

Interdisziplinäre Förderung und Behandlung bei Hör- und Sprachstörungen

Ergebnisse zur Wirksamkeit eines Konzeptes aus Niedersachsen

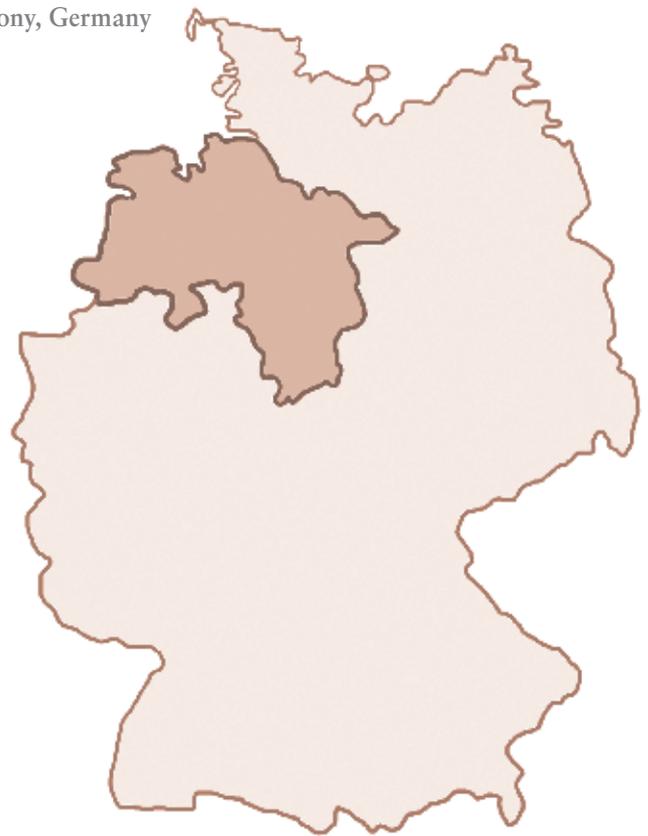
Multidisciplinary assessment and treatment of children with hearing and language disorders
– results regarding the effectiveness of a concept from Lower Saxony, Germany

Schlüsselwörter

Spezifische Spracherwerbsstörungen
Interdisziplinarität
Evaluation
Evidenzbasierung
Integration
Hörstörungen

Key words

Specific developmental language disorders
multidisciplinary
evaluation
evidence based practice
integration
hearing disorders



Z u s a m m e n f a s s u n g
Im Rahmen eines Konzeptes zur interdisziplinären Erfassung und Behandlung werden massive Spracherwerbsstörungen multifaktoriell betrachtet.* Durch eine möglichst intensive Behandlung und Förderung im Vorschulalter (in der Maßnahme „teilstationäre Sprachheilbehandlung“ in den niedersächsischen Sprachheilkindergärten) soll eine weitgehende Eingliederung in die Gesellschaft erreicht werden. Um den Erfolg dieser Maßnahme im Sinne einer Evidenzbasierung zu messen und zu begründen, wird als Kriterium die Anschlusseinrichtung nach dem Besuch angesehen. Die hohe Erfolgsquote der Wiedereingliederung (bzw. Rückführungsquote in Regeleinrichtungen) von bis zu 90 Prozent belegt die Wirksamkeit des Konzeptes der möglichst frühen Erfassung von Sprachstörungen und der interdisziplinär ausgerichteten Förderung und Behandlung bei gravierender Symptomatik unter Berücksichtigung der individuellen Biographien sowie des volkswirtschaftlichen Nutzens. Dies belegt auch eine zusätzliche Evaluationsstudie, die die Erfolge beim deutlichen Abbau der sprachpathologischen Symptomatik nachweisen konnte.

Summary: Within the framework of a concept for the multidisciplinary assessment and treatment substantial developmental language acquisition disorders are multifactorially regarded. By means of a preferably intensive treatment and a fostering in pre-school-age (within the program „semi-inpatient language therapy“ in Lower Saxony’s special kindergartens for language disordered children) an extensive integration into society should be achieved.

The success of this approach is evaluated by collecting data about the institution the participants of the program visit subsequent to kindergarten. Furthermore the resolution of pathological language symptoms was assessed. The high degree of reintegration into standard (vs. special) educational institutions of up to 90 per cent verifies the effectiveness of the concept that includes an early detection of language disorders and of an interdisciplinary orientated fostering and treatment of substantial language symptoms – considering individual biographies as well as economical benefits. Moreover, results regarding the program’s effectiveness are supported by a clear decrease of pathological language symptoms.

* In diesem Text sind bei Personenbezeichnungen immer Menschen beiderlei Geschlechts gemeint.

MANFRED FLÖTHER
ERICH SCHLÜTER
THEODOR BRUNS

1. Einleitung

Hör- und Sprachstörungen werden in der Entstehung und Behandlung als multifaktorielle Störungsbilder begriffen, denen deshalb möglichst interdisziplinär zu begegnen ist. Auf dieser Basis entwickelt die Hör- und Sprachheilberatung des Landes Niedersachsen seit über 50 Jahren Konzepte zur Vernetzung der beteiligten Disziplinen – sowohl bei der (möglichst frühen) Erfassung als auch bei der Behandlung von Kommunikationsstörungen. Das niedersächsische Modell der „teilstationären Sprachheilbehandlung“ wird als interdisziplinäre Komplexleistung in Sprachheilkinder- und Hörgeschädigten-Kindergärten für Kinder mit gravierenden Sprach- und/oder Hörstörungen durchgeführt (vgl. Flöther et al., 2010). Das Ziel einer weitgehenden Verminderung der Symptomatik mit anschließender Wiedereingliederung in Regeleinrichtungen wird angestrebt und in vielen Fällen auch erreicht, wie es Evaluationsstudien für den Bereich der teilstationären Sprachheilbehandlungen wiederholt gezeigt haben (Dierkes & Jost 2007; Ullrich & Marten, 2009; Marten & Ullrich, 2010). Eine aktuelle Studie aus mehreren Sprachheilkinder- und Hörgeschädigten-Kindergärten eröffnet, im Vergleich mit weiteren Studien (de Boer, 2011a; Füchsel, 2011) und aktuellen statistischen Zahlen der niedersächsischen Landessozialverwaltung, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von Maßstäben zur Messung der Wirksamkeit dieser Maßnahme.

2. Fragestellung: Wie ist die Einschätzung der Wirksamkeit einer interdisziplinären Komplexleistung bei gravierenden Spracherwerbsstörungen?

Studien zur Evidenzbasierung therapeutischer Maßnahmen bei Sprachstörungen „sind bis heute die Ausnahme“ (Keilmann, Büttner & Böhme, 2009, S.145 f.). Die Forderung zum Nachweis der Wirksamkeit wird aber auch an die niedersächsischen Sprachheilkinder- und Hörgeschädigten-Kindergärten gestellt, die mit ihrem möglichst intensiven, mehrdimensional ausgerichteten Konzept das Ziel eines weitgehenden Abbaus von Sprachstörungen im Vorschulalter verfolgen. Einige Untersuchungen der vergangenen Jahre haben mittel- und langfristige Ergebnisse dieser interdisziplinären Arbeit ermitteln (Dierkes & Jost, 2007; Ullrich & Marten, 2009; Marten & Ullrich 2010; de Boer, 2011a; Füchsel, 2011) – eine differenziertere Analyse der Wirksamkeit dieses Behandlungskonzeptes ist allerdings wünschenswert. In einer über mehrere Jahre angelegten Studie wurden deshalb die sprachtherapeutischen und die pädagogischen Fachkräfte der Einrichtungen nach ihren Einschätzungen zur Effektivität der Maßnahmen befragt. Durch Vergleiche mit den Ergebnissen aus veröffentlichten Langzeitstudien mit Angaben zur Schullaufbahn ergeben sich Möglichkeiten zur Bewertung der mittelfristigen Wirksamkeit der Maßnahmen. Eine Diskussion der Ergebnisse erfolgt nach einer Darstellung der Konzeption der teilstationären Sprachheilbehandlung als Spezifikum des niedersächsischen Sprachheilwesens.

3. Hör- und Sprachheilberatung in Niedersachsen

Erhebliche Spracherwerbsstörungen sind in der sprachpathologischen Symptomatik hartnäckig und komplex, verursachen oftmals psycho-emotionale und soziale Begleitsymptome und können langfristige Folgen für die schulische, berufliche und persönliche Entwicklung nach sich ziehen. In vielen Fällen erwachsen hieraus Lebenserschwernisse

im Umfang einer Behinderung, es entsteht „für die Betroffenen ein Langzeitproblem“ (Keilmann, Büttner & Böhme, 2009, S. 143). Ruben (2000) hat bereits auf die volkswirtschaftlichen Folgen unzureichend behandelter Kommunikationsstörungen hingewiesen. Angesichts dieser Erkenntnisse konzentriert sich die Fachwelt in den letzten Jahren verstärkt auf das frühe Kindesalter, um Risikokinder für Spracherwerbsstörungen möglichst frühzeitig zu erfassen und entsprechend zu fördern beziehungsweise zu behandeln (Stichworte: Late Talker, Elternteraining etc.).

Die niedersächsische „Fachberatung im landesärztlichen Dienst für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen“ ist diesem Anspruch von Früherfassung und -intervention seit langem verpflichtet. Ihre Aufgabe besteht vorrangig darin, Behinderungen bei hörgeschädigten und sprachgestörten Menschen zu verhüten, zu mildern oder zu beseitigen, mit dem Ziel, die Betroffenen in die Gesellschaft gemäß der Sozialgesetzbücher SGB IX und XII einzugliedern. Die „Hör- und

KURZBIOGRAFIE

Manfred Flöther. Studien an den Universitäten Köln und Hamburg (Lern-, Sprachbehinderten-, Gehörlosen-, Schwerhörigenpädagogik), medizinischer Sprachheilpädagoge; Leiter von Sprachheilambulanzen in NRW; Tätigkeiten an Schulen für Lernbehinderte und Hörgeschädigte in NRW und Niedersachsen, in der Frühförderung und integrativen Betreuung hörgeschädigter Kinder; Fachberater im landesärztlichen Dienst für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen beim niedersächsischen Landessozialamt seit 1998, seit 2008 als Teamsprecher; Dozent an der Fachschule für Logopädie Oldenburg; bietet regelmäßige Fortbildungen, diverse Veröffentlichungen.



Sprachheilberatung“ wird als gemeinschaftliche Dienstleistung des niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (Landessozialamt – LS) mit den örtlichen Gesundheitsämtern organisiert. Alle Mitglieder des Fachberatungsteams haben die Fachrichtungen Sprachheilpädagogik, Schwerhörigen- und Gehörlosenpädagogik studiert. Sie arbeiten mit den ärztlichen und sozialmedizinischen Fachkräften sowie denjenigen aus der Verwaltung und Sozialarbeit der kommunalen Gesundheitsämter intensiv zusammen. Das Feststellungsverfahren für eine Maßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe berücksichtigt deshalb die sozialrechtlichen Vorgaben, nach denen „Menschen [...] behindert sind, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (SGB IX, §2 Absatz 1).

In regelmäßigen Sprechtagen in den Gesundheitsämtern aller niedersächsischen Kommunen werden Eltern hör- und massiv sprachgestörter Kinder gemäß § 62 SGB IX nach einer Überprüfung der Kinder über Möglichkeiten der Förderung und Behandlung beraten. Im Jahre 2009 erfolgte dies bei insgesamt 11.792 Fällen (nähere Angaben hierzu: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, 2010, 16 ff.). Vor einer Einladung zum Sprechtag werden allerdings einige Voraussetzungen hinsichtlich Alter, Vorbehandlung, ärztlicher Betreuung und anderem mehr geprüft. Dieses Prozedere hat den Vorteil, dass den Eltern der betroffenen Kinder eine wohnortnahe Dienstleistung (also an einem der 70 niedersächsischen Sprechtagsstandorte in ihrem Landkreis oder der ihrer kreisfreien Städte) angeboten werden kann – in der Regel ohne lange Wartezeiten, jedoch mit hoher Fachkompetenz und guter Akzeptanz bei Eltern und Fachleuten. Gerade in einem großen Flächenstaat wie Niedersachsen hat sich dieses Verfahren als vorteilhaft erwiesen: Fachkompetenz und Beratung

kommen als Dienstleistungen in die Region zum Bürger. Seine Zufriedenheit ist sehr hoch: In einer Kundenbefragung beurteilten Eltern (N = 441) das Beratungsangebot des Fachberatungsteams in einer fünfstufigen Beurteilungsskala mit den beiden besten Noten „sehr gut“ (82%) und „gut“ (18%). Die Grundsteine für dieses effektive und erfolgreiche Konzept legte Arthur Hennig als erster niedersächsischer Sprachheilbeauftragter bereits Anfang der 50er Jahre (Hennig, 1952).

Die Beratung der Eltern respektive der Sorgeberechtigten geschieht unter Berücksichtigung vorliegender Befunde und Berichte, der Ergebnisse der aktuellen Überprüfung des Kindes sowie der Angaben und Vorstellungen der Eltern. Das Selbstverständnis der Sprachheilberatung ist seit ihren Anfängen (vgl. Hennig, 1956) von einer ganzheitlichen Sichtweise menschlicher Lernprozesse und der besonderen Bedeutung sprachlicher Kommunikation für die Persönlichkeitsbildung und gesellschaftliche Teilhabe geprägt, wobei neben die symptomatische Betrachtung immer auch die ressourcenorientierte Beschreibung tritt, damit im Rahmen der weiteren Förderung und Behandlungsplanung die Stärken des betroffenen Kindes gezielt genutzt werden können. Dabei wird im Rahmen dieses pädagogisch-medizinischen Fallmanagements präventiven Maßnahmen besonderer Stellenwert beigemessen. Dies können neben einer Beratung für Anregungen im häuslichen Alltag auch die pädagogischen Angebote von Kindertageseinrichtungen sein, ambulante Maßnahmen oder andere Hilfen zum Beispiel in teilstationärer oder stationärer Form. Hiermit entsprechen alle Angebote der Sprachheilberatung bereits seit langem den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die mit der im Jahr 2001 veröffentlichten ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health, in der deutschen Übersetzung 2005 erschienen) die frühere defizitorientierte Sichtweise um den Aspekt der Ressourcen positiv erweitert hat. Eine (sprachliche) Behinderung wird unter dieser medizinischen Sichtweise

als erhebliche Schädigung betrachtet, die Beeinträchtigungen der Aktivität – im Sinne einer Lebenserschwerung – hervorruft und eine Beeinträchtigung der Partizipation beziehungsweise der Teilhabe bewirkt.

4. Teilstationäre Sprachheilbehandlung: Formale Voraussetzungen und fachliche Herausforderungen

Bei gravierenden sprachpathologischen Störungsbildern erweisen sich ambulante Sprachtherapien oftmals als unzureichend, sodass Alternativen zu erwägen sind. Die Abwägungen erfolgen im Rahmen der Sprechtagsberatungen in Kooperation mit den beteiligten ärztlichen und therapeutischen Praxen, den Fachkräften des zuständigen Gesundheitsamtes, den Kindergärten, den Frühförder- und Beratungsstellen, den sozialpädiatrischen Zentren und gegebenenfalls anderen involvierten Einrichtungen. Die „teilstationäre Sprachheilbehandlung“, die als Eingliederungsmaßnahme sozialrechtlich mit einem bestimmten Umfang definiert wird, wurde in Niedersachsen deshalb schon in den 70er Jahren als interdisziplinäre Komplexleistung konzipiert. In einem Sprachheilkindergarten oder einem Kindergarten für Hörgeschädigte erhalten die Kinder durch Fachkräfte der Sprachtherapie/Logopädie, Motopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, Psychologie:

- Förderung in Kleingruppen mit acht Kindern
- wöchentlich 30 Stunden direkte Förderung und Behandlung

Die vorgenannten Berufsgruppen werden in einheitlichen Regelleistungsbeschreibungen des Landes mit einem bestimmten Stellenumfang (pro Kind) benannt und es werden nur Fachleute mit entsprechender Qualifikation beziehungsweise Zulassung zur Heilmittelerbringung eingesetzt. Insoweit gibt es für alle Einrichtungen unter formalen Aspekten (Personal, zeitlicher Umfang etc.) standardisierte Vorgaben, während es für die inhaltliche Arbeit keine Vorgaben gibt. Jedoch finden durch regel-

mäßige Arbeitskreise und Tagungen der beteiligten Disziplinen (disziplinär und interdisziplinär, trägerintern und -übergreifend) ein permanenter Austausch und eine Weiterentwicklung der inhaltlichen Konzepte statt. Den Kern der teilstationären Sprachheilbehandlung bildet die obligatorische Sprachtherapie im Umfang von 90 Minuten wöchentlich (zeitlich und organisatorisch aber variabel umsetzbar), die durch die tägliche pädagogische Förderung, durch bewegungstherapeutische Angebote und durch psychologische Betreuung inklusive Elternberatung ergänzt wird.

Im Schulalter steht für hartnäckige Störungen neben den Angeboten der Förderschulen auch die „stationäre Sprachheilbehandlung“ als vergleichbare Maßnahme der Eingliederungshilfe in einem Sprachheilzentrum zur Verfügung (vgl. exemplarisch Weiß, 1993). In diesen beiden Formen interdisziplinärer Sprachheilbehandlung spielt der Aspekt der therapeutischen Arbeit, also der medizinische Behandlungscharakter im Sinne der Heilmittelerbringung, eine wichtige Rolle. Die Hauptarbeit des interdisziplinären Teams liegt jedoch in der täglichen pädagogischen Arbeit, in der unter anderem die wichtigen Generalisierungsprozesse abgesichert werden. Die mehrdimensionale Arbeit im Rahmen der teilstationären Sprachheilbehandlung wird durch Vereinbarungen der Kostenträger (Sozialhilfe und Krankenkasse) formal als Komplexleistung gemäß Paragraph 30 SGB IX definiert (vgl.: www.hoer-und-sprachheilberatung.niedersachsen.de).

In den vertraglichen Vereinbarungen der Kostenträger zu dieser Komplexleistung werden zum Beispiel folgende Indikationen als gravierende beziehungsweise schwerwiegende Sprachstörungen aufgelistet (hierbei orientierten sich die verhandelnden Parteien an den Heilmittelrichtlinien und der gängigen Verordnungspraxis, weniger an der aktuellen wissenschaftlichen Nomenklatur):

- Schwere Sprachentwicklungsstörung mit multipler bis universeller Dyslalie und/oder mittel- bis schwerem Dysgrammatismus

- Spezifische Sprachentwicklungsstörung
- Audiogene Sprachentwicklungsstörung
- Gestörte Organsituation mit orofazialen/myofunktionellen Störungen
- Verbale Dyspraxie
- Redefluss-Störungen (Stottern/Poltern)
- Kommunikationsstörungen mit schwerer Beeinträchtigung der Lautspracherzeption und -produktion
- Mutismus

Das Vorliegen einer Indikation wird im Rahmen der Sprechtagung zur „Hör- und Sprachheilberatung“ in den Gesundheitsämtern überprüft. Liegt sie vor, werden die Eltern über das weitere Vorgehen informiert. Sollten diese einer Aufnahme in den Sprachheilkindergarten zustimmen, werden über die Gesundheitsämter alle weiteren verfahrenstechnischen Schritte wie beispielsweise das Informieren der Einrichtungen, der Kostenträger, der beteiligten Praxen, eingeleitet. Aufgenommen werden allerdings nur Kinder, die schon vorher länger ohne deutliche Erfolge respektive nur mit geringen Fortschritten ambulant behandelt worden sind, und bei denen sich oftmals schon psycho-emotionale Folgeprobleme im Kindergarten oder im Elternhaus wie zum Beispiel Regressionen oder Aggressionen eingestellt haben. Die deutlichen und lang andauernden Rückstände gegenüber der Altersnorm sowie die Auswirkungen auf andere Bereiche im Sinne einer Lebenserschwerung erfüllen dann die sozialrechtlichen Voraussetzungen für die Eingliederungshilfe im Sinne einer Behinderung und führen somit zur Intensivierung beziehungsweise Veränderung des Maßnahmenkonzeptes.

Die flächendeckende Versorgung Niedersachsens mit über 70 Sprachheilkindergärten (mit insgesamt mehr als 2000 Plätzen) trägt wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung, dass frühe Interventionen im Vorschulalter gravie-

rende und lang andauernde Sprachbehinderungen vermeiden oder deutlich vermindern können (vgl. Ward, 1999; Buschmann, Jooss & Pietz, 2009; Abarca, Legning & Katz-Bernstein, 2010). Eine enge und vertrauensvolle Kooperation und Vernetzung aller Fachleute in vertragsärztlichen und therapeutischen Praxen, in Kindergärten et cetera sowie das Einbeziehen der Eltern wird dabei angestrebt. Hierzu gehören regelmäßige, meist monatliche stattfindende Fallbesprechungen aller Fachkräfte im Sprachheilkindergarten sowie eine kontinuierliche prozessorientierte Diagnostik, Förderung und Behandlung genauso wie Fortbildungsangebote für interessierte Einrichtungen und Mitglieder der beteiligten Fachdisziplinen. Der allgemeine Bildungsplan der Einrichtungen entspricht denen von Regelinrichtungen.

Diese Konzepte zur Behandlung erheblicher Kommunikationsstörungen in niedersächsischen Sprachheilkindergärten erleben eine hohe Anerkennung bei Eltern, Kostenträgern und Fachleuten. Fachlich bestehen – gerade in Zeiten einer sich rapide verändernden Kindheit in unserer Gesellschaft – enorme Herausforderungen an die beteiligten Disziplinen zur qualitativen Weiterentwicklung bestehender Konzepte, zumal insbeson-

KURZBIOGRAFIE

Erich Schlüter. Studien an der TU und PH Braunschweig (Realschullehrer) sowie an der Uni Hamburg (Schwerhörigen-, Gehörlosen- und Sprachbehindertenpädagogik); Tätigkeit an Realschule, Gymnasium und Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte Braunschweig (Unterricht, pädagogische Audiologie, Hörfrühförderung, mobiler Dienst); Fachberater im landesärztlichen Dienst für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen beim niedersächsischen Landessozialamt seit 2005



| Einrichtung | Regelschule/- Kindergarten | Förderschule Sprache | Förderschule Lernen | Zurück- stellungen | Sonstige Maßnahmen |
|---|-------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wolfsburg 1996 (N=49) | 33% | 20% | 33% | - | 14% |
| Meppen 2007 (N=101) | 90% | 9% | 1% | - | - |
| Wilhelmshaven 2002-2008 (N=206) | 55% | 22% | 8% | 9% | 6% |
| Aurich 2001-2006 (N=100) | 65% | 4% | 17% | - | 14% |
| Region Hannover 2009/2010 (N=76) | 50% | 32% | 18% | - | - |
| Niedersachsen 2009 (N=1007) | 46% | 29% | 3% | 7% | 15% |
| Niedersachsen 2010 (N=675) | 46% | 35% | 3% | 5% | 11% |
| Cloppenburg 2002-2009 (N=246) | 50% | 42% | 4% | - | 4% |
| Bad Salzdetfurth 2010 (N=10) | 72% | 17% | - | - | 11% |

Tabelle 1: Anschlusseinrichtungen nach Besuch des Sprachheilkindergartens;

Quellenhinweise: Wolfsburg (Kaschade et al., 1996); Meppen (Dierkes & Jost, 2007); Wilhelmshaven (Bruns, 2010 und AWO-Meldungen an das Landessozialamt, unveröffentlicht); Aurich (de Boer, 2011a); Region Hannover (Ullrich et al, 2009; Marten et al., 2010); Niedersachsen (Statistische Auswertungen des Landessozialamtes, 2009/2010); Cloppenburg (Füchsel, 2011); Bad Salzdetfurth (Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth, 2010)

dere die Arbeit in Sondereinrichtungen in einer von Integrations- respektive Inklusionsansprüchen geprägten gesellschaftlichen Diskussion einer besonderen Qualität und Begründung bedarf. Sowohl für die Erfassung der betroffenen Kinder als auch für die Beratung der Eltern hinsichtlich gewünschter und empfohlener Maßnahmen ergeben sich deshalb auch hohe Ansprüche. Durch einheitliche Leistungsbeschreibungen sind alle Sprachheilkindergärten Niedersachsens in ihrer Arbeit vergleichbar. Träger sind in der Regel die Verbände der Freien Wohlfahrt (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Lebenshilfe, Paritätischer Wohlfahrtsverband u. a.).

Im Markt der Möglichkeiten für Förderung und Behandlung hör- und sprachgestörter Kinder entstehen oft unterschiedliche Vorstellungen zur Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit

vorgeschlagener oder durchgeführter Maßnahmen. Deren Abwägung sowie die Berücksichtigung differenzialdiagnostischer Fragestellungen bilden den Rahmen für die anspruchsvolle Arbeit in der Hör- und Sprachheilberatung. Die Indikationen für eine teilstationäre Sprachheilbehandlung zielen auf spezifische Sprachstörungen beziehungsweise auf Kinder, deren Sprachstörung als Leitsymptomatik einzustufen ist. Hierdurch ergeben sich Kriterien zur Erfassung und Überprüfung dieser Kinder im Netzwerk der Facheinrichtungen, die einer stetigen Kontrolle und Anpassung bedürfen.

Im Katalog der Maßnahmen zur Eingliederungshilfe stellt dieses Leistungsangebot zusammenfassend also ein spezifiziertes Konzept beziehungsweise Angebot dar, das für ein besonderes Störungsbild, nämlich das der wesentlichen

Hör- und Sprachstörungen, entwickelt worden ist. Die Zugangsvoraussetzungen für dieses Angebot sind mit einem landesweit einheitlichen Verfahren weitgehend standardisiert und erfüllen seit vielen Jahren den Anspruch einer interdisziplinären Komplexleistung mit hoher Akzeptanz bei den Kostenträgern. Symptomatische Sprachstörungen bei globaler Entwicklungsretardierung oder geistiger Behinderung fallen nicht in den Indikationskatalog für die teilstationäre Sprachheilbehandlung.

Die Erfolge des dargestellten Konzeptes zur Erfassung wesentlich sprach-erwerbsgestörter Kinder und deren Behandlung im Rahmen der interdisziplinären Komplexleistung „teilstationäre Sprachheilbehandlung“ in den niedersächsischen Sprachheilkindergärten wurden bislang zwar durch Katamnesen und informelle Elternbefragungen immer wieder bestätigt, systematische Auswertungen erfolgten allerdings nur wenige, diese vor allem in den letzten Jahren (Dierkes & Jost, 2007; Ullrich & Marten, 2009; Marten & Ullrich, 2010; de Boer, 2011a; Füchsel, 2011). Aus den vorgenannten Erfahrungen können jedoch folgende Voraussagen gemacht werden:

- Die sprachpathologische Symptomatik wird weitgehend vermindert.
- Die Erfolge in der Sprachentwicklung bewirken positive Auswirkungen auf andere Entwicklungsbereiche.
- Eine Behinderung kann hierdurch vermieden oder abgebaut werden, sodass eine Beschulung in einer Förderschule nicht mehr umfassend notwendig wird.

5. Ergebnisse aus Evaluationsstudien

Zunächst wird anhand einer speziellen Auswertung der wenigen Studien, die bislang zur Arbeit in den niedersächsischen Sprachheilkindergärten veröffentlicht worden sind, geprüft, ob die Frage nach der „Anschlusseinrichtung“ (Kin-

dergarten oder Schule, die die Kinder nach dem Sprachheilkindergarten besuchten) als Maßstab für den Erfolg des Konzepts genutzt werden kann. Ergänzt werden diese Daten durch statistische Auswertungen des Landessozialamts. Die in den Studien erfassten zusätzlichen Aussagen zum mittelfristigen Schulerfolg lassen den Schluss zu, dass die Schullaufbahnenempfehlung nach der Entlassung tragfähig ist.

Die Evaluationsstudie von Bruns (2010; zusammenfassende Darstellung in den Kapiteln 7 und 8) zu einer ausgewählten Stichprobe im Sinne einer „Feinanalyse“ soll Aussagen zum Erfolg beim Abbau der sprachpathologischen Symptomatik ermöglichen, aber auch die Auswirkungen auf andere Entwicklungsbereiche beleuchten. Dabei wird die interdisziplinäre Kompetenz im Sprachheilkindergarten genutzt: Sowohl das sprachtherapeutische als auch das pädagogische Fachpersonal wird in die Bewertung einbezogen – das Personal der Berufsgruppen Psychologie und Bewegungstherapie wurde nicht berücksichtigt. Zugrunde gelegt wurden dabei informelle Einschätzungen und standardisierte Testverfahren. Alle Kinder in den nachfolgend zitierten Studien wurden durch den Fachberatungsdienst erfasst und begutachtet. Sie erfüllen die entsprechenden Voraussetzungen im Sinne der Vereinbarungen: Es handelt sich um Vorschulkinder mit normaler Intelligenz zwischen vier und maximal sieben Jahren, mit wesentlichen, hartnäckigen Sprachstörungen, in der Regel mit Begleitsymptomen und dem sozialrechtlichen Status einer Behinderung oder drohenden Behinderung, bei denen sich eine ambulante Therapie als unzureichend erwiesen hat. Sie wurden aus dem Netzwerk der Fachleute, also von Ärzten, Therapeuten, Kindergärten, Kliniken, Beratungs- und Frühförderstellen et cetera, an die Sprachheilberatung des kommunalen Gesundheitsamtes gemeldet. Die meisten der aufgenommenen Kinder haben

erhebliche Spracherwerbsstörungen auf allen linguistischen Ebenen. Kleinere Gruppen haben isolierte, aber hartnäckige Artikulationsstörungen, oftmals mit erheblichen orofazialen Problemen bis hin zu verbalen Entwicklungsdyspraxien, organische Schäden (Lippen-Kiefer-Gaumenspalten), Redeflussprobleme oder Mutismus.

6. Studien zur Wirksamkeit ganzheitlich vernetzter Sprachheilarbeit

Im Vergleich zu den bislang durchgeführten und veröffentlichten Studien (Dierkes & Jost, 2007; Kaschade, Männche & Weber, 1996; Marten & Ullrich, 2010; Ullrich et al., 2009) werden aktuelle Zahlen einer langfristigen Studie aus mehreren niedersächsischen Sprachheilkindergärten vorgestellt und mit der Fragestellung einer Evidenzbasierung diskutiert. Daten aus drei aktuellen Studien ergänzen die Übersicht (Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth, 2010; de Boer, 2011a; Füchsel, 2011).

Als maßgebender Faktor in der Bewertung des Gesamterfolges wird in den meisten Studien danach gefragt, wie die Beschulung beziehungsweise Betreuung nach der Entlassung aussieht: In welchem Umfang erreichen Kinder aus der teilstationären Sprachheilbehandlung Teilhabe im Sinne der Sozialgesetzgebung? Das heißt: Der Erfolg der Maßnahme „Sprachheilkindergarten“ wird an der Beantwortung der Frage nach der Anschlusseinrichtung gemessen. Dabei

konnte wiederholt bestätigt werden, dass mittlerweile in vielen Einrichtungen die Re-Integration in Regeleinrichtungen zu einem hohen Prozentsatz gelingt (s. Tab. 1).

Die Zahlen der Studien nach dem Jahr 2000 belegen, dass etwa 50 Prozent der Kinder nach einer landesweit durchschnittlichen Dauer der teilstationären Sprachheilbehandlung im Sprachheilkindergarten von etwa 17 Monaten in Regelkindergärten oder –schulen entlassen werden. Da auch die Förderschule Sprache nach den Richtlinien der Regelschule unterrichtet – in Niedersachsen sogar die Rückschulung in die Grundschule nach zwei bis drei Schuljahren angestrebt wird – darf der ermittelte Anteil von neun bis 32 Prozent dazu gerechnet werden, sodass eine Quote der Re-Integration von etwa 80 Prozent erreicht wird. Die Studien zu den Einrichtungen in Meppen (Dierkes & Jost, 2007), in der Region Hannover (Ullrich & Marten, 2009; Marten & Ullrich, 2010), in Aurich (de Boer, 2011a) und Cloppenburg (Füchsel, 2011) haben zudem die Schullaufbahnen der Kinder langfristig verfolgt und zeigen stabile Leistungspotenziale, erfreulicherweise auch im sprachlichen Bereich. So zeigen sich in der Meppener Studie zwar noch Lese-Rechtschreib-Probleme bei etwa 21 bis 31 Prozent (Dierkes & Jost, 2007, S. 108) – im Vergleich zu den Zahlen mit 50 bis 70 Prozent aus internationalen Studien (Suchodoletz, 2005, 2008) zu diesem Bereich ist der Anteil aber deutlich geringer. Auch die Angaben zur Persistenz der Sprachstö-

örungen, zu einem absinkenden Intelligenzquotienten oder zu dauerhaft schlechten Schulleistungen (ebd.) finden sich in den Ergebnissen aus Meppen und Hannover erfreulicherweise nicht wieder. Einige Kinder wechselten nach der Entlassung in andere Förderschulen mit anderen Förderschwerpunkten, in ein Sprachheilzentrum oder zogen um. Sie sind unter „sonstige Maßnahmen“ erfasst.

Die Zahlen der frühen Wolfsburger Studie (Kaschade,

| Einrichtung | Wolfsburg 1996 (N=49) | Wolfsburg 2009/2010 (N=49) |
|---------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Regelschule/-kindergarten | 33% | 49% |
| Förderschule Sprache | 20% | 25% |
| Förderschule Lernen | 33% | 6% |
| Zurückstellungen | - | 6% |
| Sonstige Maßnahmen | 14% | 14% |

Tabelle 2: Anschlusseinrichtungen nach Besuch des Sprachheilkindergartens Wolfsburg im Vergleich von 1996 zu 2009/2010
Quellenhinweise: Kaschade et al., 1996, Landessozialamt Niedersachsen: Statistische Auswertungen 2009 und 2010

Männche & Weber, 1996) fallen im Vergleich dazu etwas ungünstiger aus, sie müssen allerdings auch vor dem Hintergrund der städtischen Bevölkerungsstruktur und vor allem des Zeitpunktes der Studie bewertet werden. So zeigt die aktuelle Auswertung für die Jahre 2009 und 2010 (N = 49) für den Sprachheilkindergarten Wolfsburg, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung und -steigerung (es fanden intensive Schulungen statt) Früchte getragen haben (Tab. 2):

7. Evaluationsstudie zur Wirksamkeit der teilstationären Sprachheilbehandlung in niedersächsischen Sprachheilkindergärten

Vorbemerkung: Die Sprachheilkindergärten der Arbeiterwohlfahrt Kinder, Jugend und Familie (AWO KJF) Weser-Ems GmbH sind geprüfte und zertifizierte Betriebe nach DIN EN ISO 9001 zur Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen. Hierzu gehört zu Beginn der Behandlungsmaßnahme eine ausführliche und exakte Anfangsdiagnostik und zum Entlassungszeitpunkt des Kindes eine entsprechende Abschlussdiagnostik, jeweils gemäß der geltenden Qualitätsstandards. Zum Einsatz kommen standardisierte logopädische, motopädische und psychologische Diagnoseverfahren, Testdiagnostik, Beobachtungsbögen und qualitative Überprüfungsverfahren (Anm.: Eine ausführlichere Darstellung der eingesetzten Verfahren kann angefordert werden, siehe Quellenangaben).

7.1 Datengrundlagen

Auf dieser Grundlage begann im Jahr 2005 der Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven eine Evaluationsstudie, in der die sprachtherapeutische Anfangs- und Abschlussdiagnostik vergleichend ausgewertet wurde, um die Effekte der teilstationären Behandlung zu dokumentieren. In den Jahren 2006 bis 2009 konnte bei den jährlichen Behandlungsabschlüssen und den anschließenden Neuaufnahmen eine umfangreiche Datenbasis gewonnen werden. Inzwischen liegen aus diesem Zeitraum Daten von

insgesamt 144 Vorschulkindern vor. Im Jahr 2007 führte die AWO KJF Weser-Ems GmbH für ihre teilstationären Sprachheilrichtungen als Diagnostikmittel zur zielorientierten Förderplanung einen Beobachtungsbogen für Erzieher ein. Er dient der Erfassung sprachlicher, sozial-emotionaler und kognitiv-kreativer Kompetenzen der Kinder im Kindergartenalltag. Dieser Beobachtungsbogen wurde im AWO-Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth von Oertle, Buchholz und Kurl (2000) entwickelt und erprobt. Seit 2005 wird er im Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven eingesetzt.

So konnten im Sommer 2008 aus zehn Sprachheilkindergärten die Beobachtungsbögen von 154 Kindern für einen Prä-Post-Vergleich herangezogen werden. Durch die Kombination der Erhebungen im Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven und weiterer AWO-Sprachheilkindergärten im Weser-Ems-Gebiet liegt eine solide Datenbasis vor, um die Effekte und die Wirksamkeit teilstationärer Sprachheilmaßnahmen gemäß der „Vereinbarung über die heilpädagogische Förderung und die medizinischen Therapien in Sprachheilkindergärten“ (vgl. www.hoer-und-sprachheilberatung.de) zu dokumentieren.

7.2 Auswertungsschwerpunkt

Als bedeutsam für die Dokumentation der sprachlichen Entwicklung wurden die sprachtherapeutischen Daten unter anderem mit dem Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5) und dem Aktiven Wortschatztest für drei- bis sechsjährige Kinder und seiner revidierten Version (AWST 3-6 bzw. AWST-R 3-6) erhoben und zu folgenden sprachlichen Aspekten beim Prä-Post-Vergleich ausgewertet:

- Artikulation
- Grammatikalische Regelbildung
- Wortschatz
- Sprachverstehen
- Verständlichkeit der Spontansprache

Für die Dokumentation der sprachlichen Entwicklung im Zusammenhang weiterer Entwicklungsbereiche wurde der Beobachtungsbogen von Oertle, Buch-

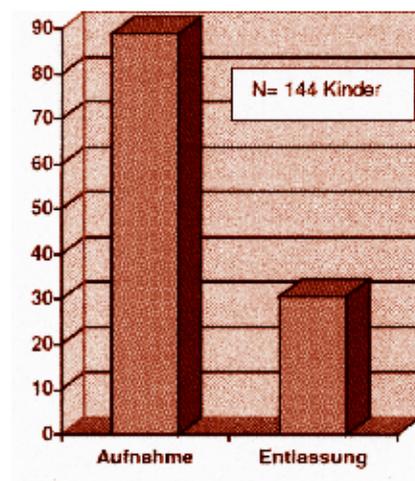


Abb. 1: Entwicklung der Artikulation

holz und Kurl (2000) für Erzieherinnen und Erzieher für folgende Bereiche ausgewertet:

- Formal-sprachlicher Bereich
- Sozial-emotionaler Bereich
- Kognitiv-kreativer Bereich

Die zusammenfassende statistische Auswertung der Anfangs- und Enddiagnostik erfolgte rein deskriptiv auf der Grundlage der Befunddaten der behandelnden Logopäden und der betreuenden Gruppenerzieher. Die jeweilige Anzahl der untersuchten Kinder variiert teilweise: Es konnten nicht immer alle Kinder untersucht werden, da Untersuchungsverfahren sukzessiv im Untersuchungszeitraum 2005 bis 2009 eingeführt wurden. Die Behandlungsdauer der Kinder lag bei maximal 24 Monaten.

8. Zusammenfassung der Studienergebnisse

Die Studienergebnisse für die oben definierten Vergleichsbereiche zeigen deutlich, dass eine hohe Wirksamkeit der interdisziplinären Sprachheilbehandlung vorliegt.

8.1 Auswertung der sprachtherapeutischen Daten zur sprachlichen Entwicklung (Prä-Post-Vergleich)

- **Artikulation (multiple/universelle Dyslalie):** Zum Aufnahmezeitpunkt zeigen 88,9 Prozent der Kinder eine multiple bis universelle Dyslalie. Bei Entlassung

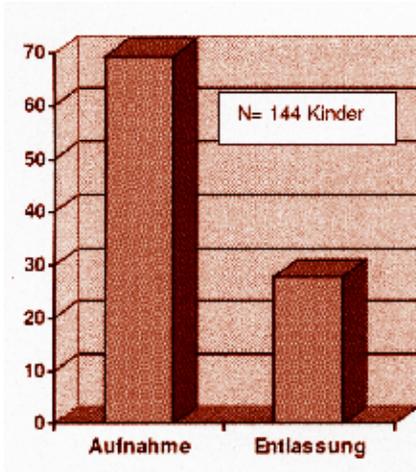


Abb. 2: Entwicklung der grammatischen Kompetenz

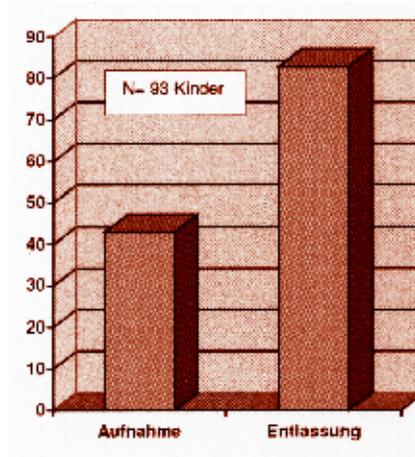


Abb. 3: Entwicklung des Wortschatzes

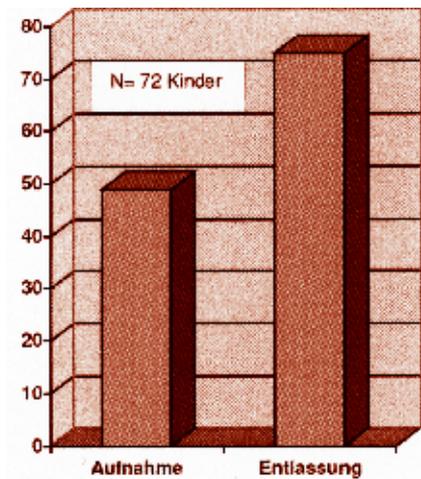


Abb. 4: Entwicklung des Sprachverstehens

sind dies nur noch 30,6 Prozent aller beobachteten Kinder (s. Abb. 1).

- **Grammatikalische Regelbildung:** Bei Aufnahme kann bei nahezu 69,5 Prozent der Kinder ein mittelgradiger bis schwerer Dysgrammatismus diagnostiziert werden. Zur Entlassung liegt dieser lediglich noch bei 27,8 Prozent der Kinder vor (s. Abb. 2)

- **Aktiver Wortschatz:** Während zum Aufnahmezeitpunkt nur 43 Prozent der Kinder über einen altersgemäß entwickelten Wortschatz verfügen, können 83 Prozent aller behandelten Kinder mit einem altersgemäßen aktiven Wortschatz ohne weiteren Behandlungsbedarf entlassen werden (s. Abb. 3).

- **Sprachverstehen:** Zu Beginn der Behandlung verfügen 49 Prozent der Kinder über ein altersgemäßes Sprachverstehen. Zum Entlassungszeitpunkt weisen dies 75 Prozent der entlassenen Kinder auf (s. Abb. 4).

- **Verständlichkeit:** Zu Beginn der Behandlung waren nur 53 Prozent der Kinder bei bestehender Sprachstörung für die erwachsenen Kommunikationspartner verständlich. Nahezu die Hälfte der Kinder konnte sich zu Behandlungsbeginn ihrer Umwelt gegenüber nur teilweise oder schwer verständlich machen. Am Ende der teilstationären Behandlung wurden 81 Prozent der Kinder von ihrer Umwelt im Kommunikationsprozess verstanden, auch bei Mitteilungen ohne direkten Kontextbezug (s. Abb. 5).

8.2 Ergebnisse des Beobachtungsbogens für Erzieherinnen und Erzieher

Der standardisierte Einsatz des Beobachtungsbogens für Erzieherinnen und Erzieher (Oertle, Buchholz & Kurp, 2000) basiert auf der Beobachtung von Alltagssituationen in den formal-sprachlichen, sozial-emotionalen und kognitiv-kreativen Kompetenzbereichen. Die Aussagen des Bogens betreffen Alltagssituationen im Kindergarten unter besonderer Berücksichtigung sprachlicher und kommunikativer Aspekte. Die Skalierung des Bogens stellt sich wie folgt dar:

- 0 – sehr selten/nie zutreffend
- 1 – selten/schwach zutreffend
- 2 – manchmal/teilweise zutreffend
- 3 – oft/überwiegend zutreffend
- 4 – sehr oft/stark zutreffend
- 5 – fast immer/durchgängig zutreffend

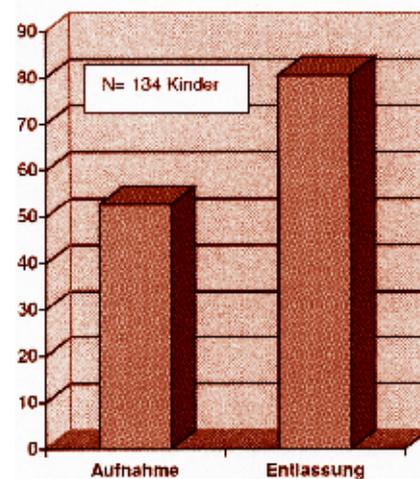


Abb. 5: Entwicklung der Verständlichkeit

- 3 – oft/überwiegend zutreffend
- 4 – sehr oft/stark zutreffend
- 5 – fast immer/durchgängig zutreffend

Formal-sprachlicher Bereich: Die Veränderungsanalyse zeigt deutliche Kompetenzzuwächse in allen Bereichen formal-sprachlicher Fertigkeiten. Beispielsweise: artikuliert komplexe Wörter korrekt, verwendet die korrekte Verbstellung, korrigiert sein Sprechen bei Auffälligkeit. Im Anfangsbefund liegt der durchschnittliche Gesamtwert formal-sprachlicher Kompetenz bei 2,03. Formal-sprachliches Verhalten tritt also „selten bis manchmal“ auf. Zusammenfassend zeigt sich, dass im Abschlussbefund ein durchschnittlicher Wert von 3,23 erreicht wird, formal-sprachlich

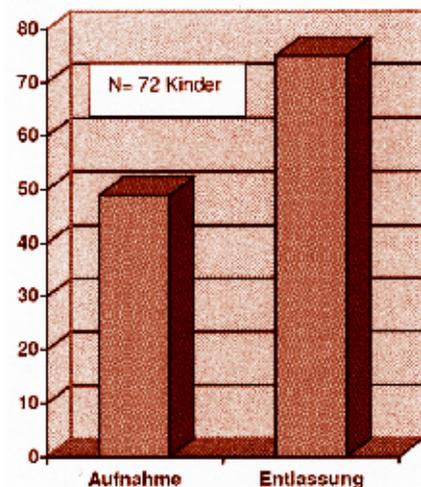


Abb. 6: Entwicklung formal-sprachlicher Fertigkeiten

kompetentes Verhalten also „oft, beziehungsweise überwiegend“ auftritt (s. Abb. 6).

Sozial-emotionaler Bereich: Ebenso zeigt sich im sozial-emotionalen Bereich (z. B.: beteiligt sich angemessen an Gesprächen, äußert seine Bedürfnisse und Gefühle, verhält sich in Konflikten angemessen) eine deutliche Steigerung der Kompetenzen: Im Anfangsbefund liegt der durchschnittliche Wert bei 2,24. Adäquates sozial-emotionales Verhalten trat also „selten bis manchmal“ auf. Im Abschlussbefund liegt dieser bei 3,17 mit der Aussage, dass kompetentes sozial-emotionales Verhalten „oft beziehungsweise überwiegend“ beobachtet wurde (s. Abb. 7).

Kognitiv-kreativer Bereich: Die kognitiven-kreativen Fertigkeiten (z. B.: erfasst Regelmäßigkeiten und erkennt Zusammenhänge, kann Rollen mit anderen aushandeln, lernt aus Fehlern) verbessern sich ebenfalls deutlich. Im Anfangsbefund liegt der Durchschnitt bei 2,18. Somit tritt kompetentes Verhalten „selten bis manchmal“ auf. Im Abschlussbefund liegt der durchschnittliche Wert bei 3,19. Kompetentes kognitiv-kreatives Verhalten wird „oft beziehungsweise überwiegend“ beobachtet (s. Abb. 8).

8.3 Zusammenfassung der Evaluationsstudie zur Wirksamkeit interdisziplinärer Sprachheilarbeit

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass auf Grundlage des Konzeptes einer interdisziplinären Sprachheilarbeit in niedersächsischen Sprachheilkindergärten nicht nur deutliche Verbesserungen des Sprach- und Sprechverhaltens der behandelten Kinder erreicht wurden, sondern sich ebenfalls ein deutlicher Kompetenzzuwachs der Kinder in den sozial-emotionalen und kognitiv-kreativen Bereichen zeigte. Die dargestellten Ergebnisse belegen eindrücklich die Effektivität der teilstationären Sprachheilmaßnahmen. Der gelungene Transfer sprachtherapeutischer Behandlungsmaßnahmen wird in der Beurteilung des formal-sprachlichen Bereichs belegt. Die umfassende Förderung der Kinder und die Unterstützung sprachtherapeutischer Maßnahmen durch die pädagogischen Fachkräfte begründet die Wirksamkeit der Sprachheilbehandlung.

9. Schlussfolgerungen

Das Konzept der teilstationären Sprachheilbehandlung als Komplexleistung mit pädagogischen und sprachtherapeutischen, aber auch psychologischen und

bewegungstherapeutischen Leistungen, hat sich als tragfähiges Modell einer mehrdimensionalen Arbeit bei erheblichen Spracherwerbsstörungen deutlich bewährt. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie belegen eine hohe Wirksamkeit der im interdisziplinären Team erbrachten Leistungen für die betroffenen Kinder.

Vorteilhaft ist hierbei sicher der Ansatz der frühen Erfassung massiver Störungsbilder durch das interdisziplinäre Netzwerk der Fachleute mit Federführung der Sprachheilberatung im kommunalen Gesundheitsamt. Der Ansatz der frühen, intensiven Intervention im Vorschulalter ermöglicht bei rechtzeitiger Erfassung der betroffenen Kinder in hohem Maße eine erfolgreiche Re-Integration mit langfristiger gesellschaftlicher Teilhabe. Dies belegen die Ergebnisse zum Schulbesuch in mehreren Studien, die im Vergleich zu den Daten aus internationalen Studien (von Suchodoletz, 2005, 2008) eine deutlich bessere Entwicklung dokumentieren, sodass – auch gemäß Resümee von Ullrich und Marten (2009, S. 4) – „die schlechteren Zukunftsperspektiven bei SES-Kindern durch die Förderung im Sprachheilkindergarten deutlich verbessert werden“. Nutzt man die Variable „Schulbesuch“ als Maßstab für die Wirksamkeit der teilstationären Sprachheilbehandlung, so darf diese in hohem Maße als erfolgreich eingestuft werden. Unter Berücksichtigung zusätzlicher Ergebnisse zum Schulerfolg, beispielsweise in den schriftlichen Leistungen oder zur Intelligenzentwicklung (Dierkes & Jost, 2007; Ullrich & Marten, 2009; Marten & Ullrich, 2010; Füchsel, 2011) kann sogar von einer mittel- bis langfristigen Wirksamkeit ausgegangen werden.

Die differenzierte Betrachtung der Ergebnisse aus der Evaluationsstudie (Bruns, 2010) zeigt, dass die Basis für diese Wirksamkeit in einer effektiven Verminderung der sprachpathologischen Symptomatik gesehen werden kann, die vor allem durch die multiprofessionelle Arbeit mit pädagogischer Schwerpunktsetzung auch eine deutliche Verminderung von psycho-sozialen Folgeproben

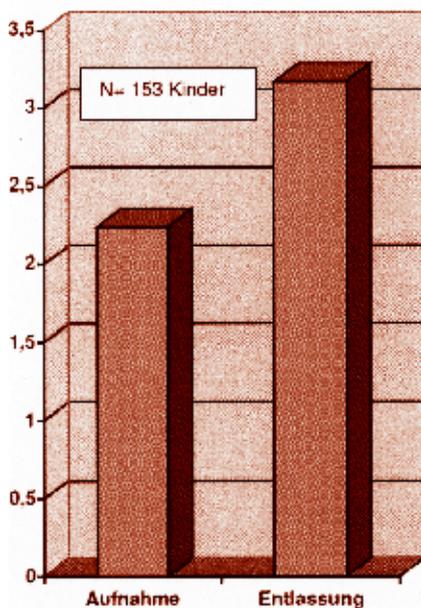


Abb. 7: Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen

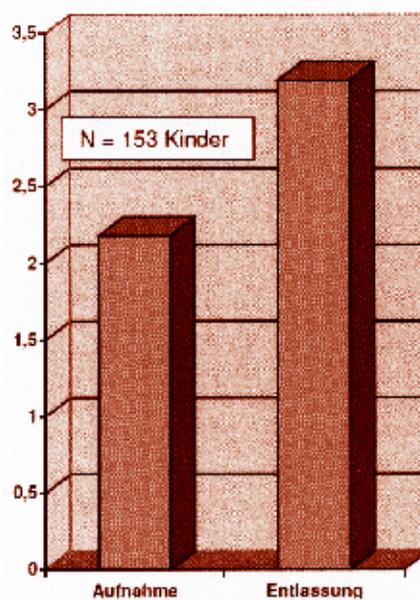


Abb. 8: Entwicklung kognitiv-kreativer Fertigkeiten

lemen bewirkt. Die vor Aufnahme der teilstationären Sprachheilbehandlung in vielen Fällen erfasste Lebenserschwerung der betroffenen Kinder mit entsprechenden Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am sozialen Geschehen ihrer Umgebung konnte in den meisten Fällen so weit abgebaut werden, dass Teilhabe und selbstbestimmtes Leben in Regeleinrichtungen möglich wurden. Bedenkt man, dass es sich im Vorfeld der Maßnahmen bei dieser Klientel um massiv spracherverstörte Kinder – im Umfang einer Behinderung – gehandelt hat, muss das Intensivangebot der niedersächsischen Sprachheilkindergärten als hoch effektiv bewertet werden.

Füchsel (2011, S. 73) fragte die Eltern der ehemaligen Sprachheilkindergarten-Kinder nach ihrer Zufriedenheit mit der Maßnahme: Von 186 Eltern bewerteten 67,2 Prozent diese als „sehr gut“, 26,3 Prozent als „eher gut“, 5,9 Prozent als „mittelmäßig“ und 0,5 Prozent als „eher schlecht“. Vergleichbare Zustimmungen dokumentiert auch de Boer (2011a, S. 40): Von 100 Eltern waren 90 „zufrieden“ und nur „zwei nicht zufrieden“ (8 hatten keine Angabe gemacht). Die enge Verzahnung des interdisziplinären Personals im Rahmen einer engagierten Elternarbeit (siehe hierzu die Tagungsdokumentation zur Sprachheilkindergarten-Konferenz (SprakiKon, 2011, im Quellenhinweis) trägt sicher in hohem Maße auch zu einer aktiven Elternbeteiligung bei, die für eine Absicherung der Therapieerfolge von entscheidender Bedeutung ist.

10. Diskussion

Während die gesellschaftspolitische Diskussion um die Themen „Inklusion“ und „Integration“ Sondereinrichtungen verstärkt infrage stellt, dokumentieren die Ergebnisse der teilstationären Sprachheilbehandlung, dass eine qualitativ anspruchsvolle, allerdings auch stark spezifizierte Maßnahme für ein spezielles Störungsbild besondere Chancen für ein entsprechendes Störungsspektrum bietet. In den Ergebnissen zur Schullaufbahntwicklung und auch in denen

zur notwendigen sprachtherapeutischen Nachbehandlung von einigen Kindern aus Sprachheilkindergärten zeigt sich allerdings, dass gerade für diejenigen Kinder, die im Netz der Fachleute zu spät erfasst werden, beziehungsweise die aufgrund der elterlichen Wünsche erst in anderen Förder- und Behandlungssettings betreut worden sind, nachgehender Förder- und/oder Behandlungsbedarf besteht. Auch wenn der Anteil dieser Kinder erfreulicherweise geringer ist als derjenige der Kinder, die ohne größere Probleme am Angebot der Regelschulen teilhaben können, so besteht hier sicher noch Verbesserungsbedarf. Deshalb sollten Anstrengungen von allen Beteiligten im interdisziplinären Miteinander angestrebt werden. Der Fachberatungsdienst bemüht sich seit vielen Jahren darum, durch Fortbildungs- und Tagungsangebote an einer Steigerung der Struktur- und Prozessqualität in diesem Bereich mitzuwirken.

Die Konzeption der teilstationären Sprachheilbehandlung als Durchgangsmaßnahme mit einem multiprofessionellen Intensivangebot kann, wenn Kinder rechtzeitig erfasst werden, nicht nur eine weitgehende Verminderung der sprachpathologischen Symptomatik erreichen, sondern auch die psycho-sozialen Folgeprobleme (Regression oder Aggression) als Lebenserschwerung respektive gemäß ICF als Beeinträchtigung der Aktivitäten entscheidend abbauen. Hierdurch wird eine entstandene oder drohende Behinderung/Beeinträchtigung in der Teilhabe/Partizipation vermindert oder gar ganz abgebaut. Leider lassen sich bei spät erfassten Kindern – manchmal erst im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen – aufgrund der abklingenden sensiblen Phasen für sprachliches Lernen oft nicht mehr vergleichbare Fortschritte auslösen wie bei jüngeren Kindern. Umso wichtiger erscheinen deshalb die vielfältigen Fortbildungs- und Aufklärungsoffensiven zur Steigerung der Quote früherer Erkennung von Risikokindern. Auch wenn mittlerweile wirksame Interventionsprogramme angeboten werden (z. B. Buschmann, Jooss & Pietz, 2009), so gibt es auch nach der Teilnahme daran immer noch Kinder mit

KURZBIOGRAFIE

Theodor Bruns. Studium: Sozialpädagogik (Bielefeld) und Psychologie (Oldenburg); weitere Qualifikationen u. a. Sozialtherapeut, systemischer Familientherapeut; tätig in den Anstalten in Bethel, als Freizeitpädagoge mit behinderten Menschen, in Familienberatungsstelle und in eigener Praxis. Seit 1999: Dipl.-Psychologe/therapeutische Leitung im AWO-Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven. Dozent an der Fachschule für Logopädie Oldenburg.



deutlichen Spracherwerbsstörungen, die umfangreicher Behandlungen bedürfen. Förder- und Behandlungskonzepte im interdisziplinären Verbund versprechen in diesen Fällen eine höhere Effektivität beim Abbau gravierender Spracherwerbsstörungen. Eine Erfassung in einem kommunal ausgerichteten Netzwerk von Fachpersonen und Einrichtungen ermöglicht es Eltern, auch in einem Flächenstaat eine fachlich anspruchsvolle, mehrdimensional angelegte Überprüfung und Beratung zu erhalten. Bei alternativen Therapieangeboten – in Niedersachsen flächendeckend vorhanden – ergibt sich für die Eltern der betroffenen Kinder eine attraktive Wahlmöglichkeit, die eine von diesen im Nachhinein signalisierte große Zufriedenheit mit der „teilstationären Sprachheilbehandlung“ zeigt (Eismann, 2009). Der Nachteil der Betreuung in einer nicht immer wohnortsnahen Einrichtung wird für Eltern und Kinder schnell durch das gesteigerte Wohlbefinden der Kinder und den Abbau der Sprachstörung kompensiert. Zudem bieten die aktuellen Studien eine gute Grundlage für weitergehende Untersuchungen, zum Beispiel auch im Vergleich zur Effektivität alternativer Angebote für Kinder mit wesentlichen Spracherwerbsstörungen. So wählen manche niedersächsische Eltern für ihre Kinder den Weg einer integrativen Förderung

mit additiver Sprachtherapie anstelle der „teilstationären Sprachheilbehandlung“. Evaluierende Studien zu deren Wirksamkeit könnten Basis für weitere vergleichende Prüfungen im Sinne einer Evidenzbasierung sein. De Boer (2011b, S. 74 ff.) diskutiert Vor- und Nachteile dieser unterschiedlichen Angebote und hält eine Übertragung der Vorteile aus der Arbeit im Sprachheilkindergarten in eine inklusive Gestaltung von Vorschuleinrichtungen für wünschenswert, wenngleich sie die bislang unzureichenden rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie den finanziellen Aspekt noch als deutliche Hindernisse sieht. Die Abwägung volkswirtschaftlicher Aspekte (vgl. Ruben, 2000) könnte bei entsprechenden Vergleichen eine entscheidende Rolle spielen. Vergleichs- und Langzeitstudien wären bei den aktuell über 2000 bestehenden Plätzen in niedersächsischen Sprachheilkindergärten möglich und könnten eine weiter gehende Evidenzbasierung der interdisziplinären Arbeit mit sprachtherapeutischer und pädagogischer Schwerpunktsetzung vorantreiben.

L I T E R A T U R

- Abarca, A., Lengning, A. & Katz-Bernstein, N. (2010). Sprachförderung mit Risikokindern. Evaluation der kommunikativen Kompetenzen und der mütterlichen Feinfühligkeit. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 1, 18-29.
- Bruns, T. (2010). *Wirksamkeit interdisziplinärer Sprachheilarbeit in Sprachheilkindergärten. Eine Evaluationsstudie*. Oldenburg: AWO Kinder, Jugend und Familie Weser-Ems.
- Buschmann, A., Jooss, B. & Pietz, J. (2009). Frühe Sprachförderung bei Late Talkers – Effektivität einer strukturierten Elternanleitung. *Kinderärztliche Praxis* 80, 404-414.
- de Boer, B. (2011a). *Sprachliche und schulische Entwicklung von Kindern aus dem Sprachheilkindergarten. Eine Dokumentenanalyse für den Sprachheilkindergarten Aurich 2001-2006*. Unveröffentlichte Projektarbeit. Emden: Hochschule Emden/Leer.
- de Boer, B. (2011b). *Inklusion oder Separation? Grundsätzliche Überlegungen zum geeigneten Fördersetting für sprachbehinderte Vorschulkinder in Niedersachsen*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Emden: Hochschule Emden/Leer.

- Dierkes, S. & Jost, C. (2007). *Kinder mit Sprachstörungen. Schulische Situation, empirische Untersuchungen, Ergebnisse*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Eismann, M. (2009). *Wirkfaktoren von Zufriedenheit und Wohlbefinden während des Aufenthaltes von Kindern im Sprachheilkindergarten am Beispiel „AWO Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven“*. Osnabrück: Fachhochschule (unveröffentlichte Bachelorarbeit).
- Flöther, M., Schlüter, E. & Bruns, T. (2010). Interdisziplinäre Förderung und Behandlung bei Hör- und Sprachstörungen – ein Konzept aus Niedersachsen. In: G. Frontzek (Hrsg.). *Zur Sprache bringen – Disziplinen im Dialog*. 29. Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik – Dortmund, 2010, 91-94 Hamm: Wilke.
- Füchsel, S. (2011). *Förderung im Sprachheilkindergarten. Schulischer Werdegang ehemaliger Kinder eines Sprachheilkindergartens und retrospektive Bewertung der teilstationären Sprachheilbehandlung aus Sicht der Eltern*. Oldenburg: Universität (unveröffentlichte Diplomarbeit).
- Hennig, A. (1952). Organisation der Sprachheilarbeit im Rahmen der Gehörlosenschule. *Neue Blätter für Taubstummensbildung* 6, 349-356.
- Hennig, A. (1956). Das Fürsorgeänderungsgesetz. Gedanken zu seiner Verwirklichung unter besonderer Berücksichtigung des nordwestdeutschen Raumes. *Neue Blätter für Taubstummensbildung* 10, 29-35.
- Kaschade, H.-J., Männche, R. & Weber, J. (1996). *Untersuchung von sprachentwicklungsverzögerten Kindern*. Münster: Waxmann.
- Keilmann, A., Büttner, C. & Böhme, G. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie*. Bern: Huber.
- Marten, M., Ullrich, D. & Ullrich, K. (2010). Schulperspektiven für Kinder aus einem Sprachheilkindergarten. Retrospektive Studie zur schulischen Förderempfehlung und Schulverlauf. *Die Sprachheilarbeit* 55, 14-17.
- Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (2010). *Jahresbericht 2009*. Hildesheim. Download unter: www.soziales.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=10&article_id=254&psmand=2 (13.12.2010)
- Oertle, H., Buchholz, B. & Kulp, C. (2000). *Beobachtungsbogen (BB)*. Bad Salzdetfurth: AWO Weser-Ems.
- Ruben, R. J. (2000). Redefining the Survival of the Fittest: Communication Disorders in the 21st Century. *Laryngoscope* 110, 241-245.
- Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth (2010). *Jahresbericht 2010. Evaluation der Behandlung im Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth*. Bad Salzdetfurth: AWO Kinder, Jugend & Familie Weser-Ems.
- Suchodolez, W. von (2005). *Was wird aus Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen? Unveröffentlichter Vortrag im AWO-Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth*.
- Suchodolez, W. von (2008). Was wird aus Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen? *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 18 (3), 50-69.
- Ullrich, D., Ullrich, K. & Marten, M. (2009). Schulentwicklung bei Kindern mit schweren Sprachentwicklungsstörungen. Nachbeobachtung bis zu 15 Jahre nach Entlassung aus Sprachheilkindergärten.

- ten. *Laryngo-Rhino-Otologie* 88, 1-6.
- Ward, S. (1999). An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 34, 243-265.
- Weiß, K.-H. (1993). Förderung sprach- und lernbehinderter (mehrfach-behinderter) Kinder im Sprachheilzentrum Wilhelmshaven. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.). *Sprache-Lernen-Verhalten. Bericht der XX. Arbeits- und Fortbildungstagung in Würzburg 1992*, 871-881. Rimpar: edition von freisleben.
- World Health Organisation (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Neu-Isenburg: MMI.

Quellen:

Fachberatung im landesärztlichen Dienst für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen (Landessozialamt Niedersachsen) im Internet: www.hoer-und-sprachheilberatung.niedersachsen.de (Hier finden sich weitere Informationen und Links, auch die erwähnte „Vereinbarung über die heilpädagogische Förderung und die medizinischen Therapien in Sprachheilkindergärten“ sowie die Dokumentation zur Tagung SprakiKon 2011 über Elternarbeit in niedersächsischen Sprachheilkindergärten).

Die ausführliche Version der in den Kapiteln 7 und 8 komprimiert dargestellten Studie von Bruns, T. (2010). *Wirksamkeit interdisziplinärer Sprachheilarbeit in Sprachheilkindergärten. Eine Evaluationsstudie*. Oldenburg: AWO Kinder, Jugend und Familie Weser-Ems, erhalten Interessierte über: AWO Kinder, Jugend und Familie Weser-Ems GmbH, Klingenbergstraße 73, 1233 Oldenburg Tel.: 0441.4808142, Stein@KJF.AWO-OL.de



Autoren:

Manfred Flöther, Studiendirektor
Niedersächsisches Landesamt für Soziales,
Jugend und Familie
Moslestraße 1, D-26122 Oldenburg
manfred.floether@ls.niedersachsen.de

Erich Schlüter, Studiendirektor
Niedersächsisches Landesamt für Soziales,
Jugend und Familie
Schillstraße 1, D-38102 Braunschweig
erich.schluter@ls.niedersachsen.de

Theodor Bruns, Diplom-Psychologe
AWO-Sprachheilzentrum
Masurenstraße 17, D-26388 Wilhelmshaven
bruns@SPZ-WHV.awo-ol.de

Hoffnung auf Wiederherstellung von geschädigten Hirnarealen

Die weltweit erste klinische Studie zur Behandlung von Schlaganfällen mit Stammzellen des Gehirns geht in die nächste Phase. Eine unabhängige Beurteilung der ersten drei Patienten, denen in England Stammzellen ins Gehirn injiziert wurden, ergab keine negativen Auswirkungen. Ziel weiterer Test ist es, einen neuen Behandlungsansatz für Schlaganfälle zu finden.

Es besteht Hoffnung, dass die Stammzellen das geschädigte Gehirngewebe wiederherstellen. Im Laufe des kommenden Jahres sollen bis zu neun weitere PatientInnen immer größere Mengen der Stammzellen injiziert bekommen. Zusätzlich soll die klinische Studie dazu genutzt werden, festzustellen, wie die Wirksamkeit bei weiteren und größeren Studien zu beurteilen ist. Diese werden frühestens in 15 Monaten beginnen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es noch viele Jahre dauern wird, bis diese Behandlungsansätze wirklich für den klinischen Einsatz zur Verfügung stehen. (pte20110902007)

ke