



# **Auswirkung der Zugangsänderung zur logopädischen Therapie sprachentwicklungsauffälliger Kinder**

Vergleich der Schweizer Kantone Zürich,  
Bern und Luzern der Jahre 2004 bis 2009

---

## **Bachelorarbeit**

am Fachbereich Logopädie der  
Hoogeschool Zuyd, Heerlen, Niederlande

**Christine Böhm-Späth und  
Annika Möller-Klüber**

Begleiter: Nicole Tholen, Logopädin, Dozentin HS Zuyd  
Dominique Bürki, Logopädin, Forschungsgruppe CH

Heerlen, Niederlande, Dezember 2011

©Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd vervielfältigt, in einem automatischen Bestand gespeichert oder veröffentlicht werden, sei es elektronisch, mechanisch, durch Fotokopien, Aufnahmen oder auf andere Art und Weise.

## **Zusammenfassung**

Der Zugang zur logopädischen Behandlung ist in den Niederlanden, in Deutschland und in der Schweiz nach verschiedenen Konzepten geregelt. In den Niederlanden können die Patienten seit Beginn des Jahres 2011 direkt mit ihrem Anliegen zum Logopäden kommen und haben die Garantie der Kostenübernahme. In Deutschland benötigen die Kinder eine Voruntersuchung beim Arzt und erhalten anschließend eine Verordnung. In der Schweiz bestehen in den verschiedenen Kantonen unterschiedliche Zugangswege: Die Kinder kommen entweder auf Überweisung des Arztes oder die Eltern können auf eigene Initiative mit ihrem Anliegen zum Logopäden kommen. 2008 wurde im Kanton Zürich das Kinderspital als voruntersuchende Stelle für alle sprachauffälligen Kinder eingerichtet. Der Zugang zur Logopädie hat damit eine neue Hürde bekommen. Das Ziel der Studie ist es, die Auswirkungen eines niedrig- oder hochschwelligem Zuganges zu untersuchen. Die Daten wurden in Form von Erfassungsbögen von der „Forschungsgruppe CH“ zur Verfügung gestellt. Es handelt sich um 1045 Erfassungsbögen aus den Jahren 2004 bis 2009 aus vier Praxen. Im Rahmen dieser Studie wurde ein Gruppenvergleich zwischen den Praxen Zürich und Winterthur vor und nach 2008 und den Praxen Luzern und Bern durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich nach der Zugangsänderung das Alter der Kinder geringfügig erhöht hat, während es in der Vergleichsgruppe deutlich gesunken ist. Es kommen weniger Kinder mit leichten Sprachentwicklungsstörungen in die logopädische Praxis. Der Anteil von Kindern mit schweren Sprachentwicklungsstörungen hat sich erhöht. Die Gruppe mehrsprachiger Kinder hat sich vergrößert. Die Studie konnte zeigen, dass der Zugangsweg Auswirkungen auf die Patientengruppe der sprachauffälligen Kinder hat.

Schlagwörter: Zugangsänderung – Sprachentwicklungsstörungen – Schweizer Gesundheitssystem

## **Abstract**

The access to speech-therapist treatment is organized differently in the Netherlands, in Germany and in Switzerland. In the Netherlands there is direct access to speech therapy including cost coverage from health insurance. In contrast in Germany children with speech and language disorders need a consultation by a doctor and get a prescription. In Switzerland there are different systems in place because of the federal state system. The children are referred from a doctor or the parents can contact the speech therapist directly. In the state of Zürich the system changed 2008 and since then all children have to visit the clinic (Kinderspital) first before they can go to a speech therapist to get a treatment. An additional burden to get treatment was introduced. The aim of this study is to investigate the impact of low or high burden access to therapy. The study is based on data collected by a Research group named “Forschungsgruppe CH” in Switzerland. It contains anamnestic and diagnostic information from more than 1045 children out of four different practices covering the years 2004 till 2009. During this study a group comparison between the practices Zürich and Winterthur before and after 2008 was conducted. The two practices in Bern and Luzern served as a control group. The results are showing, that the children in Zürich become slightly older after the change in contrast to the comparison group where the children get younger. The share of children with minor speech and language impairments has decreased while the share of major speech language impairments has increased. The group of multilingual children has become larger. The study was able to conclude that access to treatment has impact on the speech and language impaired children.

Keywords: access change – speech development disorder – health system of Switzerland

## **Vorwort**

Wir sind beide schon lange als Logopädinnen tätig (über zehn bzw. über zwanzig Jahre). Ein wichtiger Teil unserer praktischen Arbeit war immer die Diagnostik und Therapie von kleinen Kindern und die Elternberatung. Die Akademisierung unseres Berufsstands hat uns veranlasst, in Heerlen ein Bachelorstudium zu absolvieren mit dem Ziel, Praxis mit Forschung und Statistik zu verbinden. Beide hatten wir schon lange mit dem Zollinger-Modell gearbeitet, da war es naheliegend, sich an die „Forschungsgruppe CH“ zu wenden. Bei einem Treffen im „Zentrum für kleine Kinder“ in Winterthur haben wir gemeinsam mit Frau Dr. Barbara Zollinger und Frau Dominique Bürki das Thema dieser Arbeit entwickelt.

Hiermit möchten wir uns ganz herzlich bei der „Forschungsgruppe CH“ für die Bereitstellung ihrer Erfassungsbögen und bei Frau Dominique Bürki für die inhaltliche Hilfe und unterstützende Begleitung bei dieser Arbeit bedanken. Unsere innerschulische Begleiterin Frau Nicole Tholen hat das Wachsen dieser Arbeit freundlich gefördert und uns bei unserer Weiterentwicklung geholfen. Herr Ralf Klüber hat sein technisches und mathematisches Wissen bereitwillig mit uns geteilt, vielen Dank für seine Geduld und Hilfe. Nun haben wir unser Ziel erreicht, die Arbeit ist fertiggestellt und wir sind beide froh und glücklich, dass wir das alte Sprichwort „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ als falsch entlarven konnten.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>iii</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>iv</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>vi</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>vi</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>vii</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand</b> .....	<b>3</b>
1.1 Mono- und bilinguale Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsverzögerung .....	3
1.2 Sekundärfolgen von Sprachentwicklungsverzögerungen und Effekte logopädischer Therapie .....	7
1.3 Früherkennung und Prävention.....	9
1.4 Zugang zur logopädischen Diagnostik und Therapie .....	11
1.5 NFA in der Schweiz und berufliche Relevanz.....	12
1.6 Problembeschreibung: .....	13
1.7 Forschungsgrundlagen und Hypothesen.....	14
<b>2 Methodologie</b> .....	<b>17</b>
2.1 Material.....	17
2.2 Stichprobenbeschreibung:.....	19
2.3 Design .....	20
2.4 Ein- und Ausschlußkriterien: .....	20
2.5 Vorgehensweise:.....	20
<b>3 Resultate und Ergebnisse</b> .....	<b>24</b>
3.1 Gesamtdatensatz und Verteilung .....	24
3.2 Hypothese 1 .....	24
3.3 Hypothese 2 .....	26
3.4 Hypothese 3 .....	28
<b>4 Diskussion und Schlussfolgerung</b> .....	<b>30</b>
4.1 Hypothese 1 .....	30
4.2 Hypothese 2 .....	33

4.3 Hypothese 3 .....	35
4.4 Praktische Probleme .....	36
4.5 Berufliche Relevanz.....	37
4.6 Ausblick und Fazit.....	40
<b>5 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>42</b>
<b>Erklärung .....</b>	<b>49</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>50</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlaufschema „Late Talker“/ SEV (nach Grimm, 2003) .....	9
Abbildung 2: Divergierende Trends in Experimental- und Kontrollgruppe .....	32

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Meilensteine der Sprachentwicklung .....	3
Tabelle 2: Klassifikation Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens nach ICD-10 2012 (Auszug).....	5
Tabelle 3: Übersicht der Messinstrumente zur Identifikation von sprachlichen Risikokindern in den ersten zwei Lebensjahren (Sachse, 2005) .....	10
Tabelle 4: Kriterien für die Beurteilung der sprachlichen und psychosozialen Entwicklung in den Vorsorgeuntersuchungen U6 und U7* .....	11
Tabelle 5: Fallzahlen je Praxisgruppe .....	20
Tabelle 6: Übersicht Variablenkodierung .....	21
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Falldaten und Prozentanteile in den Praxisgruppen, N = 951 .....	24
Tabelle 8: Altersmittelwert, Streuung, Median und Modus in Jahren in den Praxisgruppen ..	25
Tabelle 9: Ergebnisse des t-Tests bei unabhängigen Stichproben .....	25
Tabelle 10: Korrelation Praxisgruppe 1, 2, 3 und 4 und Alter, N = 951 .....	26
Tabelle 11: Korrelation Praxisgruppe 1/2 und Alter, N = 596.....	26
Tabelle 12: Häufigkeiten der „bisherigen Diagnosen“ in % in den jeweiligen Praxisgruppen N=951.....	27
Tabelle 13: Häufigkeiten der „Schwere der SEV“ in % in den jeweiligen Praxisgruppen N=951 27	
Tabelle 14: Korrelation „Praxisgruppe“ und „bisherige Diagnosen“/ „SEV“, N = 951 .....	28
Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung „Mehrsprachigkeit“ in den Praxisgruppen in %.....	29
Tabelle 16: Korrelation „Praxisgruppe“ mit „Mehrsprachigkeit“, N = 951 .....	29



## **Abkürzungsverzeichnis**

CH	Schweiz
CP	Cerebral parese, cerebral palsy
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie
DLD	Developmental Language Disorder
DLV	Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband
LRS	Lese-/ Rechtschreibstörung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen
PG	Praxisgruppe
SES	Sprachentwicklungsstörung/ Spracherwerbsstörung
SEV	Sprachentwicklungsverzögerung/ Spracherwerbsverzögerung
SLI	Specific Language Impairment
WHO	World Health Organisation

## Einleitung

Im Alltag eines Logopäden stellen Kinder einen erheblichen Anteil der Patienten in der Praxis dar (Fox und Teutsch, 2005). Bei einem Großteil dieser Kinder wird eine Sprachentwicklungsstörung oder –verzögerung diagnostiziert (Schrey-Dern, 2011).

In der Schweiz hat sich im Kanton Zürich seit 01.01.2008 eine wesentliche Veränderung beim Zugang zur logopädischen Therapie im Vorschulalter ergeben. Durch die Auswertung der Erfassungsbögen aus den Jahren 2004 bis 2009 in den Städten Winterthur und Zürich, sowie Bern und Luzern können wir einen Vergleich anstellen, wie sich diese Änderung auf die Patientengruppe der sprachentwicklungsauffälligen Kinder in der logopädischen Praxis auswirkt.

Es gab bislang noch nicht die Möglichkeit, diese beiden verschiedenen Verordnungswege zu vergleichen. Die europäischen Länder handhaben das sehr unterschiedlich. Während in Deutschland der Arzt ein Rezept ausstellt und die Kinder zum Therapeuten überweist, sind in den Niederlanden die Patienten seit kurzem in der Lage, die logopädische Praxis direkt aufzusuchen. Die beiden genannten Zugangswege garantieren dem Patienten die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Die „Forschungsgruppe CH“ hat den Erfassungsbogen entwickelt und die Daten ihrer Patienten eingetragen. In den vier spezialisierten Praxen der „Forschungsgruppe CH“ für Klein- und Vorschulkinder wurden alle Kinder erfasst, deren Sprachstörung abgeklärt wurde und die z.T. auch dort logopädische Therapie erhielten. Anhand der Angaben in den Erfassungsbögen wurden die statistischen Unterschiede zwischen den Patienten, die mit dem niedrigschwelligen und dem hochschwelligen Zugang in die logopädische Praxis kamen, untersucht. Denn in der Schweiz bestehen je nach Kanton verschiedene Zugangswege. Der Stichprobenumfang mit 1045 ausgefüllten Erfassungsbögen war ausreichend, um vier verschiedene Gruppen zu bilden und diese anhand von statistischen Methoden miteinander zu vergleichen.

**Ändert der höherschwellige Zugang zur Behandlung die Patientengruppe der sprachentwicklungsauffälligen Kinder in der logopädischen Praxis? Ändert sich das Abklärungsalter, der Anteil der mehrsprachigen Kinder, die Schwere der sprachlichen und der bisherigen Diagnosen?**

Der Inhalt der Arbeit gliedert sich wie folgt: Im ersten Kapitel wird die Relevanz einer frühzeitigen Förderung bei Vorschulkindern und der aktuelle Forschungsstand erläutert. Der Inhalt

befasst sich mit den Forschungsgrundlagen und erläutert die Hypothesen. Das zweite Kapitel zeigt die Untersuchungsmethode auf. Die empirische Arbeitsweise wird kleinschrittig erklärt und auf Besonderheiten eingegangen. Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse der Analysen wiedergegeben und anhand von Tabellen dargestellt. Die kritische Diskussion und Evaluation der Hypothesen folgt zum Schluss im vierten Kapitel. Es wird auf praktische Probleme und die berufliche Relevanz eingegangen.

# 1 Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

Das Ziel dieses Kapitels ist es überblickartig den Erkenntnisstand bezüglich der Sprachentwicklung und der Prävention von Sprachentwicklungsverzögerungen aufzuzeigen (1.1 und 1.3). Die verbesserten Diagnostikmöglichkeiten und neuen Therapieansätze werden im Abschnitt 1.2 zusammengefasst. Mit den unterschiedlichen Zugangswegen zur logopädischen Diagnostik und Therapie in der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden befasst sich der Abschnitt 1.4. Der Abschnitt 1.5 beschreibt die Umstände in der Schweiz und Besonderheiten ausgewählter Kantone. Die neue Zugangsänderung bildete die Grundlage für diese empirische Studie und ihrer Hypothesen (1.6, 1.7 und 1.8).

## 1.1 Mono- und bilinguale Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsverzögerung

Die Sprachentwicklung ist neben den Entwicklungsbereichen Motorik, Sensorik, Emotionalität, Psyche, Sozialität und Kognition ein wichtiger Bestandteil der menschlichen Gesamtentwicklung zu einem sozialen und kommunikativen Wesen (Zollinger 1987) (Papousek, 1994). Beim Spracherwerb und der Sprachentwicklung handelt es sich um einen komplizierten und komplexen von der Geburt bis ins Erwachsenenalter andauernden Prozess (Fox, 2005). Wichtige Entwicklungsstufen, sogenannte Meilensteine, werden von allen Kindern in der gleichen Reihenfolge durchlaufen (Sachse, 2005) (siehe Tabelle).

Tabelle 1: Meilensteine der Sprachentwicklung

Alter (Monate)	Sprachverständnis	Sprachproduktion
0-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmung von Lauten</li> <li>• Erkennen und Präferenz der Muttersprache</li> <li>• Erkennen und Unterscheiden von Informationsmustern</li> <li>• Präferenz für „baby talk“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schreien</li> <li>• reaktive Laute</li> <li>• Gurrlaute</li> <li>• Lachen</li> <li>• Nachahmen von Vokalen</li> </ul>
6-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkennen von Phrasenstrukturgrenzen</li> <li>• Aufbau der phonologischen Struktur</li> <li>• Wörtererkennen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spiel mit Lauten</li> <li>• Kanonisches Lallen</li> <li>• Muttersprachliche Intonation</li> <li>• Lange Lallsequenzen</li> </ul>

Alter (Monate)	Sprachverständnis	Sprachproduktion
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wortverständnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erste Wörter</li> </ul>
12-16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100-150 Wörter</li> <li>• Verstehen einfacher Aufforderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-30 Wörter</li> </ul>
16-20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca. 200 Wörter</li> <li>• Etablierung von Wortkategorien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-200 Wörter</li> <li>• „Wortexplosion“ („lexical spurt“)</li> <li>• Augmentation von Funktionswörtern</li> </ul>
20-24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relationen</li> <li>• Wortordnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• starke Wortschatzzunahme</li> <li>• Aussprachereorganisation</li> <li>• Zwei- und Mehrwortäußerungen</li> </ul>
Ab 24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zunehmend komplexere Sätze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbau von Syntax und Morphologie</li> </ul>

\*nach Grimm & Doil 2000 (Grimm, 2000)

Bereits in den ersten Lebensmonaten erwerben die Kinder spezifische Kenntnisse über das Laut- und Sprachsystem der Muttersprache. Die aktive Sprachproduktion entwickelt sich zwischen dem zweiten Lebensjahr („Lexical Spurt“) und Schulalter besonders lebhaft. Zu diesem Zeitpunkt beginnt ein Kind Sprachelemente, wie bspw. Wörter, Partikeln und Wortteile miteinander zu kombinieren (Kruse, 2007). Analog zur Entwicklung der Persönlichkeit kommt es in der Sprachentwicklung zu einem Prozess, während dessen das Kind mit ca. zwei Jahren die Fähigkeit entwickelt symbolische Ereignisse zu verbalisieren (Kruse, 2007). Der enge Zusammenhang zwischen Sprach- und Spielentwicklung verdeutlicht die kommunikative Funktion der Sprache (Zollinger, 1996). Die ersten vier Lebensjahre gelten für die Sprachentwicklung als entscheidende Zeitspanne. Die Zeit zwischen dem neunten und 36. Lebensmonat gilt dabei als „sensible Zeit der Sprachentwicklung“ (Brügge, Mohs, & Richter, 2005). Bedeutungsvolle Informationen für die weitere Sprachentwicklung werden in dieser Zeit wahrgenommen und gespeichert (Brügge, Mohs, & Richter, 2005).

Zweisprachigkeit oder Bilingualität ist die Fähigkeit, zwei (oder mehr) Sprachen nebeneinander zu beherrschen. Wenn ein Kind von Geburt an zwei Sprachen lernt, nennt man das simultane Zweisprachigkeit (Hoppenstedt, 2010). Erlernt das Kind die zweite Sprache zeitversetzt, z.B. mit dem Eintritt in den Kindergarten, so wird das als additive Zweisprachigkeit bezeichnet (Hoppenstedt, 2010). Dabei gibt es große Unterschiede bei der Ausführung: Jeder Elternteil spricht seine Sprache mit dem Kind. Oder Zuhause wird eine andere Sprache gesprochen wie im

Umfeld. Möglich ist aber auch, das Zuhause in zwei verschiedenen Sprachen gesprochen wird, die Umgebung aber redet in einer dritten Sprache. In der Vorschule, Kindertagesstätte oder anderen Einrichtungen lernen die Kinder eine zweite oder dritte Sprache. Es sind auch noch andere Kombinationen denkbar (Montanari, 2003). Der Verlauf des mehrsprachigen Spracherwerbs unterscheidet sich bei der Betrachtung der einzelnen beteiligten Sprache nicht vom monolingualen Erwerb. Die Kinder durchlaufen in beiden Sprachen die typischen physiologischen Meilensteine (Tracy, 2007). Während der aktiven Erwerbsphase kann es vorkommen, dass die Kinder zwischen den beiden Sprachen innerhalb eines Satzes wechseln („code switching“ oder „Sprachmischung“ genannt) (Apeltauer, 2008). Das Übersetzen von der einen in die andere Sprache gelingt erst nach Abschluss des Spracherwerbs (Meisel, 2006).

Der Prozess des Erwerbs der Sprache als menschliches Kommunikationsmittel kann verschiedenen starken Störungen unterliegen (Fox, 2005). Nach dem ICD-10-Katalog der WHO werden umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache unter den Entwicklungsstörungen (F80-89) beschrieben:

„Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprechablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich.“ (dimdi, 2011)

Tabelle 2: Klassifikation Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens nach ICD-10 2012 (Auszug)

ICD10	Störungsbild	Definition
F80.0	Artikulationsstörung	Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Artikulation des Kindes unterhalb seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, seine sprachlichen Fähigkeiten jedoch im Normbereich liegen.  Dyslalie Entwicklungsbedingte Artikulationsstörung Funktionelle Artikulationsstörung

ICD10	Störungsbild	Definition
		Lallen Phonologische Entwicklungsstörung
F80.1	Expressive Sprachstörung	Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Fähigkeit des Kindes die expressiv gesprochene Sprache zu gebrauchen, deutlich unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, das Sprachverständnis liegt jedoch im Normbereich. Störungen der Artikulation können vorkommen.
F80.2	Rezeptive Sprachstörung	Eine umschriebene Entwicklungsstörung. Bei der das Sprachverständnis des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt. In praktisch allen Fällen ist auch die expressive Sprache deutlich beeinflusst, Störungen in der Wort-Laut-Produktion sind häufig.

(dimdi, 2011)

Störungen bei denen die physiologischen Meilensteine des Spracherwerbs beeinträchtigt sind, können sowohl die expressiven (F 80.1), wie auch die rezeptiven (F 80.2) sprachlichen Bereiche betreffen. Im ICD-10-Katalog wird dabei ein durchschnittliches kognitives Leistungsvermögen als Mitbedingung vorausgesetzt. Die umschriebenen Sprachauffälligkeiten können sowohl angeboren (neurogen) als auch erworben sein. Beispiele: Als angeboren werden sie erachtet bei Hörstörungen, Intelligenzminderung, Autismus, usw. Als erworben werden sie eingestuft bei Deprivation, Isolation, Aufmerksamkeitsdefiziten, usw.

Die sprachlichen Auffälligkeiten, sei es als Störung des Erwerbs oder als Verzögerung der Entwicklung sind die am häufigsten zu beobachtenden Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern (Beitschmann, Nair, & Clegg, 1986). Die Angaben zur Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen schwankt in der Literatur je nach Erfassungsmethode und Stichprobenauswahl erheblich: Hall (1997) gibt eine Prävalenz von ein bis zwölf Prozent an. Dies betrifft die Gruppe der Vor- und Grundschulkindern (Hall, 1997). Enderby (1995) benennt 7% der Vorschulkinder und 4% der Schulkinder als betroffen. Grimm (2003) hat nach einer Bedarfsstudie der Stadt Bielefeld 10% der Kinder zwischen vier und sechs Jahren als sprachförderbedürftig eingestuft. Tomblin (1997) gibt 10-13% sprachentwicklungsgestörter Kinder im Vorschulalter an. Auch Zollinger (2008) stuft die sprachlichen Entwicklungsauffälligkeiten, als die am häufigsten auf-

tretenden Störungen ein. Dabei handelt es sich nach ihrer Auffassung nicht um einen isolierten, sondern um einen multifaktoriell bedingten Prozess.

## **1.2 Sekundärfolgen von Sprachentwicklungsverzögerungen und Effekte logopädischer Therapie**

Spracherwerbsauffälligkeiten manifestieren sich bereits in den ersten beiden Lebensjahren und behindern kognitive, interaktive und emotional-affektive Prozesse (Maxwell & Wallach, 1984) (Zollinger, 1987) (Prizan et al, 1990) (Tomblin & Freese, 1992) (Haffner, 1995) (Conti-Ramsden & Durkin, 2008).

Studien bezüglich der Effektivität von sprachtherapeutischen Interventionen zeigen positive Effekte bezüglich logopädischer Behandlungsmethoden auf: Law et al (2003) resümieren in ihrem Systematical Review Effektivität für Artikulationstherapien und phonologische Trainings; Gallagher und Chiat (2009) für die direkte intensive Einzelsprachtherapie; Adams et al (2006) für intensive pragmatische Sprachtherapie, Ward (1999) für eine Kombination aus Elterntertraining und Einzeltherapie und Pennigton (2009) und Buschmann (2009) für frühe indirekte sprachtherapeutische Interventionen über Elterntrainings und die Teilstudie von Dähn (2011) für frühe Einzelsprachtherapie bei Kindern mit „Late Talker“-Profil. Die effektive Behandlung in Zusammenarbeit mit der frühen Erkennung von Sprachstörungen ist wichtig, da frühe Spracherwerbsstörungen bis ins Erwachsenenalter persistieren können (Tomblin et al, 1992) (Schöler et al 1998). Persistierende Symptome einer früheren Sprachentwicklungsstörung lassen sich anhand der gleichen Marker identifizieren, die auch im Kindesalter untersucht werden: Es handelt sich um das Nachsprechen von Unsinnswörtern, das Nachsprechen von Sätzen und die grammatikalischen Regelkenntnisse im Bezug auf die Morphologie (Tomblin et al, 1992) (Schöler et al 1998) (Poll, 2010).

Die langfristigen Folgen von Spracherwerbsschwierigkeiten können z.B. Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) sein (Catts et al, 1994). Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass ein großer Prozentsatz der sprachentwicklungsgestörten Kinder zu einem späteren Zeitpunkt durch Lese- Rechtschreibschwierigkeiten auffallen (Suchodoletz, 1999) (Catts et al, 1994). Neben der LRS seien noch andere langfristige Folgen kurz genannt: z.B. Brizzolara et al (2011), die in ihrer Untersuchung einen engen Zusammenhang zwischen der gesprochenen und geschriebenen Sprache aufzeigen konnten und so eine Ursachenerklärung für LRS bei ehemaligen sprachentwicklungsauffälligen Kindern liefern. Und Preston (2010), der bei seiner Vergleichsstudie von sprachentwicklungsauffälligen und unauffälligen Kindern zeigte, dass spracherwerbsauffällige Kinder ein weniger ausgeprägtes Lese- und Sprachverhalten zeigten, sowie



Wetherell (2007), der bei ehemaligen spracherwerbsauffälligen Kindern im nun jungen Erwachsenenalter eine eingeschränkte Erzählfähigkeit beobachten konnte. Ebenso gibt es Schwierigkeiten in der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung von Sprache: Die Identifikation lautlicher Elemente zu diskriminieren und zu identifizieren fällt diesen Kindern trotz Behandlung in mehr oder weniger ausgeprägter Form bis ins Erwachsenenalter schwer (Jansen, 1999). Die Buchstaben-Lautkorrespondenz kann im Laufe des Schulunterrichts nicht einfach nivelliert werden (Jansen & Marx, 1999). Kinder mit Entwicklungsstörungen der Sprache haben einen reduzierten Wortschatz (Grimm, 1999) (Bishop, 1997). Sie können sich auf Grund dessen der Umwelt nur eingeschränkt mitteilen und verstehen viele Angebote nicht. Dadurch haben sie Schwierigkeiten, mit anderen Kindern zu kommunizieren und Freundschaften und damit soziale Kontakte zu schließen (Rice, 1993). Mangelnde soziale Kontakte haben Auswirkungen auf die sozial-emotionale Entwicklung (Irwin et al, 2009). Eine nicht altersentsprechende sozial-emotionale Entwicklung wirkt sich auf das Spielverhalten aus. Diese Kinder sind oft nicht Teil der Gruppe, sondern spielen alleine und stumm, d.h. sprachentwicklungsverzögerte Kinder sind zurückhaltender, weniger kontaktfreudig und weniger kommunikativ (Irwin et al, 2009). Der Aufbau eines rezeptiven Lexikons wird dadurch verzögert, denn es kommt nur wenig Input aus dem Umfeld an. Die Spirale setzt sich dahingehend negativ fort, dass das Umfeld den Input reduziert (Rice, 1993) (Wulbert et al, 1975). Diese Kinder haben ein erhöhtes Risiko, in der Schule zu versagen (Kühn & Suchodoletz, 2009). Bei jedem Lernvorgang werden vorhandene Wissensstrukturen mit dem neu zu Lernenden im Gedächtnis verknüpft. Für die Schullaufbahn stellen sich unter Umständen Schwierigkeiten beim Lese- und Rechtschreiberwerb ein, daher wundert es nicht, dass gerade Vorwissensdefizite als Verursachungsmoment von Lernschwierigkeiten eine bedeutsame Rolle spielen (Zielinski, 1995).

In der Diskussion darüber, wann bei Kindern mit sprachlichen Defiziten eine Therapie begonnen werden sollte, ist der frühe Behandlungsbeginn durchaus umstritten. Bei einer Studie am Logopädischen Institut für Forschung in Rostock erfolgte eine Gegenüberstellung der zwei- und dreijährigen Kinder. Die jüngeren Kinder erreichten den Wortschatzspurt in signifikant weniger Therapieeinheiten. Das spricht für einen frühzeitigen Beginn der logopädischen Intervention (Dähn, 2011) (siehe auch: Ward, 1999). Die frühe, aber indirekte, Intervention über Elterntrainings, konnte in Effektstudien von Pennigton (2009) und Buschmann (2009) ebenfalls gezeigt werden.

### 1.3 Früherkennung und Prävention

An der Früherkennung und Prävention von Spracherwerbsauffälligkeiten (z.B. „Late-Talker“) wurde die vergangenen Jahre intensiv geforscht (Grimm, 1999) (Penner, 2002) (Brügge, Mohs, & Richter, 2005). Die Risikofaktoren und Warnsignale für Sprachentwicklungsverzögerungen/ -störungen sind durch die Forschung der letzten Jahre mittlerweile bekannt (z.B. Suchodoletz, 1999 und Grimm, 2003). Ein deutlich reduzierter Wortschatz im 24. Lebensmonat ist ein wesentliches Risikokriterium für die Ausbildung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (Grimm, 1999). Als „Late-Talker“ werden zweijährige Kinder bezeichnet, die über einen unterdurchschnittlichen produktiven Wortschatzumfang bei altersentsprechenden rezeptiven Sprachverständnis verfügen. Allgemein gilt ein produktiver Wortschatz von weniger als 50 Wörtern bei einem Alter von 2;0 Jahren als unterdurchschnittlich (Grimm & Doil, 2006). Diese Symptome können bei jungen Kindern erkannt werden und es können Therapie und präventive Elterntrainings begonnen werden.

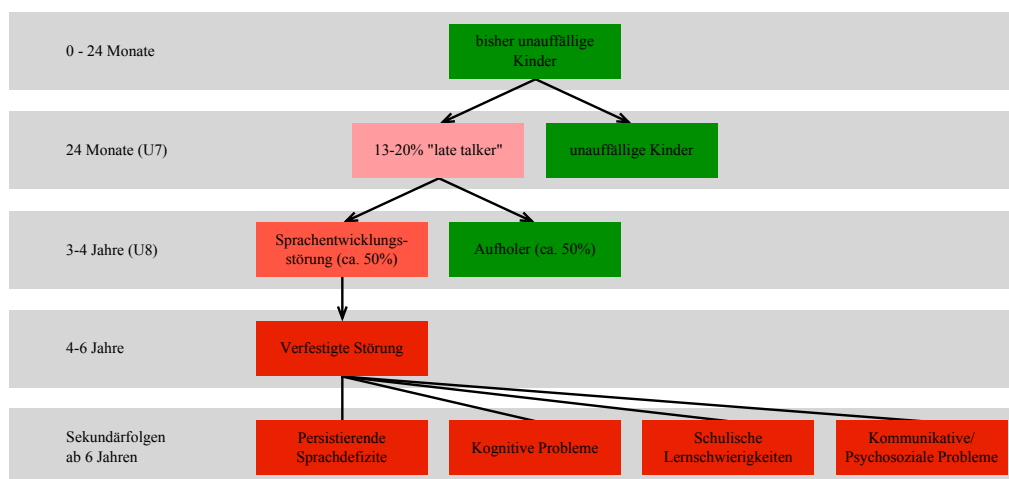


Abbildung 1: Verlaufschaema „Late Talker“/ SEV (nach Grimm, 2003)

Effiziente Therapiemethoden (Law et al, 2003) (Gallagher et al, 2009) (Adams et al , 2006) und die Effizienz von Elterntrainings (Pennigton, 2009) (Buschmann, 2009) sind mittlerweile ebenfalls untersucht und belegt. In Kanada gibt es seit den 1980er Jahren das Hanen-Program für Eltern von „Late-Talkern“ oder auch für Kinder mit anderen Entwicklungsauffälligkeiten, z.B. Cerebralpareesen (CP). Logopäden haben demnach die Möglichkeit präventiv und effektiv Spracherwerbsverzögerungen zu erkennen und zu behandeln. Um so langfristige Folgen für das betroffene Kind zu verhindern. Die Durchführung von Sprachentwicklungstests und Elternfragebögen (z.B. ELFRA 1 und 2, SETK 2 und SETK 3-5) durch den Logopäden zeigen gezielte

Informationen über die Entwicklungsdefizite und geben Hinweise darauf, welche Behandlungsschritte nötig sind.

Tabelle 3: Übersicht der Messinstrumente zur Identifikation von sprachlichen Risikokindern in den ersten zwei Lebensjahren (Sachse, 2005)

<b>Alter (Monate)</b>	<b>Methode</b>	<b>Testautor</b>	<b>Bewertung</b>
Bis 12	Schreianalysen	Wermke, 2004	Experimentelle Methode
	Lallanalysen	Penner, 2002	Experimentelle Methode
	Screening zur Lalleinsatzzeit	Oller et al, 1999	Gütekriterien liegen nicht vor
	Screening zur auditiven Wahrnehmung	Ward, 1992	Gütekriterien liegen nicht vor
	Verarbeitung auditiver Reize	Guttorn, 2004	Experimentelle Methode
12	MFED (Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik für das 2. Und 3. Lebensjahr)	Hellbrügge, 1994	Allgemeiner Entwicklungstest mit nur wenigen sprachlichen Items
	ET 6-6 (Entwicklungstest von 6 Monaten bis 6 Jahren)	Petermann & Stein, 2000	Wenige sprachliche Items, keine Angaben zur Reliabilität und Validität
	EFkE (Elternfragebogen für einjährige Kinder: Sprache, Gesten, Feinmotorik)	Brandstetter et al, 2003	Reliabilität und Validität erst ab 36 Lebensmonaten untersucht
	ELFRA-1 (Elternfragebogen für einjährige Kinder: Sprache, Gesten, Feinmotorik)	Grimm & Doil, 2000	Reliabilität laut Manual: 0,80-0,96, betrifft nicht die Feinmotorik
24	ELFRA-2 (Elternfragebogen für zweijährige Kinder: Sprache und Kommunikation)	Grimm & Doil, 2000	Reliabilität laut Manual: =,91-0,99 Gute prognostische Validität und Vergleichbarkeit mit anderen Sprachtests
	SETK-2 (Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder)	Grimm, 2000	Reliabilität laut Manual für die Sprachproduktion: 0,88-0,95 und fürs Sprachverständnis: <0,70

Alter (Monate)	Methode	Testautor	Bewertung
	RDLS-III (Reynell Developmental Language Scales)	Edwards et al, 1997	Es liegt keine offizielle deutsche Übersetzung vor und keine deutschen Normen Vergleichbare Ergebnisse wie beim SETK-2

In dieser Liste von Sachse ist nicht das Entwicklungsprofil nach B. Zollinger (1987) genannt, für das bisher Einzelfallbeschreibungen und eine langjährige erfolgreiche praktische Erfahrung durch die „Forschungsgruppe CH“ vorliegen.

### 1.4 Zugang zur logopädischen Diagnostik und Therapie

In den Niederlanden ist es seit Anfang 2011 möglich, direkt die logopädische Praxis mit seinem Anliegen aufzusuchen (NVLF, 2011) und eine Garantie der Kostenübernahme zu haben.

In Deutschland erfolgt die Zuweisung immer über den Arzt (Heilmittelrichtlinien, 2011). Der Rahmen für diese Form der Zuweisung ist im Sozialgesetzbuch festgeschrieben. Die Heilmittelrichtlinien bilden die Grundlage für die Zuweisung und die Kostenübernahme (Vorgaben Bundesministerium für Gesundheit). Sie wird zwischen den Kassen und den Ärzteverbänden vereinbart. Dort hat man festgelegt, dass der Weg zum Logopäden ausschließlich über den Arzt möglich ist. Mit dem Rezept vom Arzt hat der Patient die Sicherheit, dass die logopädische Diagnostik und Therapie von den Krankenkassen bezahlt wird. Das Gesundheitssystem in Deutschland bietet mit den Vorsorgeuntersuchungen den Rahmen für die frühe Identifikation von Risikokindern und für das frühe Eingreifen durch entsprechende Therapien. Ein wichtiges Ziel dieser Vorsorgeuntersuchungen ist es, Kindern, die von Behinderung bedroht sind, zu identifizieren und Maßnahmen der Frühförderung einzuleiten (Grimm, 2003).

Tabelle 4: Kriterien für die Beurteilung der sprachlichen und psychosozialen Entwicklung in den Vorsorgeuntersuchungen U6 und U7\*

Vorsorge-Untersuchung	Alter (Monate)	Kriterien zur Beurteilung der Sprachentwicklung
U6	10-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blickkontakt fehlt</li> <li>• Verzögerte Sprachentwicklung (keine Silbenverdopplung, wie „dada“)</li> <li>• Stereotypien (z.B. rhythmisches Kopfwackeln)</li> </ul>
U7	21-24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• altersgemäße Sprache fehlt (z.B. keine Zwei-Wort-Sätze,</li> </ul>

---

kein Sprechen in der 3. Person Singular: „Peter essen“

- altersgemäßes Sprachverständnis fehlt (z.B. kein Zeigen auf Körperteile nach Befragen, kein Befolgen einfacher Aufforderungen)
  - Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Schlafstörungen)
- 

\*nach den Richtlinien des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2008)

In der Schweiz sind die Logopäden nicht nur ein medizinischer Heilhilfsberuf, der von den Krankenkassen finanziert wird. Sie arbeiten auch in pädagogischen Einrichtungen, die vom Kanton getragen und bezahlt werden (Sonderschulung). Die Kostenübernahme für erworbene Störungen trägt die Krankenkasse, während angeborene Behinderungen in den pädagogischen Bereich fallen. Bevor die Kinder mit vier Jahren in die Institution Kindergarten eintreten, können sie bei sprachlichen Auffälligkeiten in die logopädische Praxis kommen. Dabei spielte es für die Kostenübernahme erst mal keine Rolle, ob der Kinderarzt überwiesen hat oder die Eltern direkt mit ihrem Anliegen gekommen sind. Diese offene oder auch niedrigschwellige Zugangsweise wurde im Rahmen der NFA ab 01.01.2008 im Kanton Zürich geändert.

## **1.5 NFA in der Schweiz und berufliche Relevanz**

Die NFA als Rahmenkonzept für die Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen wurde per Volksabstimmung am 28. November 2004 in der Gesamtschweiz durch die Stände und Kantone beschlossen. Zweck der NFA ist eine klare Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen, eine Verminderung des tendenziell zunehmenden Unterschieds bei den Steuereinnahmen der verschiedenen Kantone und eine wirksamere Steuerung der Ausgleichszahlungen der Kantone untereinander. Die übergeordneten inhaltlichen Maßnahmen der NFA sind der Ressourcenausgleich, der Lastenausgleich, Vereinfachung der Aufgabenteilung zwischen dem Bund und den Kantonen und ihre verstärkte Zusammenarbeit (vimentis, 2009).

Infolge der allgemeinen Rahmenvorgaben der NFA wurden und werden noch in Zukunft in den jeweiligen Kantonen verschiedene Änderungen vorgenommen, u.a. im Bereich der Sonderschulung. Dazu gehört auch die Logopädie bei Kindern im Vor- und Schulalter. Jeder der 26 Schweizer Kantone kann die Abläufe im Bereich der Sonderschulung bis zu einem gewissen Grad selber regeln. Es gibt lediglich ein für alle Kantone geltendes "sonderpädagogisches Rahmenkonzept", das der NFA entsprechen sollte.

Im Kanton Zürich wurde ein hochschwelliger Zugang über eine zentrale Abklärungsstelle im Kinderspital eingeführt. Auf Anraten des behandelnden Kinderarztes oder aus Eigeninitiative melden sich die Eltern im Kinderspital und erhalten binnen acht Wochen einen Abklärungstermin zur logopädischen Diagnostik. Zusätzlich wird eine medizinische und eine pädaudiologische Untersuchung durchgeführt. Der abklärende Logopäde im Kinderspital entscheidet, ob keine weitere Intervention, eine weitere Kontrolluntersuchung oder der sofortige Behandlungsbeginn notwendig sind (Bürki, 2011). Durch diese zentrale Abklärungsstelle erwarten die Kostenträger eine verwaltungstechnische Vereinfachung, ein effizientes Ausfiltern therapiebedürftiger Kinder und eine erhöhte Kostenkontrolle. Bevor das Kind in die Logopädische Praxis kommt, hat es umfangreiche medizinische und pädaudiologische Untersuchungen durchlaufen.

Für die Logopädinnen im Kanton Zürich bedeutet dies, dass alle Kinder bereits voruntersucht sind. Eine Hörtestung liegt dann bei der Vorstellung in der Praxis bereits vor. Des Weiteren fällt die Entscheidung, ob ein Kind Therapie benötigt oder nicht, nicht mehr in der Praxis, sondern im Kinderspital. Dadurch verändert sich für die Logopäden das Patientenklientel und das Aufgabengebiet. Verlaufskontrollen und Beratungen werden in der Praxis weniger, da diese bereits im Kinderspital durchgeführt worden sind.

Die berufliche Relevanz dieses Themas, aus deutscher Sicht, ist vor allem bei Verhandlungen mit den Krankenkassen von Bedeutung, da in Deutschland Logopäden als Heilmittelerbringer eingestuft sind, die erst nach Verschreibung durch den Arzt tätig werden können. Für die Untersuchung der jungen Kinder ist der Kinderarzt im Rahmen der „Vorsorgeuntersuchungen“ zuständig. Die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen dienen der Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten. Der Kinderarzt verweist bei Verdacht zur weiteren fachlichen Abklärung, Diagnose und Behandlung. Das heißt, in Deutschland wird seit Jahren ein hochschwelliger Zugang zu den Therapiemaßnahmen praktiziert.

Im Vergleich des Zuweisungsweges zwischen der Schweiz und Deutschland besteht ein gravierender Unterschied. In der Schweiz im Kanton Zürich wird das Kind im Kinderspital durch einen Logopäden beurteilt. Während dagegen in Deutschland der Kinderarzt als Nicht-Fachmann für die Sprache für die Überweisung zuständig ist.

### **1.6 Problembeschreibung:**

Bei unserem Gespräch im März 2011 beschreiben Frau Dr. Zollinger und Frau Bürki ihre Beobachtungen aus der Praxis seit Veränderung der Zugangsregelung 2008 für den Kanton Zürich folgendermaßen:

Im Kanton Zürich gilt als neue Zugangsregelung seit dem 01.01.2008, dass alle Kinder vor der logopädischen Behandlung im Kinderspital untersucht und diagnostiziert werden, und von dort bei Therapiebedarf in die Praxis weiterverwiesen werden. Durch diesen hochschwelligem Zugang für alle betroffenen Kinder über die zentrale Abklärungsstelle des Kinderspitals werden die Kinder älter, die zur Therapie in die logopädische Praxis kommen. Die Möglichkeit, logopädisch früh und langfristig effektiv zu intervenieren, nimmt ab.

Der Umfang und der Schweregrad der Störungen nehmen ebenfalls zu. Es zeigen sich vermehrt schwerwiegendere sprachliche Schwierigkeiten bei den Kindern, die nun in die Praxis kommen. Zusätzlich gibt es auch Probleme in den anderen Entwicklungsbereichen. Leichtere Auffälligkeiten nehmen ab. Die Störungsbilder sind bezüglich des Schweregrades in der Praxis nicht mehr vielfältig durchmischt.

Eltern mit Migrationshintergrund, deren Kinder zweisprachig aufwachsen, das sind 37% der untersuchten Kinder von 2004-2006 (Büchi & Horak, 2008), scheinen nun erst später zur Abklärung zu kommen, als es noch vor 2008 der Fall gewesen ist. Die Beobachtung aus dem Praxisalltag und die daraus resultierende Vermutung des Forschungsteams ist, dass die Einschätzung der Mitarbeiter in der Abklärungsstelle des Kinderspitals zum Abwarten zu tendieren scheint, mit dem Argument, dass diese Kinder länger für den Spracherwerb benötigen, weil sie zwei Sprachen erlernen müssen. Eine weitere Vermutung ist die höhere Schwelle, der längere formale Weg, den die Familien nun nehmen müssen, um die logopädische Therapie in der Praxis zu erhalten.

### **1.7 Forschungsgrundlagen und Hypothesen**

Die Grundlage für diese empirische Studie bildet die Frage, welche Auswirkungen die NFA auf die Patientengruppe der sprachentwicklungsauffälligen Kinder hat. Dafür werden folgende Hypothesen aufgestellt:

#### **Erstens:**

Die Kinder, die nach 2008 im Kanton Zürich ausschließlich über die Abklärungsstelle im Kinderspital (Logopäde, Arzt) den Zugang zur logopädischen Diagnostik erhalten, sind zum Zeitpunkt der logopädischen Behandlung älter, als die Kinder, die vor 2008 auf verschiedenen Wegen, also auch direkt von den Eltern, angemeldet werden konnten.

**Zweitens:**

Die Kinder, die nach 2008 im Kanton Zürich ausschließlich über die Abklärungsstelle im Kinderspital (Logopäde, Arzt) den Zugang zur logopädischen Behandlung erhalten, zeigen zum Zeitpunkt der logopädischen Abklärung schwere sprachliche Auffälligkeiten und umfangreichere, d.h. auch andere Entwicklungsbereiche betreffende, bisherige Diagnosen.

**Drittens:**

Der Anteil der mehrsprachigen Kinder, die nach 2008 im Kanton Zürich ausschließlich über die Abklärungsstelle im Kinderspital (Logopäde, Arzt) den Zugang zur logopädischen Behandlung erhalten, verringert sich.

Die abhängigen und unabhängigen Variablen sind wie folgt definiert:

**Abhängigen Variablen**

- Alter der Kinder bei der Erstabklärung in der logopädischen Praxis
- Schwere der bisherigen Diagnosen bei der Erstabklärung in der logopädischen Praxis
- Schwere der Sprachentwicklungsstörung/ -verzögerung bei der Erstabklärung in der logopädischen Praxis
- Anteil der Familien mit Mehrsprachigkeit bei der Erstabklärung in der logopädischen Praxis. In den Familien wird nicht ausschließlich eine der Hauptsprachen der Schweiz (Schweizerdeutsch oder Französisch) gesprochen. (aus: Statistisches Bundesamt der Schweiz)

**Unabhängige Variable**

- Zentrale Abklärungsstelle im Kinderspital als einziger Erstzuweiser für spracherwerbsauffällige Kinder seit dem 01.01.2008 im Kanton Zürich (entspricht einem hochschwelligem Zugang zur Logopädie)
- Zentrale Abklärungsstelle im Kinderspital nicht als einziger Erstzuweiser, d.h. Erstzuweiser können alternativ zum Kinderarzt die Eltern, eine Frühförderstelle, der heilpädagogische Dienst oder andere Personen bzw. Stellen sein (entspricht einem niedrigschwelligem Zugang zur Logopädie)

Die Forschungshypothese lautet:



### **Forschungshypothese**

Bei der Forschungshypothese handelt es sich um eine Unterschiedshypothese. Es werden Gruppen (= Populationen) miteinander verglichen, bei denen angenommen wird, dass sie sich in den untersuchten abhängigen Variablen voneinander unterscheiden. (Bortz, 2006)

Eine Abklärungsstelle (Kinderspital) als einziger Erstzuweiser hat Auswirkungen auf das Alter der sprachentwicklungsverzögerten Kinder (Hypothese 1), auf die Schwere der bisherigen Diagnosen und der Sprachentwicklungsverzögerungen der Kinder (Hypothese 2) und den Anteil an Kindern mit mehrsprachigem Hintergrund (Hypothese 3).

## 2 Methodologie

### 2.1 Material

Als Material standen uns die Erfassungsbögen der „Forschungsgruppe CH: Logopädie im Frühbereich“ zur Verfügung (siehe Anhang 1). Die „Forschungsgruppe CH“ setzt sich zusammen aus vier langjährig im Frühbereich der logopädischen Diagnostik und Therapie tätigen Logopädinnen: Dr. Barbara Zollinger im „Zentrum für kleine Kinder“ in Winterthur, Dominique Bürki in der „Kinderlogopädie“ in Luzern, Susanne Mathieu in der Logopädischen Praxis Mathieu & Meister in Zürich und Sabine Sassenroth-Aebischer in der Logopädischen Praxis Bienzgut in Bern. Alle genannten Logopädinnen diagnostizieren und therapieren nach dem Zollinger-Entwicklungsprofil und dem Therapieansatz nach Zollinger und haben damit eine gemeinsame theoretische Basis (Bürki, Mathieu, Sassenroth-Aebischer, & Zollinger, 2008).

Der Erfassungsbogen beinhaltet folgende Informationen:

eine Identifikationskodierung, Daten und Angaben zum Kind und seiner familiären Situation (Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Eltern, Geschwister, Mehrsprachigkeit, institutionelle und außer familiäre Betreuung), wer der Erstzuweiser war (Eltern, Kinderarzt, Heilpädagogischer Dienst und Andere), den Grund für die logopädische Anmeldung (spricht nicht, spricht nur einzelne Wörter, spricht unverständlich, stottert, versteht nicht gut und andere Gründe), anamnestische Angaben (Sprachentwicklung, bisherige Diagnosen, sonstige Angaben usw.), zusätzliche Angaben (Verhalten auffällig, Kind kann sich nicht beschäftigen, Kind leidet, Eltern sind besorgt), bisherige Maßnahmen (Physiotherapie, Heilpädagogische Förderung, HNO, Pädaudiologie, Andere, Ergotherapie, Psychomotorik, Logopädie, Psychotherapie und Keine), bisherige Diagnosen (Syndrom, Dysmorphie, CP, allgemeiner Entwicklungsrückstand, soziale Deprivation, Hörstörung, Andere und Keine), anamnestische Angaben (weniger als 50 Wörter mit 24 Monaten, Früh-/ Mangelgeburt, Schlafstörung, motorische Entwicklung auffällig, Fütter- und Gedeihstörung, Schreiproblematik, Trennungsängste, andere und Keine Angaben), Diagnosezusammenfassung nach dem Entwicklungsprofil (altersentsprechen ja/ nein, homogen ja/ nein), Entwicklungsbereiche bei Abklärung (praktisch-gnostisch, symbolisch, sozial-kommunikativ, und sprachlich), die Beurteilung (verzögerter Sprechbeginn, SEV, Redeflussstörung, Mutismus, „besondere Sprachen“, autistische Züge, unruhiges Spielverhalten und Andere), die SEV (Sprachverständnis-Verzögerung, Dyslalie, Dysgrammatismus, eingeschränkter

Wortschatz, Erzählsprache auffällig) und der weitere Verlauf nach der Abklärung (Beratung, Kontrolle, Therapie, Einschulung, Maßnahmen nach Therapieabschluss, usw.).

Für die Bearbeitung der aufgestellten Hypothesen benötigten wir folgende Angaben aus dem Erfassungsbogen:

- Den Identifikationskode bestehend aus der Fall-Nummer, Praxis und Abklärung durch welchen Therapeuten (Name der Praxis/ Therapeut)
- das Datum der Abklärung
- das Alter des Kindes bei der Abklärung
- ob eine Mehrsprachigkeit vorliegt
- die Erstzuweisung durch wen (Kinderarzt, Eltern, usw.)
- die bisherige Diagnosen und
- die Beurteilung im Bereich SEV

Die Identifikationsnummer wurde benötigt, um fehlende Angaben auf dem Bogen in den jeweiligen Praxen nacherheben zu können. Und auch, um eine weiterführende Bearbeitung und Auswertung der Daten nach unserer Arbeit durch die „Forschungsgruppe CH“ zu ermöglichen. Das „Datum der Abklärung“ wurde benötigt, um den Bogen der jeweiligen Praxisgruppe (Experimental-/ Kontrollgruppe) zuzuordnen (siehe 2.2). Das „Alter bei der Abklärung“ (Untersuchung, Diagnose) wurde benötigt, da in der Hypothese 1 davon ausgegangen wurde, dass die Kinder bei Zuweisung über die Abklärungsstelle im Kinderspital erst älter zur logopädischen Behandlung kamen. Die Angabe zu den „Sprachen“, d.h. ob eine Mehrsprachigkeit vorliegt, wurde benötigt, da in der Hypothese 3 angenommen wurde, dass diese Familien es mit dem hochschwelligem Zugang schwerer haben zur logopädischen Behandlung zu kommen. Die „bisherigen Diagnosen“ wurden benötigt, weil in der Hypothese 2 untersucht wurde, ob die allgemeinen (nicht sprachlichen) Auffälligkeiten umfangreicher und schwerwiegender wurden, wenn der Zugang über eine vorgeschaltete Abklärungsstelle erfolgte. Um eine Aussage über die Schwere der Sprachentwicklungsauffälligkeit treffen zu können, wurde die Angabe zur „SEV“ benötigt.

Neben den Erfassungsbögen wurde das SPSS-Programm 18 benutzt, um die Daten zu kodieren und statistische Rechnungen durchzuführen.

## **2.2 Stichprobenbeschreibung:**

Aus den vier Praxen der Forschungsgruppe CH lagen uns Erfassungsbögen der Jahre 2004 bis 2009 vor. Es handelte sich um 1008 Datensätze. Die Gesamtmenge wurde in vier Gruppen nach dem Abklärungsdatum und der Kantonszugehörigkeit eingeteilt:

### **Praxisgruppe 1:**

**Erfassungsbögen der Praxen Winterthur und Zürich 2004 bis Ende 2007**

### **Praxisgruppe 2:**

**Erfassungsbögen der Praxen Winterthur und Zürich 2008 bis Ende 2009**

### **Praxisgruppe 3:**

**Erfassungsbögen der Praxen Bern und Luzern 2004 bis Ende 2007**

### **Praxisgruppe 4:**

**Erfassungsbögen der Praxen Bern und Luzern 2008 bis Ende 2009**

Die Neuregelung der Zuweisung nach den Rahmenvorgaben der NFA wurde ab den 01.01.2008 im Kanton Zürich eingeführt. Dies betraf die Praxen Zürich und Winterthur. Die Experimentalgruppe war damit die Gruppe 2. Auf sie wurden die Hypothesen angewendet, weil sie die Zugangsänderung, und damit den hochschwelligigen Zugang, durchlaufen hatten. Die direkte Kontrollgruppe war die Gruppe 1, weil sie denselben Kanton betraf und den niedrigschwelligigen Zugang repräsentierte.

Zur Gegenprobe, ob tatsächlich eine Auswirkung auf das Patientenklientel durch die Zugangsänderung vorlag, dienten die Zeiträume 2004 bis 2007 und 2008 bis 2009 in den Praxen Bern und Luzern. In diesen Kantonen wurde die Zuweisungsbestimmung nicht entsprechend der im Kanton Zürich verändert. Der niedrigschwellige Zugang besteht hier weiterhin. Hier sollten, gemäß der Hypothesen, keine Auswirkungen auf das Patientenklientel bezüglich Alter, Mehrsprachigkeit und Störungsbild zu finden sein.

Insgesamt waren 1008 Bögen ausgefüllt (2004 bis 31.12.2009).

Die Verteilung der unter fünfjährigen Kinder auf die jeweiligen Praxen findet sich in der folgenden Tabelle.

Tabelle 5: Fallzahlen je Praxisgruppe

Zürich & Winterthur		Bern & Luzern	
Praxisgruppe 1 2004-2007	Praxisgruppe 2 2008-2009	Praxisgruppe 3 2004-2007	Praxisgruppe 4 2008-2009
443	153	244	111

### 2.3 Design

Bei dieser vorliegenden epidemiologischen Untersuchung handelt sich um ein Between-Subject-Design (Goodwin, 1998).

### 2.4 Ein- und Ausschlußkriterien:

Alle Erfassungsbögen, die die für die Untersuchung notwendigen Daten enthielten (siehe 2.1), nahmen an der Untersuchung teil, weil so die Heterogenität der Gruppe der spracherwerbsgestörten Kinder abgebildet werden konnte. (Bürki et al, 2008). Es nahmen auch alle Erfassungsbögen, für die fehlende Daten noch nacherhoben werden konnten, an der Untersuchung teil. Die Bögen die an der Stelle „Procedere nach Kontrolle“ ausgefüllt wurden, nahmen nicht an der Untersuchung teil, weil die Altersstruktur, Schwere des Störungsbildes und Anteil mit Mehrsprachigkeit zum Zeitpunkt der Erstabklärung erfasst werden sollte und für diese Kinder bereits ein Erfassungsbogen für das „Procedere nach Erstabklärung“ existierte. So wurden Daten-Doppelungen vermieden. Alle Erfassungsbögen, die Kinder betrafen, die älter als fünf Jahre waren, nahmen nicht an der Untersuchung teil, weil bis zum fünften Lebensjahr der Spracherwerb abgeschlossen ist.

### 2.5 Vorgehensweise:

Die Praxisgruppen wurden jeweils bezüglich ihrer abhängigen Variablen mit den Maßen zur zentralen Tendenz beschrieben und anschließend gegenüber gestellt. Des weiteren wurden Korrelationen zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen berechnet und diskutiert.

Zunächst wurden die benötigten Variablen bestimmt. Dann wurde eine Variablenkodierung und deren Wertelabels für das SPSS festgelegt:

Tabelle 6: Übersicht Variablenkodierung

Benennung im Erfassungsbogen	Variablennummer	Wertelabel und Beschreibung
Nummer	V1	Bsp.: 2410
Praxis und Datum der Abklärung	V2	1 = Praxisgruppe 1 (Winterthur und Zürich vor 2008, = Kontrollgruppe, sie entspricht dem niedrigschwelligen Zugang) 2 = Praxisgruppe 2 (Winterthur und Zürich nach 2008, = Experimentalgruppe, sie unterliegt dem hochschwelligen Zugang) 3 = Praxisgruppe 3 (Luzern und Bern vor 2008, = Kontrollgruppe, sie unterliegt dem niedrigschwelligen Zugang) 4 = Praxisgruppe 4 (Luzern und Bern nach 2008, = Kontrollgruppe, sie unterliegt dem niedrigschwelligen Zugang) 99 = keine Angabe (Erfassungsbogen konnte keiner Praxis und Abklärungsjahr zugeordnet werden)
Sprachen	V3	1 = ja (Mehrsprachigkeit liegt vor) 2 = nein (es liegt keine Mehrsprachigkeit vor) 99 = keine Angaben (Erfassungsbogen wurde nicht ausgefüllt)
Erstzuweisung	V4	1 = Eltern 2 = Kinderarzt 3 = Heilpädagogischer Dienst/ Früherziehung 4 = andere Erstzuweiser 99 = keine Angabe (Erfassungsbogen wurde nicht ausgefüllt)
Bisherige Diagnosen	V5	0 = unauffällig (keine bisherige Diagnose) 1 = leichte bisherige Diagnose (eine bisherige Diagnose ist im Erfassungsbogen angekreuzt) 2 = mittelschwere bisherige Diagnose (zwei bisherige Diagnosen sind im Erfassungsbogen angekreuzt) = schwere bisherige Diagnosen (drei oder mehr bisherige Diagnosen sind im Erfassungsbogen angekreuzt) 99 = keine Angabe (Erfassungsbogen wurde nicht ausgefüllt)
SEV	V7	0 = unauffällig (keine SEV) 1 = leichte SEV (ein sprachlicher Bereich betroffen, z.B. Grammatik)

Benennung im Erfassungsbogen	Variablennummer	Wertelabel und Beschreibung
		2 = mittelschwere SEV (zwei sprachliche Bereiche betroffen, z.B. Sprachverständnis und Wortschatz = schwere SEV (drei oder mehr sprachliche Bereiche betroffen) 99 = keine Angaben (Erfassungsbogen wurde nicht ausgefüllt)
Alter bei Abklärung	V8	Alter (Jahr; Monat) umgerechnet ins Dezimalsystem
Bogen liegt vor und wurde kontrolliert	V10	0 = nein 1 = ja

Eine Besonderheit stellte die Altersvariable dar. Die Angabe „Jahr; Monat“ (Bsp.: 3;6 Jahre) wurde in Dezimalzahlen umgerechnet und als Dezimalzahl ins SPSS eingegeben. Nicht vorhandene Altersangaben wurden leer gelassen. Für die Ergebnisdarstellung erfolgte die Rückrechnung der Dezimalzahl in das „Jahr; Monat“-Format.

Anschließend wurden die Erfassungsbögen entsprechend der festgelegten Kodierung (Tabelle 2) ins SPSS 18 eingegeben.

Nach Abschluss der Eingabe und Kontrolle wurde überprüft, ob Falldoppelungen vorlagen.

Fälle, die Kinder betrafen, die älter als fünf Jahre alt waren, wurden vor den Berechnungen ausgeschlossen. Die Datendatei wurde für die nachfolgenden Rechnungen in die Praxisgruppen 1, 2, 3 und 4 gesplittet, um die Gruppenvergleiche zu erhalten. Die Verteilung der Fälle über die Praxisgruppen wurde anhand der Häufigkeitsberechnung unter deskriptiver Statistik mit SPSS gerechnet.

Für die Hypothese 1 wurde der Mittelwert, die Streuung, der Median und der Modus für das „Alter bei Abklärung“ gerechnet. Der Mittelwertvergleich des Alters wurde mit dem t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Dafür war vorher im SPSS die Aufhebung der Dateisplittung in die Praxisgruppen notwendig. Zwei t-Test-Berechnungen wurden durchgeführt: Vergleich der Altersmittelwerte von den Praxisgruppen 1 und 2 und anschließend von den Praxisgruppen 3 und 4.

Für die Hypothese 2 wurde eine Häufigkeitsverteilung nach Schweregrad in den jeweiligen Praxisgruppen für die Variablen „bisherige Diagnosen“ und „SEV“ berechnet. Für die Korrelationsberechnung wurde jeweils eine Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test für die beiden Variablen erstellt. Die Korrelationsberechnung einer nominal- mit einer ordinal-skalierten Variable konnte mit dem Cramer-V durchgeführt werden. Es wurden folgende Variablen miteinander korreliert,

um einen möglichen statistischen Zusammenhang zwischen den Diagnosen und der Art des Zuganges herauszufinden: 1. „Praxisgruppe“ und „bisherige Diagnosen“ und 2. „Praxisgruppe“ und „SEV“.

Für die Hypothese 3 wurde eine Häufigkeitsverteilung der Patienten mit Mehrsprachigkeit in den einzelnen Praxisgruppen berechnet. Danach wurde eine Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test erstellt. Die Korrelation wurde mit dem Cramer-V-Koeffizienten ausgerechnet. Um einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Anteil mehrsprachiger Patienten und der Art der Zuweisung zu entdecken, wurde die Variable „Mehrsprachigkeit“ mit den Variable „Praxisgruppe“ korreliert.



### 3 Resultate und Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Studie vorgestellt. Die erhobenen und im SPSS verarbeiteten Daten der Erfassungsbögen wurden entsprechend der Hypothesen analysiert. Zunächst werden Rechnungen der deskriptiven Statistik bzw. der Häufigkeitsverteilungen, im Anschluss die Korrelationen dargestellt und beschrieben.

Die Praxisgruppen 1, 3 und 4 entsprachen den Bedingungen des niedrigschwelligen Zuganges. Die Fälle der Praxisgruppe 2 unterlagen der Bedingung des hochschwelligen Zuganges über das Kinderspital zur logopädischen Therapie.

#### 3.1 Gesamtdatensatz und Verteilung

Nach Eingabe der Daten aus den Erfassungsbögen ins SPSS, nachtragen nacherhobener Daten und Kontrolle beliefs sich der Gesamtdatensatz auf 1008 Fälle. Es lagen keine Falldoppelungen vor. Nach Ausfiltern der Fälle von Kindern, die älter als fünf Jahre waren, verteilten sich die verbliebenen  $N = 951$  Fälle wie folgt auf die jeweiligen Praxen (Tabelle 5: Fallzahlen je Praxisgruppe):

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Falldaten und Prozentanteile in den Praxisgruppen,  $N = 951$

Praxisgruppe 1	Praxisgruppe 2	Praxisgruppe 3	Praxisgruppe 4
$N = 443$	$N = 153$	$N = 244$	$N = 111$
46,6%	16,1%	25,7%	11,7%

Es zeigte sich eine ungleichmäßige Verteilung der Fälle. Die prozentuale Verteilung spiegelte die Fallverteilung wider.

#### 3.2 Hypothese 1

Im Folgenden wurden die Ergebnisse der deskriptiven Berechnungen (Tabelle 8) und Korrelationsanalysen (Tabelle 9 bis Tabelle 11) der ersten Hypothese dargestellt. Die erste Hypothese nahm an, dass sich das Alter der Kinder durch den hochschwelligen Zugang zur Logopädie über die Voruntersuchung im Kinderspital erhöhte.

### Deskriptive Statistik

Die Tabelle zeigt die Werte der deskriptiven Analysen der Variable „Alter bei Abklärung“ in den Praxisgruppen 1 und 2, 3 und 4.

Tabelle 8: Altersmittelwert, Streuung, Median und Modus in Jahren in den Praxisgruppen

Alter bei		Praxis- gruppe 1	Praxis- gruppe 2	Praxis- gruppe 3	Praxis- gruppe 4
Abklärung	Mittelwert	3;4	3;5	3;6	3;4
	Streuung	0;8	0;85	0;95	0;85
	Median	3;3	3;5	3;6	3;3
N = 951	Modus	3;2	3;4	4;2	3;0

Der Altersmittelwert beim „Alter bei Abklärung“ erhöhte sich im Vergleich von Praxisgruppe 1 und 2 um einen Monat. In den Kontroll-Praxisgruppen 3 und 4 verringerte sich der Altersmittelwert um zwei Monate. Die Tendenz der Erhöhung in den Praxisgruppen 1 und 2 und die Verringerung in den Praxisgruppen 3 und 4 war auch im Median und Modus zu beobachten.

### Korrelation

Folgend wird das Ergebnis des Vergleiches des niedrig- und hochschwelligen Zuganges zur logopädischen Behandlung stellvertretend über die Variable „Praxisgruppe“ mit dem t-Test für unabhängige Stichproben dargestellt:

Tabelle 9: Ergebnisse des t-Tests bei unabhängigen Stichproben

	Praxisgruppe 1 und 2	Praxisgruppe 3 und 4
Alter bei Abklärung	t = -1,652	t = 1,392
	Signifikanz = 0,099	Signifikanz = 0,165

Signifikanz zweiseitig,  $p = 0,05$

Die Altersmittelwerte der PG 1 und 2, sowie PG 3 und 4 unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

Die nachfolgenden Korrelationsrechnungen nach Pearson berechneten den möglichen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Praxiszugehörigkeit über alle Praxisgruppen (Tabelle 10), bzw. nur die Zugehörigkeit in Praxisgruppe 1 und 2 (Tabelle 11).

Tabelle 10: Korrelation Praxisgruppe 1, 2, 3 und 4 und Alter, N = 951

---

„Praxisgruppen 1, 2, 3 und 4“ und „Alter bei Abklärung“	$r = 0,117^{**}$
	Signifikanz = 0,000

---

\*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.

Das Alter korrelierte hoch signifikant mit der Zugehörigkeit zu der Praxisgruppe 1, 2, 3 oder 4.

Tabelle 11: Korrelation Praxisgruppe 1/2 und Alter, N = 596

---

„Praxisgruppe 1 und 2“ und „Alter bei Abklärung“	$r = 0,68^{*}$
	Signifikanz: 0,50

---

\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.

Das Alter korrelierte mit der Zugehörigkeit zu der Praxisgruppe 1 oder 2. Der positive Korrelationskoeffizient zeigte, dass ein hoher Alterswert mit einer Zugehörigkeit zur Gruppe 2 (hochschwelliger Zugang) einherging.

### 3.3 Hypothese 2

Im Folgenden werden die Ergebnisse der deskriptiven Berechnungen (Tabelle 12 und Tabelle 13) und Korrelationsanalysen (Tabelle 14) der zweiten Hypothese dargestellt. Die zweite Hypothese nahm an, dass die „Schwere der bisherigen Diagnosen“ und die „Schwere der SEV“ durch den hochschwelligeren Zugang zur Logopädie über das Kinderspital zunahm.

#### Deskriptive Statistik

Die folgenden Tabellen (Tabelle 12 und Tabelle 13) zeigen die Verteilung der „bisherigen Diagnosen“ und der „SEV“ nach dem Schweregrad in den Praxisgruppen 1, 2, 3 und 4.

Tabelle 12: Häufigkeiten der „bisherigen Diagnosen“ in % in den jeweiligen Praxisgruppen N=951

Bisherige Diagnose	Praxisgruppe 1	Praxisgruppe 2	Praxisgruppe 3	Praxisgruppe 4
Keine	79,2	79,1	66,0	68,5
Leichte	14,0	18,3	25,4	17,1
Mittelschwere	4,5	2,0	7,0	4,5
Schwere	1,6	0	1,6	2,7
Keine Angaben	0,7	0,7	0	7,2

Tabelle 13: Häufigkeiten der „Schwere der SEV“ in % in den jeweiligen Praxisgruppen N=951

SEV	Praxisgruppe 1	Praxisgruppe 2	Praxisgruppe 3	Praxisgruppe 4
Keine	49,7	36,6	38,9	34,2
Leichte	9,0	10,5	12,3	15,3
Mittelschwere	14,9	11,1	8,6	16,2
Schwere	26,2	40,5	38,9	25,2
Keine Angaben	0,2	1,3	1,2	9,0

Die PG 2 mit dem hochschwelligen Zugang über das Kinderspital zeigte im Vergleich mit der PG 1 keine Veränderung bei dem Anteil Kinder mit „keinen bisherigen Diagnosen“. Die Fälle mit „leichten bisherigen Diagnosen“ erhöhten sich (+4,3%). Die Fälle mit „mittelschweren“ und „schweren bisherigen Diagnosen“ verringerten sich (-2,5% und -1,6%). In den Praxisgruppen 3 und 4 stiegen die Fälle der Kinder mit „keinen bisherigen“ und „schweren bisherigen Diagnosen“ (+2,5% und +1,1%). Die „leichten“ und „mittelschweren bisherigen Diagnosen“ nahmen ab (-8,3% und -2,5%). Für die Praxisgruppe 4 zeigte sich ein vergleichsweise zu den anderen drei Praxisgruppen hoher Anteil an Erfassungsbögen (7,2% der Gesamtmenge der Praxisgruppe), auf denen die Kategorie „bisherigen Diagnosen“ nicht ausgefüllt worden war. Der Vergleich der Praxisgruppen 1 und 2 zeigte bei dem hochschwelligen Zugang über das Kinder-

spital eine Verringerung der Kinder ohne SEV und mit „mittel-schwerer SEV“ (-13,1% und -3,8%). Die „leichte SEV“ erhöhte sich um 1,5%. Die „schwere SEV“ erhöhten sich jedoch um 14,3%. In den Praxisgruppen 3 und 4 zeigte sich bei unverändertem niedrigschwelligem Zugang eine Verringerung der Kinder ohne SEV (-4,7%) und der „schweren SEV“-Fälle (-13,7%). Die „leichten“ und „mittel-schweren SEV“-Fälle nahmen zu (+3,0% und +7,6%). Für die Praxisgruppe 4 zeigte sich ein vergleichsweise zu den anderen drei Praxisgruppen hoher Anteil an Erfassungsbögen (9,0%), auf denen die Kategorie „Schwere der SEV“ nicht ausgefüllt war.

### Korrelation

Im Folgenden die Korrelationsrechnungen mit Cramer-V für „bisherige Diagnosen“ und „SEV“ mit der Variable „Praxisgruppe“ (Tabelle 14).

Tabelle 14: Korrelation „Praxisgruppe“ und „bisherige Diagnosen“/ „SEV“, N = 951

Praxisgruppen und bisherige Diagnosen	Cramer-V: 0,146 Näherungsweise Signifikanz: 0,000
Praxisgruppen und SEV	Cramer-V: 0,161 Näherungsweise Signifikanz: <b>0,000</b>

Die Korrelation der Praxisgruppe mit den bisherigen Diagnosen und der SEV war signifikant. Es bestand ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer Praxisgruppe, die einen hoch- oder niedrigschwelligen Zugang zur logopädischen Therapie repräsentierte, und der Ausprägung der „bisherigen Diagnosen“ oder der „Schwere der SEV“.

### 3.4 Hypothese 3

Im Folgenden werden die Ergebnisse der deskriptiven Berechnungen (Tabelle 15) und Korrelationsanalysen (Tabelle 16) der dritten Hypothese dargestellt. Diese Hypothese nahm an, dass der Anteil Patienten mit einem mehrsprachigen Hintergrund durch den hochschwelligen Zugang zur Logopädie über das Kinderspital abnimmt.

#### Deskriptive Statistik

Die untenstehende Tabelle (Tabelle 15) zeigt die Häufigkeit der Patienten mit „Mehrsprachigkeit“ in den vier Praxisgruppen in Prozent an:

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung „Mehrsprachigkeit“ in den Praxisgruppen in %

	Praxis- gruppe 1	Praxis- gruppe 2	Praxis- gruppe 3	Praxis- gruppe 4
ja	43,4	50,3	37,5	45,4
nein	56,4	47,8	60,4	50,4
Keine Angabe	0,2	1,2	2,1	4,2

Der Anteil mehrsprachiger Patienten nahm in den Praxisgruppen 1 nach 2 um 6,9% und in den Praxisgruppen 3 und 4 um 7,9% zu. Die Praxisgruppe 4 hatte im Vergleich aller Praxisgruppen den höchsten Anteil (4,2%) nicht vollständig ausgefüllter Erhebungsbögen in der Kategorie „Mehrsprachigkeit“.

### Korrelation

Die folgenden Berechnungen beziehen sich auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Anteil der mehrsprachigen Patienten und der Zugehörigkeit zu einer Praxisgruppe.

Tabelle 16: Korrelation „Praxisgruppe“ mit „Mehrsprachigkeit“, N = 951

Praxisgruppe und Mehrsprachigkeit	Cramer-V: 0,165
	näherungsweise Signifikanz: 0,001

Der Anteil mehrsprachiger Patienten korrelierte mit der Zugehörigkeit zu einer Praxisgruppe.

## 4 Diskussion und Schlussfolgerung

Dieses Kapitel befasst sich mit der kritischen Auseinandersetzung der Ergebnisse für jede Hypothese. Im Anschluss an die Hypothesen werden die praktischen Probleme des Erfassungsboogens benannt, die berufliche Relevanz erläutert und die Schlussfolgerungen gezogen.

Das Ziel der vorliegenden empirischen Studie war es zu überprüfen, inwiefern die Zugangsweise zur Logopädie Auswirkungen auf die Gruppe der sprachentwicklungsverzögerten Kinder in der logopädischen Praxis hat. Zur Beantwortung der Annahmen wurden drei Hypothesen aufgestellt. Mit Korrelations- und deskriptiven Berechnungen wurden die möglichen Unterschiede und Zusammenhänge statistisch ausgewertet.

Es ergab sich eine Bestätigung der ersten und zweiten Hypothese. Die Kinder werden unter dem niedrigschwelligen Zugang jünger und unter dem hochschwelligen Zugang geringfügig älter. Die Häufigkeitsanteile der Schweregrade der SEV verschieben sich: der Anteil von Kindern mit einer schweren SEV erhöht sich, der Anteil Kinder mit einer leichten SEV die in logopädische Praxis kommen wird weniger. Die dritte Hypothese dagegen konnte nicht bestätigt werden. Entgegen der Erwartungen erhöhte sich der Anteil mehrsprachiger Kinder, die in die logopädische Praxis zur Behandlung kamen.

### 4.1 Hypothese 1

In der ersten Hypothese wurde angenommen, dass sich das Alter der Kinder durch den hochschwelligen Zugang erhöht.

Die deskriptiven Auswertungen ergaben minimale Veränderungen zwischen den Praxisgruppen 1 und 2. Die Kinder kamen beim Vergleich des Altersmittelwertes etwa einen Monat später in die logopädische Praxis. Diese Verzögerung lässt sich mit der vorgeschalteten Untersuchung im Kinderspital erklären. Denn die Regelung besagt, dass der logopädische Untersuchungstermin im Kinderspital innerhalb von acht Wochen nach der Anmeldung durch die Eltern stattfinden soll (lotse.zh, 2008). Interessant ist, dass sich in den Vergleichsgruppen 3 und 4 mit dem angenommenen niedrigschwelligen Zugang eine Tendenz zeigte, dass die Kinder jünger wurden. Dies spiegelte sich im Altersmittelwert, der um zwei Monate sank, im Median, der sich um drei Monate verschob, und im Modus, der sich um vierzehn Monate veränderte, wider. Somit konnte ein Alterseffekt aufgezeigt werden, der die erste Hypothese unterstützt. Man kann vermuten, dass wissenschaftliche Erkenntnisse zur Früherkennung und Prävention und die Verbreitung der

Information darüber zu einem steigenden Bewusstsein für die sprachlichen Probleme des Kindes führen (Göllner, 2002). Wie im theoretischen Hintergrund im Abschnitt 1.3 beschrieben, sprechen die Forschungsergebnisse für eine frühe Erkennung und früh einsetzende therapeutische Intervention (Buschmann, Jooss, Rupp, Feldhusen, Pietz, & Philippi, 2009). (Dähn et al, 2011) (Penner, 2002). Je jünger die Kinder sind, desto größer kann das Aufholpotenzial angenommen werden (Sieg Müller & Kauschke, 2006) (Buschmann, 2009). Der niedrigschwellige Zugang unterstützt die Bestrebungen der Früherkennung und Prävention, weil die Kinder jünger zur logopädischen Behandlung kommen. Es ist heute gesicherter Kenntnisstand, das ein Kind einen aktiven Wortschatz von mindestens 50 Wörtern erworben haben muss, bevor es grammatikalische Strukturen bilden kann (Penner, 2006). Frühe Intervention bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen oder Risiken für den Spracherwerb können heute schon ab dem 12 Lebensmonat diagnostiziert und behandelt werden (Penner, 2006). Für die Früherkennung und frühe Prävention von sprachentwicklungsauffälligen Kindern benötigen Logopäden die Beobachtung und Einschätzung von Eltern oder anderen Betreuungspersonen. Ein niedrigschwelliger Zugang, der die Kostenübernahme beinhaltet, ermöglicht diesem Personenkreis, mit ihren Beobachtungen und Fragen den Fachmann direkt aufzusuchen. Göllner (2002) konnte in seiner Studie feststellen, dass 70% der Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder angaben, dass sie die Auffälligkeiten ihrer Kinder als erste bemerkt hatten, nur in 10% der Fälle war die Störung alleine durch den Arzt diagnostiziert worden.

Der hochschwellige Zugang dagegen scheint das Risiko zu beinhalten, dass die Kinder erst im dritten Lebensjahr oder auch später mit einer manifesten Sprachstörung diagnostiziert werden und in die logopädische Praxis kommen. Für diese Annahme spricht die Statistik in Deutschland, die ein durchschnittliches Verordnungsalter von fünf Jahren anzeigt (Schrey-Dern, 2011) und die gleichbleibende bzw. leicht steigende Alterstendenz der untersuchten Fälle in der Praxisgruppe 2. Die Auswertung der Altersstruktur der Erfassungsbögen von 2008 und 2009 im Kanton Zürich entsprach nicht dem Trend der Kantone Bern und Luzern. In der folgenden Grafik kann man die divergierende Tendenz der Alterswerte in den Praxisgruppen 1 und 2, dargestellt durch die blaue Linie, im Vergleich zu den Praxisgruppen 3 und 4, dargestellt durch die grüne Linie, erkennen.



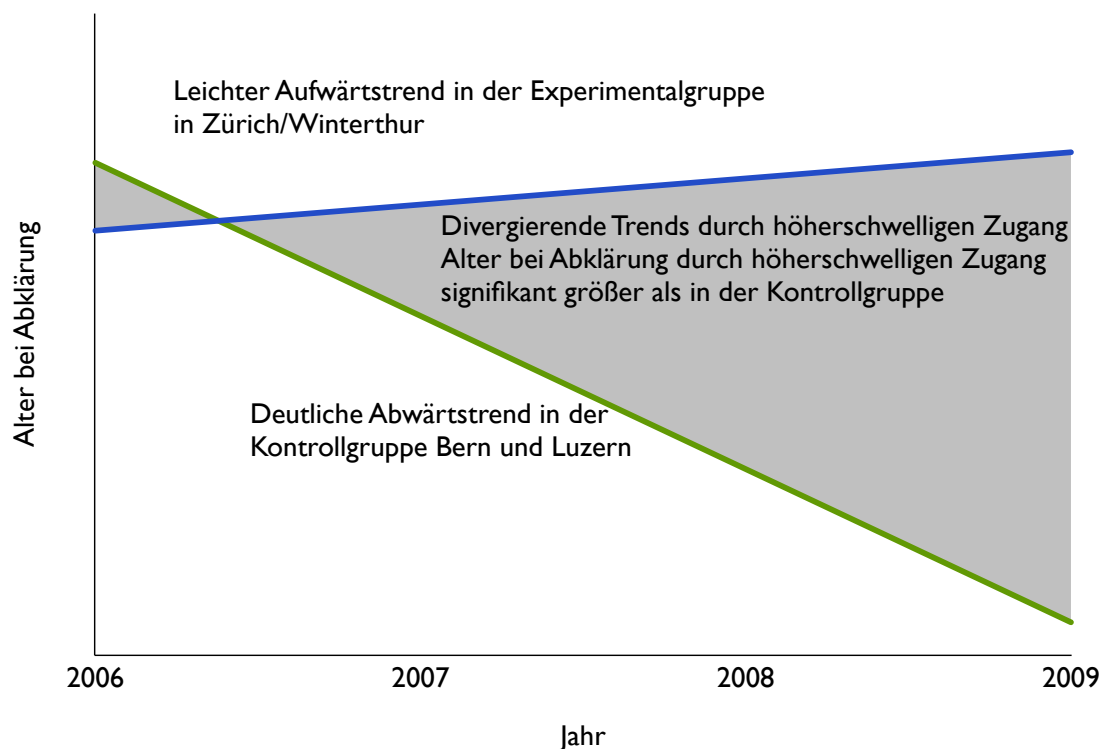


Abbildung 2: Divergierende Trends in Experimental- und Kontrollgruppe

Die frühe Diagnose ermöglicht eine frühe Intervention. Hier wurden in den letzten Jahren vor allem Methoden entwickelt, die sich auch bei kleinen Kindern erfolgversprechend einsetzen lassen. Das sind „Interaktionsansätze“, wie sie z.B. Inhalt des Therapieansatzes nach B. Zollinger (Zollinger, 1996) sind oder auch im Heidelberger Elterntraining (Buschmann, 2009) vermittelt werden. Dabei ist Handlung die Grundlage für den Erwerb und den Aufbau der Sprache (Kruse, 2007). Die enge Verknüpfung von Auffälligkeiten der Sprache mit Entwicklungsverzögerungen und -störungen auch in anderen Bereichen wurden von B. Zollinger und ihren Mitarbeitern systematisch bei kleinen Kindern ab 12 Monaten untersucht (Zollinger, 2002). Dabei wurden die folgenden Entwicklungsbereiche berücksichtigt: Der praktisch-gnostische Bereich, der symbolische Bereich, der sozial-kommunikative Bereich und der sprachliche Bereich mit Sprachverständnis, Sprachproduktion, Sprechmotorik und Kommunikationsmechanismen. Der Laie glaubt, man könne diese Bereiche erst mit 4 oder 5 Jahren testen und therapieren. Diese Ansicht ist längst überholt. Je früher man mit der Therapie beginnt, desto größer sind die Erfolgsaussichten. Das frühe Eingreifen und die Elternberatung schon in den ersten beiden Lebensjahren können die Entwicklung von Kindern in allen genannten Bereichen voranbringen (Buschmann, 2009) (Penner, 2006) (Zollinger, 1996).

Die verschiedene Zugangswege in den Niederlanden und Deutschland wurden im theoretischen Hintergrund genannt (siehe 1.4). In Deutschland besteht der hochschwellige Zugang zur logopädischen Behandlung über die Voruntersuchung und Verordnung durch den Kinderarzt. Bei uns liegt das durchschnittliche Verordnungsalter für logopädische Therapie bei 5 Jahren (Schrey-Dern, 2011). Damit ist Deutschland von den Schweizer Altersmittelwerten weit entfernt. Frau Schrey-Dern (dbl, 2011) gab auf Nachfrage ein durchschnittliches Therapiealter bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern von 5 Jahren an. Wobei sie bei der Art der Störung stark differenzierte Daten nannte (Grimm, 2003) (Shriberg, 2000). Hier klaffen Forschungsergebnisse und Therapiewirklichkeit extrem auseinander. Mit ca. 2 Jahren kann bereits mit hoher Sicherheit eine Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert und behandelt werden (Buschmann, 2009) (Zollinger, 1991) (Dähn 2011) (Penner, 2002) (Grimm, 1999). Leider werden in Deutschland die Möglichkeiten nicht entsprechend ausgeschöpft. Die Zahlen aus den Praxen Luzern und Bern zeigen, dass es auch anders geht.

## 4.2 Hypothese 2

Die Hypothese 2 nahm an, dass die Schwere der „bisherigen Diagnosen“ und die „Schwere der SEV“ durch den hochschwelligen Zugang zunimmt.

Die deskriptiven Ergebnisse konnten diese Hypothese teilweise bestätigen, dass eine Auswirkung dieser Art auf das Patienten Klientel in der logopädischen Praxis besteht. Die Häufigkeitsverteilung der bisherigen Diagnosen hat sich unter den verschiedenen Zugangswegen nicht gravierend verändert (siehe 3.3, Tabelle 12). Die Werte zeigen sich in der Experimentalgruppe (PG 2) und der Kontrollgruppe (PG 1), sowie den Vergleichsgruppen (PG 3 und PG 4) ähnlich. Es ist somit zu vermuten, dass Kinder mit Syndromen, Mehrfachbehinderungen oder anderen Auffälligkeiten weiterhin jede notwendige Förderung erhalten. Dannenbauer (2004) hatte in seiner Untersuchung ähnliches beobachten können (Dannenbauer et al, 2004).

Die Häufigkeitsverteilung zeigt, dass anteilmäßig mehr Kinder mit schwerer SEV in der logopädischen Praxis ankommen, als noch vor der Zugangsänderung. Die sog. „leichteren Fälle“ werden seltener angemeldet. Zumindest sagen die Zahlen, dass ihr Anteil geringer ausfällt. Das macht nachdenklich. Es stellt sich die Frage, wo und wie diese Kinder mit einer SEV leichter Ausprägung nach der Neuregelung versorgt oder behandelt werden. Denn, wie vorher auch, gab es sie und wird es sie weiterhin geben. Es konnte nicht geklärt werden, ob diese Kinder im Kinderspital eine Therapie erhalten, ob sie auf die Warteliste gesetzt wurden und zur Kontrolle mehrmals ins Kinderspital kommen sollten, ob eine Elternberatung durchgeführt wurde oder ob

diese Kinder gar nicht mehr behandelt werden und damit durch das Raster fallen. Es ist möglich, dass sie im Alter von zwei bis drei Jahren nicht stark auffällig sind und daher eventuell erst später, z.B. im vierten oder fünften Lebensjahr, wenn das Entwicklungsalter und chronologische Alter deutlicher auseinander gehen, zum Logopäden in die Praxis geschickt werden. Ob diese Vermutung eintritt, bleibt abzuwarten. Sie ließe sich aber mit einer Nacherhebung der Patientendaten aus den Jahren 2010 und 2011 unter dem Aspekt, ob im Kinderspital Wiedervorstellungen mit Verlaufskontrollen und/ oder Beratung, evt. sogar Elterntrainings beim jeweiligen Kind durchgeführt wurden, untersuchen (siehe auch 4.6).

Die vorgeschaltete Untersuchung im Kinderspital führte zu einer Verlagerung von Arbeitsinhalten aus der logopädischen Praxis ins Kinderspital (siehe auch 4.5). Dort werden seit 2008 Verlaufs- und Kontrolluntersuchungen, Beratung und Elterntrainings durchgeführt (lotse.zh, 2008). Die Mischung der Schweregrade von Kindern mit Sprachstörungen hat sich zugunsten der schweren Fälle verändert. Bei diesen Kindern ist ein schneller Behandlungserfolg in der Regel nicht möglich. Je nach Ausprägung der bisherigen Diagnosen brauchen viele von ihnen andauernde Unterstützung, um die Sprache, vielleicht sogar nur rudimentär, zu erwerben.

In der Praxis bedeutet das, die Kinder mit Mehrfachbehinderung oder ausgeprägter Sprachentwicklungsverzögerung gut versorgt sind (Dannenbauer, 2004). Die logopädische Tätigkeit in der Praxis aber verändert sich dadurch. Das vielfältige Patientenkontingent verlagert sich, hin zu überwiegend mittel bis schwer betroffenen Patienten. Der Logopäde muss sich auf längere Therapiezeiten vorbereiten. Er muss sich notwendigerweise auch auf vorsprachliche Kommunikationsmethoden und kürzere Aufmerksamkeitszyklen einstellen. Die Dynamik von interaktiven Prozessen verläuft deutlich langsamer als bei „leichten Fällen“. Die schweren Sprachentwicklungsstörungen betreffen nicht nur die Persönlichkeit des Kindes, sondern auch die der Eltern. Dem muss im Beratungsgespräch Raum gegeben werden. Eltern schwer betroffener Kinder benötigen mehr Beratung und Begleitung durch den Therapeuten. Daher sind auch die Elternberatung und die Anleitung der Eltern immer ein wichtiger Teil der logopädischen Therapie, besonders jedoch bei Kindern mit schweren Defiziten (Zollinger, 1991). Denn es sind die Unsicherheit und die Schuldgefühle, die die affektive Beziehung zum Kind belasten (Wulbert, 1975). Sie erfordern eine intensive Form der Beratung und differenzierten Inhalt der Elternarbeit. Dies setzt entsprechende Kompetenzen beim Logopäden voraus. Eine der wichtigsten therapeutischen Erfahrungen besteht jedoch bei der Arbeit mit schwer sprachentwicklungsverzögerten und –gestörten Kindern darin, das Anforderungslevel der Eltern dem Stand des Kindes

anzupassen und keine schnellen Erfolge zu erwarten, sondern die Grenzen des Kindes und die der therapeutischen Möglichkeiten akzeptieren zu lernen.

### 4.3 Hypothese 3

Die dritte Hypothese ging von der Annahme aus, dass der Anteil der Kinder mit mehrsprachigem Hintergrund in der logopädischen Praxis nach der Zugangsänderung abnimmt.

Die deskriptiven Berechnungen haben das nicht bestätigen können. Im Vergleich der Praxisgruppen 1 und 2 (Experimental- und Kontrollgruppe), sowie im Vergleich der Praxisgruppen 3 und 4 (Vergleichsgruppen) konnte ein Anstieg im Anteil mehrsprachiger Kinder beobachtet werden. Das Ergebnis spricht damit eher dafür, dass Kinder mit Mehrsprachigkeit nicht seltener, sondern häufiger zum Logopäden geschickt werden. Das mag aus einem aktuellen gesellschaftlichen Fokus heraus entstanden sein, der sich für die Integration und die Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten von mehrsprachigen Kindern positiv auswirkt. In der Schweiz werden deutlich mehr Kinder zweisprachig erzogen als in Deutschland oder in den Niederlanden (Büchi & Horak, 2008). Dem statistischen Bundesamt der Schweiz konnte bei der Recherche entnommen werden, dass ca. 35% der Schweizer nicht nur die Hauptsprachen französisch oder deutsch sprechen. Dies ist ein Ergebnis der Volkszählung im Jahr 2000. Der mehrsprachige Bevölkerungsanteil hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen, alleine im Jahr 2010 um 2% (bfs, 2011). Sowohl in Praxisgruppe 1-2 als auch in Praxisgruppe 3-4 sind die mehrsprachigen Kinder überproportional zum Anteil in der Bevölkerung vertreten. Der Anteil mehrsprachiger Kinder in der logopädischen Praxis liegt aktuell bei ca. 45-50%. Die Sprachenvielfalt in der Schweiz ist groß, es handelt sich nicht nur um Kinder mit Migrationshintergrund, sondern auch ganz allgemein um zweisprachige Erziehung, bei der beide Elternteile ihre verschiedenen Muttersprachen mit dem Kind sprechen. Die PISA-Studie, die europaweit durchgeführt wird, hat die Notwendigkeit einer frühen sprachlichen Förderung aufgezeigt. Daher sind Eltern und Ärzte besonders sensibel im Umgang mit mehrsprachigen Kindern geworden. Es ist in der Gesellschaft angekommen, dass der spätere schulische Lernerfolg auch und gerade von der Sprache abhängig ist (Catts et al, 1994) (Suchodoletz, 1999) (Wetherell, 2007) (Preston, 2010) (Brizolara, 2011).

In der Literatur finden sich durchaus unterschiedliche Meinungen zu Bilingualität. E. Montanari (2000) vertritt vehement die Auffassung, dass Mehrsprachigkeit von Logopäden oft falsch eingeschätzt wird. Ihrer Meinung nach haben Kinder, die zweisprachig aufwachsen, nicht mehr Probleme beim Spracherwerb als andere Kinder auch. Kielhöfer und Jonekeit (2002) beschrei-

ben umfangreich den Unterschied zwischen Familiensprache und Umgebungssprache. Sie setzen sich für die sog. „natürliche Zweisprachigkeit“ ein und empfehlen die Sprachverteilung gebunden an Personen oder Situationen als praktikable Möglichkeit des mühelosen frühen Erlerns. Im Vorwort zu E. Montanaris (2003) Klassiker „Mit zwei Sprachen groß werden“ erläutert Professor Dr. J. Meisel den aktuellen Forschungsstand. Ältere Untersuchungen hätten gelegentlich Anlass zu Bedenken gegeben, ob ein Kind nicht etwa jede Sprache unvollkommen erlernen würde und so Defizite im Spracherwerb entstünden. Es gibt für ihn keinen Zweifel, dass die menschliche Sprachfähigkeit eine Anlage zur Mehrsprachigkeit bedeutet. Es wird kritisiert, dass die Mehrsprachigkeit in der Ausbildung der Logopäden nicht genügend bearbeitet wird und auf Alltagswissen zurückgegriffen wird (Meisel in Montanari, 2003). G. Hoppenstedt (2010) schildert ausführlich die Schwierigkeiten beim bilingualen Aufwachsen und sieht die Spracherwerbsprobleme durchaus differenziert. Sie rät nicht durchgängig zur Zweisprachigkeit, sondern stellt Konzepte und Materialien vor, mit denen die deutsche Sprache unter Rückgriff auf die jeweilige Muttersprache gefördert werden kann.

Die im Dezember 2005 vorgelegte OECD-Studie (OECD, 2005) stellt fest, dass in Deutschland der Abstand zwischen der zweiten Generation der Kinder von Migranten und den übrigen Schülern so groß ist wie nirgendwo sonst in Europa. Laut PISA zählen 40% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer Aussichten auf beruflichen Erfolg zu einer sog. Risikogruppe. Vor diesem Hintergrund ist die vermehrte sprachliche Förderung von zweisprachigen Kindern als verantwortungsbewusste Reaktion von Ärzten, Therapeuten und anderen Berufsgruppen zu verstehen. Die Schweiz ist in der PISA-Studie deutlich besser platziert. Vielleicht unterstützt eine zentrale Abklärungsstelle die pro forma Beobachtung und Kontrolle eines mehrsprachig aufwachsenden Kindes, um bei etwaigen Problemen zeitig zu intervenieren.

#### **4.4 Praktische Probleme**

Die zweiseitigen Erfassungsbögen haben die Daten geliefert, die für diese Bachelorarbeit genutzt wurden (siehe 2.1). Es wurden die Angaben zum Alter, zur Schwere der Diagnose und Schwere der SEV sowie zur Mehrsprachigkeit für die Berechnungen in das SPSS-Programm eingegeben. Ein Problem war die Kategorie „Erstzuweisung“, die nicht den formalen Zugang wiedergab, sondern vielmehr, wem die Probleme aufgefallen waren. Mehrere Fälle von Kindern, die nach der NFA 2008 diagnostiziert wurden, hatten aus diesem Grund Kreuze bei allen Erstzuweisungsmöglichkeiten. Also z.B. bei Eltern oder dem Heilpädagogischen Dienst. In den Erfassungsbogen nach 2008 wurde nicht die Kategorie Kinderspital als möglicher Erstzuweiser ergänzt. Das Problem wurde gelöst über die Kombination von Jahr und Ort der Praxis (siehe

Kapitel 2.2). Die Kombination von „Jahr der Abklärung“ und dem „Ort der Praxis“ erlaubte, davon aus zu gehen, dass alle Züricher und Winterthurer Kinder der Jahre 2008 und 2009 vorher im Kinderspital gewesen waren.

Weiterführend wäre es sicherlich auch interessant gewesen herauszufiltern, wie viele der Eltern in den jeweiligen Jahren letztlich die Abklärung aus eigener Tasche bezahlt haben. Da es ja auch nach 2008 Eltern gibt, die direkt kommen, ohne vorher im Kinderspital gewesen zu sein. Diese Information enthält der Erfassungsbogen nicht, weil er vor der Zugangsänderung 2008 konzipiert worden ist. Auf Nachfrage im „Zentrum für kleine Kinder“ in Winterthur konnte diese Information, die in anderen Listen festgehalten worden war, nacherhoben werden. Frau Walpen konnte mitteilen, dass vor 2008 jährlich ca. 60 Eltern direkt zur Abklärung gekommen sind und diese auch selbst bezahlt hätten. Aber es wäre zu dem Zeitpunkt auch noch möglich gewesen, im nach hinein eine Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu erwirken. Diese Kostenübernahme geht nun nicht mehr. Frau Walpen gab an, dass nach 2008 jährlich ca. 20 Eltern direkt gekommen wären, und die Tendenz sei sinkend.

Im Laufe der Auswertung ergaben sich Schwierigkeiten mit den Identifikationsnummern. Insgesamt 45 Bögen waren doppelt nummeriert. Sie hatten sowohl eine dreistellige als auch eine vierstellige Nummer. Daher waren sie doppelt im SPSS-Programm vertreten. Nach Durchsicht aller Bögen wurden die Doppelungen entdeckt und korrigiert. Alle eingegebenen Daten wurden einzeln mit den Erfassungsbögen auf Papier verglichen und kontrolliert.

### **4.5 Berufliche Relevanz**

Ein direkter niedrigschwelliger Zugang zur logopädischen Diagnostik und Therapie, ohne den Umweg über eine ärztliche Voruntersuchung, sowie er in den Niederlanden und in einigen Schweizer Kantonen praktiziert wird, hat den Vorteil der Früherkennung für die Patienten. Die Forschung weiß, dass die Früherkennung und Prävention manifeste Sprachstörungen vermeiden kann. Unsere Untersuchung zeigt, dass der hochschwellige Zugang nicht zur Früherkennung der Kinder beiträgt. Die zunehmende Akademisierung des Logopädenberufes ermöglicht die Forschung in eigener Sache und damit eine Verbesserung der logopädischen Therapiemethoden. Das qualitativ hochwertige Arbeiten auf Grund von Forschung und Wissenschaft ermöglicht und bestärkt das eigenständige selbständige Arbeiten der Logopäden. Die Zuweisung durch einen Arzt oder eine Abklärungsstelle ist nicht mehr notwendig. Die Akademisierung verbessert das Kompetenzprofil der Logopäden. Und bewirkt eine wichtige berufliche Relevanz in

Deutschland. Sie führt letztlich auch zu einer neuen Verhandlungsposition bei der Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Überweisern.

Die in dieser Arbeit aufgezeigte beschriebene Verschiebung von Arbeitsinhalten aus der logopädischen Praxis ins Kinderspital hat einen Einfluss auf das Berufsprofil (siehe 4.2). Der Logopäde wird zum Handlanger einer zuweisenden Institution. Es ist für uns relevant, dieser Entwicklung entgegenwirken, durch z.B. eine akademisierte Ausbildung und Herausstellung der bereits schon jetzt getätigten Arbeitsinhalte.

Denn wegen der zahlreichen neuen Schulen (86 Logopädie-schulen in Deutschland, 12 Hochschulen mit Studienangebot, Stand Nov. 2011) drängen auch immer mehr gut ausgebildete Logopäden auf den Arbeitsmarkt. Ein direkter Zugang zur logopädischen Diagnostik und Therapie ohne den Umweg über eine ärztliche Voruntersuchung (wie in den Niederlanden und Teilen der Schweiz) hätte also auch für die Kollegen in der Praxis einen nicht zu unterschätzenden Vorteil. Die Eltern können mit ihrem Kind direkt zum Therapeuten ihrer Wahl gehen, um eine Diagnostik zu bekommen und um Fragen sofort und direkt zu beantworten. Hier können uns bei Verhandlungen mit den Kassenverbänden Erfahrungen aus dem europäischen Ausland (Niederlande und Schweiz) nützlich sein und uns zusätzliche Argumente liefern. Der direkte Zugang zur logopädischen Therapie ohne Umweg über den zuweisenden Arzt kann damit ein Modell der Zukunft sein.

Hypothese 1:

Das Risiko einer manifesten SEV minimiert sich, je jünger die Kinder bei Behandlungsbeginn sind (siehe 1.2). Für Eltern, die sprachliche Auffälligkeiten ihrer Kinder am ehesten beobachten und sich Sorgen machen, ist die direkte logopädische Abklärung sicher beruhigend (Göllner, 2002). Die Bedeutung der Frühintervention bei sprachauffälligen Kindern kann das Risiko einer manifesten SEV minimieren (Grimm, 2003). Man kann das frühe Zeitfenster nutzen, um die sensiblen Phasen des Entwicklungsgeschehens zu beeinflussen und um so viele Folgeschäden zu vermeiden (Penner, 2006). Dadurch haben wir Logopäden bei dem niedrigschwelligen Zugang eine größere Chance auf frühen Erfolg.

Hypothese 2:

Die Mischung der Patienten ist durch die Neuregelung anders geworden, das verändert das Arbeiten. Längere Behandlungszeiten und andere Therapiemethoden werden dadurch in der logopädischen Praxis unter Umständen notwendig (siehe auch 4.2). Zukünftig wird es daher wichtig sein, weniger Patientenfluktuation, längere Verweildauer durch lange Therapiezeiten und weni-

ger mögliche Neuaufnahmen zu berücksichtigen. Wie werden langfristig neue Patienten versorgt? Reichen die vorhandenen Kapazitäten aus? Können sich die Kollegen zusätzlich zum Praxisalltag noch um Früherkennung und Prävention von Kindern kümmern, die vielleicht nur kurzfristig einen Therapieplatz benötigen? Diese Fragen führen zu Konsequenzen, die von den niedergelassenen Logopäden bedacht und gelöst werden müssen.

Hypothese 3:

Weil wir zunehmend mit mehrsprachigen Kindern zu tun haben, ist es nötig, zweisprachige Logopäden auszubilden. Internationale Zusammenarbeit der Logopäden untereinander wird wichtig, um zweisprachige logopädische Versorgung zu installieren. Wir müssen uns darauf einstellen, dass wir in Zukunft mehr zweisprachige Kinder versorgen müssen. Das vorhandene Material ist aber noch problematisch. Neukonzeption oder auch Übersetzungen von evaluiertem Testmaterialien und Untersuchungen zur Sprachentwicklung in anderen Sprachen sollten von unserer logopädisch-fachlichen Seite aus initiiert und unterstützt werden.

Wenn wir davon ausgehen, dass Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen oder Sprachentwicklungsverzögerungen häufig Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben lernen entwickeln, ist es sinnvoll, die Behandlung einer LRS auch vom Logopäden durchführen zu lassen. In Deutschland darf diese Störung nur von Pädagogen und Psychologen behandelt werden. Störungen des Lesens und des Rechtschreibens liegt ein komplexes Gefüge unterschiedlicher Faktoren zugrunde. Es wird schon länger davon ausgegangen, dass der Schriftspracherwerb eng mit der gesprochenen Sprache verbunden ist (siehe 1.2). Zusammenhänge zwischen phonologischen Aussprachestörungen und LRS mit phonologischem Defizit gelten im englischen Sprachraum als belegt (Suchodoletz, 1999,) (Jansen, 1999) (Brizzolara et al, 2011). Es wird angenommen, dass diese Kinder keine ausreichende alphabetische Strategie entfalten können. Der Anteil der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen, die später eine LRS zeigen, liegt gemäß einer Metastudie mit englisch-sprachigen Kindern zwischen 40 und 50% (Schnitzler, 2008). Liegen bei LRS zusätzlich zu einem phonologischen Defizit Probleme auf anderen sprachlichen Ebenen vor (Grammatik, Wortschatz), müssen sie entsprechend berücksichtigt werden. In der aktuellen Version der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) heißt es:

„Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben“.

Es ist an der Zeit zu überlegen, ob die LRS nicht auch ein logopädisches Störungsbild darstellt, das wir in den Heilmittelkatalog wieder aufnehmen sollten. Das wäre sinnvoll, weil eine Sprachentwicklungsverzögerung häufig die Ursache einer Lese-Rechtschreibstörung ist und auf audi-



tiven Problemen beruht, die schon im Vorschulalter behandelt worden sind (Jansen & Marx, 1999) (Catts et al, 1994). Die LRS ist nicht im Heilmittelkatalog der Logopäden als behandelbares Störungsbild aufgeführt. Es wäre sinnvoll, darauf hinzuwirken, dass Logopäden dieses Phänomen mitbetreuen dürfen. Dadurch würde sich das Tätigkeitsfeld eines Logopäden erweitern.

### **4.6 Ausblick und Fazit**

Durch diese empirische Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Zuweisungsart sehr wohl einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Patientenklintel sprachentwicklungsauffälliger Kinder in der logopädischen Praxis hat. Dieses neue Zugangsmodell ist jetzt seit drei Jahren in Kraft. (seit 01.01.2008) Die Durchsetzung dieses Konzepts in Zürich hat zu einigen Veränderungen in der logopädischen Praxis geführt. Der Vergleich des niedrig- und hochschwelligem Zuganges beeinflusst die Vielfalt der Patientengruppe. Die Nacherfassung der Jahre 2010 und 2011 könnte die weiteren Auswirkungen dieser Regelung feststellen. Wo bleiben die sog. „leichten Fälle“? Öffnet sich die Schere des Entwicklungsalters der Kinder bezüglich des chronologischen Alters, wenn sie nicht oder spät behandelt werden? Werden aus den „leichten Fällen“ „schwere Fälle“? Das kann man sicherlich erst in zwei oder drei Jahren feststellen. Ergeben sich gesicherte Verbesserungen für mehrsprachige Kinder? Die NFA und ihre Auswirkungen auch in anderen Bereichen sollten nach einer gewissen Laufzeit hinsichtlich ihrer Effektivität und gewünschten Ziele überprüft werden. Für die Patienteneltern ist der niedrigschwellige Zugang zur logopädischen Diagnose und Therapie eine deutliche Verbesserung, weil sie sofort eine fachlich-relevante Antwort auf ihre Fragen bekommen. Eltern zeigen sich in verschiedenen Studien als durchaus kompetent den Entwicklungsstand ihres Kindes einzuschätzen, sich dem Entwicklungsstand ihres Kindes anzupassen und sich gemäß dem Entwicklungsstand ihres Kindes förderlich und unterstützend zu verhalten (Papousek, 1994) (Grimm, 2006). Es ist schade, dieses Potential ungenutzt zu lassen.

Bezogen auf methodische Aspekte fallen die stark unterschiedlichen Größen der Stichprobe ins Gewicht. Die Kontrollgruppe zählt 453 Bögen, die Experimentalgruppe 153. Zusätzliche Daten aus 2010 und 2011 würden die berechenbare Patientengruppe 2 vergrößern, Effekte statistisch deutlicher machen können und dadurch eine höhere Aussagekraft liefern.

Diese Arbeit zeigt deutlich, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Personen, die an der Erziehung und Förderung des sprachentwicklungsverzögerten Kindes beteiligt sind, um so unkomplizierter wird, je einfacher eine fachliche logopädische Diagnostik und Therapie zu erhalten ist. Von besonderem Interesse könnte hierbei auch die unerwartete Vergrößerung des Anteils

les der zweisprachigen Kinder sein. Die genannten Gesichtspunkte sollten Eingang in die Diskussion über den direkten Zugang zum Logopäden finden. Es ist zu prüfen, ob auch in der Schweiz (wieder) und in Deutschland diese Variante angeboten werden könnte. Für die Eltern sprachentwicklungsverzögerter Kinder, für die Logopäden und für die interdisziplinäre Zusammenarbeit eröffnen sich so neue Möglichkeiten.

**Der niederschwellige Zugang zur Logopädie unterstützt die Früherkennung und Prävention sprachentwicklungsauffälliger Kinder in der logopädischen Praxis.**

## 5 Literaturverzeichnis

- Adams, C., Lloyd, J., Aldred, C., & Baxendale, J. (2006). Exploring the effects of communication intervention for developmental pragmatic language impairments: a signal-generation study. *Int J Lang Commun Disord*, 41 (1), 41-65.
- Apeltauer, E. (2008). Wortschatz- und Bedeutungsentwicklung bei zweisprachig aufwachsenden Kindern. *Flensburger Papiere zur Mehrsprachigkeit und Kulturenvielfalt*, 35ff.
- Büchi, C., & Horak, R. (2008). *Erfassung früher Spracherwerbstörungen*. Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach, Logopädie. Rorschach: Eigendruck.
- Bürki, D., & Walpen, S. (1. November 2011). Vorgehensweise des Kinderspitals bezüglich SEV-Patienten.
- Bürki, D., Mathieu, S., Sassenroth-Aebischer, S., & Zollinger, B. (2008). Kleine Kinder mit Spracherwerbstörungen: eine heterogene Gruppe. *Logos Interdisziplinär*, 16 (4), 244-250.
- Beitschmann, J., Nair, R., & Clegg, M. (1986). Prevalence of speech and language disorders in five years old kindergarten children in the Ottawa-Carleton Region. *J Speech Hear Res* (51), 98-110.
- bfs. (1. Januar 2001). *bfs.admin.ch*. Abgerufen am 25. November 2011 von <http://www.bfs.ch.admin.ch/>
- Bishop, D. (1997). *Uncommon understanding. The development and disorders of language comprehension in children*. Hove: Psychology Press.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Auflage Ausg.). Heidelberg Berlin: Springer Verlag.
- Brügge, W., Mohs, K., & Richter, E. (2005). *So lernen Kinder sprechen. Die normale und die gestörte Sprachentwicklung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brandstetter, G., Bode, H., & Ireton, H. (2003). *Elternfragebogen zur kindlichen Entwicklung, 1-6 Jahre (EFkE)*. Augsburg: Verlag: Alexander Möckl.
- Brizzolara, D., Gasperini, L., Pfanner, P., Cristofani, C., Casalini, C., & Chilosi, A. (2011). Long-Term reading and spelling outcome in Italian adolescents with a history of specific language impairment. *Cortex* (70).

- Bundesvereinigung, K. (1. Januar 2011). *kbv.de*. Abgerufen am 11. Dezember 2011 von <http://www.kbv.de/vl/14114.html>
- Burkhardt Montanari, E. (2000). *Wie Kinder mehrsprachig aufwachsen*. Frankfurt: Brandel & Aspel Verlag.
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J., & Philippi, H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child*, 94 (2), 110-116.
- Catts, H., Chieh-Fang, H., Larrivee, L., & Swank, L. (1994). Early identification of reading disabilities in children with speech-language impairments. In R. Watkins, & M. Rice, *Specific language impairments in children* (S. 145-160). Baltimore: Brookes.
- Conti-Ramsden, G., & Durkin, K. (2008). Language and Independence in Adolescents with and without a History of Specific language Impairment (SLI). *J Speech Lang hear Research*, 51 (1), 70-83.
- Dähn, S., Lehnhoff, A., Neumann, C., Rohdenburg, W., Ringmann, S., & Siegmüller, J. (2011). Frühe inputorientierte Lexikontherapie bei Kindern im Late-Talker-Stadium. *Forum Logopädie* (5), 6-11.
- Dannenbauer, F., Homburg, G., Malhack, V., & Baumgartner, S. (2004). *Standort: Sprachheilpädagogik*. Dortmund: verlag modernes-lernen.
- dimdi. (1. Januar 2011). *dimdi.de*. Abgerufen am 8. Dezember 2011 von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/block-f80-f89.htm>
- DLV. (1. Januar 2008). *logopädie.ch*. Abgerufen am 30. November 2011 von <http://www.logopädie.ch/Home.20.html?&L=0>
- Edwards, S., Fletcher, P., Garman, M., Hughes, A., Letts, C., & Sinka, I. (1997). *The Reynell Developmental Language Scales*. Windsor: Nfer-Nelson.
- Enderby, P. (1995). *Epidemiology of Communicatrion disorders and Service Planning in: Leahy: Disorders of Communication*. London: Whurr Publishers.
- Fox, A. (2005). *Kindliche Aussprachestörungen: Phonologischer Erwerb, Differentialdiagnose, Therapie* (3. Auflage Ausg.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Göllner, B. (2002). Qualität der Betreuung sprachentwicklungsgestörter KInder aus Sicht der Eltern. In W. Suchodoletz, *Therapie von Sprachentwicklungsstörungen -Anspruch und Realität* (S. 143-165). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gallagher, A. C. (2009). Evaluation of speech and language therapy interventions for pre-school children with specific language impairment: a comparison of outcomes following

- socialist intensive, nursery-based and no intervention. *Int J Lang Comm Disord* , 44 (5), 616-638.
- Geissmann, H. (26.. Juni 2011). <http://www.dbl-ev.de>. Abgerufen am 26.. Juni 2011 von <http://www.dbl-ev.de>: <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=1064>
- Goodwin, C. (1998). *Research in Psychology: Methods and Designs*. New York: Wiley.
- Grimm, H. (1999). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H., & Doil, H. (2006). *Elternfragebögen für die Erfassung von Risikokindern (ELFRA)* (2. Auflage Ausg.). Göttingen: Hogreve.
- Grimm, H., & H., D. (2000). *ELFRA - Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Guttorm, T., Leppänen, P., Poikkeus, A., Eklund, K., Lyttinen, P., & Lyttinen, H. (2004). Brain event-related potentials (ERPs) to speech stimuli at birth associated with reading skills in children with and without familial risk for dyslexia. In IACAPAP, *Book of Abstracts of the 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and allied Professions* (S. 159ff). Darmstadt: Steinkopff.
- Haffner, U. (1995). *Gut reden kann ich. Das entwicklungsproximale Konzept in der Praxis*. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Hall, N. (1997). Developmental Language Disorders. *Seminars in Pediatric Neurology* , 4 (2), 77-85.
- Hellbrügge, T. (1994). *Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik - zweites und drittes Lebensjahr*. München: Deutsche Akademie für Entwicklungsrehabilitation.
- Hoppenstedt, G. (2010). *Meine Sprache als Chance -Handbuch zur Förderung von Mehrsprachigkeit*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Irwin, J., Carter, A., & Briggs-Gowan, M. (2009). The social-emotional development of "late-talking" toddlers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 41 (11), 1324-1332.
- Jansen, H., & Marx, H. (1999). Phonologische Bewußtheit und ihre Bedeutung für den Schriftspracherwerb. *Forum Logopädie* , 7-15.
- Kühn, P., & von Suchodoletz, W. (2009). Ist ein verzögerter Sprachbeginn ein Risiko für Sprachstörungen im Einschulungsalter? *Kinderärztliche Praxis* , 80, 343-348.
- Kielhöfer, B., & Jonekeit, S. (2002). *Zweisprache Kindererziehung*. Tübingen: Stauffenburg Verlag.

- Kruse, S. (2007). *Kindlicher Grammatikerwerb und Dysgrammatismus* (2. Auflage Ausg.). Bern: Haupt Verlag.
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev* , 3, 0.
- Law, J., Rush, R., Schoon, I., & Parsons, S. (2009). Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood; literacy, mental health and employment outcomes. *J Speech Lang Hear Res* , 52 (6), 1401-1416.
- lotse.zh. (1. Januar 2008). *lotse.zh*. Abgerufen am 14. November 2011 von <http://www.lotse.zh.ch/pages/500038>
- Maxwell, S., & Wallach, G. (1984). The language-learning disabilities connection: Symptoms of early language disability change over time. In G. Wallach, & K. Butler, *Language-learning disabilities in school-aged children* (S. 15-34). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Meisel, J. (01. März 2006). Mehrsprachigkeit. *Die Zeit* , 10 (02), S. 37ff.
- Montanari, E. (2003). *Mit zwei Sprachen groß werden* (2. Auflage Ausg.). München: Kösel Verlag.
- Nelson, H., Nygren, P., Walker, M., & Panoscha, R. (2006). Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* , 117 (2), 298-319.
- NVLF. (1. Januar 2011). <http://www.logopedie.nl>. Abgerufen am 30. November 2011 von [http://www.logopedie.nl/site/is\\_er\\_altijd\\_verwijzing\\_van\\_een\\_arts\\_nodig](http://www.logopedie.nl/site/is_er_altijd_verwijzing_van_een_arts_nodig)
- OECD. (1. Dezember 2005). [www.oecd.org](http://www.oecd.org). Abgerufen am 11. Dezember 2011 von <http://oecd.org/dataoecd/62/12/35796774.pdf>
- Oller, D., Eilers, R., Neals, A., & Schwartz, H. (1999). Precursors to speech in infancy: the prediction of speech and language disorders. *Journal of Communication Disorders* (32), 223-245.
- Papousek, M. (1994). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort*. Bern: Haupt.
- Penner, Z. (2002). Plädoyer für eine präventive Frühintervention bei Kindern mit Spracherwerbsstörungen. In W. v. Suchodoletz, *Therapie von Sprachentwicklungsstörungen - Anspruch und Realität* (S. 106-142). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Penner, Z. (2006). *Von der Silbe zum Wort* (1. Auflage Ausg.). Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

- Pennigton, L., & Thomson, K. (2007). It Takes Two to Talk: The Hanen Program and families of children with motor disorders: a UK perspective. *Child Care Health Dev* , 33 (6), 691-702.
- Pennigton, L., Thomson, K., Jaes, P., Martin, L., & McNally, R. (2009). Effects of it takes two to talk: the hanen program for parents of preschool children with cerebral palsy: findings from an exploratory study. *J Speech Lang Hear Res* , 52 (5), 1121-1138.
- Petermann, F., & Stein, I. (2000). *Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahre (ET 6-6)*. Frankfurt (Main): Swets.
- Poll, G., Betz, S., & Miller, C. (2010). Identification of clinical markers of specific language impairment in adults. *J Speech Lang Hear Res* , 53 (2), 414-429.
- Preston, J., Frost, S., Mencl, W., Fulbright, R., Landi, N., Grigorenko, E., et al. (2010). Early and Late-Talkers: School-age language, literacy and neurolinguistic differences. *Brain* , 133 (8), 2185-2195.
- Prizant, B., Audet, L., Burke, G., Hummel, L., Maher, S., & Theodore, G. (1990). Communication disorders and emotional/ behavioral disorders in children and adolescents. *Journal of Speech and Hearing Disorders* (55), 179-192.
- Rice, M. (1993). Social consequences of specific language impairment. In H. Grimm, & H. Skowronek, *Language acquisition problems and reading disorders* (S. 111-128). Berlin: de Gruyter.
- Sachse, S. (2005). Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In W. v. Sucedolez, *Früherkennung von Entwicklungsstörungen - Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten* (S. 155-189). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schöler, H., Fromm, W., & Kany, W. (1998). *Spezifische Sprachentwicklungsstörung und Sprachlernen*. Heidelberg: C. Winter.
- Schnitzler, C. D. (2008). *Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schrey-Dern, D. (14. November 2011). Durchschnittliches Verordnungsalter von SEV in Deutschland? (A. Möller-Klüber, Interviewer)
- Sheridan, S., Knoche, L., Kupzyk, K., Poepe Edwards, C., & Marvin, C. (July 2011). A randomized trial examining the effects of parent engagement on early language and literacy: the Getting Ready Intervention. *Journal of School Psychology* , 1-23.
- Shriberg, L. e. (2000). Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusion. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* (43), 79-99.

- Siegmüller, J., & Kauschke, C. (2006). *Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier.
- Silva, P. (1980). The prevalence, stability and significance of developmental language delay in preschool children. *Dev Med Child Neurol* (22), 768-777.
- Snow, C., Burns, M., & Griffin, P. (1998). *Preventing reading difficulties in young children*. Washington DC: National Academy Press.
- Stevenson, J., & Richmann, N. (1976). The prevalence of language delay in a population of three year old children and its association with general retardation. *Dev Med Child Neurol* (18), 431-441.
- Suchodoletz, W. v. (1999). 100 Jahre LRS-Forschung -Was wissen wir heute? *Kinder- und Jugendpsychiatrie* , 27 (3), 27ff.
- Tomblin, J., Freese, P., & Records, N. (1992). Diagnosing specific language impairment in adults for the purpose of pedigree analysis. *Journal of Speech and Hearing Research* (35), 832-843.
- Tomblin, J., Smith, E., & Zhang, X. (1997). Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors. *J Commun Disord* , 30, 325-344.
- Tracy, R. (2007). *Wie Kinder Sprachen lernen*. Tübingen: Narr-Francke-Attempo Verlag.
- vimentis. (03. Juni 2009). <http://www.vimentis.ch/d/lexikon/401/Neuer+Finanzausgleich.html>.  
Abgerufen am 07. Dezember 2011 von <http://www.vimentis.ch>
- Wadman, R., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2011). Close relationships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch* , 42 (1), 41-51.
- 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), 243-264.
- Ward, S. (1992). The predictive validity and accuracy of screening test for language delay and auditory perceptual disorder. *European Journal of Disorders of Communication* (27), 55-72.
- Wermke, K. (2004). Vom Schreien zur Sprache - Was die Schrei-Melodien von Säuglingen über die vorsprachliche Entwicklung aussagen. *Frühförderung interdisziplinär* (2), 61-68.
- Wetherell, D., Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (2007). Narrative in adolescents specific language impairment (SLI): a comparison with peers across two different narrative genres. *Int J Lang Commun Disord* , 42 (5), 583-605.



- Wulbert, M., Inglis, S., Kriegsman, E., & Mills, B. (1975). Language delay and associated mother-child interactions. *Developmental Psychology* (11), 61-70.
- Zürich, K. (1. Januar 2008). *lotse.zh*. Abgerufen am 14. November 2011 von <http://lotse.zh.ch./pages500038>
- Zielinski, W. (1995). *Lernschwierigkeiten* (2. Auflage Ausg.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zollinger, B. (1996). *Die Entdeckung der Sprache* (2. Auflage Ausg.). Bern: Haupt Verlag.
- Zollinger, B. (2002). *Die Entdeckung der Sprache* (6. Auflage Ausg.). Bern: Haupt Verlag.
- Zollinger, B. (1991). *Spracherwerbsstörungen*. Bern: Haupt Verlag.
- Zollinger, B. (1987). *Spracherwerbstörungen. Grundlage zur Früherfassung und Frühtherapie*. Bern: Haupt Verlag.
- Zollinger, B., Bürki, D., Rieser, R., Mathieu, S., Walpen-Christ, S., & Sassenroth-Aebischer, S. (2008). *Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken* (3. Auflage Ausg.). (B. Zollinger, Hrsg.) Bern Stuttgart Wien: Haupt Verlag.

## **Erklärung**

Hiermit erklären wir die vorliegende Diplomarbeit selbständig angefertigt zu haben. Es wurden nur die in der Arbeit ausdrücklich benannten Quellen und Hilfsmittel benutzt. Wörtlich oder sinngemäß übernommenes Gedankengut haben wir als solches kenntlich gemacht.

---

Ort, Datum Christine Böhm-Späth Annika Möller-Klüber

# Anhang

2-seitiger Erfassungsbogen der Forschungsgruppe CH

A Nummer:		B Praxis:		Abklärung durch:	
C m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	D Name:		E Vorname:	
F Geb.:					
Adresse				Tel:	
GDat. Abkl.:		HAlter b. Abkl.:		JAlter Thera.beg.:	
Kalter Thera.ende:					
Mutter:	K Jahrg.:	<input type="checkbox"/> sozioökonom. benachteiligt L		<input type="checkbox"/> berufstätig M	
		<input type="checkbox"/> sozioökonom. privilegiert		<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	
Vater:	N Jahrg.:	<input type="checkbox"/> sozioökonom. benachteiligt O		<input type="checkbox"/> berufstätig P	
		<input type="checkbox"/> sozioökonom. privilegiert		<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	
Geschwister: Q <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein R <input type="checkbox"/> Zwilling/Mehrling					
S <input type="checkbox"/> nur ältere <input type="checkbox"/> nur jüngere <input type="checkbox"/> ältere und jüngere					
Sprachen:		TMehrsprachigkeit		UKM + Kind:	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		VKV + Kind:	
W Familie:					
XInstitutionelle ausserfamiliäre Betreuung: <input type="checkbox"/> keine					
<input type="checkbox"/> Krippe/Tagesmutter <input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Kiga <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> keine Angaben					
YErstzuweisung durch:		ZGrund für Anmeldung:		Zusätzliche Angaben:	
<input type="checkbox"/> Eltern		<input type="checkbox"/> spricht nicht/nur einzeln Wörter		<input type="checkbox"/> Verhalten auffällig(z.B. scheu, aggr.)	
<input type="checkbox"/> Kinderarzt		<input type="checkbox"/> spricht unverständlich		<input type="checkbox"/> Ki kann sich nicht beschäftigen	
<input type="checkbox"/> Heilpäd. Dienst/FE		<input type="checkbox"/> stottert		<input type="checkbox"/> Kind leidet	
<input type="checkbox"/> Andere		<input type="checkbox"/> versteht nicht gut <input type="checkbox"/> anderer		<input type="checkbox"/> Eltern sind besorgt	
AA Bisherige Massnahmen:			AB Bisherige Diagnosen:		
<input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/> Ergo/Psychomot.			<input type="checkbox"/> Syndrom <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> heilpäd. FE <input type="checkbox"/> Logopädie			<input type="checkbox"/> Dysmorphie		
<input type="checkbox"/> HNO/Pädaudio <input type="checkbox"/> KJPD/Psychother.			<input type="checkbox"/> CP		
<input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> keine			<input type="checkbox"/> Allg. Entw.rückstand		
			<input type="checkbox"/> Soziale Deprivation		
			<input type="checkbox"/> Hörstörung		
Anamnestische Angaben: AC					
<input type="checkbox"/> SE: weniger als 50 Wörter mit 24 Mten					
<input type="checkbox"/> Früh-/Mangelgeburt			<input type="checkbox"/> Fütter- u. Gedeihstörung		
<input type="checkbox"/> Schlafstörung			<input type="checkbox"/> Schreiproblematik		
<input type="checkbox"/> motorische Entwicklung auffällig			<input type="checkbox"/> Trennungsängste		
<input type="checkbox"/> andere			<input type="checkbox"/> keine Angaben		

<b>Entwicklungsprofil:</b> AD altersentsprechend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein AE homogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Entwicklungsbereiche bei Abklärung:</b> AF pr.-gn. altersentspr. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein AG symb. altersentspr. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein AH soz.-kom. altersentspr. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein AI sprachl. altersentspr. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Beurteilung: AK</b> <input type="checkbox"/> Verz. Sprechbeginn <input type="checkbox"/> <b>SEV (Forts. AL)</b> <input type="checkbox"/> Redeflussstörung <input type="checkbox"/> Mutismus <input type="checkbox"/> „besondere Sprachen“ <input type="checkbox"/> Autistische Züge <input type="checkbox"/> Unruhiges (Spiel-)Verh. <input type="checkbox"/> andere	<b>ALSEV</b> <input type="checkbox"/> SV-Verzögerung <input type="checkbox"/> Dyslalie <input type="checkbox"/> Dysgrammatismus <input type="checkbox"/> Eingeschr. WS <input type="checkbox"/> Erzählsprache auffällig
<b>AM Ursachenzusammenhänge:</b> <input type="checkbox"/> Motorik/Wahrnehmung/Planung <input type="checkbox"/> Individuation <input type="checkbox"/> andere		
<b>AN Prozedere nach Erstabklärung:</b> <input type="checkbox"/> Therapie intern <input type="checkbox"/> Therapie extern (Logo) <input type="checkbox"/> Kontrolle geplant <input type="checkbox"/> Kontrolle stattgefunden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beratung der Eltern <input type="checkbox"/> andere Massnahme <input type="checkbox"/> keine Massnahme <b>Prozedere nach Kontrolle:</b> <input type="checkbox"/> Therapie intern <input type="checkbox"/> Therapie extern (Logo) <input type="checkbox"/> andere Massnahme <input type="checkbox"/> keine Massnahme		
<b>Therapie:</b> AO Anzahl Therapieeinheiten Total: _____ AP Gesamte Therapiezeit (exkl. Pausen) in Wochen: _____ AQ Gesamtdauer Therapie (Beginn bis Abschluss, inkl. Pausen) in Monaten: _____		
<b>AR Einschulung:</b> <input type="checkbox"/> Regelkindergarten <input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten <input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten <input type="checkbox"/> Sprachheilschule <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Schule	<b>AS Massnahmen bei Therapieabschluss:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ambulante Logopädie <input type="checkbox"/> andere Therapie(n) <input type="checkbox"/> integrierte HP-Förderung im Regelkiga	