

Das Therapeutische Handlungsprofil (THAP): Ein neues Instrument zur Bewertung praktischer Prüfungsleistungen

Henrik Bartels

Zusammenfassung

Der formale Ablauf der Prüfungsleistungen innerhalb der logopädischen Ausbildung ist in der Bundesrepublik durch den § 9 der Logopädischen Ausbildungs- und Prüfungsordnung (LogAPro) umfassend vorgeschrieben. Die inhaltlichen Kriterien, und damit auch die Bewertung hinsichtlich der therapeutischen Leistungen, obliegen jedoch zum großen Teil der Festlegung durch das Lehrpersonal. Das hier vorgestellte computergestützte „Therapeutische Handlungsprofil (THAP)“ versucht den Herausforderungen der benotenden (quantitativen) Einschätzung therapeutischer Fähigkeiten Rechnung zu tragen und einen Rahmen für eine weitgehend standardisierte Bewertungsprozedur zu erstellen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Logopädieausbildung – Bewertung therapeutischer Leistung – Therapeutisches Handlungsprofil

„I believe that the testing of the student's achievements in order to see if he meets some criterion held by the teacher, is directly contrary to the implications of therapy for significant learning.“

Carl Rogers

Zur Bewertbarkeit therapeutischen Handelns

In jedem sprachtherapeutischen Ausbildungsgang finden sich sowohl Inhalte, die sich mit den theoretischen Grundlagen der jeweiligen Störungsbilder befassen als auch solche, die Methoden zur Diagnostik und Therapie der damit verbundenen klinischen Auffälligkeiten vermitteln sollen. Gerade in sprachtherapeutischen Berufen erhalten jedoch auch Kompetenzen wie die therapeutische Interaktion mit den betroffenen PatientInnen einen hohen

Stellenwert – und so finden sich auch alle drei Parameter in den Bewertungskriterien bei den in der sprachtherapeutischen Ausbildung verbreiteten (und in der Logopädie gesetzlich vorgeschriebenen) praktischen Examensprüfungen wieder.

Nur ein geringer Teil der Lehrkräfte an sprachtherapeutischen Ausbildungseinrichtungen besitzt eine pädagogische Ausbildung, welche der von Lehrkräften an öffentlichen Regelschulen entspricht – so erhalten gerade Berufsanfänger selten strukturierende Hilfen, die den Einstieg in den neuen Beruf (wie z.B. Lehrlogopädin) erleichtern. Insbesondere in der Leistungsbewertung (Klausuren, Behandlungssproben, Examensprüfungen etc.) bewegen sich viele Lehrkräfte auf ungebütem Terrain und sind insofern geneigt, sich an das zu halten, was sie aus eigenen Ausbildungen kennengelernt haben. Bei theoretischen oder medizinischen Inhalten, in denen erwartete Antworten auf gestellte Fragen mit



Henrik Bartels

ist Logopäde und arbeitet seit 1998 am Studiengang Patholinguistik der Universität Potsdam in der praktischen und theoretischen Ausbildung der StudentInnen im Fachbereich Aphasie. Zuvor konnte er als Lehrlogopäde für Aphasie an der Schule für

Logopädie in Berlin-Mitte umfangreiche Erfahrungen in der logopädischen Ausbildung sammeln.

der tatsächlichen Produktion des Probanden abgeglichen und quantitativ erfasst werden, lässt sich die Bewertung vergleichsweise leicht herstellen. Schwieriger wird es bei therapeutischen Leistungen, deren Kriterien nicht immer leicht zu formulieren und deren „Output“ weitaus schwieriger nach operanten Kriterien zu bewerten ist. Aus diesem Spannungsfeld ergab sich die Motivation zur Konstruktion des Instruments „Therapeutisches Handlungsprofil (THAP)“.

Anforderungen der LogAPro

Die „Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPro)“ vom 1. Oktober 1980 gibt bis ins Detail den formalen Ablauf der staatlichen Prüfung für LogopädInnen vor. Neben der Festschreibung der Dreiteilung der Prüfung in jeweils einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil, der Zusammensetzung des Prüfungsausschusses und der Zulassungsbedingungen wird die Rechtsverordnung nach § 5 des

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer Projektarbeit des Autors im Bachelor-Studiengang Logopädie an der Fachhochschule Oldenburg / Ostfriesland / Wilhelmshaven Standort Emden im Sommersemester 2005

„Gesetzes über den Beruf des Logopäden“ vom 7. Mai 1980 besonders in der Beschreibung der praktischen Anforderungen spezifisch. So werden in § 7 LogAPro Abs. 1 die Prüfungsinhalte hinsichtlich der kurz- und längerfristigen Behandlungen geregelt, in Abs. 3 des gleichen Paragraphen heißt es: „Der praktische Teil der Prüfung wird von mindestens zwei Fachprüfern abgenommen und nach § 9 benotet.“ Der hier erwähnte § 9 legt dann detailliert das zu verwendende Schema fest, orientiert an der Vergabe und Umschreibung der bekannten Schulnoten von 1 bis 6.

Notengebung in der Kritik

Selbst für vermeintlich „hart“ bewertbare Disziplinen wie der Mathematik und umso mehr in Fächern wie Deutsch konnte in verschiedenen Untersuchungen immer wieder gezeigt werden, dass die für eine bestimmte Leistung vergebene Zensur in erheblichem Maße von Randfaktoren wie z.B. dem sozialen Milieu, welches dem Probanden zugeschrieben wird, abhängt (für einen Überblick siehe *Von Saldern*, 1999). Verschiedene „subjektive Fehlerquellen“, welche die Benotung von Lernenden beeinflussen, führen *Ziegenspeck & Lehmann* (1999) auf:

- **Halo-Effekt:** Die Bewerter lassen sich von einem zuvor gefassten Allgemein Eindruck leiten;
- **Reihungseffekt:** Anhebung oder Senkung des Niveaus abhängig von den zuvor an andere Prüflinge vergebenen Zensuren;
- **Beharrlichkeitseffekt:** Festhalten an einem Urteil aufgrund früherer Leistungen;
- **Kontrasteffekt:** Nach mehreren guten Leistungen wird eine mittelmäßige Leistung als schlecht bewertet;
- **Tendenzeffekte:** Zentraltendenz (Neigung zur Vergabe von Mittelwerten), allg. Milde oder Strenge;
- **Folgenabhängige Bewertung:** Bessere Beurteilung bei Schülern, die negative Folgen (z.B. Nichtbestehen) zu erwarten hätten.

Die beschriebenen Effekte kommen umso deutlicher zum Tragen, je schwerer eine Leistung objektiv quantifizierbar ist. Bei einer in diesem Sinne „weichen“ Disziplin wie therapeutischem Handeln sind zum Teil gravierende Auswirkungen auf die Vergabe der Prüfungsnoten zu erwarten. Zudem besitzt nur ein Teil der Lehrkräfte an

Logopädieschulen oder auch universitären Einrichtungen mit therapeutischer Ausbildung eine entsprechende pädagogische Qualifikation. Die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Lehrtätigkeit sowie Leistungsbewertung kann insofern nicht immer vorausgesetzt werden. Da sich die LogAPro nicht in der Frage von Kriterien zur Auswahl der Lehrkräfte äußert, ist grundsätzlich das Absolvieren einer logopädischen Ausbildung weiterhin ausreichend für die formale Befähigung zur Lehrtätigkeit.

Das Therapeutische Handlungsprofil (THAP)

Zielsetzung

Das Ziel des THAP ist die Anwendung eines computergestützten Auswertungsverfahrens zur Bewertung therapeutischer Leistungen in der sprachtherapeutischen Ausbildung. Dabei sollen die folgenden Anforderungen erfüllt werden:

- Die verschiedenen Abschnitte und Komponenten einer Therapie (Planung, Durchführung und Reflexion) sollen hinsichtlich definierter Aspekte therapeutischen Handelns (z.B. Linguistisches Wissen oder Patientensorientierte Aspekte) strukturiert und weitgehend standardisiert bewertbar werden.
- Die Auswertung soll sowohl direkt am Computer (während der Therapie oder Behandlungsprobe) oder auch in einer Paper-Pencil Fassung mit nachfolgendem Übertrag in die Auswertungsdatei durchgeführt werden. Die Auswertung erfolgt immer computergestützt. Durch Programmierung auf Microsoft-Excel®-Basis ist System- und Plattformkompatibilität gewährleistet.
- Das Verfahren soll für die Anwender in hohem Maße konfigurierbar sein. So ist angestrebt, sowohl die Gewichtung der einzelnen Therapieabschnitte als auch der Handlungsaspekt in der resultierenden Endzensur individuell bestimmbar zu halten.
- Das Verfahren soll zeitökonomisch sein – obwohl statt der üblichen 3 bis maximal 10 Noten in der vorliegenden Arbeit bis zu 31 Einzelwerte¹ vergeben werden, sollte nach einer Einarbeitungszeit und der Kon-

¹ Hier wird von 3 thematischen Abschnitten innerhalb einer Therapiesitzung ausgegangen; je weiterem Therapieabschnitt (max. 5) erhöht sich der genannte Wert um 5

figuration des Programms kein wesentlicher Zuwachs des für die Prüfung erforderlichen Zeitaufwands stattfinden.

- Es werden Vorschläge für die inhaltliche Ausgestaltung der letztgenannten qualitativen Parameter erarbeitet. So wird z.B. im Überblick versucht, eine grundlegende Definition dessen zu geben, was Aspekte wie „Patientensorientierte Kommunikation“ oder „Therapeutische Hilfen“, die im beschriebenen Verfahren enthalten sind, konkret an Leistung bzw. Verhalten fordern. Aufgrund der breiten Fächerung therapeutischer Ansätze und Störungsbilder kann es nicht gelingen, allgemein gültige Vorgaben zu den entsprechenden Parametern zu geben – vielmehr ist es Aufgabe der Anwender, in Teamarbeit die Anforderungen für die genannten Punkte zu bestimmen. Logopädie, Patholinguistik und andere sprachtherapeutische Berufsgruppen sind direkte Bezugsdisziplinen für die Konstruktion des THAP. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass auch verwandte Berufsgruppen bei Anpassung der Parameter von der Anwendung des Systems profitieren können.

Die Handlungsaspekte des THAP

Die Suche nach den Kriterien, die in der Bewertung therapeutischer Leistung Relevanz besitzen, basiert zwangsläufig auf der Frage, was im eigentlichen Sinne eine gute und patientengerechte Sprachtherapie charakterisiert. Eine Frage, die *Bauer et al.* für die Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und die Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) zusammenfassend wie folgt beantworten: „Eine gute Sprachtherapie bietet erwachsenengerechte Lern- und Arbeitsbedingungen, basiert auf einer sorgfältigen und umfassenden Diagnostik und richtet sich nach realistischen und an den Lebensumständen des Patienten orientierten Zielen.“ (*Bauer et al.*, 2002)

Die in den folgenden Abschnitten umrissen dargestellten Bewertungskriterien für die Punktergabe bei der Anwendung des THAP sind die an der Universität Potsdam im Institut für Patholinguistik für relevant erachteten Kriterien. Sie wurden im Zusammenhang mit der Konstruktion des THAP im Team ausführlich diskutiert und überarbeitet und wurden in der Erprobung des Verfahrens eingesetzt.

Linguistisch-fachliches Wissen

Das fachlich-medizinisch-linguistische Wissen kann unabhängig von der Disziplin, die Gegenstand der jeweiligen Therapie ist, als zentrale Kernkompetenz jeder therapeutischen Intervention im Bereich der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie angesehen werden. Auch wenn zum heutigen Zeitpunkt, z.B. im Bereich der Aphasiotherapie, noch keine 1:1-Verbindung bestimmter theoretischer Annahmen über gestörte Sprachproduktion und direkt daraus ableitbare (und auch nachweislich erfolgreiche) Therapie hergestellt wird, konnte anhand von Einzelfallstudien nachgewiesen werden, dass theorie- und evidenzbasierte Therapieformen auch bei Patienten, deren Störungsprofil anderes erwarten ließe, wirksam sind (vgl. für einen Überblick *Basso*, 2003, S. 75ff).

Das theoretische Wissen drückt sich vorwiegend in der Planung einer Therapie aus, die neben einer realistischen Zielsetzung und der Berücksichtigung der Relevanz für den Patienten (*Grötzbach*, 2004) auch die theoretischen Überlegungen reflektieren sollte, die zur Auswahl bestimmter Aufgaben und Methoden führen. Gleichfalls obligatorisch sollten frühzeitige Überlegungen hinsichtlich einer möglichen Evaluation der im Planungszeitraum stattfindenden Therapien sein, so dass das diagnostische Prozedere darauf abgestimmt werden kann. Demzufolge ist die linguistisch-fachliche Kompetenz nicht Gegenstand der Beurteilung während der Sitzung. Zwar hängt der positive Verlauf der Therapie essentiell von dieser Kompetenz ab, die in der Sitzung beobachtbare Umsetzung jedoch wird im Abschnitt „Inhaltliche Schwerpunktsetzung“ berücksichtigt.

Patientenorientierte Aspekte

Aus therapeutischer Sicht nehmen Aspekte der Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn einen wichtigen und in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzenden Schwerpunkt in der Therapie ein. *Byng & Black* (1995) sehen in der Beziehung und Interaktion zwischen TherapeutIn und PatientIn eine zentrale Vermittlerrolle zwischen Aufgabe, Material und verbundenen psycholinguistischen Theorien im Gefüge des therapeutischen Settings. *Kohler* (1996) weist der Interaktion zwischen den Aktanten einer Therapie eine wichtige Rolle in der Kontrolle emotionaler und motivationaler Prozesse zu. Folgende Parameter können als wichtige beobachtbare Kriterien

erachtet werden und werden zur Bewertung herangezogen:

- Sprechverhalten: Sind Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke und Deutlichkeit situativ angemessen und auf die rezeptiven Fähigkeiten der Patienten abgestimmt?
- Ist die Körperhaltung zugewandt und offen?
- Besteht Blickkontakt? Auch bei Therapieformen, die stark auf die konzentrierte Arbeit mit schriftlichen Vorlagen abheben, werden sich „kommunikative Inseln“ ereignen, in denen diesem Aspekt eine hohe Bedeutung zugeschrieben werden kann.
- Werden Gesprächsführungstechniken beherrscht und im kommunikativen Umgang berücksichtigt? Das Menschenbild sowie die davon abgeleiteten Prinzipien der Klientenzentrierten Gesprächsführung des amerikanischen Psychologen Rogers (im Überblick dargestellt von *Patterson* 1977) sowie die Prinzipien des Aktiven Zuhörens seines Schülers *Gorden* (1996, 1997) geben gerade Studierenden Anhaltspunkte für den Umgang mit den möglicherweise für sie ungewohnten Kommunikationssituationen.
- Wird adäquat auf Einwürfe, Problembeschreibungen oder auch Kritik von Seiten des Patienten reagiert?
- Ist das Feedback, welches den PatientInnen inhaltlich gegeben wird, adäquat, authentisch und spezifisch?
- Werden im Gespräch vorwiegend offene Fragen gestellt?
- Dient das Gesprächs- und Interaktionsverhalten dazu, der Therapie das angemessene Tempo zu verleihen?

Inwieweit die formulierten Kriterien von den Studierenden umgesetzt werden, hängt sicherlich zum Einen davon ab, wieweit diese sich die (erlernbare) Methodik der Gesprächsführung zu eigen machen konnten, aber auch, inwieweit diese in der Lage sind, sich auf neue Kommunikationssituationen einzustellen. Einfluss haben hier jedoch auch nur begrenzt erlernbare und damit schwer bewertbare (Persönlichkeits-)Merkmale wie Spontaneität, Offenheit etc. Insofern besteht die Möglichkeit, dem ebenfalls bewertbaren Entwicklungsaspekt der Studierenden (siehe Abschnitt „Entwicklungsaspekte“) einen entsprechenden Stellenwert zuzuweisen.

Therapeutische Hilfen

In einer dem Störungsgrad der PatientIn angepassten Therapie wird es immer wieder zu Situationen kommen, in welchen die Aufgabe nicht aus eigener Hilfe gelöst

werden kann und auf den Einsatz therapeutischer Hilfen zurückgegriffen werden muss. Der Erfolg einer Sprach-, Sprech- oder Stimmtherapie hängt insofern grundsätzlich davon ab, inwieweit der Einsatz dieser Hilfen von der Kenntnis ihrer Möglichkeiten und Grenzen geleitet ist:

- Werden die richtigen Hilfen gegeben, angepasst dem Schweregrad und der funktionalen Lokalisation der Störung?
- Wird den Patienten genug Zeit zur eigenen Lösungsfindung gelassen bzw. wird zu lange mit dem Einsatz therapeutischer Hilfen gewartet?
- Sind die Interventionen wirklich *Hilfen*, die PatientInnen beim Erreichen des eigentlichen Übungsziels unterstützen, werden eher *Umwegleistungen* zur Lösung der Aufgaben benutzt oder dient das Eingreifen eher dem kurzfristigen Abbruch einer Übung (*Aussteiger*), wie es bei falscher Einschätzung des Schwierigkeitsgrads oder Leistungsschwankungen des Patienten notwendig sein kann?
- Sind die Hilfen in logisch aufeinander aufbauender Abfolge konzipiert? Hier ist besonders das *Prinzip der maximalen Eigenleistung* zu berücksichtigen – Hilfen, die den Patienten die Möglichkeit lassen, die Aufgaben mit möglichst großer Eigenaktivität letztendlich selbstständig zu lösen, sind solchen vorzuziehen, bei denen schließlich nur noch eine Vorgabe wiederholt wird.

Inhaltliche Schwerpunktsetzung, Auswahl des Materials

Der Bereich der inhaltlichen Schwerpunktsetzung reflektiert sowohl die Auswahl der richtigen Inhalte in der Therapie, bezogen auf die Stundenziele und den Schwierigkeitsgrad der einzelnen Übungen als auch die Auswahl des geeigneten Materials. Dieser Punkt wird sich in vielen Fällen mit den formulierten Inhalten in Rahmen- und Stundenplanung decken, was jedoch nicht immer der Fall sein muss.

In vielen Fällen fordert die Tagesform der PatientInnen sinnvolle Variationen und Veränderungen der Inhalte während der Sitzung, was hohe Anforderungen an die Flexibilität und Methodensicherheit der Therapeuten stellt.

Ein besonderes Augenmerk liegt zudem darauf, wieweit es gelingt, die Patienten in der Einführung der einzelnen Übungen zu instruieren.

Zeiteinteilung

Ein wichtiger Aspekt der Therapie ist die Zeit, die für jede einzelne Übung in angemessener Dauer zur Verfügung steht. Der Punkt unterliegt ebenfalls der vorangegangenen Planung der Therapie, muss jedoch häufig modifiziert werden, so dass sich die Frage der adäquaten Nutzung der zur Verfügung stehenden Zeit in jeder Übung neu stellt.

Entwicklungsaspekte

Die Studierenden in sprach-, sprech- und stimmtherapeutischen Ausbildungen beginnen ihre Ausbildungen mit sehr unterschiedlichen beruflichen und persönlichen Erfahrungshintergründen. Zwar haben viele der Studierenden vor Beginn der Ausbildung soziale Praktika absolviert, eine Berufserfahrung im therapeutischen Bereich, die mit der strukturierten Konzeption und Durchführung therapeutischer Leistungen verbunden war, liegt jedoch nur in seltenen Fällen vor. Daher wird innerhalb des THAP ein Entwicklungsaspekt bewertet. Dieser schließt ein, inwieweit das Vorgehen innerhalb der Planung bzw. jeweiligen Übung die Umsetzung von Anregungen seitens der Praxisbetreuer und eigener Erfahrungen in vorangegangenen Sitzungen reflektiert.

Selbstreflexion

Baumgartner charakterisiert den Prozess der sprachtherapeutischen Selbstreflexion im Zusammenhang mit kollegial-fachlicher Beratung als „(...) Konfrontation mit den eigenen positiven Fähigkeiten, den persönlichen fachlichen und sozial-interaktiven Stärken.“ (Baumgartner, 1998) Er sieht in dieser Selbstbewertung des therapeutischen Prozesses einen zentralen Bestandteil sprachtherapeutischer Qualitätssicherung.

Neben der Beobachtung und Beschreibung positiver Aspekte des Therapeutenverhaltens beinhaltet Selbstreflexion aber auch das Wahrnehmen von Defiziten. Aus den gewonnenen Erkenntnissen heraus können spätere Verhaltensänderungen begründet und entwickelt werden (Schulz von Thun, 1998).

Die therapeutische Selbstreflexion ist in der überwiegenden Zahl der therapeutischen Ausbildungseinrichtungen zentraler Bestandteil der praktischen Prüfungen und fließt zu einem hohen Prozentsatz in die Gesamtbewertung der Prüfungsleistung ein.

In der Selbstreflexion sind die Studierenden gefordert, die eigenen Handlungen in der Prüfungssitzung hinsichtlich der Aspekte „Patientenorientierte Aspekte“, „Therapeutische Hilfen“, „Inhaltliche Schwerpunkte/Methodik“ sowie „Zeiteinteilung“ zu bewerten. Es soll aber auch diskutiert werden, inwieweit der Plan eingehalten werden konnte, ob für einzelne Vorgehensweisen Alternativen bestanden hätten und welche Verhaltensänderungen für die Zukunft denkbar wären.

Aufbau und Struktur

Der Auswertungsbogen (Excel-Datei, Tab. 1, nächste Seite) stellt in Form einer Matrix auf der horizontalen Leiste die zu bewertenden Aspekte therapeutischen Handelns dar, in der Vertikalen finden sich zunächst Abschnitte für den Rahmenplan und die Konzeption der Einzelsitzung sowie darunter jeweils eine Reihe für jeden einzelnen Abschnitt innerhalb der Sitzung.

In den einzelnen weißen Feldern auf den Schnittpunkten der Matrix wird die jeweilige Einzelbewertung eingetragen. Die therapeutische Leistung wird dabei auf einer Skala von 1-4 bewertet (Tab. 2, nächste Seite). Bewusst wurde ein Schema gewählt, das

Tab. 1: Auswertungsbogen

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|-------------------|------------------|----------------|------------------------------|----------------|---------------|-------------|
| Patient: | | Behandlung durch: | | | Anzahl der Übungsabschnitte: | | | |
| Störungsprofil: | | Datum: | | | | | | |
| Bewertung | Therapieplanung | | | | | | | |
| | | Ling. Wissen | Pat.orient. Asp. | Hilfen | Inhaltl. Mat. | Zeiteinteilung | Entwicklung | Score |
| | Gesamtplan | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3,55 |
| | Sitzungsplan | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3,15 |
| | Verlauf | | | | | | | |
| | | Ling. Wissen | Pat.orient. Asp. | Hilfen | Inhaltl. Mat. | Zeiteinteilung | Entwicklung | |
| | Abschnitt 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3,60 |
| | Abschnitt 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2,00 |
| | Abschnitt 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3,20 |
| | Abschnitt 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 |
| | Abschnitt 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2,85 |
| | Reflexion | | | | | | | |
| | Pat.orient. Asp. | Hilfen | Inhaltl. Mat. | Zeiteinteilung | | | | |
| | 4 | 3 | 4 | 3 | | | 3,50 | |
| | | | | | | | Planung | 3,39 |
| | | | | | | | Therapie | 3,13 |
| | | | | | | | Reflexion | 3,50 |
| | | | | | | | Punkte | 3,28 |
| Konfiguration | Konfiguration Therapieplanung | | | | | | | |
| | | LingWiss | PatientenAsp | Hilfen | InhaltLog | Zeit | Umsetzung | |
| | | 5 | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 | 20 |
| | Konfiguration Durchführung | | | | | | | |
| | | PatientenAsp | Hilfen | InhaltLog | Zeit | Umsetzung | | |
| | | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 20 | |
| | Konfiguration Therapieabschnitte | | | | | | | |
| | | Planung | Verlauf | Reflexion | | | | |
| | | 3 | 5 | 2 | 10 | | | |
| | Konfiguration Planung | | | | | | | |
| | Ges.Plan | SitzPlan | | | | | | |
| | 3 | 2 | 5 | | | | | |
| Notenwerte | | | | | | | | |
| | Cut-off | Score | | | | | | |
| | 1 | 85 | 3,55 | | | | | |
| | 2 | 75 | 3,25 | | | | | |
| | 3 | 60 | 2,80 | | | | | |
| | 4 | 45 | 2,35 | | | | | |
| | 5 | 35 | 2,05 | | | | | |

nicht dem klassischen, in öffentlichen Schulen verwendeten Schema entspricht. Hier soll den mit diesem Schema verbundenen Konnotationen entgegengewirkt werden, deren tradierte Implikationen sich oft eher

nachteilig auf eine objektive Bewertung der Probanden auswirken (vgl. *Ziegenspeck & Lehmann, 1999*). Ebenso wurde der Umfang der Bewertungsskala reduziert. Diese scheinbare Einschränkung soll jedoch den

Entscheidungsprozess, auch im Licht ökonomischer Aspekte, erleichtern und wird durch die Vielzahl der Einzelbewertungen und die dahinter stehenden Rechenalgorithmen ausgeglichen.

Tab. 2: Bewertungsschema

| Punktwert | Definition |
|--------------------|---|
| (4) Gut | Sehr gute Leistung, die Anforderung des jeweiligen Aspekts wurden vollständig erfüllt |
| (3) Befriedigend | Gute bis befriedigende Leistung, die den Anforderungen genügt |
| (2) Annehmbar | Insgesamt unterdurchschnittliche Leistung, die nur zum Teil den Anforderungen genügt |
| (1) Unbefriedigend | Unbefriedigende Leistung |

Konfiguration

Aufgrund der Vielzahl sprach-, sprech- und stimmtherapeutischer Störungsbilder, die unterschiedliche therapeutische Schwerpunktsetzungen fordern, und der weiten Palette therapeutischer Paradigmen sind die Algorithmen, nach welchen der Gesamtwert ermittelt wird, umfassend konfigurierbar.

So sind je nach Herangehensweise und Therapieansatz sehr unterschiedliche Gewichtungen sowohl der Bewertung der Handlungsaspekte (linguistisches Wissen, Zeiteinteilung etc.) als auch der Therapieabschnitte möglich und notwendig. Diese pro Störungsbild einmalige Konfiguration sollte innerhalb des therapeutischen Lehrteams, welches dem jeweiligen Störungsbild zugeordnet ist, stattfinden. Mit der Konfiguration legen die Verantwortlichen beispielsweise fest, wie beim Störungsbild Aphasie das Therapeutenverhalten in Relation zum linguistischen Fachwissen bewertet wird und welche Relation zwischen Planung, Durchführung und Selbstreflexion besteht. Dies kann sich im Vergleich der Störungsbilder Stottern vs. Aphasie grundlegend unterscheiden.

Zur Festlegung der Gewichtungen müssen im Konfigurationsabschnitt in den einzelnen Bereichen Werte eingegeben werden, die die jeweilige Gewichtung des Aspektes bzw. Therapieabschnitts widerspiegeln. Am rechten Rand jeder Zeile befindet sich ein Kontrollwert, welcher der Summe der Einzelwerte entsprechen muss. Ist der Gesamtwert nicht erreicht oder überschritten, bleibt die Zahl rot (sie wird grün, sobald die Summe erreicht ist).

Beispiel: Wird im Sektor „Konfiguration Durchführung“ der Wert unter „PatientenAsp“ auf 10 gesetzt, so fließt die dort erzielte Wertung zur Hälfte in die Gesamtwertung des Abschnitts „Durchführung“ ein. Falls patientenorientierte Aspekte in der Planung der Therapie geringer gewichtet werden sollen, ist der Wert in „Konfiguration Therapieplanung“ geringer zu wählen. Die Erstellung der Konfiguration ist ein aufwändiger (und diskussionsträchtiger) Schritt, der pro Störungsbild im therapeutischen Team einmalig durchgeführt

werden muss. Falls die Konfiguration von den jeweiligen Fachdozenten geplant und verantwortet wird, hat dies den positiven Aspekt, dass bei Therapieproben auch themenfremde Lehrkräfte oder neue Kollegen leichter integriert werden können.

Der untere Abschnitt der Konfiguration legt fest, in welcher Form der Gesamtwert in Notenwerte umgerechnet wird.

Hier sollte (ebenfalls im Team) festgelegt werden, ab welchen Prozentwerten (Cut-Offs) die entsprechenden Noten vergeben werden. Aus den definierten Prozentwerten (Mitte, weiße Felder) errechnen sich automatisch die Wert-Cut-Offs (rechts, graue Felder). Durch die Festlegung dieser Wert-Cut-Offs kann dann auch den Werten der Einzelabschnitte bzw. Untergruppen (Planung, Therapie, Selbstreflexion) manuell ein Notenwert zugeordnet werden.

Durchführung und Auswertung

Der obere Teil des Bogens bewertet die Therapieplanung unter den Aspekten Anwendung linguistisch-fachspezifischen Wissens, Patientenorientierte Aspekte, Anwendung von Hilfen, Inhaltliche Planung, Auswahl des Materials, Zeiteinteilung und Berücksichtigung der therapeutischen Entwicklung. Die weißen Felder müssen jeweils vollständig ausgefüllt werden.

Im zweiten Abschnitt wird der Verlauf der Therapie bewertet. Die Parameter sind die Gleichen wie vorangegangenen Abschnitt, es fehlt jedoch der Aspekt des theoretischen Fachwissens, da sich dieses vorwiegend in der Planung der Therapie abbildet. In der Durchführung kommt die Anwendung dieses Wissens zum Tragen und wird unter dem Aspekt Inhalt/Material berücksichtigt. Das Verfahren geht in der aktuellen Version

von einer Durchführung von drei bis fünf Übungsabschnitten aus:

Zuletzt wird die Fähigkeit des Probanden zur Eigenreflexion bewertet. Da es in diesem Zusammenhang wenig sinnvoll erscheint, die Eigeneinschätzung des theoretischen Wissens oder des Entwicklungsaspekts zu ermitteln, werden diese beiden Aspekte nicht berücksichtigt.

Mit jeder Eingabe wird der Gesamtwert aktualisiert. Das Gesamtergebnis ist aussagefähig, sobald die Planung, mindestens drei der Therapieabschnitte und die Selbstreflexion vollständig bewertet sind. Allerdings können die Einzelergebnisse der einzelnen Abschnitte bereits nach der Bewertung des entsprechenden Abschnitts in der Wert-Zeile rechts daneben eingesehen werden.

Zum Abschluss der vollständigen Bewertung wird der Gesamtwert automatisch in einen (Schul-)Notenwert, abhängig von den Maßgaben der Grundkonfiguration übertragen.

Erfahrungen

Die Bewertung studentischer Therapien mit Hilfe des THAP wurde in der Ausbildung von PatholinguistInnen an der Universität Potsdam mehrfach erprobt.

Die Arbeit mit dem Verfahren stieß bei den Beteiligten im Allgemeinen auf ausgesprochen positive Resonanz. Zusammenfassend lassen sich die nachfolgenden positiven Aspekte, aber auch noch vereinzelte Problembereiche zusammenfassen:

► Die Einschränkung auf nur vier zu vergebende Werte bei der Punktvergabe wurde insgesamt nicht als solche empfunden. Im Gegenteil vereinfachte die 4er Skala die Entscheidung für einen passenden Wert,

was auch angesichts der Vielzahl der bewertenden Aspekte notwendig ist.

► Die starke Strukturierung, die das Bewertungsverfahren fordert, führt zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der zu beurteilenden Leistung, stärker als dies mit einer globaleren Vorgehensweise oder noch mehr einer reinen bestanden/nicht-bestanden Klassifizierung der Fall wäre.

► Die Umstellung auf das Vierersystem, verbunden mit einer Umkehrung der Polarität, fordert von den Anwendern eine gewisse Bereitschaft zur Umstellung. Der Bewertungsprozess erscheint dadurch auf der Oberfläche zunächst schwieriger, mittelfristig führt die Ablösung vom klassischen Benotungssystem aber zu einer neutraleren Punktvergabe.

► In der Testsitzung tauchten vereinzelt Situationen auf, in welchen sich die vorgegebenen Skalen nur schwer auf das Geschehen im Therapieraum anwenden ließen. Das war insbesondere dann der Fall, wenn Abschnitte, deren Schwerpunkt das Gespräch zwischen Patient und Therapeut war, nach inhaltlich-methodischen Kriterien bewertet werden sollten. Zurzeit konnte noch keine Lösung für diese Problematik gefunden werden. Eine Nichtbewertung einzelner Unterpunkte ist aufgrund der komplexen Rechenvorgänge, die den „Motor“ des Verfahrens bilden, zurzeit nicht möglich und würde in diesem Fall zur (wenn auch geringfügigen) Abwertung der Gesamtsitzung führen.

► Es zeigte sich, dass es keinen Nachteil darstellt, wenn die BewerterInnen den Bogen während der Therapie auf Papier ausfüllen und später in das Excel-Formular eingeben möchten. Der Übertrag in das elektronische Formular mit sofortiger Auswertung nimmt etwa drei Minuten Zeit in Anspruch.

Resümee: Möglichkeiten und Grenzen des THAP

Die Nutzung des THAP fordert von Lehrenden im Bereich der Sprachtherapie, sich dezidiert mit den eigenen Anforderungen an Therapie in ihren verschiedenen Facetten auseinander zu setzen und theoretische Konstrukte für die inhaltliche und formale Ausgestaltung der Therapie zu entwickeln. Je genauer diese Inhalte formuliert sind, desto aussagekräftiger lassen sie sich auch den Studierenden gegenüber vermitteln,

was sich mittelfristig auch bei diesen positiv auf die Tiefe der Auseinandersetzung mit ihrer therapeutischen Tätigkeit auswirken wird.

Die Algorithmen der Excel Datei wurden im Verlauf der Entwicklung mehrfach auf ihre Anwendbarkeit überprüft – und überarbeitet. Entstanden ist ein effizientes Verfahren, dass den Zeitaufwand bei der Bewertung praktischer Prüfungsleistungen nicht erhöht und zudem aufgrund der hohen Anzahl von Einzelpunkten ein genaues und auch für die Probanden gut nachvollziehbares Ergebnis produziert.

Das THAP ermöglicht, bekannte Fehlerquellen in der Bewertung therapeutischer Leistungen und deren Auswirkung auf der Endergebnis zu reduzieren; völlig vermeiden lassen sich Fehler wie der Halo-Effekt nicht.

Das Verfahren bemüht sich, den Anspruch von Behandlungstests auf Testgüte so weit wie möglich zu unterstützen. In umfassenderen Studien kann erhoben werden, inwieweit sich innerhalb der Bewertungen Objektivität und insbesondere Interrater-Reliabilität herstellen lassen – ein Anspruch, der mit den vorhandenen Daten der an der Universität Potsdam durchgeführten Erprobungsstudie nur sehr begrenzt eingelöst werden kann.

Unbestreitbar handelt es sich der qualitativen Bewertung sprachtherapeutischer Intervention (die spätestens dann, wenn sie sich in Notenskalen niederschlägt, ja auch eine Quantifizierung beinhaltet), um eine äußerst schwierige Aufgabe.

Angesichts der immer vehementer geäußerten Forderungen nach Qualitätssicherung in therapeutischen Betätigungsfeldern und damit auch in der therapeutischen Ausbildung scheint eine solche Vorgehensweise jedoch unumgänglich und sinnvoll.

Literatur

- Basso, A. (2003). *Aphasia and its Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Bauer, A., De Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K.-J. & Huber, W. (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). *Aktuelle Neurologie* 29, 63-75
- Baumgartner, S. (1998). Wissenschaftliche Sprachheilpädagogik und die Qualitätssicherung professionellen therapeutischen Handelns. *Die Sprachheilarbeit* 5 (43), 243-59
- Byng, S. & Black, M. (1995). What makes a therapy? Some parameters of therapeutic intervention in aphasia. *European Journal Of Disorders Of Communication* 3 (30), 303-16
- Gordon, T. (1996). *Familienkonferenz: die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind*. München: Heyne
- Gordon, T. & Sterling, W. (1997). *Patientenkonferenz: Ärzte und Kranke als Partner*. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Grötzbach, H. (2004). Zielsetzung in der Aphasietherapie. *Forum Logopädie* 5 (18), 12-17
- Kohler, J. (1996). PsychAphasie – Emotionale und motivationale Aspekte der Aphasietherapie. *Logos interdisziplinär* 4 (2), 118-28
- Patterson, C. H. (1977). *Foundations for a Theory of Instruction and Educational Psychology*. New York: Harper & Row
- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden: 3 – Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation*. Hamburg: Rowohlt
- Von Saldern, M. (1999). *Schulleistung in Diskussion*. Hohengehren: Schneider
- Ziegenspeck, J. & Lehmann, J. (1999). *Handbuch Zensur und Zeugnis in der Schule. Historischer Rückblick, allgemeine Problematik, empirische Befunde und bildungspolitische Implikationen. Ein Studien- und Arbeitsbuch*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Autor

Henrik Bartels
Universität Potsdam
Institut für Patholinguistik
Karl-Liebknecht-Str. 24/25
14467 Golm
henrik.bartels@onx.de

Summary

Therapeutic Action Profile: a new instrument for the assessment of therapeutic achievement

The formal course of exams within the education of logopedists in Germany is comprehensively prescribed by § 9 of the logopedic examination regulations (Logopädische Ausbildungs- und Prüfungsordnung, LogAPro). Criteria regarding the content, and thus also the assessment of the therapeutic achievements, however, are determined to a large extent by the teaching staff. The computer-aided „Therapeutic Action Profile“ (THAP) presented here takes into account the challenges of evaluating therapeutic achievements in a quantitative manner. We aim at providing a framework for a largely standardised evaluation procedure.

KEY WORDS: education of logopedists – assessment of therapeutic achievements – Therapeutic Action Profile