

Evidenzbasiertes Arbeiten in der Kindersprachtherapie in Ausbildungspraktika

Laura Cassandra Diwoky¹ & Sarah Breitenstein²

¹ Logopädie Majewski, Neubrandenburg

² Universität Potsdam

1 Theoretischer Hintergrund

Wenn Eltern ihre Kinder regelmäßig zur Sprachtherapie bringen, dann erwarten sie eine langanhaltende Verbesserung der kindlichen Sprache im Alltag. Doch wann sind Verbesserungen zu verzeichnen und wie kann sichergestellt werden, dass diese Verbesserungen tatsächlich auf die Behandlung zurückzuführen sind? Für diese Überprüfung ist eine Methode nötig, um die Therapie und die darin gezeigten Leistungen objektiv beurteilen zu können. Dafür eignet sich die Evaluation. Diese stellt keine Vermutungen über Verbesserungen auf, sondern eine wissenschaftlich genaue Bewertung. Die Evaluation unterzieht die Therapie einer Qualitätskontrolle (Atria, Reimann & Spiel, 2006). Für eine qualitativ hochwertige Beurteilung der eigenen Therapie muss bei der Durchführung die Überprüfung von unterschiedlichen Effekten bedacht und einbezogen werden.

Um diese Effekte zu überprüfen, werden in einem Therapieintervall zwei Phasen (A und B) eingeplant. In der B-Phase findet die Therapie statt. Die A-Phase hingegen erfasst den Ist-Zustand und misst die Leistungen des Patienten vor und nach der Behandlung. Mittels dieser beiden Werte können verschiedene Effekte und damit die Wirksamkeit der Therapie beurteilt werden. Der erste Effekt, welcher überprüft wird, wird als Übungseffekt bezeichnet. Hierbei wird überprüft, ob sich der Patient bei den in der Therapie geübten Items signifikant verbessert hat. Signifikante Veränderungen sind vorhanden, wenn deren Auftreten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nicht durch einen Zufall zu erklären sind (Stadie & Schröder, 2009). Die Wahrscheinlichkeit muss vorher durch ein festgesetztes Signifi-

kanzniveau definiert werden und wird über den p -Wert angegeben. Verbessert sich der Patient nun auch bei ungeübten Items in gleicher Aufgabe sowie in einer anderen, vergleichbaren Aufgabe, so zeigt sich ein Generalisierungseffekt für ungeübte Items und Aufgaben. Eine weitere Beurteilung der Wirksamkeit erfolgt mit der Überprüfung des Transfereffektes. Dieser besteht, sofern sich die verbesserten Leistungen im Alltag ebenfalls beobachten lassen. An diesem Punkt fehlt noch der Beleg, dass die Veränderungen aufgrund der Therapie und nicht durch eine allgemeine Verbesserung (auch Spontanremission genannt) zustande gekommen sind. Um den Zusammenhang zwischen der Intervention und den Effekten belegen zu können, wird eine Kontrollaufgabe benötigt. Diese betrifft einen therapiebedürftigen Bereich, der nicht Therapieinhalt war. Unterscheiden sich die Leistungen in der Kontrollaufgabe vor und nach der Therapie nicht signifikant voneinander, kann argumentiert werden, dass ohne eine Therapie keine Verbesserung der Sprache zu verzeichnen gewesen wäre (Stadie & Schröder, 2009). Um eine Spontanremission von einer tatsächlichen therapiespezifischen Verbesserung abzugrenzen, kann zusätzlich eine multiple Baseline durchgeführt werden. Diese überprüft mehrfach den Ist-Zustand vor der Therapie. Dadurch wird aufgezeigt, dass weder eine positive Tagesform noch eine allgemeine kognitive Verbesserung einen Anstieg der sprachlichen Leistungen verursachen. Eine letzte Überprüfung ist die Nachhaltigkeit der verschiedenen Therapieeffekte, der sogenannte Nachhaltigkeitseffekt. Dieser wird unmittelbar nach der Intervention und einige Tage bis Monate später überprüft. Er prüft, ob die veränderten Leistungen nach Abschluss der Therapie stabil bleiben. Sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten zu beobachten, zeigt sich eine konstante Leistung und die Verbesserungen bleiben nach der Therapie bestehen.

Ein Einblick in wissenschaftliche Therapiestudien für Sprachstörungen im Kindesalter zeigt, dass die Durchführung einer Evaluation keine moderne Neuerscheinung ist. Bereits in der Arbeit von Roulstone, Glogowska, Enderby und Peters (1999) werden die Grundsätze

genannt, welche notwendig sind, um die Wirksamkeit der Therapie qualitativ gut zu beurteilen. Es zeigt sich, dass in deutschsprachigen Therapiestudien die Effektarten bisher unterschiedlich häufig überprüft wurden und die Auswahl derer teilweise abhängig vom Therapiegegenstand war (Siegmüller & Fröhling, 2003; Zingel & Kauschke, 2013). So blieb beispielsweise bei einer Therapie am Wortschatz die Überprüfung eines Generalisierungseffekts auf ungeübte Items häufig aus (Siegmüller, 2008; Siegmüller & Fröhling 2003), während bei Interventionen, die Artikulationsabläufe oder grammatische Regeln thematisieren, dieser Effekt in die Evaluation einbezogen wurde (u. a. Bräger, Nicolai & Günther, 2007; Mathis & Kauschke, 2008). Zusätzlich fällt auf, dass in einigen Studien die Intervention nicht auf therapie-spezifische Effekte hin überprüft wurde (Watermeyer & Kauschke, 2009; Zingel & Kauschke, 2013), obwohl dies ein entscheidender Punkt ist, um die Wirksamkeit einer spezifischen Therapie beurteilen zu können. Bei den meisten Therapiestudien im Kinderbereich handelt es sich um Einzelfallstudien oder um Gruppenuntersuchungen mit einer geringen Probandenanzahl, wodurch eine generelle Aussage über die Wirksamkeit von Therapiemethoden und mögliche beeinflussende Faktoren nicht zulässig ist. Letzteres soll durch die vorliegende Studie thematisiert werden.

2 Fragestellung

Ziel der Arbeit ist es, einen Überblick über die Evaluation von Therapien von Sprachstörungen im Kindesalter zu erstellen. Diese wurden von allen Studierenden des Studiengangs BSc Patholinguistik der Universität Potsdam im Rahmen der internen und externen Praktika durchgeführt. Das externe Praktikum fand im Jahr 2015 und die internen Praktika fanden in den Jahren 2013 bis 2015 statt (eine Übersicht über evidenzbasiertes Handeln bei der Therapie von erworbenen Sprachstörungen der Praktikumsjahrgänge 2014/2015 findet sich in Butler, Frank und Stadie, 2016). Mit der Arbeit sollen beeinflussende Faktoren herausgestellt werden, bei denen sich die

einzelnen Effektarten wie Übungs- und Generalisierungseffekte gezeigt haben. Es soll analysiert werden, ob die durchgeführten Therapien als wirksam eingestuft werden können. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, ob sich unter den einzelnen Aspekten, wie sprachlicher Hintergrund, Alter, Sitzungsanzahl und den sprachlichen Ebenen spezifische Einflussfaktoren identifizieren lassen, welche den Verlauf der Therapie sowie das Auftreten der Effekte beeinflussten.

3 Methoden

3.1 Probanden

In den analysierten Therapien wurden insgesamt 59 Kinder (41 Jungen, 18 Mädchen) behandelt. Das Alter lag im Durchschnitt bei 6;9 Jahren (Spannweite = 4;0–14;0). Einige Kinder zeigten gesundheitliche Auffälligkeiten in Form eines genetischen Syndroms, allgemeine kognitive Einschränkungen oder Höreinschränkungen bis 70%. Es waren sowohl mono- als auch bilinguale Kinder in den Interventionen vertreten (monolingual: Anteil von 58%, bilingual: Anteil von 42%). Bei allen Kindern wurde eine Sprachentwicklungsstörung festgestellt, die sich auf einer oder mehreren sprachlichen Ebenen zeigte. Bei den bilingualen Kindern konnte jedoch nicht eindeutig ausgeschlossen werden, ob es sich bei den sprachlichen Auffälligkeiten nicht nur um die Folge eines fehlenden bzw. reduzierten Sprachkontakts mit dem Deutschen handelte, da die Diagnostik in der Muttersprache fehlte. Bei etwa drei Vierteln der Kinder erfolgte eine kurze Einschätzung der Eltern zum Sprachstand in der Muttersprache.

3.2 Material und Durchführung

Das Material wurde für jede Intervention von den Studierenden individuell ausgewählt. Dabei erfolgte eine systematische Zusammenstellung der Items (u. a. Wörter, Neologismen, Silben, Laute) und der Aufgaben, um den identifizierten Behandlungsschwerpunkt zu therapieren. Der Mittelwert geübter Items betrug in den 59 Interventionen 18,67 Items (Spannweite = 5–60) pro Therapie. Die Spannweite zeigte große Unterschiede in der Auswahl der Itemanzahl. Dies war auch in der hohen Standardabweichung von 9,6 abzulesen. Um einen Generalisierungseffekt auf ungeübte Items zu überprüfen, wurden diese ebenfalls vor der Therapie festgelegt. Dabei betrug der Mittelwert 17,86 Items (Spannweite = 3–60) pro Therapie. Da die ungeübten Items mit den geübten parallelisiert wurden, hatten sie in den meisten Therapien auch die gleiche Anzahl. Die Items wurden mittels Bildern, Realgegenständen, Symbolen oder auditiv dargeboten.

Die Items wurden in verschiedenen Aufgaben überprüft. Die Aufgaben wurden entsprechend des Behandlungsschwerpunktes ausgewählt und unter Berücksichtigung der ICF-Ebenen (World Health Organization, 2005) geplant und durchgeführt. Die am häufigsten gewählte Aufgabe in der Therapieevaluation war die mündliche Wortproduktion (z. B. Benennen von Bildern) mit einem Anteil von 63 Prozent.

Die Interventionen wurden hinsichtlich der Anzahl der Sitzungen und der Frequenz analysiert. Im Durchschnitt erhielt jedes Kind 9,7 Sitzungen (Spannweite = 3–18) pro Therapiephase. Die Standardabweichung betrug dabei 3,4. Die Sitzungen fanden mit einer Frequenz von einmal wöchentlich statt.

4 Ergebnisse

4.1 Gesamtstichprobe

Um die Therapien auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, wurde analysiert, bei wie vielen Interventionen die unterschiedlichen Effekte geprüft wurden und bei welchen sich nach der Behandlung signifikante Unterschiede beobachten ließen. Dabei wurde der Nachhaltigkeitseffekt unberücksichtigt gelassen, da dieser in lediglich zwei Interventionen überprüft wurde und somit nicht repräsentativ ist. Es zeigte sich, dass die Studierenden die Leistungen der Kinder unterschiedlich häufig in jeder Effektart evaluierten. Insbesondere die geringe Überprüfung des Transfereffektes in den Interventionen fiel auf (nur in 22 % der Fälle überprüft). Der Unterschied zu den anderen drei Effektarten Übungs- und Generalisierungseffekt (jeweils in 97 % der Interventionen überprüft) und therapiespezifischer Effekt (in 76 % der Interventionen überprüft) war signifikant ($p < .001$, Chi-Quadrat-Test).

Abbildung 1 zeigt den prozentualen Anteil nachgewiesener Effekte in den Therapien. Der prozentuale Anteil bezieht sich dabei auf die Studien, die diesen Effekt überhaupt überprüft haben. Der Anteil von gefundenen Übungseffekten und therapiespezifischen Effekten (beide 60 %) war signifikant höher als der Anteil gefundener Generalisierungseffekte (33 %, $p < .01$, Exakter Test nach Fisher). Zusätzlich war der Trend zu beobachten, dass mehr Übungs- als Transfereffekte gefunden wurden ($p = .072$, Exakter Test nach Fisher).

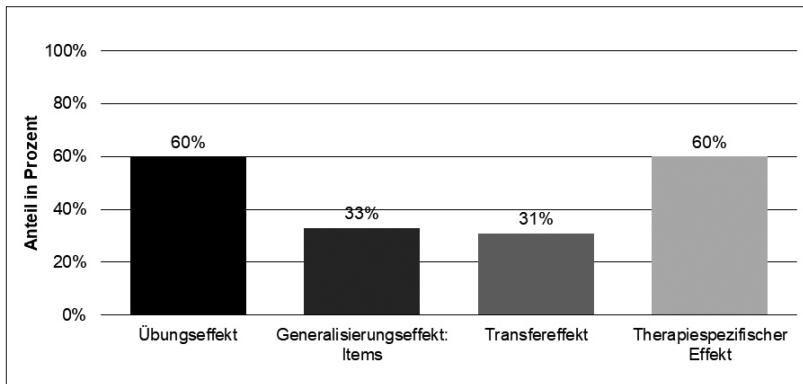


Abbildung 1. Prozentuale Verteilung der gefundenen Therapieeffekte bezogen auf die überprüften Effekte. Der Anteil der Interventionen, in denen die einzelnen Effekte überprüft wurden, variiert je nach Effektart (Übungs- und Generalisierungseffekt: jeweils in 97% der Interventionen überprüft, Transfereffekt: 22%, therapiespezifischer Effekt: 76%).

4.2 Therapieebene

Die genaue Betrachtung der Diagnostikergebnisse zeigte, dass bei 93 Prozent der Kinder auf mehr als einer sprachlichen Ebene Auffälligkeiten zu beobachten waren. Interessant ist zunächst die Verteilung der Kinder hinsichtlich der auffälligen sprachlichen Ebenen sowie die Auswahl und Verteilung der tatsächlichen Therapieebene. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Kinder nach deren Auffälligkeiten. Die Anzahl der Kinder, die eine Sprachstörung auf den Ebenen Phonetik/Phonologie (P/P: $n = 46$), Lexikon/Semantik (L/S: $n = 40$) und Syntax/Morphologie (S/M: $n = 47$) aufwiesen, war für alle Ebenen annähernd gleich. In der Auswahl der tatsächlichen Therapieebene zeigten sich hingegen folgende Unterschiede: Die Ebene Phonetik/Phonologie ($n = 29$, Anteil von 63%) wurde im

Vergleich zu den Ebenen Lexikon/Semantik ($n = 12$, Anteil von 30%; $p < .01$, Chi-Quadrat-Test) und Syntax/Morphologie ($n = 18$, Anteil von 38%; $p < .05$, Chi-Quadrat-Test) häufiger therapiert, auch wenn die Kinder im Bereich Lexikon/Semantik und/oder Syntax/Morphologie zusätzliche Auffälligkeiten zeigten.

Ein weiterer Vergleich wurde hinsichtlich der Wirksamkeit der Therapien auf den drei sprachlichen Ebenen durchgeführt. Dabei wurde überprüft, ob sich die Verteilung der gefundenen Effekte zwischen den einzelnen Ebenen unterscheidet. Abbildung 2 visualisiert die Verteilung der Effekte auf den drei Therapieebenen. Ein Vergleich zwischen den Ebenen zeigt, dass mehr Generalisierungseffekte auf der Ebene Phonetik/Phonologie (Anteil von 39%; $p < .05$, Exakter Test nach Fisher) und Syntax/Morphologie (Anteil von 47%; $p < .01$, Exakter Test nach Fisher) gefunden wurden als auf der Ebene Lexikon/Semantik. Obwohl auf der Ebene Lexikon/Semantik in allen Therapieevaluationen die Überprüfung des Generalisierungseffekts Bestandteil war, konnte in keiner Therapie ein derartiger Effekt gefunden werden. Das Auftreten von Übungseffekten unterscheidet sich nur geringfügig zwischen den Ebenen. Der hohe Wert vom Transfereffekt auf der Ebene Lexikon/Semantik fällt nicht in die Auswertung, da dieser lediglich einmal in der Therapieevaluation überprüft wurde (Anteil von 8%) und somit nicht aussagekräftig ist.

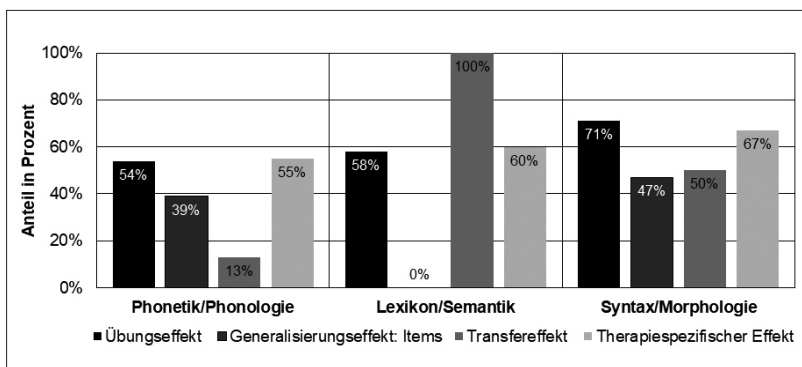


Abbildung 2. Prozentuale Verteilung der gefundenen Therapieeffekte. Der Anteil der Interventionen, in denen die einzelnen Effekte überprüft wurden, variiert zwischen den Therapieebenen sowie je nach Effekart (Phonetik/Phonologie – Übungs- und Generalisierungseffekt: jeweils in 97 % der Interventionen überprüft, Transfereffekt: 28 %, therapiespezifischer Effekt: 69 %; Lexikon/Semantik – Übungs- und Generalisierungseffekt: jeweils 100 %, Transfereffekt: 8 %, therapiespezifischer Effekt: 83 %; Syntax/Morphologie – Übungs- und Generalisierungseffekt: 94 %, Transfereffekt: 22 %, therapiespezifischer Effekt: 83 %).

4.3 Mono- und bilinguale Kinder

In den 59 durchgeführten Interventionen waren sowohl mono- als auch bilinguale Kinder vertreten. Um die Fragen zu klären, ob mono- und bilinguale Kinder auf unterschiedlichen sprachlichen Ebenen Auffälligkeiten zeigten und ob die Anzahl der gefundenen Effekte zwischen den Gruppen variierte, wurden weitere Analysen durchgeführt.

Bei der Verteilung der auffälligen sprachlichen Ebenen zeigten signifikant mehr mono- als bilinguale Kinder Störungen auf der Ebene Phonetik/Phonologie (monolingual: 94%; bilingual: 56%; $p < .001$, Exakter Test nach Fisher), während die bilingualen Kinder häufiger auf der Ebene Lexikon/Semantik (monolingual: 50%; bilingual: 92%; $p < .001$, Exakter Test nach Fisher) und Syntax/Morphologie (monolingual: 68%; bilingual: 96%; $p < .01$, Exakter Test nach Fisher) auffällig waren. Diese Verteilung spiegelte sich ebenfalls in der Auswahl der Therapieebene wieder. Die Behandlung der Ebene Phonetik/Phonologie fand signifikant häufiger bei monolingualen Kindern statt (monolingual: 81%; bilingual: 21%; $p < .001$, Exakter Test nach Fisher), während signifikant mehr bilinguale Kinder auf der Ebene Lexikon/Semantik therapiert wurden (monolingual: 12%; bilingual: 43%; $p < .05$, Exakter Test nach Fisher).

Anschließend erfolgte ein Wirksamkeitsvergleich zwischen den mono- und bilingualen Kindern. In Abbildung 3 ist die Verteilung der gefundenen Effekte dargestellt. Sowohl das Auftreten von Übungs- als auch Generalisierungseffekten unterschied sich zwischen den mono- und bilingualen Kindern nicht. Hinsichtlich der Transferleistung zeigten bilinguale Kinder tendenziell bessere Ergebnisse als monolinguale Kinder ($p = .052$, Exakter Test nach Fisher). Zu berücksichtigen ist, dass bei den bilingualen Kindern in nur 16 Prozent der Interventionen die Transferleistung überprüft wurde (26% bei den monolingualen Kindern).

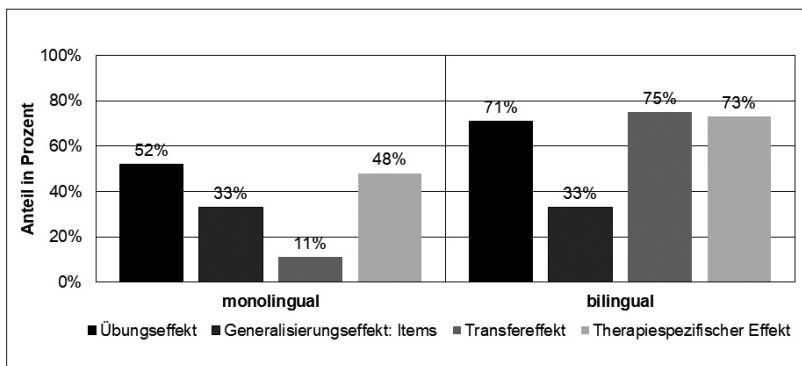


Abbildung 3. Prozentuale Verteilung der gefundenen Therapieeffekte. Der Anteil der Interventionen, in denen die einzelnen Effekte überprüft wurden, variiert zwischen mono- und bilingualen Kindern sowie je nach Effektart (monolingual – Übungseffekt und Generalisierungseffekt: jeweils in 97% der Interventionen überprüft, Transfereffekt: 26%, therapiespezifischer Effekt: 68%; bilingual – Übungseffekt: 96%, Generalisierungseffekt: 97%, Transfereffekt: 16%, therapiespezifischer Effekt: 88%).

4.4 Alter, Sitzungs- und Itemanzahl

Die abschließenden Analysen fanden unter Betrachtung der Einflussfaktoren Alter, Sitzungs- und Itemanzahl statt. Im Fokus der Analysen stand die Frage, ob die obigen Faktoren einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben können. Um die Daten zu vergleichen, wurden diese pro Faktor in je zwei Gruppen unterteilt. Es wurden dabei jüngere (< 6;9 Jahre, n = 37) mit älteren (> 6;9 Jahre, n = 22) Kindern, wenige (< 10 Sitzungen, n = 34) mit vielen (> 10 Sitzungen, n = 25) Therapiesitzungen und wenige (< 20 Items, n = 34) mit vielen (> 20 Items, n = 25) Therapieitems verglichen. Die Daten zeigten dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Anzahl gefundener Effekte und somit keinen Einfluss der Faktoren Alter, Sitzungsanzahl und Itemanzahl auf die Therapieergebnisse.

5 Diskussion

Ziel der Arbeit war es, spezifische Einflussfaktoren zu identifizieren, welche sich auf den Verlauf der Therapie sowie das Therapieergebnis auswirkten. Zusätzlich sollte die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen im Kinderbereich beurteilt werden.

Anhand der Ergebnisse der Gesamtstichprobe konnte festgestellt werden, dass in 60 Prozent der Interventionen das in der Therapie geübte Material nach der Therapie besser beherrscht wurde. Ebenso konnte gezeigt werden, dass über die Hälfte der Verbesserungen in der Therapie tatsächlich auf die Therapie zurückgeführt werden konnte (Anteil der therapiespezifischen Effekte von 60%). Generalisierungs- und Transfereffekte zeigten sich nur in knapp ein Drittel der Interventionen, wobei der Transfereffekt häufig erst gar nicht in die Evaluation einbezogen wurde. Dies ist als kritisch zu betrachten, da die in der Therapie geübten Fähigkeiten nur in wenigen Fällen in den Alltag transferiert wurden. Dies wirkt sich auf die Beurteilung der Wirksamkeit aus. Nach Roulstone und Kollegen (1999) kann eine Therapie nur dann als wirksam beurteilt werden, wenn der Patient einen alltäglich Nutzen aus ihr zieht. In den Interventionen, in denen der Transfereffekt überprüft wurde, zeigte sich dieser jedoch nur in 31% der Fälle. Leonard (1993) legt zusätzlich besonders großen Wert auf den Generalisierungseffekt, da nach einer Therapie der Patient mehr als nur die geübten Items beherrschen sollte. In den Interventionen zeigte sich jedoch nur bei 33% ein Generalisierungseffekt. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte können die durchgeführten Kindersprachtherapien der Studierenden nur als bedingt wirksam angesehen werden. Es ist jedoch anzumerken, dass in den untersuchten Studien lediglich ein Ausschnitt und keine abgeschlossene Therapie evaluiert werden konnte, da die Praktika zeitlich begrenzt waren und nur eine Dauer aufwiesen, welche drei Monate nicht überschritten.

Bei der Betrachtung der Therapiewirksamkeit in Abhängigkeit der therapierten Ebene zeigte sich ein zu erwartendes Ergebnis: Es wurden mehr Generalisierungseffekte auf der Ebene Phonetik/Phonologie und Syntax/Morphologie gefunden als auf der Ebene Lexikon/Semantik. Auf der Ebene Lexikon/Semantik konnte in keiner Therapie eine Generalisierung auf ungeübtes Material verzeichnet werden. Eine mögliche Begründung dafür ist, dass in allen Therapien auf dieser Ebene ausschließlich am Wortschatzaufbau nach dem Ansatz der Patholinguistischen Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen gearbeitet wurde (Siegmüller & Kauschke, 2013). Danach soll ein Kind Wörter aus einem oder mehreren semantischen Feldern mit seinen semantischen Merkmalen erlernen, indem diese ihm mit einer erhöhten Frequenz im Sprachinput angeboten sowie in rezeptive und produktive Übungen eingebettet werden. Eine Generalisierung auf ungeübte Wörter ist nicht zu erwarten, da keine Strategien zum Erwerb neuer Wörter in der Therapie thematisiert werden. Eine Kombination mit einem Konzept, in dem Kinder selbst die Lücken in ihrem Wortschatz erkennen und diese von allein füllen, wäre womöglich erfolgsversprechender. Das Konzept Wortschatzsammler von Motsch und Ulrich (2012) konnte mit seiner Strategitherapie Generalisierungseffekte auf ungeübtes Material verzeichnen.

Ein weiterer Vergleich betrachtete den Aspekt der des sprachlichen Hintergrundes. Inwiefern zeigen mono- und bilinguale Kinder Unterschiede in der Verteilung auffälliger Ebenen, in der Auswahl der Therapieebenen und in der Wirksamkeit von Therapien? Die Daten zeigen, dass mono- und bilinguale Kinder dazu tendieren auf unterschiedlichen sprachlichen Ebenen auffällig zu sein, was dann wiederum die Auswahl der Therapieebene beeinflusst. So konnte gezeigt werden, dass monolinguale Kinder häufiger auf der Ebene Phonetik/Phonologie auffällig waren und therapiert wurden, während bilinguale Kinder häufiger auf den Ebenen Lexikon/Semantik und Syntax/Morphologie Auffälligkeiten zeigten und eine Therapie auf der Ebene Lexikon/Semantik erhielten. Eine Vermutung, warum vor allem die Ebenen Lexikon/Semantik und Syntax/Morphologie bei bilingualen

Kindern scheinbar häufiger betroffen sind, ist, dass es sich bei diesen beiden Ebenen um sprachliche Ebenen handelt, die sehr stark von den Spezifikationen der jeweiligen Sprache beeinflusst sind. Bilinguale Kinder zeigen beispielsweise häufig einen geringen Wortschatzumfang im Deutschen (Kiese-Himmel, Sellner & Bockmann, 2013). Wird der Wortschatz jedoch in beiden Sprachen betrachtet, so zeigt sich oft, dass der Umfang des Gesamtwortschatzes dem der monolingualen Kinder entspricht. Ebenso ist es auf der Ebene Syntax/Morphologie von großer Bedeutung, die sprachstrukturellen Unterschiede zwischen den Sprachen zu berücksichtigen, da bilinguale Kinder oft nicht zeitgleich die korrekt markierten sprachlichen Strukturen in beiden Sprachen erwerben (Scharff-Rethfeld, 2013). Aus diesem Grund ist es relevant, bei der Diagnostik nicht nur die Zweitsprache Deutsch, sondern auch die Muttersprache zu überprüfen. In den analysierten Therapien wurde jedoch nur das Deutsche eingeschätzt, weshalb bilinguale Kinder beispielsweise leichter als auffällig auf der Ebene Lexikon/Semantik eingestuft wurden, da in der Diagnostik ausschließlich der Umfang des deutschen Wortschatzes betrachtet wurde. Außerdem können die Erwerbsbedingungen einen Einfluss auf den Erwerb der Zweitsprache Deutsch haben (für einen Überblick Rothweiler & Ruberg, 2011). So sollten zum Beispiel der Erwerbsbeginn und die Sprachkontaktzeit der deutschen Sprache berücksichtigt werden. Diese Informationen lagen in der vorliegenden Studie jedoch nicht vor, sodass nur vermutet werden kann, dass nicht alle Kinder unter optimalen Erwerbsbedingungen aufgewachsen sind, was die Unterschiede zwischen mono- und bilingualen Kindern erklären könnte. Bei der Überprüfung der Therapiewirksamkeit von mono- und bilingualen Kindern zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Beide Gruppen zeigten in mehr als der Hälfte der Therapien Verbesserungen im geübten Material und in einem Drittel aller Therapien eine Generalisierung auf ungeübtes Material.

In den abschließenden Analysen unter Betrachtung der Einflussfaktoren Alter, Sitzungs- und Itemanzahl wurde kein Einfluss auf die Wirksamkeit der Therapie gefunden. Ob ein Kind jünger oder älter

war, die Anzahl der Therapiesitzungen mehr oder weniger als 10 Sitzungen oder die Anzahl der Therapieitems mehr oder weniger als 20 Items betrug, scheint keinen Einfluss darauf zu haben, wie erfolgreich eine Therapie ist. Jedoch ist anzumerken, dass für die Analyse die gesamte Datenmenge in jeweils zwei Gruppen geteilt wurde (jung/alt, viel/wenig Sitzungen bzw. Items) und die Anzahl der Studien innerhalb der Gruppen nicht gleichmäßig waren. Diese Aufteilung könnte das Hervorbringen von Effekten erschwert haben.

Die vorliegende Arbeit macht deutlich, dass die Studierenden des Studiengangs Patholinguistik in ihren Kindersprachtherapien evidenzbasiert arbeiten können. Dies zeigte sich in Interventionen, in den eine qualitativ hochwertige Evaluation durchgeführt wurde. In der Gesamtstichprobe wurden jedoch noch Lücken in der Anwendung der Therapieevaluation sichtbar. So konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass insbesondere der Transfereffekt nur selten in die Evaluation mit einbezogen wurde. Es muss jedoch angemerkt werden, dass dies auch praktische Ursachen hat, da es teilweise schwierig ist, eine alltagsnahe Aufgabe bezogen auf die zu therapierende sprachliche Aktivität zu definieren und diese dann im Praxisalltag zu überprüfen. In der Literatur fehlen bis dato noch hilfreiche Angaben, um Transferfähigkeiten operationalisieren zu können. Die Daten zeigen außerdem, dass ein großer Teil der Interventionen Verbesserungen bei geübtem Material verzeichnen konnte, jedoch nur wenige Interventionen eine Generalisierung oder einen Transfer der erworbenen Fähigkeiten erreichten, was das eigentliche Ziel einer guten Sprachtherapie sein sollte. Ursachen für die geringe Anzahl gefundener Therapieeffekte könnten in Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe aufgedeckt werden. Durch die teilweise geringe Anzahl von Interventionen, in denen Therapieeffekte überhaupt überprüft wurden, reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, Unterschiede vor und nach der Therapie zu identifizieren. Es ist geplant, die Evaluationen der nächsten Jahrgänge in die Stichprobe zu integrieren. Somit könnte auch die Umsetzung der Evaluation in den Kindersprachtherapien im Zeitverlauf betrachtet werden. Die in der vorliegenden Arbeit be-

trachteten Therapien stammen hauptsächlich von den Anfängen der Evaluation im Kinderbereich im Studiengang Patholinguistik. Ein Ziel weiterer Forschung sollte es sein, mehr qualitativ hochwertige Therapiestudien im Kinderbereich durchzuführen, um diese für die Therapie im Praxisalltag nutzbar zu machen. Darunter zählt eine genaue Beschreibung der Therapieeffekte und mit welchen Aufgabenformaten diese für verschiedene Störungsbilder überprüft werden können.

6 Literatur

- Atria, M., Reimann, R. & Spiel, C. (2006). Qualitätssicherung durch Evaluation. Die Bedeutung von Zielexplication und evaluativer Haltung. In Ch. Steinebach (Hrsg.), *Handbuch Psychologische Beratung* (574–586). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bräger, B., Nicolai, A. & Günther, T. (2007). Therapieeffektivität der Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie (P.O.P.T.): Eine Therapieeffektstudie mit Kindern unter 6 Jahren. *Sprache-Stimme-Gehör*, *31*, 170–175.
- Butler, R., Frank, L. & Stadie, N. (2016) Studium trifft Praxis: Evidenzbasierung bei der Behandlung von erworbenen Sprachstörungen im externen Praktikum. In T. Fritzsche, Ö. Yetim, C. Otto & A. Adelt (Hrsg.), *Spektrum Patholinguistik, 9: Schwerpunktthema: Lauter Laute: Phonologische Verarbeitung und Lautwahrnehmung in der Sprachtherapie* (215–218). Potsdam: Universitätsverlag Potsdam.
- Kiese-Himmel, C., Sellner, L. & Bockmann, A. K. (2013) Der frühe expressive Wortschatzumfang simultan mehrsprachig aufwachsender Kinder – ein diagnostisch relevantes Kriterium? *Gesundheitswesen*, *75*, 496–499.

- Leonard, L. B. (1993). Children with specific language impairment (developmental dysphasia): Treatment, In G. Blanken, J. Dittmann, H. Grimm, J. C. Marshall & C.-W. Wallesch (Hrsg.), *Linguistic Disorders and Pathologies: An International Handbook* (640–646). Berlin: de Gruyter.
- Mathis, A. & Kauschke, C. (2008). Zur Wirksamkeit der patholinguistischen Intervention bei Störungen im Pluralerwerb. L. O. G. O. S. *INTERDISZIPLINÄR*, 16, 280–289.
- Motsch, H.-J. & Ulrich, T. (2012). „Wortschatzsammler“ und „Wortschatzfinder“. Effektivität neuer Therapieformate bei lexikalischen Störungen im Vorschulalter. *Sprachheilarbeit*, 2, 70–78.
- Roulstone, S., Glogowska, M., Enderby, P. & Peters, T. J. (1999). Issues to consider in the evaluation of speech and language therapy for preschool children. *Child: Care, Health and Development*, 25, 141–155.
- Rothweiler, M. & Ruberg, T. (2013). Der Erwerb des Deutschen bei Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache. Sprachliche und außersprachliche Einflussfaktoren. *Expertisen zur Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte Expertisen (Vol. 12)*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Scharff-Rethfeld, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Siegmüller, J. (2008). Therapie von Kindlichen Wortfindungsstörungen nach dem Patholinguistischen Therapieansatz. *Forum Logopädie*, 22, 6–13.
- Siegmüller, J. & Fröhling, A. (2003). Therapie der semantischen Kategorisierung als Entwicklungsauslöser für den Erwerb des produktiven Wortschatzes bei Kindern mit Late-Talker-Vergangenheit. *Sprache – Stimme – Gehör*, 27, 135–141.
- Siegmüller, J. & Kauschke, C. (2013). *Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen, 2. Auflage*. München: Elsevier.

- Stadie, N. & Schröder, A. (2009). *Kognitiv orientierte Sprachtherapie. Methoden, Material und Evaluation für Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie*. München: Elsevier.
- Watermeyer, M. & Kauschke, C. (2009). Behandlung von Störungen beim Erwerb der Verbzweitstellungsregel nach dem Patholinguistischen Ansatz: Eine Therapiestudie. *Die Sprachheilarbeit, 54*, 3–17.
- World Health Organization (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.
- Zingel, C. & Kauschke, C. (2013). Therapeutische Arbeit an der Erweiterung und Flexibilisierung von Satzstrukturen nach dem Patholinguistischen Ansatz: Ein Fallbeispiel. *Sprachförderung und Sprachtherapie, 1*, 28–34.

Kontakt

Laura Cassandra Diwoky
laura.cassandra.diwoky@gmail.com