

# Kommunikative Partizipation von Kindern im Vorschulalter

## – Erste deutsche Referenzdaten zum ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren‘ (FOCUS<sup>®</sup>-G)

Communicative participation in preschool children

– First reference data for the German ‚Focus on the Outcomes of Communication Under Six‘ (FOCUS<sup>®</sup>-G)

**Schlüsselwörter:** kommunikative Partizipation, Referenzdaten, Assessment, ICF-CY, FOCUS<sup>®</sup>-G  
**Keywords:** communicative participation, German reference data, assessment, ICF-CY, FOCUS<sup>®</sup>-G

**Zusammenfassung:** Der deutsche ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren‘ (FOCUS<sup>®</sup>-G) ist ein Fragebogen zur elterlichen und therapeutischen Fremdeinschätzung der kommunikativen Partizipation von Kindern im Alter von 1;6 bis 5;11 Jahren. Er dient sowohl zur Umsetzung der ICF-CY in der Therapiezielplanung wie auch als Therapy Outcome Measure (TOM). Ziel der Studie war die Erhebung von ersten Referenzdaten für die Elternversion des neuen FOCUS<sup>®</sup>-G in Bezug auf sich typisch entwickelnde Kinder (TEK) sowie auf Kinder mit Sprechbeeinträchtigungen (KSB; Aussprachestörung, LKGS-Fehlbildung, Stottersymptomatik). Eltern von TEK und KSB wurden in 13 Kindergärten in NRW, 15 sprachtherapeutischen Praxen sowie in den Universitätskliniken Köln und Bonn rekrutiert. Sie füllten die Elternversion des FOCUS<sup>®</sup>-G und einen Demografie-Bogen (inkl. Winkler Sozialschichtindex) aus. Insgesamt konnten Daten von 239 Eltern von TEK ( $n=154$ ) und KSB ( $n=85$ ) im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren ( $M=4,11$  J.;  $SD=0,84$  J.; 136 Jungen, 103 Mädchen) erhoben werden. Die TEK zeigten einen FOCUS<sup>®</sup>-G-Gesamtwert von  $M=301,18$  ( $SD=32,51$ ), während die Gruppe der KSB einen hochsignifikant ( $p<.01$ ) niedrigeren Gesamtwert erreichte ( $M=267,39$ ;  $SD=56,61$ ). Die neun Profilwerte des FOCUS<sup>®</sup>-G lagen bei den TEK zwischen  $M=5,59$  und  $6,24$ , bei den KSB nur zwischen  $M=4,61$  und  $5,94$ . Es wurden Alters- und Geschlechtseffekte sowie Zusammenhänge der FOCUS<sup>®</sup>-G-Werte mit soziodemografischen Merkmalen geprüft und bestätigt. Die deutschen Referenzdaten zur kommunikativen Partizipation von Vorschulkindern mit und ohne Sprechbeeinträchtigung ermöglichen erstmals den Einsatz des FOCUS<sup>®</sup>-G als ICF-CY-orientiertes Assessment in der sprachtherapeutischen Praxis.

**Abstract:** The German ‚Focus on the Outcomes of Communication Under Six‘ (FOCUS<sup>®</sup>-G) is an assessment capturing the communicative participation of preschool children (1;6-5;11 yrs.) by their parents and SLPs. It promotes the implementation of the ICF-CY in therapy goal planning and can be used as a Therapy Outcome Measure (TOM). The aim of this investigation was to collect first German reference data of the FOCUS<sup>®</sup>-G of typically developing children (TEK) and children with speech disorder (KSB; speech sound disorder, cleft lip and palate, stuttering). Parents of TEK and KSB were recruited through 13 kindergartens in NRW, 15 clinical SLP practices, and by the University Clinics of Cologne and Bonn. They completed the FOCUS<sup>®</sup>-G parents version and a demographic questionnaire (incl. German Social Class Index). A total of 239 parents of TEK ( $n=154$ ) and KSB ( $n=85$ ) between the ages of 3;0 to 5;11 years ( $M=4,11$  yrs.;  $SD=0,84$  yrs.; 136 boys, 103 girls) joined our study.

The group of TEK showed a FOCUS<sup>®</sup>-G total score of  $M=301,18$  ( $SD=32,51$ ), whereas the group of KSB reached a significant ( $p<.01$ ) lower total score ( $M=267,39$ ;  $SD=56,61$ ). This could also be observed for all nine profile scores of the FOCUS<sup>®</sup>-G. In the group of TEK, the results show a range from  $M=5,59$  to  $6,24$ , while the group of KSB presented with significantly lower scores between  $M=4,61$  and  $5,94$ . Additionally, we found correlations with the external factors of socioeconomic status and the educational level of parents. The first German reference data of communicative participation in preschool children with and without speech disorders allow for the use of the FOCUS<sup>®</sup>-G within the framework of the ICF-CY in clinical practice.

## Einführung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) (Hollenweger & Kraus de Camargo, 2011; World Health Organization, 2007) wird in der Forschung und klinischen Praxis bei Kindern mit Sprachbeeinträchtigung als theoretischer Bezugsrahmen und Kriteriumsstandard national wie international mehr und mehr eingesetzt (McLeod, 2004; McLeod & McCormack, 2007; McLeod & Threats, 2008). So ziehen internationale wie auch deutsche sprachtherapeutische Forschungsgruppen und Berufsverbände (z. B. ASHA, SAC, dbs) aktuell das Rahmenkonzept der ICF-CY heran, um sowohl ihre nutzenorientierte Grundlagenforschung zu Sprachstörungen danach auszurichten als auch gesundheitspolitische Konsequenzen für die Sprachtherapie daraus abzuleiten (Leitbild-Kommission der dbs-Dozentenkonferenz, 2010). Mit der stärker fortschreitenden Implementierung der ICF-CY in die sprachtherapeutische Praxis wird, in der Tradition der Sprachbehindertenpädagogik, der Blick auf den Einfluss von Sprachstörungen hinsichtlich des alltäglichen Lebens von Kindern und Jugendlichen geschärft. Sprachtherapeuten<sup>1</sup> fokussieren in ihrer Arbeit mit sprachbeeinträchtigten Kindern mehr und mehr den Blick auf Umweltfaktoren, die für den Spracherwerb, die sprachliche Handlungsfähigkeit sowie für die kommunikative Partizipation [Teilhabe] des Kindes hinderlich sein können.

Für einen direkten Einsatz in der sprachtherapeutischen Praxis ist die Anwendung der ICF-CY aufgrund ihrer Komplexität jedoch nicht geeignet. Die traditionell für die sprachtherapeutische Diagnostik verfügbaren Instrumente erfassen zu einem überwiegenden Teil die Fähigkeiten von Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken auf rein funktionaler Ebene.

Um im rehabilitativen Setting die sprachliche Aktivität und kommunikative Teilhabe in ökonomischer Weise einschätzen

.....  
1 Die Personenbezeichnungen erfolgen zur besseren Lesbarkeit in der generischen (grammatisch männlichen) Form, womit keinerlei Aussagen über das natürliche Geschlecht dieser Personen getroffen werden.

zu können, sind jedoch spezielle Assessments erforderlich. Solche Instrumente wurden bislang nur vereinzelt in empirischen Arbeiten eingesetzt und sind im deutschen Sprachraum kaum verfügbar. Zur Erfassung der Einflüsse unterschiedlicher Sprachbeeinträchtigungen bei Kindern im Vorschulalter wurde der FOCUS® (Focus on the Outcomes of Communication Under Six; Thomas-Stonell, Oddson, Robertson, & Rosenbaum, 2010) entwickelt. Für die deutsche Version des FOCUS® sollen an dieser Stelle erstmals Referenzwerte sowohl für sich typisch entwickelnde Kinder (TEK) sowie für solche mit Sprechbeeinträchtigungen (KSB; Aussprachestörung, LKGS-Fehlbildung, Stottersymptomatik) berichtet werden. Die Relevanz des Vorliegens von Vergleichswerten liegt darin, dass sie zu den Nebengütekriterien diagnostischer Instrumente (Moosbrugger & Kelava, 2008) gehören. Nur mit ihrem Vorliegen kann der Testwert einer Person eingeordnet und interpretiert werden. Gerade bei spezifischen Diagnostika, wie sprachtherapeutischen Tests, ist der Vergleich mit Werten aus einer sprachunauffälligen Referenzstichprobe notwendig, um entweder Risikokinder frühzeitig zu erkennen (Grimm, 2000) oder bei sprachbeeinträchtigten Kindern individuelle, altersgemäße Therapieziele ableiten zu können (Esser, Wyszkon, Ballaschk, & Hänsch, 2010).

## Der ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren‘ (FOCUS®-G)

Im Jahre 2010 wurde von der kanadischen Gruppe um Nancy Thomas-Stonell der FOCUS® international als erstes Diagnostikum zur kommunikativen Partizipation für Kinder mit einer Sprachbeeinträchtigung im Alter von 1;6 bis 5;11 Jahren entwickelt und veröffentlicht (Thomas-Stonell et al., 2010).

Eadie, Yorkston, Klasner, Dudgeon, Deitz, Baylor, Miller und Amtmann (2006) definieren den Begriff der kommunikativen Partizipation als sprachlich-interaktives Teilnehmen an Lebenssituationen, in denen Wissen, Informationen, Ideen oder Gefühle ausgetauscht werden. Dies kann in Form von verbalem Austausch/Spre-

## KURZBIOGRAFIE

**Dr. Sandra Neumann** ist akademische Rätin im Fachbereich Pädagogik und Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen der Universität zu Köln. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Implementierung der ICF-CY in die sprachtherapeutische Versorgung. Aktuell leitet sie das ComPaSchool-Projekt ‚Kommunikative Partizipation (ICF-CY) bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlicher Sprachstörungsgenese im Schulalter (6-17 J.)‘. In ihrem LAPUKI-Projekt übersetzte und evaluierte sie den FOCUS®-G für den deutschsprachigen Raum.

chen, Zuhören, Lesen, Schreiben oder non-verbal erfolgen. Als reziproker Prozess kann dies im Sinne eines festgelegten sozialen Ziels oder einer Funktion/Rolle in multiplen Lebenssituationen stattfinden (Levin, 2013) und somit in jeglichen sozialen Kontexten während zwischenmenschlicher Interaktionen erreicht werden.

Zur optimalen Therapieplanung und zum tieferen Verständnis von Einschränkungen der sozialen Funktionsfähigkeit ist es daher notwendig, in der sprachtherapeutischen Praxis den Einfluss einer Sprachbeeinträchtigung auf die kommunikative Partizipation in unterschiedlichen sozialen Kontexten zu erheben (Roulstone & McLeod, 2011). Dazu bedarf es valider Messinstrumente, die dieses Konstrukt auf theoretischer Basis der ICF-CY zu erheben vermögen sowie kommunikative Fähigkeiten bzw. Partizipation quantitativ erfassen können (Thomas-Stonell, Oddson, Robertson, & Rosenbaum, 2013). Diese Lücke schließt der FOCUS®-G. Dieser ist sowohl in Durchführung wie auch Auswertung zeitlich ökonomisch. Er ermöglicht eine Einschätzung der kommunikativen Partizipation des Kindes durch Eltern wie auch Sprachtherapeuten mit Hilfe von 50 ICF-CY-basierten Items auf einer siebenstufigen Likert-Skala (Washington, Thomas-Stonell, Oddson, Warr-Leeper, Robertson, & Rosenbaum, 2013). Die Skala im ersten Teil des FOCUS®-G zum sprachlichen

Verhalten reicht von „überhaupt nicht wie mein Kind“ bis „exakt wie mein Kind“. Im zweiten Teil zur benötigten Hilfestellung rangiert die Einschätzung des Kindes von „kann es überhaupt nicht“ bis „kann es immer ohne Hilfe“. Somit kann der Gesamtwert des FOCUS® zwischen minimal 50 und maximal 350 Punkten betragen, wobei ein höherer Wert für ein höheres Maß an kommunikativer Partizipation steht. Ferner sind die Items in neun Profilwerte gegliedert. Dabei werden Kapazitäts- und Performanzwerte unterschieden. Dies geht auf die Betrachtungsweise der ICF-CY (WHO, 2007) auf Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] zurück. Hierbei wird zwischen Leistungsfähigkeit (capacity), also der „Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt“ (DIMDI, 2005, S. 17), und Leistung (performance), der „Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt“ (DIMDI, 2005, S. 17), unterschieden. Zur Berechnung der FOCUS®-G-Profilwerte werden zwischen drei und zwölf Itemergebnisse zusammengefasst und daraus ein Durchschnitt berechnet, dessen Spanne zwischen eins und sieben (höchste Partizipation) liegt. Es liegen vier Kapazitätsprofilwerte vor. Der für *Kapazität: Sprechen* (3 Items) charakterisiert sich u. a. durch die Aussagen „Die Sprechweise meines Kindes ist klar und deutlich“ oder „Mein Kind spricht langsamer, wenn er/sie nicht verstan-

den wird“. Der Profilwert *Kapazität: Expressive Sprache* (6 Items) umfasst u. a. Abfragepunkte wie „Mein Kind drückt seine Ideen in Worten aus“ oder „Mein Kind spricht grammatikalisch richtig“. Aussagen wie „Mein Kind wartet, bis er/sie an der Reihe ist zu sprechen“ und „Mein Kind würde nach Dingen von anderen Kindern fragen“ sind in dem Profil *Kapazität: Pragmatik* (5 Items) abgebildet. In der Kategorie *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit* (4 Items) werden die Eltern u. a. um Einschätzung von folgender Aussage gebeten: „Mein Kind würde sich hinsetzen, um Geschichten anzuhören“. Im Bereich der Performanz werden fünf Profilwerte abgefragt. Die Kategorie *Performanz: Verständlichkeit* umfasst vier Items, worunter auch „Mein Kind wird auch von Erwachsenen, die mein Kind nicht gut kennen, sofort verstanden“ und „Mein Kind benötigt Hilfe, um von anderen Kindern verstanden zu werden“ fallen. Der Profilwert *Performanz: expressive Sprache* (4 Items) wird u. a. durch „Mein Kind kann mit anderen Kindern darüber sprechen, was er/sie gerade tut“ oder „Mein Kind kann sinnvolle Geschichten erzählen“ charakterisiert. Die Kategorie *Performanz: Soziales/Spiel* bildet mit zwölf Abfragepunkten den größten Bereich mit Aussagen wie „Meinem Kind fällt es leicht, Freunde zu finden“ oder „Mein Kind beteiligt sich an Gesprächen unter Gleichaltrigen“ ab. Die Aussagen „Mein Kind kann selbständig mit anderen Kindern kommunizieren“ und „Die kommunikativen Fertigkeiten meines Kindes schränken seine/ihre Unabhängigkeit ein“ sind u. a. im Profilwert *Performanz: Unabhängigkeit* (5 Items) zusammengefasst, während der Profilwert *Performanz: Copingstrategien/Gefühle* (7 Items) u. a. „Mein Kind fühlt sich während der Kommunikation wohl“ oder „Der Versuch, mit anderen Kindern zu kommunizieren, frustriert mein Kind“ einbezieht.

Die Elternversion des FOCUS® sowie das zugehörige Manual wurden bisher in insgesamt 19 verschiedene Sprachen übersetzt, was der sprachlichen wie kulturellen Vielfalt in der sprachtherapeutischen Arbeit gerecht wird. Zudem schließt er zu einem kleinen Teil die Lücke zwischen der sprachlichen Homogenität unter Therapeuten und der sprachlichen

Heterogenität ihrer Klienten (Caesar & Kohler, 2007).

Um den FOCUS® für den deutschsprachigen Raum zugänglich zu machen, erfolgte 2012 eine autorisierte Übersetzung durch Dr. Sandra Neumann in Kooperation mit dem Entwicklungsteam des FOCUS® unter der Berücksichtigung von Kriterien zur sprachlichen Adaptation von Messinstrumenten (z. B. Rückübersetzung; Behr & Scholz, 2011). Die deutsche Version FOCUS®-G (Thomas-Stonell, Oddson, Robertson, & Rosenbaum, 2012) ist, wie alle weiteren Sprachversionen, unter der Webseite [www.canchild.ca](http://www.canchild.ca) für eine Gebühr von \$ 99 verfügbar. Eine ausführliche Vorstellung des FOCUS®-G mit Informationen zu dessen Entwicklung, Einsatz, Durchführung und Auswertung findet sich in Neumann, Salm, Robertson und Thomas-Stonell (2018).

Während die englische Originalversion des FOCUS® bereits mehrfach validiert worden ist (Oddson, Washington, Robertson, Thomas-Stonell, & Rosenbaum, 2013; Thomas-Stonell, Oddson et al., 2013; Thomas-Stonell, Washington, Oddson, Robertson, & Rosenbaum, 2013; Washington, Oddson, Robertson, Rosenbaum, & Thomas-Stonell, 2013; Washington, Thomas-Stonell et al., 2013), liegen aktuell auch für den deutschen FOCUS®-G Daten zu psychometrischen Gütekriterien vor, die ihn in seiner Konstruktvalidität, internen Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität bestätigen (Neumann, Salm, Rietz, & Stenneken, 2017). Das Ziel der vorliegenden Studie war, erste Referenzdaten zu erheben, um den FOCUS®-G als Fragebogen zur kommunikativen Partizipation in der sprachtherapeutischen Praxis nutzbar zu machen. Dazu wurde der Bogen sowohl bei sich typisch entwickelnden Kindern (TEK) wie auch bei Kindern mit Sprechstörung (KSB, ohne begleitende Sprachstörung) eingesetzt. Hierbei wurde den Fragen nachgegangen, ob sich die Gruppen TEK und KSB im FOCUS®-G-Gesamtwert und in den neun ICF-CY-orientierten Profilwerten signifikant voneinander unterscheiden, ob es Alters- und/oder Geschlechtsunterschiede gibt, und ob ein Zusammenhang zwischen den Referenzwerten und soziodemografischen Merkmalen besteht, den es klinisch zu beachten gilt.

## KURZBIOGRAFIE

**Sandra Salm**, M.Sc., schloss im Januar 2014 das Studium der Sprachtherapie an der Universität zu Köln ab. Danach nahm sie eine praktische Tätigkeit als akademische Sprachtherapeutin in Frankfurt/Main auf. Im August 2017 schloss sie ihr Studium in Versorgungswissenschaft an der Universität zu Köln ab. Bis Februar 2017 war sie parallel am Lehrstuhl Pädagogik und Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen (Prof. Stenneken) und ist aktuell am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln tätig.

## Methode

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität zu Köln positiv bewertet. Die Eltern und Kinder selbst gaben ihr schriftliches Einverständnis.

## Probandenrekrutierung

Die Akquise der Normstichprobe erfolgte über Teilnahmeeinladungen von 17 Kindertagesstätten in Nordrhein-Westfalen, wovon 13 dieser zustimmten. Zur Informierung der Eltern über die Studie fanden Infoabende statt, zu denen 341 Eltern eingeladen wurden, davon 211 teilnahmen und dann zur Mitwirkung an der Untersuchung motiviert werden konnten. Einschlusskriterien waren die sichere Beherrschung der deutschen Sprache sowohl beim Kind als auch bei den Eltern sowie der Ausschluss von früheren, aktuellen oder vermuteten Symptomen einer Sprachstörung beim Kind. Die Gruppe der KSB (ohne übergeordnete Sprachstörung) wurde über 15 sprachtherapeutische Praxen sowie die Universitätskliniken Köln und Bonn akquiriert. Einschlusskriterium war auch hier sichere Kenntnis der deutschen Sprache bei den Eltern wie den Kindern. Bei Kindern mit LKGS-Fehlbildung wurde das Vorhandensein eines kongenitalen Syndroms als Ausschlusskriterium festgelegt.

## Assessments

Eingesetzt wurde die Elternversion des FOCUS<sup>®</sup>-G, der die sprachliche Aktivität und Partizipation im Vorschulalter als Fremdeinschätzung erhebt. Dabei wird das kommunikative Verhalten des Kindes vom Elternteil anhand von 50 Items (Aussagesätze) mithilfe einer siebenstufigen Likert-Skala beurteilt. Über einen eigens entwickelten Demografie-Bogen, inklusive Winkler Sozialschichtindex (Winkler & Stolzenberg, 1999), wurden zudem soziodemografische Bereiche der Familie (wie z. B. Anzahl der Geschwister, Bildungsgrad der Eltern) erfasst.

## Durchführung

Nach der schriftlichen Einwilligung zur Teilnahme wurden den Eltern der FOCUS<sup>®</sup>-G sowie der Demografie-Bogen ausgehändigt. Denjenigen, die in der

## KURZBIOGRAFIE

**Bernadette Robertson**, Reg. CASLPO., S-LP(C), ist akademische Sprachtherapeutin mit mehr als 25-jähriger klinischer Berufserfahrung. Sie arbeitet als Forschungskordinatorin am Bloorview Research Institute des Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital in Toronto, Kanada. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der nationalen wie internationalen Entwicklung und Verbreitung von Outcome Measures für die sprachtherapeutische Praxis.

Kindertagesstätte oder in der Praxis rekrutiert wurden, stand es frei, diese zu Hause oder vor Ort auszufüllen. Die Eltern aus den Universitätskliniken wurden ins Forschungsinstitut und in die Beratungsstelle für Sprachrehabilitation (FBS) der Universität zu Köln eingeladen und füllten die Bögen dort aus. Allen Teilnehmenden wurde eine kurze Einführung zum Ausfüllen der Bögen gegeben sowie die Möglichkeit eingeräumt, Verständnisfragen zu stellen. Beim Ausfüllen zuhause konnte die Projektleiterin bei Bedarf per Telefon oder E-Mail kontaktiert werden. Die Durchführung der Fragebögen erfolgte im Paper-Pencil-Verfahren.

## Datenaggregation und Datenanalyse

Die Rohdaten wurden mittels IBM SPSS Statistics 23 aufbereitet und ausgewertet. Zunächst erfolgte die Berechnung des FOCUS<sup>®</sup>-G-Gesamtwerts sowie der neun Profilwerte. Zur Ermittlung der Referenzwerte wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Normstichprobe getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht berechnet sowie die Mittelwertsunterschiede in den Ausprägungen der beiden Variablen inferenzstatistisch überprüft. Zum Vergleich der beiden Stichprobengruppen wurden die oben genannten Kennwerte nach Gruppen getrennt ermittelt. Außerdem erfolgte eine Betrachtung des Antwortverhaltens mit Mittelwertvergleichen aller fünfzig Items zwischen den beiden Gruppen

und eine Bestimmung der Items mit den niedrigsten Mittelwerten ( $M < 5,00$ ). Um Zusammenhänge der FOCUS<sup>®</sup>-G-Werte mit soziodemografischen Variablen aufdecken zu können, wurden parametrische Korrelationsanalysen (zweiseitig) zwischen den FOCUS<sup>®</sup>-G-Werten und dem Alter (in Monaten), dem Geschlecht, der Geschwisteranzahl, der Wohnumgebung, dem Bildungsgrad der Eltern (allgemeinbildend) und dem sozialen Status der Familie – unter Anwendung der Vorgaben von Hinkle, Wiersma und Jurs (2003) – durchgeführt.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Es konnten die Daten von 239 Elternteilen eingeschlossen werden. Hierbei wurden 154 Datensätze von TEK und 85 von KSB analysiert. Von den insgesamt 239 Kindern, die durch ihre Eltern eingeschätzt wurden, waren 136 Jungen und 103 Mädchen. Die Altersspanne lag zwischen 3;0-5;11 Jahren ( $M=4,11$  Jahre;  $SD=0,84$  Jahre). Die Erstsprache aller Kinder war Deutsch. Zehn Kinder sprachen zudem noch eine weitere Sprache. Berechnet am Sozialstatus des Vaters kamen 45,6% der Kinder aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status, 37,7% aus Familien mit mittlerem und 12,1% aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status ( $n=228$ ; Sozialschichtindex; Winkler & Stolzenberg, 1999). Dies spiegelt nicht die Sozialschichtverteilung in Deutschland wider (KIGGS Studie; Lampert, Müters, Stolzenberg, Kroll, & KIGGS Study Group, 2014). In unserer Studie wurden doppelt so viele Eltern mit einem hohen sozioökonomischen Status befragt. Zudem konnten 10% weniger Eltern aus der niedrigen Statusgruppe zur Teilnahme an der vorliegenden Studie bewegt werden. Die meisten Kinder haben ein Geschwister (63,2%). Der Großteil der Kinder wohnt in einem städtischen Gebiet (57,3%), die restlichen Kinder wohnen ländlich (38,9%). Von 0,8% der Familien lagen keine Angaben vor. Der allgemeinbildende Bildungsgrad der Mutter liegt überwiegend auf dem Level des Abiturs (44,8%), gefolgt vom Realschulabschluss (25,45%). Weitere detaillierte Angaben zur Stichprobe finden sich in Tabelle 1.

Merkmal	Gesamtstichprobe (n=239)	Sich typisch entwickelnde Kinder (TEK) (n=154)	Kinder mit Sprech- beeinträchtigung (KSB) (n=85)
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Altersgruppen</b>			
3;0-3;11	71 (29,7)	43 (27,9)	28 (33,0)
4;0-4;11	72 (30,2)	47 (30,5)	25 (29,4)
5;0-5;11	96 (40,1)	64 (41,6)	32 (37,6)
<b>Geschlecht</b>			
männlich	136 (56,9)	78 (50,6)	58 (68,2)
weiblich	103 (43,1)	76 (49,4)	27 (31,8)
<b>Familiäre Situation<sup>a</sup></b>			
Kind lebt bei beiden Eltern	223 (93,3)	144 (93,5)	79 (92,9)
Kind lebt bei der Mutter	15 (6,3)	9 (5,8)	6 (7,1)
<b>Geschwisteranzahl<sup>a</sup></b>			
0	37 (15,5)	30 (19,5)	7 (8,2)
1	151 (63,2)	88 (57,1)	63 (74,1)
2	34 (14,2)	25 (16,2)	9 (10,6)
3	10 (4,2)	6 (3,9)	4 (4,7)
>3	4 (1,7)	2 (1,3)	2 (2,4)
<b>Wohnumgebung<sup>a</sup></b>			
städtisch	137 (57,3)	78 (50,6)	59 (69,4)
ländlich	93 (38,9)	72 (46,8)	21 (24,7)
<b>Bildungsgrad der Mutter<sup>a</sup> (allgemeinbildend)</b>			
kein Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	4 (1,7)	1 (0,6)	3 (3,5)
Hauptschulabschluss	22 (9,2)	11 (7,1)	11 (12,9)
Realschulabschluss/ Mittlere Reife	63 (25,4)	41 (26,6)	22 (25,9)
Polytechnische Oberschule	5 (2,1)	4 (2,6)	1 (1,2)
Fachhochschulreife	36 (15,1)	25 (16,2)	11 (12,9)
Abitur/EOS	107 (44,8)	71 (46,1)	36 (42,4)
<b>Bildungsgrad des Vaters<sup>a</sup> (allgemeinbildend)</b>			
kein Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	3 (1,3)	2 (1,3)	1 (1,2)
Hauptschulabschluss	17 (7,1)	14 (9,1)	3 (3,5)
Realschulabschluss/ Mittlere Reife	56 (23,4)	33 (21,4)	23 (27,1)
Polytechnische Oberschule	4 (1,7)	3 (1,9)	1 (1,2)
Fachhochschulreife	46 (19,2)	27 (17,5)	19 (22,4)
Abitur/EOS	98 (41,0)	65 (42,4)	34 (40,0)
<b>Sozialstatus der Familie<sup>**</sup></b>			
niedrig	28 (11,7)	17 (11,0)	11 (12,9)
mittel	91 (38,1)	56 (36,4)	35 (41,2)
hoch	103 (43,1)	70 (45,5)	33 (38,8)

Anmerkung. <sup>a</sup>Die summierten Prozentsätze dieser Variablen sind < 100% aufgrund fehlender Werte.  
<sup>\*\*</sup>gemittelter Winkler-Index beider Elternteile für Zwei-Eltern-Familien (n=223)

Tabelle 1 Stichprobencharakteristik der Gesamtstichprobe und gegliedert nach Stichprobengruppen

## Referenzdaten der TEK

Nach Berechnung des Gesamtwertes und der Profilwerte des FOCUS<sup>®</sup>-G lassen sich Referenzdaten für die elterliche Einschätzung der kommunikativen Partizipation für Kinder im Alter von 3;0-5;11 Jahren ableiten. Die Analyse der Kennwerte der Referenzstichprobe (TEK) konnte keine signifikanten Mittelwertsunterschiede für die einzelnen FOCUS<sup>®</sup>-G-Werte nach Altersgruppen (Tab. 2) oder Geschlecht (Tab. 3) herausstellen.

Beim deskriptiven Vergleich der Altersgruppen zeigte sich der niedrigste mittlere FOCUS<sup>®</sup>-G-Gesamtwert von  $M=297,96$  ( $SD=35,30$ ) bei der Altersgruppe der vierjährigen Kinder. Der höchste mittlere FOCUS<sup>®</sup>-G-Gesamtwert wurde bei den Fünfjährigen mit  $M=304,76$  Punkten ( $SD=32,75$ ) erreicht. Ein etwas höherer Gesamtwert als bei den Vierjährigen von  $M=299,44$  ( $SD=29,03$ ) konnte bei den Dreijährigen verzeichnet werden (Tab. 2).

Die Betrachtung der Profilwerte deckt auf, dass über alle Altersgruppen hinweg der Mittelwert in der Domäne *Kapazität: Sprechen* am geringsten ist (5,45-5,71), obwohl keine Sprechbeeinträchtigung bei den Kindern vorliegt. Dies spiegelt sich auch in den mittleren *Performanzwerten: Expressive Sprache* wider, die nur von 5,64 bis 5,85 reichen. Bei jeweils zwei Kapazitäts- und Performanzwerten ist ein kontinuierlicher Anstieg der mittleren FOCUS<sup>®</sup>-G-Profilwerte auszumachen, je älter die Kinder sind: *K: Sprechen*, *K: Expressive Sprache*, sowie *P: Verständlichkeit* und *P: Expressive Sprache*. Hier erfolgt von Altersgruppe zur nächsten jeweils ein Punktanstieg zwischen 0,01 und 0,19 ( $M=0,115$ ). Bei dem Profil *K: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit* erreichen die TEK über alle Altersgruppen hinweg die höchsten mittleren Profilwerte über einem Wert von 6 (6,15-6,34). Dies steht zu ihren Profilwerten *K: Sprechen* im Gegensatz. Auch die Performanz-Profile *Verständlichkeit*, *Unabhängigkeit*, *Soziales/Spiel* sowie *Copingstrategien/Gefühle* charakterisieren sich durch Werte über einem mittleren Kennwert von 6.

Hinsichtlich des Vergleichs der FOCUS<sup>®</sup>-G-Gesamtwerte zwischen den Geschlechtern weisen die Jungen der Referenz-

renzstichprobe (TEK) einen gering höheren Mittelwert von  $M=301,65$  ( $SD=32,86$ ) als die Mädchen ( $M=300,70$ ;  $SD=32,36$ ) auf. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Auch im Vergleich der arithmetischen Mittel aller FOCUS®-G-Profilwerte konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen herausgestellt werden.

Während sich die Domäne mit dem geringsten Mittelwert bei den Jungen als die *Kapazität: Sprechen* ( $M=5,45$ ;  $SD=1,05$ ) erwies, traf dies bei den Mädchen für das Profil *Performanz: Expressive Sprache* ( $M=5,66$ ;  $SD=1,07$ ) zu – bei den Domänen der Sprachproduktion. Die Domäne mit dem höchsten Mittelwert war für die Jungen *Performanz: Unabhängigkeit* ( $M=6,24$ ;  $SD=0,83$ ), während Mädchen den höchsten mittleren Wert in dem Profil *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit* ( $M=6,31$ ;  $SD=0,70$ ) aufzeigten (Tab. 3).

## Gruppenvergleich TEK versus KSB

Zur Einschätzung eines möglichen Unterschiedes der sprachlichen Aktivität und Partizipation von Kindern mit Sprechbeeinträchtigung (KSB) wurden deren Daten mit denen der Referenzstichprobe (TEK) verglichen. Hierbei zeigten sich über alle FOCUS®-G-Profilwerte und den Gesamtwert hinweg hochsignifikant niedrigere Werte ( $p<.01$ ) für die KSB.

Im Durchschnitt erreichte die Gruppe der KSB einen Gesamtwert von  $M=267,39$  ( $SD=56,61$ ) und die TEK einen signifikant höheren Wert von  $M=301,18$  ( $SD=32,51$ ) ( $p<.01$ ) bei einem möglichen Maximalwert von 350 Punkten. Bei der Analyse der Gesamtstichprobe ( $n=239$ ) konnte ein FOCUS®-G-Gesamtwert von  $M=289,11$  ( $SD=45,57$ ) herausgestellt werden.

Für die Gruppe der KSB wurden für alle FOCUS®-G-Profilwerte hinweg hochsignifikant niedrigere Werte ( $p<.01$ ) festgestellt. Sie lagen für die Gruppe KSB zwischen dem niedrigsten Wert von  $M=4,61$  ( $SD=1,30$ ) bei der Domäne *Kapazität: Sprechen* und dem höchsten Wert von  $M=5,94$  ( $SD=0,94$ ) für die Domäne *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit*. Dasselbe spiegelte sich für die Stichprobe der TEK wider. Hier

FOCUS®-G-Werte	Altersgruppen					
	3;0-3;11 (n=43)		4;0-4;11 (n=47)		5;0-5;11 (n=63)	
	M	SD	M	SD	M	SD
K: Sprechen	5,45	0,94	5,57	1,17	5,71	1,12
K: Expressive Sprache	5,96	0,76	5,97	1,02	6,14	0,86
K: Pragmatik	5,73	0,67	5,62	0,72	5,85	0,77
K: Rezeptive Sprache/ Aufmerksamkeit	6,20	0,70	6,15	0,77	6,34	0,68
P: Verständlichkeit	6,02	0,86	6,10	1,10	6,29	0,79
P: Expressive Sprache	5,64	0,99	5,70	1,15	5,85	0,94
P: Soziales/Spiel	6,09	0,58	6,03	0,69	6,10	0,73
P: Unabhängigkeit	6,20	0,73	6,16	0,95	6,25	0,85
P: Copingstrategien/Gefühle	6,17	0,59	6,05	0,60	6,16	0,67
FOCUS®-G-Gesamt	299,44	29,03	297,96	35,30	304,76	32,75

Anmerkung: K=Kapazität, P=Performance

Tabelle 2 FOCUS®-G-Referenzdaten von sich typisch entwickelnden Kindern  
Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt nach Altersgruppen

FOCUS®-G-Profilbereiche	Geschlecht				
	weiblich (n=76)		männlich (n=77)		p
	M	SD	M	SD	
K: Sprechen	5,75	1,12	5,45	1,05	.089
K: Expressive Sprache	6,09	0,92	5,99	0,84	.502
K: Pragmatik	5,70	0,71	5,79	0,75	.476
K: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit	6,31	0,70	6,17	0,73	.227
P: Verständlichkeit	6,12	1,00	6,19	0,84	.623
P: Expressive Sprache	5,66	1,07	5,83	0,98	.287
P: Soziales/Spiel	6,05	0,68	6,10	0,67	.667
P: Unabhängigkeit	6,17	0,86	6,24	0,83	.621
P: Copingstrategien/Gefühle	6,08	0,53	6,18	0,70	.347
FOCUS®-G-Gesamt	300,70	32,36	301,65	32,86	.857

Anmerkung: K=Kapazität, P=Performance

Tabelle 3 FOCUS®-G-Referenzdaten von sich typisch entwickelnden Kindern  
Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt nach Geschlecht

lagen die konkreten Mittelwerte zwischen  $M=5,59$  ( $SD=1,09$ ) für das Profil *Kapazität: Sprechen* und  $M=6,24$  ( $SD=0,72$ ) für das Profil *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit*, sodass sich dieses Bild der Profilwerte auch in der Gesamtstichprobe ( $n=239$ ) anhand der Mittelwerte bei den o.g. Domänen zeigte. Tabelle 4 stellt die Kennwerte für die beiden Stichprobengruppen sowie für die Gesamtstichprobe detailliert dar.

Die Intragruppen-Unterschiede in den Profilwerten sind sowohl für die Stich-

proben der TEK und KSB sowie für die Gesamtstichprobe signifikant ( $p$  jeweils  $<.001$ ).

Bei differenzierterer Betrachtung der Werte der einzelnen FOCUS®-G-Items konnte herausgestellt werden, dass über alle Items und Gruppen hinweg die höchste Antwortkategorie (Maximalpunktzahl von 7) vorkam. Interessant ist zudem, dass es zehn Items gab, die von den Eltern der TEK in voller Antwortbreite (Minimal- bis Maximalpunktzahl) eingeschätzt wurden (z.B. Item T1/1:

FOCUS®-G-Werte	Gesamtstichprobe (n=239)		TEK (n=154)		KSB (n=85)		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
K: Sprechen	5,24	1,26	5,59	1,09	4,61	1,30	<.001
K: Expressive Sprache	5,82	1,06	6,04	0,88	5,43	1,24	<.001
K: Pragmatik	5,63	0,79	5,75	0,73	5,42	0,86	.002
K: Rezeptive Sprache/ Aufmerksamkeit	6,13	0,82	6,24	0,72	5,94	0,94	.005
P: Verständlichkeit	5,68	1,38	6,16	0,92	4,81	1,63	<.001
P: Expressive Sprache	5,45	1,25	5,75	1,02	4,90	1,43	<.001
P: Soziales/Spiel	5,86	1,01	6,08	0,67	5,46	1,35	<.001
P: Unabhängigkeit	5,90	1,25	6,21	0,84	5,35	1,63	<.001
P: Copingstrategien/Gefühle	5,92	1,00	6,13	0,63	5,55	1,39	<.001
FOCUS®-G-Gesamt	289,11	45,57	301,18	32,51	267,39	56,61	<.001

Anmerkung: K=Kapazität, P=Performanz, KSB=Kinder mit Sprechbeeinträchtigung, TEK=sich typisch entwickelnde Kinder

Tabelle 4 FOCUS®-G-Kennwerte der Stichprobengruppen im Vergleich

FOCUS®-G-Wert	Geschwisteranzahl	Wohnumgebung (Stadt/Land)	Bildungsgrad der Familie (allgemeinbildend) <sup>a</sup>	Sozialstatus der Familie (Winkler-Index) <sup>a</sup>
K: Sprechen	-.009/-.031	-.091/.114	<b>.202*/.238*</b>	<b>.208*/.276*</b>
K: Expressive Sprache	.086/-.008	-.101/.093	<b>.290**/.266*</b>	<b>.275**/.213</b>
K: Pragmatik	.079/.151	-.081/-.034	.081/. <b>328**</b>	.070/. <b>314**</b>
K: Rezeptive Sprache/ Aufmerksamkeit	.089/.041	-.055/-.113	<b>.293**/.371**</b>	<b>.368**/.368**</b>
P: Verständlichkeit	-.033/.097	-.028/-.006	<b>.305**/.435**</b>	<b>.285**/.424**</b>
P: Expressive Sprache	.078/.051	-.155/-.081	.124/. <b>426**</b>	<b>.192**/.448**</b>
P: Soziales/Spiel	.153/.126	-.093/-.116	.121/. <b>327**</b>	<b>.190**/.362**</b>
P: Unabhängigkeit	.103/.160	-.084/-.065	<b>.252**/.440**</b>	<b>.297**/.435**</b>
P: Copingstrategien/ Gefühle	.105/.190	-.012/-.122	.055/. <b>431**</b>	<b>.192**/.423**</b>
FOCUS®-G-Gesamt	.101/.116	-.098/-.065	<b>.222**/.422**</b>	<b>.273**/.423**</b>

Anmerkung: \*p<.05 \*\*p<.01, <sup>a</sup>gemittelte Werte beider Elternteile für Zwei-Eltern-Familien (n=223), K=Kapazität, P=Performanz, Daten der TEK/Daten der KSB

Tabelle 5 Parametrische Korrelationen (zweiseitig) der FOCUS®-G-Werte mit soziodemografischen Daten

Meinem Kind fällt es leicht, Freunde zu finden).

Es lagen zwölf einzelne Abfragepunkte mit Mittelwerten unter fünf Punkten für Kinder mit Sprechbeeinträchtigung vor, für sich typisch entwickelnde Kinder jedoch nur drei. Letztere sind zudem beiden Gruppen gemein: Item T1/8: *Mein Kind kommuniziert selbstsicher mit Erwachsenen, die mein Kind nicht gut kennen*; Item T1/16: *Mein Kind spricht langsamer, wenn*

*es nicht verstanden wird*; und Item T1/19: *Mein Kind wartet, bis es an der Reihe ist zu sprechen*. Acht von zwölf der durchschnittlich am niedrigsten bewerteten Abfragepunkte bei der Gruppe von KSB beziehen sich auf Kommunikationssituationen mit Erwachsenen, die das Kind nicht gut kennen. Die anderen vier Items spiegeln eher generell die eingeschränkte Verständlichkeit der Kinder wider.

## Zusammenhang des FOCUS®-G mit soziodemografischen Variablen

In der korrelationsanalytischen Überprüfung soziodemografischer Variablen zeigte sich ein schwacher, aber signifikanter Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad der Eltern ( $r=.222$ ;  $p=.008$ ) bzw. dem Sozialstatus der Familie ( $r=.273$ ;  $p=.001$ ) und der kommunikativen Partizipation (FOCUS®-G-Gesamtwert) bei der Gruppe der sich typisch entwickelnden Kinder (Tab. 4). Für die KSB zeigten sich hier noch höhere signifikante Korrelationen des Gesamtwertes in Bezug auf den Bildungsgrad der Eltern ( $r=.422$ ,  $p<.001$ ) bzw. den Sozialstatus der Familie ( $r=.423$ ,  $p<.001$ ).

Bezogen auf die FOCUS®-G-Profilwerte (Tab. 5) der TEK konnten nur die folgenden fünf Domänen (von 9) herausgestellt werden, die eine schwache, aber signifikante Korrelation mit dem Bildungsgrad der Familie ergaben: *Kapazität: Sprechen*:  $r=.202$  ( $p=.015$ ), *Kapazität: Expressive Sprache*:  $r=.290$  ( $p<.001$ ), *Kapazität: Rezeptive Sprache/Aufmerksamkeit*:  $r=.293$  ( $p<.001$ ), *Performanz: Verständlichkeit*:  $r=.305$  ( $p<.001$ ) und *Performanz: Unabhängigkeit*:  $r=.252$  ( $p=.002$ ). Für den Sozialstatus der Familie der TEK wiesen acht der neun Profilwerte signifikante Korrelationswerte zwischen .190 und .368 auf ( $p<.05$ ). Einzig für die Domäne *Kapazität: Pragmatik* liegt kein signifikanter Zusammenhang mit dem Sozialstatus vor. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei der korrelationsanalytischen Überprüfung der Werte der KSB ein schwacher, aber signifikanter Zusammenhang von allen FOCUS®-G-Profilwerten mit dem allgemeinbildenden Bildungsgrad der Familie (.238 bis .440,  $p<.05$ ). Dasselbe Bild zeigt sich für den familiären Sozialstatus. Hier liegen die Korrelationswerte zwischen .276 und .448 ( $p<.05$ ). Ein Profilwert (*Kapazität: Expressive Sprache*) weicht jedoch deutlich für die Gruppe der KSB ab. Hier liegt keine signifikante Korrelation in Bezug auf das soziodemografische Merkmal des Sozialstatus vor (Tab. 5).

Für die Merkmale Geschwisteranzahl und Wohnumgebung (Stadt/Land) konnte über beide Gruppen hinweg kein signifikanter Zusammenhang mit den FOCUS®-G-Werten festgestellt werden. Tabelle 5

zeigt alle berechneten Zusammenhänge in detaillierter Darstellung auf.

## Diskussion

### Ergebnisdiskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, erste empirische Daten zur sprachlichen Aktivität und Partizipation im Sinne der ICF-CY deutschsprachiger Kinder im Alter von 3;0-5;11 Jahren mit und ohne Sprechbeeinträchtigung zu generieren. Referenzdaten von TEK sind für die sprachtherapeutische Forschung und Praxis wichtig zu betrachten. So können sie als Zielwerte des FOCUS<sup>®</sup>-G als Therapy Outcome Measure (TOM) im Therapieverlauf oder -ende herangezogen werden. Die Daten der 154 sich typisch entwickelnden Kinder sind die ersten publizierten Daten zum FOCUS<sup>®</sup> international. In den vorherigen Studien des FOCUS<sup>®</sup>-Entwicklungsteams wurden bisher ausschließlich Kinder mit Sprech- und/oder Sprachstörung untersucht. Von daher ist leider momentan keine Einordnung unserer Daten in den internationalen Kontext möglich.

Die vorliegende Studie konnte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gesamt- und Profilwerten von Jungen und Mädchen feststellen. Die Kinder scheinen unabhängig von ihrem Geschlecht gleich erfolgreich in ihrer kommunikativen Partizipation [Teilhabe] zu sein. Von daher kann dieser Aspekt bei der Diagnostik- und Auswertung des FOCUS<sup>®</sup>-G in der Praxis unbeachtet bleiben.

Auch zeigen sich die Daten je nach Altersgruppe (3- bis 5-Jährige) als nicht signifikant unterschiedlich. Interessant ist, dass die FOCUS<sup>®</sup>-G-Gesamtwerte nicht stetig von Altersgruppe zu Altersgruppe anstiegen, wie man vermuten könnte. Eine mögliche Erklärung für die niedrigeren Werte der Gruppe der Vierjährigen könnte evtl. in der vorliegenden Stichprobe liegen. Sowohl der Bildungsgrad der Mutter, als auch der Sozialstatus der Familie weist bei dieser Gruppe tendenziell niedrigere Werte auf, die jedoch nicht signifikant sind. Für eine zukünftige Normierungsstudie zum FOCUS<sup>®</sup>-G wäre demnach eine Kontrolle dieser Merkmale vonnöten.

Für den Einsatz eines Assessments in der Praxis und Forschung ist es wichtig

zu überprüfen, ob und inwiefern soziodemografische Variablen bzw. familiäre Merkmale wie der soziale Status oder das Bildungsniveau der Eltern, Wohnsituation etc. einen Zusammenhang mit den erhobenen Werten aufweisen könnten. Die vorliegende Studie ist international die erste, die eine solche Korrelation untersuchte. Die vorliegenden Daten beider Gruppen zeigen einen schwachen, aber signifikanten Zusammenhang zwischen dem FOCUS<sup>®</sup>-G-Gesamtwert und dem Bildungsgrad der Mutter sowie mit dem Sozialstatus des Vaters. Des Weiteren konnten bei der Gruppe der KSB Korrelationen zwischen acht von neun FOCUS<sup>®</sup>-G-Profilwerten und dem Bildungsgrad der Mutter sowie dem Sozialstatus (des Vaters), außer bei dem Profil *Kapazität: Expressive Sprache*, herausgestellt werden. Dies ist zukünftig in der sprachtherapeutischen Praxis bei der Betreuung von Kindern mit unterschiedlichem sozioökonomischen Hintergrund zu beachten. Die ersten deutschen Daten zu einer Gruppe von 85 Kindern mit Sprechbeeinträchtigungen (KSB) ermöglichen Sprachtherapeuten die Einordnung von Werten eines eigenen Therapiekindes im Vergleich zu Kontrollen (TEK) nach Alter und Geschlecht. Weiterhin ist der erstmalige Vergleich dieser Einzeldaten zu einer Gesamtgruppe von Kindern mit Sprechbeeinträchtigung möglich. Weitere Datenerhebungen und detaillierte Analysen zu einzelnen Störungsbildern (z.B. phonologische Störungen) werden zukünftig genauere Vergleichswerte liefern.

Bisherige internationale Studien (Thomas-Stonell, Oddson et al., 2013; Thomas-Stonell, Washington et al., 2013; Washington, Thomas-Stonell et al., 2013) mit Einbezug von Kindern mit Sprechbeeinträchtigung (speech impairment only) liefern kaum Vergleichsmöglichkeiten, da sie aufgrund ihrer Zielsetzung (psychometrische Evaluation) keine Rohwerte liefern. Den einzigen aktuell verfügbaren Wert stellen Thomas-Stonell, Washington und Kollegen (2013) dar. In ihrer Stichprobe von 23 KSB (13% LKGS-Fehlbildung, 9% Zerebralparese, 4% Syndrome; Alter  $M=3,75$  Jahre) konnte der mittlere FOCUS<sup>®</sup>-Gesamtwert von  $M=247$  herausgestellt werden. Unsere Daten der KSB sind jedoch vergleichbar mit denen der

Gruppe mit CFCS Level I (Communication Function Classification System; Hidecker et al., 2011) von Cunningham, Hanna, Oddson, Thomas-Stonell und Rosenbaum (2017). Hier wurde eine Gesamtgruppe von 40.872 kanadischen Kindern mit sprachlich-kommunikativen Auffälligkeiten anhand des FOCUS<sup>®</sup> eingeschätzt. Die am leichtesten betroffene Gruppe (CFCS Level I) wird als „Wirksamer Sender und Empfänger mit unvertrauten und vertrauten Partnern“ definiert ([http://cfcs.us/wp-content/uploads/2014/02/CFCS\\_German\\_2013\\_01\\_29.pdf](http://cfcs.us/wp-content/uploads/2014/02/CFCS_German_2013_01_29.pdf)). Die hierin eingeschlossenen Kinder ( $n=7.991$ ; 4.389 Jungen; 2.768 Mädchen;  $M=46,96$  Mon.;  $SD=10,88$  Mon.) zeigten einen mittleren FOCUS<sup>®</sup>-Gesamtwert von  $M=266,62$  ( $SD=47,33$ ). Dieser Wert liegt nur 0,77 Punktwerte niedriger als der von uns herausgestellte FOCUS<sup>®</sup>-Gesamtmittelwert der KSB. Zukünftige deutsche Studien mit Daten schwerer beeinträchtigter Kinder (z.B. SES) werden die hier vorliegenden Daten in Bezug zueinander setzen können.

Eine detailliertere Analyse der Daten zeigte, dass sich einige der durchschnittlich am niedrigsten bewerteten Items bei der Gruppe von KSB auf Kommunikationssituationen mit eher unbekanntem Personen beziehen. Die untersuchten Kinder weisen alle eine verbal-expressive Sprechbeeinträchtigung auf. Hier liegt die Vermutung nahe, dass eine Einschränkung in der Verständlichkeit der Kinder vorliegt, die erwiesenermaßen bei unbekanntem Personen stark ins Gewicht fällt (Neumann, Rietz, & Stenneken, 2017). Auch für alle weiteren 41 Items erwiesen sich die Gruppenunterschiede als signifikant, was auf eine deutliche Einschränkung der kommunikativen Partizipation [Teilhabe] von Kindern mit Sprechbeeinträchtigung hinweist.

### Diagnostische und therapeutische Konsequenzen für die klinische Praxis

Basierend auf den vorgestellten Daten ermöglicht der FOCUS<sup>®</sup>-G erstmals die breite diagnostische Nutzung bei Kindern im Vorschulalter in sprachtherapeutischen Praxen in Deutschland.

Die Ergebnisse erlauben auch international eine wichtige Erweiterung der



sprachtherapeutischen, kulturell adäquaten Diagnostik von deutschsprachigen Kindern mit sprachlich-kommunikativem Unterstützungsbedarf. Mit der Nutzung des FOCUS®-G als Elternfragebogen wird die Einschätzung der Eltern über ihr Kind verstärkt in den therapeutischen Prozess und dessen Evaluation mit aufgenommen. Dies fördert ein tiefgreifendes Verständnis der Elternperspektive und damit einhergehend eine bessere therapeutische Betreuung des Kindes und seiner Familie (Washington et al., 2012).

Die vorliegenden Ergebnisse der KSB lassen erkennen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Einschränkungen in der ICF-CY-Domäne Körperfunktionen, speziell Artikulationsfunktionen (b320), und der Domäne Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe], Konversation (d350), besteht. Von daher sollten sich Sprachtherapeuten bewusst sein, dass eine symptomorientierte, kindzentrierte Intervention schon Auswirkungen auf die Fähigkeit zum sozialen Einbezug des Kindes haben kann (Washington, Thomas-Stonell, McLeod, & Warr-Leeper, 2012). Dies gilt es in der Sprachtherapieforschung jedoch noch empirisch zu bestätigen.

Durch den Einsatz des FOCUS®-G in der klinischen Praxis kann eine stärkere Anwendung der ICF-CY als Zielrahmen der Sprachtherapie bei Kindern

mit sprachlich-kommunikativem Unterstützungsbedarf stattfinden. Damit scheint es in einem nächsten Schritt auch besser möglich, sprachtherapeutische Interventionen in ein neues, breiteres Therapiekonzept im Sinne einer Makro-Praxis einzubetten. Dieses sollte zukünftig mehr und mehr auf die sprachliche Aktivität, kommunikative Partizipation und das sprachliche Lernumfeld des Kindes ausgeweitet sein (z.B. durch In-vivo-Training, Einbezug von peers). Nach Thomas-Stonell, Washington und Kollegen (2013) sollte die Sprachtherapie ihre Gewichtung stärker auf soziale Fertigkeiten und Spiel setzen. Dadurch könnten sie das Selbstvertrauen betroffener Kinder insofern erhöhen, dass sie besser in Spielaktivitäten und Interaktionen mit Gleichaltrigen einzusteigen vermögen. Aktuelle erste Ergebnisse von Cunningham und Kollegen (2017) zeigen, dass sprachtherapeutische Interventionen bei Kindern jedes (Vorschul-)Alters und unterschiedlicher Kommunikationsfähigkeiten zu bedeutenden kommunikativ-partizipativen Veränderungen führen können.

### Implikationen für die Forschung

Der FOCUS®-G erweist sich als psychometrisch gut evaluiertes Assessment der kommunikativen Partizipation [Teilhabe] von Kindern unter sechs Jahren. In einem nächsten Schritt wird er nun in Anlehnung an Thomas-Stonell, Oddson und Kollegen (2013) als Therapy Outcome Measure (TOM) überprüft und untersucht, ob er genau wie die englische Version in der Lage ist, Veränderungen zu dokumentieren. Zukünftige Studien sollten den FOCUS®-G auch bei Kleinkindern (1;6-3;0 Jahren) einsetzen. Zudem wäre es anzustreben, Untersuchungen bei Kindern mit anderen Sprach- und Kommunikationsstörungen durchzuführen. Erste Daten von Kindern (3;0-5;11 J.) mit Sprachentwicklungsstörung (SES) konnten hierzu schon erhoben werden (Zauke & Neumann, in Vorbereitung).

### Methodenkritik

Die Stichprobe der vorliegenden Studie war relativ groß und inkludierte unterschiedliche Gruppen von Kindern mit Sprechbeeinträchtigungen. Sie basiert

jedoch nur auf einer Population aus 13 Kindertagesstätten, 15 sprachtherapeutischen Praxen und zwei Universitätskliniken. Diese Stichprobe ist nicht systematisch ausgewählt und daher nicht als repräsentativ anzusehen. Zudem ist die ausgewählte Altersgruppe von 3;0-5;11-jährigen Kindern nur ein Teil der Altersrange des FOCUS®-G.

### Schlussfolgerung

Der ‚Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter sechs Jahren‘ (FOCUS®-G) ist das bisher einzige publizierte und evaluierte Diagnostikum für den deutschsprachigen Raum, das die sprachliche Aktivität und Partizipation von Kindern im Vorschulalter im Sinne der ICF-CY erhebt. Es wurden erstmals Referenzdaten zum FOCUS®-G von sich typisch entwickelnden Kindern im Vorschulalter vorgelegt, wie auch Vergleichsdaten zu Kindern mit Sprechbeeinträchtigung. Des Weiteren konnten Zusammenhänge der FOCUS®-G-Gesamt- und Profilwerte mit soziodemografischen Merkmalen der Familien dargestellt werden, die es sprachtherapeutisch zu beachten gilt. Mit der Nutzung des FOCUS®-G-Elternfragebogens wird der Grundstein für die Kindertherapie gelegt, eine ICF-CY-orientierte Sprachtherapie in Deutschland einzuführen und nach und nach zu etablieren.

### Danksagung

Wir möchten ganz herzlich allen Familien, Kindern, Erziehern, Sprachtherapeuten und studentischen Hilfskräften für die Teilnahme bzw. Hilfe bei der Datenerhebung danken. Unser besonderer Dank gilt Prof. Dr. Bert Braumann (Universitätsklinik Köln) sowie Prof. Dr. Andreas Jäger und Dr. Nikolaos Daratsianos (Universitätsklinik Bonn) für die Hilfe bei der Rekrutierung der Kinder mit LKGSF, weiterhin Patricia Sandrieser und Peter Schneider für die Unterstützung bei der Rekrutierung der Kinder mit Stotterersymptomatik.

### Interessenkonflikt

Die Ko-Autoren Nancy Thomas-Stonell und Bernadette Robertson haben den FOCUS®-G entwickelt. Die Rekrutierung der Probanden, Durchführung der Datenerhebung und Analyse der Daten in Deutschland erfolgte jedoch unabhängig durch Sandra Neumann und Sandra Salm.

## KURZBIOGRAFIE

**Prof. Nancy Thomas-Stonell** ist assoziiertes Mitglied des Forschungsteams des CanChild Centre for Childhood Disability Research in Hamilton, Kanada. Außerdem ist sie wissenschaftlich beratend für das Bloorview Research Institute des Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital in Toronto, Kanada, tätig. Zuvor war sie dort Wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie Assistant Professor an der University of Toronto. Für ihren Beitrag zur Forschung im Bereich Outcome Measurement wurde sie mit dem Distinguished Service Award der SLP Alumni Association der University of Toronto ausgezeichnet.

## Literatur

- Behr, D., & Scholz, E. (2011). Questionnaire translation in crossnational survey research. *Methoden-Daten-Analysen*, 5, 157-179.
- Caesar, L. G., & Kohler, P. D. (2007). The state of school-based bilingual assessment: Actual practice versus recommended guidelines. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 190-200.
- Cunningham, B. J., Hanna, S., Oddson, B., Thomas-Stonell, N., & Rosenbaum, P. (2017). A population-based study of communicative participation in preschool children with speech-language impairments. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Advance online publication. doi: 10.1111/dmcn.13515
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.
- Eadie, T. L., Yorkston, K. M., Klasner, E. R., Dudgeon, B. J., Deitz, J. C., Baylor, C. R., Miller, R. M., & Amtmann, D. (2006). Measuring communicative participation: A review of self-report instruments in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 307-320.
- Esser, G., Wyschko, A., Ballaschk, K., & Hänsch, S. (2010). *Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten (P-ITPA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2000). *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hidecker, M. J. C., Paneth, N., Rosenbaum, P. L., Kent, R. D., Lillie, J., Eulenberg, J. B., Chester, K., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M., & Taylor, K. (2011). Developing and validating the Communication Function Classification System (CFCFS) for individuals with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53, 704-710. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.03996.x
- Hinkle, D., Wiersma, W., & Jurs, S. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences*. Independence, KY: Wadsworth.
- Hollenweger, J., & Kraus de Camargo, O. (Hrsg.) (2011). *ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Lampert, T., Mütters, S., Stolzenberg, H., Kroll, L. E., & KiGGs Study Group (2014). Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGs-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGs Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt*, 57, 762-770. doi: 10.1007/s00103-014-1974-8
- Leitbild-Kommission der dbs-Dozentenkonferenz (2010). *Leitbild Akademische Sprachtherapeutin/Akademischer Sprachtherapeut*. Moers: dbs.
- Levin, K. S. (2013). The communicative participation of adults with cerebral palsy (Unveröffentlichte Dissertation). Stellenbosch University, South Africa. Verfügbar unter <http://scholar.sun.ac.za/handle/10019/185569>.
- McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 6, 75-81.
- McLeod, S., & McCormack, J. (2007). Application of the ICF and ICF-Children and Youth in Children with Speech Impairment. *Seminars in Speech and Language*, 28, 254-264.
- McLeod, S., & Threats, T. T. (2008). The ICF-CY and children with communication disabilities. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10, 92-109.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2008). Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In H. Moosbrugger, & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 7-26) Berlin: Springer.
- Neumann, S., Salm, S., Rietz, C., & Stenneken, P. (2017). The German Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS<sup>®</sup>-G): Reliability and validity of a novel assessment of communicative participation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 675-681.
- Neumann, S., Salm, S., Robertson, B., & Thomas-Stonell, N. (2018). Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter 6 Jahren (FOCUS<sup>®</sup>-G) – Erstes ICF-CY-kodiertes Assessment der kommunikativen Partizipation bei Klein- und Vorschulkindern. *Forum Logopädie*, 32, 14-19.
- Neumann, S., Rietz, C., & Stenneken, P. (2017). The German Intelligibility in Context Scale (ICS-G): Reliability and Validity Evidence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52, 585-594.
- Oddson, B., Washington, K., Robertson, B., Thomas-Stonell, N., & Rosenbaum, P. (2013). Inter-rater reliability of clinicians' ratings of preschool children using the FOCUS<sup>®</sup>: Focus on the Outcomes of Communication Under Six. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 37, 170-174.
- Roulstone, S., & McLeod, S. (Hrsg.) (2011). *Listening to children and young people with speech, language and communication needs*. London: J&R Press.
- Thomas-Stonell, N. L., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. L. (2010). Development of the FOCUS (FOCUS on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, 47-53.
- Thomas-Stonell, N. L., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. L. (2012). *Fokus auf den Erfolg der Kommunikation für Kinder unter 6 Jahren (FOCUS<sup>®</sup>-G)* [Erhebungsinstrument] (S. Neumann, Übers.). Verfügbar unter [www.canchild.ca](http://www.canchild.ca)
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2013). Validation of the Focus on the Outcomes of Communication under Six outcome measure. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55, 546-552.
- Thomas-Stonell, N., Washington, K., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2013). Measuring communicative participation using the FOCUS<sup>®</sup>: Focus on the Outcomes of Communication Under Six. *Child: Health Care & Development*, 39, 474-480.
- Washington, K., Oddson, B., Robertson, B., Rosenbaum, P., & Thomas-Stonell, N. (2013). Reliability of the Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS<sup>®</sup>). *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 15, 25-31.
- Washington, K., Thomas-Stonell, N., McLeod, S., & Warr-Leeper, G. (2012). Parents' Perspectives on the Professional-Child Relationship and Children's Functional Communication Following Speech-Language Intervention. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36, 220-233.
- Washington, K., Thomas-Stonell, N., Oddson, B., McLeod, S., Warr-Leeper, G., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2013). Construct validity of the FOCUS<sup>®</sup> (Focus on the Outcomes of Communication Under Six): A communicative participation outcome measure for preschool children. *Child: Health Care & Development*, 39, 481-489.
- Winkler, J., & Stolzenberg, H. (1999). Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Das Gesundheitswesen*, 61, 178-183.
- World Health Organization (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth version: ICF-CY*. Genf: World Health Organization.
- Zauke, S., & Neumann, S. (in Vorbereitung). Die Teilhabe von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen (SES) – Untersuchung zur kommunikativen Partizipation im Vorschulalter anhand des FOCUS<sup>®</sup>-G.



## Autorinnen

## Korrespondenzadresse

Dr. Sandra Neumann  
Akademische Rätin  
Universität zu Köln,  
Humanwissenschaftliche Fakultät  
Department Heilpädagogik und Rehabilitation  
Klosterstraße 79b, D-50931 Köln  
[sandra.neumann@uni-koeln.de](mailto:sandra.neumann@uni-koeln.de)

Sandra Salm, M.Sc.  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Universität zu Köln  
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)  
Eupener Str. 129, D-50933 Köln  
[sandra.salm@uk-koeln.de](mailto:sandra.salm@uk-koeln.de)

Bernadette Robertson, Reg. CASLPO., S-LP(C)  
Speech-Language Pathologist/Research Associate  
Bloorview Research Institute  
150 Kilgour Road, Toronto, On. M4G 1R8, CAN  
[brobertson@hollandbloorview.ca](mailto:brobertson@hollandbloorview.ca)

Prof. Nancy Thomas-Stonell  
Research Associate  
CanChild Centre for Childhood  
Disability Research  
McMaster University  
1400 Main Street West Hamilton, Ontario, CAN  
[nthomasstonell@gmail.com](mailto:nthomasstonell@gmail.com)



DOI dieses Beitrags  
([www.doi.org](http://www.doi.org))  
10.7345/prolog-1803176