



Kinder, Jugend & Familie  
Weser-Ems

**Sprachheilkindergarten**

**Bad Salzdetfurth**

Burgweg 1 · 31162 Bad Salzdetfurth

Tel: 05063-2790 · Fax: 05063-27937

Mail: [info@spz-bsd.awo-ol.de](mailto:info@spz-bsd.awo-ol.de)

[www.shk-bsd.de](http://www.shk-bsd.de)

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

# Jahresbericht 2014

Evaluation der Behandlung  
im Sprachheilkindergarten  
Bad Salzdetfurth



Der Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth bei Hildesheim ist eine Einrichtung für Kinder ab vier Jahren mit komplexen Sprachstörungen. Einzugsbereich ist der südliche Teil des Landkreises Hildesheim. Der Sprachheilkindergarten befindet sich auf dem Gelände des Sprachheilzentrums Bad Salzdetfurth und profitiert von den räumlichen, fachlichen und personellen Ressourcen der stationären Einrichtung.

Um die hohe Qualität der teilstationären Behandlung zu sichern und sich auf der Basis der langjährigen Erfahrung neuen Entwicklungen anpassen zu können, stellt die regelmäßige Evaluation ein zentrales Güte Merkmal dar. Im Rahmen dieser Evaluation wird ermittelt, ob die Interventionen tatsächlich zu den gewünschten Ergebnissen führen bzw. ob bestimmte Fördermaßnahmen differenziert überprüft und ggf. optimiert werden müssen.

Die Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung sind entscheidende Fakten im Rahmen der externen Präsentation: der Fachöffentlichkeit, den Kunden und weiteren Interessierten kann fundiert demonstriert werden, welche Erfolge die Kinder durch die Behandlung im Sprachheilkindergarten erzielen.

Außerdem kann den Mitarbeiterinnen der Einrichtung anschaulich vermittelt werden, was sie mit ihrer Arbeit erreicht haben. Dies kann wiederum das Gefühl von Selbstwirksamkeit und die Motivation erhöhen und somit langfristig die Qualität der erbrachten Arbeitsleistung positiv beeinflussen.

Der interdisziplinäre Ansatz im Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth spiegelt sich in der mehrdimensionalen Evaluation der Behandlungseffektivität wider, die auf einer umfangreichen Prozess- und Ergebnisdiagnostik beruht.

Folgende Erfolgskriterien werden zur Beurteilung der Behandlungseffektivität erhoben:

- Förderbedarf in verschiedenen sprachlichen und motorischen Förderbereichen (Fragebogen zur Beurteilung des Behandlungs- und Förderbedarfs; BFB)
- Fähigkeiten im formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Bereich, ergänzt durch die weiteren wichtigen Beobachtungsdimensionen des pädagogischen Alltags: Arbeitsverhalten, Hand- und Feinmotorik, Lebenspraktischer Bereich, Soziale Fähigkeiten und Spielverhalten (Beobachtungsbogen; BB)
- Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten (Child Behavior Checklist 4-18; CBCL 4-18)

Die verwendeten Evaluationsinstrumente werden im Folgenden näher erläutert.

---

## Impressum

Verantwortlich:

Heide Goeden, Einrichtungsleiterin

Dipl.-Psych. Judith Schrader, Psychologin des Sprachheilkindergartens

Sprachheilkindergarten, Burgweg 1, 31162 Bad Salzdetfurth

Februar 2015

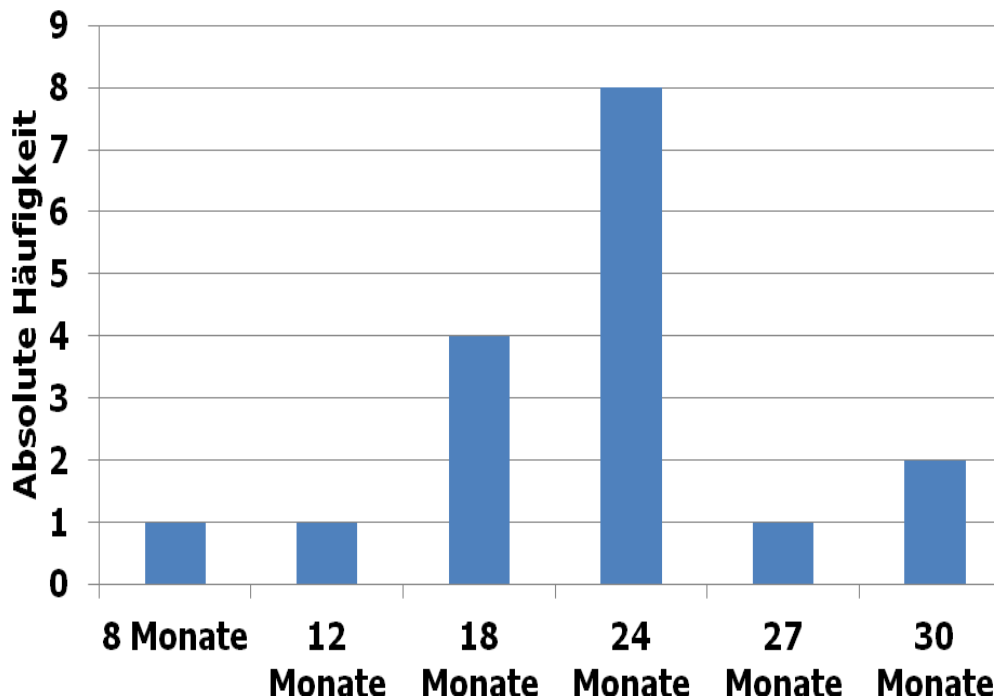
## Deskriptive Statistiken

Die Daten für den Jahresbericht 2014 stammten von 17 Kindern, die im Jahre 2014 aus dem Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth entlassen wurden. Aufgrund der geringen Stichprobe wurde im Folgenden auf eine statistische Signifikanzprüfung der Effekte verzichtet.

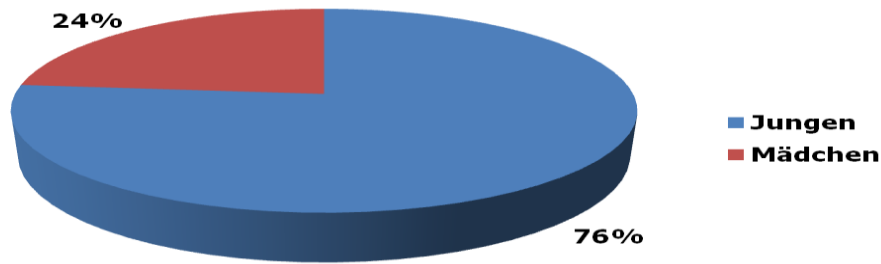
Bei allen Kindern war der Einweisungsgrund in den Sprachheilkindergarten eine Sprachentwicklungsstörung, lediglich bei zwei Kindern trat zusätzlich eine Störung des Sprechflusses auf. Die Behandlungsdauer der Kinder (siehe Abb. 1) variierte von acht Monaten bis zu 2 ½ Jahren, wobei 47% zwei Jahre im Sprachheilkindergarten waren. Dies entspricht einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 21,8 Monaten.

Von den siebzehn Kindern waren dreizehn männlich und vier weiblich (siehe Abb. 2). Ein Großteil der Kinder war zum Zeitpunkt der Entlassung schulpflichtig. Die meisten Kinder wurden mit sechs Jahren entlassen (n=12), vier waren sogar schon sieben Jahre alt (siehe Abb. 3). Hier zeigte sich, dass der Sprachheilkindergarten häufig die direkte Funktion erfüllt die Kinder für die Schule fit zu machen. In den meisten Fällen (76%) besuchten unsere Kinder im Anschluss eine Regeleinrichtung (siehe Abb. 4). Dies ist als erster Hinweis für eine erfolgreiche Behandlung im Sprachheilkindergarten zu betrachten. Bei drei Kindern war eine anschließende Beschulung in einer Sprachheilklasse indiziert und ein Kind wurde im Sprachheilzentrum weiterbehandelt.

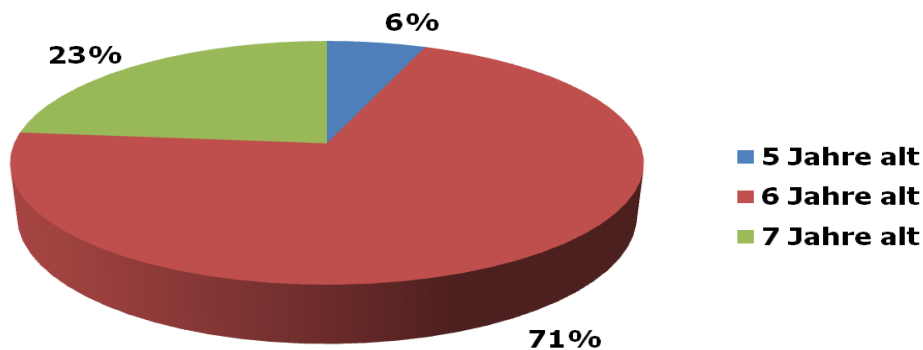
**Abb. 1: Stichprobenszusammensetzung nach Behandlungsdauer**



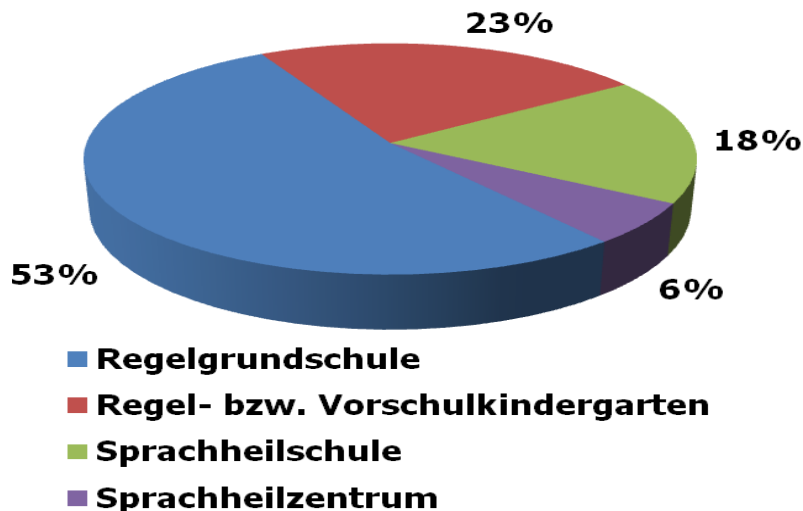
**Abb. 2: Stichprobenzusammensetzung nach Geschlecht**



**Abb. 3: Stichprobenzusammensetzung nach Alter bei Entlassung**



**Abb. 4: Prozentuale Häufigkeiten der Folgeeinrichtungen**



Für jeweils N=17 Kinder lagen Daten aus der Anfangs- und Abschlussdiagnostik zum Erfolgskriterium *Förderbedarf in verschiedenen sprachlichen Förderbereichen* vor. Die Stichprobe zum Kriterium *Förderbedarf in verschiedenen motorischen Förderbereichen* umfasste ebenfalls N=17 sowohl bei der Anfangs- als auch der Abschlussbeurteilung. Die *Fähigkeiten im formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Bereich* wurden prozessdiagnostisch bei N=17 Kindern (Anfangs- und Abschlussdiagnostik) erfasst. Hinsichtlich des Erfolgskriteriums *Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten* lagen zu Beginn N=17 und zum Ende N=16 Datensätze vor.

## **2. Therapeutischer Auftrag**

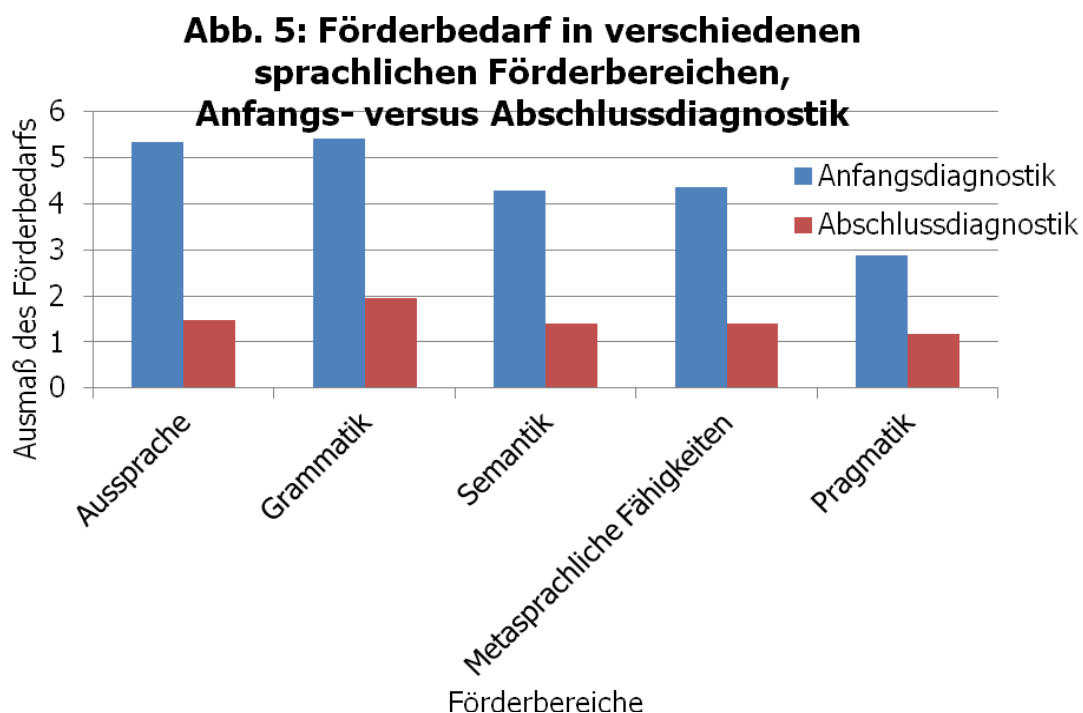
### **Behandlungseffektivität hinsichtlich des Erfolgskriteriums „Förderbedarf in verschiedenen sprachlichen und motorischen Förderbereichen“**

Der Förderbedarf in verschiedenen sprachlichen und motorischen Förderbereichen wurde mithilfe des Fragebogens zur Beurteilung des Behandlungs- und Förderbedarfs (BFB) erfasst. Die zu beurteilenden Förderbereiche sind hinsichtlich Definition und Operationalisierung den geltenden Standards entnommen. Zu den sprachlichen Förderbereichen gehören Aussprache, Grammatik, Semantik, Metasprachfähigkeiten, Schriftsprache, Pragmatik und Sprechfluss. Der Förderbereich Schriftsprache wird für die Kindergartenkinder nicht berücksichtigt. Die motorischen Förderbereiche umfassen Motorik, Bewegung im Wasser und Wahrnehmung. Der Behandlungs- und Förderbedarf wird in einer sechsstufigen Beurteilungsskala von sehr gering (1) bis sehr hoch (6) eingeschätzt (Schulnotenprinzip). Den einzelnen Skalenstufen sind jeweils segmentierte und spezifische Förderdimensionen zugeordnet.

Im Sprachheilkindergarten wird der BFB im Rahmen der Anfangs- und Abschlussdiagnostik von den behandelnden Sprachtherapeutinnen und der Motopädin eingesetzt.

### **2.1 Sprache**

In den sprachlichen Förderbereichen Aussprache, Grammatik, Semantik, Metasprachfähigkeiten und Pragmatik zeigten sich bei der Abschlussdiagnostik deutliche Verbesserungen des sprachlichen Kompetenzniveaus gegenüber dem Anfangsstatus (siehe Mittelwertsvergleich in Abb. 5). Die durchschnittliche Differenz von Anfangs- zu Abschlussdiagnostik lag bei 3,0, d.h. der Förderbedarf im sprachlichen Bereich hatte sich um drei Schulnoten verringert. Der mit Abstand größte Effekt zeigte sich im Bereich Aussprache, in dem eine Verbesserung um fast vier Schulnoten (3,9) zu verzeichnen war. Der Bereich Sprechfluss wurde hier nicht dargestellt, da er lediglich bei zwei Kindern relevant war. Diese Kinder zeigten zu Behandlungsbeginn eine starke Stottersymptomatik. Bei einem der Kinder kam diese am Behandlungsende lediglich noch in für das Kind belastenden Situationen zum Tragen. Dem anderen Kind wurden ebenfalls Strategien zur Stotterreduzierung vermittelt. Die Förderbedarfe fielen jeweils von sechs auf zwei Punkte ab.

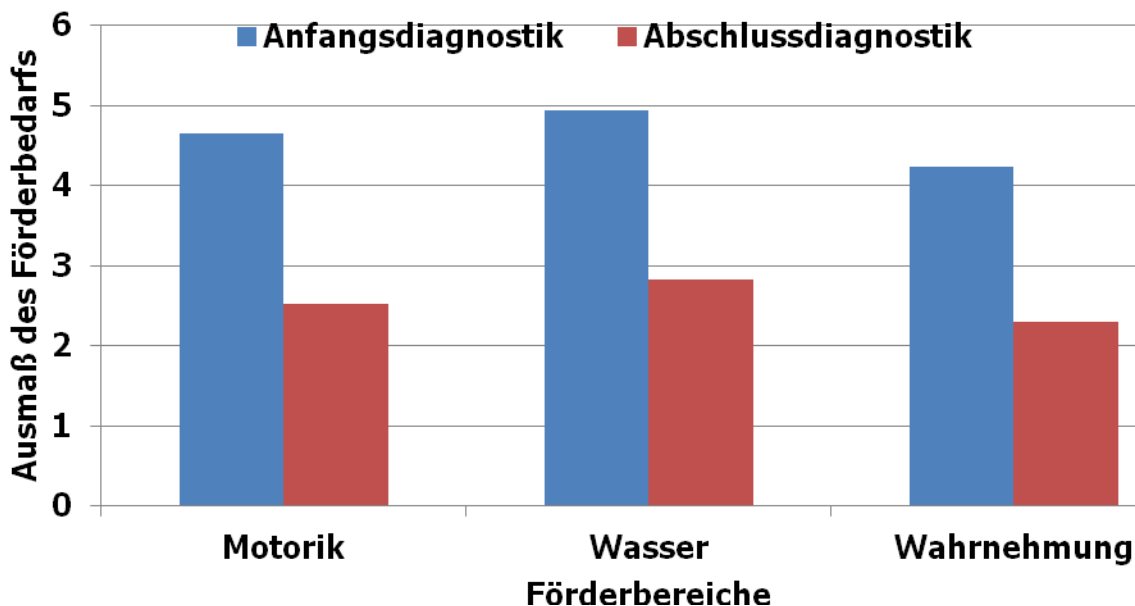


Insgesamt betrachtet ist die Behandlungseffektivität der teilstationären Sprachheilbehandlung hinsichtlich aller in der Altersgruppe untersuchten sprachlichen Kompetenzen gegeben. Zum Behandlungsende bestand nur noch ein geringer Förderbedarf in den verschiedenen sprachlichen Bereichen.

## **2.2 Sensomotorik**

In den Förderbereichen Motorik, Bewegung im Wasser und Wahrnehmung waren ebenfalls Verbesserungen zu verzeichnen (siehe Mittelwertsvergleich in Abb. 6). Hier lag die durchschnittliche Differenz von Anfangs- und Abschlussdiagnostik bei 2,1, was bedeutet, dass sich der Förderbedarf im motorischen Bereich um ca. zwei Schulnoten verringert hatte. Die Größe der Effekte bei den drei Förderbereichen unterscheidet sich nicht sehr stark.

**Abb. 6: Förderbedarf in verschiedenen motorischen Förderbereichen, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**



Insgesamt betrachtet ist die Behandlungseffektivität hinsichtlich der psychomotorischen Kompetenzen gegeben. Zum Behandlungsende bestand ein geringerer psychomotorischer Förderbedarf.

## **2. Praxistest Alltag**

### **Behandlungseffektivität hinsichtlich des Erfolgskriteriums „Fähigkeiten im formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Bereich“ sowie den Beobachtungskriterien „Arbeitsverhalten, Hand- und Feinmotorik, Lebenspraktischer Bereich, Spielverhalten und Soziale Fähigkeiten“**

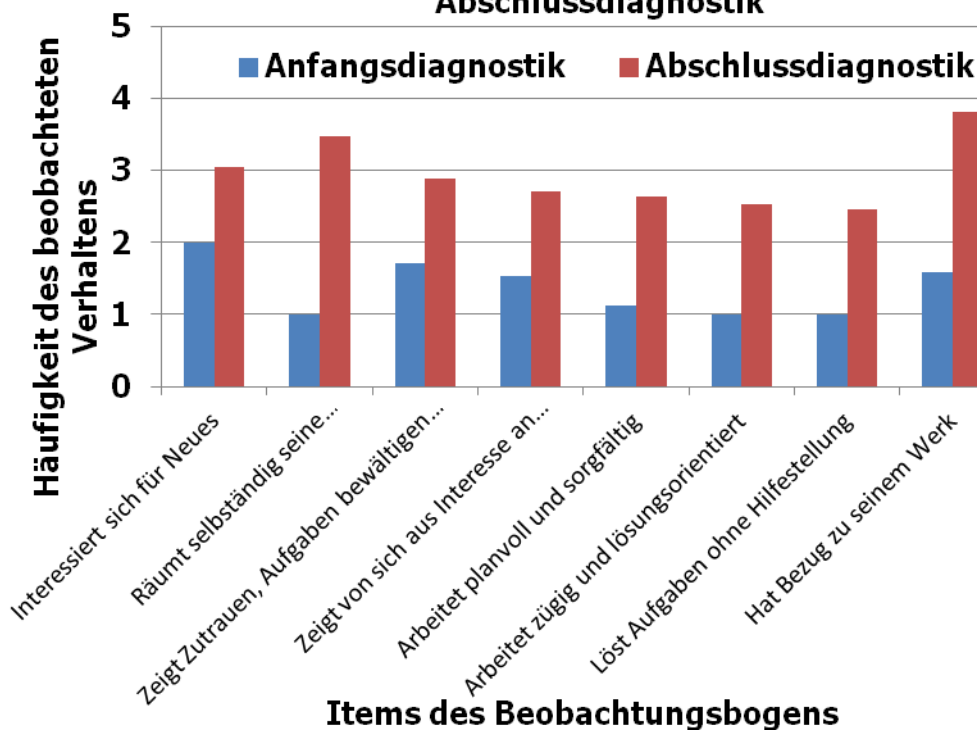
Die Fähigkeiten im formal-sprachlichen, kognitiv-kreativen und sozial-emotionalen Kompetenzbereich werden regelmäßig mithilfe des Pädagogischen Beobachtungsbogens für ErzieherInnen erfasst (FTS 20.2.2-3; entwickelt im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth). Das interdisziplinäre Team des Sprachheilkindergartens hat diesen um einige Skalen erweitert um weitere Beobachtungskriterien zu erfassen, die im Kindergartenalltag eine wichtige Rolle spielen. Hierbei handelt es sich um die Fähigkeiten sich angemessen Lern- und Leistungssituationen zu stellen (Arbeitsverhalten), die Hand- und Feinmotorik, die Fähigkeit sich eigenständig zu versorgen (Lebenspraktischer Bereich) und das Spielverhalten. Der sozial-emotionale Bereich wurde erweitert um eine Extra-Skala zu den Sozialen Fähigkeiten. Außerdem wurden im formal-sprachlichen Bereich zwei Items ergänzt. Die Konstruktion der zusätzlichen Items und Skalen erfolgte nicht unter wissenschaftlichen Qualitätsstandards sondern allein aus der pädagogischen Praxis heraus.

Die sechsstufige Bewertungsskala (0-5) des Beobachtungsbogens bezieht sich auf die Stärke bzw. die Häufigkeit des beobachteten Verhaltens (0 entspricht sehr selten/nie/ nicht zutreffend, 5 entspricht fast immer/ durchgängig/ genau zutreffend). Zur Beurteilung der Behandlungseffektivität wurden die Daten aus der Anfangsphase mit den Daten aus der Endphase der Behandlung kontrastiert.

Abbildung 7 zeigt die jeweiligen Mittelwerte der einzelnen Items aus der Anfangs- und der Abschlussdiagnostik für das Arbeitsverhalten. Es ist zu erkennen, dass die erwünschten Fähigkeiten zum Ende der Behandlung deutlich häufiger auftraten als am Anfang. Die durchschnittliche Differenz von Anfangs- und Abschlussdiagnostik lag bei 1,6. Der größte Effekt zeigte sich bei der Fähigkeit „Räumt selbständig seine Spielsachen/Arbeitsfläche auf“ (Anstieg um 2,5). Diese wurde zu Beginn im Durchschnitt „selten“ und am Schluss „oft“ beobachtet.

Im formal-sprachlichen Bereich ergaben sich ebenfalls positive Effekte (s. Abb. 8). Mit einer Differenz von 2,2 wurde der der größte Zuwachs bei der Fähigkeit „Kaut gründlich und mit Mundschluss“ beobachtet. Im gesamten formal-sprachlichen Bereich ergab sich eine durchschnittliche Differenz von 1,6. Das Item „Korrigiert sein Sprechen bei Auffälligkeit“ lag sowohl zu Anfang, als auch zum Abschluss der Maßnahme an letzter Position und tritt nur selten auf.

**Abb. 7: Arbeitsverhalten, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**



**Abb. 8: Fähigkeiten im formal-sprachlichen Bereich, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**

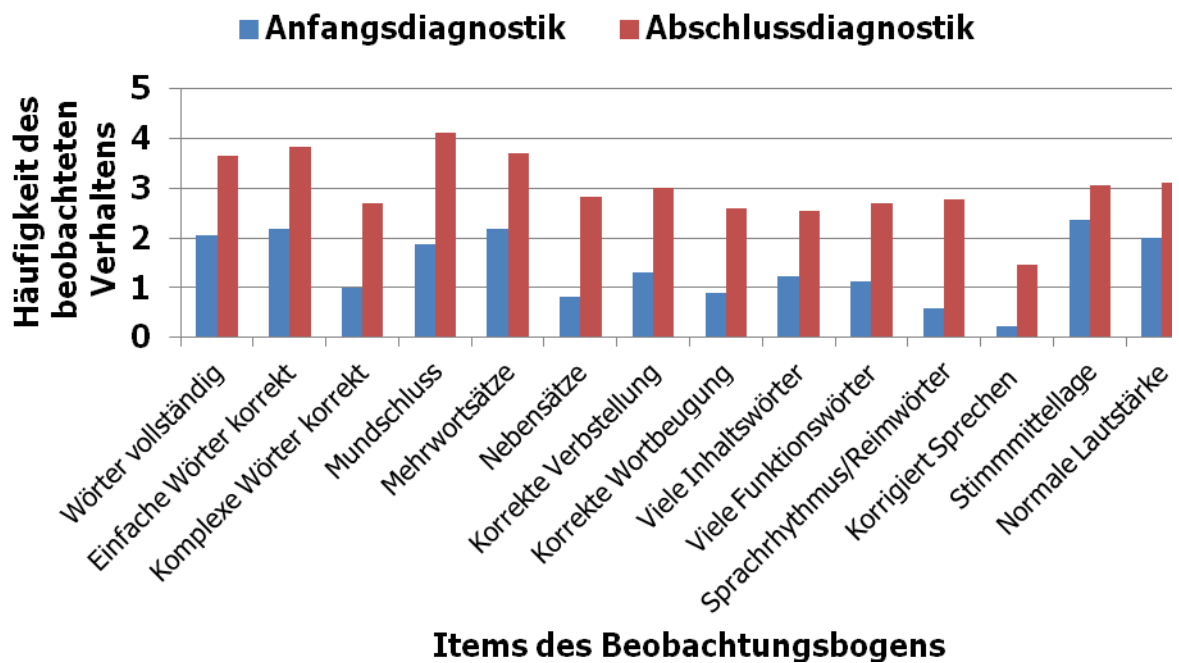
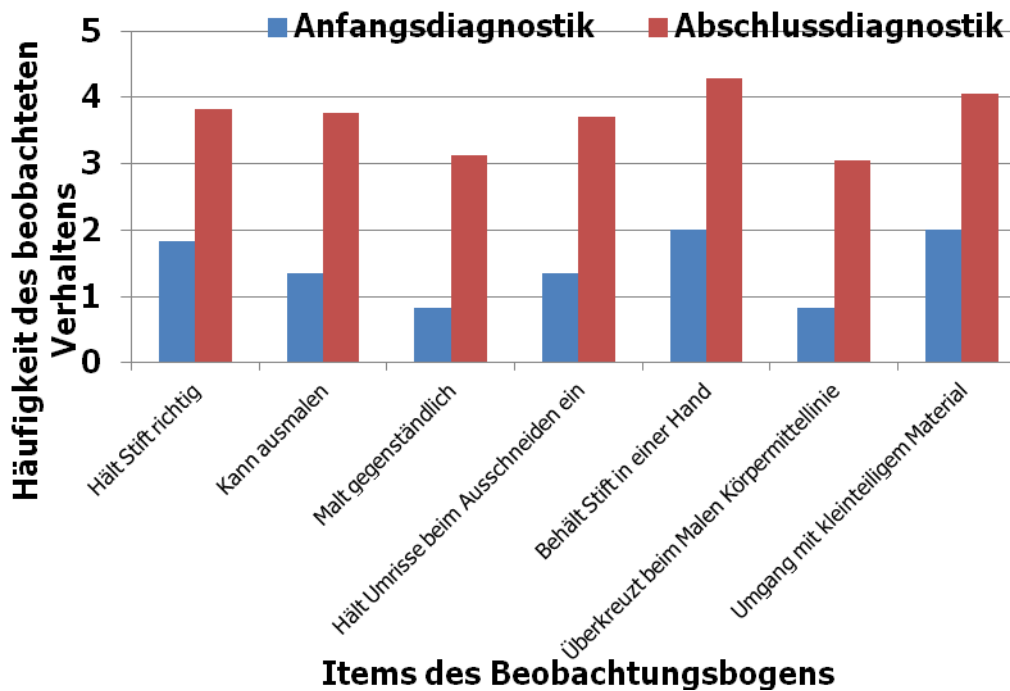


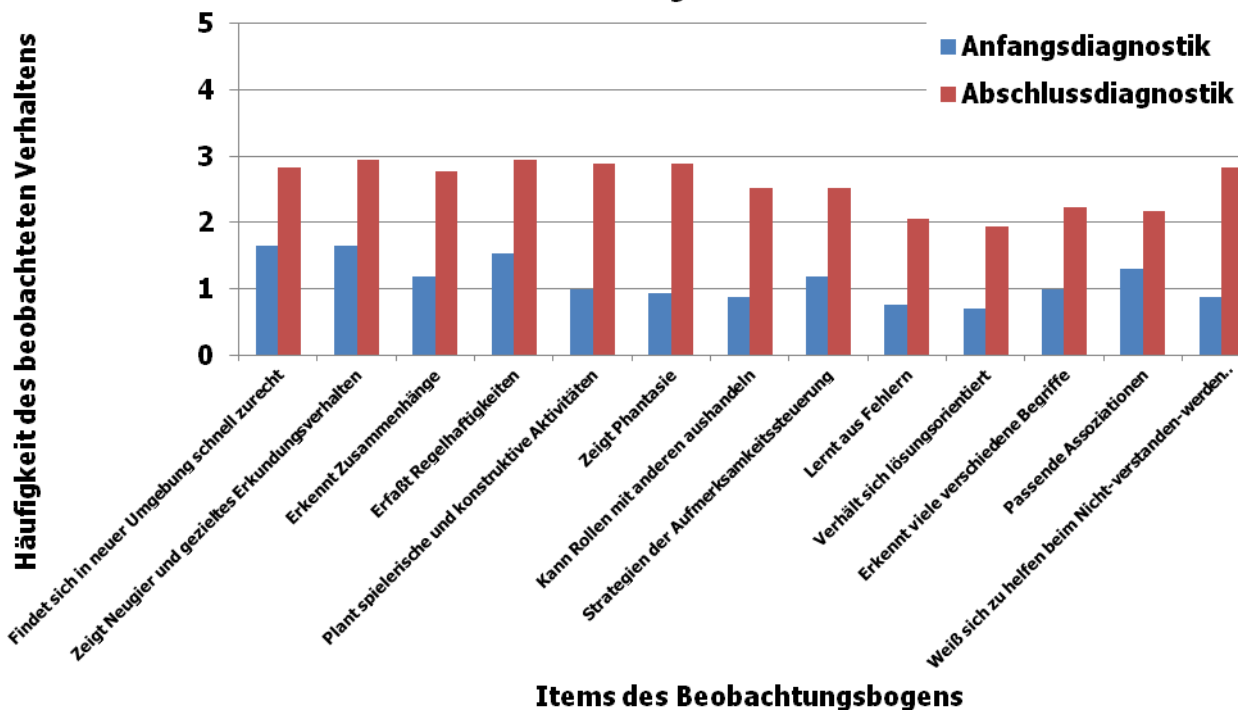


Abbildung 9 zeigt den Vergleich der Anfangs- und Abschlussdiagnostik im Bereich Hand- und Feinmotorik, wo sich eine durchschnittliche Differenz von 2,2 ergab. „Kann ausmalen“ wurde zu Beginn „selten“ beobachtet und am Ende „oft“ bis „sehr oft“.

**Abb. 9: Hand- und Feinmotorik, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**



**Abb. 10: Fähigkeiten im kognitiv-kreativen Bereich, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**



Der Vergleich von Anfangs- zu Abschlussdiagnostik im kognitiv-kreativen Bereich ist in Abbildung 10 dargestellt. Erneut wird deutlich, dass die Mittelwerte der einzelnen Items zu Beginn niedriger waren als am Ende der Behandlung, was bedeutet, dass auch hier das positive Verhalten häufiger zu beobachten war. Es ergab sich eine durchschnittliche Differenz zwischen Anfangs- und Abschlussdiagnostik von 1,5. Bei den Fähigkeiten „Zeigt Phantasie bei kreativen und spielerischen Tätigkeiten“ und „Weiß sich zu helfen beim Nicht-verstanden-werden und bei Wortschatzlücken“ zeigten sich die größten Effekte (Anstieg jeweils um 1,9).

Gerade zu Beginn des Aufenthaltes im Sprachheilkindergarten benötigten viele Kinder Unterstützung im lebenspraktischen Bereich und wurden von den Erzieherinnen und Therapeutinnen angeleitet dies eigenständig zu schaffen. Der Beobachtungsbogen erfasst auch diese Fähigkeiten und es wurde eine durchschnittliche Verbesserung von 1,9 beobachtet. Die einzelnen Items sind Abbildung 11 zu entnehmen. Interessant ist, dass das Schneiden und Streichen mit dem Messer am Anfang „selten“ beherrscht wurde und am Ende „sehr oft“. Letztere Fähigkeit erzielte mit 2,7 die stärkste Verbesserung.

**Abb.: 11: Fähigkeiten im lebenspraktischen Bereich, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**

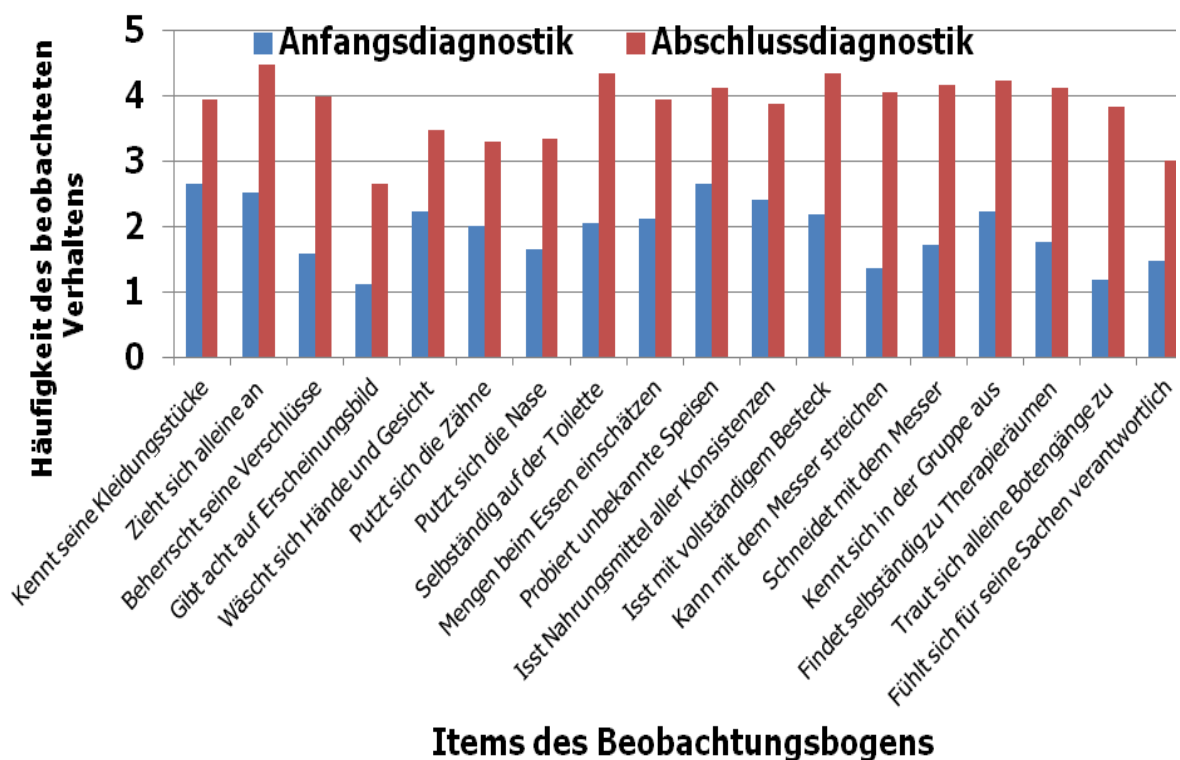
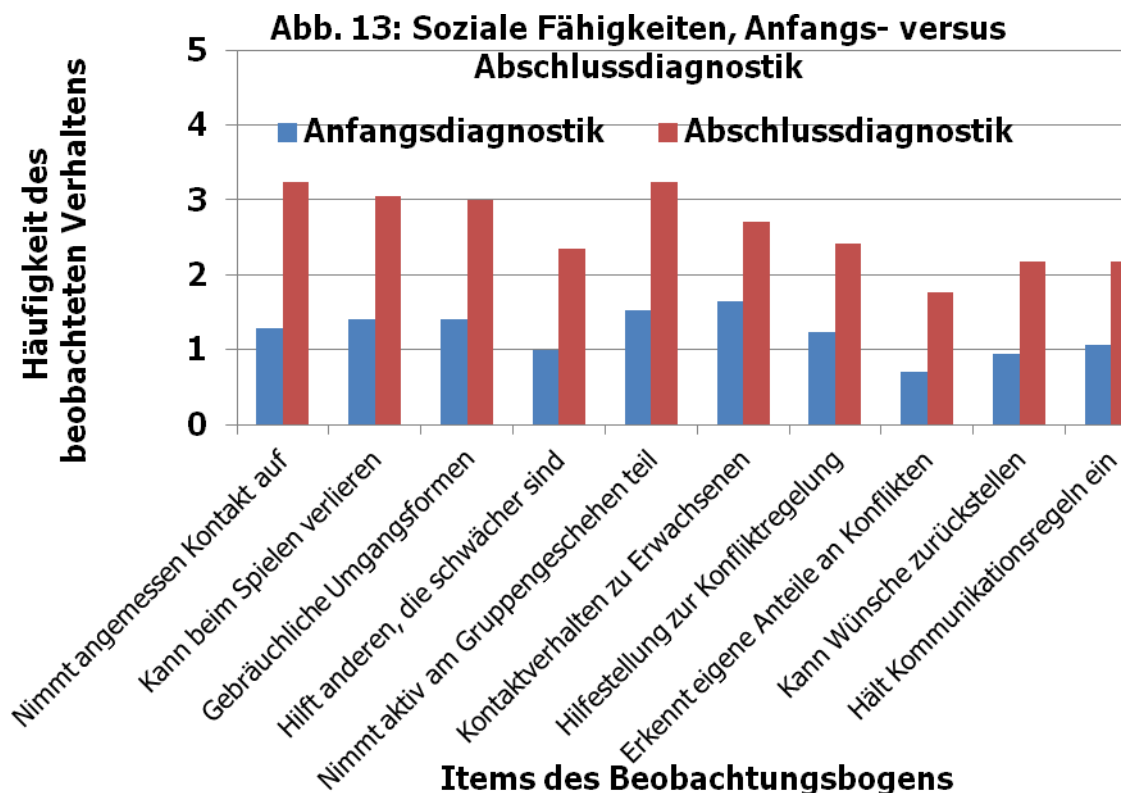
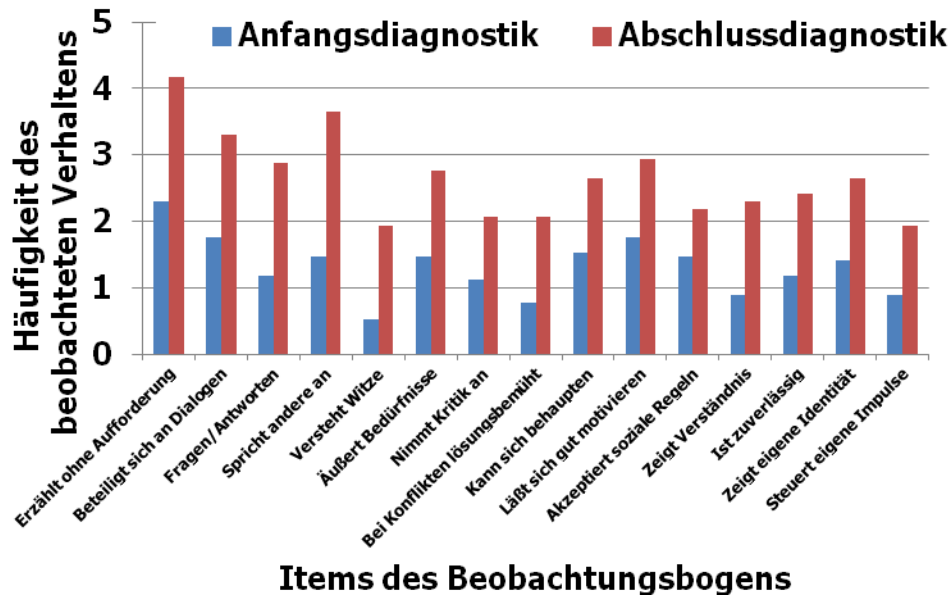


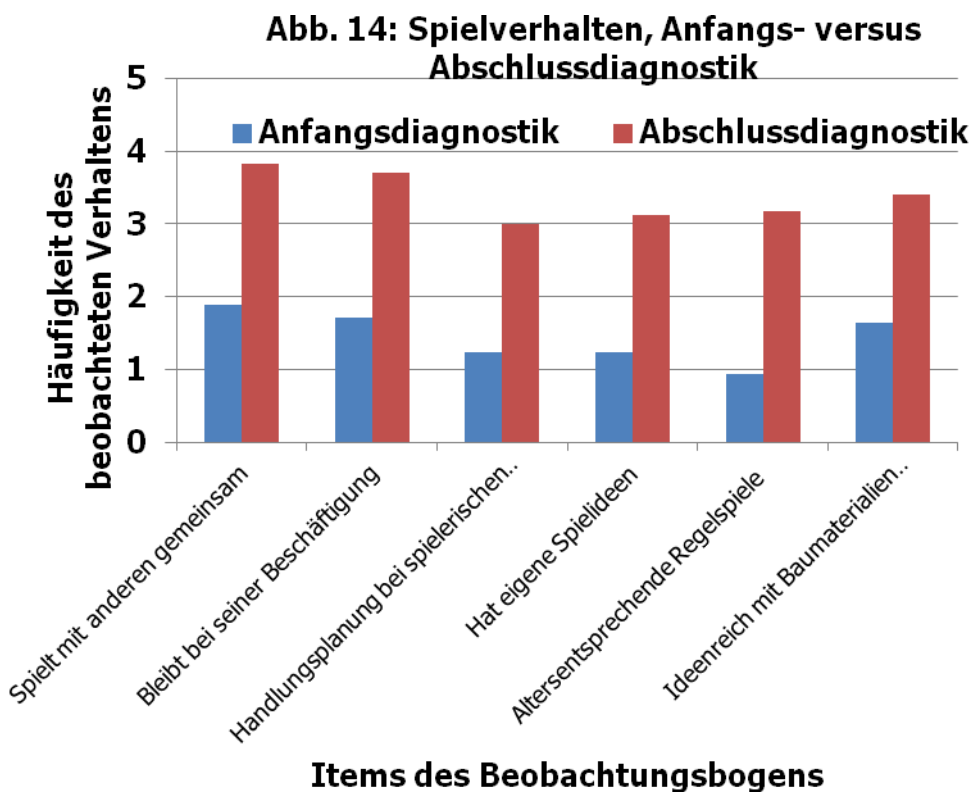
Abbildung 12 zeigt die Anfangs- und Abschlussdiagnostik des sozial-emotionalen Bereiches. Auch hier ist zu erkennen, dass die Mittelwerte der einzelnen Items am Ende größer ausfielen als am Anfang, erwünschte sozial-emotionale Verhaltensweisen wurden also häufiger beobachtet. Die durchschnittliche Differenz von Anfangs- und Abschlussdiagnostik lag bei 1,3. Der größte Effekt zeigte sich bei der Fähigkeit „Spricht andere an/ ist interessiert an sozialen Kontakten“ (Anstieg um 2,2), am Ende trat dies im Durchschnitt „oft“ auf. Dies zeigt deutlich, wie die Kinder zum Sprechen angeregt wurden und wie sich im Verlauf eine von den Kindern selbst ausgehende Sprechfreude entwickelt hat. Der geringste Effekt ergab sich bei dem Item „Akzeptiert soziale Regeln und Grenzen anderer“ (Anstieg um 0,7).

**Abb. 12: Fähigkeiten im sozial-emotionalen Bereich, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**



Die Beobachtung der sozialen Fähigkeiten wurde um weitere zehn Items erweitert. Abbildung 13 zeigt die Verbesserungen dieser mit einer durchschnittlichen Differenz von 1,4. Die stärkste Verbesserung (1,9) ergab sich bei dem Item „Nimmt angemessen mit anderen Kontakt auf“. Die Fähigkeit eigene Anteile an Konflikten zu erkennen fällt sowohl bei der Anfangs- als auch bei der Abschlussdiagnostik gering aus und wird am Ende nur selten bis manchmal beherrscht. Die Kinder werden im alltäglichen Miteinander darin angeleitet und gefördert selbstreflexiv Konflikte zu betrachten. Wahrscheinlich wird aber diese Fähigkeit erst in späteren Lebensjahren und mit gestiegenen sprachlichen Kompetenzen sicher beherrscht.

Abbildung 14 zeigt die Entwicklung im spielerischen Bereich mit einer durchschnittlichen Verbesserung von 1,9. Die Fähigkeit „Kann altersentsprechende Regelspiele selbständig bzw. mit Spielpartner durchführen“ hat sich am besten entwickelt (Steigerung von 2,2).



Betrachtet man die verschiedenen Skalen des Beobachtungsbogens noch einmal im direkten Vergleich, ist zu erkennen, dass die größten Effekte bei der Hand- und Feinmotorik sowie im lebenspraktischen Bereich erzielt wurden. Dort mussten einige Fähigkeiten erst mühsam angebahnt und kontinuierlich trainiert werden um sie zu festigen.

**Die Behandlungseffektivität konnte nicht nur im Bereich der verbalen Kompetenzen, sondern auch hinsichtlich der kognitiv-kreativen Performanz und sozial-emotionaler „Soft-Skills“ nachgewiesen werden. Auch die neu erhobenen Fähigkeiten im Bereich Arbeitsverhalten, Hand- und Feinmotorik, Lebenspraxis und Spielverhalten zeigten durchweg positive Effekte.**

### **3. Komorbide Verhaltensauffälligkeiten**

#### **Behandlungseffektivität hinsichtlich des Erfolgskriteriums „Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten“**

Das Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten wird mithilfe des Elternfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Child Behavior Checklist 4-18; CBCL/4-18) erfasst. Die CBCL erlaubt eine differenzierte Erfassung von komorbiden Verhaltensauffälligkeiten auf acht Subskalen (Kompetenz- und Problemskalen), die zu den übergeordneten Skalen *Internalisierend* und *Externalisierend* sowie einem *Gesamtwert* zusammengefasst werden. Die neueste deutsche Normierung stammt aus dem Jahre 1998.

Es wird hier mit der Betrachtung der übergeordneten Skalen begonnen. Als klinisch unauffällig gilt ein t-Wert zwischen 30 und 59, der Grenzbereich zur Auffälligkeit ist zwischen 60 und 63 definiert und Werte zwischen 64 und 70 gelten als klinisch auffällig.

In Tabelle 1 wurden alle übergeordneten Skalen im Hinblick auf die klinische Auffälligkeit kontrastiert. Aufgrund der leicht unterschiedlichen Stichprobengröße (n=17 zu Beginn und n=16 am Ende) und den geringen Unterschieden ist es nicht sinnvoll hier nähere Interpretationen vorzunehmen.

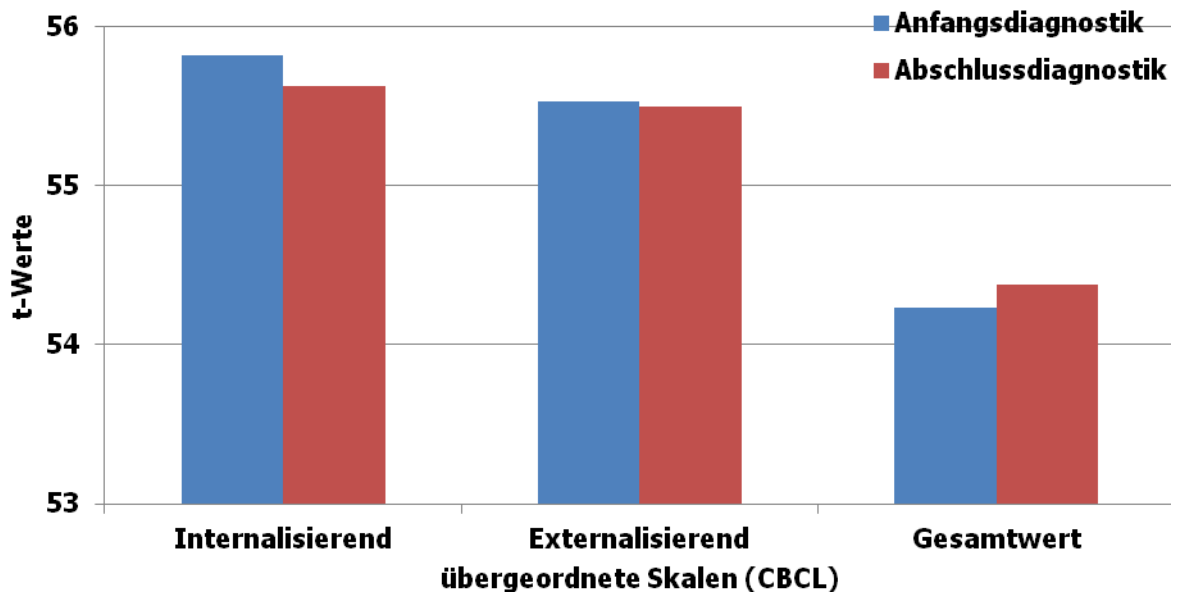
**Tabelle 1: Absolute Häufigkeiten der übergeordneten CBCL-Skalen, Anfangsdiagnostik (a) versus Abschlussdiagnostik (e)**

	unauffällig	Grenzbereich	auffällig
Gesamtwert (a)	12	4	1
Gesamtwert (e)	12	1	3
Internalisierende Skala (a)	11	3	3
Internalisierende Skala (e)	12	1	3
Externalisierende Skala (a)	10	5	2
Externalisierende Skala (e)	10	3	3

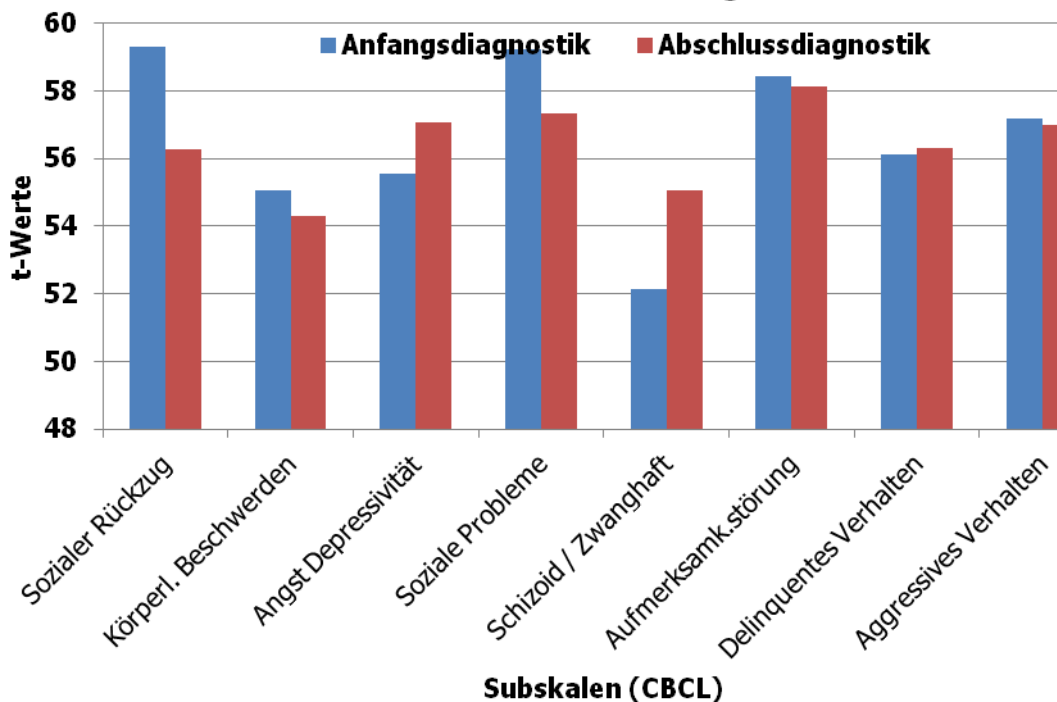
Im Mittelwertsvergleich Anfangs- versus Abschlussdiagnostik zeigten sich nur minimale Effekte bei den übergeordneten Skalen (siehe Abb. 15) mit einer durchschnittlichen Differenz von 0,03. Dies zeigte sich bereits bei der Betrachtung der klinisch auffälligen Werte (s.o).

Für eine differenziertere Betrachtung eignen sich die Subskalen der CBCL, die im Folgenden analysiert werden (siehe Abb. 16). Im Durchschnitt reduzierten sie sich lediglich um 0,2. Die Entwicklung sah bei drei Subskalen positiv aus, wobei sich mit einer Reduzierung um 3,0 „Sozialer Rückzug“ am stärksten verbesserte. Dies spricht für eine verbesserte Teilhabe der Kinder an ihrer Lebensumwelt. Bei drei Skalen trat kein wesentlicher Effekt auf. „Angst/Depressivität“ und „Schizoid/Zwanghaft“ verzeichneten eine Steigerung und somit eine negative Entwicklung, letztere um 2,9. Hinter „Schizoid/Zwanghaft“ sammeln sich Items wie z.B. „Kommt von bestimmten Gedanken nicht los“ und „Starrt ins Leere“. Betrachtet man noch den Anteil der klinisch auffälligen Subskalen ergeben sich 9% der Subskalen im auffälligen Bereich bzw. Grenzbereich zur Auffälligkeit bei der Anfangsdiagnostik, bei der Abschlussdiagnostik sind es 10%.

**Abb. 15: Mittelwerte der übergeordneten Skalen der CBCL, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**



**Abb. 16: Mittelwerte der Subskalen der CBCL, Anfangs- versus Abschlussdiagnostik**



**Die Behandlungseffektivität hinsichtlich einer Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten von klinischem Störungswert kann in diesem Jahr nicht nachgewiesen werden. Bei den durchwachsenen Ergebnissen ergeben sich sowohl Reduzierungen, als auch gleichbleibende Werte und sogar Steigerungen in einzelnen Bereichen.**

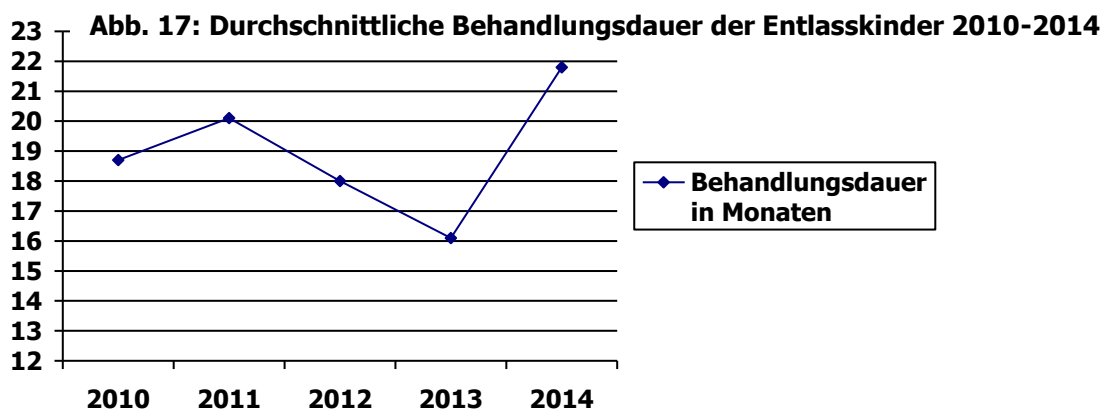
## 4. Zusammenfassung und Fazit

Insgesamt betrachtet erstreckte sich die Behandlungseffektivität neben der Verbesserung der verbalen und motorischen Kompetenzen auch auf die verschiedenen Kompetenzen, die in der Kindergartengruppe gefördert wurden. Angesichts dieser mehrdimensionalen Behandlungserfolge erwies sich die intensive Therapie im Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth als effektive Maßnahme um Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen eine verbesserte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Diese verbesserte Teilhabe spiegelte sich v.a. darin wieder, dass der Großteil der Kinder in der Folge eine Regeleinrichtung besuchte. Außerdem erhöhte sich die Eigenständigkeit der Kinder im lebenspraktischen Alltag, die Freude daran von ihren Erlebnissen zu erzählen und die Fähigkeit mit anderen Kindern zusammen zu spielen. Die Daten sprechen für die Entwicklung eines positiveren Selbstbildes mit mehr Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl sowie für einen deutlichen Zuwachs an sozialen Kompetenzen. Dies bildet sowohl die Grundlage für eine gesunde psychische Entwicklung als auch die beste Voraussetzung für ein erfolgreiches, zufriedenstellendes Leben im gesellschaftlichen Kontext.

Bei der Evaluation der letzten Jahre gab es eine Zunahme der körperlichen Beschwerden in der CBCL. Dieser besorgniserregende Trend konnte 2014 nicht festgestellt werden, allerdings glichen sich die positiven und negativen Effekte bei der Analyse dieser Checkliste in diesem Jahr insgesamt aus. Außerdem fielen die Werte deutlich höher aus als 2013, dementsprechend kam es zu wesentlich mehr klinisch auffälligen Skalen.

Es zeigten sich nun einige Hinweise darauf, dass die Kinder im Sprachheilkindergarten nicht nur einen Therapie- bzw. Förderbedarf im Bereich Sprache hatten: Der Beobachtungsbogen demonstrierte, dass im pädagogischen Bereich die Anleitung zur Selbständigkeit bei den alltäglichen Aufgaben wie Umgang mit Besteck oder die Versorgung auf der Toilette zu den Schwerpunkten der Förderung gehörten. Auch die klinisch auffälligen Werte bei den Verhaltensauffälligkeiten sprechen für einen mehrdimensionalen Förderbedarf. Die Vermittlung von Regeln und Grenzen im sozialen Miteinander war ein Förderziel, dass sich bei vielen Kindern durch den gesamten Behandlungszeitraum erstreckte.

Diese Verhaltensauffälligkeiten schienen sich auch auf den Sprachtherapieerfolg auszuwirken, denn die Behandlungsdauer der Entlasskinder 2014 war höher als in den Vorjahren (siehe Abb. 17).



Ein weiterer Grund für die lange Behandlungsdauer könnten die Schweregrade der Sprachstörungen gewesen sein.

In Niedersachsen verändert sich die Schullandschaft zunehmend in Richtung Inklusion. Dies hat zur Folge, dass Kinder mit einem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf (z.B. im Bereich Sprache) künftig häufiger nicht mehr in speziellen Förderschulen unterrichtet werden, sondern in den örtlichen Regelgrundschulen. Dort können sie sonderpädagogisch unterstützt werden. Wenn man sich die Klassenstärken der Schulen und den steigenden Leistungsdruck ansieht, erscheint es offensichtlich, dass es für die besonderen Kinder schwer wird. Die zunehmende Aufgabe im Vorschulbereich wird also die bestmögliche Vorbereitung der Kinder für diese Herausforderung sein. Je früher der Förderbedarf festgestellt wird umso mehr kann vor Schuleintritt erreicht werden. Wie im Rahmen der Inklusion in Zukunft mit den oben beschriebenen mehrdimensionalen Schwierigkeiten der Kinder umgegangen wird, bleibt abzuwarten.

Die Diagnostik soll im Sprachheilkindergarten Bad Salzdetfurth in Zukunft noch erweitert werden. Die bisher verwendeten Instrumente sind zum Teil selbstentwickelt (BFB, BB) und haben sich über viele Jahre bewährt, erfassen jedoch nicht alle Erfolgsdimensionen, auf die die intensive teilstationäre Behandlung im Sprachheilkindergarten abzielt. Der Pädagogische Beobachtungsbogen für Erzieherinnen im Sprachheilkindergarten wurde bereits um einige Dimensionen ergänzt und erprobt. Der nächste Schritt ist die Erfassung der vorschulischen Kenntnisse.

Auch bemüht man sich darum objektive Testverfahren zu finden, die die Qualität der Evaluation deutlich verbessern würde.

Eine Evaluation dient neben der Darstellung der Wirksamkeit ebenso der Weiterentwicklung und Verbesserung der Arbeit. Die Ergebnisse können dabei wichtige Impulse liefern.