

Die kommunikative Partizipation von Kindern im Vorschulalter mit Sprachentwicklungsstörungen (S)SES - Erste Ergebnisse anhand des FOCUS©-G.

SVENJA ZAUKE¹

Dr. SANDRA NEUMANN²

1 Praxis für Logopädie, Steinmaur

2 Universität zu Köln

Abstract

Der deutsche «Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren» (FOCUS©-G) ist ein evaluierter Fragebogen zur Fremdeinschätzung der kommunikativen Partizipation von Kindern (1;6 bis 5;11 Jahre). Ziel der Studie war die Erhebung von ersten FOCUS©-G-Daten von Kindern mit (spezifischer) Sprachentwicklungsstörung (KSES) im Vergleich zu sich typisch entwickelnden Kindern (TEK). Eltern von TEK und KSES wurden in 25 Einrichtungen der Deutschschweiz rekrutiert. Sie füllten den FOCUS©-G sowie einen Demografie-Bogen aus. Es wurden Daten von 50 Eltern von TEK ($n=23$) und KSES ($n=27$) im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren ($M=3,64$; $SD=0,761$; 21 Mädchen) erhoben. Die TEK erreichten einen FOCUS©-G-Gesamtwert von $M=302,22$ ($SD=29,38$), während die KSES einen signifikant niedrigeren Gesamtwert zeigten ($M=243,74$; $SD=43,63$) ($p < .01$, $d=1,57$). Diese Ergebnisse zeigen eine eingeschränkte kommunikative Partizipation von KSES, die es in einer ICF-CY-orientierten sprachtherapeutischen Intervention zu beachten gilt.

The German «Focus on the Outcomes of Communication Under Six» (FOCUS©-G) is a well evaluated assessment capturing the communicative participation of small children (1;6-5;11 yrs.). We aimed to investigate typically developing children (TEK) and children with developmental language disorder (KSES) with the FOCUS©-G. Parents of TEK and KSES were recruited through 25 organizations in the German speaking part of Switzerland. Parents completed the FOCUS©-G and a demographic questionnaire. Data of TEK ($n=23$) and KSES ($n=27$) aged 3;0 to 5;11 years ($M=3,64$; $SD=0,761$; 21 girls) could be analyzed. The TEK showed a FOCUS©-G total score of $M=302,22$ ($SD=29,38$), whereas the group of KSES reached a significant ($p < .01$, $d=1,57$) lower total score ($M=243,74$; $SD=43,63$) ($p < .01$, $d=1,57$). These results proof a limited communicative participation in preschool children with developmental language disorder, which therefore has to be emphasized in speech-language interventions within the framework of the ICF-CY.

1 Kommunikative Partizipation bei Kindern mit (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen

(Spezifische) Sprachentwicklungsstörungen (S)SES zählen mit einer Prävalenz von sechs bis acht Prozent zu den häufigsten Entwicklungsauffälligkeiten im Kindesalter (vgl. VON SUCHODOLETZ, 2003). Hinsichtlich der Terminologie und Definition von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) wird derzeit national und international intensiv diskutiert, da das Ausschlusskriterium von verursachenden Bedingungen zunehmend in Frage gestellt wurde (vgl. BISHOP

et al. 2017; BISHOP 2017; ELLGER & KAUSCHKE 2018). Für den englischsprachigen Raum hat man sich auf den Begriff «developmental language disorder» (DLD) geeinigt, der den bislang üblichen Begriff «specific language impairment» (SLI) ersetzt (vgl. BISHOP 2017). Im deutschsprachigen Raum ist die Diskussion um die Terminologie zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen (vgl. ELLGER & KAUSCHKE 2018; KAUSCHKE & VOGT 2019). Daher wird für den vorliegenden Beitrag

der Begriff der (spezifischen) Sprachentwicklungsstörung (S)SES verwendet. Nach DELANGEN-MÜLLER und Kollegen weichen die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes mit (S)SES um mindestens 1.5 Standardabweichungen vom Mittelwert der Altersgruppe ab (Normalitätsannahme) und liegen zudem deutlich unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus (Diskrepanzannahme) (vgl. DELANGEN-MÜLLER et al. 2011). Eine (S)SES kann sich in vielfältigen Auffälligkeiten und Symptomen und in Abhängigkeit vom Alter und vom Entwicklungsstand des Kindes auf den unterschiedlichen linguistischen Ebenen manifestieren (vgl. KANNENGIESER 2017). Während es im Kleinkindalter zu Schwierigkeiten bei der Entdeckung der Sprache kommt, zeigen sich im Vorschul- und Schulalter Probleme im Aufbau und Gebrauch der Sprache. Kinder mit (S)SES weisen vor allem qualitative Abweichungen in der Aussprache, der Grammatik und der Pragmatik auf (vgl. DELANGEN-MÜLLER et al. 2011; KANNENGIESER 2017). Auf funktionaler Sprachebene zeigen Kinder mit (S)SES sehr unterschiedliche Fähigkeiten und weisen dadurch stark heterogene Profile auf. Während bei manchen Kindern mit (S)SES Schwierigkeiten auf phonetisch-phonologischer Ebene beobachtet werden, kommen bei anderen Kindern grammatische Defizite zusammen mit semantisch-lexikalischen Problemen, wobei die produktive und rezeptive Verarbeitung in unterschiedlichem Ausmass betroffen sein kann (vgl. CHOLEWA & SIEGMÜLLER 2017).

Das Konzept der Partizipation (Teilhabe) hat sich in den Gesundheitswissenschaften mehr und mehr etabliert, wobei vielfach auch der Begriff der sozialen Partizipation gebraucht wird. In ihrem Sinngehalt unterscheidet sich die Definition der Partizipation, wie ihn die WHO in der ICF eingeführt hat (vgl. WHO 2007), nur unwesentlich von der sozialen Partizipation. Somit können die Begriffe Partizipation und soziale Partizipation in gleicher Bedeutung verwendet werden (vgl. PIŠKUR et al. 2014). Eine Unterform der sozialen Partizipation (Teilhabe) ist nach EADIE et al. (2006) die kommunikative Partizipation. Sie wird definiert als sprachlich-kommunikatives Teilnehmen an Lebenssituationen, in denen Wissen, Informationen, Ideen oder Gefühle ausgetauscht werden (vgl. NEUMANN et al. 2018a). Diese Lebenssituationen im Kindesalter umfassen vielfältige Kontexte, wie beispielsweise zu Hause, in der Kita oder Spielgruppe, in der Freizeit auf dem Spielplatz oder in der Gesellschaft mit Freunden oder Verwandten. Das sprachlich-kommunikative Teilnehmen der Kinder an diesen Kontexten kann in

Form von verbalem Austausch/Sprechen, Zuhören, Lesen, Schreiben oder auch non-verbal ohne Einsatz von Lautsprache erfolgen (vgl. Eadie et al. 2006).

Bei Kindern mit (S)SES können sich die heterogenen Symptome auf sprachlich-funktionaler Ebene wiederum sehr variabel auf kommunikatives Handeln im Alltag auswirken. Nach Berichten von Eltern laufen vielfältige Situationen im Alltag der Kinder mit (S)SES nicht reibungslos ab: Missverständnisse in der Familie, Streitereien unter Freunden, Ausgeschlossensein beim Spielen und bei Bildungsangeboten, Hänseleien und Situationen, in denen die Kinder aggressiv werden oder sich zurückziehen (vgl. GERBIG et al. 2018; RICE et al. 1993; THOMAS-STONELL et al. 2009). Die problematischen Situationen können vor allem die Kommunikation in Alltagssituationen betreffen. MARTON et al. (2005) zeigten bei Kindern mit (S)SES ein signifikant reduziertes sozial-kognitives Wissen im Vergleich zu sich typisch entwickelnden Kontrollkindern. Die Gruppe der KSES wies zudem öfter eine unangemessene Gesprächsführung sowie unangemessene Konfliktlösestrategien auf (vgl. MARTON et al. 2005). Die Teilhabe von Kindern mit (S)SES am sozialen Leben sowie deren Lebensqualität können durch diese kommunikativen Probleme in Alltagssituationen daher deutlich beeinträchtigt sein (vgl. SYLVESTRE et al. 2016). Dies belegen erste Daten von OPITZ und NEUMANN (im Druck). In ihrer aktuellen Studie konnten sie erstmals Daten zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Partizipation von Kindern mit (spezifischer) Sprachentwicklungsstörung im Grundschulalter (7;1–10;4 J.) anhand des «Fragebogens zur Beteiligung am Alltag für Kinder im Alter zwischen 6 und 10 Jahren» (FBA 6-10; vgl. BLECHSCHMIDT et al. 2015) erhoben und analysiert werden. Die Ergebnisse belegen, dass Kinder mit (S)SES ihre kommunikative Beteiligung im Alltag grösstenteils signifikant geringer einschätzen als gleichaltrige sich typisch entwickelnde Kinder. Für Kinder im Vorschulalter liegt international noch kein standardisierter Fragebogen zur Selbsteinschätzung ihrer kommunikativen Partizipation vor. Im deutschsprachigen Bereich entwickelte WAAGE (2016) für diese Altersgruppe jedoch ein ICF-CY-orientiertes Leitfadeninterview zur Erfassung der Teilhabe bei Vorschulkindern mit Frühförderung. Generell sind Instrumente zur Erfassung der kommunikativen Partizipation leider bislang sowohl national wie auch international noch rar. Im deutschsprachigen Raum ist inzwischen der Fremdeinschätzungsbogen (proxy report) «Fokus auf den Erfolg der Kommunikation unter sechs»

(FOCUS©-G) für Kinder zwischen 1;6 und 5;11 Jahren erfolgreich evaluiert und online verfügbar (vgl. NEUMANN et al. 2017; 2018a; THOMAS-STONELL et al. 2012).

2 Der «Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren» (FOCUS©-G)

Der Fragebogen «Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren» (FOCUS©-G) erfasst die Fähigkeit von anderthalb- bis sechsjährigen Kindern mit ihrer Umwelt zu kommunizieren und an ihr zu partizipieren (vgl. THOMAS-STONELL et al. 2010). Der FOCUS©-G liegt in zwei Versionen (Eltern- und Sprachtherapeutenversion) unter Verwendung derselben inhaltlichen 50 Items vor. Die Items beschreiben im ersten Teil des Bogens das sprachliche Verhalten des Kindes im Alltag sowie im zweiten Teil den Unterstützungsbedarf des Kindes. Zur Beantwortung der Items wird eine 7-stufige Likert-Skalierung verwendet. Die Beurteilung erfolgt im ersten Teil von 1 (*überhaupt nicht wie mein Kind*) bis 7 (*exakt wie mein Kind*) sowie im zweiten Teil von 1 (*kann es überhaupt nicht*) bis 7 (*kann es immer ohne Hilfe*). Es kann ein Gesamtwert zwischen 50 und 350 Punkten erreicht werden, wobei ein höherer Wert einer erfolgreicherer kommunikativen Partizipation entspricht. Zusätzlich kann in der Auswertung ein Profil ermittelt werden, das nach neun Domänen aufgeteilt ist. Zur Berechnung der FOCUS©-G Profilwerte werden zwischen drei und zwölf Itemwerte zusammengefasst und daraus ein Durchschnittswert berechnet, dessen Wertspanne zwischen eins und sieben (höchste Partizipation) liegt. Bei den Profilen werden Kapazitäts- und Performanzwerte unterschieden. Gemäss der Betrachtungsweise der ICF-CY (vgl. WHO 2007) wird zwischen Leistungsfähigkeit (capacity), also der «Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt», und Leistung (performance), der «Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt», unterschieden (vgl. HOLLENWEGER & KRAUS DE CARMAGO 2011). Hinsichtlich der Kapazität beinhaltet das FOCUS©-G-Profil die Domänen Sprechen, expressive Fähigkeiten, Pragmatik und rezepptive Fähigkeiten. Bezüglich der Performanz sind es die Domänen Verständlichkeit, expressive Leistungen, Soziales/Spiel, Selbstständigkeit und Bewältigungsstrategien. Eine detaillierte Beschreibung des FOCUS©-G mit Erläuterungen zur Durchführung und Auswertung findet sich in NEUMANN et al. 2018a.

Der Fragebogen wurde in einem aufwendigen, dreiphasigen Prozess entwickelt und psychometrisch

überprüft (vgl. ODDSON et al. 2013; THOMAS-STONELL et al. 2009; THOMAS-STONELL et al. 2010; WASHINGTON et al. 2013a). Die Elternversion des FOCUS© sowie das zugehörige Manual wurden bisher in insgesamt 19 verschiedene Sprachen übersetzt.

Die englische Originalversion des FOCUS© wurde bereits mehrfach validiert (vgl. THOMAS-STONELL et al. 2013a; THOMAS-STONELL et al. 2013b; WASHINGTON et al. 2013b). Auch für den deutschen FOCUS©-G wurden psychometrische Gütekriterien erhoben, die ihn in seiner Konstruktvalidität, internen Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität bestätigen (vgl. NEUMANN et al. 2017). In einer weiteren Studie von NEUMANN und Kolleginnen konnten für den deutschsprachigen Raum mit der Elternversion des FOCUS©-G Referenzwerte für typisch entwickelte Kinder (n=154) sowie für Kinder mit Sprechstörungen (n=84) für das Alter von 3;0–5;11 Jahren dargelegt werden (vgl. NEUMANN et al. 2018b).

3 Methode

Die Durchführung der Studie erfolgte nach ethischen Grundsätzen der aktuellen WMA Deklaration von Helsinki (vgl. Weltärztebund 2013). Die schriftliche und freiwillige Einwilligung zur Teilnahme konnte zu jedem Zeitpunkt widerrufen werden. Es wurden die Datenschutzkriterien der Therapiestellen eingehalten und der gesetzlich geregelte Datenschutz von personenbezogenen Daten beachtet. Die Datenverarbeitung und -aufbewahrung erfolgte anonymisiert, wobei die erhobenen Daten sorgfältig geschützt und vor dem Zugriff Dritter bewahrt wurden. Alle Informationen, die im Laufe des Untersuchungsprozesses ausgetauscht wurden, unterlagen der Schweigepflicht.

3.1 Fragestellung und Studiendesign

Die nächststehende Fragestellung wurde verfolgt: Unterscheiden sich Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (S)SES (KSES) im Alter von 3;0-5;11 Jahren in der von den Eltern bewerteten kommunikativen Partizipation von sich typisch entwickelnden Gleichaltrigen (TEK)? In einem Querschnittsdesign erfolgte die Datenerhebung demnach als Vergleich im Zweigruppenplan (KSES, TEK) an einem Messzeitpunkt bei parallelisiertem methodischen Vorgehen.

3.2 Probandenrekrutierung

Die Rekrutierung der klinischen Stichprobe (KSES) erfolgte von November 2016 bis Mai 2017 über 22 Logopädinnen aus der Deutschschweiz. Die Kinder der Kontrollgruppe wurden über drei pädagogische

Einrichtungen (zwei Kindergärten, eine Spielgruppe) des Bezirks Dielsdorf, Zürich/ZH rekrutiert. Bei den Eltern beider Gruppen mussten ausreichende Deutschkenntnisse vorliegen, um die Fragebögen verstehen und ausfüllen zu können.

Klinische Stichprobe: In die klinische Stichprobe wurden Kinder mit einer (S)SES eingeschlossen. Die Kinder wurden bereits vor Studienbeginn von diplomierten Logopädinnen, grösstenteils an zentralen Abklärungsstellen der Wohnkantone, mit einer (S)SES diagnostiziert. Kinder mit komplexen Störungsbildern (bspw. Syndrome) wurden ausgeschlossen, um Verzerrungen durch weitere Auffälligkeiten vorzubeugen.

Kontrollgruppe: Für die Kontrollgruppe der TEK wurden nur Kinder eingeschlossen, deren Spracherwerb nachweislich unauffällig verlief und die zum Messzeitpunkt keinerlei Entwicklungsauffälligkeiten aufwiesen.

3.3 Instrumente

Eingesetzt wurde der deutschsprachige *FOCUS©-G* als Elternversion (vgl. THOMAS-STONELL et al. 2012) zur Einschätzung der kommunikativen Partizipation im Alltag. Über einen eigens entwickelten *Demografie-Bogen, inklusive Winkler Sozialschichtindex* (vgl. WINKLER & STOLZENBERG 1999), wurden zudem soziodemografische Bereiche der Familie (wie z. B. zu Alter, Geschlecht, Familiensprache, Anzahl der Geschwister, Bildungsgrad der Eltern) erfasst.

Bei den TEK wurde der *Elternfragebogen zur ergänzenden Entwicklungsbeurteilung zu den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9* (EEEU6–U9, vgl. PETERMANN & MACHA 2003) eingesetzt, um die typische Entwicklung der Kinder abzusichern. Er umfasst die beiden Skalen *Lebenspraktische Fertigkeiten* sowie *Sozial-emotionaler Bereich*.

3.4 Durchführung

Die Kinder der Therapiestellen wurden durch die behandelnde Logopädin hinsichtlich ihrer Diagnose (S)SES eingeschätzt, um deren Einschlusskriterium zur KSES festzustellen. Die Sorgeberechtigten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Nach Einschluss in die Studie wurde den Sorgeberechtigten der KSES der *FOCUS©-G* sowie der *Demografie-Bogen* postalisch zugesendet. Die Eltern der Kontrollgruppe erhielten zusätzlich den Fragebogen *EEE U6–U9* (vgl. PETERMANN & MACHA 2003). Alle Eltern füllten die Fragebögen zu Hause aus. Hierbei konnte die Projektleiterin bei Bedarf per Telefon oder

E-Mail kontaktiert werden. Die Durchführung der Fragebögen erfolgte im Paper-Pencil-Verfahren

3.5 Datenaufbereitung und -analyse

Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows (IBM Statistics, Version 24). Neben einer deskriptiven Analyse der soziodemographischen und personenspezifischen Daten wurde mit einem Chi²-Test ermittelt, ob sich die (S)SES-Gruppe und die Kontrollgruppe zum Untersuchungszeitpunkt in den unabhängigen Variablen unterschieden. Die erhobenen Daten erfüllten die Voraussetzungen für parametrische Verfahren. In der varianzanalytischen Auswertung wurden für den Vergleich zwischen den KSES und TEK bezüglich der kommunikativen Partizipation daher mehrere t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Für die Testungen wurde das Alpha-Niveau jeweils auf $\alpha = .05$ gesetzt. Effektstärken (Cohens *d*) wurden berechnet, um zusätzlich zur statistischen Relevanz auch ein Mass für die klinische Bedeutsamkeit zu ermitteln. Nach GIGNAC und SZODORAI (2016) sowie HEMPHILL (2003) sind klinisch bedeutsame Effekte von $d > 0.2$ als relativ klein, von $d > 0.4$ als mittelgross und von $d > 0.6$ als relativ stark einzuordnen.

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobe

Es konnten 50 Kinder (21 Mädchen, 29 Jungen) im Vorschulalter in die Studie eingeschlossen werden. Die Altersspanne liegt zwischen 3;0–5;11 Jahren ($M=3,64$; $SD=0,761$). Die KSES sind durchschnittlich 3;5 Jahre ($M= 3,51$, $SD = 0,646$), die TEK durchschnittlich 3;8 Jahre alt ($M=3,80$, $SD=0,865$). Insgesamt wird in 80 % der Familien Schweizerdeutsch gesprochen. 20 % der Kinder sprechen in ihrer Familie neben dem Schweizerdeutschen eine weitere Sprache (z. B. Spanisch, Englisch). 36 % der Kinder stammen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status, 50 % aus Familien mit mittlerem und zwei Prozent aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ($n=44$; Sozialschichtindex; vgl. WINKLER & STOLZENBERG 1999). Von sechs Familien fehlen Angaben zum Familieneinkommen und/oder zum Bildungsabschluss, weshalb der sozioökonomische Status nicht berechnet werden kann. 90 % der Kinder haben ein oder mehrere Geschwister. Mittels Chi²-Test ($\alpha=.05$) konnte die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen hinsichtlich Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Familiensprache dargelegt werden. Weitere

detaillierte Angaben zur Stichprobe finden sich in Tabelle 1.

4.2 FOCUS®-G Gruppenvergleich der TEK versus KSES

Stichprobencharakteristik der Gesamtstichprobe und gegliedert nach Stichprobengruppen

Merkmal	Gesamtstichprobe (n = 50)	Sich typisch entwickelnde Kinder (TEK) (n = 23)	Kinder mit (spez.) Sprachentwicklungsstörung (KSES) (n = 27)	p-Werte
	n (%)	n (%)	n (%)	
Geschlecht				$\chi^2 (1) = 0.380, p = .845$
männlich	29 (58,0)	13 (56,5)	16 (59,3)	
weiblich	21 (42,0)	10 (43,5)	11 (40,7)	
Geschwisteranzahl				$\chi^2 (3) = 2.841, p = .417$
0	5 (10,0)	2 (8,7)	3 (11,1)	
1	32 (64,0)	17 (73,9)	15 (55,6)	
2	11 (22,0)	4 (17,4)	7 (25,9)	
3	2 (4,0)	-	2 (7,4)	
Sprache				$\chi^2 (1) = 0.181, p = .670$
CH-Deutsch	40 (80,0)	19 (82,6)	21 (77,8)	
weitere	10 (20,0)	4 (17,4)	6 (22,2)	
Sozialstatus der Familie ^{a*}				$\chi^2 (2) = 0.906, p = .636$
niedrig	1 (2,0)	-	1 (3,7)	
mittel	25 (50,0)	12 (52,2)	13 (48,1)	
hoch	18 (36,0)	8 (34,8)	10 (37,0)	

Tabelle 1: Anmerkung. ^aDie summierten Prozentsätze dieser Variablen sind < 100% aufgrund fehlender Werte. ^{*}Winkler-Index

Zur Einschätzung eines möglichen Unterschiedes der sprachlichen Aktivität und kommunikativen Partizipation von KSES wurden deren Daten mit denen der Kontrollgruppe (TEK) verglichen. Hierbei zeigen sich über alle FOCUS®-G-Profilwerte und den Gesamtwert hinweg hochsignifikant niedrigere Werte ($p < .01$) für die KSES. Im Durchschnitt erreicht die Gruppe der KSES einen Gesamtwert von $M=243,74$ ($SD=43,63$) und die TEK einen signifikant höheren Wert von $M=302,22$ ($SD=29,38$) ($p < .001, d=1,55$) bei einem möglichen Maximalwert von 350 Punkten. Bei der Analyse der

Die TEK wurden mit dem Elternfragebogen zur ergänzenden Entwicklungsbeurteilung zu den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 (EEE U6–U9; vgl. PETERMANN & MACHA 2003) eingeschätzt. Hieraus wurden die Bögen für die U7a, U8 und U9 verwendet. In der Skala Lebenspraktische Fertigkeiten erreichen die Kinder im Durchschnitt einen Wert von $M=15,87$ ($SD=2,302; n=23$). In der Skala Sozial-emotionaler Bereich kann ein Wert von $M=12,38$ ($SD=3,427; n=21$) erhoben werden. Nach PETERMANN und MACHA (2003) sind die erhobenen Werte je nach Altersgruppe als unauffällig zu betrachten. Dies lässt den Rückschluss

zu, dass es sich bei den eingeschlossenen Kindern tatsächlich um sich typisch entwickelnde handelt.

Gesamtstichprobe ($n=50$) kann ein FOCUS®-G-Gesamtwert von $M=270,64$ ($SD=47,58$) herausgestellt werden. Der mittlere Wert der KSES liegt knapp zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Kontrollgruppe. Der Anteil der KSES, die unterdurchschnittliche Werte erreichen, ist mit 81,5 % sehr hoch. Sechs der Kinder (22,2 %) erzielen mit einem Wert unter 214 sogar ein weit unterdurchschnittliches Ergebnis mit mehr als drei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Kontrollgruppe.

FOCUS®-G-Kennwerte der Stichprobengruppen im Vergleich (n = 50)

FOCUS®-G-Werte	Gesamtstichprobe (n = 50)		TEK (n = 23)		KSES (n = 27)		p-Werte	d
	M	SD	M	SD	M	SD		
K: Sprechen	4,90	1,36	5,90	0,88	4,05	1,08	t (48) = 6.72, p < .001***	1.91
K: Expressive Sprache	5,36	1,28	6,27	0,75	4,59	1,12	t (46) = 6.31, p < .001***	1.79
K: Pragmatik	5,54	0,78	5,90	0,75	5,24	0,80	t (48) = 3.24, p = .002**	0.92
K: Rezeptive Sprache/ Aufmerksamkeit	5,85	1,01	6,40	0,41	5,38	1,14	t (34) = 4.34, p < .001***	1.23
P: Verständlichkeit	4,98	1,44	6,08	0,83	4,04	1,15	t (48) = 7.09, p < .001***	2.01
P: Expressive Sprache	4,87	1,44	5,67	1,02	4,19	1,41	t (48) = 4.21, p < .001***	1.20
P: Soziales/Spiel	5,57	0,94	5,99	0,69	5,20	0,98	t (48) = 3.22, p = .002**	0.91
P: Unabhängigkeit	5,40	1,32	6,29	0,64	4,65	1,28	t (39) = 5.86, p < .001***	1.66
P: Copingstrategien/ Gefühle	5,62	0,90	6,00	0,57	5,30	1,00	t (42) = 3.10, p = .003**	0.88
FOCUS®-G-Gesamt	270,64	47,58	302,22	29,38	243,74	43,63	t (48) = 5.46, p < .001***	1.55

Tabelle 2: Anmerkung. K = Kapazität, P = Performance, KSES = Kinder mit (spezifischer) Sprachentwicklungsstörung, TEK = sich typisch-entwickelnde Kinder, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; d = Effektstärkenmass nach Cohen ($d > 0.2$: kleiner Effekt, $d > 0.4$: mittelgrosser Effekt, $d > 0.6$: starker Effekt)

Bei den FOCUS©-G Profilwerten liegen für die Gruppe der KSES signifikant niedrigere Werte vor (siehe Tabelle 2). Die Profilwerte liegen für die Gruppe KSES zwischen dem niedrigsten Wert von $M=4,04$ ($SD=1,15$) bei der Domäne *Performanz: Verständlichkeit* und dem höchsten Wert von $M=5,38$ ($SD=1,14$) für die Domäne *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit*. Ein ähnliches Bild widerspiegelt sich für die Stichprobe der TEK. Hier liegt der höchste Mittelwert, wie bei den KSES, für das Profil *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit* ($M=6,40$; $SD=0,41$) vor. Der niedrigste Wert wurde allerdings, abweichend von den KSES, beim Profilwert *Performanz: Expressive Sprache* ($M=5,67$; $SD=1,02$) erreicht. Tabelle 2 stellt die Kennwerte für die beiden Stichprobengruppen sowie für die Gesamtstichprobe detailliert dar.

Bei differenzierterer Betrachtung der Werte der einzelnen FOCUS©-G Items kann festgestellt werden, dass bei beiden Gruppen bei 23 von 50 Items die Gesamtrange von der niedrigsten bis zur höchsten Antwortkategorie (Punktzahl von 1–7) vorkommt. Bei der Gruppe der TEK fällt auf, dass fünf Items von mindestens vier Sorgeberechtigten mit der Minimalpunktzahl (*überhaupt nicht wie mein Kind bzw. kann es überhaupt nicht*) eingeschätzt wurden, obwohl diese Kinder keine (S)SES haben. Dies betrifft die Items *T1/8: Mein Kind kommuniziert selbstsicher mit Erwachsenen, die mein Kind nicht gut kennen*, *T1/27: Mein Kind kann Erwachsenen, die ihn/sie nicht gut kennen, gut von vergangenen Ereignissen erzählen*, *T2/5: Mein Kind würde versuchen eine Konversation mit Erwachsenen fortzuführen, die ihn/sie nicht so gut kennen*, *T2/15: Mein Kind kann mit Erwachsenen, die er/sie nicht kennt, über Dinge sprechen, die er/sie macht*, und *T1/16: Mein Kind spricht langsamer, wenn er/sie nicht verstanden wird*, wobei die letzte Aussage besonders häufig ($n=7$) von den Sorgeberechtigten negiert wurde. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Kinder mit (S)SES. Hier wurden auch die Items *T1/8* ($n=5$), *T1/16* ($n=7$), *T1/27* ($n=5$), *T2/5* ($n=4$) und *2/15* ($n=4$) mit Minimalpunktzahlen bewertet.

Es liegen 24 einzelne Items mit Mittelwerten unter fünf Punkten für Kinder mit (S)SES vor (davon acht Items unter $M=4$), für sich typisch entwickelnde Kinder jedoch nur vier. Letztere sind zudem beiden Gruppen gemein: *T1/8: Mein Kind kommuniziert selbstsicher mit Erwachsenen, die mein Kind nicht gut kennen*, *T1/19: Mein Kind wartet, bis es an der Reihe ist zu sprechen*, *T2/5: Mein Kind würde versuchen eine Konversation mit Erwachsenen fortzuführen, die ihn/*

sie nicht so gut kennen, und T2/13: Mein Kind kann mit Erwachsenen, die ihn/sie nicht gut kennen, effektiv kommunizieren. Diese durchschnittlich am niedrigsten bewerteten Items beziehen sich auf Kommunikationssituationen mit Erwachsenen, die das Kind nicht gut kennen. Bei zwei Items liegt der Mittelwert bei den KSES sogar unter 3: *T1/16: Mein Kind spricht langsamer, wenn er/sie nicht verstanden wird*, sowie *T1/21: Mein Kind spricht grammatikalisch richtig*.

5 Diskussion

5.1 Ergebnisdiskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, erste empirische Vergleichsdaten zur sprachlichen Aktivität und kommunikativen Partizipation im Sinne der ICF-CY von deutschsprachigen Kindern im Alter von 3;0–5;11 Jahren mit (S)SES zu generieren. Es wurde der Frage nachgegangen, ob sich KSES hinsichtlich der kommunikativen Partizipation von TEK unterscheiden. Hierzu wurden Einschätzungen aus dem Elternfragebogen FOCUS©-G von 50 Eltern von TEK ($n=23$) und KSES ($n=27$) ausgewertet. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass zwischen Kindern mit und ohne (S)SES erhebliche Unterschiede im Erfolg der kommunikativen Partizipation vorliegen. Über alle FOCUS©-G-Profilwerte und den Gesamtwert hinweg waren die KSES ihren typisch-entwickelnden Peers stark unterlegen. Dies weist auf eine deutliche Einschränkung der kommunikativen Partizipation (Teilhabe) von Kindern mit (S)SES im Vergleich zu sich-typisch entwickelnden Kindern hin.

Internationale Studien zur kommunikativen Partizipation von Kindern mit (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen (SLI) mittels Messung anhand des FOCUS© liegen bisher kaum vor. Nur drei Studien liefern erste Vergleichsmöglichkeiten zu den hier beschriebenen Ergebnissen. In allen drei Studien wurden Kinder im identischen Altersbereich wie in der vorliegenden Studie untersucht. In der Untersuchung zur Reliabilität des FOCUS© (vgl. WASHINGTON et al. 2013a) wurden 48 Kinder zwischen 2;0 und 6;0 Jahren mit Sprachentwicklungsstörungen eingeschlossen, die einen mittleren FOCUS©-Gesamtwert von $M=240,8$ ($SD=58,5$) zeigten. Dieser Wert liegt lediglich 3 Punktwerte niedriger als der von uns herausgestellte FOCUS©-Gesamtmittelwert der Gruppe KSES. Die in der Untersuchung zur Konstruktvalidität des FOCUS© (vgl. WASHINGTON et al. 2013b) eingeschlossenen 3- bis 6-jährigen Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen ($n=33$) zeigten einen mittleren

FOCUS©-Gesamtwert von $M=253,8$ ($SD=51,5$). Diese Ergebnisse von WASHINGTON et al. (2013b) erwiesen sich als deckungsgleich mit unseren Daten. In einer weiteren Untersuchung zur Überprüfung des FOCUS© als Outcome measure erreichten die Kinder mit (S)SES zu Beginn der sprachtherapeutischen Intervention einen mittleren FOCUS©-Gesamtwert von $M=251,88$ ($SD=49,36$) (vgl. WASHINGTON et al. 2015). Diese Werte liegen acht bis zehn Punktwerte höher als der von uns herausgestellte FOCUS©-Gesamtmittelwert der Gruppe KSES.

In der bisher einzigen deutschen Studie zur kommunikativen Partizipation bei Vorschulkindern wurden Kinder mit Sprechbeeinträchtigungen untersucht (vgl. NEUMANN et al. 2017). Sie wiesen einen deutlich höheren FOCUS©-Gesamtwert auf als die Kinder mit (S)SES der vorliegenden Untersuchung. Dieser Unterschied zeichnete sich auch in den FOCUS©-G-Profilwerten ab: in allen neun Domänen lagen die mittleren Werte der KSES niedriger als die der Kinder mit nur einer Beeinträchtigung der Sprechfähigkeit (vgl. NEUMANN et al. 2017). Während die Gruppe KSES den niedrigsten Wert bei der Domäne *Performanz: Verständlichkeit* (z. B. T1/26: *Mein Kind wird auch von Erwachsenen, die mein Kind nicht gut kennen, sofort verstanden* und T1/29: *Mein Kind benötigt Hilfe, um von anderen Kindern verstanden zu werden*) erreichte, lag der niedrigste Wert der Gruppe der Kinder mit Sprechbeeinträchtigung bei der Domäne *Kapazität: Sprechen* (z. B. T1/14: *Die Sprechweise meines Kindes ist klar und deutlich* oder T1/16: *Mein Kind spricht langsamer, wenn er/sie nicht verstanden wird*). Dieser Unterschied deutet darauf hin, dass sich bei den Kindern mit (S)SES produktive Defizite als weitaus einschränkender für die Verständlichkeit erweisen als Beeinträchtigungen der Sprechfähigkeit allein. Den höchsten Wert erreichten jeweils sowohl KSES bzw. mit Sprechbeeinträchtigung als auch TEK für die Domäne *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit* (z. B. T2/2: *Mein Kind würde sich hinsetzen, um Geschichten anzuhören*). In diesem Bereich scheinen die untersuchten Kinder mit Sprach- bzw. Sprechbeeinträchtigung nicht so stark wie in anderen Domänen betroffen zu sein, aber dennoch signifikant schlechter als die TEK.

Ein detaillierterer Vergleich der Daten auf Item-Ebene zeigte, dass sich sowohl bei der vorliegenden Gruppe der KSES als auch bei den Kindern mit Sprechbeeinträchtigung die durchschnittlich am niedrigsten bewerteten Items auf Kommunikationssituationen

mit eher unbekanntem Personen beziehen. Durch die negative Bewertung der Domäne *Performanz: Verständlichkeit* in der Gruppe KSES liegt die Vermutung nahe, dass eine massive Einschränkung in der Verständlichkeit der Kinder vorliegt, die ebenso wie bei Kindern mit Sprechbeeinträchtigung, vor allem bei Interaktionen mit unbekanntem Personen stark ins Gewicht fällt (vgl. NEUMANN et al. 2017).

5.2 Implikationen für die sprachtherapeutische Praxis

Mehr und mehr erfolgt ein verstärkter Einbezug der UN-Behindertenrechtskonvention sowie der ICF-CY in aktuelle gesundheits- und bildungspolitische Massnahmen im deutschsprachigen Raum. In diesem Rahmen erlangen die vorliegenden Ergebnisse zur kommunikativen Partizipation bei KSES eine hohe klinisch-praktische Relevanz. Die erhobenen Daten von KSES liefern erste ICF-orientierte Hinweise für Entscheidungen in der klinischen Praxis. So kann im konkreten Fall die Diagnostik mit dem FOCUS©-G eines Kindes mit (S)SES die Entscheidung unterstützen, ob eine rein linguistisch-kindzentrierte sprachtherapeutische Intervention oder eher eine ICF- und pragmatisch-orientierte Sprachtherapie indiziert ist. Die Erhebung der alltäglichen kommunikativen Partizipation von Vorschulkindern mit (S)SES in verschiedenen sozialen Interaktionen kann daher die Grundlage für eine gezielte und frühzeitige sprachtherapeutische Intervention bilden. Für die Erfassung der Teilhabe an unterschiedlichen Kommunikationssituationen haben sich verschiedene direkte und indirekte Methoden etabliert. Prinzipiell kann die kommunikative Teilhabe vor allem durch Beobachtung oder Befragung (Interview, Fragebogen) gemessen werden. Für eine Befragung per Selbstauskunft steht das Leitfadenterview zur Erfassung der Teilhabe bei Vorschulkindern mit Frühförderung zur Verfügung (vgl. WAAGE 2016), in dem Kinder selbst ihre Teilhabemöglichkeiten anhand von ausgewählten ICF-CY-Items einschätzen. Der FOCUS©-G kann im Gegensatz hierzu die Einschätzung der Eltern in Bezug auf die kommunikative Partizipation ihres Kindes aussagekräftig abbilden. Durch die Erhebung der Partizipation wird es möglich, die sprachtherapeutischen Methoden auf die sprachliche Aktivität, kommunikative Partizipation und das sprachliche Lernumfeld des Kindes auszuweiten. Dies kann durch in-vivo-Beobachtungen, Real-life-Trainings, Einbezug von Geschwistern und Peers, Einbindung des Umfeldes über z. B. Mitteilungsbuch

und Standortgespräche, Erlernen von Repair- und Monitoring-Strategien sowie Fokus auf Spielfertigkeiten geschehen. Untersuchungen zum Einbezug von Geschwistern (vgl. SPEKTOR & CHARLOP 2018), Peers (vgl. BAMBARA et al. 2018; LAW et al. 2003) und pädagogischem Fachpersonal (vgl. KRETZMANN et al. 2015) in ein möglichst natürliches, lebensnahes sprachtherapeutisches Interventionssetting belegen deutlich verbesserte Kommunikationsfähigkeiten bei Kindern, z. B. mit einer Autismus-Spektrum-Störung. Dieser Ansatz wäre unserer Meinung nach auch sinnvoll auf eine Intervention bei Kindern mit (S)SES zu übertragen. Übergreifendes Ziel der Sprachtherapie bei KSES ist es, ein Kommunikationsniveau anzubahnen, aufrechtzuhalten oder wiederherzustellen, mit dem eine selbstständige Lebensführung und eine zufriedenstellende Partizipation möglich sind (vgl. Leitbild-Kommission der dbs-Dozentenkonferenz 2010). Trotz dieses übergreifenden Ziels wurden sprachtherapeutische Interventionen bislang eher in Bezug auf formalsprachliche Verbesserungen (z. B. Anstieg des Wortschatzes, verbesserte Artikulationsfunktion, gesteigerte Äusserungslänge) evaluiert und nicht in Bezug auf eine zufriedenstellende Partizipation. Durch eine zunehmende ICF-Orientierung in der Sprachtherapie bei kleinen Kindern und mit der stetigen Entwicklung von geeigneten Messinstrumenten, wie dem FOCUS©-G, wird es nun immer mehr möglich, den Erfolg von traditionellen und neu-konzeptionierten Interventionen in Bezug auf die Verbesserung der kommunikativen Partizipation zu evaluieren (vgl. CUNNINGHAM et al. 2017b; NEUMANN et al. 2018a). Erste internationale Ergebnisse zeigen, dass eine Sprachtherapie bei Kindern neben formalsprachlichen Verbesserungen auch zu bedeutenden kommunikativ-partizipativen Veränderungen führen kann (vgl. CUNNINGHAM et al. 2017a; THOMAS-STONELL et al. 2013). Die Verbesserungen in der kommunikativen Partizipation zeigten sich auch dann, wenn Therapieziele traditionell auf Funktionsebene formuliert wurden (z. B. Steigerung der Äusserungslänge, Produktion von Ziellauten) und nicht explizit auf die Partizipationsebene abzielten (vgl. CUNNINGHAM et al. 2017). Mit Hilfe der systematischen Erfassung von kommunikativer Partizipation wird es aber auch zunehmend möglich, teilhabe-orientierte Therapieziele zu formulieren (OPITZ & NEUMANN im Druck). Die teilhabe-orientierte Zielplanung beginnt mit den konkreten Vorstellungen davon, in welchen Lebensbereichen sich durch die Sprachtherapie Veränderungen ergeben sollen (z. B.

zu Hause, auf dem Spielplatz, in der Kita, mit Peers) und durch welche fehlenden Aktivitäten das Kind daran gehindert wird, an einem gewünschten Lebensbereich teilzunehmen. Dadurch sind teilhabe-orientierte Ziele im Gegensatz zu traditionellen Funktionszielen wesentlich näher an der Lebenssituation des Kindes und seiner Bezugspersonen und näher an den Wünschen der Eltern für die Sprachtherapie (z. B. dass das Kind in das Spiel mit Peers integriert wird, dass es in der Spielgruppe mitmachen kann, dass es Gespräche mit Familienmitgliedern führen kann).

Da Eltern ihre Kinder tagtäglich in den verschiedensten Situationen erleben und beobachten, ist ihre Einschätzung von besonderer Bedeutung. Allerdings ist die Einschätzung oft eine Herausforderung für die Eltern, da sie die Tragweite der Sprachschwierigkeiten ihres Kindes nicht auf Anhieb erfassen können. Der Einsatz des FOCUS©-G durch Befragung der Eltern birgt für die betreuenden SprachtherapeutInnen eine sehr gute Hilfe, erstmals einschätzen zu können, wie das Kind verschiedenste alltägliche Kommunikationssituationen bewältigt.

Zusammenfassend erscheint es sehr sinnvoll, die Erfassung der kommunikativen Partizipation in die sprachtherapeutische Diagnostik, Therapieplanung und -evaluation bei Kindern mit (S)SES aufzunehmen. Hierfür eignet sich der FOCUS©-G-Elternfragebogen im Besonderen, da er psychometrisch validiert ist und Daten von 154 deutschen, sich typisch entwickelnden Kindern als Vergleichsdaten vorliegen (vgl. NEUMANN et al. 2018b).

5.3 Forschungsdesiderata

Die Diagnose (S)SES allein gibt keinerlei Auskunft über die Lebenswirklichkeit des Kindes und seiner Familie im Hinblick auf eine erfolgreiche kommunikative Partizipation. Um den Einfluss einer (S)SES auf die kommunikative Partizipation von Kindern noch besser zu verstehen, bedarf es weiterer Studien mit grösseren Fallzahlen. Eine aktuelle Studie untersucht Kinder mit SES und verschiedenen Störungsprofilen und erfasst Auffälligkeiten auf den einzelnen linguistischen Ebenen detailliert, um die möglichen Auswirkungen einzelner formal-sprachlicher Symptome auf die kommunikative Partizipation der betroffenen Kinder herauszustellen. Wünschenswert wären zudem Längsschnittstudien im klinischen Setting, um positive Veränderungen der kommunikativen Partizipation im Therapieverlauf aufzudecken und genauer zu analysieren. Zukünftige Forschungsvorhaben könnten

so auch den Aspekt der Wirksamkeit von ICF-orientierter, pragmatisch-kommunikativer Sprachtherapie mitberücksichtigen.

5.4 Methodenkritik

Bei der Untersuchungsgruppe der Vorschulkin- der mit diagnostizierter (S)SES handelte es sich um eine klinische ad-hoc Stichprobe. Diese wurde nicht systematisch ausgewählt und kann daher nicht als repräsentativ angesehen werden. Die betroffenen linguistischen Ebenen der Kinder mit (S)SES wurden nicht detailliert erfasst, sodass keine Korrelationen zwischen den FOCUS©-Werten und den sprachlichen Störungsprofilen der Kinder mit (S)SES analysiert werden konnten. Die ausgewählte Altersgruppe von 3;0-5;11-jährigen Kindern ist nur ein Teil der Alters- range des FOCUS©-G. Während die Merkmale Alter, Geschlecht, Anzahl Geschwister, Familiensprache und sozioökonomischer Status in beiden Gruppen homo- gen verteilt und die Gruppen somit vergleichbar waren, verteilten sich die Merkmale in der Gesamtstichprobe im Vergleich zu Schweizer Familien sehr ungleich (vgl. Bundesamt für Statistik 2017). Diesbezüglich lassen sich die Ergebnisse hauptsächlich für Vorschulkinder verallgemeinern, die in der Familie Schweizerdeutsch sprechen und deren Familien über einen privilegier- ten sozioökonomischen Status verfügen. Beim Einsatz des FOCUS©-G kann eine Verzerrung der Daten durch

soziale Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden. Weiterhin konnte das Ausfüllen des FOCUS©-G durch die Eltern bei ihnen zuhause nicht exakt kontrolliert werden. Bei Verständnisfragen konnten sich die Eltern jederzeit telefonisch bei der Studienleitung melden, was aber nicht in Anspruch genommen wurde.

6 Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass die kommunikative Teilhabe der Kinder mit (S)SES in verschiedenen sozial-kommunikativen Situationen im Vergleich zu sich typisch entwickelnden Kindern signifikant beeinträchtigt ist. Umso wichtiger ist es, den Status der kommunikativen Partizipation als Diagnostik und Outcome Measure in die sprachthe- rapeutische Betreuung von Kindern mit (S)SES mit einzubeziehen, um sozial-kommunikative Erfolge bzw. Einschränkungen dokumentieren zu können. Als Assessmentinstrument hat sich hierfür der Elternfrage- bogen FOCUS©-G als geeignet erwiesen. Mit der Nutzung des FOCUS©-G in der klinischen Praxis kann der Grundstein gelegt werden, für Kinder mit (S)SES eine ICF-CY-orientierte Sprachtherapie im deutsch- sprachigen Raum einzuführen und schrittweise zu etablieren.

Literatur

- BAMBARA, L. M., COLE, C. L., CHOVANES, J., TELESFORD, A., THOMAS, A., TSAI, S. C., & BILGILI, I. (2018): Improving the assertive conversational skills of adolescents with autism spec- trum disorder in a natural context. In: *Research in Autism Spectrum Disorders*, 48, 1–16.
- BISHOP, D. V. M., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., GREENHALGH, T., C.-2 CONSORTIUM. (2017): Phase 2 of CATALISE: A mul- tinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068–1080.
- BISHOP, D. V. M. (2017): Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). In: *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52(6), 671–680.
- BLECHSCHMIDT, A., MEINUSCH, M., & NEUMANN, S. (2015): Frage- bogen zur Beteiligung an Alltagskommunikation – Ver- sion für Kinder im Alter von 6–10 Jahren (FBA Kinder 6–10). Unter: <http://www.fba-bogen.de> [abgerufen am: 04.07.2019].
- Bundesamt für Statistik (2017): Familien in der Schweiz - Statistischer Bericht 2017. Neuchâtel. Unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/01/01.html> [abgerufen am: 04.07.2019].
- CHOLEWA, J., & SIEGMÜLLER, J. (2017): «Beyond randomized con- trol». Plädoyer für mehr inhaltliche Transparenz, Systematik und Programmatik in der Sprachtherapieforschung bei SSES. In: *Logos - Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie*, 25(2), 84–95.
- CUNNINGHAM, B. J., HANNA, S. E., ODDSON, B., THOMAS-STONELL, N., & ROSENBAUM, P. (2017a): A population-based study of communicative participation in preschool children with speech-language impairments. In: *Developmental Medi- cine and Child Neurology*, 59(10), 1049–1055.
- CUNNINGHAM, B. J., WASHINGTON, K. N., BINNS, A., ROLFE, K., ROBERTSON, B., & ROSENBAUM, P. (2017b): Current Methods of Evaluating Speech-Language Outcomes for Preschoolers With Communication Disorders: A Scoping Review Using the ICF-CY. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 447–464.

- DELANGEN-MÜLLER, U., KAUSCHKE, C., KIESE-HIMMEL, C., NEUMANN, K., & NOTERDAEME, M. (2011): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06-abgelaufen_01.pdf [abgerufen am: 15.04.2019].
- EADIE, T. L., YORKSTON, K. M., KLASNER, E. R., DUDGEON, B. J., DEITZ, J. C., BAYLOR, C. R., ... & AMTMANN, D. (2006): Measuring Communicative Participation: A Review of Self-Report Instruments in Speech-Language Pathology. In: *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15 (4), 307–320.
- ELLGER, K., & KAUSCHKE, C. (2018): SES–nicht mehr spezifisch? Nicht mehr umschrieben? In: *Logos - Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie*, 26(3), 196–199.
- GERBIG, T., SPIESS, C., BERG, M., & SARIMSKI, K. (2018): Soziale Ausgrenzung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. In: *Forschung Sprache*, 1, 63–72.
- GIGNAC, G. E., & SZODORAI, E. T. (2016): Effect size guidelines for individual differences researchers. In: *Personality and Individual Differences*, 102, 74–78.
- HEMPHILL, J. (2003): Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. In: *American Psychologist*, 58(1), 78–79.
- HOLLENWEGER, J., & KRAUS DE CARMAGO, O. (2011): ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber.
- KANNENGIESER, S. (2017): Sprachentwicklungsstörungen: Grundlagen, Diagnostik und Therapie. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- KAUSCHKE, C., & VOGT, S. (2019): Neue Terminologie von Sprachentwicklungsstörungen. Diskussion im deutschsprachigen Raum hat begonnen. In: *Forum Logopädie*, 33(2), 31.
- KREZTMANN, M., SHIH, W., & KASARI, C. (2015): Improving peer engagement of children with Autism on the school playground: A randomized controlled trial. In: *Behavior Therapy*, 46(1), 20–28.
- LAW, J., GARRETT, Z., & NYE, C. (2003): Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1–79.
- Leitbild-Kommission der dbs-Dozentenkonferenz (2010): Leitbild «Akademischer Sprachtherapeut/Akademische Sprachtherapeutin.» Moers. Unter: http://www.dbs-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/dbs_Leitbild.pdf [abgerufen am: 04.07.2019].
- MARTON, K., ABRAMOFF, B., & ROSENZWEIG, S. (2005): Social Cognition and Language in Children with Specific Language Impairment (SLI). In: *Journal of Communication Disorders*, 38, 143–162.
- NEUMANN, S., SALM, S., RIETZ, C., & STENNEKEN, P. (2017): The German FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS©-G): Reliability and Validity of a Novel Assessment of Communicative Participation. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 675–681.
- NEUMANN, S., SALM, S., ROBERTSON, B., & THOMAS-STONELL, N. (2018a): Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter 6 Jahren (FOCUS© -G). In: *Forum Logopädie*, 1(32), 14–19.
- NEUMANN, S., SALM, S., ROBERTSON, B., & THOMAS-STONELL, N. (2018b): Kommunikative Partizipation von Kindern im Vorschulalter - Erste deutsche Referenzdaten zum «Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren» (FOCUS©-G). In: *Logos - Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie*, 26(3), 176–185.
- ODDSON, B., WASHINGTON, K., ROBERTSON, B., THOMAS-STONELL, N., & ROSENBAUM, P. (2013): Inter-rater reliability of clinicians' ratings of preschool children using the FOCUS©: FOCUS on the outcomes of communication under six | La fiabilité Inter-évaluateurs des évaluations d'enfants d'âge préscolaire par des cliniciens utilisant la méthode FO. In: *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 37(2), 170–174.
- OPITZ, M., & NEUMANN, S. (im Druck): Selbsteinschätzung der kommunikativen Partizipation von Grundschulkindern mit (S)SES – Erste Daten anhand des «Fragebogens zur Beteiligung an Alltagskommunikation (FBA 6-10)». In: *Forschung Sprache* (erscheint August 2019).
- PETERMANN, F., & MACHA, T. (2003): Elternfragebögen zur ergänzenden Entwicklungsbeurteilung bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9. Frankfurt a. M.: Swets Test Services.
- PIŠKUR, B., DANIÉLS, R., JONGMANS, M. J., KETELAAR, M., SMEETS, R. J. E. M., NORTON, M., & BEURSKENS, A. J. H. M. (2014): Participation and social participation: are they distinct concepts? In: *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 211–220.
- RICE, M. L., HADLEY, P. A., & ALEXANDER, A. L. (1993): Social biases toward children with speech and language impairments: A correlative causal model of language limitations. In: *Applied Psycholinguistics*, 14, 445–471.
- SPEKTOR, V., & CHARLOP, M. H. (2018): A sibling-mediated intervention for children with autism spectrum disorder. Using the natural language paradigm (NLP). In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1508–1522.
- SYLVESTRE, A., BRISSON, J., LEPAGE, C., NADEAU, L., & DEAUDELIN, I. (2016): Social participation of children age 8–12 with SLI. In: *Disability and Rehabilitation*, 38(12), 1146–1156.
- THOMAS-STONELL, N., ODDSON, B., ROBERTSON, B., & ROSENBAUM, P. (2009): Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. In: *Journal of Communication Disorders*, 42(1), 29–42.

- THOMAS-STONELL, N., ODDSON, B., ROBERTSON, B., & ROSENBAUM, P. (2013a): Validation of the FOCUS on the Outcomes of Communication under Six outcome measure. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(6), 546–552.
- THOMAS-STONELL, N., ODDSON, B., ROBERTSON, B., & ROSENBAUM, P. L. (2010): Development of the FOCUS© (FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(1), 47–53.
- THOMAS-STONELL, N., ODDSON, B., ROBERTSON, B., WALKER, J., & ROSENBAUM, P. (2012): The FOCUS©: FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six (Holland BI). Toronto.
- THOMAS-STONELL, N., WASHINGTON, K., ODDSON, B., ROBERTSON, B., & ROSENBAUM, P. (2013b): Measuring communicative participation using the FOCUS©: FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six. In: *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 474–480.
- VON SUCHODOLETZ, W. (2003): Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 151(1), 31–37.
- WAAGE, J. (2016): Erfassung der Teilhabe bei Vorschulkindern mit Frühförderung. Entwicklung und Erprobung eines Leitfadeninterviews auf Grundlage der ICF-CY. Wiesbaden: Springer.
- WASHINGTON, K., ODDSON, B., ROBERTSON, B., ROSENBAUM, P. L., & THOMAS-STONELL, N. (2013a): Reliability of the FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS©). In: *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 15(1), 25–31.
- WASHINGTON, K., THOMAS-STONELL, N., MCLEOD, S., & WARR-LEEPER, G. (2015): Outcomes and predictors in preschoolers with speech-language and/or developmental mobility impairments. In: *Child Language Teaching and Therapy*, 31(2), 141–157.
- WASHINGTON, K., THOMAS-STONELL, N., ODDSON, B., MCLEOD, S., WARR-LEEPER, G., ROBERTSON, B., & ROSENBAUM, P. (2013b): Construct validity of the FOCUS© (FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six): A communicative participation outcome measure for preschool children. In: *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 481–489.
- Weltärztebund (2013): WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. In: *WMA-Generalversammlung*, 35(53), 1–10.
- WHO (2007): ICF-CY. Geneva: World Health Organization.
- WINKLER, J., & STOLZENBERG, H. (1999): Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. In: *Gesundheitswesen*, 61, 178–183.