Die Rolle der Familie im Kontext logopädischer Frühinterventionen

© 2020, Nina Müller, Logopädin im Frühbereich

Zusammenfassung Die Fachdisziplin Logopädie vereint Einflüsse aus diversen wissenschaftlichen Bereichen und orientiert sich ursprünglich an einem medizinischen Selbstverständnis. Die Sichtweise von Sprachstörungen und Sprachbehinderungen hat sich jedoch in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. Das medizinische Verständnis wird von einem ganzheitlichen abgelöst. Somit gewinnt die Rolle der Familie für den kindlichen Spracherwerb in der logopädischen Arbeit an Bedeutung. Zwischen der allgemeinen Forderung eines vermehrten Elterneinbezugs in logopädische Interventionen und der tatsächlichen Umsetzung in der alltäglichen Arbeit besteht jedoch eine grosse Diskrepanz.
Anhand von Forschungsresultaten werden die Wirksamkeit des Elterneinbezugs, mögliche Gründe für dessen spärliche Durchführung, sowie Umsetzungsmöglichkeiten in der Logopädie im Frühbereich aufgezeigt. Weiter werden bestehende Modelle, Ansätze und Methoden der Elternarbeit beschrieben. Die Umsetzungsmöglichkeit des videobasierten Interaktionstrainings kann auch im Home-Office mit Eltern von kleinen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen durchgeführt werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Das Selbstverständnis der Logopädie ... 3

2 Orientierungsmöglichkeiten für Interventionsansätze ... 3

3 Verständniswandel von Störungsbildern und der Bedeutung des Kontexts ... 4

4 Modelle und Umsetzungsmöglichkeiten der Elternarbeit ... 7

4.1 Das Laienmodell ... 8

4.2 Das Ko-Therapeutenmodell ... 9

4.3 Das Kooperationsmodell ... 10

4.4 Das familienzentrierte Modell ... 10

4.5 Das familienfreundliche Modell ... 12

4.6 Das Interaktionstraining ... 13

4.7 Die logopädische Fachberatung ... 14

5 Die Erweiterung des Interventionsrahmens ... 15

6 Sprachförderung und Sprachtherapie ... 18

7 Die evidenzbasierte Praxis in der Logopädie ... 21

8 Forschungsergebnisse zur Rolle der Familie in logopädischen Frühinterventionen ... 25

8.1 Die Wirksamkeit logopädischer Interventionen ... 25

8.2 Elterninterventionen bei Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter ... 26

8.3 Der Einbezug der Eltern in logopädische Frühinterventionen in Australien ... 28

8.4 Der Einbezug der Eltern in logopädische Interventionen weltweit ... 30

8.5 Gründe für die spärliche Elternarbeit in der Logopädie ... 31

8.6 Elternprogramme bei Sprachentwicklungsstörungen ... 35

8.7 Familienzentriertes Vorgehen in logopädischen Frühinterventionen ... 37

8.8 Ein Elterntraining zum gemeinsamen Bücherschauen ... 38

9 Umsetzungsmöglichkeiten von logopädischen Interventionen der Interaktion ... 40

9.1 Spracherwerbsstörungen und die Eltern-Kind-Interaktion ... 40

9.2 Ziele und Schwerpunkte einer Interaktions-Intervention ... 42

9.3 Ein systemischer und familienzentrierter Ablauf ... 43

9.4 Das Hanen-Programm ... 44

9.5 Das Heidelberger Elterntraining ... 51

9.6 Marte Meo ... 54

Übersicht: Aspekte der sprachförderlichen Eltern-Kind-Interaktion ... 58

Literaturverzeichnis ... 59

1 Das Selbstverständnis der Logopädie

Der Fachbereich der Sprachheilpädagogik wird beeinflusst von diversen wissenschaftlichen Disziplinen wie zum Beispiel die Linguistik, die Medizin, die Pädagogik und die Psychologie (Sassenroth, 2012). Daraus resultiert der Eindruck, dass Wissen aus verschiedenen Bereichen „fundiert aufgearbeitet und in praktische Handlungskonzepte umgemünzt" wird (ebd., S. 132). Jedoch spiegelt sich „in der Fachliteratur der Jahrhundertwende (…) eine gewisse Orientierungslosigkeit in der Theorie- und Konzeptbildung der Sprachheilpädagogik" (ebd., S. 132).

Sassenroth (2012) stellt auch aktuell in der Sprachheilpädagogik Orientierungslosigkeit fest und nennt das Beispiel des Auseinanderdriftens schulischer und ausserschulischer Sprachheilpädagogik. Grohnfeldt (2014) hält fest, dass sich die Sprachheilpädagogik und die Sprachtherapie voneinander entfernen. Die Sprachtherapie hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer eigenen Fachdisziplin entwickelt (ebd.). Sassenroth (2012) verweist in diesem Zusammenhang auf die vielgeführte Debatte der Abgrenzung von Sprachtherapie und Sprachförderung, wobei sich schulische Angebote tendenziell in Richtung Förderung und ausserschulische in Richtung Therapie bewegen (ebd.). Auf diese Debatte wird in Kapitel 6 eingegangen.

Ursprünglich orientiert sich die logopädische Fachdisziplin an einem medizinischen Verständnis von Behinderung (Law, Reilly & Snow, 2013). Der Begriff Logopädie wird 1913 vom Arzt Emil Fröschels erstmals eingeführt (Grohnfeldt, 2013). Laut Grohnfeldt (2014) findet sich das medizinische Selbstverständnis der Logopädie nicht nur in ihren Wurzeln, sondern auch im späteren Verlauf wieder. Demzufolge fokussiert die Logopädie auf das Diagnostizieren und Behandeln spezifischer Probleme (Law, Reilly & Snow, 2013). Logopädische Interventionen erfolgen oftmals im Rahmen einer Therapie des Kindes (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a; Law, Reilly & Snow, 2013; Suchodoletz, 2003). Dieses Selbstverständnis erweist sich jedoch in verschiedenen Behandlungskontexten als unzureichend (ebd.).

2 Orientierungsmöglichkeiten für Interventionsansätze

Sassenroth (2012) thematisiert mögliche Orientierungsraster, mit deren Hilfe verschiedene Ansätze hinsichtlich ihrer metatheoretischen Orientierung zugeordnet werden können. Zunächst wird auf die fünf Menschenbilder nach Grohnfeldt (2014) verwiesen: das medizinische Modell, das Triebmodell, das Maschinenmodell, das Handlungsmodell und das Systemmodell.

Beim medizinischen Modell werden Interventionsinhalte und –ziele von der therapeutischen Fachperson vorgegeben (ebd.). Im Vordergrund steht das Üben gestörter Funktionen oder Kompensationsmöglichkeiten (ebd.). Beim Triebmodell handelt es sich um einen tiefenpsychologischen und beim Maschinenmodell um einen verhaltenstherapeutischen Ansatz (ebd.).

Beim Handlungsmodell wird davon ausgegangen, dass der Mensch dazu fähig ist, sich selbst zu helfen (Sassenroth, 2012). Es herrscht ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Therapeut und Klient und es wird Hilfe zur Selbsthilfe vermittelt (ebd.). Das Systemmodell versteht eine Person als Teil eines Systems, wobei wechselseitige Beeinflussungen stattfinden (Grohnfeldt, 2014). Systemische Interventionen können durch Fragen erfolgen, womit Reflexionen und Neupositionierungen angeregt werden (Sassenroth, 2012). Hierbei versteht sich die Fachperson als teilnehmende aussenstehende Person (ebd.). Im Vordergrund steht, die einzelnen Familienmitglieder zu einer neuen Positionierung anzuregen und somit die Systemdynamik aufzubrechen (Grohnfeldt, 2014).
Als weiteren Zuordnungsrahmen führt Sassenroth (2012) verschiedene Sichtweisen auf Sprache an. Es wird der philosophische, der linguistische, der pragmatische und der psycholinguistische Blickwinkel genannt (ebd.). Die philosophische Sichtweise beschäftigt sich mit „Sinn und (…) Bedeutung der Sprache für den Menschen" (ebd., S. 133). Die linguistische Sichtweise untersucht das Symbolsystem der Sprache anhand der linguistischen Ebenen Phonetik-Phonologie, Morphologie-Syntax, Semantik-Lexik und Pragmatik (ebd.).
Die pragmatische Sichtweise beschäftigt sich mit den sozialkommunikativen Aspekten der Sprache und stellt die Sprachhandlung in den Vordergrund (ebd.). Die psycholinguistische Sichtweise ist laut Sassenroth (2012) in der Arbeit mit Kindern während des Spracherwerbs vorherrschend. „Die Entwicklungspsycholinguistik beschreibt und erklärt die kindliche Sprachentwicklung als ein entwicklungspsychologisches Phänomen, zu dessen Erklärung sie psychologische Entwicklungstheorien in Abgrenzung bzw. Ergänzung zu linguistischen Erwerbstheorien heranzieht" (Braun, 2006). Beim Ansatz von Barbara Zollinger handelt es sich um einen entwicklungspsychologischen Ansatz. Ein Beispiel für einen linguistisch orientierten Ansatz findet sich im patholinguistischen Ansatz nach Julia Sigmüller und Christina Kauschke.

3 Verständniswandel von Störungsbildern und der Bedeutung des Kontexts

In der Logopädie steht herkömmlicherweise das Individuum mit seiner Störung im Vordergrund (Law, Reilly & Snow, 2013). Kontextfaktoren, die für den Erwerb kommunikativer Fähigkeiten bedeutend sind, werden oftmals vernachlässigt (ebd.). Das Verständnis von Behinderung hat sich jedoch während dem letzten Jahrhundert stark gewandelt (ebd.). Auch das Verständnis von Sprachentwicklungsstörungen hat sich verändert (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Infolge des Nativismus wird zunächst von einer Störung des Individuums ausgegangen (ebd.). Später zeichnet sich im Rahmen von interaktionalen Spracherwerbstheorien die wichtige Rolle der Bezugspersonen im Prozess des Spracherwerbs ab (ebd.).
Im Rahmen der ICF wird Behinderung heute als Gefüge zwischen dem Gesundheitszustand einer Person und Kontextfaktoren gesehen (Howe, 2008). Mit Kontextfaktoren sind Aspekte

des gesamten Lebensumfeldes einer Person gemeint, welche in personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren eingeteilt werden (ebd.). Die personenbezogenen Kontextfaktoren umfassen diejenigen Aspekte einer Person, welche sich nicht auf den Gesundheitszustand beziehen (z.B. Geschlecht, Alter, Bewältigungsstrategien) (ebd.). Die umfeldbezogenen Kontextfaktoren umfassen alle Aspekte ausserhalb der Person (ebd.).
Im Bereich der Logopädie wird sowohl der Begriff Sprachstörung als auch der Terminus Sprachbehinderung verwendet. Das umfassendste Begriffsverständnis von Sprachstörungen und –behinderungen entwickelt Gerda Knura, indem sie beide Begriffe voneinander abgrenzt und den Terminus Sprachbehinderung als Oberbegriff empfiehlt (Braun, 2005). Eine Sprachstörung wird Knura (1980) zufolge als „individuell unterschiedlich verursachte und ausgeprägte Unfähigkeit zum regelhaften, alters- und entwicklungsgerechten Gebrauch der Muttersprache“ definiert (S. 11). Unter Sprachbehinderung wird nach Knura „die durch die Sprachstörung bewirkte Gefährdung oder Beeinträchtigung der Persönlichkeits- und Sozialentwicklung sowie der seelisch-geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit“ verstanden (Braun, 2005, S. 30). Die Begriffe Sprachstörung und –behinderung können demnach hinsichtlich ihres strukturellen Zusammenhangs definiert werden (Sassenroth, 2012). „Sprachstörungen führen zu Kommunikationsstörungen“ (Kannengieser, 2019). Während der Begriff Sprachstörung als Funktionseinschränkung der psycholinguistischen Ebene der Sprache verstanden wird, zeigt der Terminus Sprachbehinderung die Auswirkungen auf (Sassenroth, 2012).
Primäre Sprachentwicklungsverzögerungen oder –störungen können Leistungsschwierigkeiten in der Schule, soziale und emotionale Auswirkungen oder Verhaltensauffälligkeiten nach sich ziehen (Law, Garrett & Nye, 2003). Eine Sprachbehinderung bedeutet eine Kommunikationsbehinderung, die sich auf die Persönlichkeits- und Sozialentwicklung, sowie auf das schulische Lern- und Leistungsverhalten auswirken kann (Sassenroth, 2012). Sprach- und Kommunikationsstörungen können hinsichtlich der Teilhabe in der Bevölkerung lebenslange Folgeerscheinungen wie Analphabetismus, Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit oder Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt nach sich ziehen (Law, Reilly & Snow, 2013). Hinzu kommt, dass kommunikative Fähigkeiten im Arbeitsalltag an Bedeutung gewinnen, je mehr Bildung einer Gesellschaft zuteil wird (ebd.). Da insbesondere junge Menschen durch fehlende Expertise auf dem Arbeitsmarkt vulnerabel sind, wirken sich Kommunikationsschwierigkeiten in diesem Alter besonders verheerend auf die Inklusion aus (ebd.).
Lösungsansätze im Zusammenhang mit Behinderungen müssen oftmals sozial statt individuell angelegt werden (ebd.). Bei einer Behinderung steht nicht allein das Individuum im Fokus (ebd.). Es müssen auch sozio-ökonomische Faktoren berücksichtigt werden (ebd.). Präventive Massnahmen hinsichtlich Wirtschaft, Lebensstil und Umwelteinflüssen stehen heute

im Zentrum (ebd.). Zu beachten sind im Kontext der Kommunikationsbehinderungen insbesondere sozio-ökonomische und psychosoziale Einflüsse (ebd.).
Unterschieden wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (ebd.). Im Rahmen der Logopädie umfasst primäre Prävention Massnahmen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten (ebd.). Innerhalb der sekundären Prävention wird mit Risikogruppen gearbeitet (ebd.). Die tertiäre Prävention fokussiert auf Familien mit Kindern, deren Auffälligkeiten trotz Interventionen persistieren (ebd.). Hierbei wird nicht auf ein Beheben der Schwierigkeiten sondern auf möglichst glimpfliche Auswirkungen derselben hingearbeitet (ebd.).
Hinsichtlich der Ätiologie von Sprachentwicklungsauffälligkeiten herrscht aktuell kein Konsens (Law, Garrett & Nye, 2003). Bei Entwicklungsauffälligkeiten im Kindesalter ist grundsätzlich nicht von einzelnen Ursachen, sondern von einem Ursachengefüge zwischen genetischen und Umweltfaktoren auszugehen (Law, Reilly & Snow, 2013). Zahlreiche Studien weisen auch bei Sprachentwicklungsstörungen auf ein multifaktorielles Ursachengefüge hin (z.B. genetische Faktoren, Komplikationen in der Schwangerschaft, sozio-ökonomischer Status usw.) (Law, Garrett & Nye, 2003).
Unter Einbezug von systemtheoretischen Ansätzen wandeln sich logopädische Interventionen von kindzentrierten Modellen mit den Eltern in passiven Rollen zu ganzheitlichen Modellen mit aktiver Elternzusammenarbeit (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Die Arbeit von Logopädinnen und Logopäden hat sich während der letzten 50 Jahre von kaum vorhandenem Einbezug der Familien zu starkem Einbezug gewandelt (Pappas & McLeod, 2009). „Die Forderung nach einer Sprachtherapie, welche die Eltern einbezieht, markiert den Wechsel von einem medizinischen zu einem psychologischen Interventionsmodell“ (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b, S. 163). Gerade im logopädischen Frühbereich, in dem mit Kindern im Alter von bis zu 5 Jahren gearbeitet wird, sind solche Bemühungen präsent (Law et al., 2019). Familienzentrierte Modelle gelten in diesem Bereich heute als ‚Best Practice’ (Watts Pappas et al., 2008).
Rhoades (2010) verweist auf eine der ersten Publikationen zu familienzentrierter Vorgehensweise aus dem Jahr 1952 und bezeichnet die Jahre 1960-1970 als erste Blütezeit dieses Vorgehens. Dabei stellt die Autorin fest, dass die Durchführung familienzentrierter Interventionen bei Fachpersonen meist ein Umdenken und Verhaltensänderungen erfordert (ebd.). Bei familienzentrierten Ansätzen stehen Logopädinnen und Logopäden vor der Herausforderung, Eltern und Familien nicht nur in ihre Interventionen einzubeziehen, sondern auch die primäre Entscheidungskraft ihnen zu überlassen (Watts Pappas et al., 2008).
Infolge dieses Wandels rücken hinsichtlich logopädischer Vorgehensweise folgende Fragen in den Vordergrund: Wird Personen des Umfeldes die Möglichkeit gegeben, an der Intervention mitzuwirken (Law, Reilly & Snow, 2013)? Arbeiten Fachpersonen für oder mit dem Umfeld (ebd.)? „Über die Notwendigkeit einer Einbeziehung der Eltern besteht weitgehend der

Konsens“ (Suchodoletz, 2003, S. 35). Die aktuelle Praxis sieht aber diesbezüglich ganz anders aus (ebd.). Suchodoletz (2003) hält fest, dass „eine gezielte Anleitung der Eltern (…) derzeit eher die Ausnahme als die Regel“ ist (S. 35). „Im Bereich der Frühtherapie klaffen allgemein akzeptierte Überzeugungen und Realität weit auseinander“ (ebd., S. 35).

4 Modelle und Umsetzungsmöglichkeiten der Elternarbeit

Interventionen mit Familieneinbezug basieren auf Forschungsresultaten, die den signifikanten Einfluss von Eltern- und Familienaspekten auf die Interventionsergebnisse belegen (Rhoades, 2010). In der logopädischen Praxis liegt Elternarbeit im Schnittbereich zwischen pädagogischer, psychologischer und medizinischer Intervention (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b). Dies sprengt den Rahmen des herkömmlichen Berufsbildes und der Ausbildung der Logopädie (ebd.).

Modelle der Elternarbeit stammen überwiegend aus dem Bereich der Frühförderung (Pixa-Kettner, 2001). Die nachfolgend zitierten Publikationen stammen jedoch von Logopädinnen und Logopäden (bzw. ‚speech-language pathologists’ / ‚speech and language therapists’) und bringen Schwerpunkte für die Logopädie ein. In der Logopädie werden verschiedene Ansätze für die Elternarbeit diskutiert, darunter spezifische Elternanleitungen zum Üben zu Hause, Eltern als Ko-Therapeuten oder Interaktionstrainings (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b). Die verschiedenen Modelle der Elternarbeit unterscheiden sich hinsichtlich Interventionsfokus, der auf dem Kind oder der Familie liegen kann, hinsichtlich Einbezug der Eltern und Familien in die Intervention und betreffend Mitarbeit und Mitspracherecht der Familien bei Entscheidungsprozessen (Pappas & McLeod, 2009).

Dehnhardt und Ritterfeld (1998a) fokussieren vor allem auf vier Modelle der Elternarbeit, die den zuvor beschriebenen Verständniswandel abbilden: das Laienmodell, das Ko-Therapeutenmodell, das Kooperationsmodell und das Interaktionstraining. Laut Rhoades (2010) können zu Beginn des 21. Jahrhunderts die nachfolgenden vier Modelle der Elternarbeit unterschieden werden: das professional-directed, das family-allied, das family-focused und das family-centered Modell. Pappas und McLeod (2009) unterscheiden das therapeutenzentrierte, das Ko-Therapeuten- und das familienzentrierte Modell. Zudem stellen die Autorinnen das familienfreundliche Modell für die Logopädie vor (ebd.). Bei den verschiedenen Bezeichnungen der Autorinnen für die einzelnen Modelle der Elternarbeit kommt es zu inhaltlichen Überschneidungen. Im nächsten Kapitel werden überwiegend die Begriffe von Dehnhardt und Ritterfeld (1998a) verwendet, da diese dem deutschen Sprachgebrauch entstammen.

Nachfolgend findet sich eine Übersicht der vier von Pappas und McLeod (2009) genannten Modelle, welche die distinktiven Merkmale aufzeigt.

Tabelle 1

Die vier Modelle der Elternarbeit (in Anlehnung an Pappas & McLeod, 2009, S. 2)

Modell	*Einbezug der Familien in die Intervention*	*Einbezug der Familien in die Interventions-planung*	*Primärer Entscheidungs-träger*	*Primärer Klient*
Therapeuten-zentriert	Nein	Nein	Fachperson	Kind
Eltern als Ko-Therapeuten	Ja	Nein	Fachperson	Kind
Familien-zentriert	Orientierung an den Wünschen der Familie	Orientierung an den Wünschen der Familie	Familie	Normalerweise die Familie (Orientie-rung an den Wün-schen der Familie)
Familien-freundlich	Familien werden unterstützt, an der Intervention teilzu-haben	Orientierung an den Wünschen der Familie	Fachperson	Normalerweise das Kind (Orientierung an den Wünschen der Familie)

4.1 Das Laienmodell

Das Laienmodell sieht eine Expertenrolle für die Therapeutin und eine Laienrolle für die Eltern vor (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Dieses Modell ist bis in die 60er-Jahre weit verbreitet (Pixa-Kettner, 2001). Informationen aus dem Alltagsumfeld des Kindes werden in die Anamnese einbezogen (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Planung und Durchführung der Intervention obliegt der Fachperson (ebd.). Den Eltern können beim Laienmodell Informationen und Ratschläge erteilt werden (ebd.). Es werden jedoch keine konkreten Techniken oder Übungen vermittelt (ebd.).

Das Laienmodell überschneidet sich inhaltlich mit dem von Pappas und McLeod (2009) genannten therapeutenzentrierten Modell und dem von Rhoades (2010) als professional-directed bezeichneten Modell. Auch beim therapeutenzentrierten Modell trifft die Fachperson die Entscheidungen, plant die Intervention und führt sie durch (Pappas & McLeod, 2009). Beim professional-directed Modell erhebt die Fachperson den Stand des Kindes und Informationen der Familie, plant die Intervention hinsichtlich der Ziele und der Durchführung und ist Therapeutin oder Therapeut des Kindes (Rhoades, 2010).

Als Nachteile an diesem Modell werden das parallele Verlaufen der Interventionen zum Lebensalltag des Kindes und der erschwerte Transfer angemerkt (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Weiter lässt die Intensität dieses Modells zu wünschen übrig (Pixa-Kettner, 2001). Zudem können die Eltern mit der ihnen zugedachten Rolle unzufrieden sein, da weder ihre Verantwortung für ihr Kind noch ihre Kompetenzen ernst genommen werden (ebd.).

Obwohl das Laienmodell als überholt gilt, wird es noch immer praktiziert (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Dies kann nach sich ziehen, dass die Perspektive der Fachpersonen über jene der Eltern gestellt wird und ein Mangel an Kooperation von Seiten der Eltern als Teil des festgestellten Problems wahrgenommen wird (Rhoades, 2010).

4.2 Das Ko-Therapeutenmodell

Das Ko-Therapeutenmodell gilt wie das Laienmodell als therapeutenzentriert (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Die Anfänge dieses Modells liegen in den 60er-Jahren (Pixa-Kettner, 2001). Den Höhepunkt erlebt das Modell in den 70er-Jahren mit der Popularisierung der lerntheoretischen Ansätze (ebd.). Das dem Ko-Therapeutenmodell ähnliche family-allied Modell sieht eine Erhebung des Entwicklungsstandes beim Kind und eine Erfassung der Umweltfaktoren vor. Daraus werden Interventionsschwerpunkte abgeleitet (Rhoades, 2010). Die Planung der Intervention wird von der Fachperson durchgeführt (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Die Fachperson arbeitet auch hier überwiegend mit dem Kind (Pappas & McLeod, 2009). Die Familie wird unter Anleitung der Fachperson in die Durchführung der Intervention einbezogen (Rhoades, 2010).

Die Eltern liefern beim Ko-Therapeutenmodell Informationen infolge der Anamnese und werden in therapeutische Techniken eingeführt, welche zusätzlich zur Therapie von den Eltern zu Hause durchgeführt werden sollen (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Die Familie wird beim Ko-Therapeutenmodell zwar in die Intervention, jedoch nicht in die Interventionsplanung oder die Entscheidungen einbezogen (Pappas & McLeod, 2009).

Bei diesem Modell besteht wie beim Laienmodell die Gefahr, dass die Therapieinhalte an der Lebenswirklichkeit des Kindes vorbeischrammen (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Weiter wird an diesem Modell die mögliche Belastung der Eltern kritisch angemerkt, welche von den Interventionsinhalten und der Doppelrolle als Therapeuten und Eltern überfordert sein können (ebd.). Pixa-Kettner (2001) hält fest, dass die Mitarbeit der Eltern nicht in dem Sinne gelingt, „dass die Experten den Eltern nur sagen oder zeigen müssen, was sie zu Hause mit dem Kind machen müssen“ (S. 125). Zudem wird am Ko-Therapeutenmodell kritisiert, dass die Eltern ihr Kind nicht aufgrund eigener Kompetenzen sondern als Ersatz für die Therapie mit Fachpersonen unterstützen (ebd.).

4.3 Das Kooperationsmodell

Das Kooperationsmodell sieht eine partnerschaftliche Zusammenarbeit von Eltern und Fachpersonen vor (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Das Modell wird ab den 80er-Jahren verwendet (Pixa-Kettner, 2001). Die Eltern werden dabei als Experten für ihr Kind angesehen und die Therapeutin versteht sich als impulsgebend, wobei auf den Kompetenzen der Familie aufgebaut wird (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a).

Die Fachperson orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Familien (ebd.). Dies führt zu einer erhöhten Kooperationsbereitschaft (ebd.). Die therapeutische Intervention wird weitgehend an die Eltern-Kind-Interaktion angepasst (ebd.). Dadurch werden die Transfereffekte erhöht (ebd.).

Auch beim family-focused Modell wird von Stärken und Schwächen im familiären System und einem Bedürfnis nach Unterstützung durch die Fachperson ausgegangen (Rhoades, 2010). Zielsetzungen der Interventionen werden in Zusammenarbeit von Eltern und Fachpersonen erstellt (ebd.). Die Fachpersonen arbeiten vermehrt zu Hause bei den Familien und unterstützen diese bei der Umsetzung von professionellen Methoden (ebd.).

An diesem Modell wird kritisch angemerkt, dass es sich wohl um ein Haltungs-, jedoch um ein wenig spezifiziertes Handlungsmodell handelt (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a; Pixa-Kettner, 2001). Weiter merken Roberts und Kaiser (2011) kritisch an, dass bei diesem Ansatz der Einbezug der Eltern in die Intervention selbst nicht gegeben sein muss. Die Eltern können lediglich in einzelne Prozesse wie Entscheidungsfindungen oder Zielsetzung einbezogen werden (ebd.). Zudem merkt Pixa-Kettner (2001) an, dass Eltern sich durch den Anspruch des Arbeitens mit Experten auf Augenhöhe überfordert fühlen und sich wünschen können, Verantwortung an die Fachperson abzugeben.

4.4 Das familienzentrierte Modell

Dem familienzentrierten Modell liegt zugrunde, dass die Eltern das Beste für ihre Kinder wollen und am meisten über ihre Kinder wissen (McKean, Phillips & Thompson, 2011). Weiter wird davon ausgegangen, dass jede Familie anders und somit einzigartig ist (ebd.). Zudem wird beim familienzentrierten Ansatz festgehalten, dass die optimale Entwicklung eines Kindes innerhalb der unterstützenden Familie und des Umfeldes stattfindet (ebd.). Familienzentrierte Interventionen gelten als „state-of-the-art, evidence-based, and ‚best practices'" (Rhoades, 2010, S. 167).

Das familienzentrierte Modell beinhaltet eine Rollenverteilung auf Augenhöhe zwischen Familien und Fachpersonen, wobei die Familien die primären Entscheidungsträger sind (ebd.). Die Fachpersonen stärken und unterstützen die Familien hinsichtlich der individuellen familiären Ressourcen und Bedürfnisse (ebd.). Dabei geben die Fachpersonen die Verantwortung für die Fortschritte der Kinder an die Familie ab, da diese bestimmt, welche Schwerpunkte für ihr Kind zur Zeit wichtig sind (ebd.).

Die Fachpersonen nehmen keine Expertenrolle sondern eine beratende Funktion ein (ebd.). Hinsichtlich der Intervention wird jeweils auf den Stärken und Ressourcen der Familien aufgebaut (ebd.). Durch die Stärkung der familiären Kompetenzen wird vermittelt, dass die Familien verschiedene Lebensumstände selbständig bewältigen können (ebd.).
Andrews und Andrews (1986) sprechen sich für eine familienzentrierte Vorgehensweise in der Logopädie aus, da Kommunikationsprobleme eines Familienmitgliedes Reaktionen bei den übrigen Familienmitgliedern auslösen, welche sich förderlich oder hemmend auf die Problematik auswirken können. Diese Reaktionen können von Fachpersonen beobachtet und bei Bedarf modifiziert werden (ebd.). Somit erfolgen die sprachlichen Fortschritte des Kindes im natürlichen Kontext der Familieninteraktionen (ebd.). Die Expertise der Familie bezüglich dem betroffenen Kind wird mit der Expertise der Fachperson bezüglich der Sprache gekoppelt und die auftretenden Schwierigkeiten werden gemeinsam angegangen (ebd.).
McKean, Phillips und Thompson (2011) nennen die folgenden 9 Vorgehensschwerpunkte, um zu einer familienzentrierten Arbeitsweise zu gelangen:

- erkennen, dass die Familie die Konstante im Leben eines Kindes ist
- erleichtern der Beziehung zwischen Eltern und Fachpersonen
- respektieren der Vielfältigkeit von Familien
- erkennen von familiären Stärken und Unterschieden
- Informationen vollständig und offen mit den Eltern teilen
- Unterstützung zwischen Familien erleichtern
- verstehen der Bedürfnisse von Kindern und Eltern und diese in die Intervention einbeziehen
- erleichtern des Zugangs zu emotionaler und finanzieller Unterstützung
- schaffen von flexiblen, individuellen und kulturell übergreifenden Angeboten

Dem familienzentrierten Ansatz liegt ein systemisches Verständnis zugrunde (Rhoades, 2010). Andrews und Andrews (1989) beschreiben vier Prinzipien von systemischer Arbeit und übertragen diese auf den Fachbereich der Logopädie. Erstens kann ein Familienmitglied nicht losgelöst von den anderen betrachtet werden (ebd.). Die Beobachtung des Kindes mit Sprachentwicklungsstörung im Kontext der Familie erlaubt sowohl den Blick auf die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes als auch auf die Reaktionen der Familie und die Interaktionen mit dem Kind (ebd.). Somit können alle drei Ebenen in die Intervention einbezogen werden (ebd.).
Zweitens wird von Wechselwirkungen innerhalb der Familie ausgegangen (ebd.). Vollzieht sich eine Änderung bei einem Mitglied der Familie, wirkt sich dies auf die ganze Familie aus (ebd.). Zeigt ein Familienmitglied eine Kommunikationsstörung, beeinflusst dies die Familie und ihren Interaktionsstil (ebd.). Dies weist darauf hin, dass nicht nur das betroffene Kind sondern die ganze Familie Unterstützung benötigt (ebd.).

Drittens ist die Struktur und Organisation innerhalb der Familie ausschlaggebend für das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder (ebd.). Jede Familie hat bestimmte Regeln und Rollen für die einzelnen Mitglieder (ebd.). So weiss die Familie am besten darüber Bescheid, welche Interventionsinhalte dem betroffenen Kind bereits geholfen haben und welche nicht (ebd.). Unter Einbezug der elterlichen Expertise können wirkungsvolle Interventionen entwickelt werden (ebd.).
Viertens prägen Transaktionsmuster von Seiten der Familie das Verhalten der einzelnen Mitglieder (ebd.). So können sprachförderliche Verhaltensweisen die Sprachentwicklung eines Kindes beeinflussen (ebd.). Wenn die Familienmitglieder des betroffenen Kindes sich dieser Muster bewusst werden, indem sie in die Planung der Intervention und in die Entwicklung von Strategien einbezogen werden, erstreckt sich die Interventionsdauer über den gesamten Alltag des betroffenen Kindes (ebd.).
Familien empfinden laut Rhoades (2010) familienzentrierte Ansätze als hilfreicher im Vergleich zu anderen Modellen. Durch den Einsatz von familienzentrierten Ansätzen können folgende Ergebnisse festgestellt werden: Verbesserungen von kommunikativen, sozialen und Verhaltensfähigkeiten beim Kind, ein Anstieg an Lernmöglichkeiten im Umfeld des Kindes, gestärkte Eltern-Kind- und Peerbeziehungen und eine gelungene Zusammenarbeit mit einer weiten Bandbreite von Familien (ebd.). McKean, Phillips und Thompson (2011) halten aufgrund von Forschungsergebnissen fest, dass eine Arbeitsweise nach dem familienzentrierten Modell bei den Familien zu Hause stattfinden oder umfängliche Unterstützung beim Umsetzen von Interventionsinhalten im Alltag enthalten sollte.

4.5 Das familienfreundliche Modell

Pappas und McLeod (2009) stellen das familienfreundliche Modell für die Logopädie vor. Die Autorinnen halten fest, dass sich die Eltern von betroffenen Kindern stark in dem Bedürfnis unterscheiden, in die logopädische Intervention und deren Planung einbezogen zu werden (ebd.). Manche Eltern verstehen ihre Rolle im therapeutischen Prozess als Fach- oder Lehrperson und üben zu Hause mit dem Kind (ebd.). Andere Eltern empfinden einen Einbezug in die Intervention als Last (ebd.). Besonders zu Beginn der Intervention können Eltern noch damit beschäftigt sein, die Schwierigkeiten ihres Kindes anzunehmen und sind somit noch nicht bereit, aktiv an der Intervention teilzunehmen (ebd.). Die Bereitschaft der Eltern, an der Intervention mitzuarbeiten, kann im Verlauf der Zeit jedoch ansteigen (ebd.). Aufgrund dieser Beobachtungen scheint das familienfreundliche Modell in der Logopädie für Eltern und Fachpersonen die angenehmste Variante der Elternarbeit zu sein (ebd.). Beim familienfreundlichen Modell liegt die Verantwortung für die Intervention in den Händen der Fachperson und die Familie wird in die Intervention einbezogen (ebd.).
Beim familienfreundlichen Modell orientiert sich die Fachperson bei der Interventionsplanung wie beim familienzentrierten Modell an den Wünschen der Familie, bleibt jedoch im Gegen-

satz zum familienzentrierten Modell die primäre entscheidungstragende Person. Ersteres soll gewährleisten, dass sich die Interventionsinhalte auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes und der Familie beziehen (ebd.). Durch Letzteres soll sichergestellt werden, dass wirkungsvolle und evidenzbasierte Methoden eingesetzt werden und die Rechte des Kindes als unabhängig zu denen der Familie betrachtet werden (ebd.). Zudem wird dadurch die Integrität der Fachperson gewahrt (ebd.). Das Kind steht beim familienfreundlichen Modell im Fokus der Intervention und die Familie wird dabei unterstützt, an der Intervention mitzuwirken (ebd.).

Ein Nachteil des familienfreundlichen Modells gegenüber dem familienzentrierten besteht darin, dass beim familienfreundlichen Modell die primäre Entscheidungskraft bei der Fachperson liegt (ebd.). Dies kann bei den Familien Ohnmachtsgefühle auslösen und bei Fachpersonen zu Missverständnissen führen, denen zufolge die Familien nicht mehr in den Entscheidungsprozess einbezogen werden (ebd.). Die Akzeptanz der Familien hinsichtlich logopädischer Interventionen ist jedoch beim familienfreundlichen Modell höher als beim familienzentrierten Modell, weil das Kind und nicht die Familie im Interventionsfokus steht (ebd.).

4.6 Das Interaktionstraining

Beim Interaktionstraining wird die Eltern-Kind-Interaktion hinsichtlich sprachförderlichem Verhalten beeinflusst (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Dabei wird zunächst auf bereits vorhandene förderliche Verhaltensweisen eingegangen und diese werden bestärkt (ebd.). Im Anschluss werden wenig förderliche Verhaltensweisen angesprochen und nach Möglichkeit verändert (ebd.).

Es geht nicht wie beim Ko-Therapeutenmodell darum, Therapieinhalte von den Eltern trainieren zu lassen, sondern die Eltern in kindgerechter Kommunikation zu bestärken (ebd.). Dadurch werden Interventionseffekte über die Dauer der logopädischen Therapie hinaus möglich (ebd.). In diesem Zusammenhang kann auch von ‚traidic interventions' gesprochen werden (Roberts & Kaiser 2011). Die Fachpersonen vermitteln den Eltern hierbei spezifische sprachförderliche Techniken (ebd.).

Ein frühes Interaktionstraining aus dem deutschsprachigen Raum stammt von Hans-Joachim Motsch: das Freiburger-Mütter-Trainingsprogramm (Pixa-Kettner, 2001). Ziel des Programms ist, die „Mütter zu angepasstem Interaktionsverhalten in den immer wiederkehrenden bedeutungsvollen alltäglichen Situationen zu befähigen" (ebd., S. 129). Dazu wird die Mutter-Kind-Interaktion in alltagsnahen Situationen auf Video aufgezeichnet (ebd.). Vorteile dieses Konzeptes sind das individualisierte und auf das Verhalten der Mütter konkretisierte Vorgehen (ebd.).

Ein weiteres Interaktionstraining ist das ‚Hanen Early Language Parent Program' aus Kanada (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Ursprünglich wurde das Programm für Eltern von Kindern mit verschiedenen Behinderungen entwickelt und daraufhin auf Kinder mit umschriebe-

nen Sprachentwicklungsstörungen übertragen (Suchodoletz, 2009). Suchodoletz (2009) empfiehlt den Einsatz des Hanen-Programms bei Sprachentwicklungsstörungen. Das Hanen-Programm eignet sich sowohl für fremdsprachige als auch für bildungsferne Eltern und Bezugspersonen, da leicht verständliche Bücher und Videos zur Verfügung gestellt werden (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a).

Das Hanen-Programm wird zunächst in Elterngruppen und daraufhin bei den Familien zu Hause mit Videofeedback durchgeführt (ebd.). Es werden Informationen über die altersgemässe und auffällige Sprachentwicklung vermittelt (Suchodoletz, 2009). Sprachförderliches Verhalten wird thematisiert und mithilfe von Videos veranschaulicht (ebd.). Die Eltern nehmen zu Hause Interaktionen mit ihren Kindern auf und anhand dieser Aufnahmen wird die Umsetzung des sprachförderlichen Verhaltens diskutiert (ebd.). Evaluierungen des Hanen-Programms zeigen positive Effekte auf sprachliche und interaktionsbezogene Aspekte bei Eltern und Kindern (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a). Auf das Hanen-Programm wird in Kapitel 9.4 näher eingegangen.

Als weitere Möglichkeit eines Interaktionstrainings wird das dialogische Vorlesen genannt (Suchodoletz, 2009). Dabei finden mehr sprachliche Interaktionen statt als beim Spielen, Essen oder Anziehen (ebd.). Dialogisches Vorlesen ist ebenfalls wirksam hinsichtlich des Spracherwerbs und geeignet für Familien aus bildungsfernen Schichten (ebd.). Auf eine Studie zum dialogischen Vorlesen wird in Kapitel 8 eingegangen. Das Heidelberger Elterntraining, in dem das gemeinsame Bücheranschauen im Vordergrund steht, wird in Kapitel 9.5 beschrieben.

4.7 Die logopädische Fachberatung

Steiger-Müller (2009) beschreibt die logopädische Fachberatung als weitere Möglichkeit logopädischer Frühinterventionen mit Elterneinbezug. Zollinger (2017) hält fest, dass Sorgen und Fragen die Eltern betroffener Kinder belasten und die tägliche Interaktion erschweren können. „Ein regelmässiger Austausch zwischen Mutter, Vater und Therapeutin ist deshalb ein unabdingbarer Bestandteil einer entwicklungspsychologischen Sprachtherapie“ (ebd., S. 247).

„Zugrunde liegt die Auffassung, dass die Behinderung des Kindes nicht unabhängig von seiner familiären Situation gesehen werden kann“ (Pixa-Kettner, 2001, S. 127). Eine logopädische Fachberatung geht nicht von einem Expertenverständnis der Fachperson, sondern von einem prozess- und lösungsorientierten Verständnis aus (Steiger-Müller, 2009). Methodenkenntnis generiert dabei fruchtbare Beratungssituationen (ebd.).

Im logopädischen Frühbereich werden überwiegend Abklärung und Therapien von Kindern durchgeführt (ebd.). Die Chance des Beratungsgespräches wird laut Steiger-Müller (2009) noch wenig genutzt. In Elterngesprächen können die Eltern laut Zollinger (2017) hinsichtlich Entwicklungsschwierigkeiten des Kindes und eigene Reaktionen darauf sensibilisiert werden.

Ziel der Elternberatung ist laut Pixa-Kettner (2001) unter anderem die Entlastung der Eltern (z.B. von Schuldgefühlen) und der Abbau von hinderlichen Einstellungen gegenüber dem betroffenen Kind.
In einer logopädischen Fachberatung wird von einer Fragestellung oder einem Anliegen der ratsuchenden Person ausgegangen, welche dadurch eine aktive Rolle im Beratungsprozess einnimmt (Steiger-Müller, 2009). Während dem Beratungsgespräch werden Kernpunkte der Schwierigkeit und Lösungswege gesucht (ebd.). Dabei wird von Ressourcen und Kompetenzen der ratsuchenden Person ausgegangen (ebd.). Die Umsetzung der erarbeiteten Inhalte in die Praxis wird durch weitere Beratungsgespräche begleitet (ebd.).

5 Die Erweiterung des Interventionsrahmens

Logopädische Interventionen können in didaktische, naturalistische und Kombinationen der beiden Ansätze unterteilt werden (Law, Garrett, Nye, 2003). Bei didaktischen Ansätzen steht das sprachliche Verhalten im Vordergrund und bei naturalistischen die sprachlichen Anforderungen des Umfeldes (ebd.). Bei Kombinationen der beiden Ansätze werden beide Aspekte in die Intervention einbezogen (ebd.). Suchodoletz (2009) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen strukturiert-übenden und naturalistischen Verfahren. Strukturiert-übende Verfahren enthalten das Anleiten zu bewusster Wahrnehmung von Fehlern und deren Korrektur (ebd.). Bei naturalistischen Ansätzen soll hingegen „die Gestaltung alltagsnaher Kommunikationssituationen eine Aktivierung unbewusster Spracherwerbsmechanismen“ auslösen (ebd., S. 965).
Weiter wird zwischen direkten und indirekten Interventionen unterschieden (Law, Garrett & Nye, 2003). Bei direkten Interventionen arbeiten die Fachpersonen mit einzelnen Kindern oder mit Gruppen (ebd.). Indirekte Interventionen zielen auf das Kommunikationsumfeld, herkömmlicherweise auf die Eltern-Kind-Interaktion ab (ebd.). In der Logopädie werden zunehmend indirekte Ansätze verwendet, um die Eltern und weitere Bezugspersonen des betroffenen Kindes hinsichtlich ihres Kommunikationsverhaltens zu schulen (ebd.). In diesem Zusammenhang können bei logopädischen Interventionen verschiedene Settings unterschieden werden (ebd.). Interventionen können zum Beispiel bei den Familien zu Hause, in Praxen oder in der Schule stattfinden (ebd.).
Die Ursache einer Sprachentwicklungsstörung wird im Zusammenspiel von genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen gesehen (ebd.). Laut Neumann et al. (2009) spielen dabei Umwelteinflüsse eine deutlich kleinere Rolle als die genetischen Faktoren. Auch Law et al. (2019) halten fest, dass bei Sprachentwicklungsstörungen von neurologischen Entwicklungsstörungen mit genetischem Ursprung ausgegangen wird. Hinsichtlich funktioneller Ursachen werden „linguistisch-kognitive Besonderheiten oder Beeinträchtigungen besonders

des verbalen Gedächtnisses diskutiert“ (Kannengieser, 2019). Bei Spracherwerbsstörungen gelten Einschränkungen des auditiven Arbeitsgedächtnisses als belegt (Buschmann, 2017). Bei Sprachentwicklungsstörungen erhöht „eine unzureichende Förderung (…) das Risiko für die Manifestation einer genetisch bedingten Disposition, während ein förderndes Umfeld kompensierend wirken kann“ (Suchodoletz, 2003, S. 33). „Neben den angeborenen sensomotorischen, organischen und kognitiven Fähigkeiten sind es die Informationen aus der Umgebung (Kontakte, Beziehungen, Anregungen), die den Spracherwerb beeinflussen“ (Steiger-Müller, 2009, S. 14). In diesem Zusammenhang kann das Umfeld den Spracherwerb eines Kindes begünstigen oder behindern (ebd.).

Laut Pixa-Kettner (2001) ist „die Bedeutung der Eltern für die sprachliche Entwicklung und Kommunikation der Kinder spätestens seit den 80er-Jahren unbestritten“ (S. 130). Bei keiner anderen Behinderungsart ist der Einfluss der Bezugspersonen so umfassend untersucht und belegt wie bei Sprachentwicklungsstörungen (ebd.). Auch Roberts und Kaiser (2011) verweisen auf die wichtige Rolle der Eltern beim Spracherwerb. Ritterfeld (2001) betont in diesem Zusammenhang, dass die Verantwortung für eine Sprachentwicklungsstörung nicht bei den Eltern liegt, sondern in den Verarbeitungsfähigkeiten eines Kindes begründet ist. Auf die Eltern-Kind-Kommunikation soll in kompensatorischem Sinne eingegangen werden (ebd.).

Zur Kommunikation gehören mindestens zwei Parteien (Howe, 2008). Gesprächspartner stellen Umweltfaktoren dar, welche in logopädische Interventionen einbezogen werden sollten (ebd.). Zudem sind „ein bis zwei Therapiestunden pro Woche (…) im Vergleich zu der Zeitdauer, in der im Alltag sprachliche Interaktionen stattfinden, als sehr wenig anzusehen“ (Suchodoletz, 2009, S. 967). Die Intensivierung sprachlicher Förderung kann durch deren Integration in den Alltag erhöht werden (ebd.). „Insbesondere bei jüngeren Kindern [ist dies] nur über eine Einbeziehung der Eltern bzw. der engeren Betreuungspersonen realisierbar“ (ebd., S. 967).

In den letzten Jahren zeichnete sich auf internationaler Ebene eine Verschiebung von klinischer zu ganzheitlicher Sichtweise in der Logopädie respektive in der ‚speech and language therapy’ ab (Tosh, Arnott & Scarinci, 2017). In England verstehen viele Logopädinnen und Logopäden die Kommunikation des Umfeldes eines Kindes mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung als Schwerpunkt ihrer Arbeit (Law, Reilly & Snow, 2013). Zudem betrachten Fachschaften in den USA und in Australien den Einbezug von Kontextfaktoren als festen Bestandteil logopädischer Interventionen (Howe, 2008). Sassenroth (2012) bezeichnet „die Erweiterung der früher recht mechanistischen und individuumsorientierten Sprachtherapie zu einer umfassenderen Kommunikationstherapie, in der auch die Gesprächspartner des sprachbehinderten Menschen Berücksichtigung finden“ als bedeutenden Fortschritt (S. 141). Suchodoletz (2003) spricht sich dafür aus, „Eltern wesentlich stärker als bisher üblich in den Therapieprozess einzubeziehen“ (S. 31). „Die Therapieerfolge einer (…) Anleitung in Eltern-

gruppen scheinen mit einer kindzentrierten Sprachtherapie mindestens vergleichbar und gleichzeitig kostengünstiger zu sein“ (ebd., S. 968). Zudem werden durch den Einbezug der Eltern Therapieeffekte über die Interventionsdauer hinaus möglich (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998a).

Sprachtherapie schliesst immer Elternberatung beziehungsweise Arbeit mit den Eltern ein (Neumann et al., 2009). Ritterfeld (2001) betont die Wichtigkeit des Einbezugs von Eltern in logopädische Interventionen, da die Eltern von Kindern mit einer spezifischen Spracherwerbsstörung dazu neigen, „die Sprachförderlichkeit ihrer Interaktionen zu reduzieren“ (S. 133). Roberts und Kaiser (2011) betonen ihrerseits die Wichtigkeit des Elterneinbezugs in logopädische Interventionen. Die Autoren empfehlen dabei aufgrund von Forschungsergebnissen die Durchführung zu Hause im alltäglichen Umfeld der Kinder (ebd.). In diesem Zusammenhang wird auf den ‚Individuals with Disabilities Education Improvement Act’ von 2004 aus den USA verwiesen, demzufolge Interventionen bezüglich Eltern-Kind-Interaktionen bei den Familien zu Hause stattfinden sollten, da dadurch das typische Lernumfeld des Kindes gewährleistet ist (ebd.). Auch laut Howe (2008) müssen die kommunikativen Fähigkeiten einer betroffenen Person möglichst im Alltagsumfeld und nicht nur zum Beispiel in Praxen verbessert werden, weil Transfereffekte von in Praxen erarbeiteten Inhalten erschwert sein können (ebd.). Transfereffekte können durch das Übersehen von Kontextfaktoren vermindert werden und weil Fachpersonen zum Teil von einem ‚magischen’ Überspringen von Kommunikationsfähigkeiten in den Alltag ausgehen (ebd.). In der Logopädie mit älteren Menschen wird Arbeit im Alltagsumfeld der betroffenen Personen bereits vermehrt angeboten (Peters & Lindner, 2019).

Howe (2008) bezeichnet bei Kommunikationsstörungen den Einbezug von Kontextfaktoren in die logopädische Intervention als bedeutend, da dadurch den personellen und umfeldbezogenen Einflussfaktoren Rechnung getragen wird. Auch aus politischen Beweggründen ist der Einbezug von Kontextfaktoren wichtig, da somit der Gesellschaftszugang von Personen mit sprachlichen Beeinträchtigungen erleichtert und Hindernisse behoben werden können (ebd.). Wenngleich in vielen Bereichen Anstrengungen hinsichtlich Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft vorgenommen werden, sind diese Bemühungen im Bereich der Kommunikationsstörungen vergleichsweise gering (Law, Reilly & Snow, 2013).

Kontextfaktoren können positiv, negativ oder neutral ausfallen (Howe, 2008). Analog dazu können Förderfaktoren und Barrieren identifiziert werden (Howe, 2008). Diese Förderfaktoren und Barrieren sind individuell zu verstehen (ebd.). Was für eine Person Unterstützung bedeutet, kann auf eine andere hemmend wirken (ebd.). Zum Beispiel können die Aussagen von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen von Geschwistern wiederholt und interpretiert werden (ebd.). Dies kann die Partizipation der betroffenen Kinder erleichtern (ebd.). Andererseits kann das Sprechen für das betroffene Kind durch andere Personen auch eine Barrie-

re für die Partizipation darstellen, da das Kind dadurch nicht mehr selbst mitspricht (ebd.). Weiter kann die Kommunikation dadurch erschwert werden, dass nicht direkt mit dem Kind gesprochen wird oder nicht genug Pausen für Antworten eingelegt werden (ebd.). Zudem kann zu schnelles Sprechen mit Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen hinderlich sein (ebd.).

In der logopädischen Arbeit sollten neben den Umweltfaktoren auch die personenbezogenen Faktoren berücksichtigt werden (ebd.). Deren Einbezug generiert ein umfassenderes Verständnis für die betroffene Person, individuell angepasste Interventionen und das eventuelle Identifizieren von weiterem Unterstützungsbedarf durch andere Fachdisziplinen (ebd.).

Hinsichtlich der Evidenzlage wird festgestellt, dass logopädische Interventionen dann am wirksamsten sind, wenn „früh damit begonnen wird und (…) die Bezugspersonen des Kindes in die Therapie mit einbezogen werden“ (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b, S. 164). Positive Effekte bei Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter werden infolge von Interventionen mit Bezugspersonen festgestellt, bei welchen das Gesprächsverhalten thematisiert wird (Howe, 2008). Laut Vergleichsstudien sind Elternanleitungen „mindestens so wirksam (…) wie die Behandlung des Kindes selbst“ (Suchodoletz, 2003, S. 36). Auf Studien zum Thema wird in Kapitel 8 eingegangen.

6 Sprachförderung und Sprachtherapie

Primäre oder sekundäre Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung treten bei 6% der Kinder auf (Law, Garrett & Nye, 2003). Diese Auffälligkeiten beinhalten Verzögerungen oder Störungen, verschwinden oder persistieren und können die rezeptive und / oder die expressive sprachliche Ebene betreffen (Law, Reilly & Snow, 2013). Nach Suchodoletz (2003) geht die amerikanische Gesellschaft für Sprech-, Sprach- und Hörstörungen (ASHA) von 5% expressiven und 3% rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen aus. Im angelsächsischen Raum wird eine Prävalenzrate von 1% für schwere Sprachstörungen festgestellt (Neumann et al., 2009).

„Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten im Vorschulalter sind stark gefährdet, Dauerdefizite mit schwerwiegenden Langzeitfolgen davon zu tragen“ (Steiger-Müller, 2009, S. 13). Langzeitfolgen können zum Beispiel „schulische Probleme (Lese-, Schreib-, Rechenschwäche), Verstehensprobleme bei sprachlichen Aufgaben oder emotionale und psychosoziale Schwierigkeiten“ sein (ebd., S. 13). Zum Beispiel haben Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen zu 40%-75% Schwierigkeiten mit dem Schriftspracherwerb (Neumann et al., 2009).

Studien zufolge werden ca. 30% der Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter bei Fachpersonen vorstellig (Law, Reilly & Snow, 2013). Weitere Forschungsergebnisse weisen daraufhin, dass die Erkennung solcher Kinder im Primarschulal-

ter bedeutend geringer ausfällt (ebd.). Dies liegt laut Law, Reilly und Snow (2013) zum einen an der knappen Versorgungslage von logopädischen Massnahmen und zum anderen an sozialen Faktoren.

Die bestehende Herausforderung im Praxisalltag, eine Vielzahl unterstützungsberechtigter Kinder zu betreuen, kann zu unbefriedigend durchgeführten Interventionen führen (ebd.). Es ist nicht möglich, dieser Vielzahl mit herkömmlichen individuellen Therapiesettings zu begegnen (ebd.). Die Anpassung logopädischer Arbeit am aktuellen Behinderungsbegriff erscheint Law, Reilly und Snow (2013) demnach als dringlichen nächsten Schritt. Das beinhaltet den Autoren zufolge die Verlagerung des traditionellen Eins-zu-Eins-Settings hin zur Arbeit mit identifizierten Gruppen mit Unterstützungsbedarf (ebd.).

Braun (2009) zitiert Hans-Joachim Motsch, demzufolge die Qualität und somit die Berechtigung logopädischer Massnahmen sinkt, wenn versucht wird, mithilfe von Förderung allen gerecht zu werden und dadurch die spezifische Therapie aufgelöst wird. Motsch sieht in der Durchführung von Sprachförderung durch Logopädinnen und Logopäden die Gefahr der Deprofessionalisierung (ebd.).

Der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband DLV grenzt die Begriffe Sprachtherapie und Sprachförderung in einem Positionspapier von 2015 voneinander ab. Es wird darauf hingewiesen, dass „Sprachförderung (…) keine Sprachtherapie (…) ersetzt“ (ebd., S. 1). Weiter ist logopädische Therapie bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen angezeigt und diese soll „auf der Grundlage einer ausführlichen Diagnostik“ beruhen (ebd., S. 1). Zudem wird festgehalten, dass Sprachförderung den Spracherwerb bei Kindern unterstützt, „wenn sie alltagsintegriert ist“ (ebd., S. 1).

Auch der deutsche Berufsverband der Logopädie dbl erarbeitet im Positionspapier von 2016 folgende Abgrenzung der Begriffe Sprachtherapie und Sprachförderung: „Sprachtherapie richtet sich an sprachentwicklungsgestörte Kinder. Sie basiert auf einer fundierten Sprachdiagnostik, die eine individuelle Therapieplanung ermöglicht. (…) Aufbauend können entsprechend wirksame Massnahmen wie Elternberatung, Elterntraining oder Therapie für das Kind veranlasst werden“ (S. 1). Sprachförderung hingegen „wendet sich an alle Kinder. In der Regel wird sie nicht auf der Grundlage einer Sprachdiagnostik durchgeführt. (…) Alltagsintegrierte Sprachförderung [hat sich] als nachweislich effektiv zur Unterstützung der allgemeinen Sprachentwicklung erwiesen“ (ebd., S. 1).

Abschliessend werden drei Beispiele von Sprachförderung aus dem logopädischen Alltag beschrieben. Die Beispiele entsprechen inhaltlich zum Teil nicht den beschriebenen Abgrenzungsaspekten zwischen Sprachförderung und –therapie, sondern beschreiben unter der Bezeichnung von Sprachförderung integrative Arbeit.

Braun (2009) bezweifelt die Wirkung von Sprachförderung bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen und betont, dass Sprachförderung eine Therapie nicht ersetzen kann. Es

wird angemerkt, dass auch bei Sprachförderung logopädisches Fachwissen nötig ist, um den Sprachstand der Kinder zu erfassen und davon ausgehend eine spezifische Förderplanung zu erstellen (ebd.). Der logopädische Dienst Mittelrheintal im Kanton St. Gallen bietet integrierte Sprachförderung im Kindergarten an (ebd.). Braun (2009) beobachtet eine kürzere Therapiedauer bei Kindern, die sowohl die logopädische Einzeltherapie als auch die Sprachförderung besuchen. Dies kann unter anderem auf einen erhöhten Alltagsbezug, vermehrte Transfermöglichkeiten und auf ein weiteres Diagnostikspektrum hinsichtlich des Einzel- und Gruppensettings zurückgeführt werden (ebd.). Sprachförderung kann die Sprachtherapie demnach ergänzen (ebd.). Braun (2009) bezeichnet diese Vorgehensweise als integrativ und hält fest, dass logopädische Fachpersonen demgegenüber unterschiedlich eingestellt sind.
Das Kompetenzzentrum Sprache in Uster sieht für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und einem Sonderschulbedarf sowohl logopädische Therapie als auch integrative Sprachförderung durch Logopädinnen vor (Dober, 2016). Die Kinder besuchen laut Konzept des Kompetenzzentrums Sprache (2016) den Regelkindergarten und werden zusätzlich von Logopädinnen des Kompetenzzentrums betreut. Die logopädische Begleitung umfasst Therapie im Einzel- oder Gruppensetting, regelmässige integrative Arbeit im Kindergarten sowie den Einbezug und die Beratung der Eltern (ebd.). Die Eltern können den Therapielektionen ihrer Kinder beiwohnen und erhalten Gesprächsmöglichkeiten mit der Fachperson (ebd.). Die Logopädin Andrea Dober (2016) bezeichnet die Transfermöglichkeiten als wichtigsten Kernpunkt der integrativen Arbeitsweise am Kompetenzzentrum Sprache. Durch die integrative Arbeit wird die therapeutische Arbeit enger mit dem Alltag des Kindes verknüpft (ebd.). Im Kindergarten wird zum einen das Kind unterstützt, zum anderen bietet dies Gelegenheit zur Beratung der Lehrperson (ebd.).
Die Logopädin Almut Steiger-Müller (2009) spricht sich für Sprachförderung im Alltag für alle Kinder aus, da dadurch „zur Chancengleichheit bei Schulbeginn“ beigetragen werden kann (S. 13). Steiger-Müller (2009) weist darauf hin, dass Kinder in wenig sprachanregenden Umgebungen aufwachsen und demnach nicht gleich teilhaben können. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass Eltern und weitere Bezugspersonen Informationen über die Sprachentwicklung erhalten (ebd.). Es gibt in der Schweiz jedoch nur wenige Einrichtungen, in denen Fachwissen für Eltern und weitere Bezugspersonen zugänglich gemacht wird (ebd.). Präventiv können die Meilensteine der kindlichen Sprachentwicklung unterstützt werden (ebd.). Dabei wird der Sprachstand des Kindes und die sozial-kommunikative Interaktion einbezogen (ebd.). Die Begleitung und Unterstützung der Eltern während des Spracherwerbs eines Kindes kann durch Logopädinnen und Logopäden erfolgen (ebd.).
Eine Möglichkeit von Sprachförderung bietet der Frühberatungsdienst im Kanton Freiburg anhand von logopädischer Fachberatung (ebd.). Die Früherzieherinnen des Dienstes können sich mit Fragen bezüglich der Sprache von Kindern und Familien, welche sie begleiten, an

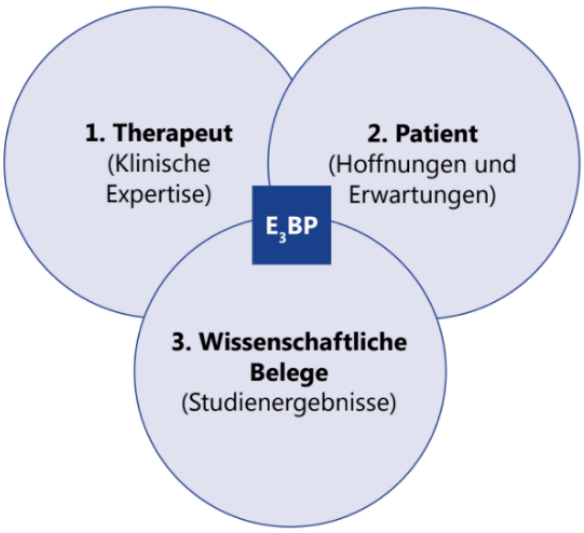
logopädische Fachpersonen richten (ebd.). Im Mittelpunkt steht dabei die Kommunikation zwischen dem Kind und den Bezugspersonen (ebd.). Auch Steiger-Müller (2009) betont, dass durch eine logopädische Fachberatung keinesfalls eine Therapie ersetzt werden soll. Die Früherzieherinnen haben jedoch eine Vertrauensbasis mit den Familien aufgebaut, wodurch das Einbringen weiterer Inhalte erleichtert wird (ebd.). So kann logopädisches Fachwissen gepolt mit Beratungskompetenzen interdisziplinär zur Chance für sprachauffällige Kinder werden (ebd.).

7 Die evidenzbasierte Praxis in der Logopädie

„Die EBP [Evidenzbasierte Praxis] in der Sprachtherapie hat das Ziel, den Grundgedanken in der Praxis zu verankern, dass jede Entscheidung über Diagnose oder Therapie auf der besten vorhandenen externen Evidenz, der individuellen klinischen Expertise des Klinikers [und] den individuellen Bedürfnissen eines Patienten erfolgen sollte. Die EBP hat ausserdem das Ziel, wissenschaftliche Forschung und berufliche Praxis neu miteinander zu verknüpfen“ (Beushausen & Grötzbach, 2018, S. 17). „Professionelle Logopädie (…) besteht in ihrer Grundform unabdingbar aus der Überbrückung der immer bestehenden Kluft zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, dem individuellen Fall und seinem Kontext“ (Borgetto, Spitzer und Pfingsten, 2016, S. 28). Nachfolgend ist eine Darstellung der evidenzbasierten Praxis abgebildet.

Abbildung 1

Das Modell der evidenzbasierten Praxis (Beushausen & Grötzbach, 2018, S. 19)



„Die tiefergestellte ‚3’ bedeutet, die drei möglichen Evidenzen (Literatur, Expertenwissen, Patientenwünsche) sowohl in der logopädischen Diagnostik als auch in der Therapie zu berücksichtigen (Beushausen & Grötzbach, 2018, S. 19).

Hinsichtlich des Einbezugs von externer Evidenz wird das fünfstufige Modell der Interventionsforschung von Robey (2004) auf die Logopädie übertragen. Die erste Stufe hat zum Ziel, Effekte von therapeutischen Interventionen zu eruieren (ebd.). Statistisch gesehen bezieht sich dies auf die Effektstärke (ebd.). „Die praktische Bedeutsamkeit oder Relevanz von signifikanten Effekten im Sinne der Einschätzung des erzielten Outcomes wird im Allgemeinen über das dimensionslose Mass der Effektstärke oder Effektgrösse vorgenommen, da die Effektstärke kaum von der Stichprobengrösse *n* beeinflusst wird“ (Fröhlich & Pieter, 2009, S. 141). In dieser ersten Phase sind zum Beispiel Einzelfallstudien, Studien mit kleinen Stichproben im Prä-Posttest-Design, sowie retrospektive Studien wichtig (Robey, 2004).
In der zweiten Phase werden die Effekte der Intervention näher untersucht (ebd.). Statistisch gesehen bezieht sich dies zum Beispiel auf das Konfidenzintervall der Effektstärke (ebd.). „Ein Vertrauensbereich (Konfidenzintervall) ist ein mithilfe statistischer Methoden berechneter Wertebereich, der den gesuchten, wahren Parameter (…) mit einer vorab definierten Wahrscheinlichkeit (…) überdeckt. Meist wird ein Konfidenzintervall von 95% gewählt. Das bedeutet, dass in 95 von 100 durchgeführten Studien das Konfidenzintervall den wahren Wert überdecken wird (Du Prel et al., 2009, S. 336). In dieser Phase werden zum Beispiel Einzelfallstudien oder Studien zu Effekten innerhalb einer Gruppe zu Rate gezogen (Robey, 2004).
In der dritten Phase werden klinische Studien durchgeführt, welche Effektstärken errechnen, die mit weiteren Studien zum gleichen Thema verglichen werden können (ebd.). Der Goldstandart dieser Phase sind randomisierte kontrollierte Studien mit möglichst grossen Stichproben (ebd.). In der vierten Phase wird untersucht, ob die in der vorangegangenen Phase errechneten Effekte im therapeutischen Alltag Bestand haben (ebd.). Dazu werden die in der dritten Phase verwendeten Aspekte ausgeweitet und die Interventionen zum Beispiel auf andere Störungsbilder oder Interventionsmodelle übertragen (ebd.). Hier stehen vor allem Prä-Posttest-Designs im Vordergrund (ebd.). Abschliessend werden in der fünften Phase Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt (ebd.).
Beushausen und Grötzbach (2018) halten bezüglich der verschiedenen Studientypen folgendes fest: „Je methodisch aufwändiger ein Studientyp ist, desto höher ist die Qualität seiner Evidenz“ (S. 27). Die Evidenzhierarchie verläuft nach Beushausen und Grötzbach (2018), beginnend mit dem aussagekräftigsten Format, wie folgt:

- Meta-Analysen randomisierter kontrollierter Studien
- Designs mit mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie
- Designs mit mindestens einer Studie ohne Randomisierung
- Designs mit mindestens einer quasi-experimentellen Studie
- Designs mit mindestens einer nicht-experimentellen deskriptiven Studie (z.B. Fallstudien)

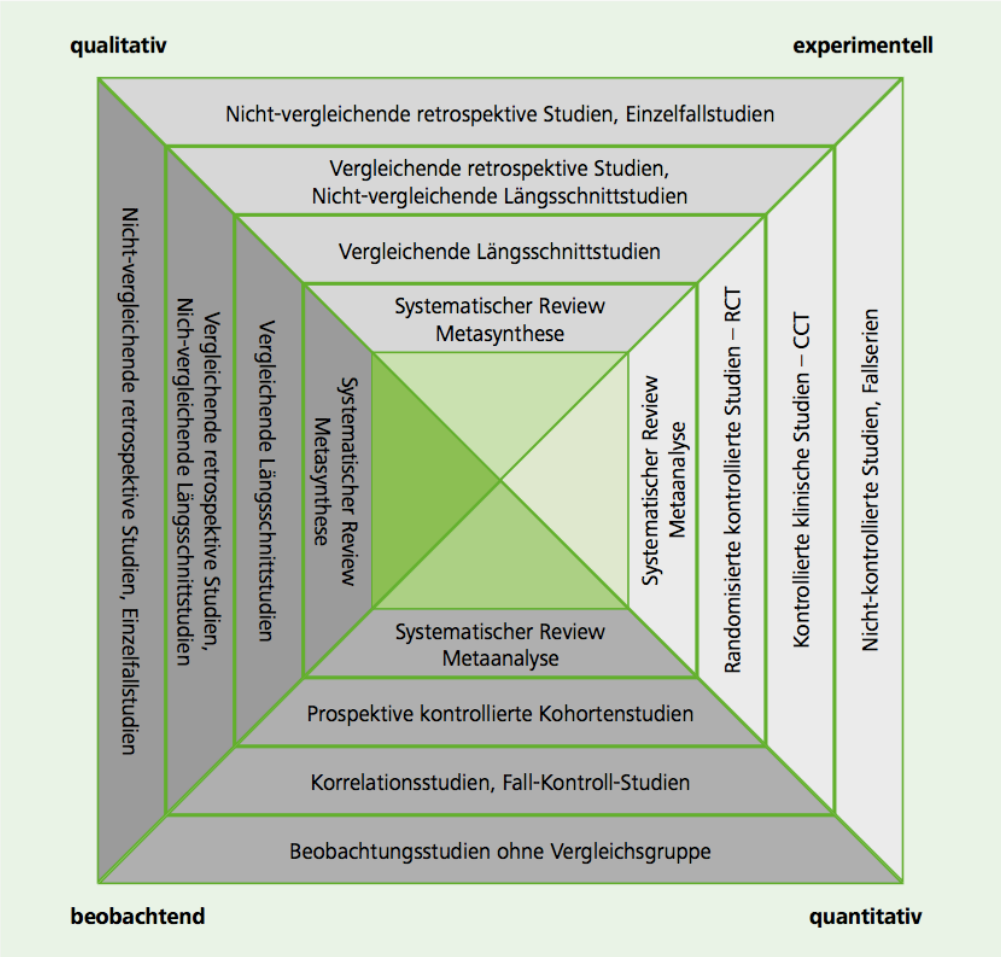
- Meinungen von Experten-Komitees und angesehenen Autoritäten

„Eine Meta-Analyse integriert und analysiert (…) die Ergebnisse verschiedener Einzelstudien“ (ebd., S. 33). „Die quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Einzelstudien (…) [führt] zu einer neuen, höherwertigen Gesamtaussage“ (ebd., S. 34). „Unter ‚randomisiert-kontrolliert’ wird eine experimentelle Studie verstanden, bei der die Patienten zufällig (randomisiert) einer von zwei Gruppen zugeordnet werden. Ihre (sprachlichen) Leistungen werden sowohl bei Studienbeginn als auch bei Studienende erhoben (kontrolliert)“ (ebd., S. 33). Quasi-experimentelle Designs enthalten keine Randomisierung und lassen keine Rückschlüsse auf Kausalzusammenhänge zu (ebd.). Sie zeigen Zusammenhänge zwischen Messgrössen auf, die „durch die Manipulation der unabhängigen Variablen erklärbar“ sind (ebd., S. 32). Nicht-experimentelle Designs umfassen Längsschnitt- und Querschnittstudien (z.B. mit Befragungen) sowie Einzelfallstudien (ebd., 2018).

Borgetto, Spitzer und Pfingsten (2016) verweisen für die Logopädie neben herkömmlichen Evidenzhierarchien auf eine Pyramide der Forschung hin. Dabei wird zwischen experimenteller und beobachtender Forschung, sowie zwischen quantitativen und qualitativen Ansätzen unterschieden (ebd.). Daraus ergeben sich die folgenden vier Forschungsansätze: quantitativ-experimentelle, quantitativ-beobachtende, qualitativ-beobachtende und qualitativ-experimentelle Forschung (ebd.). „Während mit experimentellen Studien eher die *Wirksamkeit* unter standardisierten Idealbedingungen untersucht werden kann, sind beobachtende Studien vorrangig geeignet, die tatsächlich erzielten *Wirkungen* in der Routine-Praxis unter Alltagsbedingungen zu untersuchen“ (ebd., S. 26).

Abbildung 2

Pyramidenreview (Borgetto, Spitzer & Pfingsten, 2016, S. 27)



Zur Mitte der von oben abgebildeten Pyramide hin nimmt die interne Vailidität der Studien zu (ebd.). Mit der internen Validität ist „der Grad der Standardisierung einer Studie (…) und der Kontrolle anderer Einflussfaktoren als die Intervention gemeint“ (ebd., S. 25). Je höher die interne Validität der Studien, desto höher auch ihre Einordnung in Evidenzhierarchien (ebd.). Borgetto, Spitzer und Pfingsten (2016) halten fest, dass „rezeptartige Schlussfolgerungen, die in der logopädischen Praxis unmittelbar umgesetzt werden können, (…) auch auf der Grundlage eines Pyramidenreviews nicht möglich und auch gar nicht das Ziel [sind]. Der Review kann und soll vielmehr als Orientierung bei der Entscheidungsfindung dienen. Dabei gilt, dass sich auf den individuellen Patienten zugeschnittene und mit ihm gemeinsam zu treffende Entscheidungen selten direkt aus Studienergebnissen ableiten lassen“ (S. 27).

8 Forschungsergebnisse zur Rolle der Familie in logopädischen Frühinterventionen

Nachfolgend wird auf Forschungsresultate aus verschiedenen Studiendesigns zur Rolle der Familien in logopädischen Interventionen im Frühbereich eingegangen. Zunächst werden zwei Meta-Analysen beschrieben. Die erste Meta-Analyse bezieht sich auf die Wirksamkeit von logopädischen Interventionen im Allgemeinen. Es wird auf die Ergebnisse hinsichtlich Elterneinbezug eingegangen. Die zweite Meta-Analyse befasst sich mit Elterninterventionen bei Kindern im Vorschulalter mit Sprachentwicklungsstörungen. Daraufhin werden zwei Querschnittstudien zitiert, die den Einbezug der Eltern in logopädische Frühinterventionen in Australien und auf der ganzen Welt erfassen. Eine dritte Querschnittstudie beschäftigt sich mit den Gründen für den spärlichen Elterneinbezug in logopädische Interventionen in Deutschland. In Form eines systematischen Reviews wird auf Elternprogramme bei Sprachentwicklungsstörungen im Vorschul- und Schulalter eingegangen. Anschliessend wird eine randomisierte kontrollierte Studie zu familienzentrierter Vorgehensweise in logopädischen Frühinterventionen beschrieben. Abschliessend wird eine Studie mit Multiple-Baseline-Design zu einem Elterntraining hinsichtlich gemeinsames Bücherschauen zwischen Eltern und Kindern mit Spracherwerbsstörungen im Vorschulalter aufgeführt.

8.1 Die Wirksamkeit logopädischer Interventionen

Meta-Analyse

Die Cochrane-Review von Law, Garrett und Nye (2003) untersucht mithilfe einer Meta-Analyse die Wirksamkeit von logopädischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit primären Sprachentwicklungsverzögerungen und –störungen. In die Meta-Analyse werden 25 randomisierte kontrollierte Studien einbezogen.

In den Stichproben der einzelnen Studien befinden sich Kinder und Jugendliche, die logopädische Interventionen bezüglich Phonologie, Wortschatz und Satzbau (jeweils rezeptiv oder expressiv) erhalten (ebd.). Aus der Untersuchung ausgeschlossen werden Daten von Kindern mit ausschliesslich phonetischer Störung (z.B. Sigmatismus lateralis) und Daten von stotternden Kindern (ebd.).

Die Erhebungen umfassen die Bereiche Phonologie, Semantik und Syntax (ebd.). Erhebungen zu nichtlinguistischen Bereichen wie zum Beispiel Verhalten werden nicht einbezogen (ebd.). Die Erhebungen erfolgen durch standardisierte und nicht-standardisierte Testverfahren, Elternbefragungen und Sprachaufnahmen (ebd.). Es handelt sich je nach Studie um Messungen auf der Ebene des Therapieziels, der allgemeinen sprachlichen Fähigkeiten oder weitergefasster Funktionsweisen (z.B. Verbesserung der Gesprächskompetenz) (ebd.).

Die einzelnen Studien enthalten einzelne oder mehrere der folgenden Vergleiche: logopädische Intervention versus keine Intervention, logopädische Intervention versus allgemeine Förderung oder neu zu evaluierende logopädische Intervention versus etablierte logopädi-

sche Intervention (ebd.). Die Interventionen werden von Fachpersonen, von Eltern oder von beiden durchgeführt (ebd.).
Die Resultate zeigen, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen von Fachpersonen oder von Eltern durchgeführten Interventionen bestehen (ebd.). Bei von Eltern durchgeführten Massnahmen bestehen jedoch Hinweise auf eine breitere Variabilität der Ergebnisse als bei von Fachpersonen durchgeführten Interventionen (ebd.). Zudem weisen die Resultate der Meta-Analyse darauf hin, dass nicht alle Eltern gleich geeignet sind, eine Intervention durchzuführen (ebd.). Dabei bleibt unklar, auf welchen Aspekten diese unterschiedliche Eignung beruht (ebd.).
Hinsichtlich der verschiedenen Therapiebereiche werden die Eltern in den einzelnen Studien vor allem in Interventionen zur expressiven Sprache einbezogen (z.B. Semantik und Syntax) (ebd.). Die verwendeten Studien, die sich mit der expressiven Sprache beschäftigen, beinhalten fast ausschliesslich Stichproben mit Probanden im Vorschulalter (ebd.). Im Bereich Phonologie werden die Eltern neben den expressiven auch in die rezeptiven Aspekte der Interventionen einbezogen (ebd.).
Weiter wird infolge der Meta-Analyse festgestellt, dass Gruppen- und Einzelinterventionen keine signifikant unterschiedlichen Resultate erzielen (ebd.). Die Autoren merken jedoch an, dass die hierbei einbezogenen Studien vor allem auf den Bereich der Phonologie fokussieren, weshalb keine Generalisierung dieses Resultates auf weitere Bereiche möglich ist (ebd.). Die Ergebnisse der Meta-Analyse stützen zudem den Einbezug sprachunauffälliger Kinder als Modell für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen in logopädische Interventionen (ebd.).

8.2 Elterninterventionen bei Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter

Meta-Analyse

Die Meta-Analyse von Roberts und Kaiser (2011) untersucht die Effekte von logopädischen Interventionen, die von Eltern durchgeführt werden. In die Metanalyse werden 18 Studien einbezogen (ebd.). Die Studien enthalten jeweils Kontrollgruppen, deren Teilnehmende zum Beispiel keine oder eine von Fachpersonen durchgeführte Intervention erhalten (ebd.). Bei 15 Studien werden die Kinder den Gruppen randomisiert zugeteilt, bei 3 Studien erfolgt die Zuteilung nicht randomisiert (ebd.). Die teilnehmenden Kinder zeigen primäre oder sekundäre Sprachentwicklungsstörungen und sind zwischen 1;6 und 5 Jahre alt mit einem Altersschwerpunkt zwischen 2 und 3 Jahren (ebd.).
Bei 11 Studien werden Kinder mit primären Sprachentwicklungsstörungen einbezogen, bei den verbleibenden 7 Studien Kinder mit sekundären Sprachentwicklungsstörungen (ebd.). Die am häufigsten in den Studien verwendete Intervention ist das Hanen-Programm, welches in 8 Studien zur Anwendung kommt (ebd.). In einer Studie wird das Heidelberger Elterntraining verwendet (ebd.). Die Interventionen werden in 11 Studien mindestens teilweise

zu Hause durchgeführt (ebd.). Die Interventionsdauer liegt überwiegend zwischen 11 und 13 Wochen, wobei oftmals bis zu 26 Stunden Elterntraining stattfinden (ebd.).
Die meisten Elterninterventionen fokussieren auf die Eltern-Kind-Interaktion während dem Spielen, während Routinen oder weiteren alltäglichen Beschäftigungen (ebd.). Inhaltlich wird dabei oftmals auf das Turn-Taking und die Responsivität der Eltern fokussiert (ebd.). Weiter stehen Qualität und Quantität des sprachlichen Inputs im Vordergrund (ebd.). In diesem Zusammenhang wird den Eltern zum Beispiel die Strategie der Expansion kindlicher Äusserungen vermittelt (ebd.).
Erhoben wird in 15 Studien der Wortschatz, in 10 Studien der Satzbau und in je 9 Studien generelle rezeptive und expressive sprachliche Fähigkeiten (ebd.). Da der Stichprobenumfang in den meisten Studien nicht sonderlich hoch ausfällt, wird für jede Studie die Effektstärke berechnet, indem die Prätestwerte von den Posttestwerten abgezogen werden (ebd.).
Hinsichtlich der Resultate der Meta-Analyse erreichen die Kinder mit Elterninterventionen signifikant bessere Resultate betreffend allgemeiner sprachlicher Fähigkeiten (rezeptiv und expressiv), Wortschatz (rezeptiv und expressiv), Satzbau (expressiv) und Kommunikationsrate im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppen (ebd.). Kinder von Eltern, die ein Elterntraining absolvierten, zeigen eine komplexere Sprache als Kinder von Eltern ohne Training (ebd.). Weiter zeigen Eltern mit Elterntraining signifikant öfter ein Reagieren und Eingehen auf kindliche Äusserungen als Eltern ohne Training (ebd.). Die Ergebnisse von Eltern- und Therapeuteninterventionen fallen überwiegend nicht signifikant unterschiedlich aus (ebd.). Ausnahmen bilden hierbei Interventionen bezüglich rezeptiver Sprache und expressiver Syntax mit signifikant höherem Erfolg bei Therapeuteninterventionen (ebd.).
Infolge der Meta-Analyse stellen Roberts und Kaiser (2011) die nachfolgenden Implikationen für von Eltern durchgeführte Interventionen fest. Die Interventionen sollten sich auf soziale Kommunikationsinteraktionen zwischen Eltern und Kindern beziehen (ebd.). Eltern sollten lernen, mithilfe von Expansionen als Modell sprachlichen Input gezielt und wiederholt anzubieten (ebd.). Offen bleibt, ob das Anbieten von spezifischen Zieläusserungen oder das Vermitteln von Responsivität und Eingehen auf die Sprechrate effektiver ist (ebd.).
Weiter sollten Eltern anhand von alltäglichen Routinen zu Hause angeleitet werden (ebd.). Es wird davon ausgegangen, dass die Generalisierung von Interventionsinhalten erfolgreicher verläuft, wenn das Eingehen auf die Eltern-Kind-Interaktion zu Hause stattfindet (ebd.). Elterntrainings können bereits mit der Interventionsintensität von einmal pro Woche positive Effekte auf die Sprache des Kindes zeigen (ebd.). In diesem Zusammenhang wird eine Mindestdauer der Intervention von 6 Monaten empfohlen (ebd.).

8.3 Der Einbezug der Eltern in logopädische Frühinterventionen in Australien

Querschnittstudie

Watts Pappas et al. (2008) befragen ‚paediatric speech language pathologists' in Australien bezüglich Einstellungen und praktischer Umsetzung von Elternarbeit. Unter praktischer Umsetzung wird der Einbezug von Eltern in Interventionsplanung und Interventionsumsetzung verstanden (ebd.). Befragt werden 277 Fachpersonen (ebd.). Davon sind 97% Frauen und 37% Eltern (ebd.). Die Fachpersonen haben zwischen 1 und 39 Jahren Berufserfahrung mit einem Mittelwert bei 11 Jahren (ebd.). Die Fachpersonen geben an, dass ein Grossteil ihrer derzeitigen Fälle Sprachentwicklungsstörungen auf phonetisch-phonologischer Ebene sind (ebd.).

Der Fragebogen enthält 53 Items zum Elterneinbezug bei der Diagnostik, der Zielsetzung, der Intervention und bei Hausaufgaben (ebd.). Die Fachpersonen geben jeweils auf einer fünfstufigen Skala die Häufigkeit bezüglich der einzelnen Items an (ebd.). Anhand von zwei offenen Fragen werden die Zufriedenheit der Fachpersonen bezüglich Elterneinbezug in der eigenen Praxis und mögliche Hindernisse für die Elternarbeit erhoben (ebd.). Weiter geben die Fachpersonen auf einer fünfstufigen Skala Zustimmungsgrade bezüglich 15 Aussagen zum Elterneinbezug an, die auf familien- oder therapeutenzentrierte Sichtweisen hindeuten (ebd.). Ein Item lautet beispielsweise: Eltern sollten eine Wahl über den Grad ihres Einbezugs in die Intervention haben (ebd.).

Der Fragebogen ergibt, dass bei 84% der Fachpersonen die Eltern während der Diagnostikphase anwesend sind (ebd.). 67% der Fachpersonen lassen die Eltern am Zielfindungsprozess teilhaben (ebd.). 38% der Fachpersonen überlassen den Eltern das letzte Wort bei der Zielsetzung (ebd.). Bei 80% der Fachpersonen sind die Eltern normalerweise bei der Intervention dabei (ebd.). Jedoch involvieren nur 35% der Fachpersonen die Eltern aktiv in die Interventionen (ebd.). 95% der Fachpersonen geben regelmässig Hausaufgaben auf (ebd.). Dabei erfragen 94% der Fachpersonen die zeitlichen Möglichkeiten und Bedürfnisse der Eltern bezüglich Hausaufgaben (ebd.). 68% der Fachpersonen fragen die Eltern, ob sie mit der Diagnose ihres Kindes einverstanden sind (ebd.). 53% lassen die Eltern Vorschläge zu Anpassung von Interventionszielen oder –aufgaben machen (ebd.). 44% lassen die Eltern entscheiden, zu welchem Grad sie an der Intervention teilhaben, und 17% lassen die Eltern zwischen verschiedenen Interventionsformaten entscheiden (ebd.).

Bezüglich der Einflussfaktoren von Seiten der Fachpersonen wird ein signifikanter Einfluss des schulischen Settings auf den Einbezug der Eltern erkannt (ebd.). Im schulischen Kontext sind die Eltern bei 56% der Fachpersonen während der Intervention nicht anwesend (ebd.). Aktiv nehmen Eltern in diesem Kontext nur an 16% der Interventionen teil (ebd.).

Weiter beziehen Fachpersonen, die Weiterbildungen zum Hanen- oder Lidcombe-Programm besucht haben (Programme mit hohem Elterneinbezug), die Eltern signifikant öfter in Inter-

ventionen ein als Fachpersonen ohne Weiterbildung in diesen Programmen (ebd.). Zudem geben Fachpersonen mit mehr Berufserfahrung die finale Entscheidung bezüglich Interventionsziele signifikant seltener an die Eltern ab als Fachpersonen mit weniger Berufserfahrung (ebd.).

Hinsichtlich der Zustimmung betreffend Aspekte familienzentrierter Praxis stimmen die meisten Fachpersonen den nachfolgenden Items überwiegend zu (ebd.). 98% der Fachpersonen erachten das Einbeziehen der Eltern in die Intervention als effektiv (ebd.). 89% betrachten die Familie und nicht nur das Kind als ‚Klient' der Intervention (ebd.). Nur 16% der Fachpersonen finden, dass Eltern nicht das Wissen dazu haben, Interventionsziele für ihre Kinder festzulegen (ebd.). 75% der Fachpersonen sind der Überzeugung, dass Eltern die Zeit finden sollten, mit ihren Kindern logopädische Hausaufgaben zu machen, was auf eine therapeutenzentrierte Sichtweise hinweist (ebd.).

Es werden Zusammenhänge und Unterschiede hinsichtlich der Überzeugungen von Fachpersonen und ihrer tatsächlichen Vorgehensweise im Alltag errechnet (ebd.). Übereinstimmungen zwischen Überzeugungen und Wirklichkeit können hinsichtlich folgender Aspekte festgestellt werden: Eltern sind während der Intervention präsent und haben das letzte Wort hinsichtlich der Therapieziele (ebd.).

Signifikante Unterschiede zwischen Überzeugung und Durchführung bestehen bei folgenden Aspekten: Eltern sollen den Grad ihres Einbezugs wählen können und Eltern sollen in die Interventionen einbezogen werden (ebd.). Zudem stimmen Überzeugungen und Umsetzung hinsichtlich Übungen nicht überein, welche in alltägliche Familienabläufe integriert sind (ebd.). Die Fachpersonen möchten in den Alltag integrierte Übungen abgeben, können dies jedoch oftmals nicht realisieren (ebd.).

40% der Fachpersonen geben an, mit dem Grad des Elterneinbezugs in ihrer alltäglichen Arbeit nicht zufrieden zu sein (ebd.). In diesem Zusammenhang werden verschiedene hemmende Aspekte für das vermehrte Einbeziehen der Eltern genannt (ebd.). Fachpersonen können bezüglich ihres Arbeitsortes nicht die Möglichkeit haben, mehr Elternarbeit zu leisten (z.B. fehlende zeitliche Ressourcen im schulischen Kontext) (ebd.). Weiter kann ihnen die Erfahrung oder das Selbstvertrauen zu mehr Elternarbeit fehlen (ebd.). Zudem berichten Fachpersonen von ungünstigen Elternaspekten wie zum Beispiel fehlende Zeit oder mangelnder Wille zur Mitarbeit (ebd.). Watts Pappas et al. (2008) stellen abschliessend fest, dass der mit dem Fragebogen erfasste Graben zwischen familienzentrierten Ansichten und deren tatsächlicher Umsetzung die Studienresultate aus anderen Fachdisziplinen zu diesem Thema spiegelt.

8.4 Der Einbezug der Eltern in logopädische Interventionen weltweit

Querschnittstudie

Anhand eines Fragebogens erheben Law et al. (2019) Aspekte der Elternarbeit in logopädischen Fachbereichen weltweit. Dabei steht im Vordergrund, von welchen Fachpersonen Trainings mit Eltern von Kindern mit ‚developmental language disorder' durchgeführt werden (ebd.). Weiter wird erhoben, bei welchen Kindern (Alter, Störungsbereich, Störungsgrad) indirekte Interventionen durchgeführt werden (ebd.). Zudem interessiert, welche Elternprogramme am häufigsten durchgeführt werden und welche Familienangehörige diese Interventionen erhalten (ebd.). Abschliessend wird erhoben, welche Charakteristiken von Fachpersonen (Alter, Berufserfahrung, Arbeitsfeld) mit dem Einbezug von Eltern in Interventionen einhergehen (ebd.).

Der Fragebogen enthält vier Bereiche: Fragen zur Fachperson, Fragen zur Intervention, Fragen zu theoretischen Aspekten und Fragen zu sozialen und kulturellen Interventionskontexten (ebd.). Die Bereiche zur Intervention und zu theoretischen Aspekten beziehen sich jeweils auf ein bestimmtes Kind, mit dem die Fachperson gearbeitet hat (ebd.). Es werden die Fragebögen derjenigen Fachpersonen ausgewertet, welche sich in diesen Bereichen auf Kinder mit einem Höchstalter von 12 Jahren beziehen (ebd.). Dieses Höchstalter wird gewählt, da die Kinder in diesem Alter in den meisten Ländern die Primarschule abgeschlossen haben und die Rolle der Eltern sich daraufhin wandelt (ebd.). Der Fragebogen wird von 5'024 Fachpersonen aus 59 Ländern ausgefüllt, die sich hauptsächlich in Europa oder umliegend befinden (ebd.).

Die Auswertung des Fragebogens ergibt, dass 80% der Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten weltweit bei Kindern mit ‚developmental language disorder' mit indirekten Methoden arbeiten und 45% Eltern-Kind-Interaktionsmethoden verwenden (ebd.). Hinsichtlich der Charakteristika der Kinder ergibt der Fragebogen, dass Kinder, die indirekte Interventionen durch ihre Eltern erhalten, ein Durchschnittsalter von 5;3 Jahren haben (ebd.). 70% dieser Kinder zeigen rezeptive und expressive Auffälligkeiten, 30% lediglich expressive (ebd.). Dabei weisen 41% der Kinder einen schweren Störungsgrad, 52% einen mittleren und 7% einen leichten Störungsgrad auf (ebd.). Interaktionstrainings werden ebenfalls bei Kindern mit einem Durchschnittsalter von 5;3 durchgeführt (ebd.). Auch diese Kinder zeigen zu 70% Auffälligkeiten auf der rezeptiven und expressiven Ebene und zu 30% nur auf der expressiven Ebene (ebd.). Die Kinder mit Interaktionstraining zeigen zu 35% schwere Störungsgrade, zu 57% mittlere und zu 8% leichte (ebd.).

Mithilfe des Fragebogens wird erfasst, welche Elternprogramme von Fachpersonen weltweit verwendet werden (ebd.). Diese Frage wird nur von 250 Personen beantwortet (ebd.). Dies deutet darauf in, dass Fachpersonen hinsichtlich Elternarbeit mehrheitlich keinen spezifischen Ansatz verwenden (ebd.). Innerhalb der 10 am häufigsten genannten Elternprogram-

me befinden sich 3 Programme, die von Law et al. (2019) im Internet nicht ausfindig gemacht werden können. Nachfolgend werden die 5 Programme aufgeführt, die am häufigsten verwendet werden und im Internet auffindbar sind (ebd.). Zudem wird nachfolgend angegeben, von wie vielen Personen die Programme jeweils genannt werden (ebd.). Am häufigsten werden das Heidelberger Elterntraining (71 Fachpersonen) und das Hanen-Programm (38) genannt (ebd.). Darauf folgen das Birth and Children Office (14), Happy Talk (10) und Marte Meo (6) (ebd.). Die Elternprogramme werden gemäss den Angaben bis auf das letzte unter anderen von ‚speech language therapists' durchgeführt (ebd.). Hinsichtlich der Charakteristiken der Fachpersonen zeigt weder das Alter, die Berufserfahrung noch das Arbeitsfeld einen signifikanten Einfluss auf den Einbezug von Eltern in Interventionen weltweit (ebd.).
Die bei Interventionen mit Elterneinbezug am häufigsten einbezogene Bezugsperson ist die Mutter (ebd.). Zu 32% werden Mütter alleine einbezogen (ebd.). Zu 45% werden Mütter und Väter gemeinsam einbezogen (ebd.). Väter alleine werden nur zu 0,1% einbezogen (ebd.). Weitere Zusammenarbeit innerhalb von Interventionen findet sich zum Beispiel zwischen Müttern und Geschwistern oder Grosseltern mit 23% (ebd.).
Abschliessend stellen Law et al. (2019) fest, dass der Einbezug der Bezugspersonen von betroffenen Kindern in logopädische Interventionen weltweit praktiziert wird (ebd.). Dies wird bei Kindern in verschiedenen Altersklassen und mit verschiedenen logopädischen Störungsbildern genutzt (ebd.). Unklar bleibt jedoch, ob diese Vorgehensweise trotz der weltweiten Bekanntheit im Arbeitsalltag der Norm entspricht (ebd.).

8.5 Gründe für die spärliche Elternarbeit in der Logopädie

Querschnittstudie

Innerhalb der Logopädie wird vehement mehr Elternarbeit gefordert (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b). In der Praxis wird dies jedoch spärlich umgesetzt (ebd.). Es stellt sich folglich zum einen die Frage, welche Formen der Elternarbeit die finanziellen, zeitlichen und räumlichen Rahmenbedingungen zulassen (ebd.). Zum anderen bleibt unklar, ob logopädische Fachpersonen über die Kompetenzen verfügen, die Elternarbeit voraussetzt (ebd.). Dehnhardt und Ritterfeld (1998b) halten fest, „dass eine immer grösser werdende Diskrepanz zwischen der normativen Forderung nach Elternarbeit und dem realistischerweise zu erwartenden Engagement der Sache abträglich ist" (S. 164). Die Autorinnen setzen sich in der Folge mit den Gründen auseinander, welche für die Kluft zwischen Forderung und Umsetzung verantwortlich sein können (ebd.).
Dehnhardt und Ritterfeld (1998b) konzipieren einen Fragebogen für Logopädinnen und Logopäden, der die wahrgenommene Bedeutsamkeit, das geleistete Ausmass und Hinderungsgründe bezüglich Elternarbeit erfragt. Dies erfolgt in Form von 31 Items mit sechsstufigen Antwortskalen (ebd.). Mit zwei offenen Fragen werden Begründungen für die Elternarbeit und bekannte Methoden erfasst (ebd.).

Der Fragebogen wird von 76 Fachpersonen aus logopädischen Arbeitsfeldern ausgefüllt (ebd.). Die Fachpersonen sind zu 45% Logopädinnen und Logopäden, zu 33% Sprachheilpädagoginnen und –pädagogen, zu 13% Atem- Spech- und Stimmpädagoginnen und –pädagogen, zu 7% Sprachtherapeutinnen und –therapeuten und zu 2% weitere Fachpersonen (ebd.). Zwischen den angegebenen Daten der verschiedenen Berufsgruppen bestehen keine Unterschiede (ebd.).
Die Fachpersonen arbeiten mit sprachentwicklungsauffälligen Kindern, die vor allem Auffälligkeiten im grammatischen, semantischen oder pragmatischen Bereich aufweisen (ebd.). Die Fachpersonen sind zwischen 24 und 63 Jahre alt (Altersdurchschnitt bei 41 Jahren), haben zwischen 0 und 33 Jahren Berufserfahrung und sind zu 92% selbständig und zu 8% angestellt (ebd.).
Hinsichtlich der wahrgenommenen Wichtigkeit von Elternarbeit geben die Fachpersonen bei einem Maximum von 6 einen Mittelwert von 5,4 an (ebd.). 58% geben an, mehr mit den Eltern zusammenarbeiten zu wollen (ebd.). Hinsichtlich der Motivation für die Elternarbeit geben die Fachpersonen erhöhte Transfereffekte, ein Weiterführen der Intervention zu Hause, die Förderung für die Toleranz des Kindes und die Bedeutung der Eltern für Diagnostik und Intervention im Sinne der systemischen Sichtweise an (ebd.).
Bezüglich der tatsächlich geleisteten Elternarbeit geben die Fachpersonen mit einem Mittelwert von 5,9 von maximal 6 an, dass die Eltern in die Anamnese einbezogen werden (ebd.). Mit einem Wert von 5,3 geben die Fachpersonen an, die Eltern über den Verlauf der Therapiestunde zu informieren (ebd.). Übungen und Spiele erklären erhält den Wert 5,1, Informations- und Übungsmaterial abgeben den Wert 5 (ebd.). Übungen und Spiele vormachen erhält eine Zustimmung von 4,7 (ebd.). Eine Analyse der Eltern-Kind-Interaktion erzielt den Wert 3,9 (ebd.). Ein Wert von 3,8 von 6 wird für das Führen von ausführlichen Elterngesprächen ausserhalb der Therapie angegeben (ebd.). Das Zusehen der Eltern bei Therapien erhält den Wert 3,6 (ebd.). Das aktive Teilnehmen der Eltern an Therapiesitzungen wird mit dem Wert 3 versehen, der Einbezug der Eltern als Ko-Therapeuten mit dem Wert 2,8 (ebd.). Elternabende werden mit einem Wert von 1,7 durchgeführt und Hausbesuche mit einem Wert von 1,6 (ebd.).
Es werden statistische Zusammenhänge hinsichtlich der folgenden Anwendungen errechnet: Wer die Eltern im Sinne einer Informationsvermittlung aufklärt, erklärt und zeigt auch eher Übungen vor und gibt Hausaufgaben ab (ebd.). Diese Aspekte zeigen „die Minimalvariante der Elternarbeit, bei der ausschliesslich auf die symptomorientierte Behandlung durch die Therapeutin Bezug genommen wird“ (ebd., S. 166). Weiter werden Zusammenhänge errechnet, die auf eine aktiv partizipierende Rolle der Eltern hinweist: Eltern, die der Fachperson während der Intervention zuschauen, fungieren auch eher als Ko-Therapeuten (ebd.). Dies spiegelt ebenfalls eine symptomorientierte Vorgehensweise, jedoch werden die Eltern

nicht nur für einzelne Übungen einbezogen, sondern es wird auch das Interaktionsverhalten thematisiert (ebd.). Zudem werden statistische Zusammenhänge zwischen dem Einsatz von Beratungsgesprächen und der Analyse von Eltern-Kind-Interaktionen errechnet (ebd.). Die Form des Anamnesegesprächs kristallisiert sich als unabhängig von den zuvor genannten Vorgehensweisen heraus und wird demnach übergreifend durchgeführt (ebd.).
Hinsichtlich der Hinderungsgründe betreffend Elternarbeit wird eine Faktorenanalyse vorgenommen (ebd.). Als bedeutendster Hinderungsgrund wird der erlebte Kompetenzmangel von den Fachpersonen genannt (ebd.). Es wird von „Unsicherheit in Bezug auf die Gesprächsführung und die eigene Rolle sowie hinsichtlich der Haltung gegenüber der Eltern berichtet“ (ebd., S. 167). Weiter wird befürchtet, „eine Situation auszulösen, die nicht mehr aufgefangen werden kann oder von den Eltern in eine Diskussion ihrer familiären Probleme verwickelt zu werden“ (ebd., S. 167). Als zweitwichtigsten Faktor für das Ausbleiben von Elternarbeit wird angegeben, dass dies von Seiten der Eltern nicht erwünscht ist (ebd.). Dies aufgrund einer angenommenen Überforderung der Eltern oder der Sichtweise, das Kind und nicht die Familie sei der Klient (ebd.). Auf dem dritten Faktor der Faktorenanalyse laden die Gründe der unzureichenden Ausbildung sowie mangelnde räumlichen Strukturen (ebd.). Mangel an Zeit und Geld wird als viertwichtigster Faktor errechnet (ebd.). Der fünftwichtigste Faktor bezieht sich auf die sozialen Kontexte des Handelns (ebd.). Die Eltern werden demnach nicht in die Interventionen einbezogen, weil ihre Anwesenheit als störend empfunden wird oder die Anerkennung und Unterstützung von Elternarbeit von Seiten der Kolleginnen und Kollegen sowie der Vorgesetzten ausbleibt (ebd.).
Die Diskrepanz zwischen der gewünschten und der tatsächlich geleisteten Elternarbeit ist in erster Linie auf mangelndes Kompetenzerleben, in zweiter Linie auf eine diesbezüglich als schlecht empfundene Ausbildung und erst danach auf inadäquate Räumlichkeiten, Zeit- und Geldmangel zurückzuführen (ebd.). Der Fragebogen ergibt, dass Fachpersonen, die sich betreffend Elternarbeit kompetent fühlen, diese auch dann durchführen, wenn zeitliche und finanzielle Ressourcen fehlen (ebd.). Weiter wird festgestellt, dass der Wunsch nach Elternarbeit steigt, wenn die Fachpersonen sich diesbezüglich nicht kompetent fühlen (ebd.). Je grösser der Wunsch nach Elternarbeit jedoch ausfällt, desto eher werden Hinderungsgründe wie zeitliche, finanzielle und räumliche Hindernisse angeführt (ebd.). Dies legt den Verdacht einer Externalisierung des Bedingungsgefüges für ausbleibende Elternarbeit nahe, womit der Selbstwert erhalten bleibt (ebd.).
Auf die Anwendung des Anamnesegesprächs wirken die verschiedenen Gründe nicht hemmend oder förderlich (ebd.). „Das Elterngespräch bei der Anamnese scheint damit offensichtlich keine Unsicherheiten zu provozieren, sondern wird selbstverständlich durchgeführt“ (ebd., S. 169). Ob Eltern informiert und Übungen für zu Hause abgegeben werden, hängt vor allem mit der Ausbildung und den räumlichen Möglichkeiten der Fachpersonen zusammen

(ebd.). Das Kompetenzerleben spielt hierbei keine bedeutende Rolle (ebd.). Ob Eltern jedoch aktiv in die Intervention einbezogen werden, hängt stark vom Kompetenzerleben der Fachperson ab (ebd.).

Die Kluft zwischen Wunsch und Realität hinsichtlich aktivem Elterneinbezug wird infolge des Fragebogens anhand der beiden nachfolgenden Schwerpunkte am deutlichsten (ebd.). „Je mehr der Kontakt zu den Eltern sich nicht nur streng auf die Symptomatik bezieht, sondern darüber hinaus einen ganzheitlicheren Ansatz verfolgt, (…) desto mehr reguliert das Kompetenzerleben das therapeutische Engagement“ (ebd., S. 169). Die Fachpersonen fühlen sich bezüglich ihrer Rolle gegenüber den Eltern und hinsichtlich der konkreten Vorgehensweise unsicher (ebd.). Zudem wird der aktive Einbezug der Eltern erschwert, wenn die Fachpersonen davon überzeugt sind, ihre Interventionen dadurch schlechter planen und strukturieren zu können und die Anerkennung dafür von Kolleginnen und Kollegen sowie von Vorgesetzten fehlt (ebd.).

Den Resultaten zufolge stellt sich die Frage, wie das Kompetenzerleben der Fachpersonen gesteigert werden kann, um aktiveren Elterneinbezug zu begünstigen (ebd.). „Interessanterweise lässt sich kein Effekt der Ausbildung auf das Kompetenzerleben sichern, sondern lediglich ein Effekt der Berufserfahrung“ (ebd., S. 170). Das Ausbildungsniveau bezüglich Elternarbeit wird von den befragten Fachpersonen in Deutschland als mittelmässig eingeschätzt (ebd.).

Dehnhardt und Ritterfeld (1998b) betonen, dass „die einfache Forderung nach mehr Elternarbeit wenig sinnvoll ist. Stattdessen müssen realisierbare Ziele definiert werden, die an den konkreten Voraussetzungen der praktizierenden Therapeuten ansetzen“ (ebd., S. 170). Weiter führen die Autorinnen Weiterbildungen zu dem Thema als Lösungsvorschlag an, wobei betont wird, dass diese konkrete Handlungsanweisungen und Reflexionsmöglichkeiten hinsichtlich der eigenen Rolle beinhalten sollten (ebd.). Zudem merken die Autorinnen an, dass neben den Fachpersonen auch Eltern rationale Gründe dafür haben können, eine aktive Teilnahme an einer Intervention abzulehnen (ebd.).

Logopädische Elternarbeit sollte sich laut Dehnhardt und Ritterfeld (1998b) einerseits auf die Eltern-Kind-Interaktion beziehen und sich andererseits durch eine wohlwollende und unterstützende Herangehensweise auszeichnen (ebd.). „Gerade Eltern, die aufgrund von Krankheiten und / oder Entwicklungsstörungen ihres Kindes belastet sind, benötigen einen therapeutischen Kontakt, der ihnen nicht die Rolle desjenigen zuweist, der insuffizient ist und deshalb eine Schulung benötigt“ (ebd., S. 171).

8.6 Elternprogramme bei Sprachentwicklungsstörungen

Systematischer Review

Der systematische Review von Tosh, Arnott und Scarinci (2017) untersucht die Wirksamkeit von Interventionen, die von Eltern zu Hause mit ihren Kindern durchgeführt werden. Dabei werden Elternprogramme für Kinder im Alter von mindestens 2 Jahren mit primären Sprachentwicklungsstörungen einbezogen (ebd.). Ein systematisches Reviews ist „eine Übersichtsarbeit, die Forschungsergebnisse zu einer (…) Fragestellung nach klar spezifizierten Kriterien recherchiert, analysiert und zusammengefasst darstellt" (Beushausen & Grötzbach, 2018, S. 35). „Im Gegensatz zu Meta-Analysen wird jedoch keine statistische Analyse durchgeführt" (Beushausen & Grötzbach, 2018, S. 35).

In die systematische Review werden 14 Studien einbezogen (Tosh, Arnott & Scarinci, 2017). In der Stichprobe befinden sich Kinder zwischen 2 und 7jährig (ebd.). In 9 Studien werden Late Talker untersucht (ebd.). Die Studien enthalten die nachfolgenden Vergleiche: Elternprogramm und keine oder zeitlich versetzte Intervention, Elternprogramm und herkömmliche Therapie (therapeuten- und kindzentriert) oder dreifache Vergleiche zwischen Elternprogramm, herkömmlicher Therapie und keiner Intervention (ebd.). Zusätzlich wird bei 2 Studien ein Vergleich mit sprachlich altersgemäss entwickelten Kindern durchgeführt (ebd.). Die Ergebnisse der einzelnen Studien beziehen sich auf Aspekte der Kinder, der Eltern oder der Intervention (ebd.).

Hinsichtlich der Interventionen werden die Eltern überwiegend in Gruppensettings angeleitet (ebd.). Die Gruppeninterventionen enthalten bei den meisten Studien sowohl allgemeine als auch individualisierte Inhalte (ebd.). Individualisierte Interventionen finden zum Teil bei den Familien zu Hause statt (ebd.). In 3 Studien wird das Hanen-Programm verwendet (ebd.). Tosh, Arnott und Scarinci (2017) empfehlen individualisierte Interventionen, weil somit den verschiedenen familiären Kontextfaktoren sowie den unterschiedlichen Fähigkeiten der Eltern Rechnung getragen wird. In 4 Studien der Review wird kein individualisiertes Interventionsziel angegeben (ebd.). Bei diesen Studien kann es sich bei der Intervention um Sprachförderung entsprechend der behandelten Abgrenzungen der Berufsverbände handeln.

Hinsichtlich der Resultate der systematischen Review machen die Autoren auf die errechnete moderate bis hohe Möglichkeit eines Bias (Verzerrung) bei der Mehrheit der Studien aufmerksam (ebd.). Die systematische Review ergibt, dass Elternprogramme wirksamer sind als keine Intervention und ebenso wirksam wie herkömmliche Therapie (ebd.). Zwei Studien zeigen bessere Ergebnisse für Elternprogramme als für herkömmliche Therapie bezüglich der Äusserungslänge der Kinder (ebd.). Eine von den Autoren als qualitativ hochwertig bewertete Studie enthält Hinweise darauf, dass Elternprogramme breiter gestreute Effekte erzielen als herkömmliche Therapie (ebd.). Es bestehen zudem Hinweise darauf, dass die Ar-

beit von Fachpersonen mit den Eltern in einer ebenso hohen Intensität erfolgen sollte, wie die Arbeit mit den Kindern bei herkömmlicher Therapie (ebd.).
Studien, welche Vergleiche mit sprachlich altersgemäss entwickelten Peers enthalten, zeigen ein Annähern der Kinder der Elternprogrammgruppen an die Kinder der Kontrollgruppen hinsichtlich sprachlicher Fähigkeiten (ebd.). Dies zum Beispiel bei der Studie von Buschmann et al. (2009). Bei der hier verwendeten Intervention handelt es sich um das Heidelberger Elterntraining und die teilnehmenden Kinder sind zu Beginn der Intervention zwischen 2 und 2;3 Jahre alt (ebd.). Buschmann et al. (2009) stellen nach einem Follow-up von 12 Monaten bei 75% der Kinder in der Interventionsgruppe einen altersgemässen Sprachstand fest. In der Kontrollgruppe ohne Intervention wird dies bei 43,5% der Kinder festgestellt (ebd.).
Die Reviewergebnisse zeigen, dass Eltern im Allgemeinen sowohl mit herkömmlicher Therapie als auch mit Elternprogrammen zufrieden sind (Tosh, Arnott & Scarinci, 2017). Bei herkömmlicher Therapie sind die Eltern jedoch mit den Interventionszielen und der Möglichkeit zur Mitarbeit weniger zufrieden als bei Elternprogrammen (ebd.). In nur einer der einbezogenen Studien werden die Eltern sowohl in die Auswahl der Interventionsziele als auch in die Aktivitäten und Verlaufsbesprechungen einbezogen (ebd.). Die Eltern üben in dieser Studie durchschnittlich 6 Mal pro Woche mit ihren Kindern (ebd.). Eine Elternbefragung zeigt zudem, dass Eltern bei Wahlmöglichkeit ein Elternprogramm einer herkömmlichen Therapie vorziehen würden (ebd.). Hinsichtlich Gruppenangeboten wird in den einzelnen Studien die Schwierigkeit angemerkt, einen für alle Teilnehmenden passenden Zeitpunkt zu finden (ebd.). Zudem möchten nicht alle Eltern ein Gruppenangebot wahrnehmen (ebd.).
In 6 Studien werden weiter Aspekte bezüglich Kosten und Durchführbarkeit der Interventionen untersucht (ebd.). Individualisierte Elternprogramme bringen einen höheren zeitlichen Aufwand mit sich als allgemeine Elternprogramme (ebd.). Die Eltern zeigen sich jedoch zufriedener mit individualisierten Programmen und es bestehen Hinweise darauf, dass individualisierte Programme höhere Effekte erzielen als allgemeine (ebd.).

8.7 Familienzentriertes Vorgehen in logopädischen Frühinterventionen

Randomisierte kontrollierte Studie

McKean, Phillips und Thompson (2011) untersuchen in einer randomisierten kontrollierten Studie die Zufriedenheit von Eltern bei familienzentrierten Interventionen und herkömmlicher therapeutenzentrierter Vorgehensweise in der Logopädie. Weiter wird untersucht, mit welcher der beiden Konzepte die Therapieziele eher erreicht und die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder eher verbessert werden (ebd.).

Familienzentrierte Interventionen enthalten Elterneinbezug bei Zielsetzung und Interventionsdurchführung sowie zwei Hausbesuche (ebd.). An der Studie nehmen 20 Kinder teil, die bezüglich Alter ‚gematched' und unter Einbezug dieses Faktors randomisiert einer Gruppe zugeteilt werden (ebd.). Die Kinder sind zwischen 3 und 6 Jahre alt mit einem Mittelwert bei 4;3 Jahren und zeigen eine mittelschwere Sprachentwicklungsstörung (ebd.). Die beiden Gruppen sind vor der Intervention bezüglich sprachlicher Leistungen vergleichbar (ebd.). Die Interventionen thematisieren Minimalpaare und metaphonologische Bewusstheit und erfolgen über einen Zeitraum von 14 Wochen (ebd.).

Die herkömmliche Therapie startet mit einem Gruppenanlass, an dem die Eltern über Interventionsinhalte, erwartete Mitarbeit etc. informiert werden (ebd.). Darauf erfolgt die durch die Fachpersonen geleitete Zielsetzung, an welcher die Eltern teilhaben (ebd.). Die Fachperson bespricht zudem vor der Intervention den sprachlichen Stand der Kinder mit den Eltern (ebd.). Während der wöchentlichen Intervention werden von Fachpersonen ausgewählte Übungen durchgeführt (ebd.). Die Eltern können nach eigenem Gutdünken an den Interventionen teilhaben (ebd.). Zudem werden mit den Eltern Hausaufgaben zum Üben zu Hause besprochen (ebd.).

Die familienzentrierte Vorgehensweise erfolgt mit derselben Dauer und Intensität wie die herkömmliche Therapie (ebd.). Die Eltern setzen die Therapieziele für ihr Kind mit Beratung der Fachperson (ebd.). Die Interventionsstunden beginnen jeweils mit einem Elterngespräch bezüglich vorangegangene Stunde, üben zu Hause sowie Erfolge und Hindernisse bezüglich dem Transfer der Interventionsinhalte ins alltägliche Leben (ebd.). Darauf folgen neue Interventionsinhalte, die während des zeitlichen Verlaufs der Intervention mit Hilfestellungen der Fachpersonen zunehmend von den Eltern selbst durchgeführt werden (ebd.). Dabei werden zum Beispiel Zielwörter, die für die Familie wichtig sind oder bereits bekannte Spiele einbezogen (ebd.). Abschliessend werden Übungen für zu Hause besprochen, welche für die Familie im Rahmen des Möglichen liegen (ebd.). Mithilfe von zwei Hausbesuchen machen sich die Fachpersonen ein Bild von den fördernden und hemmenden Faktoren hinsichtlich des Transfers der Interventionsinhalte in jeder Familie (ebd.).

Hinsichtlich der Resultate der Studie wird festgehalten, dass Zielsetzungen, die von der Fachperson erstellt werden, überwiegend auf der ICF-Ebene der Körperstrukturen und Kör-

perfunktionen angesiedelt sind (ebd.). Ziele, die von den Eltern mit Beratung der Fachperson erstellt werden, zielen öfter auf die ICF-Ebenen der Partizipation und der Teilhabe ab (ebd.). Die Fortschritte und die Zielerreichung der beiden Gruppen sind nicht signifikant unterschiedlich (ebd.). Hinsichtlich der sprachlichen Fortschritte der Kinder erzielen alle Kinder nach der Intervention signifikant höhere phonologische Leistungen im Vergleich zu den Messungen vor der Intervention (ebd.).
Die Eltern beider Gruppen sind im Allgemeinen zufrieden mit der Intervention (ebd.). Die Eltern der familienzentrierten Gruppe fühlen sich in Form eines nicht signifikanten Trends besser informiert hinsichtlich des Sprachstandes, der Therapieinhalte und der Fortschritte ihrer Kinder als die Eltern der therapeutenzentrierten Gruppe (ebd.). 3 der 10 Eltern, deren Kinder eine therapeutenzentrierte Massnahme erhielten, schätzen die strukturierte Therapie im Einzelsetting (ebd.). 5 der 10 Eltern der familienzentriert vorgehenden Gruppe betonten ihre Zufriedenheit hinsichtlich der Einbettung der Interventionsinhalte in den Alltag (ebd.). 3 von 10 Eltern dieser Gruppe schätzten, dass sie stark in die Intervention einbezogen werden und betonten die Wichtigkeit der Hausbesuche (ebd.).

8.8 Ein Elterntraining zum gemeinsamen Bücherschauen

Multiple-Baseline-Design

In einer Studie mit Multiple-Baseline-Design untersuchen Crowe, Norris und Hoffmann (2003) die Effekte eines Elterntrainings bezüglich gemeinsames Bücheranschauen mit Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. Das Elterntraining beinhaltet die Schwerpunkte Responsivität der Eltern hinsichtlich der kindlichen Kommunikation sowie aktives Einbeziehen der Kinder in den Erzählprozess (ebd.). Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen nehmen beim gemeinsamen Bücherschauen oftmals eine passive Rolle ein (ebd.). Dies kann bei den Eltern zum Einnehmen einer aktiven Rolle und zur Reduktion von Anforderungen an das Kind führen (ebd.). Dies wiederum festigt die Rolle des Kindes als passiven Zuhörer (ebd.).
An der Studie von Crowe, Norris und Hoffmann (2003) nehmen 6 Eltern mit ihren Kindern teil. Die Kinder sind zwischen 3;2 und 3;5 alt und zeigen eine Sprachentwicklungsstörung (ebd.). 3 der 6 Familien haben einen tiefen sozioökonomischen Status, die übrigen 3 einen mittleren bis hohen (ebd.).
Für das gemeinsame Bücherlesen im Rahmen der Studie werden zwei Bücher verwendet (ebd.). Ein Buch für die Baseline- und Follow-up-Messungen und eines für die Intervention (ebd.). Die Bücher sind in einfacher Sprache gehalten (ca. 5 Wörter pro Satz) und zeigen alltägliche zeitliche (nicht kausale) Abläufe wie sich anziehen, etwas zu essen vorbereiten, spielen, ins Bett gehen (ebd.). Die Bücher sind für Kinder zwischen 3 und 8 Jahren gedacht (ebd.).
Die Intervention mit den Eltern bezieht sich auf die Methode des ‚complete reading cycle' (ebd.). Dies umfasst das verbale oder nonverbale Initiieren von joint attention (z.B. mit Zei-

gen oder Ansprechen wie „Schau!“) (ebd.). Weiter enthält die Methode Fragen und Aufforderungen (z.B. „Was macht er da?“, „Soll er laufen oder rennen?“, „Was wird jetzt wohl passieren?“, „Schauen wir mal, was passiert.“) (ebd.). Weiter werden Antworten auf die Aufforderungen oder Fragen und Feedback thematisiert (ebd.). Die einzelnen Aspekte können jeweils von der erwachsenen Person oder vom Kind stammen (ebd.).
Jede Interventionslektion startet mit der Erklärung oder Wiederholung der ‚complete reading cycle'-Strategien (ebd.). Die Eltern werden dazu aufgefordert, nach dem Einsatz einer Strategie abzuwarten, damit das Kind zur Teilnahme eingeladen wird (ebd.). Geht das Kind nicht darauf ein, können die Eltern eine weitere Strategie anwenden (ebd.).
Das Design der Studie von Crowe, Norris und Hoffmann (2003) ist ein Multiple-Baseline-Design. „Bei einem Multiple-Baseline-Design (…) handelt es sich im Prinzip um einen AB-Plan, der mehrmals (…) mit verschiedenen Personen wiederholt wird“ (Jain & Spiess, 2012, S. 225). Beim AB-Plan handelt es sich um ein Design für Einzelfallversuche (ebd.). In der A-Phase werden die Baseline-Messungen erhoben, in der B-Phase die Messungen während der Intervention (ebd.). Die Baseline-Messungen sollten dabei möglichst stabil ausfallen (ebd.). „Bei starken Abweichungen ist eine Interventionswirkung viel schwieriger zu erkennen als bei einer stabilen Baseline, weil sich dann die Werte der Interventionsphase nicht so eindeutig unterscheiden“ (ebd., S. 219).
Bei Multiple-Baseline-Designs starten die Probanden zeitversetzt mit den Interventionen (ebd.). Wenn Messwerte unter Baseline-Bedingungen konstant bleiben, die Interventionen zeitversetzt starten und sich die Messwerte kurz nach Interventionsbeginn ändern, ist es wahrscheinlich, dass diese Änderungen auf die Interventionen zurückzuführen sind (ebd.). Das Design soll weitere Erklärungsfaktoren ausschliessen (ebd.). Im Vergleich zum AB-Design weist das Multiple-Baseline-Design eine höhere interne Validität auf (Crowe, Norris & Hoffmann, 2003).
Die Probanden der Studie von Crowe, Norris und Hoffmann (2003) absolvieren gemäss Design mehrere Baseline-Messungen. Bei den Baseline-Messungen erzählen die Eltern den Kindern die Bücher ohne bestimmte Methoden (ebd.). Darauf erfolgt die Intervention, die 3 Mal pro Woche über insgesamt 5 Wochen bei den Familien zu Hause stattfindet (ebd.). Abschliessend werden zwei Follow-up-Messungen im Zeitraum von mindestens einer Woche nach Interventionsende vorgenommen (ebd.).
Die Messungen während der Baseline, der Intervention und dem Follow-up beziehen sich auf das Verhalten der Kinder während dem gemeinsamen Bücheranschauen (ebd.). Erfasst werden verbale und nonverbale Aufforderungen zur joint attention, Anzahl ‚Gesprächs-Turns' im Prozess des Turn-Takings sowie Äusserungslänge und Diversität des expressiven Wortschatzes, (ebd.).

Hinsichtlich der Resultate der Studie zeigen die Kinder beim Wechsel von Baseline- zu Interventionsphase signifikant häufiger ‚Turns' im Turn-Taking-Prozess sowie signifikant längere Äusserungen und signifikant mehr verschiedene Wörter (ebd.). Hinsichtlich der Initiierung zur joint attention kommt es zu keiner signifikanten Veränderung (ebd.). Bei den Follow-up-Messungen werden bei den Kindern ebenfalls mehr ‚Turns' festgestellt als bei den Baseline-Messungen (ebd.). Dasselbe wird für die Äusserungslänge und die Diversität im Wortschatz festgestellt (ebd.).
Diese Resultate weisen daraufhin, dass ausgewogene Interaktionsstile wie sie zwischen Eltern und Kindern ohne Sprachentwicklungsstörungen zu beobachten sind, auch für Eltern-Kind-Interaktionen bei Sprachentwicklungsstörungen förderlich sein können (ebd.). Aufgrund von methodischen Mängeln wie der kleinen Stichprobe ist bei der Generalisierung der Resultate jedoch Vorsicht geboten (ebd.).

9 Umsetzungsmöglichkeiten von logopädischen Interventionen der Interaktion

In diesem Kapitel wird zunächst auf Wechselwirkungen zwischen Spracherwerbsstörungen und der Eltern-Kind-Interaktion eingegangen. Anschliessend werden Ziele und Schwerpunkte einer Interaktions-Intervention beschrieben. Daraufhin wird ein systemischer familienzentrierter Ablauf einer logopädischen Intervention aufgeführt. Abschliessend wird auf das Hanen-Programm, das Heidelberger Elterntraining und die Marte Meo-Methode als Umsetzungsmöglichkeiten eines Interaktionstrainings sowie auf Evaluationsstudien der verschiedenen Ansätze eingegangen.

9.1 Spracherwerbsstörungen und die Eltern-Kind-Interaktion

„Jüngste Studien zeigen, dass der Interaktionsstil der Bezugspersonen eine entscheidende Rolle für den Spracherwerb des Kindes spielt" (Buschmann, 2017, S. 4). „Ein sprachförderlicher Umgang ist dann gegeben, wenn das Kind die Gelegenheit erhält, in intensiven sozialen Interaktionen seine erworbenen linguistischen Strukturen anzuwenden und ihm gleichzeitig in einem motivierenden Rahmen Erweiterungsmöglichkeiten aufgezeigt werden" (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b, S. 163f.).
Eltern und Bezugspersonen passen ihre Sprache natürlicherweise dem Kind an (Buschmann, 2017). Im Säuglingsalter geschieht dies mit dem sogenannten ‚Baby Talk' (ebd.). Die Sprechweise ist langsam, in hoher Tonlage und erfolgt in Form von einfachen Sätzen (ebd.). Im ersten Lebensjahr wird die Aufmerksamkeit des Kindes überwiegend durch das erwachsene Gegenüber geleitet (ebd.). Erstes Turn-Taking wird beobachtbar (ebd.). Im zweiten Lebensjahr benutzen Eltern intuitiv das ‚Scaffolding', um in wiederkehrenden Situationen dieselben Begriffe anzubieten (ebd.). Dies kann zum Beispiel in einer Bilderbuchsituation auftreten, in der das Kind auch aktiv neue Begriffe erwerben kann (ebd.). Zur Unterstützung

des Grammatikerwerbs zeigen Eltern ‚Motherese' (ebd.). Hierbei werden zum Beispiel kindliche Äusserungen in korrekter Form wiederholt oder erweitert (ebd.). Diese Sprachlernstrategien werden von Eltern meist unbewusst eingesetzt (ebd.).
Obwohl Eltern diese Anpassung des sprachlichen Angebotes bei sprachlich normal entwickelten Kindern zeigen, zeichnet sich eine Verunsicherung im Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kindern mit Spracherwerbsstörungen ab (ebd.). Durch mögliche Schuldgefühle und Sorgen um die Sprachenwicklung des Kindes können Eltern ihre Interaktion in einer Weise verändern, die für den Spracherwerb nicht förderlich ist (ebd.). Eltern können zu viel sprechen und dem Kind kaum Raum für eigene Äusserungen lassen (ebd.). Es kann auch zu einer Reduktion der an das Kind gerichteten Sprache kommen (ebd.). Weiter können Eltern ihren Kindern die Kommunikation abnehmen wollen und mögliche Wünsche antizipieren (ebd.). Zudem können Eltern mehr Anweisungen und weniger Fragen äussern (ebd.). Eltern können sich mit dem Kind direktiver, weniger responsiv und kontrollierender verhalten (ebd.). Es kann zu Korrekturen und Aufforderung zum Nachsprechen kommen (ebd.).
Die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes beeinflussen den Kommunikationsstil der Eltern ebenso wie dies umgekehrt der Fall ist (Baxendale & Hesketh, 2003). Diese Wechselwirkung wird stark betont (Roberts & Kaiser 2011). Bei für den Spracherwerb ungünstigen Interaktionsmustern handelt es sich um die Folge einer kindlichen Sprachentwicklungsstörung, nicht um eine Ursache (Crowe, Norris & Hoffmann, 2003). Die Eltern sind nicht verantwortlich für Sprachentwicklungsverzögerungen ihres Kindes (Baxendale & Hesketh, 2003). Ungünstige Interaktionsmuster können jedoch einen aufrechterhaltenen Faktor darstellen (ebd.).
Wichtig für den Spracherwerb sind hinsichtlich der Eltern-Kind-Interaktion vor allem die nachfolgenden vier Komponenten: Häufigkeit der Eltern-Kind-Interaktion, Fähigkeit auf die kindliche Kommunikation einzugehen, Quantität und Qualität des Inputs und Einsatz von Sprachlernstrategien (Roberts & Kaiser 2011). Die Häufigkeit der Eltern-Kind-Interaktion zeigt Einflüsse auf den Umfang des Wortschatzes von Kindern (ebd.). Weiter wird ein Zusammenhang zwischen der Quantität von an das Kind gerichteter Sprache und dem rezeptiven kindlichen Wortschatz festgestellt (ebd.). Mütter mit sprachlich altersgemäss entwickelten Kindern benennen mehr Gegenstände in Sichtweite des Kindes als Mütter von Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung (ebd.). Zudem wird infolge von Untersuchungen festgestellt, dass Eltern von Kindern mit SLI (specific language impairment) weniger häufig Aktivitäten mit ihren Kindern durchführen, in denen die Sprache eine wichtige Rolle spielt, als Eltern mit sprachlich altersgemäss entwickelten Kindern (ebd.).
Bei Müttern von Kindern mit SLI wird eine weniger ausgeprägte Responsivität hinsichtlich kindlicher Äusserungen festgestellt als bei Müttern mit sprachlich unauffällig entwickelten Kindern (ebd.). Forschungsergebnisse zeigen Zusammenhänge der mütterlichen Fähigkeit, verbal oder nonverbal auf kindliche Kommunikation zu reagieren (z.B. Reaktion auf kindli-

ches Vokalisieren im Alter von 13 Monaten), und dem Erreichen von Meilensteinen in der kindlichen Sprachentwicklung (ebd.).
Anhand des gemeinsamen Anschauens von Büchern wird festgestellt, dass nicht nur die Quantität dieser Tätigkeit sondern auch die Qualität der dabei erfolgenden Eltern-Kind-Interaktion eine wichtige Rolle für den Spracherwerb spielt (Crowe, Norris & Hoffmann, 2003). Es wird festgestellt, dass Eltern von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen tendenziell eine aktive Rolle in diesem Prozess einnehmen, während das betroffene Kind eine passive Rolle innehat (ebd.). Bezüglich der Qualität von elterlichem Sprachinput können weiter Zusammenhänge zwischen der Variabilität des angebotenen Wortschatzes und der Variabilität des kindlichen expressiven Wortschatzes festgestellt werden (Roberts & Kaiser 2011).
Betreffend Sprachlernstrategien (z.B. Imitation oder Erweiterung kindlicher Äusserungen) besteht ein Zusammenhang zwischen deren Anwendung von Seiten der Eltern und den sprachlichen Fähigkeiten der Kinder (z.B. produzierte Anzahl Wörter oder Wortkombinationen) (ebd.). Es bestehen Hinweise darauf, dass Eltern von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen Sprachlernstrategien weniger häufig und qualitativ unterschiedlich anwenden als Eltern von sprachlich altersgemäss entwickelten Kindern (ebd.).

9.2 Ziele und Schwerpunkte einer Interaktions-Intervention

„Mit der sprachtherapeutischen Intervention soll das unproduktive elterliche Interaktionsverhalten minimiert und produktives maximiert werden“ (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b, S. 164). Buschmann (2017) hält fest, dass „aufgrund der biologischen Fundierung des Spracherwerbs (…) nicht von einem direkten Zusammenhang zwischen dem elterlichen sprachlichen Input und der Sprachentwicklung des Kindes ausgegangen werden“ kann (S. 4). Es kommt vielmehr darauf an, dass die Eltern „das sprachliche Angebot an die individuellen Voraussetzungen des Kindes an[passen], indem sie dem Kind bestimmte sprachliche Strukturelemente akzentuiert und wiederholt anbieten, während sie andere Elemente, die das Kind überfordern würden, weglassen. Damit schaffen sie den Rahmen für eine optimale sprachliche Entwicklung“ (Buschmann, 2017, S. 4).
Die Rolle der logopädischen Fachperson besteht darin, die Eltern-Kind-Interaktion hin zu sprachentwicklungsförderlichen Verhaltensweisen zu beeinflussen (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998b). „Eine Optimierung des Interaktions- und Kommunikationsstils der Eltern und des sprachlichen Angebots an das Kind ist im Rahmen eines Interaktionstrainings möglich“ (Buschmann, 2017, S. 12). Baxendale, Frankham und Hesketh (2001) verweisen im Rahmen von family-focused Ansätzen auf die folgenden drei Interventionsschwerpunkte. Kindorientierte Techniken, welche darauf abzielen, dass das Kind möglichst oft am Geschehen teilnehmen kann (ebd.). Interaktionsorientierte Techniken, welche das Kind zum Kommunizieren im Hinblick auf das Turn-Taking ermutigen (ebd.). Zudem sprachlich orientierte Techni-

ken, welche die Sprache der Eltern im Hinblick auf den Spracherwerb des Kindes effektiv gestalten (ebd.).
Die wichtigsten Schwerpunkte eines Interaktionstrainings beziehen sich laut Buschmann (2017) auf die Responsivität der Eltern und der Anpassung ihres sprachlichen Angebotes an die Fähigkeiten des Kindes. Baxendale und Hesketh (2003) bezeichnen die folgenden Aspekte als Kernpunkte von Interaktions-Interventionen: die Erhöhung der Responsivität von Seiten der Eltern hinsichtlich der kindlichen Kommunikation, die Reduktion der elterlichen Führung von Situationen und die Verbesserung des Turn-Takings sowie die Vereinfachung der ‚Turns'. Weitere Aspekte von sprachförderlichen Interaktions-Interventionen folgen in den Kapiteln zum Hanen-Programm, zum Heidelberger Elterntraining und zu Marte Meo. Eine Übersicht von sprachförderlichen und -hemmenden Aspekten der Eltern-Kind-Interaktion findet sich auf Seite 58.

9.3 Ein systemischer und familienzentrierter Ablauf

Andrews und Andrews (1986) entwickeln in Zusammenarbeit von logopädischen und psychologischen Fachpersonen einen Ablauf für logopädische Interventionen mit Einbezug der Familie. Der Ablauf basiert auf einem systemischen Interventionsverständnis (ebd.).
Zunächst schildert die Familie der Fachperson das wahrgenommene Problem (ebd.). Dabei dürfen auch Grosseltern oder enge Bekannte einbezogen werden (ebd.). Weiter beschreibt die Familie, was bereits unternommen wurde, um das Problem zu lösen, was funktioniert hat und welche weiteren Veränderungen notwendig sind (ebd.). In diesem Interventionsabschnitt sollte die Fachperson nicht widersprechen, kritisieren oder Ratschläge anbieten (ebd.). Es geht zunächst darum, die Sichtweise der Familie zu verstehen (ebd.).
Die Diagnostik erfolgt im Beisein der Familie (ebd.). Während des Diagnostikprozesses erklärt die Fachperson das Vorgehen und ihre Beobachtungen, damit die Familie die festgestellten Befunde nachvollziehen kann (ebd.). Aufgrund der Beschreibungen von Seiten der Familie und der Diagnostik von Seiten der Fachperson werden Interventionsschwerpunkte eruiert, die beiden Seiten entsprechen (ebd.). Für die Fachperson ist es einfacher, ein Problem zu behandeln, das mit der Sicht der Familie übereinstimmt, als für die Familie, an einer Intervention teilzuhaben, die der Sichtweise der Fachperson entspricht (ebd.). Die Kompetenz der Fachperson wird als zusätzlich zur Kompetenz der Familie betrachtet (ebd.).
Zur Methodenwahl bezieht die Fachperson den Interaktionsstil, die Rollen der Familienmitglieder und die eigenen Beobachtungen ein und es werden individuelle Lösungen gefunden (ebd.). Ein spezielles Augenmerk wird auf die Rollen der Familienmitglieder gelegt, weil eine Missachtung dieser Rollen zu einer verminderten oder verunmöglichten Kooperation der Familie führen kann (ebd.). Die gewählte Methode kann die Arbeit mit der Familie umfassen (ebd.). Dies kann zunächst einmal pro Woche und später in verringerter Intensität je nach Bedürfnis der Familie erfolgen (ebd.). Weiter ist es möglich, dass primär mit dem Kind gear-

beitet wird (ebd.). Dabei können die Eltern mit einer weiteren Fachperson von einem anderen Raum aus zuschauen und sich austauschen (ebd.).
Erreichte Fortschritte werden von der Familie beschrieben und von der Fachperson aufgenommen (ebd.). Die Fachperson kann nachfragen, von wem die Fortschritte zuerst wahrgenommen wurden, in welchen Situationen diese erfolgen usw. (ebd.). Dies führt dazu, dass sich die Familie bestätigt fühlt und dadurch motiviert wird, die förderlichen Verhaltensweisen weiterhin zu zeigen (ebd.). Wenn eine Familie anmerkt, dass eine Strategie nicht zum gewünschten Effekt führt, sollte in Zukunft auf diese Strategie verzichtet werden (ebd.). Weiter sollten Modifikationen der Strategien von Seiten der Familie belohnt werden, da diese eine bessere Passung mit dem familiären System bedeuten können (ebd.).
Der Zeitpunkt zum Beenden der Intervention wird in Zusammenarbeit mit der Familie bestimmt (ebd.). Dabei muss in der Sprachentwicklung des Kindes kein altersgemässer Stand erreicht sein (ebd.). Vielmehr soll die Familie an einen Punkt gelangen, von dem aus die Weiterentwicklung selbständig erfolgen kann (ebd.). Eine Nachbesprechung wird eingeplant, bei welcher Fortschritte und weitere Vorgehensweisen besprochen werden können (ebd.).

9.4 Das Hanen-Programm

Das Hanen-Programm wurde im Hanen Centre in Kanada entwickelt (Stephan & Manning, 2017). Beim Hanen Centre handelt es sich um eine gemeinnützige Organisation, in der Eltern und Fachpersonen informiert und ausgebildet werden (ebd.). Verschiedene Programme für Kinder mit Autismus, Sprachentwicklungsverzögerungen und zur Unterstützung für normal entwickelte Kinder wurden erarbeitet und weiterentwickelt (ebd.).
Beim ‚Hanen Early Language Parent Program' handelt es sich um einen kindzentrierten Ansatz, der auf einem interaktionalen Verständnis von Spracherwerb beruht (Girolametto, Greenberg & Manolson, 1986). Yan Fong et al. (2012) bezeichnen den Ansatz als family-focused. Das Hanen-Programm beruht auf Forschungsresultaten, die besagen, dass bei Kommunikationsstörungen die Verbesserung der Kommunikationskompetenz zu Verbesserungen der Sprachentwicklung führen (Girolametto, Greenberg & Manolson, 1986). Ein Kind mit altersgemässen kommunikativen Fähigkeiten erhält häufiger Lernmöglichkeiten für die Sprache (ebd.). Weiter wird davon ausgegangen, dass den Eltern von Kindern mit frühen Sprachentwicklungsauffälligkeiten Instrumente vermittelt werden sollten, die den Dialog mit dem Kind ermöglichen oder erleichtern (ebd.). Dies beinhaltet vor allem die Responsivität der Eltern gegenüber kindlichen Äusserungen oder Handlungsinitiierungen (ebd.). Baxendale und Hesketh (2003) betonen in diesem Zusammenhang aufgrund von Forschungsresultaten die Wichtigkeit des Anpassens von sprachlichem Input an den Interessensfokus des Kindes.
Die aktuelle Bezeichnung des Hanen-Programms zur Sprachförderung bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen lautet ‚It Takes Two To Talk' und zielt darauf ab, dass die Eltern ihren Kindern die Kommunikation erleichtern können (Yan Fong et al., 2012). Das

Programm ist für Kinder geeignet, die noch keine Verbalsprache oder einzelne Ein- bis Zweiwortäusserungen zeigen (ebd.). Das Programm geht von zwei Kernpunkten von sprachförderlichem Verhalten aus: der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion und der Qualität des sprachlichen Inputs von Seiten der Eltern (Stephan & Manning, 2017). Eine gelungene Eltern-Kind-Interaktion beinhaltet Umstände, in denen das Kind kommunizieren will (ebd.). Weiter bieten Eltern Input an, den das Kind später selber verwenden kann, wenn es dazu bereit ist (ebd.).
Wichtig bei der Eltern-Kind-Interaktion ist, dass die Eltern auf Augenhöhe (face-to-face) mit dem Kind gehen (ebd.). Dies erleichtert die Interaktion und die Möglichkeit, dass das Kind in einer Situation die Führung übernimmt (ebd.). Daraufhin beobachten die Eltern, was das Kind tut und sagt und was für Situationen es initiiert (observe) (ebd.). Die Eltern sollen abwarten, damit das Kind Zeit hat, etwas zu tun oder zu sagen (wait) (ebd.). Wenn das Kind etwas sagt, sollen die Eltern zuhören (listen) und antworten (ebd.). Die Aspekte werden in der nachfolgenden Erinnerungshilfe für die Eltern zusammengefasst (ebd.).

Abbildung 3

Erinnerungshilfe OWL (Stephan & Manning, 2017, S. 4).

Um Interaktionen zu begünstigen, können Eltern weiter imitieren, was ihr Kind sagt oder tut (Stephan & Manning, 2017). Sie können interpretieren, indem sie widergeben, was das Kind ihrer Meinung nach gesagt haben könnte (ebd.). Zudem können Eltern kommentieren, was das Kind tut oder sagt (ebd.).
Stephan und Manning (2017) führen ein weiteres Akronym ein, um alltägliche Handlungen zu Kommunikationsanlässen zu machen. SPARK steht für die nachfolgenden Aspekte:

Abbildung 4

SPARK (Stephan & Manning, 2017, S. 5).

S	**S**tart the same way each time
P	**P**lan the child's turn
A	**A**djust the routine so the child can take his turn
R	**R**epeat the same actions, sounds and words each time
K	**K**eep the end the same

SPARK umfasst demnach zum Beispiel beim gemeinsamen Waschen, diese alltägliche Handlung stets gleich zu starten (z.B. mit dem Einsammeln der schmutzigen Wäsche). Weiter soll eingeplant und umgesetzt werden, wie das Kind daran teilhaben kann (z.B. kann das Kind beim Einsammeln der Wäsche und in die Maschine stecken der schmutzigen Kleidung helfen). Innerhalb der wiederkehrenden Situation werden die Handlungen und gesprochenen Wörter wiederholt (z.B. wird das Wort „einsammeln" vermehrt angeboten). Das Ende der Situation wird immer gleich gestaltet, damit das Kind weiss, wann die Situation beendet ist (z.B. darf das Kind den Start-Knopf an der Waschmaschine drücken).

Nachdem die Prinzipien nach OWL und SPARK gefestigt sind, können die Eltern Sprachlernstrategien einsetzen (Stephan & Manning, 2017). Eltern können zur Unterstützung des Sprachverständnisses Handlungen und Gegenstände im Interessensfokus des Kindes benennen (ebd.). Dabei kann die Fachperson die Eltern unterstützen, damit sie nicht in einem blossen Benennen stecken bleiben (ebd.). Eltern können ihre Aussagen mit Betonungen und passenden Gesichtsausdrücken untermalen (ebd.). Weiter können Eltern die Aussagen ihrer Kinder erweitern, indem sie die Aussagen in korrekter Form wiederholen (ebd.).

Die Durchführung eines Hanen-Programms enthält Arbeit in Elterngruppen und Interventionen zu Hause zur Individualisierung der behandelten Inhalte (Girolametto, Greenberg & Manolson, 1986). Es nehmen jeweils zwei Bezugspersonen aus dem Umfeld des betroffenen Kindes teil (ebd.). Das Hanen-Programm wird von einer Fachperson und einem Elternteil durchgeführt, das zuvor selbst am Programm teilgenommen hat (ebd.). Das Programm wird in der Regel über einen Zeitraum von 11 Wochen durchgeführt (Yan Fong et al., 2012).

Das Hanen-Programm enthält einen vierstufigen Prozess, mithilfe dessen die zuvor beschriebenen Inhalte den Eltern vermittelt werden (Stephan & Manning, 2017). Zunächst informieren sich die Eltern über eine Strategie (z.B. ein Video dazu anschauen etc.) (ebd.). Daraufhin wird die Strategie mit den Eltern besprochen (ebd.). Weiter wird die Strategie demonstriert (z.B. mit einem Video) (ebd.). Daraufhin wird die Strategie von den Eltern angewendet und die Fachperson hilft bei Schwierigkeiten (ebd.). Abschliessend wird besprochen,

wann die Strategie im Alltag der Familie eingesetzt werden kann (ebd.). Zusätzlich können Erinnerungshilfen erstellt werden (ebd.).
Vorteile des Hanen-Programms sind, dass die Kinder in ihrer gewohnten Umgebung und anhand gewohnter Handlungen Sprache erwerben können (Girolametto, Greenberg & Manolson, 1986). Indem die Kinder in alltägliche Handlungen wie Waschen einbezogen werden, ergeben sich regelmässige und bedeutsame Lernmöglichkeiten (ebd.). Auf Seiten der Eltern kann das Hanen-Programm dazu beitragen, dass die Eltern die Zeit mit ihrem Kind besser geniessen können (ebd.). Weiter können durch den Einbezug der Eltern in die Intervention Schuld- und Ohnmachtsgefühle verringert werden (ebd.). Für die Fachpersonen birgt das Hanen-Programm den Vorteil von erleichtertem Transfer der Interventionsinhalte (ebd.). Zudem zeigen die Interventionen über deren Dauer hinaus Wirkung (ebd.).

Eine Evaluationsstudie zum Hanen-Programm wird von Baxendale und Hesketh (2003) durchgeführt. Die Autoren vergleichen die Wirksamkeit des Hanen-Programms mit herkömmlicher Sprachtherapie (ebd.). An der Studie nehmen 37 Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und ihre Eltern teil (ebd.). Die Kinder sind zwischen 2;1 und 3;1 alt (ebd.). Ihre Störungsbilder umfassen die expressive und überwiegend zusätzlich die rezeptive Ebene (ebd.). Kinder mit ausschliesslich phonetisch-phonologischen Störungen werden von der Studie ausgeschlossen (ebd.).
Die Studie wird mit einem Prä- Posttest-Design und einem Follow-up ca. 6 Monate nach der Intervention durchgeführt (ebd.). Die Kinder werden nicht randomisiert den beiden Gruppen (Hanen-Programm / herkömmliche Therapie) zugeteilt (ebd.). Die Zuteilung erfolgt aufgrund von logistischen Überlegungen (ebd.).
Die Eltern der Therapie-Gruppe sind in den Interventionsstunden ihrer Kinder jeweils dabei (ebd.). Die Prä-, Posttest- und Follow-up-Messungen erfolgen mit einem standardisierten Verfahren zur Erfassung rezeptiver und expressiver Sprachleistungen (ebd.). Weiter werden Videoaufnahmen der Eltern-Kind-Interaktionen erstellt und bezüglich kindlicher Äusserungslänge, Ausgewogenheit der Äusserungsanzahl zwischen Kind und Elternteil und angewandter Techniken von Seiten der Eltern ausgewertet (ebd.).
Hinsichtlich der Resultate schneiden die Kinder der Hanen-Gruppe bei den sprachlichen Leistungen sowohl im Prätest, als auch im Posttest und dem Follow-up besser ab als die Kinder der Therapie-Gruppe (ebd.). Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant (ebd.). Insgesamt zeigen 42% der Kinder im Hanen-Programm nach der Intervention signifikante Fortschritte, bei den Kindern mit Therapie sind es 61% (ebd.). Bei der Follow-up-Messung und somit den Langzeitfolgen ist jedoch die Wirkung des Hanen-Programms nachhaltiger (zu 79% signifikante Fortschritte) als die Wirkung der Therapie (zu 67% signifikante Fortschritte) (ebd.).

Kinder mit Sprachstörungen auf der expressiven Ebene erreichen je nach Intervention verschiedene Resultate (ebd.). In der Hanen-Gruppe erreicht 1 von 5 Kindern nach der Intervention signifikante Fortschritte (ebd.). In der Therapie-Gruppe sind es 4 von 5 (ebd.). Zum Follow-up-Zeitpunkt zeigen in der Hanen-Gruppe 3 Kinder signifikante Fortschritte und in der Therapie-Gruppe alle 5 Kinder (ebd.).
Hinsichtlich der Resultate der Kinder mit expressiven und rezeptiven Sprachstörungen werden Prozentzahlen angegeben, da sich nicht in beiden Gruppen dieselbe Anzahl Kinder befindet (in der Hanen-Gruppe 14, in der Therapie-Gruppe 13 Kinder) (ebd.). Nach der Intervention erreichen 50% der Kinder mit rezeptiven und expressiven Sprachstörungen in der Hanen-Gruppe signifikante Fortschritte (ebd.). In der Therapie-Gruppe sind es 54% (ebd.). Interessant sind hier die Follow-up-Messungen. In der Hanen-Gruppe erreichen 86% der Kinder mit expressiven und rezeptiven Störungen signifikante Fortschritte (ebd.). In der Therapie-Gruppe sind es gleich wie unmittelbar nach der Intervention 54% (ebd.).
Hinsichtlich der Ausgewogenheit der Äusserungsanzahl zwischen Eltern und Kindern zeigen die Probanden der Hanen-Gruppe keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den Probanden der Therapie-Gruppe (ebd.). Im Zusammenhang mit der Äusserungslänge der Kinder wird jedoch festgestellt, dass diejenigen Kinder, die zum Zeitpunkt des Follow-ups signifikant längere Äusserungen zeigen, Eltern-Kind-Interaktionen mit ausgewogener Anzahl Äusserungen haben (ebd.). An dieser Stelle muss daran erinnert werden, dass die Eltern der Therapie-Gruppe bei den Interventionen ihrer Kinder dabei waren und ihre Interaktionsstile sich deshalb ebenfalls verändert haben können.
Betreffend der Sprachlernstrategien von Seiten der Eltern (z.B. Imitation oder Expansion der kindlichen Äusserungen) wenden die Eltern der Hanen-Gruppe nicht signifikant mehr Strategien an als die Eltern der Therapie-Gruppe (ebd.). Auch hier wird jedoch ein Zusammenhang mit der Äusserungslänge der Kinder festgestellt (ebd.). Die Kinder mit signifikanten Verbesserungen in der Äusserungslänge erhalten häufiger Strategien von Seiten der Eltern (ebd.).
Zusammenfassend wird festgestellt, dass sowohl die Eltern im Hanen-Programm als auch die Eltern der Therapie-Gruppe, welche bei der Therapie ihrer Kinder stets dabei waren, nach der Intervention ausgewogenere sprachliche Interaktionen mit ihren Kindern und häufigere Sprachlernstrategien zeigen (ebd.).
Die Autoren merken kritisch an, dass verschiedene Familien von verschiedenen Settings profitieren können (ebd.). Um die jeweils passende Intervention zu finden, müssen Aspekte der Eltern und Kinder in die Überlegungen miteinbezogen werden (ebd.). In diesem Bereich bestehen jedoch noch kaum Forschungsresultate (ebd.). Weiter merken die Autoren an, dass es noch kein Screening-Instrument für die Eltern-Kind-Interaktion gibt, mit dessen Hilfe der Bedarf einer entsprechenden Intervention erfasst werden könnte (ebd.). Qualitative Aus-

wertungen einer Videoaufnahme von Eltern-Kind-Interaktionen wären jedoch in diesem Bereich möglich (ebd.).

Das Hanen-Programm ‚It Takes Two To Talk' wird weiter von Yan Fong et al. (2012) evaluiert. Die Evaluationsstudie findet in Singapur statt (ebd.). Die Autoren weisen darauf hin, dass die Hanen-Aspekte Observe, Wait und Listen für die asiatische Erziehungskultur untypisch sind (ebd.). Die Evaluationsstudie wird ohne Kontrollgruppe mit einem Prä-Posttest-Design durchgeführt (ebd.). 3 Elternteile von 4 Kindern (2 davon Zwillinge) mit Sprachentwicklungsverzögerungen im Alter zwischen 2;2 und 3;4 nehmen an der Studie teil (ebd.). Prä- und Posttestmessungen erfolgen über eine Elternbefragung zu Wörtern, welche die Kinder verstehen und / oder sprechen (ebd.). Weiter werden die Eltern vor und nach der Intervention zu Wissen, Einstellungen und Wahrnehmungen bezüglich der Sprachentwicklungsverzögerung ihrer Kinder befragt (ebd.).
Alle Kinder erreichen einen Zuwachs ihres expressiven Wortschatzes im Vergleich von Prä- zu Posttestmessungen (ebd.). Zwei Elternteile fühlen sich vor der Intervention nicht sicher im sprachförderlichen Umgang mit ihrem Kind (ebd.). Nach der Intervention fühlen sich beide Eltern sicher (ebd.). Der dritte Elternteil fühlt sich bereits vor der Intervention im sprachförderlichen Umgang sicher (ebd.). Nach der Intervention wird jedoch vermerkt, dass alltägliche Situationen wie spielen und Bücherschauen mit dem Kind sprachförderlicher genutzt werden können (ebd.).

Baxendale, Frankham und Hesketh (2001) untersuchen in einer Studie in Grossbritannien die Unterschiede in der Elternwahrnehmung von herkömmlicher logopädischer Therapie im Vergleich zum Hanen-Programm (ebd.). An der Studie nehmen 37 Kinder und ihre Eltern teil (ebd.). Die Kinder sind zwischen 2;1 und 3;1 alt und zeigen eine Sprachentwicklungsstörung (ebd.). 19 Kinder und ihre Familien nehmen am Hanen-Programm teil, 18 erhalten herkömmliche Therapie (ebd.). Die Zufriedenheit der Eltern bezüglich Interventionsvorgehen und Interventionsergebnisse wird anhand von Fragebögen erhoben (ebd.).
Baxendale, Frankham und Hesketh (2001) gehen auf die Elternwahrnehmung vor der Intervention ein. Die meisten Eltern beider Gruppen erwarten in der Logopädie ein Eins-zu-Eins-Setting, in dem das Kind der Fachperson vor allem Laute nachsprechen muss (ebd.). Ein Elternteil aus der Hanen-Gruppe bekundet vor der Intervention mit dem Hanen-Programm Unmut darüber, das sich die Intervention an die Eltern richtet (ebd.). Schliesslich brauche das Kind und nicht die Eltern eine Therapie (ebd.).
Weiter wird die Elternwahrnehmung des Interventionseffekts erfasst (ebd.). Eltern der Therapie-Gruppe empfinden es als die Aufgabe der Fachperson, die Sprache des Kindes zu verbessern (ebd.). Baxendale, Frankham und Hesketh (2001) halten fest, dass dies nicht der Philosophie der Fachperson entspricht und dieser Punkt mit den Eltern besprochen werden sollte. Ein Elternteil aus der Hanen-Gruppe hält fest, dass man nur verstehen kann, weshalb

nicht das Kind sondern die Eltern die Intervention erhalten, wenn man an der Intervention teilgenommen hat (ebd.). Hinsichtlich der Inhaltsvermittlung beschreiben Eltern der Hanen-Gruppe Rollenspiele als unangenehm (ebd.). Das Lernen anhand von eigenen Videos oder Aufnahmen von anderen Familien wird als positiv wahrgenommen (ebd.).
Bezüglich der Rolle im Interventionsprozess äussern Eltern aus der Hanen-Gruppe bei Fortschritten ihres Kindes, dass sie sich als wirksam im Hinblick auf die Sprache ihres Kindes empfinden (ebd.). Befürchtungen, dass Eltern des Hanen-Programms sich Vorwürfe machen könnten, wenn ihr Kind mit ihrer Hilfe keine Fortschritte macht, werden nicht bestätigt (ebd.). Eine Mutter äussert, sie tue was sie könne und die Entwicklung ihres Kindes verlaufe in seinem Tempo (ebd.). Die Eltern der Therapie-Gruppe stellen einen Unterschied in ihrem Interaktionsverhalten mit den Kindern fest, empfinden sich selbst jedoch nicht als wirksam hinsichtlich der sprachlichen Fortschritte ihrer Kinder (ebd.).
Betreffend der erworbenen Strategien berichten Eltern in der Hanen-Gruppe von erworbenen interaktionalen Strategien (z.B. auf Augenhöhe mit dem Kind gehen, abwarten, das Kind führen lassen) und Eltern in der Therapie-Gruppe von erworbenen sprachlichen Strategien (z.B. Expansion der kindlichen Äusserung) (ebd.). Die Eltern der Hanen-Gruppe beschreiben Aha-Momente in der Interaktion mit ihren Kindern, in denen sie aufgrund des eigenen Verhaltens sprachliche Fortschritte bei ihrem Kind feststellen konnten (ebd.). Ein Elternteil berichtet, dass Techniken aus dem Hanen-Programm bereits früher unbewusst angewandt wurden und die Bewusstmachung Sicherheit im Umgang mit dem Kind gibt (ebd.).
Abschliessend merken die Autoren an, dass beim Hanen-Ansatz die Elternansichten bezüglich Interventionseffekte verändert werden (ebd.). Dies ist bei herkömmlicher Therapie nicht der Fall (ebd.). Die Autoren halten zudem fest, dass nicht genug Evidenz zur Wirksamkeit von ausschliesslich naturalistischen Ansätzen bei Sprachentwicklungsstörungen besteht (ebd.). Baxendale und Hesketh (2003) erwähnen ein Forschungsresultat, welches darauf hinweist, dass das Hanen-Programm für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen vor allem in Kombination mit einem weiteren Ansatz wirksam sein kann. Die Autoren betonen, dass die Inhalte von Elternprogrammen den individuellen Bedürfnissen der Familien angepasst werden müssen (ebd.).

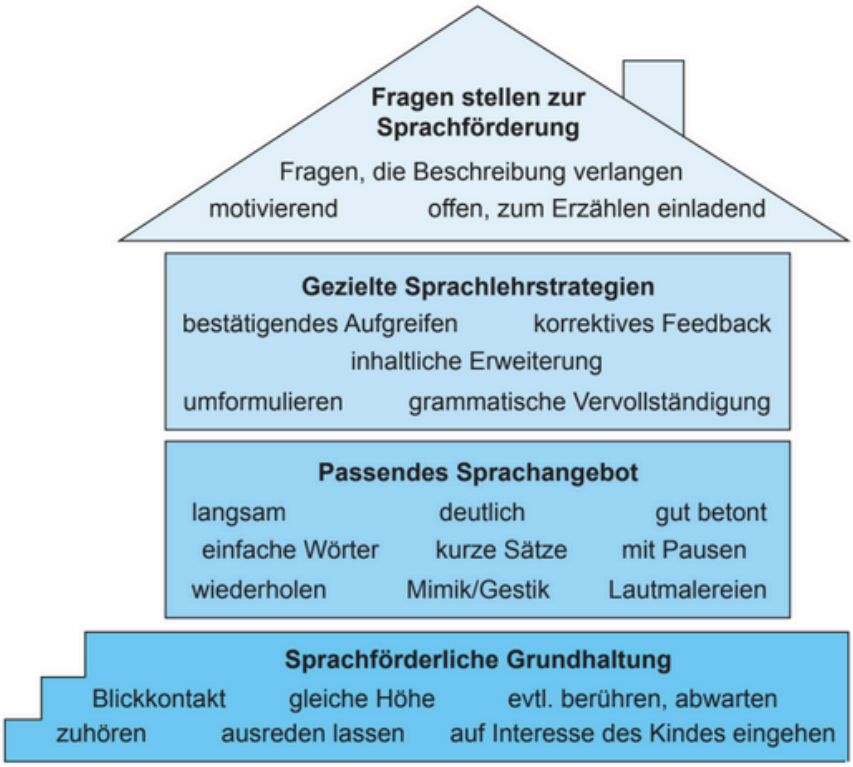
9.5 Das Heidelberger Elterntraining

Das Heidelberger Elterntraining (HET) richtet sich an die Eltern von ‚Late Talkern' (Buschmann (2017). Late Talker sind Risikokinder für eine Spracherwerbsstörung (ebd.). Sie sprechen im Alter von 2 Jahren noch keine 50 Wörter und / oder bilden noch keine Zweiwortsätze (Buschmann & Jooss, 2007). Diese Kinder können mit Elternfragebögen (z.B. dem ELFRA) erkannt werden (ebd.). Bei Kontrollterminen beim Kinderarzt kann mithilfe solcher Fragebögen zuverlässig eine Sprachentwicklungsverzögerung festgestellt werden (ebd.).
Da jedoch 30%-50% der Late Talker eine Spontanremission zeigen (Late Bloomer), wäre eine Individualtherapie nicht ressourcenschonend (Buschmann, 2017). Hier wird ein Gruppenangebot empfohlen (ebd.). Die positive präventive Wirkung des HET ist für Late Talker belegt (ebd.).
Ziele des HET sind „die Stärkung der Eltern hinsichtlich ihrer Kompetenz als wichtigste Bezugspersonen und Kommunikationspartner des Kindes, die Optimierung der Bilderbuch-Situation, die Sensibilisierung für Möglichkeiten der gezielten Sprachförderung in unterschiedlichen Alltagssituationen, das bewusste Üben einer sprachförderlichen Kommunikation, der Einsatz von Sprachlehrstrategien sowie der Abbau von eher sprachhemmenden Verhaltensweisen und negativen Interaktionen" (Buschmann & Jooss, 2007, S. 7).
Als wesentliche Voraussetzung für einen sprachförderlichen Input bezeichnet Buschmann (2017), „dass sich dieser auf Dinge bezieht, die im Fokus der Aufmerksamkeit des Kindes liegen" (S. 15). Dabei sollen Eltern zunächst auf Augenhöhe mit dem Kind gehen und somit die Möglichkeit für Blickkontakt bieten (Buschmann, 2017). Daraufhin sollen die Eltern abwarten und schauen, wofür sich das Kind interessiert (ebd.). Dieser Schritt fällt den Eltern laut Buschmann (2017) erfahrungsgemäss am schwersten. Den Äusserungen des Kindes soll aufmerksam zugehört werden und das Kind soll genügend Zeit zum Ausreden bekommen (ebd.). Dies wird als sprachförderliche Grundhaltung bezeichnet (ebd.). Gerade wenn rezeptive Auffälligkeiten bei dem Kind bestehen, sollten Bezugspersonen im Allgemeinen in kurzen Sätzen mit deutlicher Prosodie mit dem Kind sprechen und nach den Sätzen genügend lange Pausen einlegen (ebd.).
Bei Kindern, die erst wenige Wörter sprechen, können die Eltern zunächst Lautmalereien und Geräusche anbieten, welche durch Gestik und Mimik unterstützt werden (Buschmann, 2017). Weiter sollten Äusserungen von Eltern viele Wiederholungen und eine deutliche Betonung aufweisen (ebd.). Bei Wiederholungen dürfen Sätze neu strukturiert und das Zielwort abermals betont werden (ebd.). Wenn das Kind kommuniziert, sollte seine Äusserung unabhängig vom Inhalt wohlwollend aufgenommen werden, damit die Motivation zu kommunizieren beim Kind aufrechterhalten und bestärkt wird (ebd.).
Hinsichtlich expliziter Sprachlernstrategien können Eltern kindliche Äusserungen wiederholen oder erweitern (ebd.). Die Sprachlernstrategien sollten in der sprachförderlichen Grund-

haltung angewendet werden (ebd.). Zudem können offene Fragen gestellt werden, da diese meist eine Mehrwortäusserung nach sich ziehen, während geschlossene Fragen wie zum Beispiel „Was ist das?“ eher eine Einwortäusserung generieren (ebd.). Fragen wie „Was siehst du?“, „Was macht…?“ oder „Was passiert…?“ können das Kind zur Kommunikation anregen. Fragen, die nicht der Kommunikation dienen wie zum Beispiel Abfragen, sollten vermieden werden (ebd.). Nachdem eine offene Frage gestellt wird, soll eine genügend lange Pause erfolgen (ebd.). Die beschriebenen Inhalte werden im Haus der sprachförderlichen Interaktion dargestellt (ebd.).

Abbildung 5

Haus der sprachförderlichen Interaktion (Buschmann, 2017, S. 16)



Das Heidelberger Elterntraining fokussiert mehrheitlich auf die Situation des gemeinsamen Bilderbuchanschauens (Buschmann, 2017). Diese Situation fungiert im HET als die prototypische Sprachlernsituation, weil Kinder im Alter von 2 bis 3 Jahren überwiegend Interesse dafür zeigen und dabei das miteinander Kommunizieren im Vordergrund steht (ebd.). „Kinder dieses Alters produzieren beim gemeinsamen Anschauen eines Buches eine grössere Menge unterschiedlicher Wörter und knüpfen mit ihren Äusserungen häufiger an Aussagen der Mutter an, als in Spielsituationen oder bei Mahlzeiten“ (ebd., S. 18). Das gemeinsame Bilderbuchanschauen kann als Ritual zum Beispiel immer nach dem Frühstück eingeführt werden (Buschmann, 2017). Dabei ist auf eine ruhige Umgebung zu achten (kein Fernseher, kein Radio etc.) (ebd.). Eltern und Kind sollten dabei die Möglichkeit haben, sich anzuschau-

en (ebd.). Das Kind sollte demnach nicht wie oftmals üblich auf dem Schoss der erwachsenen Person sitzen (ebd.).
Die Durchführung des HET erfolgt in kleinen Elterngruppen (Buschmann & Jooss, 2007). Es können auch weitere Bezugspersonen des betroffenen Kindes teilnehmen (ebd.). Zunächst werden Grundlagen zum Spracherwerb, zu Spracherwerbsstörungen und zu Grundprinzipien sprachförderlicher Kommunikation vermittelt (ebd.). Weiter werden Strategien zur Sprachförderung zunächst in Elterngruppen thematisiert (Buschmann, 2017). Dies kann zum Beispiel mit Videos erfolgen (Buschmann & Jooss, 2007). Daraufhin werden die Strategien in Kleingruppen geübt (Buschmann, 2017). Die Eltern führen die Strategien anschliessend mit ihren Kindern zu Hause durch, erstellen Videos von den Situationen und besprechen diese Videos mit der Fachperson (ebd.). Das Übertragen der erworbenen Strategien auf die Spielsituation wird zudem thematisiert (Buschmann & Jooss, 2007). In Form einer Nachschulung ein halbes Jahr nach der Intervention werden weitere Strategien vermittelt, welche dem voraussichtlich fortgeschrittenen Sprachstand der Kinder entsprechen (ebd.). Im Alter von 3 Jahren ist eine Nachuntersuchung bei den Kindern vorgesehen, um die Fortschritte zu überprüfen (ebd.).

Die Wirksamkeit des HET wird in einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht (Buschmann & Jooss, 2007). 54 Kinder mit Sprachverzögerungen auf der expressiven und / oder der rezeptiven Ebene und ihre Eltern nehmen an der Studie teil (ebd.). Die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder werden vor und nach der Intervention sowie bei einem Follow-up 9 Monate nach Interventionsende erhoben (ebd.).
Die Kinder der HET-Gruppe zeigen sowohl nach der Intervention als auch beim Follow-up eine deutlich fortgeschrittenere Sprachentwicklung als die Kinder der Kontrollgruppe (ebd.). Bei der Follow-up-Messung zeigen 77% der Kinder der HET-Gruppe altersgemässe sprachliche Kompetenzen (ebd.). In der Kontrollgruppe zeigen dies 43% der Kinder (ebd.). Die Zufriedenheit der Eltern wird mithilfe eines Fragebogens erhoben (ebd.). Alle Eltern fühlen sich nach dem HET sicher im sprachförderlichen Umgang mit ihren Kindern (ebd.). Zudem nehmen 93% der Eltern wahr, dass die Inhalte des HET ihr Kind beim Spracherwerb unterstützen (ebd.).

9.6 Marte Meo

Die Marte Meo-Methode wurde von der Holländerin Maria Aarts entwickelt (Bünder, Sirringhaus-Bünder & Helfer, 2015, S. 13). Die Bezeichnung ist vom Lateinischen ‚mars martis' abgeleitet und bedeutet sinngemäss „etwas aus eigener Kraft erreichen" (ebd., S. 13).
Marte Meo wurde aus dem ‚Orion-Hometraining' weiterentwickelt, welches in den 1970er Jahren von Maria Aarts und dem Psychologen Harrie Biemans für die stationäre Jugendhilfe erarbeitet wurde (Sirringhaus-Bünder & Bünder, 2005). „Im Kern war dies ein als Training gedachtes pädagogisches Programm mit einer Zentrierung auf die Lerntheorie. Die Weiterentwicklung zur Marte Meo-Methode in den 1990er Jahren fokussiert stärker auf die entwicklungspsychologische Dimension und stellt die konkrete Entwicklungsförderung von Kindern (…) in den Vordergrund" (Bünder, Sirringhaus-Bünder & Helfer, 2015, S. 24).
Dem Konzept liegen diverse Theorien wie die Entwicklungspsychologie, die soziale und sozial-kommunikative Lerntheorie, die Ökopsychologie, systemische Ansätze und Kommunikationstheorien zugrunde (Baeriswyl-Rouiller, 2008). Der Kernpunkt des Ansatzes bezieht sich darauf, „bei Eltern und Kindern diejenigen Fähigkeiten zu identifizieren, zu aktivieren und zu entwickeln, die seelisches Wachstum, konstruktive Interaktion und persönliche Entwicklung fördern" (Bünder, Sirringhaus-Bünder & Helfer, 2015, S. 13).
Die Marte Meo-Methode zielt darauf ab, die Eltern aktiv in pädagogische Prozesse einzubeziehen (ebd.). Es wird davon ausgegangen, dass die Eltern im Normalfall das beste für ihr Kind wollen und bereit sind, im Rahmen ihrer Möglichkeiten dem Kind zu geben, was es braucht (Sirringhaus-Bünder & Bünder, 2005). Aufgrund von Forschungsresultaten wird von einer entwicklungsförderlichen Kommunikation zwischen Eltern und Kindern ausgegangen (ebd.). Jedoch kann sich eine ‚Problemkommunikation' aufgrund von kindlichen Auffälligkeiten bilden (ebd.).
„Der Ansatz kann individuell, unabhängig von Alter, Behinderung oder kulturellem Hintergrund eingesetzt werden" (Baeriswyl-Rouiller, 2008, S. 12). Die Marte Meo-Methode findet in ganz unterschiedlichen Kontexten Anwendung (z.B. in Schulen, Kinderkliniken, Behindertenheimen und Senioreneinrichtungen) (Sirringhaus-Bünder & Bünder, 2005). „Marte Meo ist ein Kommunikationsprogramm, welches schwerpunktmässig für die Beratung bei komplementären Beziehungen geeignet ist" (Bünder, Sirringhaus-Bünder & Helfer, 2015, S. 90). Eine komplementäre Beziehung besteht dann, „wenn von den Beteiligten die einen Sorge tragen oder betreuen, während die anderen umsorgt oder betreut werden" (ebd., S. 90).
Die Intervention findet ursprünglich bei den Familien zu Hause statt und bezieht sich nicht ausschliesslich auf das Kind, sondern auf die ganze Familie (ebd.). Dabei wird die Abhängigkeit von Hilfe bei der Familie reduziert und ressourcenorientiert gearbeitet (ebd.). Die Fachperson arbeitet mit und nicht für die Familie und passt sich der Familie an anstatt umgekehrt (ebd.). Es wird jeweils an den vorhandenen Stärken der Familie angesetzt und nicht

aufgezeigt, was fehlt (ebd.). „Personen, die Marte Meo benützen, übernehmen nichts für Andere, sie leiten nur an“ (Baeriswyl-Rouiller, 2008, S. 12).
Ein systemisches Verständnis wird von Sirringhaus-Bünder und Bünder (2005) bei der Anwendung von Marte Meo als hilfreich angesehen. Jedoch wird angemerkt, dass eine systemische Vorgehensweise in der Regel darauf abzielt, „Klienten einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen, der ihnen (…) auch zu einer anderen Haltung und anderem Verhalten gegenüber ihren Schwierigkeiten (…) verhelfen kann“ (ebd., S. 178). Marte Meo setzt hingegen direkt auf der Verhaltensebene und den vorhandenen Fähigkeiten an (ebd.).
Fachpersonen verfügen oftmals „über vielfältige Informationen zur Entwicklungsförderung von Kindern, häufig aber nicht über die einfachen Worte, mit denen man jene Eltern erreicht, die praktisches und konkretes Wissen zur Bewältigung ihrer alltäglichen Probleme im Umgang mit ihren Kindern am dringendsten benötigen“ (ebd., S. 169). Werden allgemeine Hinweise vermittelt, wissen Eltern noch nicht, wie und wann sie diese umsetzen sollen (ebd.). Dies soll mit Marte Meo aufgezeigt werden (ebd.).
Grundsätzlich beziehen sich Marte Meo-Interventionen auf Fragen und Anliegen der Eltern, weshalb die Interventionen individuell ausfallen (ebd.). Während der Intervention wird weniger auf das Problem als auf dessen Lösung fokussiert (ebd.). Anhand von Videoaufnahmen, die alltägliche Situationen zeigen und gemeinsam von Eltern und Fachpersonen angeschaut werden, wird das Kommunikations- und Interaktionsverhalten in einer fehlerfreundlichen Atmosphäre reflektiert (Bünder, Sirringhaus-Bünder & Helfer, 2015). Dabei wird vor allem darauf fokussiert, was die Eltern an Förderlichem bereits leisten (ebd.). Die Entwicklungsziele beziehen sich jeweils darauf, was, wann und wozu getan werden soll (Baeriswyl-Rouiller, 2008). Beim gemeinsamen Anschauen und reflektieren der Videoaufnahme von Eltern und Fachperson ist das betroffene Kind in der Regel nicht anwesend (Bünder, Sirringhaus-Bünder & Helfer, 2015).
„Hinsichtlich der Beratung von Eltern gilt für Marte Meo als *zentrales* Indikationskriterium deren Bereitschaft zur engagierten Mitarbeit im Interesse der Kinder“ (ebd., S. 90). Unter Mitarbeit wird das gemeinsame Reflektieren der Videoaufnahmen und das Übernehmen der besprochenen Inhalte in den Alltag verstanden (ebd.).
Bei Marte Meo wird auf Demonstrationen von Modellverhalten von Seiten der Fachperson verzichtet, weil dies demotivierend auf die Eltern wirken kann (ebd.). „Nur wo Eltern aufgrund ihrer biografischen Erfahrungen nicht über ausreichende Modellvorstellungen verfügen, ist es sinnvoll, unterstützendes Modellverhalten zu demonstrieren“ (ebd., S. 63). Sichtbare Erfolge sind somit Erfolge der Eltern und nicht der beratenden Fachperson (ebd.).
Der Einsatz von Videoaufnahmen kann sich als sinnvoller als verbale Beschreibungen einer Situation erweisen, weil Beschreibungen eher aufzeigen, wie eine Person eine Situation bewertet anstatt wie diese abgelaufen ist (ebd.). Baeriswyl-Rouiller (2008) hält fest, dass eine

Marte Meo-Intervention nicht zwingend mit Videoaufnahmen durchgeführt werden muss, sondern auch ‚in vivo' durch das Kommentieren von Interaktionen erfolgen kann.
Zur Durchführung von Marte Meo müssen Fachpersonen zunächst über Aspekte erfolgreicher und förderlicher Kommunikation mit Kindern Bescheid wissen (Bünder, Sirringhaus-Bünder & Helfer, 2015). Es werden bei Marte Meo die nachfolgenden Grundsätze förderlicher Kommunikation berücksichtigt (Sirringhaus-Bünder & Bünder, 2005). Die Eltern nehmen den aktuellen Aufmerksamkeitsfokus des Kindes wahr und bestätigen dessen Wahrnehmung verbal oder nonverbal (ebd.). Die Eltern warten ab und benennen Initiierungen und Handlungen des Kindes (ebd.). Auf ein erwünschtes Verhalten des Kindes wird mit Bestätigung und Verstärkung reagiert (ebd.). Die Eltern benennen Personen, Objekte und Ereignisse (ebd.). Gemeinsame Situationen beinhalten klare Anfangs- und Endsignale, damit die Struktur und der Sinn sozialer Situationen markiert wird (ebd.).
Bünder (2012) fasst die beschriebenen Grundsätze in den folgenden fünf Elementen zusammen:

- „Die Initiativen des Kindes wahrnehmen
- Die Initiativen des Kindes bestätigen
- Benennen
- Sich in der Kommunikation abwechseln (‚take turns')
- Leiten und Lenken" (S. 210)

Die Logopädin Baeriswyl-Rouiller (2008) verfügt über eine Marte Meo-Ausbildung und wendet die Methode sowohl in der Diagnostik- als auch in der Therapiephase an. Sie betont, dass eine logopädische Abklärung sowohl den kindlichen Sprachstand als auch die Interaktion des Kindes mit den Bezugspersonen beinhalten sollte (ebd.).
Die Logopädin beginnt die Abklärung mit der Erfassung der Interaktion und führt erst danach die Sprachstanderhebung durch (ebd.). Die Interaktionserfassung kann in Form einer Analyse von Videoaufnahmen alltäglicher Situationen erfolgen (ebd.). Zur ansatzweisen Standardisierung der Spielsituation zwischen Eltern und Kindern in der Abklärung und der Verlaufsdiagnostik verwendet Baeriswyl-Rouiller (2008) das Spiel mit der Brio-Bahn.
Die logopädische Intervention verbindet laut Baeriswyl-Rouiller (2008) individuelle Therapie mit dem Kind mit interaktivem Coaching der Eltern. Das interaktive Coaching kann mithilfe der Marte Meo-Methode erfolgen (ebd.). Baeriswyl-Rouiller (2008) hält fest, dass sich der Einbezug der Eltern in logopädische Interventionen bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen als sehr nützlich erwiesen hat, da insbesondere diese Kinder auf „tägliche Unterstützung angewiesen sind" (S. 15).

Für die Logopädie bestehen zur Zeit keine Evaluierungen von Marte Meo. In der randomisierten kontrollierten Studie von Høivik et al. (2015) wird die Wirksamkeit von Marte Meo mit herkömmlichen Methoden ohne Videofeedback verglichen. An der Studie nehmen 158 Fami-

lien mit Kindern im Alter von bis zu 2 Jahren teil, in denen verschiedenartige Interaktionsprobleme bestehen (z.B. aufgrund von Regulationsproblemen, Entwicklungsstörungen, psychischen Störungen der Eltern etc.) (ebd.).
Es finden Prätestmessungen statt und die Familien werden anschliessend randomisiert den beiden Gruppen zugeteilt (mit / ohne Videofeedback) (ebd.). Aufgrund von Drop-outs erhalten 132 der ursprünglich 158 Familien eine Intervention (ebd.). Weitere Erhebungen finden nach der Intervention in Form einer Posttestmessung und eines Follow-ups 6 Monate darauf statt (ebd.).
Die Erhebungen umfassen unter anderem eine 30 Minuten lange Videoaufnahme einer Alltagssituation bei den Familien zu Hause (ebd.). Diese Aufnahmen werden mithilfe der ‚Emotional Availability Scales' (EAS) hinsichtlich der Interaktionsqualität ausgewertet (ebd.). Weiter werden die Eltern mit Fragebögen zu depressiven Symptomen befragt (ebd.).
Zur Auswertung der Resultate werden die Familien entsprechend den im Prätest erreichten EAS-Werten in drei Gruppen eingeteilt: Familien mit tiefer, mittlerer und hoher Interaktionsqualität vor der Intervention (ebd.). Familien mit tiefer Interaktionsqualität vor der Intervention erzielen mithilfe von Marte Meo eine signifikant höhere Interaktionsqualität nach der Intervention als Familien ohne Videofeedback (ebd.). Dasselbe wird bei Familien mit mittlerer Interaktionsqualität festgestellt (ebd.). Bei Familien mit hoher Interaktionsqualität vor der Intervention bestehen nach der Intervention keine signifikanten Unterschiede zwischen Familien mit Marte Meo und Familien ohne Videofeedback (ebd.).
Beim Follow-up erreichen alle Familien höhere EAS-Werte als vor der Intervention (ebd.). Zwischen der Marte Meo-Gruppe und der Gruppe ohne Videofeedback bestehen keine signifikanten Unterschiede (ebd.). Es wird jedoch festgestellt, dass die Verbesserungen der Interaktionsqualität in der Marte Meo-Gruppe zu 91% während der Interventionsphase erreicht werden (ebd.). In der Gruppe ohne Videofeedback erfolgen die Fortschritte zu 39% während der Interventionsphase (ebd.). Weiter zeigen statistische Berechnungen einen Moderatoreffekt von depressiven Symptomen bei den Eltern auf die Wirksamkeit von Marte Meo (ebd.). Je stärker die depressiven Symptome ausfallen, desto besser wirkt Marte Meo verglichen mit einer Intervention ohne Videofeedback (ebd.).
Die Autoren empfehlen aufgrund der Forschungsresultate den Einsatz von Marte Meo für die Arbeit mit Familien, in denen eine tiefe Interaktionsqualität beobachtet wird (ebd.). Weiter wird die Anwendung von Marte Meo bei Eltern mit depressiven Symptomen empfohlen (ebd.).

Übersicht: Aspekte der sprachförderlichen Eltern-Kind-Interaktion

Kindorientierte sprachförderliche Verhaltensweisen

Aufgrund von kindorientierten sprachförderlichen Verhaltensweisen kann das Kind möglichst oft am Geschehen teilnehmen (Baxendale, Frankham & Hesketh, 2001).

- auf Augenhöhe gehen (Baxendale, Frankham & Hesketh, 2001)
- Blickkontakt ermöglichen (Buschmann, 2017)
- anpassen an die Führung des Kindes (Buschmann, 2017)
- beobachten der kindlichen Handlungen (Stephan & Manning, 2017)
- abwarten (Buschmann, 2017)
- imitieren, was das Kind tut (Stephan & Manning, 2017)
- kommentieren, was das Kind tut (Stephan & Manning, 2017)

Interaktionsorientierte sprachförderliche Verhaltensweisen

Interaktionsorientierte Verhaltensweisen sollen das Kind zum Kommunizieren im Hinblick auf das Turn-Taking ermutigen (Baxendale, Frankham & Hesketh, 2001).

- zuhören (Roberts & Kaiser, 2011)
- Kind ausreden lassen (Buschmann, 2017)
- auf kindliche Äusserungen eingehen (Roberts & Kaiser, 2011)
- interpretieren, was das Kind gemeint haben könnte (Stephan & Manning, 2017)
- ausgewogenes Turn-Taking (Baxendale & Hesketh, 2003)

Sprachorientierte sprachförderliche Verhaltensweisen

Mithilfe von Sprachorientierten Verhaltensweisen wird die Sprache der Eltern im Hinblick auf den Spracherwerb des Kindes effektiv gestaltet (Baxendale, Frankham & Hesketh, 2001).

- langsam sprechen (Buschmann, 2017)
- Pausen machen (Buschmann, 2017)
- Gesagtes mehrmals im kommunikativen Sinn wiederholen (Buschmann, 2017)
- Betonungen einsetzen (Buschmann, 2017)
- Äusserungen an den sprachlichen Stand des Kindes anpassen (Buschmann, 2017)
- offene, kommunikative Fragen (Buschmann, 2017)
- Sprachlernstrategien wie Imitationen, Expansionen (Roberts & Kaiser, 2011)

Nicht-Sprachförderliche Verhaltensweisen

- Korrekturen (Buschmann, 2017)
- Aufforderungen zum Nachsprechen (Buschmann, 2017)
- geschlossene Fragen und Abfragen (Buschmann, 2017)
- Abnehmen der Kommunikation z.B. mit dem Antizipieren von Wünschen (Buschmann, 2017)

Literaturverzeichnis

Andrews, J. R. & Andrews, M. A. (1986). A Family-Based Systemic Model for speech-language services. *Seminars in Speech and Language 7*(4), 359-365.

Baxendale, J. & Hesketh, A. (2003). Compraison oft he effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders, 38*(4), 397-415.

Baeriswyl-Rouiller, I. (2008). Marte Meo: Ein Konzept zur Förderung der Entwicklungsunterstützung. *Marte Meo Magazine. Professional Journal of the Marte Meo Method, 2*(39), 10-15.

Baxendale, J., Frankham, J. & Hesketh, A. (2001). The Hanen Parent Programme: A Parent's Perspective. *Internationale Journal of Language & Communication Disorders (36),* 511-516. DOI: 10.3109/13682820109177938

Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2018). *Evidenzbasierte Sprachtherapie (2. aktualisierte und ergänzte Auflage).* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Borgetto, B., Spitzer, L. & Pfingsten, A. (2016). Die Forschungspyramide. Evidenz für die logopädische Praxis brauchbar machen. *Forum Logopädie, 1*(30), 24-28.

Braun, O. (2006). *Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik, Therapie, Förderung (3. aktualisierte und erweiterte Auflage).* Stuttgart: Kohlhammer.

Braun, W. (2009). Integrierte Sprachförderung: Abgrenzung, Umsetzung, Erfahrungen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik (15).* 15-23.

Buschmann, A. (2017). *Heidelberger Elterntraining frühe Sprachförderung. HET Late Talkers (3. Auflage).* München: Elsevier.

Buschmann, A. & Jooss, B. (2007). Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung. *Forum Logopädie 5*(21), 6-11.

Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J. Philippi, H. (2008). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Archives for Disease in Childhood (94).* 110-116. DOI: 10.1136/adc.2008.141572

Bünder, P. (2012). Videoberatung nach der Marte-Meo-Methode. *Eltern-Kind-Konzepte auf den Punkt gebracht (4),* 208-211.

Bünder, P., Sirringhaus-Bünder, A. & Helfer, A. (2015). *Lehrbuch der MarteMeo-Methode. Entwicklungsförderung mit Videounterstützung* (4., überarbeitete Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Crowe, L. K., Norris, J. A. & Hoffmann, P. R. (2003). Training caregivers to facilitate communicative participation of preschool children with language impairment during storybook reading. *Journal of Communication Disorders (37),* 177-196. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2003.09.001

Dehnhardt, C. & Ritterfeld, U. (1998a). Modelle der Elternarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention. *Die Sprachheilarbeit (3),* 128-136.

Dehnhardt, C. & Ritterfeld U. (1998b). Elternarbeit in der Sprachtherapie. *Kindheit und Entwicklung 7*(3), 163-172.

Deutscher Bundesverband für Logopädie (2016). *Sprachförderung – Sprachtherapie. dbl Positionspapier.* https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbl/Positionspapiere/Positionspapier_Sprachfoerderung_Sprachtherapie.pdf

Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (2015). *Sprachförderung – Sprachtherapie. Welche Kinder brauchen was?* https://www.logopaedie.ch/sites/default/files/u802/Posi-Papiere/Posi-Papier%20F%C3%B6rd%20-Therapie%20def%20.pdf

Dober, A. (2016). Integrative Logopädie im Kindergarten. Kompetenzzentrum Sprache in Uster. *DLV Aktuell (3),* 3-4.

Du Prel, J., Hommel, G., Röhrig, B. & Blettner, M. (2009). Konfidenzintervall oder p-Wert? Teil 4 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt, 106*(19), 335-339. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0335

Eiserman, W. D., McCoun, M. & Escobar, C. M. (1990). A Cost-Effectiveness Analysis of Two Alternative Program Models for Serving Speech-Disordered Preschoolers. *Journal of Early Intervention 14*(4), 297-317.

Föhlich, M. & Pieter, A. (2009). Cohen's Effektstärken als Mass der Bewertung von praktischer Relevanz – Implikationen für die Praxis. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 57*(4), 139-142.

Girolametto, L. E., Greenberg, J. & Manolson, H. A. (1986). Developing Dialogue Skills: The Hanen Early Language Parent Programm. *Seminars in Speech and Language 7*(4), 367-382.

Grohnfeldt, M. (2013). 100 Jahre Logopädie. Die Logopädie im Kontext der sprachtherapeutischen Berufe in Deutschland. *Forum Logopädie 5*(27), 6-11.

Grohnfeldt, M. (2014). Zur Bedeutung von Menschenbildern – Unterschiede in der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie? In Grohnfeldt, M. (Hrsg.) *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (S. 49-54). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Høivik, M. S., Lydersen, S., Drugli, M. B., Onsøien, R., Bergum Hansen, M. & Berg-Nielsen, T. S. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interaction problems: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 9*(3), 1-20. DOI: 10.1186/s13034-015-0036-9

Howe, T. J. (2008). The ICF Contextual Factors related to speech- language pathology, *International Journal of Speech-Language Pathology (10),* 27-37. DOI: 10.1080/14417040701774824

Jain, A. & Spiess, R. (2012). Versuchspläne der experimentellen Einzelfallforschung. *Empirische Sonderpädagogik (3),* 211-245.

Kannengieser, S. (2019). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie (4. Auflage).* München: Elsevier.

Knura, G. (1980). *Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik Band 7.* Berlin: C. Marhold.

Konzept Kompetenzzentrum Sprache. Integrative Schulung von Kindern mit Spracherwerbsstörungen an der Primarschule Uster. Stufe Kindergarten (2016). https://www.primarschule-uster.ch/_docn/154417/Konzept_KZS_v14_ohne_QM.pdf

Law, J., Reilly, S. & Snow, P. C. (2013). Child speech, language and communication need re-examined in a public health context: a new direction fort he speech and language therapy profession. *International Journal of Language and Communication Disorders, 48*(5), 486-496. DOI: 10.1111/1460-6984.12027

Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews (3),* DOI: 10.1002/14651858.CD004110

Law, J. , Levickis, P., Rodríguez-Ortiz, I. R., Matic, A., Lyons, R., Messarra, C., Kouba Hreich, E., Stankova, M. (2019). Working with parents and families of children with developmental language disorders: An international perspective. *Journal of Communication Disorders (82),* 1-12.

McKean, K., Phillips, B. & Thompson, A. (2011). A family-centered model of care in paediatric speech language pathology*, International Journal of Speech-Language Pathology, 14*(3), 235-246, DOI: 10.3109/17549507.2011.604792

Neumann, K., Keilmann, A., Rosenfeld, J., Schönweiler, R., Zaretsky, Y., Kiese-Himmel, C. (2009). Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. *Kindheit und Entwicklung 18*(4), 221-231. DOI: 10.1026/0942-5403.18.4.222

Pappas, N. & McLeod, S. (2009). *Working with families in speech-language pathology*. San Diego: Plural Publishing.

Peters, M. & Lindner, R. (2019). *Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsformen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Pixa-Kettner, U. (2001). Elternarbeit, Elternberatung, Elternbildung – Konzepte der Zusammenarbeit mit Eltern (sprach-)behinderter Kinder im Wandel. *Die Sprachheilarbeit 46*(3), 125-132).

Rhoades, E. (2010). Toward family-centered practice. In Rhoades, E. A. & Duncan, J. (Hrsg.), *Auditory-Verbal Practice* (S. 167-188). Springfield: Charles C. Thomas.

Ritterfeld, U. (2001). Wider den Ideologien. Ein Kommentar zu dem Beitrag von Ursula Pixar-Kettner. *Die Sprachheilarbeit 46*(3), 132-134.

Roberts, M. Y. & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology (20),* 180-199. DOI: 10.1044/1058-0360(2011/10-0055)

Robey, R. R. (2004). A five-phase model for clinical-outcome research. *Journal of Communication Disorders (37),* 401-411. DOI: 10.1016/j.jcomdis.2004.04.003

Sassenroth, M. (2012). Leitkonzepte im Bereich der Förderung von Sprache und Kommunikation sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher. In Werning, R., Balgo, R., Palmowski, W. & Sassenroth, M. (Hrsg.), *Sonderpädagogik. Lernen, Verhalten, Sprache, Bewegung und Wahrnehmung* (2., aktualisierte Auflage, S. 131-156). München: Oldenbourg Verlag.

Sirringhaus-Bünder, A. & Bünder, P. (2005). Systemische Perspektive, Selbstwirksamkeit und video-unterstützte Beratung nach der Marte Meo-Methode. *Kontext 36*(2), 166-181.

Steiger-Müller, A. (2009). Logopädische Fachberatung im Frühbereich – eine sinnvolle Interventionsform. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* (15), 12-18.

Stephan, T. & Manning, K. (2017). *Parent-Implemented Early Language Intervention: What Really Works?* http://www.hanen.org/SiteAssets/Helpful-Info/Whitepapers/parent-implemented-early-language-intervention-wha.pdf

Suchodoletz, W. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde (1),* 31-37. DOI: 10.1007/s00112-002-0644-3

Suchodoletz, W. (2009). Frühinterventionen bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde (10),* 965-970. DOI: 10.1007/s00112-009-2030-x

Tempel, A. B., Wagner, S., M. & McNeil, C. B. (2009). Parent-Child Interaction Therapy and Language Facilitation: The Role of Parent-Training on Language Development. *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis (3),* 216-232.

Tosh, R., Arnott, W. & Scarinci, N. (2017). Parent-implemented home therapy programmes for speech and language: a systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders, 52*(3), 253-269.

Watts Pappas, N., McLeod, S., McAllister, L. & McKinnon, D. H. (2008). Parental involvement in speech intervention: A national survey. *Clinical Linguistics and Phonetics (22),* 335-344. DOI: 10.1080/02699200801919737

Yan Fong, N. W., Ying Ho, S. K., Wei So, B. J., Bin Lian, W. (2012). Evaluation of the Hanen It Takes Two To Talk Intervention Programme. *Proceedings of Singapore Healthcare 21*(4), 251-256.

Zollinger, B. (2017). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Sprachtherapie. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 2: Interdisziplinäre Grundlagen* (S. 235-251). Stuttgart: Kohlhammer.