



Kinder, Jugend & Familie
Weser-Ems

Wirksamkeit interdisziplinärer Sprachheilarbeit in Sprachheilkindergärten

Eine Evaluationsstudie

Theodor Bruns, Dipl.-Psychologe/Therapeutische Leitung

Sprachheilzentrum Wilhelmshaven

Masurenstraße 17

26388 Wilhelmshaven

Telefon: 0 44 21/9 13 01-0

E-Mail: info@spz-whv.awo-ol.de



Ausgesprochen hilfreich.



Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt!

(Wittgenstein)

Sprache ist allgegenwärtig und begleitet uns unser gesamtes Leben lang. Sprache ist der Schlüssel zur Welt, zur äußeren wie ebenso zur der Welt in uns. Sprache ist Chance zur Begegnung. Sprache beflügelt unser Denken, unsere Fantasie. Sie gibt uns Begriffe, um unsere Eindrücke, Wahrnehmungen und Bedürfnisse in Worte zu fassen, sie in gedankliche Bahnen zu lenken, um Ideen zu planen, Wunschträume zu leben und um unser Wissen, Erfahrungen und Wollen in die Welt zu tragen.

Sprache ist der Schlüssel zur Welt.

Sprache ist ein komplexes System, Sprechen ein vielschichtiger Prozess. Sprachliche Kompetenz spielt in der vorschulischen Bildung sowie später in der schulischen eine zentrale Rolle. Sprache ist der Schlüssel zur Bildung. Die Beherrschung der Sprache stellt eine Schlüsselqualifikation für weitere Lernprozesse und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar.

In den Sprachheilkindergärten der AWO Kinder, Jugend & Familie Weser-Ems GmbH werden im Rahmen einer teilstationären Sprachheilbehandlung Vorschulkinder mit komplexen Spracherwerbsstörungen behandelt. Sprachheilkindergärten fördern Kinder mit einer wesentlichen Sprachbehinderung entsprechend ihrem individuellen Hilfebedarf. Dabei wird interdisziplinär auf Grundlage hierzu maßgeblicher Fachdisziplinen wie Pädagogik, Motopädie, Psychologie, Logopädie und Sprachheilpädagogik gearbeitet. Ziel der teilstationären Sprachheilbehandlung ist der Ausgleich von schweren Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen vor Schulbeginn. So werden im Wesentlichen schwere Sprachentwicklungsstörungen mit multipler bis universeller Dyslalie und/oder mittel- bis hochgradigem Dysgrammatismus, spezifische Sprachentwicklungsstörungen, audiogene Sprachentwicklungsstörungen sowie Kommunikationsstörungen mit schwerer Beeinträchtigung der Lautsprachrezeption und -produktion behandelt.¹

Jeder Mensch bringt eine angeborene Bereitschaft mit, Sprache zu lernen. Sie entwickelt sich jedoch nicht von allein: Das Kind erwirbt sie in der aktiven Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Weitere Voraussetzungen für die Sprachentwicklung außer den Kontakten zu anderen Menschen sind: "physiologische Bedingungen, Ausbildung der Stimme, Entwicklung der Sinne und der Grob- und Feinmotorik, die sozial-emotionale und geistige Entwicklung sowie die Hirnreifung" Das Kind muss Sprache also ganzheitlich erlernen: Es lernt keine Vokabeln und keine grammatikalische Regeln, sondern begreift die Sprache mit allen Sinnen, es erspürt die emotionale Färbung der Wörter und bedient sich schließlich dieser Sprache, um seinen Wünschen und Gefühlen Ausdruck geben zu können.

Im Sprachheilkindergarten ist die intensive Förderung der grundlegenden kindlichen Entwicklungsbereiche, wie die auditive, visuelle und sensorische Wahrnehmungsförderung im Rahmen der Sprachheilbehandlung gegeben. An die Stelle einer isolierten Betrachtung einzelner Störungsbilder tritt die Förderung der individuellen kindlichen Gesamtpersönlichkeit mit dem Ziel der Erweiterung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen. Dazu bedarf es zur Therapie und Behandlungsplanung einer ausführlichen Diagnostik aller Entwicklungsbereiche durch die beteiligten Fachkräfte.

Die Sprachheilkindergärten der AWO Kinder, Jugend & Familie Weser-Ems GmbH sind geprüfte und zertifizierte Betriebe nach DIN EN ISO 9001 : 2000 zur Qualitätssicherung der erbrachten Sozialleistung. Sie handeln im Sinne externer und interner Kundenorientierung. Die Einhaltung gesetzter Qualitätsstandards und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Einrichtungen zur Verbesserung der angebotenen Leistungen wird durch den Einsatz entsprechender Verfahren gewährleistet.

Hierzu gehört zu Beginn der Behandlungsmaßnahme eine ausführliche und exakte Anfangsdiagnostik und zum Entlassungszeitpunkt des Kindes eine entsprechende Abschlussdiagnostik, jeweils gemäß der geltenden Qualitätsstandards.

¹ Aus: Vereinbarungen über die heilpädagogische Förderung und die medizinische Therapie in Sprachheilkindergärten ; Dyslalie = Artikulationsstörung

Zum Einsatz kommen standardisierte logopädische, motopädische und psychologische Diagnoseverfahren, Testdiagnostik, Beobachtungsbögen und qualitative Überprüfungsverfahren.

Auf dieser Grundlage begann im Jahr 2005 der Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven eine Evaluationsstudie, in der die Anfangs- und Abschlussdiagnostik vergleichend ausgewertet wurde, um die Effekte der teilstationären Behandlung zu dokumentieren. In den Jahren 2006; 2007; 2008 und 2009 konnte bei den jährlichen Behandlungsabschlüssen und den anschließenden Neuaufnahmen eine umfangreiche Datenbasis gewonnen werden. Inzwischen liegen Daten von 144 Kindern aus diesem Zeitraum vor.

Im Jahr 2007 führte die AWO Kinder, Jugend & Familie Weser-Ems GmbH für ihre teilstationären Sprachheileinrichtungen als Diagnostikmittel zur zielorientierten Förderplanung den Pädagogischen Beobachtungsbogen für ErzieherInnen ein. Er dient der Erfassung sprachlicher, sozial - emotionaler und kognitiv - kreativer Kompetenzen der Kinder im Kindergartenalltag. Der Beobachtungsbogen wurde im AWO Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth von Oertle, H., Buchholz, B., Kurp, C. entwickelt (2000) und erprobt. Seit 2005 wird er im Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven eingesetzt. So konnten im Sommer 2008 aus 10 Sprachheilkindergärten die Beobachtungsbögen von 154 Kindern für einen Prä/Postvergleich herangezogen werden. Durch die Kombination der Erhebungen im Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven und weiterer AWO Sprachheilkindergärten in Weser-Ems Gebiet liegt eine solide Datenbasis vor, um die Effekte und die Wirksamkeit teilstationärer Sprachheilmaßnahmen gemäß der Vereinbarungen über die heilpädagogische Förderung und die medizinische Therapie in Sprachheilkindergärten zu dokumentieren.

Als bedeutsam für die Dokumentation der sprachlichen Entwicklung wurden Daten zu folgenden sprachlichen Aspekten beim Prä/Postvergleich ausgewertet:

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

Für die Dokumentation der sprachlichen Entwicklung im Zusammenhang weiterer Entwicklungsbereiche wurde außerdem der pädagogische Beobachtungsbogen für ErzieherInnen für folgende Bereiche ausgewertet:

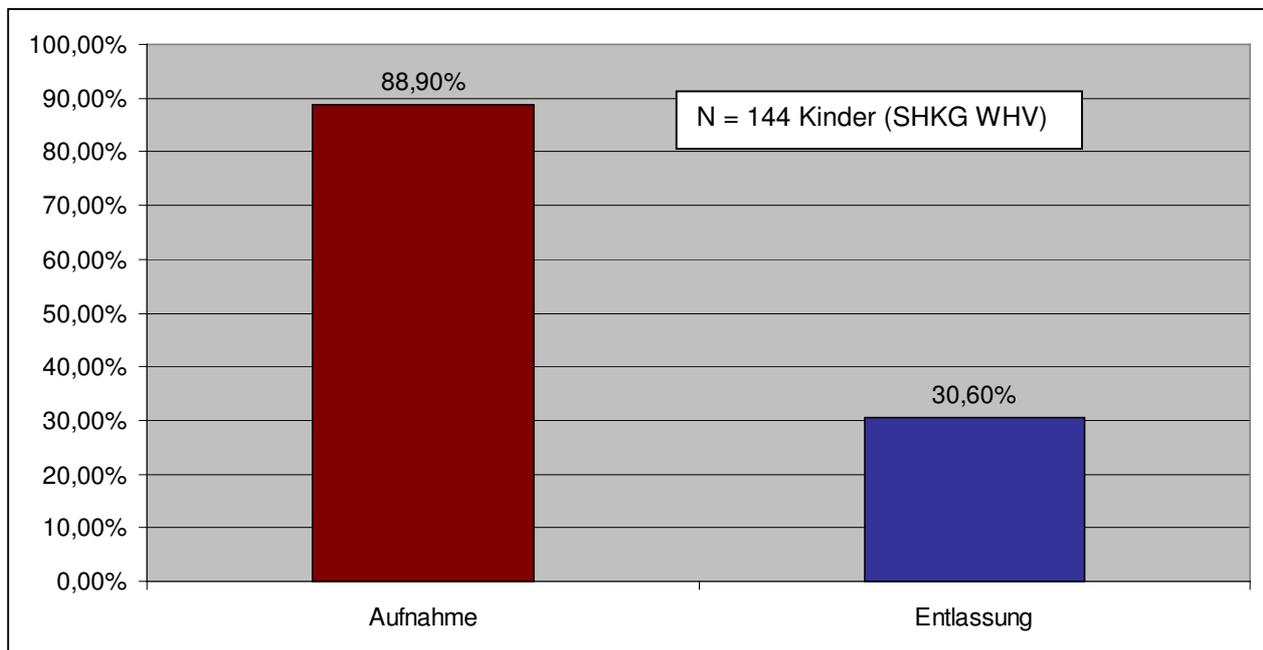
- **Formal – sprachlicher Bereich**
- **Sozial – emotionaler Bereich**
- **Kognitiv – kreativer Bereich**

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

ARTIKULATION

In den jeweiligen Gutachten der Fachberater im landesärztlichen Dienst für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen wird die Artikulationstörung in Form unterschiedlich ausgeprägter Schweregrade einer Dyslalie beschrieben. Hier wird zwischen partieller, multipler und universeller Dyslalie unterschieden. Die partielle Dyslalie wird als Störung der Aussprache von ein bis zwei Lauten, die multiple Dyslalie als Falschbildung von mehr als zwei Lauten mit erschwelter Sprachverständlichkeit beschrieben. Bei einer universellen Dyslalie wird ein Großteil der Laute verstammelt.² Die Stärke der Dyslalie wurde mit unterschiedlichen logopädischen Verfahren zur Lautüberprüfung festgestellt.

multiple/universelle Dyslalie



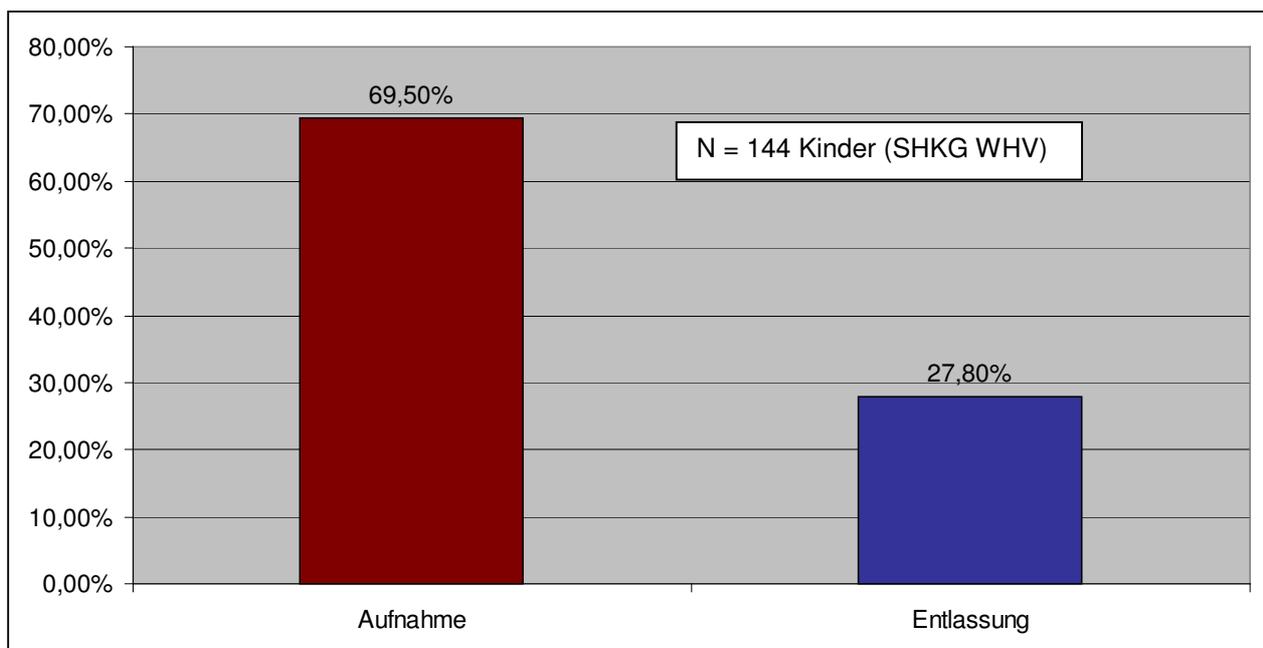
Zum Aufnahmezeitpunkt befanden sich 88,9 % der Kinder in einem deutlich auffälligen Bereich der multiplen bis universellen Dyslalie. Zum Ende des Behandlungszeitraumes konnten nahezu zwei Drittel (69,44 %) aller behandelten Kinder mit keinem oder nur geringgradigem Befund meist ohne weiteren Behandlungsbedarf entlassen werden.

² aus: Franke, Ulrike; Logopädisches Handlexikon

GRAMMATIK

Dysgrammatismus bezeichnet eine Teilproblematik einer kindlichen Spracherwerbsstörung, bei der Kinder nicht in der Lage sind, morphologisch und syntaktisch Sätze entsprechend ihrer Bezugssprache altersgemäß zu bilden. Beim Dysgrammatismus findet sich meist ein komplexes Störungsbild. Bei der Diagnostik des Dysgrammatismus greifen Logopäden daher auf eine breite Palette an Instrumentarien zurück³. Dazu gehören Sprachanalysen, standardisierte Überprüfungsverfahren, aber auch informelle Tests zur Erfassung der Beherrschung des grammatischen Regelsystems und der Syntax. Der Schweregrad des Dysgrammatismus wird nach Beurteilung des Logopäden in geringgradigem oder leichtem, mittelschwerem und schwerem Dysgrammatismus zusammenfassend ausgedrückt. Als Indikator für die grammatikalische Entwicklung dient auch die Erfassung der Fähigkeit zur morphologischen Regelbildung. Hierzu findet sich ein Untertest im Sprachentwicklungstest für Kinder (SETK 3-5) bezogen auf die Fähigkeit zur Pluralbildung.

mittelschwerer/schwerer Dysgrammatismus

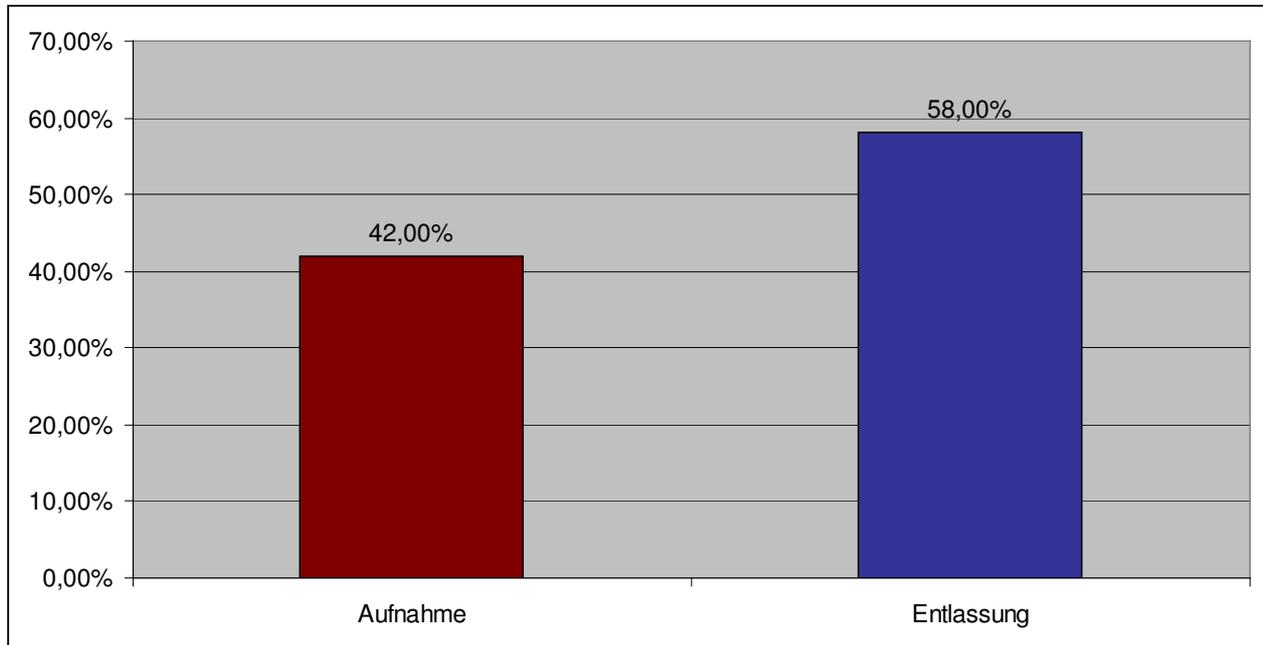


Befanden sich zum Aufnahmezeitpunkt nahezu 70 % der Kinder in einem deutlich auffälligen Bereich des mittelgradigen bis schweren Dysgrammatismus, konnten nahezu zwei Drittel (72,2 %) aller behandelten Kinder mit keinem oder geringgradigem Befund meist ohne weiteren Behandlungsbedarf entlassen werden.

³ aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Dysgrammatismus>

MORPHOLOGISCHE REGELBILDUNG (PLURALBILDUNG) GEMÄß SPRACHENTWICKLUNGSTEST FÜR KINDER (SETK 3-5. 4*)

N = 83 Kinder (SHKG WHV) für die Jahre 2006–2009



Bezogen auf alle untersuchten Kinder befanden sich zum Beginn der Behandlung 42 % der Kinder im durchschnittlichen Prozentrangbereich (Prozentrang größer als PR = 25). Die Anwendung von Prozentrangnormen besagt wie viel Kinder eine gleich gute oder schlechtere Leistung erreicht haben. So bedeutet der Prozentrang 25, dass 25 % der Kinder in der Vergleichsgruppe schlechtere Leistungen aufweisen, während 75 % bessere Leistungen erreichten. Es zeigt sich, dass die Fähigkeit zur morphologische Regelbildung als Teilaspekt der grammatikalischen Entwicklung im Vergleich zum Anfangsbefund gesteigert werden konnte, denn mit Abschluss der Behandlung verfügte der größte Teil der entlassenen Kinder (58 %) über eine weitgehend altersgemäße Fähigkeit in der Pluralbildung mit einem Prozentrang größer als 25.

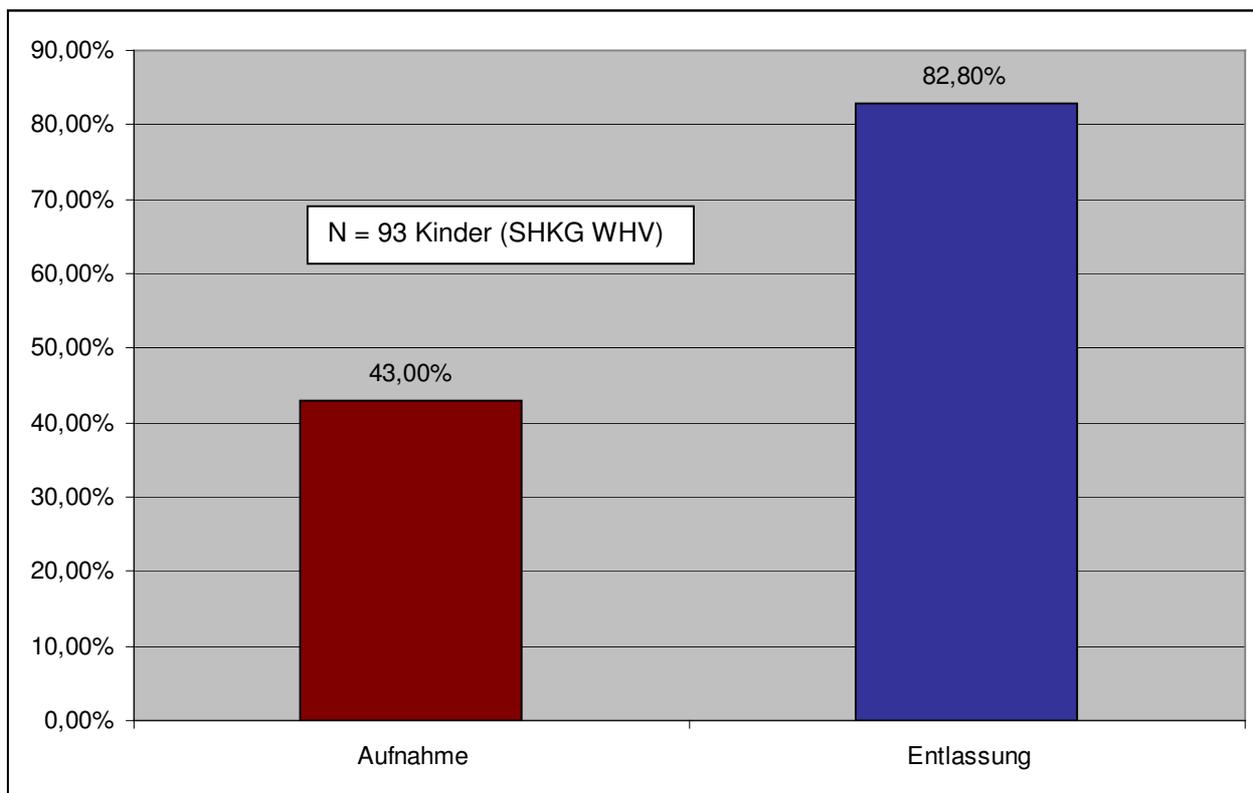
⁴ In der Grammatik ist die Morphologie die Formenlehre, die, vom Wort ausgehend, die Analyse der Flexionsformen und der Wortarten umfasst und auch die Wortbildung einbezieht.

*es wurden auch 6 jährige Kinder zum Entlassungszeitpunkt mit dem SETK 3-5 überprüft und nach Norm 5.11 ausgewertet

AKTIVER WORTSCHATZ

Als Wortschatz wird die Gesamtmenge der Lexeme (Träger der begrifflichen Bedeutung) eines Sprechers verstanden.⁵ Im Rahmen der logopädischen Befunderhebung wird zur Überprüfung des Wortschatzes und zum Vergleich mit der Normgruppe der Aktive Wortschatztest für Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren (AWST 3 – 6 bzw. die revidierte Fassung AWST-R 3 – 6) zum Aufnahmezeitpunkt und Entlassungszeitpunkt durchgeführt. Der AWST-R spricht von einem altersgemäß entwickelten Wortschatz, wenn ein Prozentrang > 23 erreicht wird, daher wurden Kinder mit einem Prozentrang > 25 eindeutig der Klassifikation „Durchschnittlicher aktiver Wortschatz“ zugeordnet.

Wortschatz



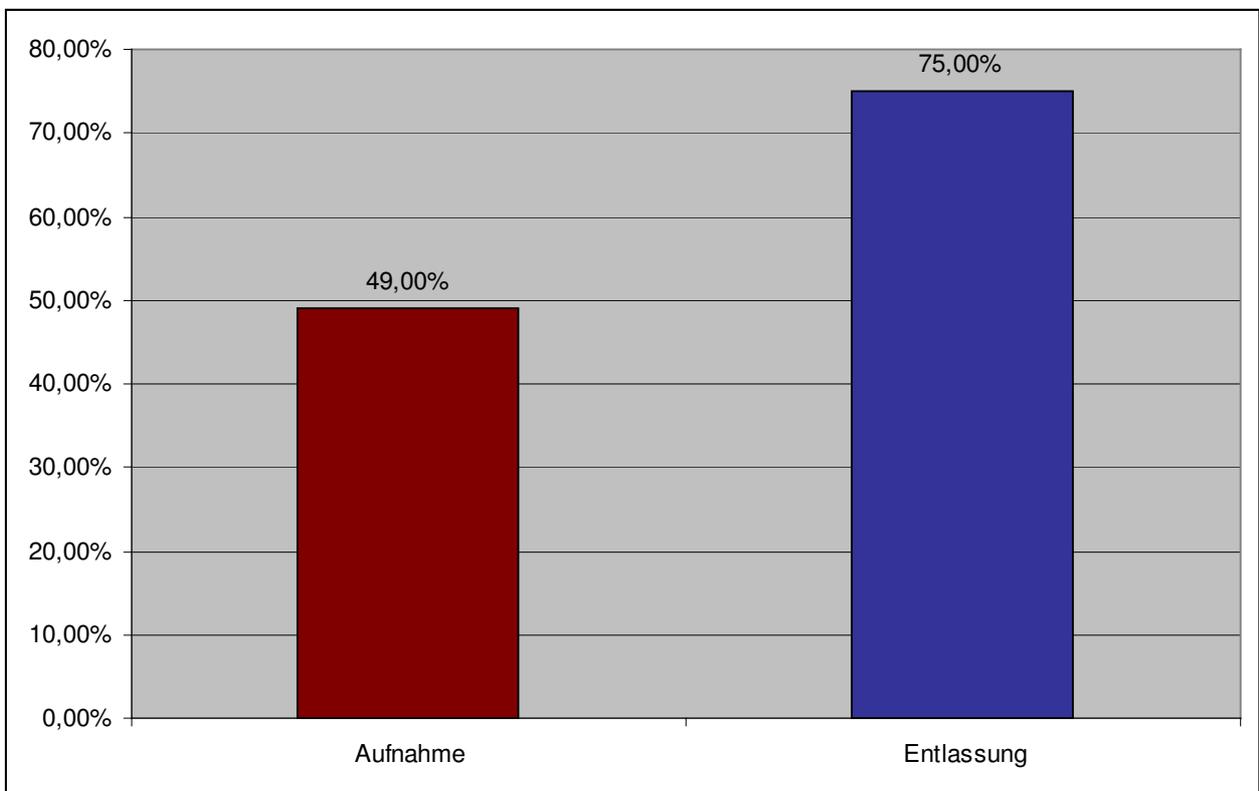
Während zum Aufnahmezeitpunkt nur 43 % der Kinder im Allgemeinen Wortschatztest Prozentränge größer als Prozentrang 25 zeigten und somit über einen altersgemäß entwickelten Wortschatz verfügten, konnte der Großteil (83 %) aller behandelten Kinder mit einem altersgemäßen Befund im aktiven Wortschatz ohne weiteren Behandlungsbedarf entlassen werden.

⁵ aus: Franke, Ulrike; Logopädisches Handlexikon

SPRACHVERSTEHEN

Zum Sprachverstehen gehören viele einzelne Schritte von der Wahrnehmung und korrekten Identifizierung der Laute, dem Erkennen der Wörter und Sätze bis zur Erschließung dessen, was als Botschaft gemeint ist. Das Verstehen von Sätzen stellt eine sehr komplexe Fähigkeit dar, in der unterschiedliche Merkmale der Sprache zusammenspielen. Mit dem Untertest „Verstehen von Sätzen“ wird im Sprachentwicklungstest für Kinder (SETK 3-5) die rezeptive Sprachleistung eines Kindes erfasst⁶. Es besteht zwischen Sprach Verstehens Leistungen und der Denkentwicklung eine enge Verbindung. Ein adäquates Sprachverständnis ist für die Alltagskommunikation in Familie und Kindergarten von großer Bedeutung.

Sprachverstehen



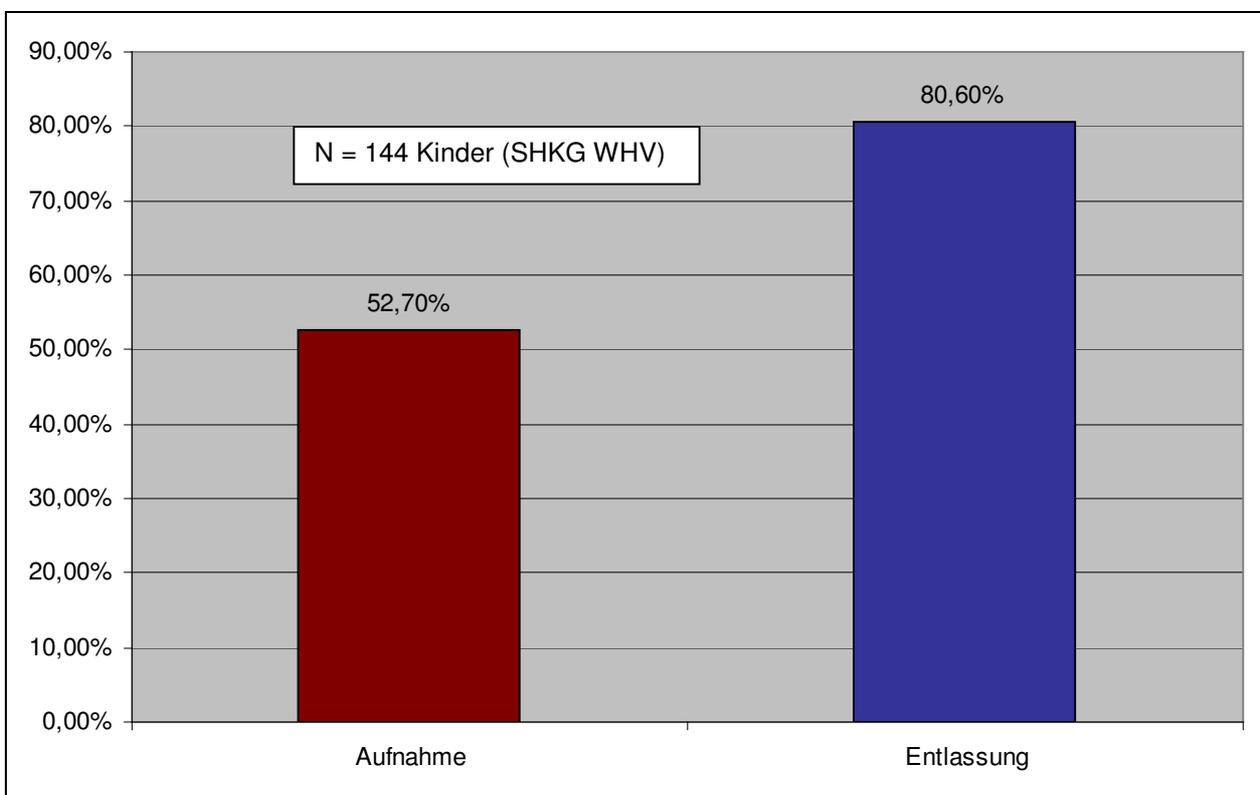
In den rezeptiven Sprachleistungen des Sprachverstehens hatten zum Aufnahmezeitpunkt fast die Hälfte aller Kinder erhebliche Probleme im Sprachverstehen. Nur 49 % der Kinder verfügten zum Behandlungsbeginn über ein ausreichendes Sprachverständnis. Ihre Prozentrangwerte lagen über 25 und befanden sich damit weitgehend im Normbereich. Zum Entlassungszeitpunkt erreichten dann Zweidrittel aller Kinder Werte im unauffälligen Bereich. 75 % der Kinder zeigten Prozenträge zwischen 26 – 100, so dass der größte Teil der entlassenen Kinder über ein altersgemäßes Sprachverstehen verfügte.

⁶ es wurden auch 6 Jährige Kinder zum Entlassungszeitpunkt mit dem SETK 3-5 überprüft und nach Norm 5.11 ausgewertet

VERSTÄNDLICHKEIT

In einem engen Zusammenhang mit der Sprach- und Sprechstörung steht die Verständlichkeit des Sprechers für seine Umwelt. Die Verständlichkeit beeinflusst wesentlich den Kommunikationsprozess und die aktive Teilhabe am Leben. So stellt sich die Frage, inwieweit ein Kommunikationspartner (Eltern, ErzieherInnen, Logopäden u. a.) die Sprachproduktion eines Kindes sinnhaft verstehen kann. In der Beurteilung des Logopäden/der Logopädin wird die Fähigkeit des Kindes beschrieben, sich in der Kommunikation sprachlich verständlich zu machen. Die unterschiedlichen Grade der Verständlichkeit wurden von den logopädischen Fachkräften subjektiv beurteilt und beziehen sich auf den Gebrauch der Spontansprache.

verständliche Spontansprache



Zu Beginn der Behandlung waren nur 53 % der Kinder bei bestehender Sprachstörung für den erwachsenen Kommunikationspartner verständlich. Nahezu die Hälfte der Kinder konnten sich zu Behandlungsbeginn ihrer Umwelt gegenüber nur teilweise oder schwer verständlich machen. Am Ende der teilstationären Behandlung wurden 81 % der Kinder von ihrer Umwelt im Kommunikationsprozeß verstanden; auch bei Mitteilungen ohne direkten Kontextbezug.

PÄDAGOGISCHER BEOBACHTUNGSBOGEN⁷ FÜR ERZIEHERINNEN

Der standardisierte Einsatz des Beobachtungsbogens im interdisziplinären Diagnostikprozeß der Sprachheilkindergärten durch die ErzieherInnen basiert auf der Beobachtung von Alltagssituationen in den formal-sprachlichen/sozial-emotionalen/kognitiv - kreativen Kompetenzbereichen. Die strukturierte Beobachtung dient neben der Erstellung von Förder- und Therapieplänen auch zur Vorbereitung von Fallbesprechungen und als Feedbackinstrument über den therapeutischen Entwicklungsverlauf. Durch den Einsatz zu unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten eignet er sich sehr gut zur Abbildung individueller Veränderungen und ermöglicht die Evaluation des Therapie- und Förderverlaufs.⁸

Die Aussagen des pädagogischen Beobachtungsbogens betreffen Alltagssituationen im Kindergarten unter besonderer Berücksichtigung sprachlicher und kommunikativer Aspekte. Die Beobachtungskriterien sind in ihrer Beschreibung positiv formuliert. Damit orientiert sich der Beobachtungsbogen an den Stärken des Kindes als ein ressourcenorientiertes Instrument zur Entwicklungsdokumentation und Planung. Die Auswahl repräsentativer Items geschah mit besonderer Berücksichtigung des Sprachbehandlungsauftrages. Mit einer Beschreibung der Auftretenshäufigkeit auf einer 6er Skalierung beurteilen die ErzieherInnen das Verhalten der Kinder:

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

Zur Beurteilung der in den Items beschriebenen Verhaltensweisen steht eine ausführliche Legende mit exemplarischen Beispielen aus dem Kindergartenalltag zur Verfügung.

Für diese Evaluation wurden die Daten der Pädagogischen Beobachtungsbögen aus 10 Sprachheileinrichtungen der AWO Kinder, Jugend & Familie Weser-Ems mit 153 Kindern herangezogen. Durch die Erstellung von Kompetenzprofilen aller behandelten Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung ist es möglich, im Sinne einer Veränderungsanalyse die Kompetenzentwicklung der Kinder im Behandlungszeitraum der teilstationären Sprachheilmaßnahme zu dokumentieren.

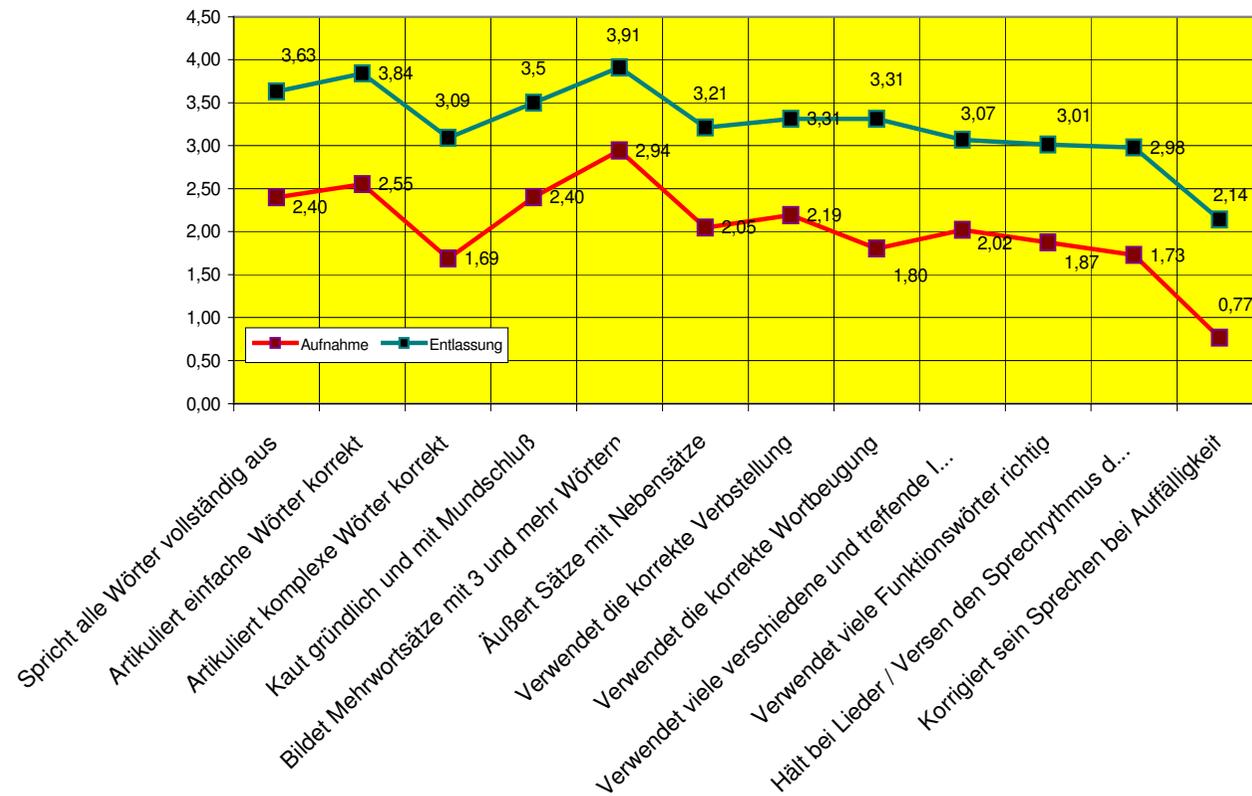
FORMAL – SPRACHLICHER BEREICH

Hier sind die sprachlichen Fertigkeiten des Kindes in der Beobachtung seiner spontansprachlichen Äußerungen beschrieben. Diese beziehen sich auf die Artikulation, den Satzbau, die Wortbeugung und die semantisch-lexikalischen Fähigkeiten. Außerdem wird die Mundmotorik und die sprachliche Selbstkontrolle eingeschätzt.

⁷ entwickelt von Oertle, H., Buchholz, B., Kurp, C.; Bad Salzdetfurth 2000

⁸ aus: Therapieevaluation im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth, 2007

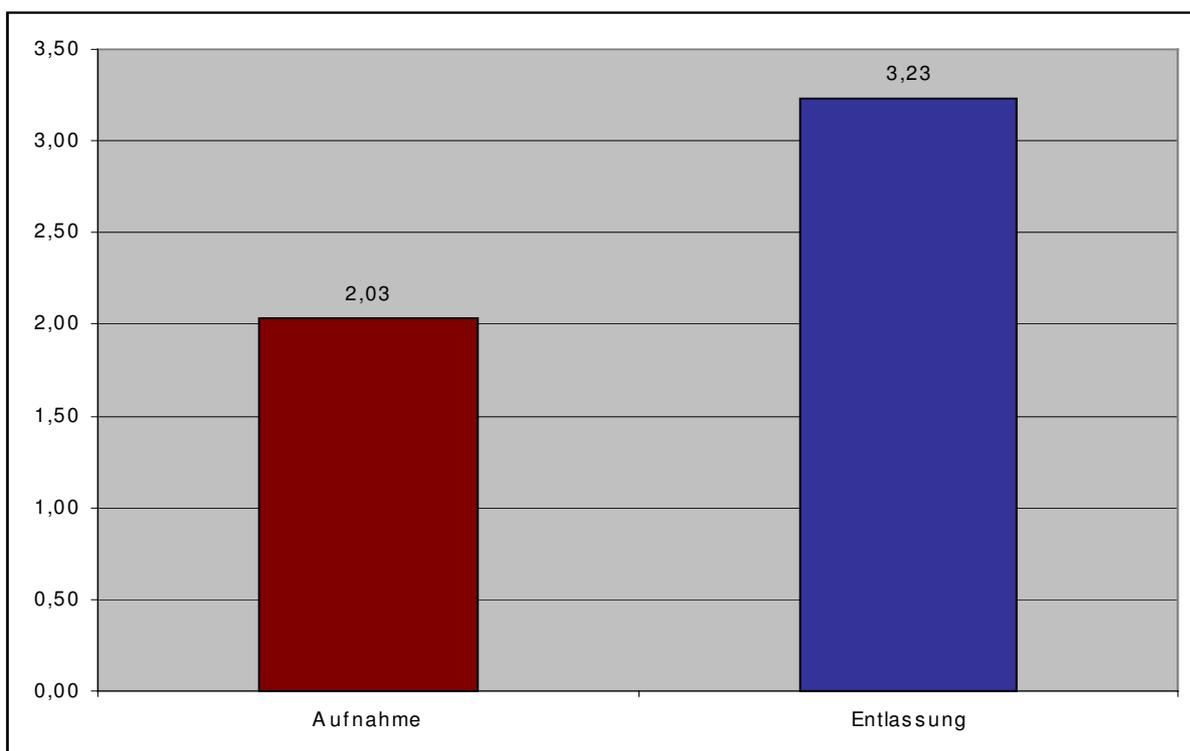
formal - sprachlich er Kompetenzzuwachs (N = 134)



Die Veränderungsanalyse zeigt deutliche Kompetenzzuwächse in allen Bereichen der sprachlichen Fertigkeiten. Im Anfangsbefund liegen die durchschnittlichen Werte der einzelnen Items im Bereich "kleiner als drei (< 3)", teilweise "kleiner als zwei (< 2)". Das bedeutet – bezogen auf die Auftretenshäufigkeit – dass adäquates sprachliches Verhalten "selten bis manchmal" auftrat.

Im Abschlußbefund liegen die durchschnittlichen Werte der einzelnen Items mit wenigen Ausnahmen im Bereich "größer als drei (> 3)" mit der Aussage, dass sprachlich kompetentes Verhaltens "oft bzw. überwiegend" beobachtet wurde. Diese deutliche Veränderung zeigt auch der Kompetenzzuwachs im formal-sprachlichen Bereich unter Einbeziehung aller Items.

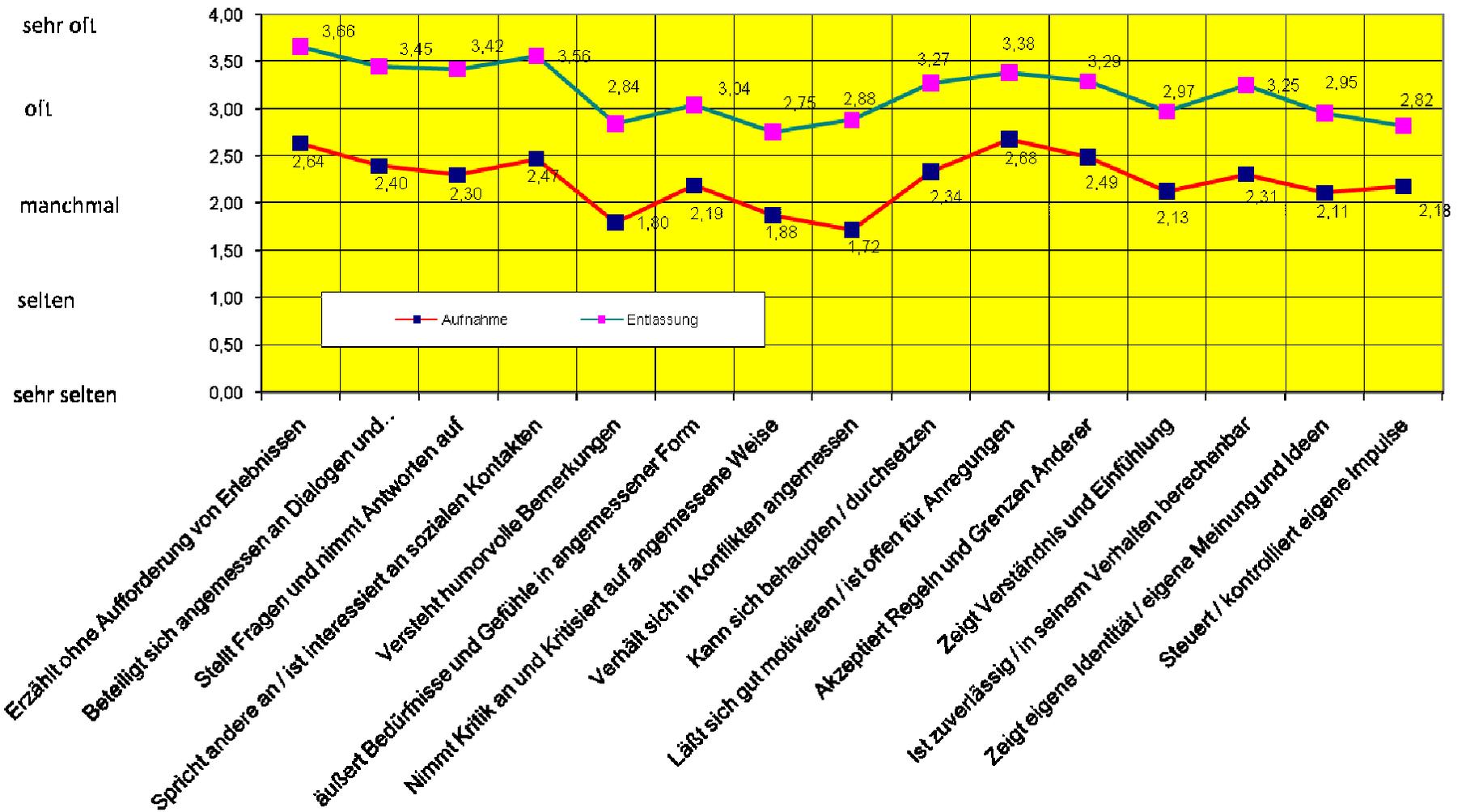
Kompetenzzuwachs formal –sprachlich (N=134)



SOZIAL – EMOTIONALER BEREICH

Hier sind die sozial – emotionalen Fertigkeiten der Kinder in der alltäglichen Beobachtung des Kommunikations- und Interaktionsverhalten beschrieben. Die Items beziehen sich einerseits auf die soziale Sprache im Kontaktverhalten und auf die Pragmatik der Kommunikation in der Gruppe, andererseits auf emotionale und soziale Fähigkeiten, die von Bedeutung für die Bewältigung des Kindergartenalltags sind.

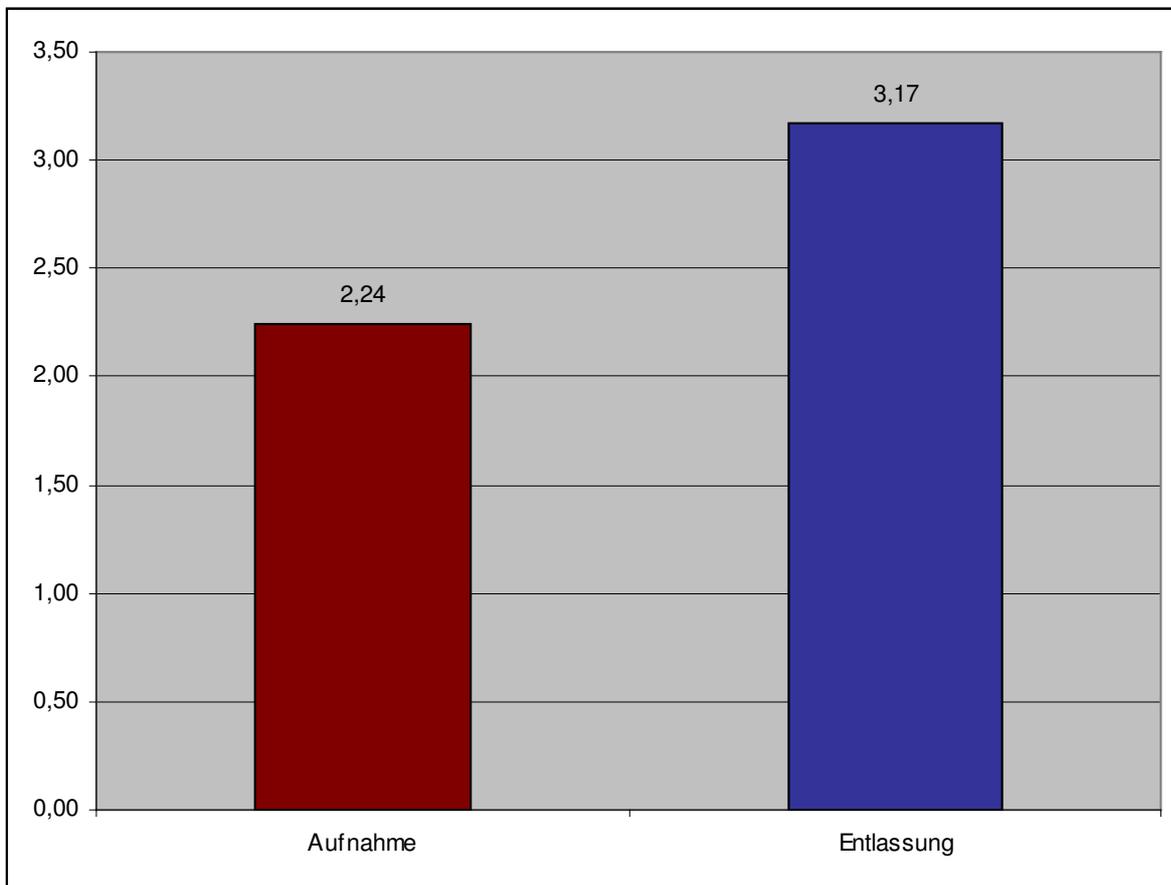
sozial-emotionaler Kompetenzzuwachs (N = 153)



Die Veränderungsanalyse zeigt eine deutliche Steigerung der Kompetenzen in allen Bereichen der sozial-emotionalen Fertigkeiten. Im Anfangsbefund liegen die durchschnittlichen Werte der einzelnen Items im Bereich "kleiner als drei (< 3)", teilweise "kleiner als zwei (< 2)". Das bedeutet - bezogen auf die Auftretenshäufigkeit -, dass adäquates sozial - emotionales Verhalten "selten bis manchmal" auftrat.

Im Abschlußbefund liegen die durchschnittlichen Werte der einzelnen Items mit wenigen Ausnahmen im Bereich "größer als drei (> 3)" mit der Aussage, dass kompetentes sozial - emotionales Verhalten "oft bzw. überwiegend" beobachtet wurde. In den ersten sechs Items dokumentiert sich deutlich der Zuwachs in den pragmatischen Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, die wesentlich sind zur aktiven Teilhabe am sozialen Leben und Lernen in der Kindergartengruppe. Eine deutliche Veränderung zeigt auch der Kompetenzzuwachs im sozial - emotionalen Bereich unter Einbeziehung aller Items.

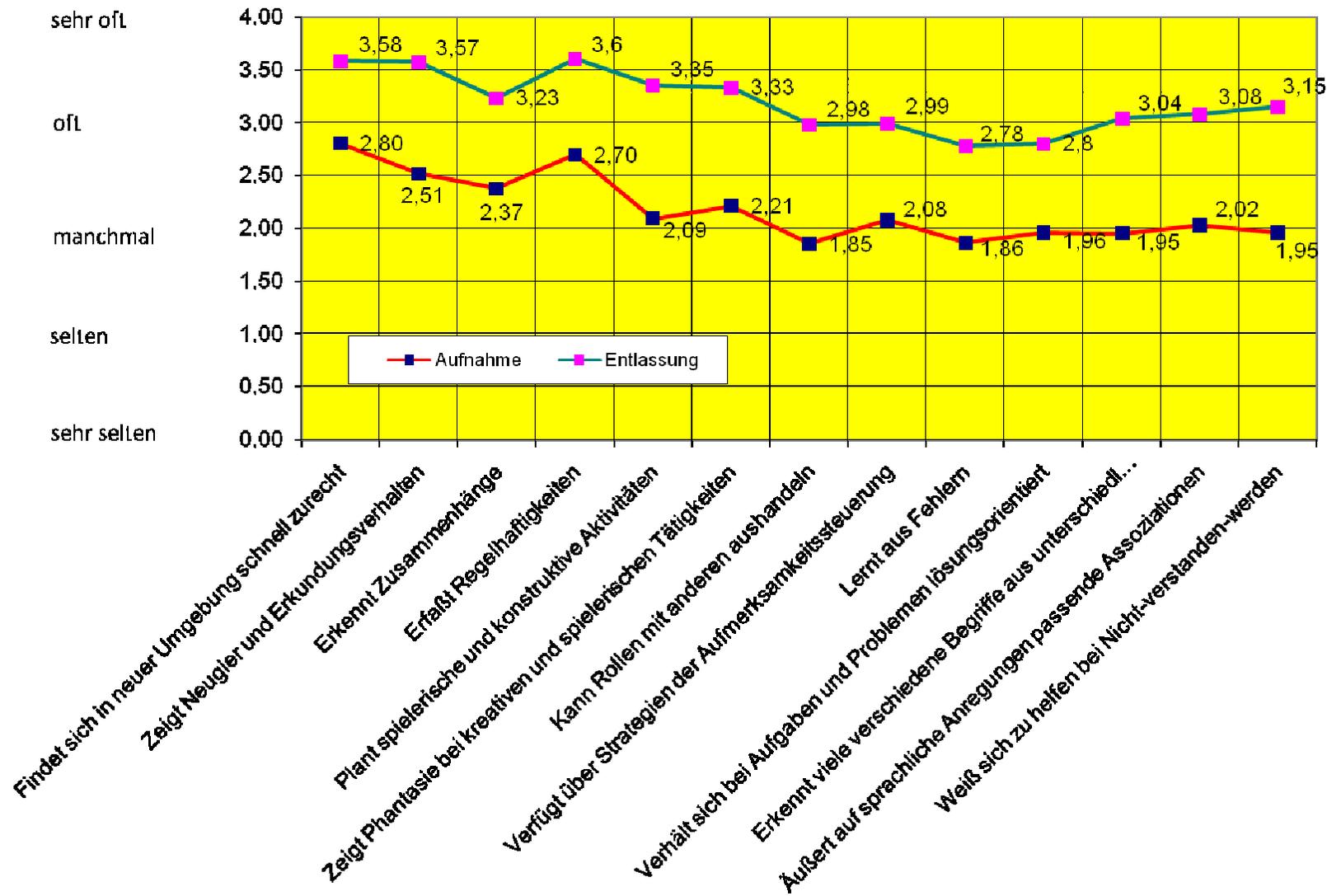
Kompetenzzuwachs sozial – emotional (N=153)



KOGNITIV – KREATIVER BEREICH

Hier sind die kognitiv – kreativen Fertigkeiten eines Kindes in der Beobachtung von Orientierungsverhalten, kognitiven Strategien, Spielverhalten, Lern- und Arbeitsverhalten bei angeleiteten Beschäftigungen und Allgemeinwissen beschrieben. In den Blick wird außerdem die Fähigkeit zur Selbstregulation und die semantisch – lexikalischen Fähigkeiten im Zusammenhang mit dem Umweltwissen genommen. Bei der Einschätzung des Spielverhaltens ist die sprachliche Kommunikationsfähigkeit sicher auch im Zusammenhang mit dem Aushandeln von Rollen von Bedeutung.

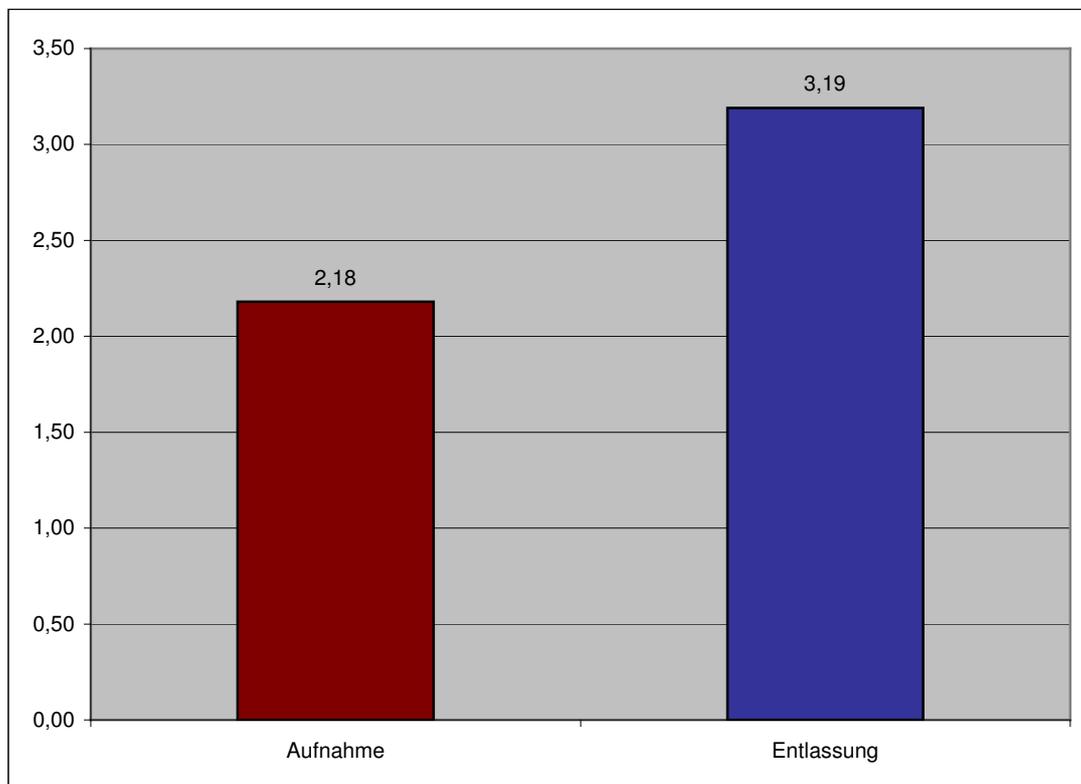
kognitiv - kreativer Kompetenzzuwachs (N = 153)



Die Veränderungsanalyse zeigt deutliche Steigerungen der Kompetenz in allen Bereichen der kognitiven - kreativen Fertigkeiten. Im Anfangsbefund liegen die durchschnittlichen Werte der einzelnen Items im Bereich "kleiner als drei (< 3)", teilweise "kleiner als zwei (< 2)". Dieses bedeutet, - bezogen auf die Auftretenshäufigkeiten – dass kompetentes Verhalten "selten bis manchmal" auftrat.

Im Abschlußbefund liegen die durchschnittlichen Werte der einzelnen Items mit wenigen Ausnahmen im Bereich "größer als drei (> 3)" mit der Aussage, dass kompetentes kognitiv – kreatives Verhalten "oft bzw. überwiegend" beobachtet wurde. So finden sich bessere Fertigkeiten in Spiel- und Arbeitsverhalten im Zusammenhang mit den gewachsenen Fähigkeiten in der Kommunikation. Die Fähigkeit zum Aushandeln von Rollen ist gewachsen und es findet sich ein adäquates Umweltwissen der Kinder. Diese deutliche Veränderung zeigt auch der Kompetenzzuwachs im kognitiv – kreativen Bereich unter Einbeziehung aller Items.

Kompetenzzuwachs kognitiv – kreativ (N=153)



WIRKSAMKEIT INTERDISZIPLINÄRER SPRACHHEILARBEIT

Die Untersuchungen im AWO - Sprachheilkindergarten Wilhelmshaven mit dem Schwerpunkt der Erfassung sprachpathologischer Befunde durch die logopädischen Fachkräfte dokumentieren in Kombination mit den systematisierten Beobachtungen der ErzieherInnen in 10 AWO Sprachheilkindergärten die deutlichen Kompetenzzuwächse der Kinder. Grundlage für dieses Ergebnis ist das Konzept einer interdisziplinären Sprachheilarbeit in niedersächsischen Sprachheilkindergärten.

Die dargestellten Ergebnisse belegen eindrücklich die Effektivität der teilstationären Sprachheilmaßnahmen. Im sprachlichen Bereich findet sich jedoch noch ein Anteil weiter bestehender Restsymptomatik, die gegebenenfalls eine Weiterbehandlung notwendig macht. Dieses erklärt sich einerseits aus der Hartnäckigkeit einzelner individueller Sprachstörungen, andererseits durch die Notwendigkeit zur Entlassung der Kinder aus dem Kindergarten bei bestehender Schulpflicht vor vollständigem Abschluß der sprachtherapeutischen Massnahmen. Dann kann eine weitere ambulante Behandlung notwendig werden. Diese Kinder verbleiben in der Zuständigkeit der Fachberater des landesärztlichen Dienstes für Menschen mit Hör- und Sprachstörungen. Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer möglichst frühen Aufnahme schwer sprachgestörter Kinder in die Sprachheilkindergärten besonders deutlich.

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. Beim größten Teil der Kinder kommt es nicht nur zu einer Verbesserung sprachlicher Fertigkeiten, sondern auch zur Steigerung der kindlichen Kompetenzen im psychosozialen und im Lern- und Leistungsbereich. Grundlage ist die Berücksichtigung des individuellen Förderbedarfs der Kinder im Konzept der Sprachheilkindergärten. Dazu gehört außerdem eine qualifizierte motopädische Förderung. So stehen die erweiterten sprachlichen Fähigkeiten in einem engem Zusammenhang zur verbesserten aktiven Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben und Lernen sowie zur Bewältigung neuer Entwicklungsaufgaben der Kinder bei Rückkehr in die Kindertagesstätte und im Übergang zur Schule.

Die Auswertungen der pädagogischen Beobachtungsbögen dokumentieren dieses auf eindrückliche Weise, insbesondere da es sich um Alltagsbeobachtungen der ErzieherInnen handelt. In einer Einzelanalyse der Items können die festgestellten Unterschiede im Sinne des Qualitätsmanagements zur Verbesserung der angebotenen Förderleistungen noch zusätzlich genutzt werden. Bei der zusammenfassenden Beurteilung der einzelnen Items wird jedoch besonders deutlich, dass die Förderung der individuellen kindlichen Gesamtpersönlichkeit mit dem Ziel verbesserter sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen über nahezu alle Bereiche des kindlichen Lebensalltags gelingt.

Herausgeber:
AWO Kinder, Jugend & Familie Weser-Ems

Verantwortlich:
Redaktion: Theodor-Bruns, Dipl.-Psychologe/Therapeutische Leitung des
Sprachheilzentrums Wilhelmshaven
Oldenburg, Februar 2010-02-15

Abdruck, auch in Auszügen, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers

Kontakt:
AWO Kinder, Jugend & Familie Weser-Ems, Klingenbergstraße 73, 26133 Oldenburg