

Bachelorarbeit

Der Vergleich der Lebensqualität
von Vorschulkindern mit und ohne Sprachauffälligkeiten

Natalia Cofalla, Isabelle Funda & Lisa Ulke

Inhaltliche Begleiterin: Alexa Neubert-Debuschewitz

Abgabe: 06.07.2015

© All rights reserved. Nothing from this publication may be reproduced or published , neither automatically saved as a file nor electronic, mechanical, photocopying, recording or any other manner without the prior written consent of the author.

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf vervielfältigt oder veröffentlicht werden, weder automatisch gespeichert als Datei noch elektronisch, mechanisch, durch Fotokopien, Aufnahmen oder auf andere Art und Weise ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Autoren.

Danksagung

Zunächst bedanken wir uns bei allen Probanden und deren Eltern, die sich Zeit genommen haben, an unserer Studie teilzunehmen. Ohne die Kooperation der Kinder und Eltern wäre die Durchführung der Studie nicht möglich gewesen. Wir bedanken uns ebenfalls bei den Erzieherinnen und Erziehern in den kooperierenden Kindertagesstätten, die uns eine Vielzahl an Probanden vermittelt haben.

Wir bedanken uns bei unserer inhaltlichen Betreuerin Alexa Neubert-Debuschewitz, die uns während der gesamten Erstellung der Arbeit stets mit Rat und gutem Feedback zur Seite stand. Des Weiteren möchten wir uns auch bei unseren Korrekturlesern bedanken.

Ein großes Dankeschön richtet sich auch an unsere Familien und Freunde, die uns zu jeder Zeit unterstützt haben und uns zur Seite standen.

Natalia Cofalla

Isabelle Funda

Lisa Ulke

Zusammenfassung

In Deutschland zeigen 7-8% aller Kinder im Vorschulalter Auffälligkeiten in ihrer Sprachentwicklung, die sich negativ auf die Lebensqualität auswirken können. Bisher gibt es nur wenige empirische Studien im deutschsprachigen Raum, die den Einfluss von Sprachauffälligkeiten auf die Lebensqualität vor dem Schuleintritt untersuchen. Studien haben ergeben, dass Kinder im Grundschulalter mit Sprachauffälligkeiten im Vergleich zu sprachunauffälligen Kindern eine schlechtere Lebensqualität angeben. Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob die Lebensqualität von Vorschulkindern mit Sprachauffälligkeiten geringer ist als die Lebensqualität von gleichaltrigen Kindern ohne Sprachauffälligkeiten. Hierfür wurden insgesamt 34 deutschsprachige Kinder im Alter zwischen 4;0 und 6;6 Jahren mit und ohne Sprachauffälligkeiten und deren Eltern anhand des Fragebogens KiddyKINDL in der Kinder- und Elternversion zur Lebensqualität untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder mit Sprachauffälligkeiten und deren Eltern im Durchschnitt keine signifikant schlechtere Lebensqualität angeben als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten und deren Eltern. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei Vorschulkindern in dieser Studie kein Einfluss von Sprachauffälligkeiten auf die Lebensqualität nachgewiesen werden konnte.

Schlüsselwörter: Lebensqualität – Sprachauffälligkeiten – Vorschulkinder - KiddyKINDL

Summary

In Germany 7-8% of preschool-aged children show language difficulties, that can have a negative impact on the quality of life with far reaching consequences. So far, there are few empirical studies in German-speaking countries that investigate the impact of language difficulties on the quality of life before starting school. Studies have shown that school-aged children with language difficulties have a poorer quality of life than children the same age without difficulties. The aim of this study was to investigate, whether the quality of life of preschool children with language difficulties is less than the quality of life of preschool children without language difficulties. For this purpose 34 German-speaking preschool children aged 4;0-6;6 with and without language difficulties and their parents were questioned with the KiddyKINDL quality of life questionnaire. The results show that children with language difficulties and their parents do not show a significantly worse quality of life than children without language difficulties and their parents in average. In total it can be said that there is no evidence for an influence of speech and language difficulties on the quality of life of pre-school-aged children in this study.

Keywords: quality of life - speech and language difficulties - pre-school children - kiddyKINDL

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Theoretischer Hintergrund..... | 2 |
| 2.1 Sprachentwicklungsstörungen | 2 |
| 2.1.1 Definition..... | 2 |
| 2.1.2 Prävalenz | 4 |
| 2.1.3 Symptomatik..... | 5 |
| 2.1.4 Folgen einer Sprachentwicklungsstörung..... | 6 |
| 2.2 Lebensqualität | 7 |
| 2.2.1 Definition..... | 7 |
| 2.2.2 Lebensqualität bei Kindern..... | 8 |
| 2.2.3 Untersuchung der Lebensqualität | 8 |
| 2.3 Lebensqualität und Sprachentwicklungsstörungen..... | 9 |
| 2.3.1 Forschungsstand | 9 |
| 2.3.2 Langzeitstudien..... | 11 |
| 2.4 Einfluss von Logopädie auf Sprachentwicklungsstörungen..... | 11 |
| 2.5 Einfluss von Logopädie auf Lebensqualität..... | 12 |
| 2.6 Fragestellung..... | 13 |
| 3. Methodologie..... | 14 |
| 3.1 Stichprobenbeschreibung..... | 14 |
| 3.1.1 Einschlusskriterien | 14 |
| 3.1.2 Ausschlusskriterien..... | 14 |
| 3.2 Material..... | 14 |
| 3.2.1 Anamnesebogen | 15 |
| 3.2.2 Patholinguistische Diagnostik | 15 |
| 3.2.3 Kiddy-KINDL | 16 |
| 3.3 Studiendurchführung | 17 |
| 3.3.1 Patholinguistische Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen | 18 |
| 3.3.2 Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (KiddyKINDL) | 18 |
| 3.4 Design | 19 |
| 3.5 Datenanalyse | 19 |
| 3.6 Deskriptive Statistik | 20 |
| 3.7 Normalverteilung..... | 20 |
| 3.7.1 Parametrische Tests | 20 |
| 4. Ergebnisse..... | 21 |
| 4.1 Stichprobenbeschreibung..... | 21 |

| | |
|--|----|
| 4.2 Ergebnisse der Datenerhebungsinstrumente..... | 24 |
| 4.2.1 Ergebnisse der Patholinguistische Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen..... | 25 |
| 4.2.2 Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität (KiddyKINDL) | 25 |
| 4.3 Untersuchung der Haupthypothese | 27 |
| 4.3.1 Prüfung auf Normalverteilung..... | 27 |
| 4.3.2 Signifikanzprüfung | 29 |
| 4.4 Untersuchung der Teilhypothesen | 30 |
| 4.4.1 Teilhypothese: „ <i>Es zeigt sich ein Unterschied in der Bewertung der Lebensqualität von sprachauffälligen Kindern mit und ohne logopädischer Intervention.</i> “ | 30 |
| 4.4.2 Teilhypothese: „ <i>Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität zwischen Kindern und deren Eltern.</i> “ | 30 |
| 4.4.3 Teilhypothese: „ <i>Jungen und Mädchen zeigen Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität.</i> “ | 31 |
| 4.4.4 Teilhypothese: „ <i>Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität innerhalb der verschiedenen Dimensionen zwischen den Gruppen.</i> “ | 33 |
| 4.4.5 Teilhypothese: „ <i>Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Eltern.</i> “ | 35 |
| 4.4.6 Teilhypothese: „ <i>Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Kinder.</i> “ | 35 |
| 5. Diskussion | 36 |
| 5.1 Interpretation der Untersuchungsergebnisse und Beantwortung der Frage..... | 36 |
| 5.1.1 Beantwortung der Hauptfragestellung..... | 36 |
| 5.1.2 Interpretation der Teilhypothesen..... | 37 |
| 5.2 Methodischer Rückblick..... | 40 |
| 5.3 Einordnung in die Literatur | 43 |
| 5.4 Schlussfolgerung der Arbeit | 44 |
| 5.5 Praktische Relevanz..... | 44 |
| 5.6 Empfehlungen für Folgestudien | 45 |
| 5.7 Fazit | 46 |
| 6. Literaturliste..... | 47 |

Anhang 1: Anamnesebogen

Anhang 2: Brief an die Einrichtungen

Anhang 3: Brief an die Eltern

Anhang 4: Einverständniserklärung

Anhang 5: Auszüge aus dem KiddyKINDL

1. Einleitung

Der Bereich der Lebensqualität nimmt in der Logopädie immer größere Dimensionen an.

Van Agt (2005, 2010) hat in diversen Studien den Fokus auf den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Beeinträchtigung von Sprache und Kommunikation untersucht und dabei festgestellt, dass Kinder und Erwachsene mit der Diagnose einer Sprachstörung eine niedrigere Lebensqualität angeben.

Sprachstörungen nehmen in Deutschland immer mehr zu und so ist es ebenso wichtig zu überprüfen, ob Sprachstörungen einen Einfluss auf die Lebensqualität bei deutschsprachigen Kindern im Vorschulalter haben können (vgl. Böhme, 2003).

Die Lebensqualität umfasst laut der WHO nicht allein die Abwesenheit einer Krankheit, sondern vielmehr den physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsstatus (WHO 1946).

Da Kommunikation ein Grundbedürfnis des Menschen darstellt und es im deutschsprachigen Raum bisher kaum Studien zur Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen Lebensqualität und sprachlichen Fähigkeiten gibt, war das Ziel dieser Studie zu überprüfen, ob deutschsprachige Kinder im Vorschulalter mit und ohne Sprachauffälligkeiten eine unterschiedliche Lebensqualität angeben.

Im Rahmen der Studie wurden 34 Vorschulkinder einer Sprachdiagnostik unterzogen und nach ihren sprachlichen Fähigkeiten in zwei Gruppen eingeteilt. Ebenso wurde die Lebensqualität anhand eines standardisierten Fragebogens erhoben und die Summenwerte ermittelt. Diese Werte wurden anhand eines statistischen Auswertungsverfahrens verglichen und auf signifikante Unterschiede überprüft.

In Kapitel zwei (theoretischer Hintergrund) werden die Begriffe Sprachentwicklungsstörung, Lebensqualität und der Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren definiert sowie der aktuelle Forschungsstand zur Grundthematik der Studie vorgestellt. Hier werden auch die Fragestellungen und Haupthypothesen der Untersuchung formuliert.

In Kapitel drei (Methodologie) werden die Durchführung der Studie beschrieben und das Material vorgestellt. Ebenfalls werden das Design und die Verfahren zur Datenanalyse grob erläutert. Anschließend werden die Ergebnisse der Studie in Kapitel vier (Ergebnisse) tabellarisch dargestellt und die statistische Auswertung erläutert. In Kapitel fünf (Diskussion) werden die Ergebnisse der Studie interpretiert und diskutiert. Des Weiteren werden die Durchführung und die Methodologie der Studie kritisch betrachtet.

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die Begriffe Sprachentwicklungsstörung und Lebensqualität definiert und miteinander in Zusammenhang gebracht, um die Definitionen für die Studie festzulegen, damit von einem gleichen Grundverständnis der Begriffe ausgegangen werden kann. Ebenfalls werden Studien genannt, die sich mit der Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen den beiden Faktoren beschäftigen.

2.1 Sprachentwicklungsstörungen

Im Folgenden wird der Begriff der Sprachentwicklungsstörung definiert; ebenso werden die Prävalenz und die möglichen Folgen einer Sprachentwicklungsstörung aufgezeigt. Ebenfalls werden Störungsbereiche und Symptome genannt.

2.1.1 Definition

Die Sprachentwicklungsstörung (auch *spezifische* Sprachentwicklungsstörung) wird nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie von 1999 folgendermaßen definiert:

„Eine Sprachentwicklungsstörung liegt bei signifikanten zeitlichen und inhaltlichen Abweichungen von der normalen Sprachentwicklung im Kindesalter vor. Sprachproduktion und/oder Sprachverständnis weichen auf einer, mehreren oder allen formal-linguistischen Ebenen (phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantisch, morphologisch-syntaktisch, pragmatisch) von der Altersnorm nach unten ab“ (Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie 2010, S. 3).

In Abbildung 2.1 wird dargestellt, wie Kauschke und Siegmüller (2010) Sprachentwicklungsstörungen einteilen. Zunächst wird in Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen von primären Störungsbildern und spezifische Sprachentwicklungsstörungen ohne organische, mentale oder emotionale Schädigungen unterschieden. Letztere unterteilen sich erneut in verschiedene Ebenen. Eine Störung kann auf phonologischer und phonetischer Ebene vorliegen, auf semantischer und lexikalischer Ebene oder auf syntaktischer und morphologischer Ebene.

Der folgenden Arbeit wird die Definition von Kauschke und Siegmüller (2010) zugrunde gelegt.

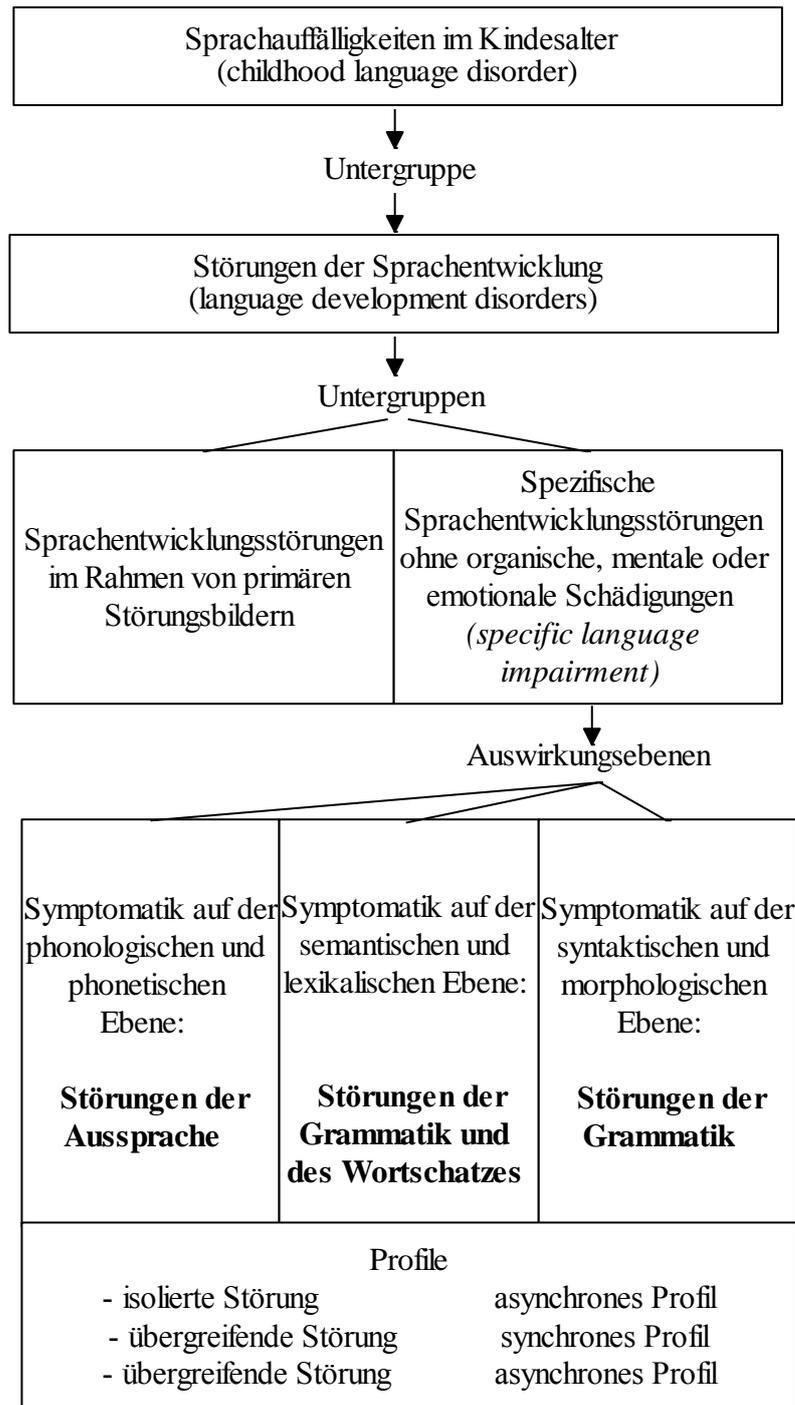


Abb. 2.1 Klassifikation von Sprachentwicklungsstörungen

(in Anlehnung an: Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2010). Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörung. Begleitheft, Bd.4, S.2)

2.1.2 Prävalenz

Die Prävalenz von Sprachentwicklungsstörungen bei Vorschulkindern wurde in Studien von Heinemann und Höpfner im Jahr 1997 und 1998 untersucht. Dabei wurden in drei Studien ausführliche Diagnostiken bei 288 Vorschulkindern angewendet. Das Ergebnis sagte aus, dass die Prävalenzrate von Sprachentwicklungsstörungen bei durchschnittlich 25% der untersuchten Kindern lag, von denen 50% leichtgradige, 25% mittelgradige und 25% hochgradige Sprachentwicklungsstörungen aufwiesen.

Dieses Ergebnis konnten jedoch neuere Untersuchungen von Grimm und Doil (2000) nicht bestätigen. Hier wurde eine Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen in Deutschland im Vorschulalter von 4-8% angenommen (Böhme, 2003).

Für Deutschland liegen bisher nur lokale oder regionale Untersuchungen vor, die stichprobenartig in Kindertagesstätten oder Schulen durchgeführt wurden. Aktuelle Untersuchungen ergaben, dass in Abhängigkeit vom Erhebungsverfahren und der Definition, eine Prävalenz der Sprachentwicklungsstörung von 6% bzw. 15% vorliegt (Sachse, 2005; Tröster & Reineke, 2007).

Die offizielle Seite des deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) gibt in Bezug auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen (USES) an, dass ca. 7-8% aller Kinder im Vorschulalter von einer USES betroffen sind, wobei USES in der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10, Dilling et al. 2008) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in rezeptive und expressive Störungen eingeteilt werden.

Die Ätiologie von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen ist laut Kauschke und Siegmüller (2012) noch nicht endgültig erforscht. Sicher ist bisher nur ein genetischer Faktor, da SES oder USES innerhalb von Familien gehäuft auftreten. Einen weiteren Einfluss stellen Umweltfaktoren dar, besonders die sprachliche Umwelt durch die Bezugspersonen des Kindes. So beobachteten Sachse und v. Suchodoletz (2009) bei Müttern von Late Talkern, die eine niedrigere Schulbildung aufwiesen, eine geringere Wahrscheinlichkeit, dass ihre Kinder die Defizite im Sprachverständnis bis zum dritten Lebensjahr aufholen und daher eine Sprachentwicklungsstörung entwickelten (Langen-Müller & Kauschke, 2011).

2.1.3 Symptomatik

Wie schon in der oben aufgeführten Definition nach Kauschke und Siegmüller (2010) beschrieben, gliedert sich die Symptomatik der Sprachentwicklungsstörung in drei Bereiche auf. Die erste Störungsebene ist die Aussprache, die sich in den phonetischen und in den phonologischen Bereich aufteilt. Auf dieser Ebene treten die Aussprachestörungen auf, also Störungen des sprachlichen Lauterwerbs oder Lautgebrauchs. Hier können vereinzelte Laute oder Lautverbindungen nicht korrekt artikuliert werden.

Dies kann zu folgenden Prozessen führen: Assimilation, Reduktion, Elision, Substitution und Silbenstrukturprozesse. Durch diese phonologischen Prozesse kann es zu einer Bedeutungsveränderung des Wortes kommen.

Bei rein phonetischen Störungen kommt es zu einer fehlerhaften Produktion einzelner Laute. Hier sind meist Sibilanten betroffen und es kommt nicht zu einer Bedeutungsveränderung (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2002).

Die zweite Störungsebene betrifft die Semantik und den Wortschatz. Hier weisen die betroffenen Kinder erhebliche Schwierigkeiten mit Wortbedeutungen und den semantischen Beziehungen von Wörtern auf. Hierbei kommt es sowohl zu Wortfindungsstörungen, als auch zu Formulierungsschwierigkeiten. Im Alltag haben diese Kinder Schwierigkeiten Wünsche und Bedürfnisse differenziert zu äußern. Durch einen eingeschränkten Wortschatz kommt es auch zu Schwierigkeiten im Bereich Morphologie und Syntax, da die Kinder mit Wortschatzschwierigkeiten in ihrer Äußerungslänge oft so stark eingeschränkt sind, dass sie sich lediglich durch Ein- oder Zwei-Wort-Äußerungen mitteilen (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2002).

Die dritte Ebene bezieht sich auf Störungen, die die Bereiche Morphologie und Syntax betreffen. Hierbei werden Symptome wie Verwendung von einfachen Satzkonstruktionen (z.B. Objekt-Verb) oder Auslassung von Funktionswörtern, wie Präpositionen oder Artikel, genannt, aber auch Probleme bei der grammatikalischen Angleichung von Satzteilen, wie bei der Subjekt-Verb-Kongruenz, treten gehäuft auf. Ein häufig beobachtetes Symptom ist außerdem die Verbendstellung im Aussagesatz (z.B.: „Ich mit dir spielen möchte“) (Kauschke & Siegmüller, 2010).

2.1.4 Folgen einer Sprachentwicklungsstörung

Es wurde bereits ein Zusammenhang zwischen den sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes und den kognitiven wie auch sozialen Fähigkeiten beobachtet. Dadurch ist die Sprachentwicklung ein wichtiger Faktor in der gesamten Entwicklung eines Kindes (Grimm, 1988).

Durch mehrere Studien (u.a. Grimm, 1994) konnte außerdem festgestellt werden, dass Sprachstörungen sich nicht mit dem zunehmenden Altern auswachsen, sondern die betroffenen Personen bis ins Erwachsenenalter Sprachprobleme aufweisen. So kann man sagen, dass die Sprachstörung das ganze Leben hindurch ein bestimmender Faktor bleibt.

Besonders betroffen ist dabei die schulische Laufbahn, da Wissen hauptsächlich sprachlich weitergegeben wird. Lese- und Schreibschwierigkeiten stellen hier die schwerwiegendsten Folgen der Sprachentwicklungsstörung dar, wodurch sich schulische Probleme und Lerndefizite entwickeln können.

Neben dem schulischen-kognitiven Bereich ist auch die psycho-soziale Entwicklung von einer Sprachentwicklungsstörung betroffen. Sprachentwicklungsstörungen beeinflussen die Beziehung zwischen den betroffenen Kindern und den Bezugspersonen. Das kann dadurch zustande kommen, dass Bezugspersonen oft nicht verstehen können, warum ihr eigenes Kind im sprachlichen Bereich nicht wie andere Kinder ist und es so zu einer angespannten Atmosphäre im Alltag und zu geändertem Verhalten des Kindes beziehungsweise der Erwachsenen kommt (Büttner, 2007).

Dannenbauer (2001) beschreibt, dass Kinder mit einer SES ein deutlich höheres Risiko aufweisen, eine sozial-interaktive und psychiatrische Störung auszubilden. Heute ist sicher, dass jedes zweite Kind mit einer Sprachentwicklungsstörung Verhaltensauffälligkeiten aufweist, wovon 30% so große Probleme aufweisen, dass psychiatrische Diagnosen gestellt werden können. Darunter sind Störungen wie ADS mit und ohne Hyperaktivität, sowie Ängstlichkeit und extremer Rückzug zu finden.

Eine weitere Folge, die Dannenbauer (2001) in diesem Zusammenhang beschreibt, ist die aus der Sprachentwicklungsstörung resultierende geminderte kommunikative Kompetenz. Durch die eingeschränkte Sprache ist der Kontakt zu Gleichaltrigen und Bezugspersonen wesentlich beeinträchtigt. Diese Kinder erfahren dadurch verminderte Akzeptanz des Kommunikationspartners ihnen gegenüber, wodurch wiederum die Eigenakzeptanz verringert wird. Im Gegensatz zu gleichaltrigen Zuhörern können sich erwachsene Gesprächspartner eher

auf die Sprachdefizite einstellen, wodurch sprachgestörte Kinder eher mit Erwachsenen kommunizieren.

Oftmals werden Kinder mit Sprachdefiziten auch als vermindert intelligent und unreif wahrgenommen und infolgedessen anders behandelt als andere Kinder (Dannenbauer, 2001).

Die zu Beginn kann so noch isolierte Sprachentwicklungsstörung bereits im Vorschulalter zu übergreifenden Entwicklungsdefiziten führen, welche Auswirkungen auf viele Bereiche des Lebens und so auch auf die Bereiche der Lebensqualität haben können.

Die Frage, was genau Ursprung und Folge von Sprachentwicklungsstörung ist, ist noch nicht hinreichend geklärt.

2.2 Lebensqualität

Der folgende Abschnitt befasst sich mit dem Teilbereich der Lebensqualität. Zunächst wird der Begriff definiert, um ein allgemeines Verständnis für den Leser herzustellen. Ebenfalls wird auf die Definition der Lebensqualität bei Kindern eingegangen, da diese Studie sich mit der Untersuchung der Lebensqualität bei Kindern beschäftigt. Um einen aktuellen Forschungsstand der Möglichkeiten der Untersuchung der Lebensqualität zu liefern, werden verschiedene Testinstrumente aufgelistet.

2.2.1 Definition

Laut der World Health Organization leitet sich der Begriff der Lebensqualität aus der Definition von Gesundheit ab. Diese umfasst nicht allein die Abwesenheit einer Krankheit, sondern vielmehr den physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsstatus (*“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”*) (WHO, 1946, S. 100).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität lässt sich aber auch als ein Konstrukt aus mehreren Dimensionen beschreiben. Laut Schumacher et al. (2003) beinhaltet dieses Konstrukt körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Aspekte, sowie die Funktionalität. Diese Aspekte lassen sich aus der subjektiven Sicht des Betroffenen beschreiben. Nach Bullinger et al. (2014) beinhaltet die gesundheitsbezogene Lebensqualität die Dimensionen der körperlichen Verfassung, des emotionalen Zustands, der mentalen Verfassung, des sozialen Status' und alltagsfunktionale Komponenten. Ebenso beschreiben Bullinger et al. (2014, S.99),

dass „[...] auch individuelle Charakteristika der Person (wie Persönlichkeit und Verarbeitungsstrategien) sowie strukturelle Merkmale (wie Lebensbedingungen und Schichtzugehörigkeit) auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität [...]“ Auswirkungen haben.

2.2.2 Lebensqualität bei Kindern

Ravens-Sieberer (2000) betont in ihrem Artikel, dass das Konstrukt der Lebensqualität im Allgemeinen nicht direkt auf die Lebensqualität der Kinder bezogen werden kann. Dies beruht auf der Tatsache, „dass Natur und Verlauf von Erkrankungen und emotionale und kognitive Reaktionen auf Gesundheit und Krankheit sich von denen Erwachsener unterscheiden [...]“ (S. 200). Des Weiteren beschreibt sie aber eine bislang unzureichende evidenzbasierte Forschung in diesem Bereich.

In einer weiteren Studie stellen Ravens-Sieberer et al. (2003) fest, dass verschiedene Faktoren zu berücksichtigen sind, um die psychische Gesundheit und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen zu definieren. Hauptsächlich werden hier die Entwicklungsaufgaben und zentralen Lebensbereiche mit ihren Rollenanforderungen genannt, die im Vergleich zu denen Erwachsener Unterschiede aufweisen.

Diese Aussage wird ebenfalls durch eine Studie von Matza et al. (2004) gestützt, in der die Autoren eine Übertragung der Definition von Lebensqualität von Erwachsenen auf Kindern nur teilweise bestätigen können.

2.2.3 Untersuchung der Lebensqualität

In ihrem Artikel betont Bullinger (2014), dass eine Diagnostik der Lebensqualität mit der Erfassung der verschiedenen Dimensionen einhergehen muss. Des Weiteren gibt sie an, dass in der Medizin weitestgehend standardisierte Fragebögen zum Einsatz kommen, die einen Vergleich der Lebensqualität zwischen den Probanden möglich macht. Dabei stellt sie ebenfalls dar, dass eine Fremdbeurteilung, etwa durch einen Angehörigen des Probanden, durchaus hilfreich für die Erfassung der Lebensqualität ist.

Zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen existieren international laut einer Projektarbeit von Rinner (2004) 800 Messinstrumente.

Die Datenbank „Quality of Life Instruments Database“ (QOLID) liefert eine Liste über gängige Messinstrumente der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen; darunter befinden sich fünf deutschsprachige Versionen.

Schumacher et al. (2003) beschreiben in ihrer Studie fünf weitere Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität.

Insgesamt existieren laut der Literatur folgende deutschsprachige Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen:

- AUQUEI Pictured Child's Quality of Life Self Questionnaire (deutsche Version)
- CHIP Child Health and Illness Profile (deutsche Version)
- CHQ Child Health Questionnaire (österreichische Version)
- KINDL Fragebogen zur Erfassung der LQ von Kindern
- Q-LES-Q Quality of Life Enjoyment and satisfaction Questionnaire (deutsche Version)
- Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher
- FLZ Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
- ILK Inventar zur Erfassung der LQ bei Kindern und Jugendlichen
- LKJ-E Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Elternfragebogen
- SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

2.3 Lebensqualität und Sprachentwicklungsstörungen

Nachdem nun im Allgemeinen auf Sprachentwicklungsstörungen und Lebensqualität eingegangen wurde, soll nun im folgenden Abschnitt auf den aktuellen Forschungsstand eingegangen werden. Hier werden Studien genannt, die den Zusammenhang der beiden Aspekte mit verschiedenen Probandengruppen und Voraussetzungen untersuchen.

2.3.1 Forschungsstand

Es gibt bisher einige Studien, die sich mit der Lebensqualität im Zusammenhang mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten beschäftigen.

In den Niederlanden wurde der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Sprachentwicklungsauffälligkeiten von van Agt (2005, 2010) in mehreren Studien untersucht.

Laut einer ihrer Studien von 2005 gibt es signifikante Unterschiede in den Angaben der Lebensqualität von Kindern im Alter von drei Jahren mit und ohne Störungen der

Sprachentwicklung (van Agt, 2005). Die Studie wurde anhand einer Umfrage mit einer Stichprobe von 8.877 Probanden durchgeführt. Die untersuchten Dimensionen der Lebensqualität waren in dieser Studie die Folgenden: Communication, Social Functioning, Anxiety, Positive Mood, Problem Behaviour und Liveliness. Diese wurden aus der TAPQOL (TNO-AZL Questionnaire for Preschool Children's Health-Related Quality of Life) entnommen. Hierbei waren die Werte der Kinder mit Sprachstörungen signifikant schlechter als die der Kinder ohne Sprachstörungen.

Ähnliche Ergebnisse lieferte eine weitere Studie aus dem Jahr 2010, in der Lehrer und Eltern von ca. 4.780 achtjährigen Kindern zu Sprachauffälligkeiten, sozio-emotionaler Entwicklung, sowie gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder befragt wurden.

Die Ergebnisse dieser Studie sagen aus, dass Kinder mit rezeptiven Sprachauffälligkeiten im Vergleich zu unauffälligen Kindern eher introvertiert sind, eine negativere Einstellung der Schule gegenüber zeigen und mit anderen Kindern weniger verträglich sind. Ebenfalls zeigten sie eine geringere Lebensqualität.

Es liegen bisher nur sehr wenige Studien vor, die den Zusammenhang von Sprachauffälligkeiten und Lebensqualität bei Kindern im deutschsprachigen Raum untersuchen. Eine dieser Studien soll im nächsten Abschnitt kurz vorgestellt werden:

Eine der wenigen Studien stellt die Bachelorarbeit von Mayer, Odenkirchen & Preiskowski (2011) dar. Hier wurden 55 Kinder im Vorschul- bzw. Schuleintrittsalter mit und ohne Sprachauffälligkeiten auf ihre Lebensqualität untersucht.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass „sprachunauffällige und sprachauffällige Kinder sich bezüglich ihrer Lebensqualität unterscheiden“ (Mayer, Odenkirchen & Preiskowski, 2011, S. 84). Ebenfalls ergab die Studie, dass es bezüglich des Unterschiedes Tendenzen gibt, dass also Kinder mit Sprachauffälligkeiten dazu neigen, eine schlechtere Lebensqualität anzugeben als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten. Hier wurde deutlich, dass Kinder mit komplexerer Sprachauffälligkeit ihre Lebensqualität schlechter einschätzen als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten.

Die Probanden der Studie waren im Vorschul- bzw. Schuleintrittsalter. Die Ergebnisse zeigten, dass Schulkinder im Vergleich zu Kindergartenkindern ihre Lebensqualität schlechter einschätzen.

Die vorliegende Studie soll die Ergebnisse aus der Studie von Mayer, Odenkirchen & Preiskowski (2011) weiter vertiefen. Um den Einfluss der Einschulung auf die Lebensqualität als Faktor herauszufiltern, sollen in dieser Studie lediglich Kindergartenkinder im Vorschulalter (4;0-6;6) untersucht werden.

Ebenfalls soll die folgende Studie die aufgedeckte Tendenz, dass Kinder mit Sprachauffälligkeiten eine niedrigere Lebensqualität angeben, untersuchen, indem die Lebensqualität von Kindern mit und ohne Sprachauffälligkeiten erfasst und verglichen wird.

Das Thema ist im Bereich der Logopädie von großer Relevanz, da nicht allein die sprachliche Komponente im Mittelpunkt stehen soll, sondern das Kind in seinem gesamten physischen und psychischen Zustand. Dies wird auch durch das immer bekannter werdende ICF-Modell vertreten, das in vielen anderen Ländern bereits seit Jahren Anwendung findet (Westby, 2007).

2.3.2 Langzeitstudien

Ob Sprachauffälligkeiten im Kindesalter auch später Auswirkungen auf die Lebensqualität im Erwachsenenalter haben, untersucht unter anderem die Studie von Johnson, Beitchman & Brownlie (2003).

Johnson, Beitchman & Brownlie (2003) untersuchten Kinder im Alter von fünf Jahren auf Sprachauffälligkeiten in allen linguistischen Bereichen und erhoben bei denselben Kindern im Alter von 12, 19 und 25 Jahren Daten zur Lebensqualität. Die Ergebnisse zeigen, dass die Probanden mit Sprachauffälligkeiten im Alter von 25 Jahren in den objektiven Teilbereichen der Studie (kommunikative, kognitive/akademische, bildende Leistungen, sowie beruflicher Stellung) schlechtere Resultate erzielten als Probanden der Vergleichsgruppe ohne Sprachauffälligkeiten.

2.4 Einfluss von Logopädie auf Sprachentwicklungsstörungen

Insgesamt gibt es noch großen Forschungsbedarf, was die Fragestellung betrifft, ob Logopädie einen nachhaltigen positiven Einfluss auf Sprachentwicklungsstörungen hat.

Law, Garrett & Nye (2004) fassen in einem Review 33 Studien zusammen, die sich mit der oben genannten Thematik befassen. Demnach gibt es in den Bereichen Aussprache und Wortschatz

einen signifikanten Effekt einer sprachtherapeutischen Intervention. Gemischte Ergebnisse liefern Studien, die den Bereich Syntax untersuchten. In den Bereichen der rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen standen den Untersuchern nicht genügend Studien zur Verfügung, um aussagekräftige Ergebnisse zu formulieren.

Die Ergebnisse einiger Studien des Reviews sind laut der Untersucher in ihrer Aussagekraft durch zu kleine Stichproben und mangelhafte Methodik eingeschränkt.

2.5 Einfluss von Logopädie auf Lebensqualität

Es gibt ebenfalls kaum Aussagen darüber, ob logopädische Therapie einen Einfluss auf die Lebensqualität hat.

Bisher existieren Studien, die die Lebensqualität im Zusammenhang mit der Logopädie bei Patienten nach einer Laryngektomie erfassen.

Glunz (2011) schreibt über die Therapie mit Laryngektomie-Patienten, dass die Lebensqualität in der logopädischen Therapie eine große Rolle einnimmt. Durch frühe logopädische Intervention können die kommunikativen Fähigkeiten und soziale Integration gefördert werden, wodurch auch die Lebensqualität der Patienten verbessert wird.

Es ist jedoch fraglich, ob sich diese Aussage auch auf andere Störungsbilder in der Logopädie beziehen lässt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Sprachentwicklung und der Lebensqualität gibt und dass sich eine Störung der Sprachentwicklung negativ auf die Lebensqualität auswirken kann. Wie schwerwiegend dieser negative Einfluss ist und welche Folgen eine Einschränkung der Lebensqualität gerade bei Kindern haben kann, muss noch in Studien untersucht werden.

Die meisten Studien wurden mit Kindern im Schulalter durchgeführt, da davon ausgegangen wird, dass Kinder sich erst ab Eintritt in die Schule differenzierter mit der eigenen Lebensqualität auseinandersetzen. Ebenfalls wird die Lebensqualität bei Kindern meist allein durch Fremdbeurteilung von Bezugspersonen wie Eltern oder Lehrer untersucht und nicht durch Selbstbeurteilung der Kinder (Ravens-Sieberer, 2000).

Demnach bleibt die Frage offen, ob Vorschulkinder mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten aufgrund ihrer Schwierigkeiten im Vergleich zu Vorschulkindern ohne Sprachentwicklungsauffälligkeiten eine schlechtere Lebensqualität angeben.

2.6 Fragestellung

Hauptfragestellung:

Weisen Kinder im Vorschulalter von 4;0 – 6;6 Jahren mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung eine geringere Lebensqualität auf?

Hypothesen:

H0: Vorschulkinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung weisen keine geringere oder eine gleichwertige Lebensqualität auf als Vorschulkinder ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung.

H1: Vorschulkinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung weisen eine geringere Lebensqualität auf als Vorschulkinder ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung.

Teilhypothesen:

Des Weiteren werden Teilhypothesen formuliert, die weitere Fragestellungen bezüglich der Datenerhebung beantworten können.

1. Es zeigt sich ein Unterschied in der Bewertung der Lebensqualität von sprachauffälligen Kindern mit und ohne logopädische Intervention.
2. Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität zwischen Kindern und deren Eltern.
3. Jungen und Mädchen zeigen Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität.
4. Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität innerhalb der verschiedenen Dimensionen zwischen den Gruppen.
5. Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Eltern.
6. Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Kinder.

3. Methodologie

Im folgenden Kapitel werden die Stichprobe mit Selektionskriterien und Studiendurchführung, sowie die Testinstrumente vorgestellt und beschrieben

3.1 Stichprobenbeschreibung

In diesem Abschnitt werden die Ein- und Ausschlusskriterien erläutert, nach denen die Probanden für die Stichprobe ausgewählt wurden. Die Kriterien wurden anhand eines Anamnesebogens erhoben.

3.1.1 Einschlusskriterien

- Die Eltern der Kinder gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Dies wurde durch eine schriftliche Einverständniserklärung abgesichert, die in einem Erstgespräch unterzeichnet wurde.
- Das Alter der Kinder lag zum Messzeitpunkt zwischen 4;0 und 6;6 Jahren.
- Die Kinder besuchten zum Messzeitpunkt eine Kindertagesstätte.
- Bei den Probanden lagen zum Messzeitpunkt Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung oder keine Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung vor. Dieser Punkt entschied über die Zugehörigkeit zur Experimental- bzw. Kontrollgruppe.
- Die Muttersprache der Probanden ist Deutsch.

3.1.2 Ausschlusskriterien

- Bei den Probanden lag eine geistige oder körperliche Behinderung vor.
- Bei den Probanden lagen Sinnesbeeinträchtigungen in Form von einer nicht kompensierbaren Sehstörung vor.
- Bei den Probanden lagen Hörstörungen vor.
- Bei den Probanden lagen komorbide Störungen vor (z.B. ADHS)
- Bei den Probanden lagen pathologischen Sprechunflüssigkeiten vor.

3.2 Material

Im folgenden Abschnitt wird das Material, das zur Durchführung der Untersuchung ausgesucht wurde, genauer vorgestellt.

3.2.1 Anamnesebogen

In einem eigens zusammengestellten Anamnesebogen werden innerhalb eines Gespräches mit den Eltern der Probanden folgende Daten erhoben:

- Alter des Kindes
- Alter des Kindes bei Eintritt in den Kindergarten
- Anzahl der Geschwisterkinder
- Beruflicher Status der Eltern
- Bildungsstand der Eltern
- sonstige Erkrankungen (Hor-/Sehstörungen, geistige Behinderungen, etc.)
- Therapieerfahrungen (Logopädie, Physio-/Ergotherapie)

Der Anamnesebogen ist der Arbeit als Anhang 1 beigelegt.

3.2.2 Patholinguistische Diagnostik

Zur Erhebung der sprachlichen Kompetenzen der Probanden wurde die Patholinguistische Diagnostik von Kauschke und Siegmüller (2002) verwendet, da diese normiert und standardisiert ist und ein bersichtsprofil über die sprachlichen Leistungen in allen Teilbereichen (Phonetik/Phonologie, Semantik/Lexikon und Morphologie/Syntax) liefert.

Der Test umfasst 23 Untertests, welche die Leistungen der Sprache in ihren Teilbereichen untersuchen. In der Studie wurden 17 Untertests durchgeführt, da nur diese für das Alter der Testgruppe relevant sind.

Für die Auswertung waren 15 Untertests relevant, da diese T-Werte lieferten und somit einen Vergleich zwischen den Probanden ermöglichten. Der Untertest „Phonologie“ wurde qualitativ ausgewertet, da hier keine Normstichprobe vorliegt. Diese wurden anhand des Lautspracherwerbs nach A. Fox (2003) ausgewertet.

Die Diagnostik ist für Kinder im Alter von 2;0 – 6;11 Jahren geeignet und als Einzeltest vorgesehen.

Die Durchführungsobjektivität wurde bei 35 Kindern jeweils innerhalb einer unauffälligen und einer klinischen Gruppe untersucht. Dabei waren 95,24% der Durchführungen unproblematisch. Somit ist die Durchführungsobjektivität gegeben.

Die Auswertungsobjektivität wurde ebenfalls untersucht. Hierzu wurden die Daten der untersuchten 35 Kinder von drei unabhängigen Personen ausgewertet. Die Gesamtübereinstimmung lag bei 93,26% und ist somit als unabhängig zu bewerten.

Die Interpretationsobjektivität ist durch die Normen (T-Werte und Prozentränge) gegeben.

Die Reliabilität ist insgesamt als gut zu bewerten.

Die Konstruktvalidität wird belegt durch signifikante Interkorrelationen zwischen allen quantitativen Subtests der Patholinguistischen Diagnostik.

3.2.3 Kiddy-KINDL

Zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern wurde der Kiddy-KINDL herangezogen, da dieser der Zielgruppe entspricht und in einer deutschen Version vorliegt.

Der KINDL-R von Ravens-Sieberer und Bullinger (2004) ist ein revidiertes gesundheitsbezogenes Instrument zur Messung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen.

Der KINDL liegt in verschiedenen Versionen entsprechend der Altersgruppe vor.

Der KiddyKINDL ist für Kinder im Alter von 4-7 Jahren geeignet, weswegen er für die vorliegende Studie als Testmaterial zur Erfassung der Lebensqualität ausgewählt wurde. Er besteht aus einem Fragebogen für Kinder und einem Fragebogen, der von den Eltern ausgefüllt wird.

Für die ausgewählte Stichprobe liegen keine weiteren deutschsprachigen Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität vor.

Der Fragebogen für die Kinder umfasst 12 Fragen, die das Kind mit drei verschiedenen Antwortmöglichkeiten („nie“, „manchmal“ und „ganz oft“) beantworten kann. Den Antwortmöglichkeiten wird je nach Fragestellung ein Wert von 1-3 zugeordnet.

Der Fragebogen für die Eltern umfasst 46 Fragen, die die Eltern mit fünf verschiedenen Antwortmöglichkeiten („nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“) beantworten können.

Hier werden den Antwortmöglichkeiten Werte von 1-5 zugeteilt. Der Elternfragebogen kann zudem in die verschiedenen Dimensionen „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Familie“, „Freunde“ und „Kindergarten“ eingeteilt werden und liefert Aufschluss über die Lebensqualität in den einzelnen Dimensionen.

Die einzelnen Werte der Fragen werden zu einem Summenwert addiert. Alle Werte werden dann auf eine Skala von 0-100 transformiert. Je höher der Wert, desto höher die Lebensqualität.

Es liegen Normwerte für den deutschsprachigen Raum für Kinder im Alter ab 8 Jahren vor. Für jüngere Kinder sind Grenzwerte verfügbar, die die Lebensqualität in auffällig und unauffällig einteilen können. Für die Kinderversion ist ein Summenwert zwischen 12 und 36 möglich. Ein Summenwert von 25 bis 36 gilt als unauffällig, ein Summenwert von 12 bis 24 gilt als auffällig.

In der Elternversion ist ein Summenwert von 46 bis 230 möglich. Als unauffällig gilt ein Wert zwischen 139 und 230, ein Wert zwischen 46 und 138 ist als auffällig zu bezeichnen.

Der Umgang mit nicht beantworteten Fragen, sogenannten Missing Values, wird in der Handanweisung des KINDLs beschrieben (KINDL, Ravens-Sieberer & Bullinger (2000), S. 19, Kapitel 2.4).

Die Fragebögen bestehen aus verschiedenen Skalen, wobei eine Skala aus mindestens vier Fragen besteht. Sobald mindestens 70% der Fragen einer Skala beantwortet werden, kann ein Mittelwert der ausfüllenden Person pro Skala errechnet werden. Dieser Mittelwert wird für jede fehlende Angabe der jeweiligen Skala eingesetzt.

Cronbachs Alpha als Maß für die interne Konsistenz beträgt $\alpha = 0,70$.

Der Test erreicht einen Konsistenzkoeffizienten von $\alpha = 0,82$.

3.3 Studiendurchführung

Die Probandensuche erstreckte sich über den Zeitraum von September 2014 bis Januar 2015. Hierzu wurde Kontakt mit verschiedenen Kindertagesstätten in Viersen, Mönchengladbach, Neuss und Düsseldorf aufgenommen. Ebenfalls wurden mögliche Probanden in logopädischen Praxen rekrutiert.

Zunächst wurden Informationsbriefe an die Kindertageseinrichtungen ausgeteilt, mit der Bitte, Eltern von Kindern, auf die die Selektionskriterien zutrafen, anzusprechen. Der Brief an die Einrichtungen ist dieser Arbeit als Anhang 2 beigelegt. Den interessierten Eltern wurde ein Informationsbrief (Anhang 3) mit beiliegendem Anamnesebogen (Anhang 1) und Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie (Anhang 4) ausgehändigt.

Mit Unterschrift der Einverständniserklärung erklärten sich die Eltern zur Teilnahme an der Studie bereit und nahmen zur Kenntnis, dass alle Daten vertraulich, anonymisiert und nur im Rahmen der Studie behandelt werden. Den Anamnesebögen wurde bereits in diesem Schritt ein Identifizierungscode zugeteilt.

Im Zeitraum von Oktober 2014 bis März 2015 wurden die Untersuchungen von den Verfasserinnen der Studie durchgeführt.

Die Untersuchungen fanden entweder in den Kindertagesstätten, logopädischen Praxen oder in den Privaträumen der Probanden statt. Dies richtete sich nach der zeitlichen Verfügbarkeit der Probanden und Elternteile.

Für die Studie sollten mindestens 30 Probanden untersucht werden. Insgesamt konnten 34 Kinder und deren Elternteile für die Studie gewonnen werden.

3.3.1 Patholinguistische Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen

Zunächst wurden die einzelnen Untertests der Patholinguistischen Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen (Kauschke & Siegmüller, 2010) durchgeführt. Dieser Test wurde angewendet, um die Probanden später zu einer der beiden Testgruppen zuzuordnen. Die Untersuchung auf Sprachauffälligkeiten nahm 2-3 Sitzungen á 45 Minuten in Anspruch.

Die Auswertung der einzelnen Tests wurde ebenfalls von den Verfasserinnen dieser Studie durchgeführt.

Die Reihenfolge der Untertests richtete sich nach der Vorgabe aus der Handanweisung: Phonologie, Semantik/Lexikon, Morphologie/Syntax. Es wurden nur die Untertests durchgeführt, für die Normwerte einer Normstichprobe in der Altersgruppe der Probanden vorlag. Daher variiert die Anzahl der durchgeführten Tests nach Alter der Probanden.

Die nach Auswertung der Patholinguistischen Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen sprachauffälligen Kinder wurden der Experimentalgruppe zugeteilt, während die sprachunauffälligen Kinder in die Kontrollgruppe eingeteilt wurden. Die Komplexität und das Ausmaß der Sprachauffälligkeiten wurden in der Studie nicht berücksichtigt. Es wurde lediglich zwischen auffällig und unauffällig unterschieden.

Als auffällig wurden die Kinder eingestuft, die in mehr als einem Untertest einer linguistischen Ebene unterdurchschnittliche T-Werte (>40) aufwiesen. Dies diente zur exakten Einteilung in die jeweilige Gruppe. Für die Gruppeneinteilung war nur der aktuelle Sprachentwicklungsstand relevant, daher wurden die Daten zu bereits erhaltenen logopädischen Therapien für die Einteilung in die Gruppen nicht berücksichtigt.

Innerhalb der Experimentalgruppe wurde zusätzlich unterschieden, in welchen linguistischen Bereichen die Kinder Auffälligkeiten aufwiesen (Phonologie, Semantik/Lexikon, Morphologie/Syntax).

3.3.2 Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (KiddyKINDL)

Im Anschluss an die Sprachuntersuchung wurde mit den Kindern gemeinsam der Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (KiddyKINDL) beantwortet. Hier wurde zunächst sichergestellt, dass alle Probanden das Antwortschema ausreichend verstehen. Hierfür wurde das Beispiel des Fragebogens der Kinderversion zur Hilfe genommen.

Die Elternversion des Fragebogens wurde den Eltern zur Mitnahme gegeben und zu einem späteren Zeitpunkt wieder eingefordert. Die Eltern wurden vorher darauf hingewiesen, dass die Beantwortung aller Fragen auf freiwilliger Basis basiert und gegebenenfalls Fragen unbeantwortet gelassen werden konnten.

Die Auswertung der ausgefüllten Fragebögen wurde von den Verfasserinnen der Studie durchgeführt.

Den Antwortmöglichkeiten wurde, basierend auf der Fragstellung, ein Wert zwischen 1 und 5 zugeteilt. Hierbei entsprach ein höherer Wert einer höheren Lebensqualität. Bei den negativ formulierten Aussagen des Fragebogens wurde die Wertzuteilung umcodiert.

Zur genaueren Beschreibung der Lebensqualität in den einzelnen Domänen wurden die Werte der Fragen aus den einzelnen Dimensionen addiert.

3.4 Design

Bei der Studie handelt es sich um ein between-subject-design (Bortz, 2006), da zwei unterschiedliche Gruppen auf ein Merkmal hin untersucht werden. Alle Probanden nehmen an allen Messungen teil.

Bei der Untersuchungshypothese handelt es sich um eine einseitige, gerichtete Unterschiedshypothese, da untersucht werden soll, ob Kinder mit Sprachauffälligkeiten eine geringere Lebensqualität aufweisen als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten.

Die abhängige Variable stellt die Lebensqualität dar, die sich als kontinuierlich beschreiben lässt. Zur unabhängigen, diskreten Variable gehört der Sprachentwicklungsstand.

Während der Untersuchung gab es auch einige Variablen, die kontrolliert werden mussten. Dazu zählten unter anderem der Familienstand und Bildungsstand der Eltern, welche anhand der Anamnese erfasst werden konnten. Ebenfalls wurden der Ort der Untersuchung und eventuelle Therapieerfahrungen als Kontrollvariablen erfasst.

Eine Störvariable stellte die Verfassung des Kindes während der Untersuchung dar, die von den Untersucherinnen zunächst nicht beeinflusst werden konnte.

3.5 Datenanalyse

Zur Auswertung der Daten wird die Statistik- und Analysesoftware IBM SPSS Statistics 20 herangezogen. Dieses Programm ist ein statistisches Verfahren für unabhängige Stichproben.

Zunächst wurden die schriftlich erfassten Daten aus den Untersuchungen nach mündlicher Vorgabe in das Statistikprogramm eingegeben und auf ihre Korrektheit untersucht.

3.6 Deskriptive Statistik

Mit Hilfe des Statistikprogramms wurden die Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen der erfassten Variablen ermittelt.

3.7 Normalverteilung

Die Normalverteilung wurde mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Tests ermittelt. Eine Normalverteilung liegt dann vor, wenn der erzielte p-Wert größer als der zu vergleichende α -Wert gleich 0,05 ist ($p > \alpha = 0,05$).

Für die vorliegende Studie wurde untersucht, ob sich die Lebensqualität in beiden Untersuchungsgruppen normal verteilt. Liegt eine Normalverteilung vor, kann der t-Test für unabhängige Gruppen verwendet werden.

3.7.1 Parametrische Tests

Der t-Test für unabhängige Gruppen ist ein parametrisches Verfahren um zu untersuchen, ob sich die Mittelwerte zweier Gruppen systematisch unterscheiden.

Vor der Analyse wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ festgelegt. Bei einer einseitig gerichteten Hypothese wird das Signifikanzniveau halbiert, weswegen es in dieser Studie $\alpha = 0,025$ betrug.

Ist der p-Wert größer als das festgelegte Signifikanzniveau, wird die 0-Hypothese nicht abgelehnt.

Ist der p-Wert kleiner als das festgelegte Signifikanzniveau wird die Untersuchungshypothese H_1 angenommen.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Datenanalyse dargestellt. Zunächst wird die Stichprobe beschrieben, folgend werden die statistischen Verfahren und deren Ergebnisse zur Untersuchung der Haupt- und Teilhypothesen erläutert. Zugunsten der Leserlichkeit wurden die Prozentangaben sowie die Standardabweichungen auf die dritte Stelle nach dem Komma gerundet. Ab einem Wert von fünf wurde der vorstehende Wert aufgerundet, bei einem Wert unter fünf wurde der vorstehende Wert abgerundet.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die Probandengruppe bestand aus insgesamt 34 Kindern, von denen 56 % männlich (n=19) und 44 % weiblich (n=15) waren, sowie deren Elternteilen (n=34).

Die 34 Studienteilnehmer wurden der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Anzahl der Gruppenmitglieder pro Gruppe und die Geschlechterverteilung ist Tabelle 4.1 zu entnehmen.

Tabelle 4.1: Geschlechterverteilung

| | | Geschlecht | | Gesamt |
|-------------------|------------------|------------|----------|--------|
| | | männlich | weiblich | |
| Gruppeneinteilung | Klinische Gruppe | 7 | 7 | 14 |
| | Kontrollgruppe | 12 | 8 | 20 |
| Gesamt | | 19 | 15 | 34 |

In Tabelle 4.2 sind das Alter der Studienteilnehmer und das durchschnittliche Eintrittsalter in die Kindertagesstätte gesamt und aufgeteilt in klinische Gruppe und Kontrollgruppe in Monaten angegeben. Ebenfalls sind der Tabelle die Minima und Maxima sowie die Standardabweichungen zu entnehmen.

Tabelle 4.2: Durchschnittsalter allgemein und durchschnittliches Kita-Eintrittsalter in Monaten

| | | Alter | Eintrittsalter in die Kita |
|-----------------------------|-------------------|----------------|----------------------------|
| Gesamtgruppe (n=34) | Mittelwert (SD) | 60,147 (8,999) | 27,529 (10,635) |
| | Minimum - Maximum | 48,00 – 75,00 | 9,00 – 48,00 |
| Klinische Gruppe (n= 14) | Mittelwert (SD) | 63,214 (9,577) | 28,857 (9,404) |
| | Minimum - Maximum | 48,00 - 75,00 | 12,00 - 44,00 |
| Kontrollgruppe (n=20) | Mittelwert (SD) | 58,000 (8,131) | 26,600 (11,564) |
| | Minimum - Maximum | 48,00 - 75,00 | 9,00 - 48,00 |

Mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Tests wurde die Variable Alter in beiden Gruppen auf eine Normalverteilung überprüft. Tabelle 4.3 zeigt, dass die Variable Alter in der klinischen Gruppe nicht normalverteilt ist.

Tabelle 4.3: Shapiro-Wilk-Test zur Prüfung der Normalverteilung der Variable Alter

| Gruppeneinteilung | | Signifikanz (p-Wert)* |
|-------------------------|-------|-----------------------|
| Klinische Gruppe (n=14) | Alter | 0,043 |
| Kontrollgruppe (n=20) | Alter | 0,227 |

* $\alpha=0,05$

Anhand des Mann-Whitney-U-Tests wurde die Variable Alter auf signifikante Unterschiede zwischen der klinischen und der Kontrollgruppe geprüft. Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zeigen einen p-Wert von 0,104, der über dem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ liegt. Das Durchschnittsalter in den beiden Gruppen unterscheidet sich nicht signifikant voneinander.

Von den Kindern wurden 14,7% in einer logopädischen Praxis (n=5), 38,2% in einer Kindertagesstätte (n=13) und 47,1% in den Privaträumen der Probanden (n=16) getestet. In der klinischen Gruppe wurden jeweils 35,7% in einer Kindertagesstätte (n=5) oder in den Privaträumen der Probanden (n=5) untersucht, 28,6% wurden in einer logopädischen Praxis

(n=4) untersucht. In der Kontrollgruppe wurden 55% in der häuslichen Umgebung (n=11) getestet, 40% in der Kindertageseinrichtung (n=8) und 5% in einer logopädischen Praxis (n=1). 64,7% der Kinder leben in Düsseldorf (n=22), 17,6% in Neuss (n=6), 8,8% in Mönchengladbach (n=3), und 2,9% in Krefeld, Monheim und Viersen (je n=1).

78,6% der Kinder in der klinischen Gruppe (n=11) und 55% der Kinder in der Kontrollgruppe (n=11) wohnen in Düsseldorf. 14,3% in der klinischen Gruppe wohnen in Mönchengladbach (n=2) und 7,1% in Neuss (n=1). 25% der Kinder in der Kontrollgruppe wohnen in Neuss (n=5) und je 5% wohnen in Monheim, Krefeld, Viersen und Mönchengladbach (je n=1).

Die Bildungsabschlüsse der Eltern setzten sich wie folgt zusammen: 47,1% der Mütter haben Abitur gemacht (n=16), 2,9% haben die mittlere Reife (n=1) und 50% haben keine Angaben hinterlassen (n=17). 35,3% der Väter haben Abitur (n=12), 8,8% haben Fachabitur (n=3), 2,9% haben die mittlere Reife (n=1) und 52,9% (n=18) haben keine Angaben hinterlassen.

Durch den Anamnesebogen wurden die Bildungsabschlüsse der Elternteile erhoben. Die Ergebnisse aus dieser Datenanalyse sind in Tabelle 4.4 dargestellt.

Tabelle 4.4: Prozentangaben der Bildungsabschlüsse der Eltern

| | | Abitur | Fachabitur | Mittlere Reife | Keine Angaben |
|--------------------------------|--------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| Gesamt- gruppe (n=34) | Mütter | 41,7% (n=16) | - | 2,9% (n=1) | 50 % (n=17) |
| | Väter | 35,3% (n= 12) | 8,8% (n=3) | 2,9% (n=1) | 52,9% (n= 18) |
| Klinische Gruppe (n= 14) | Mütter | 35,7% (n=5) | - | 7,1% (n=1) | 57,1% (n=8) |
| | Väter | 21,4% (n=3) | 21,4% (n=3) | - | 57,1% (n=8) |
| Kontroll- gruppe (n= 20) | Mütter | 55% (n=11) | - | - | 45% (n=9) |
| | Väter | 45% (n= 9) | - | 5% (n=1) | 50% (n=10) |

Ebenfalls wurde im Anamnesebogen die Anzahl der Geschwister der Probanden erhoben. Diese Daten werden in Tabelle 4.5 präsentiert.

Tabelle 4.5: Prozentangaben der Geschwisteranzahl

| | Geschwisteranzahl | | | |
|-----------------------------|-------------------|--------------|----------------|------------|
| | 0 | 1 | 2 | 4 |
| Gesamtgruppe (n=34) | 17,6% (n=6) | 67,6% (n=23) | 11,8% (n=4) | 2,9% (n=1) |
| Klinische Gruppe (n= 14) | 21,4% (n=3) | 71,4% (n=10) | 7,1% (n=1) | - |
| Kontrollgruppe (n= 20) | 15% (n=3) | 65% (n=13) | 15% (n=3) | 5% (n=1) |

73,5% der untersuchten Kinder haben zu keinem Zeitpunkt logopädische Therapie erhalten (n=25), 26,5% (n=9) waren in logopädischer Behandlung.

Aus der klinischen Gruppe haben 42,9% logopädische Therapie erhalten (n=6), aus der Kontrollgruppe haben oder hatten 15% der Kinder Logopädie erhalten (n=3). Ob diese logopädische Intervention zum Zeitpunkt der Datenerhebung stattfand, war irrelevant. Die Einteilung in die Gruppen erfolgte nach den Ergebnissen der Patholinguistischen Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen, die den aktuellen Sprachentwicklungsstand erfasst, unabhängig von bereits erhaltener logopädischer Therapie.

4.2 Ergebnisse der Datenerhebungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Patholinguistischen Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen und des Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität (KiddyKINDL) dargestellt.

4.2.1 Ergebnisse der Patholinguistische Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen

In der klinischen Gruppe waren 50% im Bereich Phonologie auffällig (n=7), 64,3% zeigten Auffälligkeiten im Bereich Semantik/Lexikon (n=9) und 57,1% im Bereich Morphologie/Syntax (n=8).

Von den 14 Kindern in der klinischen Gruppe waren fünf Kinder in einem Testteil auffällig. Acht Kinder wiesen Auffälligkeiten in zwei Bereichen auf. Ein Kind zeigte Auffälligkeiten in allen drei linguistischen Bereichen.

4.2.2 Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität (KiddyKINDL)

Insgesamt wurden 82,4% der Fragebögen in der Elternversion von den Müttern der Probanden ausgefüllt (n=28), 11,8% wurden von den Vätern ausgefüllt (n=4) und 5,9% von beiden Elternteilen (n=2).

In der klinischen Gruppe wurden 78,6% der Fragebögen von den Müttern ausgefüllt (n=11), 14,3% von beiden Elternteilen (n=2) und 7,1% von Vätern (n=1). In der Kontrollgruppe wurden 85% der Bögen von den Müttern ausgefüllt (n=17) und 15% von Vätern (n=3).

Tabelle 4.6 zeigt die maximal und minimal zu erreichenden Werte des Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität. In der Elternversion liegt der maximale Wert bei 230 Punkten, in der Kinderversion bei 36 Punkten. Der minimal zu erreichende Wert beträgt in der Kinderversion 12 Punkte und in der Elternversion 46 Punkte. Ein höherer Wert steht für eine bessere Lebensqualität.

Tabelle 4.6: Maximale und minimale Summenwerte des KiddyKINDL

| | Maximaler Summenwert | Minimaler Summenwert |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| KiddyKINDL Kinderversion | 36 | 12 |
| KiddyKINDL Elternversion | 230 | 46 |

Von den 34 ausgefüllten Fragebögen waren neun Fragebögen unvollständig ausgefüllt. Insgesamt wurden 19 von 1546 Fragen, also 1,23% aller Fragen, nicht beantwortet. Um die Fragebögen statistisch auswerten zu können, mussten diese sogenannten Missing Values durch ein vorher festgelegtes Verfahren ersetzt werden. Dieses Verfahren wird in der Handanweisung des KINDLs beschrieben und für diese Arbeit in Kapitel 3.2.3 genauer erläutert.

Die höchste Anzahl an Missing Values zeigte die Domäne „Kindergarten“. Hier ließen sieben von neun Elternpaaren je eine Frage unbeantwortet. Dennoch wurden mindestens 70% der Skala „Kindergarten“ beantwortet, weswegen pro Fragebogen ein personenspezifischer Schätzwert, ermittelt durch den Mittelwert der beantworteten Fragen innerhalb der Skala „Kindergarten“, eingesetzt wurde.

In der klinischen Gruppe lag der Mittelwert der Gesamtsumme des Kinderfragebogens bei 30,6 Punkten. Bei den Eltern lag der Wert der Gesamtsumme bei 194 Punkten. In der Kontrollgruppe lag der Mittelwert der Gesamtsumme des Kinderfragebogens bei 31,4 Punkten, die Eltern gaben im Durchschnitt insgesamt 197,05 Punkte an.

Tabelle 4.7: Durchschnittliche Gesamtsummenwerte der KiddyKINDL-Fragebögen

| Gruppeneinteilung | | LQKinder | LQEltern |
|-------------------------|-----------------|----------------|------------------|
| Klinische Gruppe (n=14) | Mittelwert (SD) | 30,643 (2,620) | 194,000(9,315) |
| | Minimum | 27,00 | 177,00 |
| | Maximum | 36,00 | 210,00 |
| Kontrollgruppe (n=20) | Mittelwert (SD) | 31,350 (3,010) | 197,050 (11,678) |
| | Minimum | 24,00 | 174,00 |
| | Maximum | 36,00 | 219,00 |

Die Elternversion des KiddyKINDLs gibt Auskünfte über die verschiedenen Domänen der Lebensqualität. In diesen einzelnen Domänen lassen sich, wie schon bei der Gesamtsumme, minimale und maximale Werte erreichen. Der Kinderfragebogen ist nicht in die Domänen der Lebensqualität eingeteilt.

Die durchschnittlichen Summenwerte sowie deren Standardabweichungen, Minimum und Maximum der einzelnen Domänen der Lebensqualität sind in Tabelle 4.8 aufgeführt.

Tabelle 4.8: Durchschnittliche Werte der Domänen der Lebensqualität, KiddyKINDL Elternversion

| Gruppeneinteilung | | Körp. Wohlbefinden | Seel. Wohlbefinden | Selbstwert | Familie | Freunde | Kita |
|----------------------------|------------|--------------------|--------------------|------------|---------|---------|---------|
| Klinische Gruppe (n=14) | Mittelwert | 17,286 | 18,000 | 16,500 | 16,429 | 17,286 | 17,143 |
| | (SD) | (1,729) | (0,877) | (1,225) | (1,453) | (1,383) | (1,748) |
| | Minimum | 13,00 | 16,00 | 15,00 | 14,00 | 14,00 | 14,00 |
| | Maximum | 20,00 | 19,00 | 19,00 | 19,00 | 19,00 | 20,00 |
| Kontrollgruppe (n=20) | Mittelwert | 17,000 | 18,200 | 17,200 | 17,300 | 17,350 | 17,900 |
| | (SD) | (2,695) | (1,240) | (1,609) | (1,342) | (1,089) | (1,334) |
| | Minimum | 12,00 | 15,00 | 14,00 | 15,00 | 16,00 | 16,00 |
| | Maximum | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 19,00 | 20,00 | 20,00 |

4.3 Untersuchung der Haupthypothese

Im Folgenden wird überprüft, ob die Hypothese H1 „*Vorschulkinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung weisen eine geringere Lebensqualität auf als Vorschulkinder ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung*“ durch die Datenanalyse angenommen oder abgelehnt werden kann. Hierfür werden die einzelnen Teilschritte, die zur Überprüfung notwendig sind, beschrieben.

In dieser Hypothese stellen die Lebensqualität die abhängige Variable und die Gruppeneinteilung nach dem Sprachentwicklungsstand die unabhängige Variable dar. Die abhängige Variable ist intervallskaliert, sodass sie auf eine Normalverteilung überprüft werden kann.

4.3.1 Prüfung auf Normalverteilung

Mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Tests wurden die Summenwerte der Lebensqualität auf Normalverteilung geprüft. Tabelle 4.9 ist zu entnehmen, dass die Variable Lebensqualität in beiden Gruppen der Stichprobe normalverteilt ist, da der p-Wert größer ist als $\alpha = 0,05$.

Tabelle 4.9: p-Werte des Shapiro-Wilks-Tests zur Prüfung der Lebensqualität auf Normalverteilung

| | | Signifikanz (p-Werte) |
|-------------------------|------------|-----------------------|
| Klinische Gruppe (n=14) | SWLQKinder | 0,832 |
| | SWLQEltern | 0,993 |
| Kontrollgruppe (n=20) | SWLQKinder | 0,373 |
| | SWLQEltern | 0,602 |

$\alpha=0,05$

In der Kontrollgruppe befanden sich Kinder, die während oder vor der Testung logopädische Behandlung erhielten oder erhalten haben, aber dennoch nach den Ergebnissen der patholinguistischen Diagnostik als sprachlich unauffällig eingestuft wurden. Diese Kinder wurden für eine erneute Berechnung der Lebensqualität auf Normalverteilung exkludiert. In Tabelle 4.10 sind die p-Werte der Gruppen dargestellt.

Tabelle 4.10: p-Werte des Shapiro-Wilk-Tests zur Prüfung der Lebensqualität auf Normalverteilung

| | | Signifikanz (p-Werte) |
|-------------------------|------------|-----------------------|
| Klinische Gruppe (n=14) | SWLQKinder | 0,832 |
| | SWLQEltern | 0,993 |
| Kontrollgruppe (n=17) | SWLQKinder | 0,336 |
| | SWLQEltern | 0,394 |

$\alpha=0,05$

Die ermittelten p-Werte liegen über dem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$. Auch hier liegt eine Normalverteilung vor.

4.3.2 Signifikanzprüfung

Zur Prüfung auf signifikante Unterschiede der Lebensqualität wurde der t-Test für unabhängige Gruppen durchgeführt. Anhand des Levene-Tests wurde die Voraussetzung der Varianzhomogenität überprüft.

Tabelle 4.11: Levene-Test und t-Test für unabhängige Stichproben bzgl. der Lebensqualität bei Sprachauffälligkeiten

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | T-Test für die Mittelwertgleichheit |
|-------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| | | Signifikanz | Signifikanz (einseitig) |
| SWLQKinder (n=34) | Varianzen sind gleich | 0,611 | 0,246 |
| SWLQEltern (n=34) | Varianzen sind gleich | 0,246 | 0,212 |

$\alpha=0,05$

Wie aus Tabelle 4.11 zu entnehmen ist, gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Summenwerte der Fragebögen zu Erfassung der Lebensqualität, da der p-Wert größer als $\alpha=0,05$ ist.

Wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, wurden drei Kinder in der Kontrollgruppe, die logopädische Therapie erhalten haben, für eine erneute Prüfung auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ausgeschlossen.

Tabelle 4.12: Levene-Test und t-Test für unabhängige Stichproben bzgl. der Lebensqualität bei Sprachauffälligkeiten

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | T-Test für die Mittelwertgleichheit |
|-------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| | | Signifikanz | Signifikanz (einseitig) |
| SWLQKinder (n=31) | Varianzen sind gleich | 0,465 | 0,244 |
| SWLQEltern (n=31) | Varianzen sind gleich | 0,380 | 0,159 |

$\alpha=0,05$

Wie aus Tabelle 4.12 zu entnehmen ist, gibt es auch hier keine signifikanten Unterschiede, da der p-Wert größer als $\alpha = 0,05$ ist.

4.4 Untersuchung der Teilhypothesen

Im folgenden Abschnitt werden die Teilhypothesen überprüft.

4.4.1 Teilhypothese: *„Es zeigt sich ein Unterschied in der Bewertung der Lebensqualität von sprachauffälligen Kindern mit und ohne logopädischer Intervention.“*

Wie in Kapitel 4.1 bereits beschrieben, befanden sich 43% (n=6) der Kinder der klinischen Gruppe in logopädischer Behandlung.

Zunächst wurde die klinische Gruppe in zwei Gruppen aufgeteilt und auf Normalverteilung überprüft. Die p-Werte sind in Tabelle 4.13 dargestellt.

Tabelle 4.13: p-Werte des Shapiro-Wilk-Tests zur Überprüfung der Lebensqualität auf Normalverteilung mit und ohne logopädische Intervention

| Klinische Gruppe | | Signifikanz (p-Werte) |
|--------------------------------------|------------|-----------------------|
| Mit logopädischer Intervention (n=6) | SWLQKinder | 0,700 |
| | SWLQEltern | 0,474 |
| Ohne logopädische Intervention (n=8) | SWLQKinder | 0,649 |
| | SWLQEltern | 0,670 |

$\alpha = 0,05$

Um einen Vergleich der Gruppen mit und ohne logopädischer Intervention bezogen auf deren Lebensqualität zu berechnen, wurde der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben angewandt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Verteilung der Lebensqualität angegeben durch die Kinder und die Eltern über die Kategorie der logopädischen Intervention nicht signifikant ist. Der p-Wert der Verteilung der Lebensqualität der Kinder lag bei 1,000 und der p-Wert der Verteilung der Lebensqualität der Eltern lag bei 0,108.

4.4.2 Teilhypothese: *„Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität zwischen Kindern und deren Eltern.“*

Um zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Elternfragebogen und dem Kinderfragebogen des Kiddy-KINDLs besteht und wie groß dieser ist, wurden die Variablen mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet (siehe Tab.4.14).

Tabelle 4.14: Korrelation zwischen der Einschätzung der Lebensqualität der Eltern und Kinder

| | | SWLQ Kinder | SWLQ Eltern |
|-----------------------|--------------------------|----------------|----------------|
| SWLQ Kinder (n=34) | Korrelation nach Pearson | 1 | 0,226 |
| | Signifikanz (2-seitig) | | 0,198 |
| SWLQ Eltern (n=34) | Korrelation nach Pearson | 0,229 | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | 0,198 | |

4.4.3 Teilhypothese: „Jungen und Mädchen zeigen Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität.“

Wie in Kapitel 4.1 beschrieben waren 56 % der Probanden männlich und 44 % der Probanden weiblich. Um Unterschiede in der Bewertung zwischen den Geschlechtern herauszufinden, wurde zunächst die Lebensqualität zwischen den Geschlechtern auf Normalverteilung überprüft und anschließend der t-Test für unabhängige Gruppen durchgeführt. Die Ergebnisse sind Tabellen 4.15 und 4.16 zu entnehmen.

Tabelle 4.15: p-Werte des Shapiro-Wilk-Tests zur Prüfung der Lebensqualität auf Normalverteilung

| | | Signifikanz (p-Werte) |
|--------------------|------------|-----------------------|
| Männlich (n=19) | SWLQKinder | 0,737 |
| | SWLQEltern | 0,943 |
| Weiblich (n=15) | SWLQKinder | 0,539 |
| | SWLQEltern | 0,336 |

$\alpha=0,05$

Die p-Werte (s. Tabelle 4.15) liegen über dem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$. Es liegt eine Normalverteilung vor, weswegen die Voraussetzung für einen t-Test für unabhängige Stichproben erfüllt ist.

Tabelle 4.16: Levene-Test und t-Test für unabhängige Stichproben bzgl. der Lebensqualität von Jungen und Mädchen

| Test bei unabhängigen Stichproben | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | T-Test für die Mittelwertgleichheit |
| | | Signifikanz | Sig. (2-seitig) |
| SWLQKinder | Varianzen sind gleich | 0,358 | 0,716 |
| SWLQEltern | Varianzen sind gleich | 0,513 | 0,374 |

$\alpha=0,05$

Tabelle 4.16 zeigt, dass der p-Wert des t-Tests zum Vergleich der Mittelwerte der Summenwerte des KiddyKINDL-Kinderfragebogens bei 0,716 liegt. Der p-Wert des t-Tests zum Vergleich der Summenwerte des KiddyKINDL-Elternfragebogens liegt bei 0,374. Damit liegt der p-Wert beider t-Tests über dem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$. Somit gibt es keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität zwischen Jungen und Mädchen.

4.4.4 Teilhypothese: „Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität innerhalb der verschiedenen Dimensionen zwischen den Gruppen.“

Zunächst wurden die Variablen der Lebensqualitätsdomänen auf Normalverteilung überprüft.

Tabelle 4.17: p-Werte des Shapiro-Wilk-Tests zur Überprüfung der Lebensqualitätsdomänen auf Normalverteilung

| Domänen der Lebensqualität (SWLQ Eltern) | | Signifikanz (p-Werte) |
|--|------------------|-----------------------|
| Körperliches Wohlbefinden | Klinische Gruppe | 0,245 |
| | Kontrollgruppe | 0,007 |
| Seelisches Wohlbefinden | Klinische Gruppe | 0,020 |
| | Kontrollgruppe | 0,027 |
| Selbstwert | Klinische Gruppe | 0,152 |
| | Kontrollgruppe | 0,203 |
| Familie | Klinische Gruppe | 0,511 |
| | Kontrollgruppe | 0,049 |
| Freunde | Klinische Gruppe | 0,121 |
| | Kontrollgruppe | 0,015 |
| Kita | Klinische Gruppe | 0,483 |
| | Kontrollgruppe | 0,045 |

$\alpha=0,05$

Tabelle 4.17 zeigt, dass die Summenwerte des Selbstwerts normalverteilt ist, da hier die p-Werte beider Gruppen über dem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ liegen. In den Domänen Körperliches und Seelisches Wohlbefinden, Familie, Freunde und Kita liegen die p-Werte unter dem Signifikanzniveau.

Um zu überprüfen, ob es signifikante Unterschiede in der Lebensqualität innerhalb der Dimension Selbstwert gibt, wurde der t-Test für zwei unabhängige Gruppen angewendet. Aus

der Tabelle 4.18 sind die p-Werte zu entnehmen. Der ermittelte p-Wert liegt über dem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$. Es liegen keine signifikanten Unterschiede im Bereich Selbstwert zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe vor.

Tabelle 4.18 : Levene-Test und t-Test für unabhängige Stichproben bzgl. der Domäne Selbstwert

| Test bei unabhängigen Stichproben | | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Domänen der Lebensqualität (Eltern SWQL) | | Levene-Test der Varianzgleichheit | T-Test für die Mittelwertgleichheit |
| | | Signifikanz | Sig. (einseitig) |
| Selbstwert | Varianzen sind gleich | 0,432 | 0,090 |

$\alpha=0,05$

Für die Domänen der Lebensqualität, bei denen keine Normalverteilung vorliegt, wurde der Mann-Whitney-U-Test zum Vergleich der Mittelwerte durchgeführt.

Der Tabelle 4.19 ist zu entnehmen, dass alle p-Werte über dem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ liegen. Es liegen keine signifikanten Unterschiede in den Domänen der Lebensqualität zwischen den Gruppen vor.

Tabelle 4.19: p-Werte des Mann-Whitney-U-Tests

| Domänen der Lebensqualität (Eltern SWQL) | p-Werte |
|--|---------|
| Körperliches Wohlbefinden | 0,796 |
| Seelisches Wohlbefinden | 0,457 |
| Familie | 0,097 |
| Freunde | 0,849 |
| Kita | 0,245 |

$\alpha=0,05$

4.4.5 Teilhypothese: „Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Eltern.“

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Eltern zu ermitteln, wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet.

Tabelle 4.20: Korrelationskoeffizient des Eintrittsalters in Kita und der Lebensqualität durch Angabe der Eltern

| | | EintrittsalterKita | SWLQEltern |
|--------------------|--------------------------|--------------------|------------|
| EintrittsalterKita | Korrelation nach Pearson | 1 | -0,041 |
| | Signifikanz (2-seitig) | | 0,817 |
| SWLQEltern | Korrelation nach Pearson | -0,041 | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | 0,817 | |

4.4.6 Teilhypothese: „Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Kinder.“

Ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Kinder wurde ebenfalls anhand der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ermittelt.

Tabelle 4.21: Korrelationskoeffizient des Eintrittsalters in die Kita und der Lebensqualität angegeben durch die Kinder.

| | | SWLQKinder | EintrittsalterKita |
|--------------------|--------------------------|------------|--------------------|
| SWLQKinder | Korrelation nach Pearson | 1 | 0,310 |
| | Signifikanz (2-seitig) | | 0,074 |
| | N | 34 | 34 |
| EintrittsalterKita | Korrelation nach Pearson | 0,310 | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | 0,074 | |
| | N | 34 | 34 |

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte das Ziel, zu untersuchen, ob Kinder im Vorschulalter mit Sprachauffälligkeiten eine schlechtere Lebensqualität angeben als Vorschulkinder ohne Sprachauffälligkeiten.

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt, analysiert und interpretiert, um die ursprüngliche Fragestellung zu beantworten. Des Weiteren soll das methodische Vorgehen kritisch hinterfragt und diskutiert werden. Außerdem soll erläutert werden, ob eventuelle methodische Mängel einen Einfluss auf das Ergebnis der Studie haben könnten.

Das Ergebnis der Studie wird ebenso in die bestehende Literatur zum Thema eingeordnet und mit deren Erkenntnissen verglichen.

5.1 Interpretation der Untersuchungsergebnisse und Beantwortung der Frage

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Interpretation der Ergebnisse, bezogen auf die Haupt- und die Teilhypothesen.

5.1.1 Beantwortung der Hauptfragestellung

Weisen Kinder im Vorschulalter von 4;0 – 6;6 Jahren mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung eine geringere Lebensqualität auf?

Mit der oben genannten Hauptfragestellung war es das Ziel herauszufinden, ob Kinder im Vorschulalter mit Sprachauffälligkeiten eine schlechtere Lebensqualität aufweisen als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten. Nach einer Analyse der Daten aus dem Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (KiddyKINDL) mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe bezüglich der Gesamtsummenwerte festgestellt werden (s. Tabelle 4.11).

Demnach bewerten Kinder mit Sprachauffälligkeiten und deren Eltern ihre Lebensqualität nicht signifikant schlechter als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten und deren Eltern.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen vermuten, dass sich Kinder im Vorschulalter durch Sprachauffälligkeiten nicht in ihrer Lebensqualität eingeschränkt fühlen.

Dies könnte sich darauf zurückführen lassen, dass Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter noch nicht negativ auf ihre Sprachauffälligkeiten aufmerksam gemacht werden und erst im Grundschulalter negative Erfahrungen machen. Im Grundschulalter geben Kinder mit

Sprachauffälligkeiten eine schlechtere Lebensqualität an (Mayer, Odenkirchen & Preiskowski, 2011). In diesem Alter werden die Kinder täglich mit ihren sprachlichen Fähigkeiten und demnach möglicherweise auch mit sprachlichen Defiziten konfrontiert. Ein Defizit im Bereich der phonologischen Fähigkeiten kann sich insbesondere auf den Schriftspracherwerb negativ auswirken, da die sogenannte phonologische Bewusstheit eine Vorläuferfähigkeit für den Schriftspracherwerb darstellt (Schnitzler, 2008). Ebenso können sich Kinder im Schulalter besser mit gleichaltrigen Kindern vergleichen und erhalten ein direktes Feedback zu den eigenen Kompetenzen (zum Beispiel Noten).

Eine weitere mögliche Erklärung könnte sein, dass Kinder in diesem jungen Alter noch unzureichend Auskunft über ihre Lebensqualität geben können. Diese Annahme wird durch die Studie von Catani (2004) unterstützt, die einen signifikanten Unterschied in den Selbsteinschätzungskompetenzen zwischen Kindergarten- und Grundschulkindern herausgefunden hat. Demnach findet eine kontinuierliche Verbesserung der Selbsteinschätzungskompetenzen mit dem zunehmenden Alter statt (Catani, 2004). Die Antwortmöglichkeiten des Fragebogens KiddyKINDL („nie“, „manchmal“ und „immer“) sind für die Kinder nur schwer erfassbar, da keine genauen Angaben gemacht werden können, wie oft der erfragte Zustand innerhalb der letzten Wochen tatsächlich vorlag. Insbesondere die Antwortmöglichkeit „manchmal“ bietet viel Interpretationsspielraum und bot damit eine oft gewählte Alternative. Für die gewählte Stichprobe konnte kein anderes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität herangezogen werden, da es im deutschsprachigen Raum keine anderen Instrumente für diese Altersgruppe gibt.

5.1.2 Interpretation der Teilhypothesen

Es zeigt sich ein Unterschied in der Bewertung der Lebensqualität von sprachauffälligen Kindern mit und ohne logopädische Intervention.

Ob sprachauffällige Kinder, die zu einem unbestimmten Zeitpunkt logopädische Therapie erhalten haben, eine andere Lebensqualität angeben als Kinder ohne logopädische Therapie, wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test ermittelt. Hier zeigte sich, dass es keine signifikanten Unterschiede der Lebensqualität gibt, die durch die Kinder angegeben wurde.

Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität zwischen Kindern und deren Eltern.

Zur Überprüfung der Übereinstimmung der Angaben zur Lebensqualität von Kindern und Eltern wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Hier zeigte sich mit einem Wert von 0,219 ein schwacher bis mäßiger Zusammenhang zwischen den Summenwerten der Kinder und den Summenwerten der Eltern. Ein großer positiver Zusammenhang wäre bei einem Wert von 1,0 gegeben, ein großer negativer Zusammenhang bei einem Wert von -1,0. Bei einem Wert von 0 stünden die Werte in keinem Zusammenhang miteinander.

Dieser geringe Zusammenhang könnte mit den unterschiedlich ausgereiften Einschätzungskompetenzen zwischen Kindern und Erwachsenen erklärt werden (Catani, 2004).

Jungen und Mädchen zeigen Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität.

Der Vergleich der Mittelwerte der Gesamtsumme der Fragebögen des KiddyKINDLs (s. Tabelle 4.16) zeigt, dass sich die Mittelwerte von Jungen und Mädchen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Somit kann davon ausgegangen werden, dass das Geschlecht der Probanden keinen Einfluss auf das Ergebnis der Analyse der Haupthypothese hat.

Es zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität innerhalb der verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität zwischen den Gruppen.

In den Domänen der Lebensqualität, die sich durch die Auswertung der Elternfragebögen genauer analysieren lassen, gibt es zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede bei Betrachtung der Mittelwerte. In den Domänen Körperliches Wohlbefinden, Selbstwert und Kita wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hier lagen alle p-Werte über dem Signifikanzniveau (s. Tabelle 4.18). In den Domänen „Seelisches Wohlbefinden“, „Familie“ und „Freunde“ wurde der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Auch hier lagen die p-Werte über dem Signifikanzniveau (s. Tabelle 4.19). Es konnten also keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Domänen der Lebensqualität zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe festgestellt werden.

Im Bereich „Körperliches Wohlbefinden“ lassen sich die fehlenden Unterschiede darauf zurückführen, dass Sprachauffälligkeiten nicht mit körperlichen Missempfindungen und Krankheiten einhergehen müssen. Kinder mit körperlichen Behinderungen wurden von der

Studie ausgeschlossen. Nicht berücksichtigt wurden jedoch andere Erkrankungen, wie z.B. grippale Infekte oder Erkältungen, die einen akuten Einfluss auf die aktuelle Lebensqualität haben könnten.

Ebenfalls sehen die Eltern von Kindern mit und ohne Sprachauffälligkeiten keine Einschränkungen in den Bereichen „Seelisches Wohlbefinden“ und „Selbstwert“. Kinder mit Sprachauffälligkeiten erfahren demnach keine negativen Einflüsse von Missverständnissen und Unverständnis ihrer Zuhörer bedingt durch ihre sprachlichen Schwierigkeiten. Ob die Kinder mit Sprachauffälligkeiten in der klinischen Gruppe ein Störungsbewusstsein für ihre sprachlichen Schwierigkeiten entwickelt haben, wurde in dieser Studie nicht erfasst. Ein ausgeprägtes Störungsbewusstsein könnte sich negativ auf das seelische Wohlbefinden und den Selbstwert auswirken. Der erwartete Zusammenhang zwischen Einschränkungen im „seelischen Wohlbefinden“ beziehungsweise dem „Selbstwert“ und den Sprachauffälligkeiten konnte nicht bestätigt werden.

Die Mittelwerte aus der Domäne „Familie“ unterscheiden sich im Gruppenvergleich nicht signifikant voneinander. Dies kann bedeuten, dass sprachliche Auffälligkeiten sich nicht negativ auf das Familienzusammenleben auswirken.

Die Untersuchung der Daten aus der Lebensqualitätsdomäne „Freunde“ lässt darauf schließen, dass Kinder mit Sprachauffälligkeiten keine Einschränkungen im Sozialverhalten und der sozialen Verträglichkeit mit anderen Kindern aufweisen. Kinder mit Sprachauffälligkeiten haben keinerlei Schwierigkeiten mit gleichaltrigen Kindern Kontakte zu knüpfen, sich mit diesen zu verständigen und Freundschaften zu bilden.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Eltern.

Zur Ermittlung eines möglichen Zusammenhangs zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Eltern wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson durchgeführt. Hier besteht ein großer positiver Zusammenhang bei einem Wert von 1,0, ein großer negativer Zusammenhang besteht bei einem Wert von -1,0. Bei einem Wert von 0 stehen die verglichenen Werte in keinem Zusammenhang.

Die Berechnung ergab einen Wert von $-0,042$ (s. Tabelle 4.20), was keinem oder einem sehr geringen negativen Zusammenhang entspricht. Nach Angaben der Eltern steht demnach das Eintrittsalter in keinem Zusammenhang mit der Lebensqualität.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Kinder.

Der ermittelte Wert zur Berechnung eines Zusammenhangs zwischen dem Eintrittsalter in die Kindertagesstätte und der Lebensqualität angegeben durch die Kinder beträgt 0,310 (s. Tabelle 4.21). Dies bedeutet, dass es einen schwachen bis mäßigen positiven Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und dem Eintrittsalter in die Kita gibt. Je höher das Alter bei Eintritt in den Kindergarten ist, desto höher ist die Lebensqualität.

5.2 Methodischer Rückblick

In diesem Abschnitt wird auf die Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie eingegangen. Insgesamt schloss die Fragestellung dieser Studie logisch an die Problemstellungen der aktuellen und bestehenden Literatur an.

Die Probandengruppen waren aufgrund des ähnlichen Alters sowie der Verteilung der Geschlechter miteinander vergleichbar (s. Tabelle 4.3).

Die Ein- und Ausschlusskriterien waren gut gewählt, da das Diagnostikmittel zur Erfassung des Sprachentwicklungsstandes (Patholinguistische Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen) nicht für mehrsprachige Kinder normiert ist und damit für Kinder mit Deutsch als Zweit- oder Drittsprache nicht mehr aussagekräftig genug ist. Ebenfalls können sowohl körperliche als auch geistige Behinderungen die Sprachentwicklung und Lebensqualität beeinflussen und stellen somit Störvariablen dar. Kinder mit körperlichen oder mentalen Einschränkungen sind demnach nur bedingt mit gleichaltrigen Kindern ohne Einschränkungen vergleichbar und wurden daher von der vorliegenden Studie ausgeschlossen. Die Bedingung, dass die Kinder eine Kindertagesstätte besuchen, war gut ausgewählt, da damit gesichert war, dass die Kinder ausreichend Kontakt zu gleichaltrigen Kindern haben und damit die Domäne „Freunde“ der Lebensqualität erhoben werden konnte.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden durch den selbst erstellten Anamnesebogen erfasst. Dieser wurde den Eltern mit dem Hinweis mitgegeben, sich bei auftretenden Fragen mit den Untersucherinnen in Verbindung zu setzen oder Antwortfelder gegebenenfalls unausgefüllt zu lassen. Hier wäre eine genauere Beschreibung der folgenden Variablen sinnvoll gewesen. Der Bildungsstand der Eltern konnte durch eine qualitative Aussage angegeben werden. Für die Auswertung der Studie hätten der höchste Bildungsabschluss und der ausführende Beruf mit

Angabe der wöchentlichen Arbeitsstunden mehr Aussagen über einen möglichen Zusammenhang zwischen der angegebenen Lebensqualität und dem Bildungs- bzw. Berufsstand der Eltern geliefert. Ebenfalls wurde mit Hilfe des Anamnesebogens die Anzahl der Geschwisterkinder ermittelt, nicht aber deren Alter. Hier hätten sich im Nachhinein eventuell Rückschlüsse ziehen lassen können, ob das Alter der Geschwister oder die Reihenfolge (erst-, zweit- oder drittgeborenes Kind) Einflüsse auf die Lebensqualität oder den Sprachentwicklungsstand haben.

Im Anamnesebogen wurden bisherige Therapieerfahrungen in den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie erfragt. Hier wurden ebenfalls die Therapiedauer und der Grund für die Therapie erfragt. Ungünstig war hier, dass viele Elternteile diese Fragen nicht ausreichend beantwortet haben. Geschlossene Fragen mit Multiple-Choice-Antwortmöglichkeiten hätten die ursprüngliche Fragestellung besser beantworten können.

Zur Erfassung der Lebensqualität wurde der KiddyKINDL ausgewählt, da dieser als einziges Erhebungsinstrument die ausgewählte Altersgruppe der Stichprobe abdeckt. Insgesamt ist aber anzumerken, dass Kinder im Alter von 4;0 – 6;6 Jahren vielleicht noch nicht ausreichend dazu in der Lage sind, ihre Lebensqualität und das eigene Befinden adäquat einschätzen zu können. Daher wurde neben dem Fragebogen in der Kinderversion zusätzlich der Elternfragebogen eingesetzt. Dies sollte eine umfassendere Einschätzung der Lebensqualität liefern.

Die Antwortmöglichkeiten des KiddyKINDLs sind eindeutig formuliert, bieten aber Interpretationsspielraum, z.B. bei den Möglichkeiten des Kinderfragebogens „manchmal“ und „ganz oft“. Die einzelnen Aussagen bezüglich der Lebensqualität werden unterschiedlich formuliert, sodass die Antwortmöglichkeiten sich unterschiedlich auf das Endergebnis auswirken können. So ist die Antwortmöglichkeit „immer“ bei einer Fragestellung, die „In der letzten Woche habe ich mein Kind gelobt.“ lautet, als positiv für die Lebensqualität zu bewerten. Bei einer Fragestellung, die z.B. „In der letzten Woche hatten wir schlimmen Streit zu Hause.“ lautet, wirkt sich die Antwort „immer“ schlecht auf die Lebensqualität aus. Diese verschiedenen Formen der Fragestellungen dienen höchstwahrscheinlich dazu, Negativformulieren mit doppelten Verneinungen zu vermeiden, was zu großen Verständnisschwierigkeiten führen kann („In der letzten Woche hatten wir nie schlimmen Streit zu Hause.“ – bei der Antwortmöglichkeit „nie“ ergäbe dies eine doppelte Verneinung, was zu einer positiven Aussage führt). Dennoch kann es weiterhin zu Verständnisproblemen der Eltern bei der Beantwortung der Fragen gekommen sein, bzw. zu einem häufigeren Ankreuzen der

Antwortmöglichkeit „immer“ bei nicht genauem Lesen der Fragestellung. Um diesen Verständnisschwierigkeiten vorzubeugen, wäre eine genaue Anleitung der Eltern durch die Untersucherinnen nötig gewesen. In dieser Studie wurde die Elternversion des KiddyKINDLs den Eltern zum Ausfüllen mitgegeben, mit dem Hinweis, sich bei Verständnisfragen oder -problemen mit den Untersucherinnen in Verbindung zu setzen.

Eine mögliche Störvariable, die von den Untersucherinnen nicht erfasst wurde, war die An- bzw. Abwesenheit der Bezugsperson oder der Erzieherin während der Befragung der Kinder durch die Untersucherinnen anhand des KiddyKINDLs. Dies könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse der Studie haben, da Kinder bei ihren Eltern gegebenenfalls sozial erwünschte Antworten geben wollen und ihre Lebensqualität positiver angeben könnten als sie ist. Der Faktor „soziale Erwünschtheit“ ist bei allen Fragen bezüglich der Lebensqualität zu berücksichtigen.

Eine weitere nicht erfasste Variable, die als Störvariable während der gesamten Datenerhebung zu berücksichtigen ist, war die Tagesform der Kinder. Gemeint ist hierbei der aktuelle Gesundheitszustand (Erkältungen, etc.), sowie Konzentrations- und Motivationsschwierigkeiten. Ein Einfluss dieser und weiterer Störvariablen auf die Leistungen der Kinder während der Datenerhebung kann nicht ausgeschlossen werden.

Zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder wurde die Patholinguistische Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen durchgeführt. Diese stellt einen umfassenden Überblick über die sprachlichen Fähigkeiten in allen linguistischen Bereichen dar und war demnach passend für die Untersuchung ausgewählt. Es liegen Normwerte für die Altersgruppe der Stichprobe dieser Studie vor und das Testmaterial ist reliabel und valide.

Die Patholinguistische Diagnostik für Sprachentwicklungsstörungen enthält im Manual keine genauen Angaben zur Einteilung der untersuchten Kinder in „sprachauffällig“ und „sprachunauffällig“. Hier haben die Untersucherinnen eine eigene Einteilung festgelegt: ein Kind, das nur in einem Untertest eines linguistischen Bereichs (Phonologie, Semantik/Lexikon, Morphologie/Syntax) einen T-Wert unter 40 erhielt, galt als unauffällig. War der T-Wert in mehr als einem Untertest unterdurchschnittlich, galt das Kind in diesem linguistischen Bereich als auffällig. Diese Einteilung beruhte auf der Einschätzung der Untersucherinnen, die sich auf berufliche Erfahrungen begründet.

Negativ zu berücksichtigen ist die lange Durchführungsdauer des Diagnostikinstrumentes zur Erfassung von Sprachauffälligkeiten, weswegen es aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten auf Seiten der Kinder zu erhöhtem Fehlertreten kommen kann. Um diesen

Konzentrationschwierigkeiten vorzubeugen, wurden mehrere Sitzungen mit den Kindern durchgeführt. Ebenfalls wurden akute Störfaktoren, die die Durchführung der Diagnostik unterbrechen, wie zum Beispiel Umgebungslärm, der die Wiederholung einer auditiven Vorgabe erforderte, notiert und in der Auswertung berücksichtigt.

5.3 Einordnung in die Literatur

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie in die vorhandene Literatur zum Thema Lebensqualität in Zusammenhang mit Sprachauffälligkeiten bei Kindern eingeordnet.

Die vorliegende Studie zeigt, dass Kinder im Alter zwischen 4;0 und 6;6 Jahren mit Sprachauffälligkeiten keine signifikant schlechtere Lebensqualität angeben als gleichaltrige Kinder ohne Sprachauffälligkeiten.

Andere Ergebnisse lieferte die Studie von van Agt (2005), in der 8.877 dreijährige Kinder aus den Niederlanden mit und ohne Sprachauffälligkeiten bezüglich ihrer Lebensqualität verglichen wurden. In dieser Studie machten die Kinder mit Sprachauffälligkeiten signifikant schlechtere Angaben zur Lebensqualität als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten. Im Vergleich zur vorliegenden Studie wurde die Lebensqualität jedoch durch ein anderes Diagnostikmittel erfasst. Hier wurden sechs Skalen der TAPQOL verwendet, die für die niederländische Sprache entwickelt wurde und nicht auf Deutsch vorliegt. Mit diesem Diagnostikmittel wird die Lebensqualität durch eine Fremdeinschätzung der Eltern erfasst und nicht durch eine Eigeneinschätzung der Kinder wie beim KiddyKINDL.

2010 führte van Agt eine Studie mit 4.780 achtjährigen Kindern aus den Niederlanden durch. Auch hier gab es signifikante Unterschiede zwischen den Angaben der Lebensqualität bei Kindern mit und ohne Sprachauffälligkeiten, was den Ergebnissen der vorliegenden Studie widerspricht. Die Probanden dieser Studie besuchten alle die Grundschule; es wurden Lehrer und Bezugspersonen befragt. Im Vergleich zur vorliegenden Studie wurden die Daten zur Lebensqualität lediglich durch Fremdbeurteilung erhoben.

Die Studie von Mayer, Odenkirchen und Preiskowski (2011) stellt eine der wenigen deutschsprachigen Studien zum Thema Lebensqualität bei Kindern mit und ohne Sprachauffälligkeiten dar. Diese Studie ergab, dass es Unterschiede in der Lebensqualität bei sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kindern gibt, diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Damit decken sich die Ergebnisse dieser Studie mit denen der vorliegenden Studie.

Die Studie von Johnson, Beitchman und Brownlie (2003) stellt eine Langzeitstudie zur Lebensqualität bei Sprachentwicklungsstörungen dar. In dieser Studie zeigten die Probanden mit Sprachauffälligkeiten, die im Alter von fünf Jahren ermittelt wurden, im Alter von 25 Jahren schlechtere Resultate im Bereich Lebensqualität als gleichaltrige Probanden ohne Sprachauffälligkeiten im Kindesalter. Die Ergebnisse dieser Studie sind aufgrund des Studiendesigns nicht mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie vergleichbar. Zu Beginn der Studie wurden die Probanden nicht hinsichtlich ihrer Lebensqualität, sondern lediglich bezüglich der Sprachentwicklung untersucht.

5.4 Schlussfolgerung der Arbeit

Zusammenfassend liefert diese Studie die Erkenntnis, dass es keine Unterschiede in den Angaben zur Lebensqualität bei Kindern mit Sprachauffälligkeiten im Vergleich zu Kindern ohne Sprachauffälligkeiten gibt. Auch bei näherer Betrachtung der einzelnen Domänen der Lebensqualität konnten keine Unterschiede festgestellt werden.

5.5 Praktische Relevanz

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Kinder zwischen 4;0 und 6;6 mit Sprachauffälligkeiten keine signifikant geringere Lebensqualität aufweisen als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten. Für die Arbeit der Logopäden bedeutet dies zunächst, dass der Bereich der Lebensqualität im Vorschulalter in der logopädischen Therapie keinen Schwerpunkt ausmachen muss, bzw. die Therapie am Selbstwertgefühl kein Hauptziel darstellen muss.

Dannenbauer (2001) beschreibt in ihrer Studie eine eingeschränkte kommunikative Kompetenz von Kindern mit Sprachauffälligkeiten, die sich negativ auf die sozio-emotionale Entwicklung bezüglich der Eigenakzeptanz auswirkt. Daher ist es durchaus sinnvoll, die Bereiche Lebensqualität und Selbstwert in der Anamnese und Diagnostik von Vorschulkindern im logopädischen Alltag zu integrieren, da mögliche Auffälligkeiten im Rahmen der Therapie sofort angesprochen und therapiert werden können. Dies soll dazu dienen, den Kindern einen unproblematischen Umgang mit ihren sprachlichen Schwierigkeiten zu ermöglichen und ihren Selbstwert zu stärken. Sprechängste sollen so gar nicht erst entstehen können, was den sozialen Umgang mit gleichaltrigen Kindern fördern kann.

Dennoch ist es sinnvoll, Kinder mit Sprachauffälligkeiten frühzeitig vor Eintritt in die Grundschule zu therapieren, da ab dem Grundschulalter Unterschiede in den Angaben zur Lebensqualität bestehen (Mayer, Odenkirchen & Preiskowski, 2011).

Laut Johnson, Beitchman und Brownlie (2003) können sich Sprachentwicklungsauffälligkeiten im Kindesalter auch im späteren Leben negativ auf die Lebensqualität auswirken. Daher ist es auch laut dieser Studie wichtig, logopädische Intervention frühzeitig zu beginnen, obwohl im Vorschulalter laut der vorliegenden Studie noch keine Einschränkungen in der Lebensqualität in diesem Altersabschnitt vorhanden sind.

5.6 Empfehlungen für Folgestudien

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Kinder im Vorschulalter mit Sprachauffälligkeiten keine signifikant geringere Lebensqualität aufweisen als gleichaltrige Kinder ohne Sprachauffälligkeiten. Diese Erkenntnis widerspricht anderen Studienergebnissen zum selben Thema und wirft damit diverse wissenschaftliche Fragen auf.

Der Stichprobenumfang dieser Studie ist mit 34 Probanden gering, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Empfehlenswert ist eine Untersuchung mit einer größeren Probandengruppe, was mit einem deutlich höheren Zeitaufwand verbunden wäre.

Da in dieser Studie nicht untersucht wurde, welchen Einfluss das Ausmaß einer Sprachentwicklungsstörung auf die Lebensqualität hat, empfiehlt sich eine Folgestudie zu diesem Thema. Hier ließen sich Kinder mit „isolierten“ Störungen der einzelnen linguistischen Ebenen (Phonologie, Semantik/Lexikon, Morphologie/Syntax) vergleichen. Des Weiteren wäre der Einfluss des Schweregrads ein möglicher Untersuchungsgegenstand für weitere Studien. Hierbei sollte untersucht werden, ob Kinder, die gravierende Defizite in ihrer Kommunikationsfähigkeit haben und nur bedingt Wünsche und Bedürfnisse adäquat äußern können, eine schlechtere Lebensqualität angeben.

Die Studie von Mayer, Odenkirchen und Preiskowski (2011) zeigt, dass sich die Lebensqualität bei Kindern im Vorschul- und Grundschulalter mit und ohne Sprachauffälligkeiten unterscheidet. Daher empfiehlt sich eine Längsschnittstudie zum Thema Lebensqualität von Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter. Dies könnte zur besseren Einschätzung des Faktors „Einschulung“ dienen und eine genauere Beurteilung der Lebensqualität allgemein liefern.

Der Einfluss von logopädischer Therapie auf die Lebensqualität von sprachauffälligen Kindern wurde mit dieser Studie ebenfalls nicht abgedeckt. Hier bietet sich ein Pretest-Posttest-Design an, in dem die Lebensqualität vor und nach der logopädischen Intervention erfasst wird. Aus ethischen Gründen ist es allerdings schwierig, bei einem solchen Design mit einer Kontrollgruppe zu arbeiten.

Im logopädischen Alltag finden sich einige Patienten, die mehrsprachig aufwachsen. Viele der Kinder wachsen sukzessiv mehrsprachig auf und lernen erst mit dem Eintritt in eine Kindertageseinrichtung die deutsche Sprache kennen. Von Interesse wäre eine Studie, die die Lebensqualität bei Sprachauffälligkeiten bedingt durch Mehrsprachigkeit im deutschsprachigen Raum untersucht.

5.7 Fazit

Die vorliegende Studie liefert Ergebnisse zum Einfluss von Sprachauffälligkeiten auf die Lebensqualität von Vorschulkindern. Es konnte kein Unterschied in der Lebensqualität zwischen sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kindern festgestellt werden. Hier geben Kinder mit Sprachauffälligkeiten keine geringere Lebensqualität an als Kinder ohne Sprachauffälligkeiten. Dennoch sollte der Bereich Lebensqualität ein wichtiger Bestandteil aller therapeutischen Interventionen sein, um sowohl in Diagnostik als auch Therapie den Patienten nach dem ICF-Modell ganzheitlich zu betrachten. Dies ist auch im Hinblick auf die Prävention eventueller Lese-Rechtschreib-Schwächen zu betrachten, da Kinder mit einer phonologischen Störung ein höheres Risiko tragen eine Leserechtschreibstörung zu entwickeln (Schnitzler, 2008). Kinder mit einer Leserechtschreibstörung fühlen sich häufiger ausgegrenzt und zeigen ein zurückgezogenes Verhalten als Kinder ohne Leserechtschreibstörung (Gasteiger-Klicpera, 2006). Diese Faktoren können sich negativ auf den sozialen Status auswirken, der wiederum ein Bestandteil der Lebensqualität ist (Bullinger, 2014).

6. Literaturliste

Artikel

- Aram, D., & Hall, N. Longitudinal follow-up of children with preschool communication disorders: Treatment implications. *School Psychology Review*, 18, 487-501.
- Arkkila, E., Rasanen, P., Roine, R. P., Sintonen, H., Saar, V., & Vilkmán, E. (2009). Health-related quality of life of adolescents with childhood diagnosis of specific language impairment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 73(9), 1288-1296.
- Arkkila, E., Rasanen, P., Roine, R. P., Sintonen, H., Saar, V., & Vilkmán, E. (2011). Health-related quality of life of children with specific language impairment aged 8-11. *Folia Phoniatr Logop*, 63(1), 27-35.
- Arkkila, E., Rasanen, P., Roine, R. P., Sintonen, H., & Vilkmán, E. (2008). Health-related quality of life of adults with childhood diagnosis of specific language impairment. *Folia Phoniatr Logop*, 60(5), 233-240.
- Arkkila, E., Rasanen, P., Roine, R. P., & Vilkmán, E. (2008). Specific language impairment in childhood is associated with impaired mental and social well-being in adulthood. *Logoped Phoniatr Vocol*, 33(4), 179-189.
- Baker, P. D., & Cantwell, M. D. (1987). A Prospective Psychiatric Follow-up of Children with Speech/Language Disorders . *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 546-553.
- Beitchman, J., & Brownlie, E. (2005). Language development and its impact on children's psychosocial and emotional development. *Encyclopedia on early childhood development*, 1-7.
- Beitchman, J., & Brownlie, E. (2014). Language Development and its Impact on Children's Psychosocial and Emotional Development. *Language development and literacy*, 1(2), 25.

- Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., & Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: psychiatric outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40*(1), 75-82.
- Black, E., Peppe, S., & Gibbon, F. (2008). The relationship between socio-economic status and lexical development. *Clin Linguist Phon, 22*(4-5), 259-265.
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108*(2–3), 97-103.
- Conti-Ramsden, G., Botting, N., & Durkin, K. (2008). Parental perspectives during the transition to adulthood of adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *J Speech Lang Hear Res, 51*(1), 84-96.
- Conti-Ramsden, G., & Durkin, K. (2008). Language and independence in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *J Speech Lang Hear Res, 51*(1), 70-83.
- Crichton, S. (2013). Understanding, identifying and supporting speech, language and communication needs in children. *Community Pract, 86*(12), 44-47.
- Dannenbauer, F. M. (2001). Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Die Sprachheilarbeit, 46*(3), 103-111
- Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child Dev, 78*(5), 1441-1457.
- Feeney, R., Desha, L., Ziviani, J., & Nicholson, J. M. (2012). Health-related quality-of-life of children with speech and language difficulties: a review of the literature. *Int J Speech Lang Pathol, 14*(1), 59-72.

- Gasteiger-Klicpera, B., Klicpera, C. & Schabmann, A. (2006). Der Zusammenhang zwischen Lese-, Rechtschreib- und Verhaltensschwierigkeiten: Entwicklung vom Kindergarten bis zur vierten Grundschulklasse. *Kindheit und Entwicklung*, vol. 15 (1), 55-67.
- Grimm, H. (1988). Sprachliche und kognitive Probleme dysphasischer Kinder. *Frühförderung interdisziplinär* 7. Jg.
- Harty, M., Alant, E., & Uys, C. J. (2007). Maternal self-efficacy and maternal perception of child language competence in pre-school children with a communication disability. *Child Care Health Dev*, 33(2), 144-154.
- Jafari, P., Sharafi, Z., Bagheri, Z., & Shalileh, S. (2014). Measurement Equivalence of the KINDL Questionnaire Across Child Self-reports and Parent Proxy-reports: A Comparison Between Item Response Theory and Ordinal Logistic Regression. *Child Psychiatry Hum Dev*, 45(3), 369-376.
- Jerome, A. C., Fujiki, M., Brinton, B., & James, S. L. (2002). Self-esteem in children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*, 45(4), 700-714.
- Jirojanakul, P., Skevington, S. M., & Hudson, J. (2003). Predicting young children's quality of life. *Soc Sci Med*, 57(7), 1277-1288.
- Johnson, C. J., Beitchman, J. H., & Brownlie, E. B. (2010). Twenty-year follow-up of children with and without speech-language impairments: family, educational, occupational, and quality of life outcomes. *Am J Speech Lang Pathol*, 19(1), 51-65.
- Leidy, N. K. (2004). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological, and Regulatory Issues. *Value in Health*, , 79-92.
- Lindsay, G., Dockrell, J., Desforges, M., Law, J., & Peacey, N. (2010). Meeting the needs of children and young people with speech, language and communication difficulties. *Int J Lang Commun Disord*, 45(4), 448-460.

- Markham, C., & Dean, T. (2006). Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *Int J Lang Commun Disord*, 41(2), 189-212.
- Markham, C., van Laar, D., Gibbard, D., & Dean, T. (2009). Children with speech, language and communication needs: their perceptions of their quality of life. *Int J Lang Commun Disord*, 44(5), 748-768.
- Myers, L., Davies-Jones, C., Chiat, S., Joffe, V., & Botting, N. (2011). 'A place where I can be me': a role for social and leisure provision to support young people with language impairment. *Int J Lang Commun Disord*, 46(6), 739-750.
- Paltzer, J., Barker, E., & Witt, W. P. (2013). Measuring the health-related quality of life (HRQoL) of young children in resource-limited settings: a review of existing measures. *Qual Life Res*, 22(6), 1177-1187.
- Petersson, C., Simeonsson, R. J., Enskar, K., & Huus, K. (2013). Comparing children's self-report instruments for health-related quality of life using the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). *Health Qual Life Outcomes*, 11, 75.
- Rajmil, L., Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., & Alonso, J. (2014). Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *Int J Public Health*, 59(1), 95-105.
- Ravens-Sieberer, U. (2000). Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, , 198-209.
- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 810-818.

- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2013). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res*.
- Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J., & Tambor, E. (2001). Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res*, *10*(1), 59-70.
- Rudolph, M., Kummer, P., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2004). Speech impaired children. Anxiety, depression and quality of life of the mothers. *HNO*, *52*(6), 561-568.
- Rudolph, M., Kummer, P., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2005). Quality of life in mothers of speech impaired children. *Logoped Phoniatr Vocol*, *30*(1), 3-8.
- Schubert, M. T., Herle, M., & Wurst, E. (2003). *ICD-10 diagnosis and quality of life. A pilot study of quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders*. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, *31*(4), 285-291.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2003). *Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden—Eine Einführung*. Paper presented at the Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe.
- Snowling, M. J., Bishop, D. V., Stothard, S. E., Chipchase, B., & Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *J Child Psychol Psychiatry*, *47*(8), 759-765.
- Thirumanickam, A., Raghavendra, P., & Olsson, C. (2011). Participation and social networks of school-age children with complex communication needs: a descriptive study. *Augment Altern Commun*, *27*(3), 195-204.

- van Agt, H., Verhoeven, L., Van Den Brink, G., & De Koning, H. (2011). The impact on socio-emotional development and quality of life of language impairment in 8-year-old children. *Dev Med Child Neurol*, 53(1), 81-88.
- van Agt, H. M., Essink-Bot, M. L., van der Stege, H. A., de Ridder-Sluiters, J. G., & de Koning, H. J. (2005). Quality of life of children with language delays. *Qual Life Res*, 14(5), 1345-1355.
- van Agt, H. M., van der Stege, H. A., de Ridder-Sluiters, J. G., & de Koning, H. J. (2007). Detecting language problems: accuracy of five language screening instruments in preschool children. *Dev Med Child Neurol*, 49(2), 117-122; discussion 184.
- Weinert, S. (1994). Interventionsforschung und Interventionspraxis bei dysphasischsprachgestörten Kindern: Psychologische Perspektiven. *Intervention bei sprachgestörten Kindern: Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen*, 33-57
- Westby, C. (2007). Application of the ICF in children with language impairments. *Semin Speech Lang*, 28(4), 265-272.
- Wink, M., Grassel, E., Hoppe, U., Eysholdt, U., & Rosanowski, F. (2006). Subjective aspects in mothers of speech impaired children. *HNO*, 54(6), 487-492.
- Zerbeto, A. B., & Chun, R. Y. (2013). Quality of life of caregivers of children and adolescents with speech and language disorders. *Codas*, 25(2), 128-134.

Bücher

- Dern, D. (2006). *Sprachentwicklungsstörungen: logopädische Diagnostik und Therapieplanung*. Stuttgart: Thieme
- Fox, A. (2003). *Kindliche Aussprachestörungen*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Grimm, H., *Sprachentwicklungsstörung: Diagnose und Konsequenzen für die Therapie*. in: Grimm, H.; Weinert, S.: *Intervention bei sprachgestörten Kindern, Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1994, S. 487-501

Kauschke, C., & Siegmüller, J. (2010). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS)* (2. Auflage). München: Urban & Fischer.

Schnitzler, C. (2008). *Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb*. Stuttgart: Thieme. S. 109-111

Suchodoletz, W. v. (2013). *Sprech- und Sprachstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Dern, D. (2006). *Sprachentwicklungsstörungen: logopädische Diagnostik und Therapieplanung*. Stuttgart: Thieme

Andere Literatur

Catani, R. (2004). *Entwicklungsverlauf der Selbsteinschätzung bei Kindern im Kindergarten und den ersten beiden Schuljahren - Ein Längsschnitt*. Inauguraldissertation. Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern zur Erlangung.

Franke, K. (2003). *Die Bedeutung von Erkrankung und Behinderung sowie verschiedener objektiver Einflusskriterien für die subjektive Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen*. Dissertation. Philipps-Universität Marburg.

Mayer, A., Odenkirchen, H. & Preiskowski, K. (2011). *Lebensqualität bei Kindern mit und ohne Sprachauffälligkeiten – Eine Vergleichsstudie von Kindern im Vorschul-/Schuleintrittsalter*. Hogeschool Zuyd, Logopedie.

Web

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

<http://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/stoerungen-bei-kindern/stoerungsbereiche/sprache/sprachentwicklungsstoerungen.html>

Fragebogen zur allgemeinen Entwicklung des Kindes

Alle Daten (bspw. Fragebögen oder Untersuchungen) werden vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet.

1. PERSÖNLICHE DATEN

Zahlen-Code für Kind (zur Anonymisierung): _____

Initialen des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Nationalität des Kindes: _____

Nationalität der Eltern: _____

Anzahl der Geschwisterkinder: _____

Ist Ihr Kind mehrsprachig aufgewachsen? Ja Nein

Erstsprache: _____

Zweitsprache: _____

Name des Kindergartens: _____

Alter des Kindes bei Eintritt in den Kindergarten: _____

Beruflicher Status und Bildungsstand der Eltern:

Mutter: _____

Vater: _____

Ausgefüllt von: _____

Datum: _____

2. KINDESENTWICKLUNG ALLGEMEIN

Liegt bei Ihrem Kind eine Behinderung vor? JA / NEIN

Wenn ja, welche? _____

Sind besondere Krankheiten oder Allergien bekannt? JA / NEIN

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Auffälligkeiten bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes in folgenden Bereichen?

(Bitte ankreuzen und nähere Angaben machen)

- Motorisch: _____
- Kognitiv: _____
- Sensorisch: _____
- Emotional: _____

- Sozial: _____

Sind bei Ihrem Kind andere Probleme (wie z.B. ADHD) bekannt?

(Bitte ankreuzen und nähere Angaben machen)

- Ja, welche: _____
- Nein

Sind im Rahmen allgemeiner Untersuchungen Auffälligkeiten bzgl. des Hörens festgestellt worden?

- Ja, und zwar _____
- Nein

Trägt Ihr Kind ein Hörgerät?

- Ja Nein

Sind im Rahmen allgemeiner Untersuchungen Auffälligkeiten des Sehens festgestellt worden?

- Ja, und zwar _____
- Nein

Hat sich Ihr Kind in irgendeiner Zeit in therapeutischer Behandlung befunden?

- Ja Nein

(Bitte ankreuzen und nähere Angaben machen)

- Logopädie: _____
- Ergotherapie: _____
- Physiotherapie: _____
- Psychotherapie: _____
- Andere: _____

Therapiezeitraum: _____

Therapiegrund: _____

Resultate: _____

3. SPRACHENTWICKLUNG DES KINDES

Wann hat Ihr Kind angefangen Wörter zu sprechen?

Wie viele Wörter konnte Ihr Kind an seinem zweiten Geburtstag ca. sprechen?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 2: Brief an die Einrichtungen

Einrichtung

Düsseldorf, den14/15

Adresse

40 Düsseldorf

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir, Isabelle Funda, Lisa Ulke und Natalia Cofalla, sind Logopädinnen und absolvieren an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) einen Aufbaustudiengang im Fachbereich Logopädie.

Wir sind alle zurzeit als Angestellte in verschiedenen Praxen im Raum Düsseldorf und Mönchen-Gladbach tätig.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir eine **Studie zur Lebensqualität bei Kindern** im Vorschulalter durchführen.

Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob sich im Allgemeinen die Lebensqualität bei Vorschulkindern mit und ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung unterscheidet.

Wenn sich mit unserer Studie herausfinden lässt, dass es einen signifikanten Unterschied in der Lebensqualität gibt, dann wäre dies u.a. ein wichtiger Punkt für die frühzeitige logopädische Intervention bei Vorschulkindern.

Daher suchen wir **deutschsprachige (einsprachige) Kinder**

- im **Alter von 4;0-6;0 Jahren**
- **mit und ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung**
- **ohne weitere bereits bekannte Störungen** (z.B. ADHS, Hörstörungen etc.)

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie interessiert sind und uns bei diesem Projekt unterstützen.

Falls Sie also teilnehmen möchten, würden wir zunächst die Eltern der Kinder, die die oben genannten Kriterien erfüllen, schriftlich benachrichtigen und eine Einverständniserklärung unterzeichnen lassen.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, daher ist ein Abbruch der Studie ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und nur im Rahmen dieser Bachelorarbeit verwendet.

Die Datenerhebung unserer Studie würde im November 2014 - Februar 2015 stattfinden. Pro teilnehmenden Kind sind drei Termine im Abstand von mind. 7 Tagen erwünscht.

Die logopädischen Untersuchungen dienen zur Feststellung der aktuellen sprachlichen Fähigkeiten, sowie zur Untersuchung der Lebensqualität.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn für die Untersuchungen ein kleiner Raum in der Einrichtung zur Verfügung stehen könnte. Ist dies organisatorisch nicht möglich ist, können die Untersuchungen auch in logopädischen Praxen oder in der häuslichen Umgebung des Kindes stattfinden.

Im Anhang finden Sie die Einverständniserklärung und einen Informationsbrief für die Eltern, sowie einen Fragebogen über die allgemeine Entwicklung des Kindes.

Wir werden uns im Laufe der nächsten zwei Wochen telefonisch bei Ihnen melden. Sollten Sie schon vorher mit uns Kontakt aufnehmen wollen, können Sie dies gerne telefonisch machen oder per Mail an logostudie2014@aol.de.

Mit freundlichen Grüßen

Isabelle Funda

Lisa Ulke

Natalia Cofalla

Anhang 3: Brief an die Eltern

Liebe Eltern,

wir, Isabelle Funda, Lisa Ulke und Natalia Cofalla, sind Logopädinnen und absolvieren an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) einen Aufbaustudiengang im Fachbereich Logopädie.

Wir sind alle zurzeit als Angestellte in verschiedenen Praxen im Raum Düsseldorf und Mönchengladbach tätig.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir eine **Studie zur Lebensqualität bei Kindern** im Vorschulalter durchführen.

Dabei möchten wir untersuchen, ob sich durchschnittlich die Lebensqualität von sprachauffälligen Kindern und von Kindern ohne Sprachauffälligkeiten unterscheidet.

Daher suchen wir **deutschsprachige Kinder**

- **im Alter von 4;0 – 6;0 Jahren**
- **mit oder ohne Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung**
- **ohne bereits bekannte Störungen** (z.B. Hörstörungen, ADHS etc.)

Sollten wir anhand der Studie herausfinden, dass die Lebensqualität von Kindern mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten sich von der Lebensqualität von Kindern ohne Sprachentwicklungsstörungen unterscheidet, so wäre dies ein weiterer wichtiger Punkt für die frühzeitige Intervention von logopädischer Therapie.

Sie sind eventuell von den Erziehern Ihres Kindes angesprochen worden, dass Ihr Kind für diese Studie in Frage käme, weil Ihr Kind in diese Alterspanne fällt.

Daher würden wir uns sehr freuen, wenn Sie Ihr schriftliches Einverständnis für die Teilnahme Ihres Kindes für die Studie geben.

Da es sich um eine **freiwillige Teilnahme** handelt, können Sie oder Ihr Kind jederzeit die Mitarbeit ohne Angabe von Gründen beenden. Alle Daten der Kinder und Ihre Angaben werden anonymisiert und nur im Rahmen unserer Bachelorarbeit verwendet.

Sollten Sie sich entschließen, uns bei unserer Studie zu unterstützen und Ihr Kind daran teilnehmen zu lassen, würde es wie folgt weitergehen.

- Im ersten Schritt erhalten Sie eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie und einen Fragebogen über allgemeine Informationen Ihres Kindes. Diese sollten Sie ausgefüllt und unterschrieben an den Erzieher des Kindes geben. Sollten Sie einige Fragen nicht beantworten können, so lassen sie dies einfach aus.
- Anhand des Fragebogens wird dann entschieden, ob Ihr Kind an der Studie teilnimmt.
- Sollte Ihr Kind an der Studie teilnehmen, werden wir Ende Oktober zwei Termine mit Ihnen ausmachen, an dem wir Ihr Kind auf spielerische Art und Weise sprachlich untersuchen. Dabei wird ihr Kind zum Beispiel Bilder benennen oder Geschichten erzählen. Des Weiteren werden wie an einem dritten Termin mit dem Kind einen Fragebogen durchgehen, der die Lebensqualität des Kindes untersucht. (Die Vorstellung der Tests und Fragebögen wird im Vorgespräch stattfinden).
- Einen weiteren Fragebogen werden Sie ausfüllen, um die Lebensqualität Ihres Kindes zu erfassen.

Die Termine werden im **November 2014 – Februar 2015** geplant und finden im Kindergarten statt. Alternativ können wir Ihnen auch anbieten, Sie zu besuchen, wenn dies erwünscht ist.

Sollten Sie noch Fragen haben, können Sie uns gerne telefonisch erreichen.

Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Isabelle Funda

Lisa Ulke

Natalia Cofalla

Anhang 4: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind _____, geboren am _____ an einer Studie zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern im Vorschulalter teilnimmt.

Außerdem bin ich einverstanden, dass eine Tonbandaufnahme gemacht wird. Ich nehme zudem zur Kenntnis, dass diese Aufnahme ausschließlich für eine präzisere Auswertung der Untersuchungsdaten durch die Untersucherinnen bestimmt ist und unmittelbar danach vernichtet wird.

Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Daten meines Kindes vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet werden.

Ort/Datum

Unterschrift

Anhang 5: Auszüge aus den KiddyKINDL-Fragebögen

Elternversion:

1. Körperliches Wohlbefinden

| <i>In der letzten Woche ...</i> | nie | selten | manchmal | oft | immer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ... hat mein Kind sich krank gefühlt | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| 3. ... war mein Kind müde und schlapp | <input type="checkbox"/> |
| 4. ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer | <input type="checkbox"/> |

Kinderversion:

1. Zuerst möchten wir etwas über deinen Körper wissen, ...

| <i>In der letzten Woche ...</i> | nie | manchmal | ganz oft |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ... habe ich mich krank gefühlt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... hatte ich Kopfweh oder Bauchweh | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |