das Taschentuch aus dem Fenster zu werfen, mit eindeutigem nonverbalem und verbalem Monitoring. Auf die Aufforderung mit dem Fantasiewort reagiert Kind 2 zu T2 noch nicht eindeutig mit nonverbalem oder verbalem Monitoring. Bei Therapieabschluss (T3) wie auch im Anschluss an die Konsolidierungsphase (T4) zeigt Kind 2 bei beiden absurden Aufforderungen nonverbales und verbales Monitoring.

Kind 3 zeigt bei Therapiebeginn (T2) einmal eine fragende Geste als Reaktion. Insgesamt wird das Monitoring von der Therapeutin noch als unsicher beschrieben. Zu T3 führt das Kind die Aufforderung mit dem Taschentuch und dem Fenster wortwörtlich aus. Es versteht den Auftrag, prüft jedoch nicht auf Sinn- oder Unsinn und zeigt somit kein eindeutiges Monitoring. Zu T4 reagiert das Kind auf dieselbe Aufforderung mit eindeutigem verbalem Monitoring, indem es fragt «wo?».

Die elterliche Einschätzung des Sprachverständnisses im Anamnesebogen (vgl. Abbildung 7) bezieht die Beurteilung des Monitorings mit ein. An dieser Stelle wird diese Frage des Anamnesebogens separiert vorgestellt. Die Mütter beurteilen auf einer 9-stufigen Likert-Skala (von 1 «noch nicht» bis 9 «sehr gut»), ob ihr Kind nachfrage, wenn es nicht verstanden hat.

Kind 1 und Kind 2 fragen gemäss Angaben der Mütter in der Erstberatung noch nicht nach, wenn sie etwas nicht verstanden haben (T1:1). Bei Kind 1 beurteilt die Kindsmutter das Monitoring bis zum Ende der Therapiephase mit dem Minimalwert von 1. Im Anschluss an die

Konsolidierungsphase bewertet sie die Frage, ob ihr Kind bei unsicherem Verstehen nachfrage mit dem Skalenwert von 4, was somit weiterhin eine wenig ausgeprägte Strategie des Kindes darstellt.

Die Mutter von Kind 2 beurteilt die Frage nach dem Monitoring zu T2 mit dem Skalenwert von 2. Dies entspricht einer geringen Steigerung, wobei die Anwendung der Strategie weiterhin sehr gering ausfällt. Beim Abschluss der ersten Therapiephase (T3) stuft die Kindsmutter diese Strategie mit einem Punktwert von 5 ein. Dies zeigt eine klare Zunahme, wenn der Wert auch weiterhin im mittleren Bereich der Skala liegt. Hier bleibt die Beurteilung unverändert auch im Anschluss an die Konsolidierungsphase.

Ein anderes Bild zeigt sich für das Monitoring von Kind 3. Die Mutter beobachtet bereits bei T1 erste Fragen bei Nichtverstehen (Skalenrohwert 5). Dieser Wert steigt in der Einschätzung der Kindsmutter bis T4 kontinuierlich um einen Punktwert an und wird zu T4 mit einem Punktwert von 8 bewertet.

Zusammenfassend lässt sich zum Monitoring festhalten, dass Kind 2 und Kind 3 aus Sicht der Logopädin bis zum Ende der Konsolidierungsphase über verbale Monitoringstrategien verfügen. Bei Kind 2 ist dies bereits bei T3 der Fall. Bei Kind 1 sind die Monitoringstrategien bei T4 soweit fortgeschritten, dass erste nonverbale Reaktionen auf Nichtverstehen möglich sind. Gemäss Einschätzung der Mutter ist insbesondere bei Kind 3 im familiären Umfeld bei T2 und T3 mehr Nachfragen bei Nicht-Verstehen zu beobachten, als dies aus fachlicher Sicht beurteilt wird.

Die dritte Spracherwerbsstrategie, dass ein Kind seine Äusserung wiederholt, wenn es von seinem Gegenüber nicht verstanden wird (Repair), wird mit den verwendeten Methoden nicht ausreichend aussagekräftig erfasst. Deshalb liegt an dieser Stelle keine Auswertung vor.

Im Elterngespräch (Leitfadeninterview) berichten alle Mütter in Bezug auf die Spracherwerbsstrategien davon, dass ihre Kinder beginnen, nachzusprechen. Dies beschreiben die Mütter von Kind 1 und Kind 2 am Ende der Therapiepause (T4) als neue Kompetenz. Bei Kind 2 hat das Kind während der Therapiephase begonnen, Wörter nachzusprechen. Weitere Informationen zu den Spracherwerbsstrategien, wie Repair und Monitoring sind aus den Gesprächen der Mütter nicht zu entnehmen.

5.3.5 Pragmatisch-kommunikative Kompetenzen

Die Entwicklung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen wird aus der Perspektive der sozialen Evidenz auf drei Erhebungsinstrumente abgestützt: Einschätzung der Eltern innerhalb des Anamnesebogens, Focus©-34-G und pragmatisches Profil. Aus der internen Evidenz wird das Entwicklungsprofil beigezogen. Und als einziges Instrument der externen Evidenz erfolgt die Durchführung des BpKK für die Beurteilung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen.

Für die Erfassung mit dem Entwicklungsprofil aus interner Evidenz wird die Entwicklung der nonverbalen und verbalen kommunikativen Kompetenzen separat betrachtet (vgl. Abbildungen 2, 3 und 4). Die klassische Beurteilung des Entwicklungsprofils teilt die nonverbale Kommunikation der sozial-kommunikativen Entwicklung zu und jene der sprachlichen Kommunikation fällt in die Beurteilung der sprachlichen Kompetenzen.

Kind 1 beginnt über die Therapiephase als nonverbale Kompetenz, um Hilfe zu bitten und handlungsbegleitende Äusserungen zu machen (sprachliche Kommunikation). Über die Konsolidierungsphase zeichnen sich keine weiteren Entwicklungsschritte ab. Für die kommunikativen Kompetenzen erlangt Kind 1 somit zu T3 und T4 ein Entwicklungsalter von 18–24 Monaten in der nonverbalen und von 12–15 Monaten in der verbalen Entwicklung.

Kind 2 macht über die Therapiephase (von T2 zu T3) deutliche Fortschritte in der nonverbalen und verbalen Kommunikation. Bei Therapiebeginn (T2) nutzt es Sprache handlungsbegleitend, was einem Entwicklungsstand von 15–18 Monaten entspricht. Beim Abschluss der ersten Therapiephase bittet es um Hilfe, stellt Fragen und gibt Informationen. Es erlangt damit ein Entwicklungsalter von 30–36 Monaten. Ausschlaggebend für diesen deutlichen Entwicklungssprung ist die Kompetenz des Kindes im Bereich der verbalen Kommunikation. Das Kind kann neu Informationen geben, was einem Entwicklungsalter von 30–36 Monaten entspricht. In der Konsolidierungsphase bleiben diese Kompetenzen stabil erhalten und werden zu T4 in der Kontrolluntersuchung erneut beobachtet.

Kind 3 zeigt ebenfalls über die Therapiephase hinweg einen Kompetenzzuwachs in der nonverbalen und verbalen Kommunikation. Es bittet zu T2 um Hilfe, was einem Entwicklungsalter von 18–24 Monaten entspricht. Vereinzelt drückt es seine Gefühle oder Bedürfnisse aus. Über die Therapiephase hinweg beginnt das Kind, Fragen zu stellen sowie Ereignisse und Situationen zu beschreiben. Dies führt für die verbale Kommunikation zu einem Entwicklungsalter von 24–30 Monaten. Im Anschluss an die Konsolidierungsphase beurteilt die Logopädin die nonverbalen Kompetenzen gleich wie zu T3.

Zusammenfassend lässt sich aus Sicht der Therapeutin sagen, dass alle Kinder im Verlauf der Therapiephase Fortschritte in ihrer verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeit zeigen, die über die Konsolidierungsphase stabil bleiben.

Die Einschätzungen der Mütter auf der Basis des Anamnesebogens erfasst zwei Beobachtungen und kombiniert sie als Mittelwert zum Kompetenzbereich «Kommunikation» (vgl. Abbildung 8). Die Mütter schätzen auf einer 9-stufigen Likert-Skala, ob das Kind folgende Kompetenzen noch gar nicht (1) oder vollumfänglich (9) anwendet – «kann Fragen stellen» und «kann von Erlebnissen berichten».

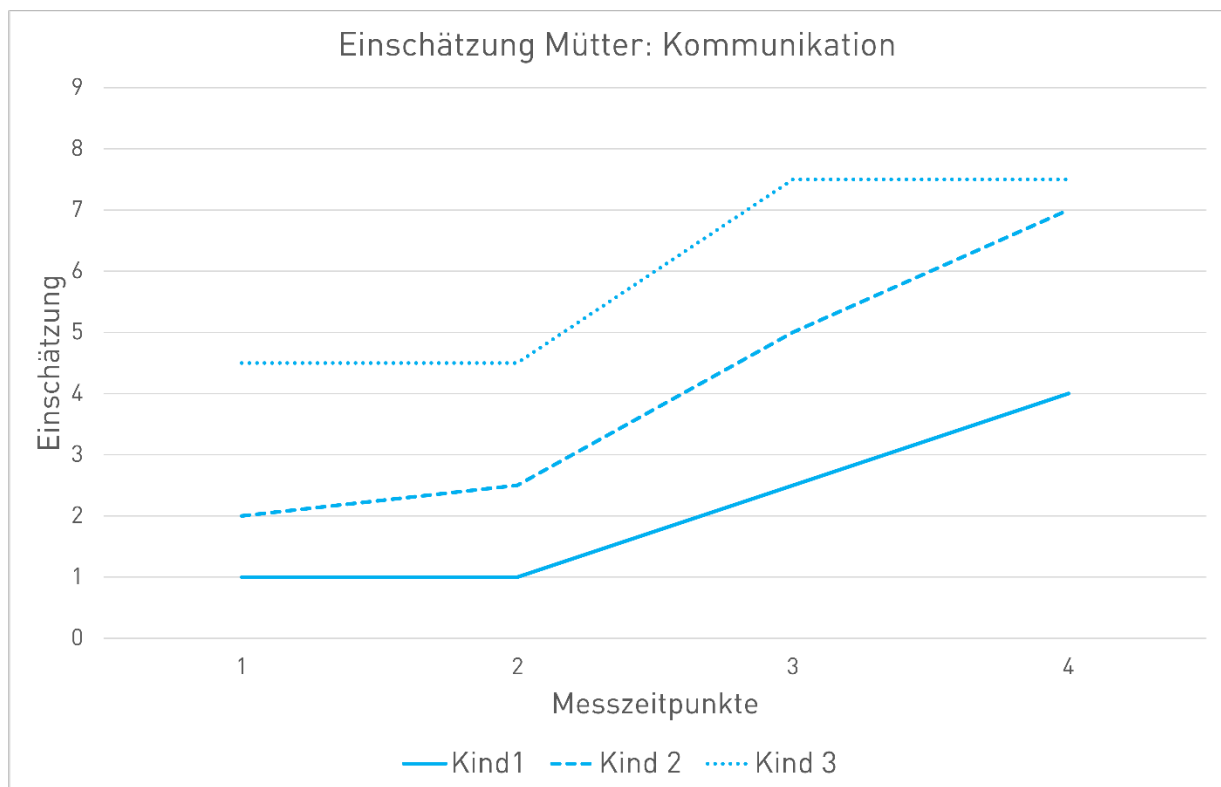


Abbildung 8: elterliche Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit auf der Basis des Anamnesebogens

Die Mutter von Kind 1 stuft die Möglichkeiten zur Kommunikation bei der Erstberatung und bei Therapiebeginn (T1 und T2) mit dem Minimalwert von M=1 ein. Im Anschluss steigert sich ihre Beurteilung pro Messzeitpunkt um 1,5 Punktwerte und erlangt am Ende der ersten Therapiephase einen Mittelwert von 2,5 und im Anschluss an die Konsolidierungsphase einen Mittelwert von 4. Mit Blick auf die einzelnen Kompetenzen beurteilt die Kindsmutter die Möglichkeit, von Erlebnissen zu berichten bis zum Ende der Konsolidierungsphase mit tiefen

Werten (T3:1; T4:3). Die Kompetenz des Kindes, Fragen zu stellen, beurteilt sie zu T3 und T4 mit moderaten Werten (T3:4; T4:5).

Auch bei Kind 2 beginnen die elterlichen Einschätzungen bei Erstberatung und beim Therapiebeginn tief (T1: M=2; T2: M=2,5). Die Veränderungen über die Therapiephase sind hingegen mit einer Zunahme des Mittelwertes um 2,5 Punktwerte deutlich, woraus bei Therapieabschluss eine moderate Beurteilung mit einem Mittelwert von 5 resultiert. In der Wahrnehmung der Mutter kann Kind 2 über die Konsolidierungsphase seine kommunikativen Kompetenzen erneut ausbauen. Es erlangt zu T4 einen Mittelwert von 7. Mit Blick auf die einzelnen Kompetenzen, beobachtet die Kindsmutter bei der Erstberatung und beim Therapiestart erste Ansätze der Möglichkeit, Fragen zu stellen (T1:3; T2:4). Das Kind kann jedoch bei beiden Messzeitpunkten noch nicht von Erlebnissen berichten (T1:1; T2:1). Beide Kompetenzen verbessern sich über die Therapiephase, so dass die Kindsmutter zu T3 das Fragen stellen mit einem Punktwert von 6 und das Erzählen von Erlebnissen mit 4 beurteilt. Über die Konsolidierungsphase steigern sich beide Kompetenzen bis hin zu einem Punktwert von 7.

Bei Kind 3 sind die Kompetenzen gemäss der Kindsmutter bereits bei T1 mit einem Mittelwert von M=4,5 im mittleren Bereich und bleiben über die Wartephase auf diesem Niveau erhalten. Über die Therapiephase steigern sich die kommunikativen Kompetenzen des Kindes aus Sicht der Kindsmutter um 3 Punkte auf M=7,5. Über die Konsolidierungsphase bleiben die Kompetenzen im Mittel auf diesem Niveau. Die isolierte Betrachtung beider Kompetenzen zeigt, dass Kind 3 sich im Bereich des Fragen-Stellens kontinuierlich steigert. Begonnen bei T1 mit einem Punktwert von 3, liegt die Beurteilung zu T2 (Therapiestart) bei 4 und steigert sich über die Therapiephase (T3) auf 7, bis hin zum Maximalwert am Ende der Konsolidierungsphase. Anders verhält sich aus Sicht der Kindsmutter die Kompetenz des Kindes, von Ereignissen zu erzählen. Diese startet bei einer Beurteilung von 6 und fällt bei Therapiebeginn auf 5 herunter. Über die Therapiephase zeigt sich eine Steigerung auf 8 und danach über die Konsolidierungsphase eine Abnahme auf 6, womit der Wert wieder beim Ausgangswert liegt.

Die kommunikative Teilhabe wird ausserdem mit dem Focus©-34-G erfasst. Wie Abbildung 9 zeigt, fällt die Zunahme der Möglichkeiten zur kommunikativen Teilhabe im Focus©-34-G bei allen Kindern über die Therapiephase (von T2 zu T3) klinisch signifikant aus (Zunahme um 11 Punkte oder mehr).¹

¹ Folgende Rohwerte erzielen die drei Kinder zu den vier Messzeitpunkten bei einem Maximalscore von 238:

Kind 1: T1 86; T2 95; T3 108; T4 130

Kind 2: T1 77; T2 116; T3 164; T4 143

Kind 3: T1 145; T2 149; T3 180; T4 217

Bei Kind 1 beläuft sich die Zunahme auf 13 Punktwerte, bei Kind 2 auf 48 und bei Kind 3 auf 31 Punkte. Für Kind 1 und Kind 3 ist auch in der Konsolidierungsphase ein jeweils klinisch signifikanter Zuwachs der Möglichkeiten zur kommunikativen Teilhabe zu sehen. Diese Kinder weisen zwischen T1 und T2 geringe Veränderungen von 9 bzw. 4 Punktwerten aus. Für Kind 2 lässt sich während der Wartephase (Kontrollbedingung) und während der Konsolidierungsphase ein anderes Muster der Veränderung erkennen. Bereits direkt im Anschluss an die Erstberatung (T1) verändert sich aus Sicht der Mutter bei Kind 2 die Möglichkeit zur kommunikativen Teilhabe klinisch signifikant (Zunahme um 39 Punktwerte). Hingegen zeigen sich von T3 zu T4 rückläufige Möglichkeiten zur kommunikativen Teilhabe, was auf einen Rückschritt hinweist (Abnahme um 21 Punktwerte). Kind 2 kommt schlussendlich nach der Konsolidierungsphase trotz rückläufiger Werte der sozialen Teilhabe auf einen höheren Punktwert als vor der Therapie.

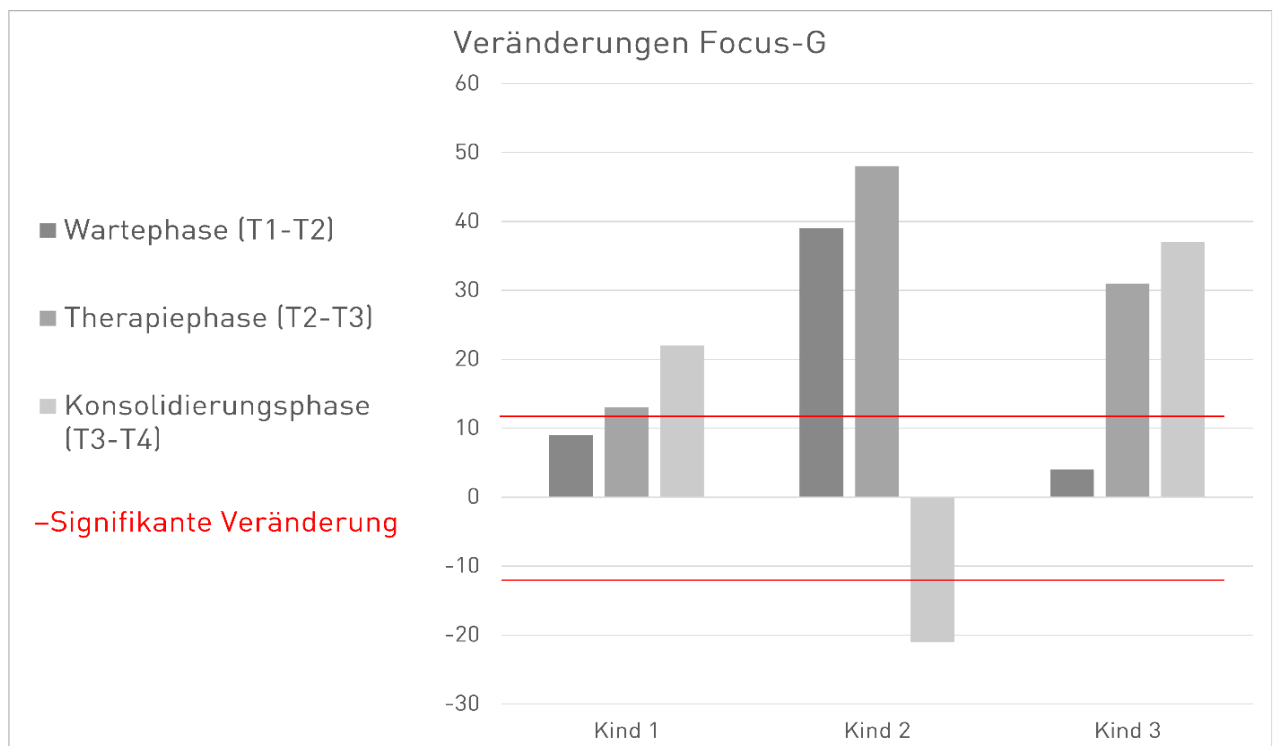


Abbildung 9: Veränderungen im Focus©-34-G

Abbildung 10 zeigt neben den Veränderungen im Focus©-34-G die weiteren Veränderungen in den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen der Kinder anhand des Pragmatischen Profils (ebenfalls soziale Evidenz) und des BpkK (externe Evidenz).

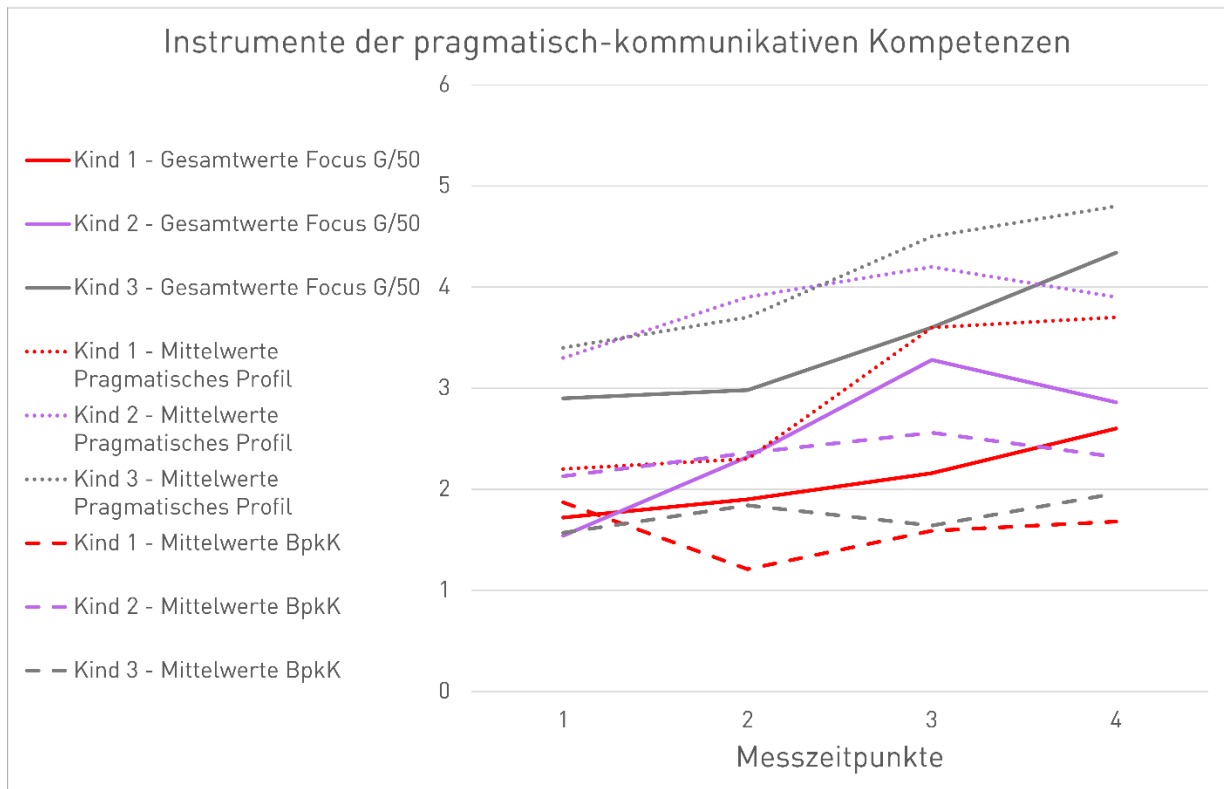


Abbildung 10: Veränderungen der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen

Kind 1 und Kind 3 zeigen im Pragmatischen Profil eine stetige Zunahme des Mittelwertes von T1 bis T4.²

Sowohl über die Therapie- wie auch über die Konsolidierungsphase weisen die Mütter in ihrer Beurteilung einen Zuwachs der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen bei ihren Kindern aus. Wobei bei beiden Kindern der Zuwachs während der Therapiephase am höchsten ausfällt. Bei Kind 2 zeigt sich von T1 bis T3 eine stetige Zunahme, von T3 zu T4 jedoch ein Rückschritt. Der Anstieg des Mittelwertes ist von T1 zu T2 am grössten. Zwischen T1 und T4 resultiert trotzdem ein Anstieg der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen.

Die Abbildung 10 zeigt für alle Kinder über die vier Messzeitpunkte im Focus©-34-G und im Pragmatischen Profil annähernd parallel verlaufende Veränderungen. Für Kind 1 und Kind 3 steigen die Werte beider Tests stetig an, Kind 2 zeigt über die Warte- und Therapiephase positive

² Folgende Mittelwerte sämtlicher Skalen des Pragmatischen Profils erzielten die drei Kinder zu den vier Messzeitpunkten bei einer fünf-stufigen von 1 bis 5:

Kind 1: T1 2,2; T2 2,3; T3 3,6; T4 3,7

Kind 2: T1 3,3; T2 3,9; T3 4,2; T4 3,9

Kind 3: T1 3,4; T2 3,7; T3 4,5; T4 4,8

Veränderungen in beiden Messinstrumenten und in der Konsolidierungsphase sowohl im Focus©-34-G wie im Pragmatischen Profil eine Abnahme der Kompetenzen.

Auch die Ergebnisse der externen Evidenz mittels des BpkK zeigen Verläufe, welche grundsätzlich zu jenen des Focus©-34-G und des Pragmatischen Profils passen. Basierend auf jeweils 5-minütigen Videosequenzen der Interaktion zwischen Therapeutin und Kind schätzt die externe Fachperson die Veränderungen in den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen über die Therapiephase bei Kind 1 und Kind 2 als zunehmend ein. Bei Kind 2 stellt sie im BpkK wie bei den anderen Instrumenten ebenfalls eine Abnahme der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen fest. Bei Kind 1 scheint bei T1 ein Messfehler vorzuliegen und für Kind 3 fällt T3 tiefer aus als T2. Dabei ist zu bemerken, dass die Therapeutin sich während der fünfminütigen Videoaufnahme des Spiels mit dem Kind kurz an die Kindsmutter wendet und mitteilt, dass sie das Kind zurückhaltender erlebe als sie dies aus den anderen Begegnungen am Ende der Therapiephase gewohnt war. Hier scheint aufgrund der Performanz des Kindes innerhalb des videographierten Interaktionsabschnittes eine Verzerrung vorzuliegen, worauf auch in der Methodendiskussion nochmals eingegangen wird.

In den Elterngesprächen (Leitfadeninterviews), welche inhaltsanalytisch ausgewertet wurden, beschreiben die Mütter Veränderungen in den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen dahingehend, dass die Kinder beginnen, Sprache zu nutzen, um sich mitzuteilen und um Bedürfnisse zu äussern. Die Mutter von Kind 3 beschreibt im Anschluss an die Therapiephase: «ja es macht einfach alles leichter. Wenn er einem erklären kann was er möchte, was er braucht, wies ihm geht, warum er traurig ist, warum er grad Himmelsprünge macht, weil er sich so freut, das ist einfach, /. Ja.» Die Mutter von Kind 1 beschreibt, dass das Kind im Verlauf der Therapiephase in der Beziehung mit Menschen ruhiger wurde und bewusst erlebt, dass er sich verständlich mitteilen kann: «Und was mir sehr, sehr gut gefällt, ist dass er Interesse zeigt. Dass er sagt etwas und wir verstehen ihn. Er sieht das, erlebt das, er [be] kommt das mit.» Kind 1 kann im Anschluss an die Pause (T4) seine Bedürfnisse deutlicher ausdrücken als zu T3. Alle Mütter berichten von einer Zunahme, Bedürfnisse auszudrücken und sich mitzuteilen über die Konsolidierungsphase hinweg (T3 bis T4). Das Niveau der Kompetenzen unterscheidet sich zwischen den Kindern und trotzdem beobachten alle Mütter einen Kompetenzzuwachs: Beispielsweise beschreibt die Mutter von Kind 1 bei T4: «Ein Beispiel gestern Abend sagt er 'Ich möchte mit Grossmami telefonieren.' Er bemüht sich richtig zu kommunizieren.» Die

Kindsmutter von Kind 2 berichtet bei T4 von mehr Eigeninitiative des Kindes in der Kontaktgestaltung: «Und es kommt auch von ihm aus. Also man muss es nicht vorsagen und er redet es dann nur nach. Er versucht, mehr zu reden. Er redet grundsätzlich mehr, ich hätte gesagt auch lieber.» Die Veränderungen über die Pause werden von dieser Mutter (Kind 2) insbesondere in der Kontaktgestaltung mit anderen Kindern beschrieben: «Ist es auch viel interessanter für ihn geworden zu spielen mit anderen Kindern. So. Weil er merkt dann, er erfährt irgendetwas anderes über die Kinder. Zum Beispiel ähm, dass die anderen Kinder im Urlaub waren [...] Ja, das ist krass, wie sich das verändert hat. Wirklich. Ähm ich bin völlig ähm baff (verblüfft, überrascht)».

Zusammenfassend lässt sich zu den Beobachtungs- und Testinstrumenten auf der Basis der internen, externen und sozialen Evidenz festhalten, dass alle Kinder in Bezug auf ihre pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen zu T4 höhere Werte aufweisen als zu T1/T2. Auch weisen alle Kinder bei den Instrumenten der internen und sozialen Evidenz über die Therapiephase in sämtlichen Instrumenten einen Kompetenzzuwachs aus. Bezüglich der Fortschritte in der Warte- und Konsolidierungsphase sind die Veränderungen nach Kind und Instrument unterschiedlich.

5.3.6 Ergänzende Informationen zur sozialen und internen Evidenz

Im Folgenden werden ergänzende Ergebnisse zu den Themenbereichen «Sorgen der Eltern», «Wünsche der Eltern» und «Zielerreichung aus Sicht der Therapeutin» aufgeführt.

5.3.6.1 Sorgen der Eltern

Alle Mütter geben zu allen Testzeitpunkten das Ausmass der Sorge bezüglich der kindlichen Entwicklung auf einer 9-stufigen Likert-Skala an. Abbildung 11 zeigt den Verlauf der Angaben der Mütter bezüglich ihrer Sorgen. Bei Kind 1 nimmt die Sorge der Mutter in der Wartephase leicht zu (T1:7; T2:8), um dann in Therapie- und Konsolidierungsphase stetig abzunehmen (T3:6; T4: 2). Bei Kind 2 ist die Sorge zu Beginn relativ niedrig (T1; T2: 4), fällt dann über die Therapiephase (T3:1) und steigt über die Konsolidierungsphase an (T4:8). Bei Kind 3 nimmt die Sorge der Mutter über die Testzeitpunkte stetig ab (T1:7; T2: 4; T3: 2; T4:1).

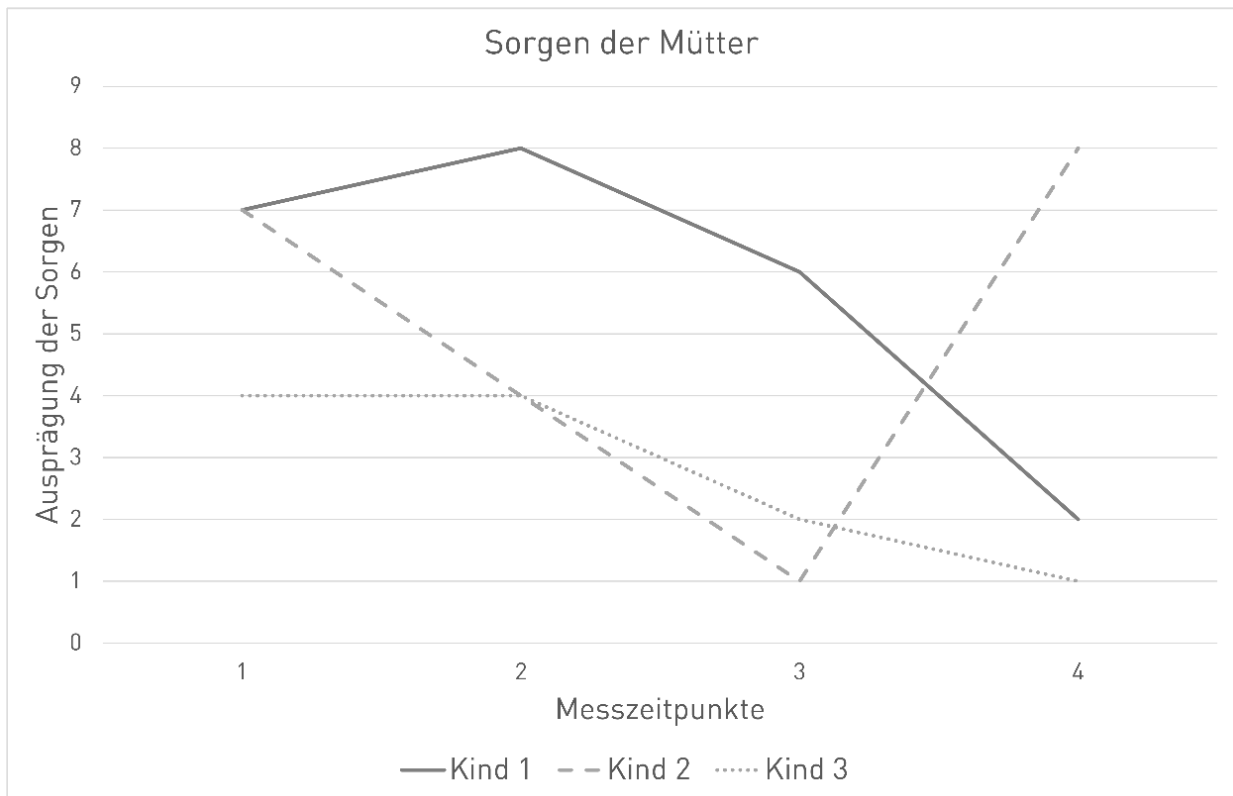


Abbildung 11: elterliche Einschätzung der Sorgen auf der Basis des Anamnesebogens

5.3.6.2. Wünsche der Eltern

Die Evaluation der Wünsche der Kindsmütter, welche in der Ausgangslage in Tabelle 3 aufgeführt werden, zeigt bei allen Kindern und allen Wünschen einen Anstieg der erwünschten Kompetenzen über die Testzeitpunkte (vgl. Abbildung 12). Alle Eltern (ausser Kind 2: Verhaltenswunsch) geben bereits nach der Wartephase eine leichte Verbesserung der Kompetenzen an, die über Therapie und Konsolidierungsphase noch steigt. Abbildung 12 zeigt, dass am Ende der Konsolidierungsphase sämtliche Wünsche von Kind 2 und 3 vollständig erlangt sind und von den Müttern auf der Likert-Skala mit dem Maximalwert von 9 eingestuft werden. Bei Kind 2 fällt die Einschätzung für den Wunsch im Verhalten bei dem Skalenwert von 8 ebenfalls hoch aus. Die Einschätzung für den Wunsch in der sprachlichen Kompetenz fällt mit dem Wert von 6 moderat aus.

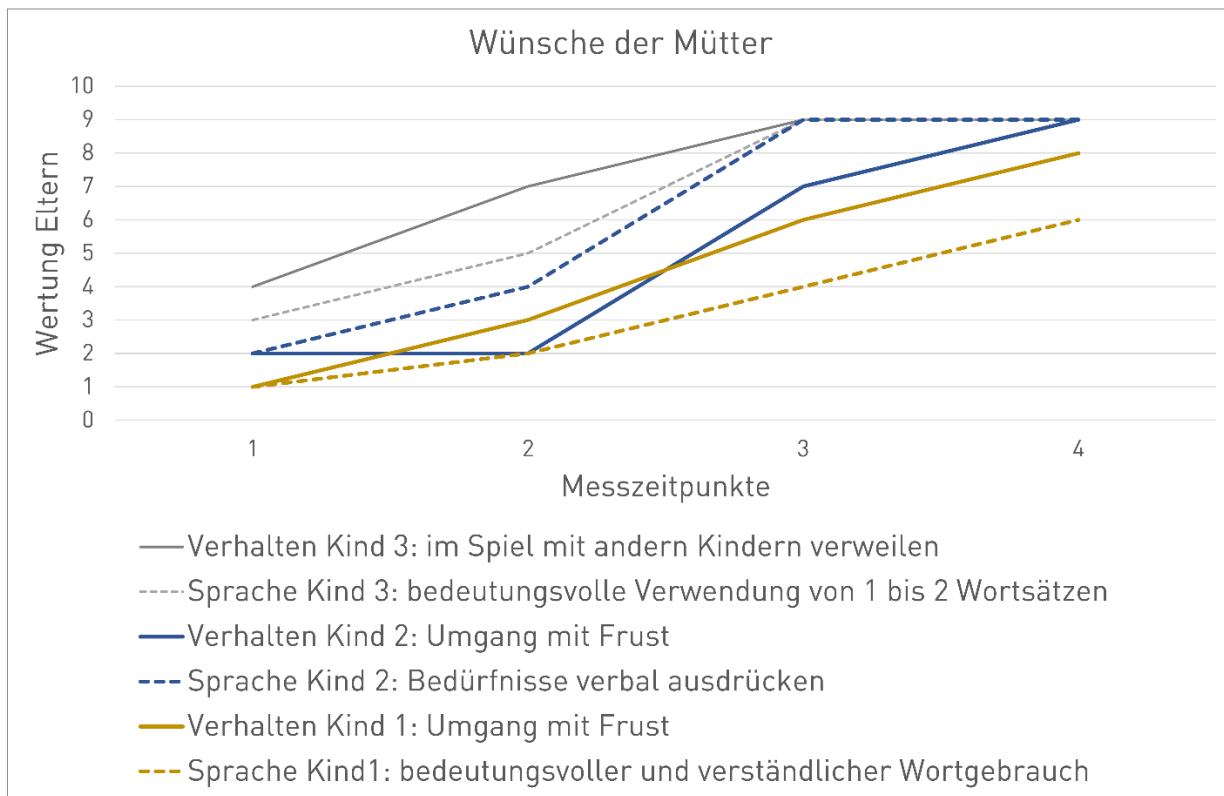


Abbildung 12: Einschätzung der erwünschten Kompetenzen in Verhalten und Sprache

5.3.6.3 Zielerreichung

Parallel zum Ausfüllen des Entwicklungsprofils formulierten die Therapeutinnen bei T2 Therapieziele. Diese werden als Grobziele für die dreimonatige Therapiephase formuliert und beziehen sich auf die folgenden fünf Kompetenzbereiche: symbolische Kompetenzen (Spielentwicklung), sozial-kommunikative Kompetenzen I (Individuation) und II (aussersprachliche Kommunikation), Sprachverstehen inklusive Monitoring und Sprachproduktion inklusive Repair. Die Abbildungen 13, 14 und 15 stellen die Beurteilung der Zielerreichung aller drei Kinder dar. Die Beurteilung erfolgt am Ende der ersten Therapiephase (T3) und erneut im Anschluss an die Konsolidierungsphase (T4).

Bei Kind 1 wurden die Therapieziele im Bereich der Individuation, der nonverbalen Kommunikation und der Sprachproduktion über die Therapiephase erlangt und die erwarteten Kompetenzen blieben über die die Konsolidierungsphase stabil erhalten (vgl. Abbildung 13). Die Zielsetzung in der Spielentwicklung wurde erst im Verlaufe der Konsolidierungsphase (zwischen T3 und T4) erreicht. Im Bereich des Sprachverständnisses wurden die Ziele ebenfalls erst in diesem Zeitraum erreicht bzw. waren die Fortschritte sogar grösser als erwartet.

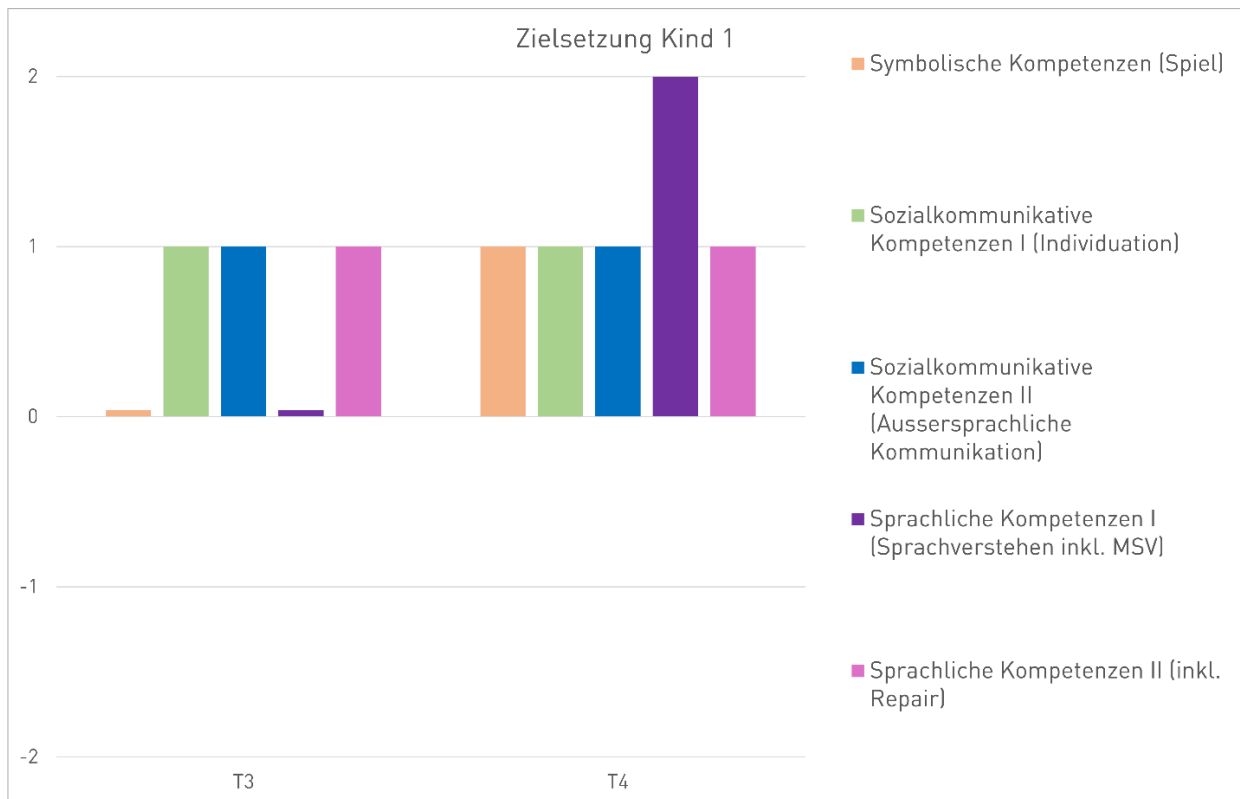


Abbildung 13: Zielerreichung gemäss Therapeutin auf der Basis der Goal Attainment Scale Kind 1

- 2 = mehr Fortschritte als erwartet
- 1 = Fortschritte wie erwartet
- 0 = weniger Fortschritte als erwartet
- 1 = keine Fortschritte
- 2 = Rückschritte / viel weniger Fortschritte als erwartet

Wie Abbildung 14 entnommen werden kann, erreicht Kind 2 in den symbolischen Kompetenzen, in der nonverbalen Kommunikation und in der Sprachproduktion die Therapieziele über die Therapiephase (zwischen T2 und T3). Im Bereich der Individuation wurden die Ziele sogar übertroffen. Im Sprachverständnis wurden die Ziele über die Therapiephase nicht erreicht und während der Konsolidierungsphase (T3 bis T4) fällt die Beurteilung noch geringer aus (keine Fortschritte). Die Fortschritte in den symbolischen Kompetenzen bleiben über die Konsolidierungsphase erhalten. Der Bereich der Individuation und der nonverbalen Kommunikation zeigt weniger Fortschritte als erwartet und die Beurteilung fällt am Ende der Pause (T4) tiefer aus als am Ende der Therapiephase (T3). Ebenso erscheinen die Kompetenzen in der Sprachproduktion am Ende der Konsolidierungsphase geringer beurteilt als zu T3. Die Therapeutin beurteilt in diesem Bereich die Kompetenzen als rückläufig.

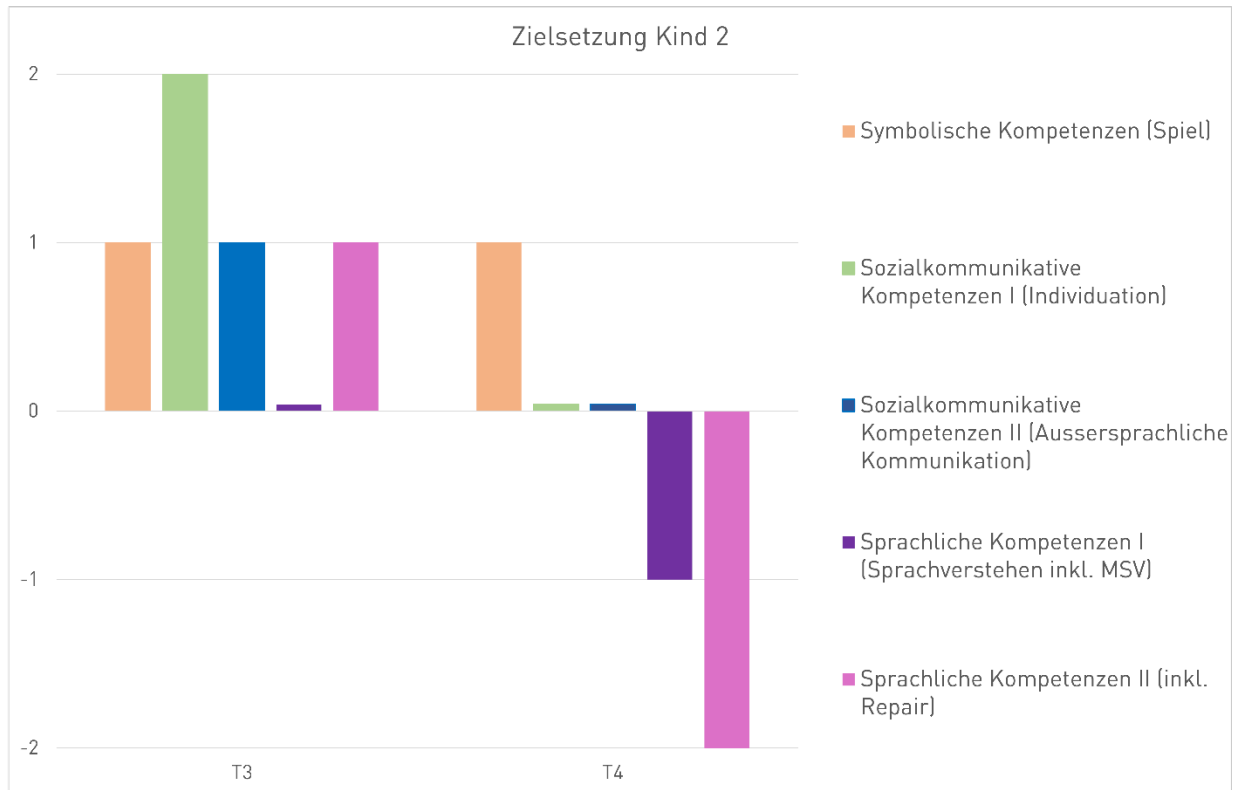


Abbildung 14: Zielerreichung gemäss Therapeutin auf der Basis der Goal Attainment Scale Kind 2

- 2 = mehr Fortschritte als erwartet
- 1 = Fortschritte wie erwartet
- 0 = weniger Fortschritte als erwartet
- 1 = keine Fortschritte
- 2 = Rückschritte / viel weniger Fortschritte als erwartet

Für Kind 3 (vgl. Abbildung 15) fällt die Zielerreichung sowohl in der Individuation, wie auch in den nonverbalen Kompetenzen über die Therapiephase (von T2 zu T3) über den Erwartungen aus. In der Konsolidierungsphase resultieren die Zielerreichungen auch in den Bereichen Spielentwicklung und Sprachverständnis höher als erwartet, wohingegen diese während der Therapiephase wie erwartet ausfallen. In der Sprachproduktion beurteilt die Therapeutin die Kompetenzen sowohl am Ende der Therapie- wie auch der Konsolidierungsphase entsprechend den Erwartungen.

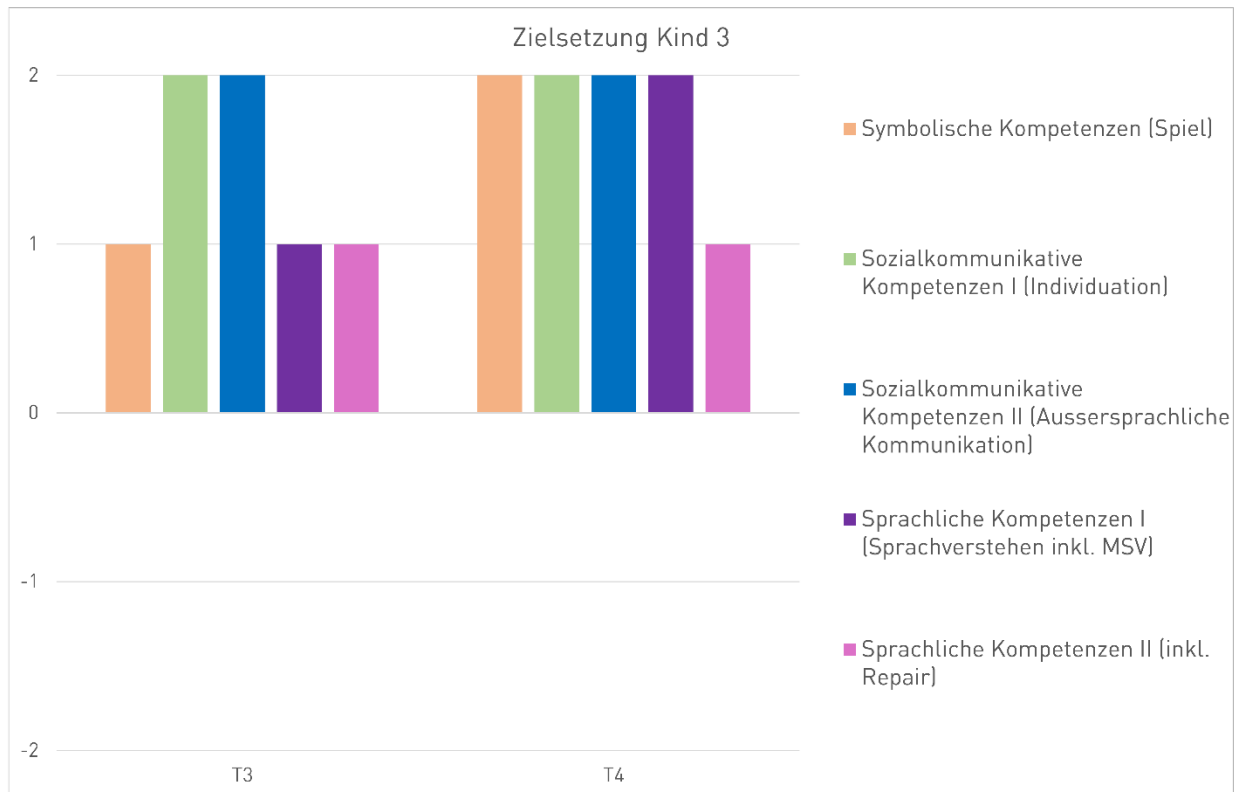


Abbildung 15: Zielerreichung gemäss Therapeutin auf der Basis der Goal Attainment Scale Kind 3

- 2 = mehr Fortschritte als erwartet
- 1 = Fortschritte wie erwartet
- 0 = weniger Fortschritte als erwartet
- 1 = keine Fortschritte
- 2 = Rückschritte / viel weniger Fortschritte als erwartet

6 Diskussion

Alle Kinder des Pilotprojektes haben am Ende der Konsolidierungsphase die Sprache in ihrer repräsentativen und kommunikativen Funktion entdeckt, was ein zentrales Ziel in der EST darstellt. Kind 1 zeigt bei T4 im Sprachverständnis noch deutliche Unsicherheiten, wonach das nicht-situationale Verstehen noch nicht gefestigt ist. Kind 2 und Kind 3 haben die Sprache während der Therapiephase entdeckt (zwischen T2 und T3).

6.1 Hypothesenprüfung

Im folgend werden die Ergebnisse zusammengefasst und die oben eingeführten Hypothesen geprüft:

H1 Die Kinder zeigen nach der Therapiephase (T3) eine Verbesserung der untersuchten Kompetenzen gegenüber der Ausgangssituation (T1).

Alle Kinder zeigen im Entwicklungsprofil/TRI (interne Evidenz) am Ende der Therapiephase gegenüber der Ausgangslage eine Kompetenzsteigerung in mehreren Aspekten der verschiedenen Kompetenzbereiche (vgl. 5.3). Es lässt sich im Entwicklungsprofil für alle Kinder eine Zunahme der rezeptiven Sprachkompetenzen feststellen. Diese Ergebnisse lassen sich bei Kind 2 auch mit dem Untertest Wortverständnis des SETK-2 (externe Evidenz) abbilden. Für Kind 1 und Kind 3 liefern die Testungen mit dem SETK-2 keine verwendbaren Ergebnisse – er war nicht umsetzbar (Kind 1) bzw. zeigte bereits zu T1 einen Deckeneffekt (Kind 3). Auf diese Sachlage wird in der Methoden-Diskussion noch näher eingegangen (vgl. 6.2).

Gemäss der Einschätzung der Mütter (soziale Evidenz) fallen die Kompetenzen im Sprachverständnis am Ende der Therapiephase (T3) bei allen drei Kindern höher aus als bei T1 (und T2).

Die symbolischen Kompetenzen sind laut Einschätzung der Therapeutinnen gemäss Entwicklungsprofil / TRI (interne Evidenz) am Ende der Therapiephase (T3) höher als bei der Erstberatung (T1). Kind 1 beginnt über die Therapiephase symbolisch zu spielen, Kind 2 und Kind 3 erweitern die einfachen symbolischen Handlungen zu linearen symbolischen Handlungen.

Die Einschätzung der Mütter (soziale Evidenz) zeigt für Kind 2 und Kind 3 eine Zunahme der Spielkompetenzen von T1 zu T3. Bei Kind 1 schätzt die Mutter die Kompetenzen im Anschluss an die Therapiephase schlechter ein, was im Widerspruch zu der Beurteilung der Therapeutin steht. Inwiefern diese Einstufung der Kindsmutter tatsächlich mit abfallenden Leistungen des Kindes oder mit einem veränderten Problemverständnis der Kindsmutter in Zusammenhang stehen kann, wird weiter unten diskutiert (vgl. 6.3.2).

Die Items zur Individuationsentwicklung des Entwicklungsprofils zeigen für alle Kinder eine positive Veränderung über die Therapiephase (von T2 zu T3). Kind 1 beginnt während der Therapie «Nein» zu sagen und sich beim Namen zu nennen. Kind 2 beginnt ebenfalls in der Therapiephase das Wort «Nein» zu gebrauchen und bezeichnet sich mit «Ich». Die Bezeichnung der eigenen Person mit «Ich» beginnt auch bei Kind 3 im Verlauf der Therapiephase. Ein Vergleich mit dem Stand der Individuationsentwicklung zu T1 ist auf der bestehenden Datenlage aus der Perspektive der internen Evidenz nicht möglich, da das Entwicklungsprofil gemäss dem Ablauf des Beratungs- und Abklärungsprozesses im Kanton Zürich zu T1 noch nicht durchgeführt wird.

Die Einschätzung der Mütter (soziale Evidenz) fällt ähnlich aus wie jene der symbolischen Kompetenzen. Die Mutter von Kind 1 zeigt zu T3 eine minimal tiefere Einschätzung der

Individuationsentwicklung als zu T1 (und T2). Die Mütter von Kind 2 und 3 schätzen die Individuationsentwicklung zu T3 höher ein als zu T1.

Die Spracherwerbsstrategien, beurteilt durch die Verwendung des triangulären Blickkontaktes und der Monitoringstrategien (TRI), zeichnen ebenfalls positive Veränderungen zwischen T1 und T3 für alle drei Kinder ab. Wobei Kind 2 bereits zu T1 über einen gefestigten Blickkontakt verfügt, welchen es auch adäquat und verlässlich anwendet.

Als zentrale Orientierungsgrösse der Veränderungen in den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen werden die Resultate zur kommunikativen Teilhabe des Focus©-34-G beigezogen (soziale Evidenz). Für alle Kinder zeigt sich von T1 zu T3 eine signifikante Zunahme der kommunikativen Teilhabe.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich für alle Kinder in sämtlichen Kompetenzbereichen Fortschritte beobachten lassen, die jedoch nicht durchgängig mit allen Erhebungsinstrumenten gleichermassen erfasst werden konnten. H 1 kann demnach angenommen werden.

H2 Die Veränderungen nach der Therapiephase (T3) sind stärker als in der Wartephase (T2).

Die individuellen Entwicklungsverläufe der Kinder führen in den einzelnen Kompetenzbereichen zu unterschiedlichen Veränderungen über die Warte- und Therapie-Phase. Zusätzlich kann aufgrund der Datenlage kein Vergleich aus Sicht der Therapeutin (interne Evidenz) erfolgen, da das Entwicklungsprofil zu T1 aus Gründen des offiziellen Beratungs- und Abklärungsablaufes im Kanton Zürich nicht durchgeführt wurde. Es lässt sich festhalten, dass zentrale Entwicklungsschritte aus entwicklungspsychologischer Sicht, namentlich die Entdeckung der Sprache, bei Kind 2 und Kind 3 und der Einstieg ins Symbolspiel bei Kind 1, über die Therapiephase erfolgen. Diese qualitativ wichtigen Veränderungen haben sich über die Wartephase nicht abgezeichnet. Auch zeigt die Individuationsentwicklung bei allen drei Kindern zentrale Entwicklungsschritte in der Therapiephase, welche zwischen T1 und T2 (Wartephase) noch nicht erfolgt sind. Daraus lässt sich schliessen, dass H2 aus der Perspektive der internen Evidenz beibehalten werden kann.

Unter Einbezug der Daten der sozialen Evidenz auf Basis des Anamnesebogens kann H2 für die Veränderungen im Sprachverständnis und den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen angenommen werden. In der Individuation zeigt sich auch für Kind 2 der erwartete Verlauf. In der

Einschätzung der Entwicklung der Spielkompetenzen aus mütterlicher Sicht kann die Hypothese nicht angenommen werden.

Eindeutig sind die Ergebnisse für die kommunikative Teilhabe. Alle Kinder zeigen über die Therapiephase einen grösseren Zuwachs ihrer Möglichkeiten der kommunikativen Teilhabe als über die Wartephase.

Zusammenfassend zeigt sich aus verschiedenen Perspektiven für die meisten Kompetenzen in der Therapiephase qualitativ betrachtet ein entscheidenerer Fortschritt als in der Wartephase. Da die Wartephase hier die Funktion einer Kontrollbedingung erfüllt, ist dies ein Hinweis für die Wirksamkeit der frühen Sprachtherapie nach EST und H2 kann angenommen werden. Die teils widersprüchlichen Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsinstrumente stellen jedoch ein Problem dar und müssen in einem Folgeprojekt angepasst werden, um den Vorteil der Therapie ggü. keiner Therapie methodisch sauberer untersuchen zu können.

H3 Die Kinder zeigen nach der Therapiepause (Konsolidierungsphase) (T4) eine weitere Steigerung ihrer Kompetenzen (im Vergleich zum Ende der Therapiephase (T3)).

Im SET K-2 kann nur Kind 2 nach der Konsolidierungsphase einen Fortschritt verzeichnen, jedoch ist hier zu erwähnen, dass der Test bei Kind 1 zu keinem Testzeitpunkt durchführbar war und Kind 3 bereits zu T1 die volle Punktzahl erreicht hat (vgl. 5.3.3). Die Beurteilung im Entwicklungsprofil bestätigt für Kind 1 den erwarteten Verlauf einer Zunahme der Kompetenzen in der Konsolidierungsphase. Kind 2 und Kind 3 zeigen stabile, unveränderte Einschätzungen zu T3 und T4, wobei bei Kind 2 Deckeneffekte bestehen. Die interne Evidenz bestätigt die Annahme im Trend, jedoch nicht durchgängig bei allen Kindern. Die Einschätzung der Mütter (soziale Evidenz) bezüglich der Entwicklung des Sprachverstehens zeigt bei Kind 1 und 3 einen weiteren Fortschritt in der Konsolidierungsphase, bei Kind 3 liegt ein Rückschritt vor (vgl. Abbildung 7)., welcher im Kapitel der Diskussion zu den individuellen Entwicklungsverläufen noch näher beleuchtet wird (vgl. 6.2.2).

Die Beurteilung der Individuation und der Spielentwicklung fällt sowohl in der Beurteilung der internen als auch der sozialen Evidenz individuell unterschiedlich aus. Insgesamt zeichnen sich für fast alle Kinder bzw. Instrumente gleichbleibende bis leicht steigende Kompetenzen ab.

Ein einheitlicheres und klareres Bild zeigt sich bei den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen. Die Möglichkeit zur kommunikativen Teilhabe, gemessen mit dem Focus©-34-G, steigert sich bei Kind 1 und 3 in der Konsolidierungsphase noch einmal klinisch signifikant, was

den Ergebnissen von bisherigen Studien widerspricht (vgl. KWOW et al. 2019; CUNNINGHAM et al. 2019) bei Kind 2 kommt es zu einem Abfall der Kompetenzen (vgl. 5.3.5). Derselbe Entwicklungsverlauf zeigt sich im Pragmatischen-Profil und im Instrument der externen Evidenz (BpkK). Auf die rückläufigen Kompetenzen von Kind 2 während der Konsolidierungsphase wird in der Betrachtung der individuellen Entwicklungsverläufe noch einmal Bezug genommen (vgl. 6.2.2).

Zusammenfassend kann H3 aktuell beibehalten werden, jedoch zeigt sich insgesamt ein uneinheitliches Bild, einerseits bezüglich der individuellen Entwicklungsverläufe der Kinder, andererseits bezüglich der Kompetenzen.

H4 Die Kinder zeigen zunächst Fortschritte in den spracherwerbsbestimmenden Kompetenzen (Spiel/Individuation), Spracherwerbsstrategien und pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und erst anschliessend Fortschritte in den sprachlichen Funktionen.

Kind 1 zeigt über die Therapiephase zuerst einen Kompetenzzuwachs in den spracherwerbsbestimmenden Kompetenzen (Spiel und Individuation). Über die Konsolidierungsphase zeichnen sich Fortschritte im Sprachverständnis und in der Sprachproduktion ab (vgl. Abbildung 2).

Bei Kind 2 sind die symbolischen Kompetenzen in der Erstberatung (T1) bereits bei einem Entwicklungsalter von 18–24 Mt. Bei T2 erlangt das Kind im Entwicklungsprofil bei mehreren Items der Individuation ein Entwicklungsalter von 18–24 Mt. Das Sprachverständnis, die nonverbale und die verbale Kommunikation erlangen ein Entwicklungsalter von maximal 15–18 Monaten. Im Anschluss an die Therapiephase fallen die Kompetenzen auf ähnliche Entwicklungsalter zusammen, das Entwicklungsprofil wird homogener. Die produktive Sprachebene zeigt bei T2 bereits die Verwendung erster Wörter und Mehrwortsätze. Qualitativ wird interpretiert, dass das Kind die repräsentative Funktion der Sprache bereits erworben hat, die kommunikative Verwendung scheint noch nicht vorhanden. Somit kann auch für die Sprachproduktion festgestellt werden, dass die Individuation und die symbolische Entwicklung den sprachlichen Kompetenzen leicht vorausgeht.

Für Kind 3 zeigt das TRI, dass es zu T1 bereits in einzelnen symbolischen Handlungen spielt (Entwicklungsalter von 18–24 Monaten), aber noch keine Ein- und Zweiwortsätze verwendet und noch situational versteht. Bei T2 zeigt das Entwicklungsprofil, dass das Symbolspiel und die Individuationsentwicklung dem Sprachverständnis und der kommunikativen Anwendung der

Sprache vorausgehen. Über die Therapiephase gleichen sich die sprachrezeptiven und sprachproduktiven Leistungen tendenziell der Spiel- und Individuationsentwicklung an.

Diese Entwicklungsdynamik für die spracherwerbsbestimmenden und sprachlichen Kompetenzen verlaufen somit wie in der Theorie und in Fallbeispielen beschrieben (vgl. ZOLLINGER 2017; DÜRMÜLLER 2020; BÜRKI 2014).

Die Frage, ob die Strategien den sprachlichen Leistungen vorausgehen, kann aufgrund der Daten nicht eindeutig beantwortet werden.

Die Veränderungen der kommunikativen Teilhabe (Messwerte des Focus©-34-G) und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen (gemessen mit dem Pragmatischen Profil) weisen auf eine tendenziell parallele Entwicklung zwischen pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und sprachlichen Kompetenzen hin.

H4 kann zusammenfassend für die symbolischen Kompetenzen und die Individuation bestätigt und beibehalten werden. Für die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und die Spracherwerbsstrategien sind die Resultate zu wenig eindeutig und weitere Forschungsbestrebungen zu diesen Fragestellungen sind notwendig.

H5 Die Einschätzung der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten (interne Evidenz) deckt sich mit der externen Evidenz.

Zur Erfassung der externen Evidenz wurden die beiden Instrumente Beobachtungsverfahren zur Einschätzung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen (BpkK) (Aktivität/Partizipation) und SETK-2 (Funktion) verwendet. Zur Erfassung der internen Evidenz wurde das Entwicklungsprofil und das TRI sowie die Zielsetzungen und -evaluationen der Therapeutin herangezogen.

Ein Vergleich der beiden Evidenzen ist somit auf die Beurteilung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen (Entwicklungsprofil, vgl. Abbildung 2, 3 und 4) für die interne Evidenz und BpkK (vgl. Tabelle 6) für die externe Evidenz und das Sprachverständnis (Entwicklungsprofil für die interne Evidenz) und den SETK-2 (externe Evidenz) (vgl. Tabelle 5) begrenzt.

Beim Vergleich der Einschätzungen von BpkK und den kommunikativen Kompetenzen im Entwicklungsprofil zeigt sich bei allen drei Kindern keine Übereinstimmung der Ergebnisse der beiden Instrumente: Im Entwicklungsprofil steigern alle Kinder ihre verbalen und nonverbalen

kommunikativen Kompetenzen über die Therapiephase (T2 bis T3) und bleiben in der Konsolidierungsphase stabil. Im BpkK steigern sich Kind 2 und 3 in der Wartephase, Kind 1 erhält schlechtere Werte als zu Beginn. Kind 1 und 2 erreichen nach der Therapiephase (T3) höhere, Kind 3 einen niedrigeren Wert. Und auch nach der Konsolidierungsphase zeigt sich ein unterschiedlicher Verlauf bei den Kindern: Kind 1 und 3 steigern sich leicht, Kind 2 fällt auf den Wert vor der Therapiephase zurück.

Da im SETK-2 nur bei Kind 2 sinnvoll auswertbare Ergebnisse vorliegen, begrenzt sich der Vergleich zwischen interner Evidenz (Entwicklungsprofil) und externen Evidenz (SETK-2) auf dieses eine Kind und nur auf die Therapie- und Konsolidierungsphase, da das Entwicklungsprofil zu T1 nicht durchgeführt wurde. Das Kind steigert seine SV-Kompetenzen im Entwicklungsprofil in der Pause und zeigt über die Konsolidierungsphase Kompetenzen im gleichbleibenden Entwicklungsalter. Im SETK-2 sind die Werte zu T2 und T3 (Wartephase) dieselben und steigern sich im Anschluss in der Konsolidierungsphase.

H5 muss demnach verworfen werden. Es ist jedoch anzumerken, dass die untersuchten Konzepte der internen und externen Evidenz sowohl für die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen wie auch die rezeptiven Sprachleistungen zwar eine Schnittmenge zeigen, jedoch bei weitem nicht identisch sind, was ihre Vergleichbarkeit in Frage stellt. Zudem kann der Vergleich nur für T2, T3 und T4 erfolgen, da das Entwicklungsprofil für T1 keine Werte liefert.

H6 Die klare Trennung der Bereiche Funktion, Aktivität, Teilhabe und personale Faktoren ist bei kleinen Kindern nur schwer möglich. Die Bereiche greifen ineinander.

Eine klare Trennung der Aspekte des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells ist hier nicht möglich: Eine Funktionsüberprüfung (wie z.B. die des triangulären Blickkontakts) bei Kindern im Alter von 2-3 Jahren ist nur in konkreten Situationen möglich, die dann wiederum bereits Aktivitätsniveau haben (z.B. Entwicklungsprofil, TRI). Wendet das Kind eine dieser Funktionen in der Untersuchungssituation nicht an, wird geschlossen, dass es noch nicht über sie verfügt – dabei handelt es sich jedoch um eine Schlussfolgerung und nicht um eine strukturierte Funktionsprüfung. Mit Blick auf die kommunikative Verwendung der Sprache und dem therapeutischen Fokus, Strategien anzuwenden, mit Spiel und Sprache etwas zu bewirken, wird in EST die Beurteilung der kindlichen Kompetenzen in den sprachlichen wie auch den spracherwerbsbestimmenden Kompetenzen als Aktivität bzw. Partizipation verstanden. Es ist

Ziel und Qualität der entwicklungspsychologischen Beurteilung, dass nicht Funktionen geprüft, sondern die Anwendung und Umsetzung der Funktionen beurteilt wird.

Darüber hinaus sind interpersonelle Interaktion und Kommunikation, Umweltfaktoren und personale Faktoren im Kleinkindalter sehr eng verbunden (vgl. HOLLENWEGER HASKELL 2014). Elementares Lernen hängt stark mit Funktionen (wie eben dem triangulären Blickkontakt) zusammen und die Fortschritte in den verschiedenen Bereichen des Erwerbens der Sprache stehen in direktem Zusammenhang mit Umweltfaktoren (dem Verhalten der Bezugspersonen).

Während bei Jugendlichen und Erwachsenen eine differenzierte Prüfung von Funktionen und Aktivität/Teilhabe möglich ist und Umwelt- und personale Faktoren trennbare Einflussfaktoren darstellen, sind die Bereiche bei kleinen Kindern eng verwoben und schwer trennbar. H6 kann demnach beibehalten werden

6.2 Individuell spezielle Verläufe (kindbezogen)

Die Werte des Focus©-34-G von Kind 2 weisen sowohl für die Wartephase als auch für die Konsolidierungsphase auf individuelle Verläufe über die drei Phasen hin, welche ein anderes Muster der Veränderung erkennen lassen, als in den Hypothesen erwartet wurde. Dieser individuelle Verlauf ist Anlass für eine Diskussion zur Warte- und Konsolidierungsphase.

6.2.1 Wartephase

Bereits direkt im Anschluss an die Erstberatung (T1) verändert sich aus Sicht der Mutter bei Kind 2 die Möglichkeit zur kommunikativen Teilhabe klinisch signifikant (Zunahme um 39 Punktwerte Focus©-34-G, vgl. Abbildung 9). Die mütterlichen Sorgen reduzieren sich zwischen T1 und T2 deutlich und sinken von einem Skalenrohwert von 7 auf 4 hinunter (vgl. Abbildung 11). Das pragmatische Profil zeigt vergleichbare Veränderungen, indem der Mittelwert von 3,3 zu T1 auf 3,9 zu T2 steigt. Die mütterliche Einschätzung auf der Grundlage des Anamnesebogens bleibt im Bereich der Individuation in der Wartephase stabil. Für die Spielentwicklung steigen die Einschätzungen von T1 (7) auf den Maximalwert zu T2 (vgl. Abbildung 5). Im Sprachverständnis zeigt sich eine Steigerung von 1,5 (T1) auf 3 (T2) (vgl. Abbildung 7) und in der Kommunikation steigt die Einschätzung minimal von 2 (T1) auf 2,5 (T2) (vgl. Abbildung 8).

Diese Zunahmen in der Einschätzung der Kindsmutter und der Rückgang ihrer Sorgen weisen darauf hin, dass die Erstberatung und die Aufgleisung der logopädischen Versorgung mit Abklärung und Aussicht auf einen Therapieplatz bei der Mutter wie auch beim Kind etwas bewirkt

haben. Es stellt sich die Frage, ob der Aufbau der Beziehung zur Fachperson, die zugewandte individuelle Arbeit im Spiel mit dem Kind, der individuelle ganzheitliche Zugang zum Kind und das ganzheitliche Verständnis für die Spracherwerbsschwierigkeiten, wie sich diese in EST als Qualität ausweisen, zu diesen Veränderungen beigetragen haben. Diesbezüglich öffnet sich ein Feld für weitere Forschungstätigkeit. Ausserdem soll und in einem nächsten Schritt im Rahmen einer angedachten Publikation diese Hypothese mit den Daten der Auswertung der Elterninterviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. KUCKARTZ 2018) in Beziehung gesetzt werden.

6.2.2 Konsolidierungsphase

Im Unterschied zur Warte- und Therapiephase nehmen die elterlichen Sorgen bei Kind 2 zwischen T3 und T4 zu und erlangen bei T4 mit dem Skalenrohwert von 8 fast das Maximum (9), während sie am Ende der Therapiephase (T3) bei einem sehr geringen Wert von 1 angelangt waren (vgl. Abbildung 11). Die mütterliche Einschätzung auf der Grundlage des Anamnesebogens fällt bei T4 für das Sprachverständnis und die Individuation tiefer aus als zu T3. Am Ende der Therapiephase werden von ihr alle drei Items der Individuationsentwicklung mit dem Maximalwert beurteilt, woraus auch ein maximaler Mittelwert von $M=9$ resultiert (vgl. Abbildung 6). Im Anschluss an die Konsolidierungsphase (T4) zeigt sich ein grundlegend anderes Bild. Der Mittelwert der Individuations-Einschätzung fällt mit $M=7$ tiefer aus als bei T1. Das Kind zeigt neuerdings leichte Schwierigkeiten, sich von den Eltern zu lösen (Punktwert 8), im Ausdruck seines Willens (Punktwert 7) und seiner Selbstsicherheit im Auftreten (Punktwert 6). Die einzelnen Beurteilungen sind tiefer oder gleich wie bei Therapiebeginn. Im Focus©-34-G zeigt sich über die Konsolidierungsphase ein klinisch signifikanter Rückgang der Möglichkeiten zur kommunikativen Teilhabe um 21 Punktwerte über die Konsolidierungsphase (vgl. Abbildung 9). Der Gesamtscore fällt bei T4 trotzdem höher aus als bei Therapiebeginn (T2). Auch im Pragmatischen Profil zeigen sich rückläufige Werte von T3 zu T4 und ebenso im BpkK aus Sicht der externen Evidenz. Diese Mittelwerte fallen zu T4 exakt oder annähernd gleich aus wie zu T2. Gemäss der mütterlichen Einschätzung zeigen sich im Spiel stabile Kompetenzen und auch die erwünschten Verhaltensweisen und Sprachkompetenzen werden als stabil eingeschätzt. Aus Sicht der Therapeutin zeichnen sich die Veränderungen im Entwicklungsprofil und im SETK-2 nicht ab. Die Zielerreichung weist jedoch darauf hin, dass auch in der Kontrolluntersuchung die Kompetenzen im Sprachverständnis und in der Sprachproduktion in Bezug auf die individuell gefassten Ziele eine rückläufige Tendenz zeigen.

Die Konsolidierungsphase fällt mit der ersten Welle der Corona-Pandemie und den damit in Zusammenhang stehenden Massnahmen zusammen. Es stellt sich die Frage, ob soziale Veränderungen und Unsicherheiten im Familiensystem und im erweiterten System sich auf die Kompetenzen des Kindes niedergeschlagen haben.

Auch stellt sich die Frage, wie als Kindsmutter und Logopädin mit rückläufigen Kompetenzen umgegangen werden darf. Grundsätzlich verliert die Pause in dieser Dynamik den Nutzen der Konsolidierung und Festigung und die Prüfung einer frühzeitigen Wiederaufnahme der logopädischen Therapie scheint angezeigt.

Spannend wäre zu erfahren, wie rasch das Kind bei Beginn der zweiten Therapiephase wieder auf seine Kompetenzen bei Therapieabschluss zurückfinden kann und wie rasch sich weitere Entwicklungsschritte im Bereich der Individuation, des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion abzeichnen. Erst auf der Basis dieser weiterführenden Informationen wäre ein differenzierter Beitrag zur Diskussion um ein Risiko in Bezug auf eine Therapiepause gewinnbringend und methodisch korrekt zu leisten.

6.3 Methodendiskussion

In den vorliegenden Diskussionspunkten werden einerseits Instrumente auf ihre Zuverlässigkeit und die weitere Verwendbarkeit für Folgestudien geprüft sowie Adaptationsmöglichkeiten besprochen und andererseits auf die Einschätzung der Eltern insbesondere im Bereich der Spiel- und Individuationsentwicklung eingegangen und deren Ergebnisse kritisch diskutiert.

6.3.1 Diskussion der Messinstrumente

Die beiden Instrumente, Focus©-34-G und die adaptierte Version des Pragmatischen Profils welche für die Messung der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen bzw. der kommunikativen Teilhabe Verwendung fanden, zeigen für alle Kinder und sämtliche Erhebungszeitpunkte parallele Entwicklungsverläufe (vgl. Abbildung 10). Auch fallen die Messwerte (Gesamtwert des Focus©-34-G und Mittelwert des Pragmatischen Profils) vergleichbar aus in Bezug auf ihre Ausprägung. Kind 1 zeigt bei beiden Instrumenten im Vergleich die tiefsten Werte, gefolgt von Kind 2 und Kind 3. Beide Instrumente haben sich in Bezug auf die Qualität der Ergebnisse bestätigt. Der Focus©-34-G bringt vier wichtige methodische Vorteile mit sich: Er ist in der hier verwendeten Form evaluiert und standardisiert und eine Validierung im Rahmen eines Dissertationsprojektes läuft aktuell. Die Durchführung (Datenerhebung) ist für die Eltern zeiteffizient möglich und die Auswertung ist ebenfalls mit verhältnismässig geringen

zeitlichen Ressourcen gut bewältigbar. Er wird zunehmend für Studien im Vorschulbereich verwendet, was Untersuchungsergebnisse vergleichbar macht. Das Pragmatische Profil in der hier verwendeten adaptierten Form ist nicht evaluiert und bedarf eines deutlich grösseren Zeitaufwandes in der Durchführung (Interview mit den Eltern) wie auch in der Auswertung (Transkription und Codierung). Da die beiden Instrumente parallele Verläufe aufzeigen wurde entschieden, im Folgeprojekt den Focus©-34-G erneut zu verwenden und auf das Pragmatische Profil zu verzichten.

In Bezug auf den verwendeten Untertest Verstehen von Wörtern des SETK-2 sind in diesem Pilotprojekt zwei Extrembeispiele vorliegend: Dabei handelt es sich einerseits um Kind 1, welches bei allen Messzeitpunkten $R=0$ erzielt und ein Abbruch des Untertests bei allen vier Untersuchungszeitpunkten erfolgen musste. Andererseits betrifft dies Kind 3, welches durchgängig den Maximalwert von $R=9$ erlangt. Bei beiden Kindern ist die Erfassung der Veränderungen in den rezeptiven Sprachleistungen mit dem Untertest Verstehen von Wörtern nicht sinnvoll gelungen.

Die Situation mit den Deckeneffekten bei Kind 3 führt zu der methodischen Überlegung, dass im geplanten Folgeprojekt sämtliche Untertests des SETK-2 durchgeführt werden. Somit wird auch das Verständnis von Sätzen geprüft, was weniger rasch zu Deckeneffekten führen wird, da die erfragten Items höhere Kompetenzen erfordern als das Verstehen von Einzelwörtern. Falls in Einzelfällen trotzdem der Fall eintreten sollte, dass ein Kind Deckeneffekte ausweist, wird aktuell geprüft, ob die Fortführung mittels SETK-3-5 eine methodisch valide Lösung wäre. Dies würde bei jenen Kindern in Betracht gezogen, welche im Verlauf das Lebensalter von 3;0 erlangen oder überschreiten. Für Kinder, bei denen eine Durchführung des SETK-2 aufgrund ihres Leidensdruckes oder zu geringen Kompetenzen im Sprachverständnis, um die Instruktion zu verstehen, wird aktuell die Durchführung des ELFRA-2 (vgl. GRIMM et al. 2019) diskutiert.

Die Situation von Kind 1 wirft Diskussionspunkte auf in Bezug auf die Durchführbarkeit von normierten, standardisierten Tests bei Late-Talkern. Gerade bei Late Talkern mit rezeptiven Defiziten ist die Durchführung von Testbatterien häufig erschwert, da die Frustrationstoleranz bei diesen Kindern oft reduziert und der Leidensdruck gross ist (vgl. BÜRKI 2014; VISCHER 2020). Zudem setzt die Durchführung eines Testverfahrens ein gewisses Mass an pragmatisch-kommunikativen wie auch sprachlich-rezeptiven Kompetenzen voraus, um überhaupt in eine Testumsetzung zu finden.

Für beide Kinder war die Verwendung des Beobachtungsverfahrens auf der Basis des Entwicklungsprofils (ZOLLINGER 2015) ein methodischer Gewinn. Denn durch die qualitative

Einschätzung der rezeptiven Sprachkompetenzen im Spiel war es sowohl für Kind 3 wie auch für Kind 1 möglich, einen Verlauf der Entwicklung aufzuzeigen. Dies erweist sich insbesondere für Kinder mit ähnlichen Schwierigkeiten und sehr tiefem Entwicklungsstand im Sprachverstehen auch für weiterführende Studien als wichtiger methodischer Zugang. Kindern mit Leidensdruck und Ausweichverhalten kann eine Testung unter diesen Umständen eher gerecht werden.

Das verwendete Instrument für die Erfassung der externen Evidenz (BpkK) ist ein Beobachtungsinstrument, welches in natürlichen Spielinteraktionen der EST Einsatz finden kann. Das Kind muss keine zusätzliche Testsituation absolvieren und die besprochenen Ausweich- und Abbruch-Schwierigkeiten wie sie bei der Verwendung des SETK-2 oder anderen standardisierten Testverfahren eintreten können, sind nicht zu erwarten. Das Instrument ist jedoch informell und nicht standardisiert. Zudem zeigte sich die Auswertung als zeitintensiv und die Objektivität ist aufgrund des Interpretationsspielraumes der Anleitungen im Kodiermanual kritisch zu betrachten. Dies zeigt sich beispielsweise in der Beurteilung durch die externe Fachperson bei T1 von Kind 1, welche in Bezug auf die anderen Testergebnisse zu den pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen und im Vergleich mit den drei weiteren Messzeitpunkten von Kind 1 nicht nachvollziehbar erscheinen. Die Validität der Einschätzung ist aufgrund der Anlage des Beobachtungsverfahrens ebenfalls kritisch zu betrachten. Es werden 5 Minuten einer Therapiesequenz ausgewertet, welche nicht immer repräsentativ für die gesamte Therapiestunde beziehungsweise für die Einschätzung der kindlichen Performanz insgesamt ist. Dies scheint bei Kind 3 zum Zeitpunkt 3 eine Schwierigkeit darzustellen. Die Logopädin äussert innerhalb der videographierten 5 Minuten gegenüber der Kindsmutter, dass sich das Kind verhalten zeige, was zu unerwartet tiefen Testwertungen am Ende der Therapiephase führt, welche die Kompetenzen zum Abschluss der Therapiephase nicht ausreichend valide abbilden zu vermögen. Für die Praxis scheint dieses Instrument sehr sinnvoll und praktikabel zu sein. Für die Folgestudie wird der BpkK nicht mehr verwendet.

6.3.2 Einschätzung der Eltern auf der Grundlage des Anamnesebogens

Für Individuation und Spiel bewegen sich die elterlichen Einschätzungen bei allen Kindern zu sämtlichen Messzeitpunkten zwischen einem Punktwert von 7 und 9 (vgl. Abbildungen 5 und 6). Dies sind hohe Einschätzungen, wenn man die Entwicklungsverläufe der Kinder mit der Beurteilung durch die Logopädin im Entwicklungsprofil vergleicht.

Die inhaltliche Betrachtung der Items, welche innerhalb des Anamnesebogens vorliegen zeigt, dass die Eltern andere Kompetenzen im Bereich Spiel und Individuation beurteilen als die Logopädin im Entwicklungsprofil. Dies reduziert die Vergleichbarkeit der Instrumente und kann die unterschiedlichen Einschätzungen erklären. In den Bereichen Kommunikation und Sprachverstehen sind die Einschätzungen der Eltern auf der Basis der Beurteilung durch die Therapeutinnen eher nachvollziehbar.

Für die Mutter von Kind 1 zeigt sich in den beiden Kompetenzbereichen Spiel und Individuation eine Abnahme der Einschätzung über die Wartephase. Ihre Einschätzung liegt zu T1 im Spiel beim Maximalwert von M=9 und in der Individuation bei M=8.5. Im Spiel fällt die mütterliche Einschätzung über die Therapiephase zusätzlich auf M=7 und bleibt bis T4 auf diesem Niveau. Diese rückläufige Beurteilung lässt sich nicht mit den weiteren Daten des Kindes (sowohl interne wie soziale Evidenz) erklären und scheinen nicht mit tatsächlich absinkenden Kompetenzen des Kindes in Zusammenhang zu stehen. Sie werden dahingehend interpretiert, dass die Kindsmutter im Anschluss an die Erstberatung wie auch im Verlauf der Therapie eine zunehmend adäquatere Einschätzung der kindlichen Kompetenzen erlangt. Diese schrittweisen Angleichungen zwischen mütterlicher Einschätzung und Beurteilung der Logopädin werden dahingehend interpretiert, dass ein Hinweis auf eine Wirksamkeit von EST in der Zusammenarbeit mit den Eltern vorliegen könnte. Die veränderten Einschätzungen der Kindsmutter können als Folge von Gesprächen mit der Logopädin und die Einführung in das ganzheitliche Verständnis der Spiel- und Individuationsentwicklung im Zusammenhang mit dem Spracherwerb interpretiert werden. Insofern werden die rückläufigen Einschätzungen der Kindsmutter als Hinweis darauf interpretiert, dass Gespräche mit Eltern als Wirkfaktor der EST interpretiert werden können.

7. Fazit und Ausblick

Die Entdeckung der Sprache aller drei Kinder und die statistisch bedeutsamen Veränderungen im Focus©-34-G werden als wichtige Veränderungen in den Bereichen der Aktivität und Partizipation interpretiert und weisen auf die Wirksamkeit von EST hin. Auch das Ergebnis, dass sämtliche geprüften Kompetenzen (Sprachverständnis, symbolische Kompetenzen, Individuationsentwicklung, Spracherwerbsstrategien und pragmatisch-kommunikative Kompetenzen) am Ende der Therapiephase höhere Werte als bei der Erstberatung zeigen, werden als belastbare Hinweise für die Wirksamkeit der EST interpretiert.

Die Auswertungen fallen insgesamt umfangreich und aufwändig aus, obwohl sie ausser beim Focus©-34-G in rein deskriptiver Form erfolgen. Für das Folgeprojekt laufen intensive Bestrebungen, die Messinstrumente zu reduzieren und die Auswertung der Daten des Entwicklungsprofils quantitativ zu gestalten. Dies aus den Gründen, dass Veränderungen im Anschluss an die Therapie nach EST für eine grössere Stichprobe von 20 bis 30 Kindern gemessen werden sollen und hierfür eine rein deskriptive und qualitative Auswertung als zu wenig aussagekräftig erscheint.

Parallel zum Aufbau eines Nachfolgeprojektes laufen aktuell Bestrebungen, die Vielzahl der Ergebnisse der hier beschriebenen Einzelfälle thematisch und methodisch fokussiert in Einzelpublikationen zu beschreiben. Dabei wird ein Augenmerk auf der sozialen Evidenz liegen, wobei die Ergebnisse der Inhaltsanalyse einfließen werden. Denn betrachtet man die Aussagen der drei Mütter in den Leitfadeninterviews, so beschreiben alle drei, dass sich bei ihren Kindern ergänzend zu den Kompetenzen das Kind als Ganzes und das Wohlbefinden der Kinder positiv verändern. Dies scheint eine weitreichende Aussage, welche es wert ist, in Form von qualitativen Auswertungen Wirkfaktoren der EST noch differenzierter herauszuarbeiten. Fragen wie, die nach der Bedeutung der Interaktions- und Therapiegestaltung im Spiel, werden in Bezug auf dieses Pilotprojekt weiter interessant bleiben.

Für das Forschungsprojekt wird hingegen ein quantitatives Vorgehen auf der Basis einer übersichtlichen Methodik geplant.

Danksagung

Die Forschungsabteilung der SHLR bedankt sich beim Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) und der Förderstiftung für das Sprachheilwesen im Kanton Zürich für die finanzielle Unterstützung bei der Umsetzung des Pilotprojekts.

Literatur

- BÜRKI, D. (2014): Kleine Kinder, die nicht sprechen: eine heterogene Gruppe. In: ZOLLINGER, B. (Hrsg.): Frühe Spracherwerbsstörungen. Kleine Kinder verstehen und Eltern begleiten. Bern: Haupt, 13–42.
- BÜTTNER, C. & QUINDEL, R. (2013). Gesprächsführung und Beratung. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- BUSCHMANN, A., & JOOSS, B. (2011): Frühdiagnostik bei Sprachverständnisstörungen. In: Forum Logopädie, 1, 20–27.
- CHOLEWA, J., & SIEGMÜLLER, J. (2017): «Beyond randomized control». Plädoyer für mehr inhaltliche Transparenz, Systematik und Programmatik in der Sprachtherapieforschung bei SSES. In: Logos, 25(2), 84–95.
- CLEGG, J., HOLLIS, C., MAWHOOD, L., & RUTTER, M. (2005): Developmental language disorders – follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46(2), 128–149.
- CONTI-RAMSDEN, G., & BOTTING, N. (2008): Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(5), 516–525.
- CUNNINGHAM, B. J., KWOK, E., EARLE, C., & CARDY, J. O. (2019): Exploring participation and impairment-based outcomes for Target Word™: A parentimplemented intervention for preschoolers identified as late-to-talk. In: Child Language Teaching and Therapy, 35, 145–164.
- DESMARAIS, C., SYLVESTRE, A., MEYER, F., BAIRATI, I. & ROULEAUF, N. (2008): Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. In: International Journal of Language & Communication Disorders, 43, 361–389.
- DIEM, A. (2009): Entwicklungsverläufe von Kindern mit verspätetem Sprechbeginn. In: Development of Late Talkers. Logos, 24(4), 46–52.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organisation.
- DOLLAGHAN, C.A. (2007): The Handbook for Evidence-based Practice in Communication Disorders. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- DOHMEN, A., DEWART, H. & SUMMERS, S. (2009): Das Pragmatische Profil: Analyse kommunikativer Fähigkeiten von Kindern. München: Urban & Fischer/Elsevier.

- DRESING, T. & PEHL T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Aufl. Marburg: Eigenverlag.
- DÜRSMÜLLER, C. (2020): Entwicklungspsychologische Sprachtherapie nach Zollinger. Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis, 9(2), 95–101
- DURKIN, K., & CONTI-RAMSDEN, G. (2007): Language, Social Behavior, and the Quality of Friendships in Adolescents with and without a History of Specific Language Impairment. *Child Development*, 78(5), 1441–1457.
- GERBIG, T., SPIEB, C., BERG, M., & SARIMSKI, K. (2018): Soziale Ausgrenzung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forschung Sprache*, 1, 63–72.
- GRIMM, H. (2016): SETK-2. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. (2;0-2;11 Jahre). 2. überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- GRIMM, H., DOIL, H., AKTAS, M. & FREVERT, S. (2019): ELFR-2. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. 3., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- HOLLENWEGER HASKEL, J (2014): ICF-CY: Die Anwendung der ICF in der frühen Kindheit. In: GRÖTZBACH, H. & IVEN, C. (Hrsg): ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner, 27–42.
- KIRESUK, T.J. & SHERMAN R.E. (1968): Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programms. *Community Mental Health Journal*, 4 (6), 443–453.
- KUCKARTS, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- KWOK, E. Y. L., CUNNINGHAM, B. J., & CARDY J. O. (2019): Effectiveness of a parent-implemented language intervention for late-to-talk children: A real-world retrospective clinical chart review. In: *International Journal of Speech-language Pathology*, 21, 1–11.
- LAW, J., GARRETT, Z., & NYE, C. (2003): Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. In: *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- LAW, J., RUSH, R., SCHOON, I., & PARSONS, S. (2009): Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: Literacy, mental health, and employment outcomes. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), 1401–1416.
- LIENHARD-TUGGENER, P. (2017): ICF-CY Mindmaps. Zürich: Interkanonale Hochschule für Heilpädagogik. Unter: http://peterlienhard.ch/download/170414_icf_mindmaps_total.pdf [abgerufen am 28.04.21].

- LILARD, A.S., LERNER, M.D., HOPKINS, E.M., DORE, R.A., SMITH, E.D. & PALMQUIST, C.M. (2012): The Impact of Play on Children's Development: A Review of the Evidence. In: Psychological Bulletin 139(1), 1-34.
- MARTON, K., ABRAMOFF, B., & ROSENZWEIG, S. (2005): Social cognition and language in children with specific language impairment (SLI). Journal of Communication Disorders, 38(2), 143-162.
- MATHIEU, S. (2014): Therapie von kleinen Kindern mit Problemen im Sprachverstehen. In: ZOLLINGER, B. (Hrsg.): Frühe Spracherwerbsstörungen. Kleine Kinder verstehen und Eltern begleiten. Bern: Haupt, 131-152.
- MCCORMACK, J., MCLEOD, S., MCALLISTER, L., & HARRISON, L. J. (2009): A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across lifespan. International Journal of Speech-Language Pathology, 11(2), 155-170.
- MCGREGOR, K. (2020): How we fail Children with Developmental Language Disorder. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 51(4), 1-12.
- NEUMANN, S., SALM, S., ROBERTSON, B. & THOMAS-STONELL, N. (2018): Fokus auf den Erfolg der Kommunikation von Kindern unter 6 Jahren (FOCUS ©-G). Forum Logopädie, 31 (1), 14-19.
- SACHSE, S. & VON SUCHODOLETZ, W. (2013): Sprachverständnis bei Late Talkers. In: HNO, elektronischer Sonderdruck, 936-943.
- SCHNEIDER, B, WEHMEYER, M. & GRÖTZBACH, H. (2014). Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel. Berlin: Springer (=Praxiswissen Logopädie).
- STANTON-CHAPMAN, T. L., JUSTICE, L. M., SKIBBE, L. E., & GRANT, S. L. (2007): Social and Behavioral Characteristics of Preschoolers with Specific Language Impairment. Topics in Early Childhood Special Education, 27(2), 98-109.
- ST CLAIR, M. C., PICKLES, A., DURKIN, K., & CONTI-RAMSDEN, G. (2011): A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). Journal of Communication Disorders, 44(2), 186-199.
- SYLVESTRE, A., BRISSON, J., LEPAGE, C., NADEAU, L., & DEAUDELIN, I. (2016): Social participation of children age 8-12 with SLI. Disability and Rehabilitation, 38(12), 1146-1156.
- VISCHER, B. (2020): Bedeutung früher kommunikativer Fähigkeiten und Einschätzung mithilfe eines Beobachtungsrasters. In: Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis, 9(2), 72-80.
- VON SUCHODOLETZ, W. (2009). Frühinterventionen bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 10, 965-970.

- YOUNG, A. R., BEITCHMAN, J. H., JOHNSON, C., DOUGLAS, L., ATKINSON, L., ESCOBAR, M. & WILSON, B. (2002): Young adult academic outcomes in a longitudinal sample of early identified language impaired and control children. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 635–645.
- ZIMMERMANN, A. (2019): Soziale Evidenz: Die Perspektive der Eltern von kleinen Kindern mit Spracherwerbsstörungen – Erkenntnisse aus Forschung und Praxis und deren Umsetzung im Forschungsprojekt W-EST. *logopädieschweiz* 3, 4–14.
- ZOLLINGER, B. (2017): Entwicklungspsychologische Grundlagen der Sprachtherapie. In: GROHNFELDT, M. (Hrsg.): *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie*. Band 2: Interdisziplinäre Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer, 235–251.
- ZOLLINGER, B. (2015): *Die Entdeckung der Sprache*. 5. unveränderte Auflage. Bern: Haupt.
- ZOLLINGER, B. (2014a): Triadische Beziehungen und Spracherwerbsstörungen: ein neues Konzept für die Früherfassung. In: ZOLLINGER, B. (Hrsg.): *Frühe Spracherwerbsstörungen. Kleine Kinder verstehen und Eltern begleiten*. Bern: Haupt, 71–92.
- ZOLLINGER, B. (2014b): Und wenn sie nicht spielen können? Frühe Sprachtherapie mit entwicklungsauffälligen Kindern. In: *SAL-Bulletin*, 153, 5–16.
- ZUBRICK, S. R., TAYLOR, C. L., RICE, M. L., & SLEGGERS, D. W. (2007): Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors, and covariates. In: *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 50(6), 1562–1592.