

# Der Anamneseleitfaden zum Sprach- und Sprecherwerb

Ein Instrument für die Kindersprachtherapie

*Maike Gumpert, Petra Korntheuer, Susanne Vogt*

**ZUSAMMENFASSUNG.** Dieser Beitrag thematisiert Funktion, Art und Form der Anamneseerhebung in der Kindersprachtherapie. Die Inhalte der Anamnese werden aus theoretischer und klinischer Sicht beleuchtet. Außerdem wird der halbstrukturierte Leitfaden *Anamnese zum Sprach- und Sprecherwerb* für die mündliche Anamneseerhebung bei kindlichen Sprach- und Sprechstörungen vorgestellt. Mit seiner Orientierung an der Sichtweise der ICF (WHO 2001) lassen sich individuelle Gegebenheiten in der Entwicklung und der Lebenswelt des betroffenen Kindes erfassen, die dann in Diagnostik und Intervention einfließen können. Die Anamneseerhebung wird dabei nicht als bloße Sammlung von Informationen verstanden. Sie verfolgt zusätzlich Ziele zum Aufbau von Beziehung und Kooperation.

Schlüsselwörter: Anamnese – ICF – kindliche Sprach- und Sprechstörung – Gesprächsinhalte – Gesprächspraxis

## Einleitung

Sowohl in der Medizin (z.B. *Dahmer 2006, Reuner & Pietz 2006, Segerer 2007*) als auch in der Sprachtherapie (z.B. *Schöler 1999, Schrey-Dern 2006*) scheint die Bedeutung der Anamnese nahezu unumstritten zu sein. Doch trotz dieser hohen Relevanz finden sich in der Literatur erstaunlicherweise kaum umfassendere Betrachtungen zu Form, Funktion und Bedeutung der Anamnese in der Logopädie. Im vorliegenden Beitrag werden daher einige grundsätzliche Überlegungen zur Anamnese dargestellt und darauf aufbauend der Leitfaden *Anamnese zum Sprach- und Sprecherwerb* bei Kindern vorgestellt. Dieser Anamneseleitfaden besteht aus einem Dokumentationsbogen und einer Handanweisung und soll dazu beitragen, ein Anamnesegespräch möglichst Gewinn bringend zu führen und dabei die maßgeblichen Fragen zu stellen. Der Leitfaden kann von der Homepage der Hochschule Fresenius Idstein heruntergeladen werden.

## Relevanz, Funktion und Inhalte der Anamnese

Üblicherweise wird zu Beginn einer logopädischen Therapie eine Anamnese standardmäßig erhoben. *Schöler (1999, 35)* betont, dass biografische und anamnestische Daten „zwingend zu berücksichtigen“ seien „für das Auffinden differentieller Indikator-Konfigurationen“. Auch bei *Schrey-Dern (2006,*

*22)* gilt die Anamnese als „obligater Bestandteil der Untersuchung“. Beide Autoren definieren Anamnese rein operational: Anamnese ist das, was in einem Anamnesegespräch besprochen wird. Entsprechend finden sich Listen mit zu erfassenden Inhalten, wie z.B. bei *Schöler (1999), Fox (2003)* und *Schrey-Dern (2006)*. Die hier zugrunde liegende Arbeitsdefinition für Anamnese ist *Kubinger und Deegener (2001, 12)* entnommen: Anamnese ist eine „Sammlung der typischerweise mit dem gegebenen Sachverhalt in Verbindung stehenden Informationen“. Da es nicht nur viel Zeit und Energie kostet, ein „großes Spektrum an Informationen über den kleinen Patienten und seine Lebensumstände zu erhalten“ (*Güthoff & Rosenecker 2008, 4; Osten 2000*), sondern auch ethisch fragwürdig ist, wahllos zu fragen, sollte es begründet und nachvollziehbar sein, warum welche Inhalte der Anamnese erhoben werden (*Kubinger & Deegener 2001*).

Bei *Fox (2003)* wird die Funktion der Anamnese nur implizit genannt: Anamnestische Daten finden sich als erster Unterpunkt der differenzialdiagnostischen Maßnahmen. *Schrey-Dern (2006)* führt aus, dass die Ergebnisse des Anamnesegesprächs ergänzt durch Spontansprachanalysen dazu dienen, Hypothesen über eine mögliche Störung abzuleiten. Ähnlich wie in der Medizin (*Dahmer 2006*) scheint hier die Funktion der Anamnese zu sein, Verdachtsdiagnosen zu ermög-

**Maike Gumpert, MSc.**, absolvierte ihre Logopädieausbildung in Münster und war anschließend in logopädischen Praxen tätig. Seit 2007 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin des Studiengangs Logopädie der Hochschule Fresenius in Idstein. Nach einem Bachelor in Logopädie an der Hochschule Fresenius schloss sie im Februar 2010 den berufsbegleitenden Master-Studiengang Therapiewissenschaft ab.



**Dr. Petra Korntheuer,** Diplom-Psychologin, studierte Psychologie und promovierte an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Nach einer Tätigkeit als Legasthenietherapeutin in Aschaffenburg und der Leitung eines Forschungsprojekts zur Entwicklung von Sprache, Bindung und Kognition an der Philipps-Universität Marburg ist sie seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fresenius in Idstein im Studiengang Logopädie.



**Susanne Vogt, MSc (GB)**, erhielt ihre Ausbildung zur Logopädin in Ulm und Tübingen. Nach Tätigkeit in Klinik, Praxis und Lehre absolvierte sie den Studiengang Gesundheitsfachberufe – Logopädie an der FH Hildesheim und den Masterstudiengang Human Communication Sciences Research an der University of Sheffield. Seit 2003 ist die Lehrlogopädin (dbl) wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fresenius in Idstein im Studiengang Logopädie.



lichen, um anschließend gezielte Untersuchungen durchführen zu können. *Schöler (1999)* geht darüber hinaus und gibt anhand von umfangreicher Literatur viele Hinweise zur Funktion und Relevanz anamnestischer Daten bei der Abklärung möglicher Ursachen und Risikofaktoren für kindliche Sprach- und Sprechstörungen so-

wie für die Differentialdiagnostik. Ein solches Vorgehen steht weitgehend im Einklang mit den Leitlinien Sprachentwicklungsstörungen der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP 2008). Grundsätzlich ist dabei im Auge zu behalten, dass Ursachen und kausale Wirkfaktoren auch bei kindlichen Sprach- und Sprechstörungen unbedingt weiterer empirischer Forschung bedürfen. So ist beispielsweise die Relevanz der häufig erfragten biologischen Risikofaktoren bei Schwangerschaft und Geburt als Ursache für Spezifische Spracherwerbsstörungen nicht ausreichend belegt (Suchodoletz 2005).

Durch die verbindliche Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, WHO 2001) hat sich die bis dahin eher störungsorientierte Sicht auf Krankheiten und Behinderungen grundlegend verändert: Im Vordergrund stehen nun die Person mit ihrer individuellen Handlungsfähigkeit (Körperfunktion und -struktur, Aktivität und Partizipation) und die ausdrückliche Bezugnahme auf ihre Lebensbedingungen (Umwelt- und Personbezogene Faktoren). Eine derartige Erweiterung und Verschiebung der Schwerpunkte sollte sich entsprechend auch auf Inhalte, Funktion und Relevanz der Anamnese auswirken, indem individuelle Gegebenheiten in der Entwicklung und der Lebenswelt des betroffenen Kindes für Diagnostik und Intervention berücksichtigt werden.

### Inhalte des Anamneseleitfadens zum Sprach- und Sprecherwerb

Mit ihrer Sichtweise setzt die ICF neue Impulse auch für die Kindersprachtherapie. Denn wenn man die Anforderungen der ICF ernst nimmt, muss man die persönliche Situation des betroffenen Kindes stärker einbeziehen, als krankheitsspezifische Modelle dies tun: „Beim sprachtherapeutischen Arbeiten mit und nach der ICF sind von Anfang an andere Fragen zu stellen, die über die reine Funktions-/Störungsebene hinausweisen“ (Grötzbach & Iven 2009, 17). Auftrag ist dann eine Orientierung an individuellen Bedürfnissen und vorhandenen Ressourcen von Kind und Umwelt sowie an kooperativen Lösungen (Hollenweger 2007).

Als Klassifikationsmodell stellt die ICF einen Rahmen zur Verfügung, um die vielfältigen Aspekte des Kindes in seiner Lebenswelt zu erfassen und zu beschreiben. Der hier vorgestellte Anamneseleitfaden basiert auf dieser Sichtweise. Er stellt eine Weiterentwicklung des Anamnesebogens von Fox (2003) dar. Dieser Bogen beinhaltet ursprünglich folgen-

■ **Tab. 1: Beispiele für Themen der Anamnese zum Sprech- und Spracherwerb zugeordnet zu Beschreibungsebenen der ICF**

	Komponenten der ICF	Beschreibung	Beispiele für Themen der Anamnese zum Sprech- und Spracherwerb
Funktionsfähigkeit und Behinderung	Körperfunktion	Physiologische und psychologische Funktionen von Körpersystemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kauen, Schlucken</li> <li>● Sprechen: Grammatik und Wortschatz</li> <li>● Sprachverständnis</li> </ul>
	Körperstruktur	Anatomische Teile des Körpers	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Missbildungen, Zähne und Zahnstellung</li> <li>● Mittelohrentzündungen</li> </ul>
	Aktivität und Partizipation	Durchführung einer Aufgabe oder Handlung Einbezogenheit in eine Lebenssituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Blickkontakt, Spiel</li> <li>● Reaktion des Kindes bei Nicht-verstanden-Werden</li> <li>● Interaktion mit Unbekannten</li> <li>● Freundschaften</li> </ul>
Kontextfaktoren	Umweltfaktoren	Materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Störung von Sprache, Sprech-, Lesen/Schreiben, Redefluss in der Familie</li> <li>● Betreuende Institutionen</li> <li>● Stellenwert von Medien in der Familie</li> <li>● Ursachenvermutung</li> </ul>
	Personbezogene Faktoren	Persönliche Eigenschaften	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ressourcen/Stärken des Kindes</li> <li>● Lieblingsspiel</li> <li>● Besonderheiten/Eigenschaften</li> </ul>

den Themenbereichen: a) Grund der Anmeldung, b) Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, c) Orofaziale Entwicklung, d) Motorische Entwicklung, e) Sprachliche Entwicklung, f) Spielentwicklung/Spielverhalten, g) Sprache in der Familie, h) HNO-/sonstige Erkrankungen und i) psychosoziale Situation des Kindes (Fox 2003, 126).

Fox-Boyer (2009) hat diese etablierten Fragen der sprachtherapeutischen Anamnese (vgl. auch Schrey-Dern 2006, Schöler 1999) in einem Anwendungsbeispiel für den Bereich der kindlichen Aussprachestörungen ergänzt: um k) mögliche zusätzliche Bedingungsfaktoren, l) die Elternperspektive sowie m) fördernde oder hemmende Kontextfaktoren im Sinne der ICF.

Diese Inhalte verallgemeinert und erweitert wurden in den vorliegenden Anamneseleitfaden sowohl Kriterien für eine erste Einschätzung von Aktivität und Teilhabe als auch Umweltfaktoren und Personbezogene Faktoren eines Kindes aufgenommen. So werden über den sprachlich-kommunikativen Bereich hinausgehende Informationen erfragt, um individuelle Gegebenheiten in der Entwicklung und der Lebenswelt des betroffenen Kindes erfassen und gegebenenfalls berücksichtigen zu können.

Es geht dabei dann also nicht mehr vorrangig um das gezielte Erheben von (differenzial-)diagnostischen Aspekten und Risikofaktoren, sondern auch von Informationen zu Begleitumständen, Bedingungen, Elternsicht usw., mit dem Ziel, handlungsleitende Schlussfol-

gerungen für Diagnostik und Intervention ableiten zu können. Tabelle 1 gibt Beispiele für Themen in der Anamnese zum Sprach- und Spracherwerb gemäß den Beschreibungsebenen der ICF, die sich in der Handanweisung sowie dem Dokumentationsbogen des Leitfadens wiederfinden.

### Ziele der Anamnese

Analysiert man die bisher zitierte Literatur zur Anamnese in der Logopädie hinsichtlich der Ziele, dann zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt bei der Informationsbeschaffung (Informationsaspekt, vgl. Fabry 2010). Die Anamnese kann jedoch auch weitere Ziele verfolgen: So nennt beispielsweise Seegerer (2007) als erstes Ziel der pädiatrischen Anamnese den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses (Vertrauens- bzw. Beziehungsaspekt). Die oben bereits erwähnte Elternperspektive auf die Störung des Kindes berührt neben Aspekten wie dem Störungsbewusstsein, der subjektiven Krankheitstheorie, dem Grad der Beeinträchtigung usw. immer auch die Bereitschaft der Eltern, sich ggf. in der Therapie zu engagieren, Hausaufgaben mit dem Kind zu machen oder ähnliches (Kooperationsaspekt, Fabry 2010).

Die Bedeutung von Vertrauens-, Beziehungs- und Kooperationsaspekt als weitere mögliche Ziele der Anamnese neben dem Informationsaspekt wurde bislang für die Logopädie offenbar wenig reflektiert. Das Potential des Anamnesegesprächs für die

■ **Tab. 2: Vorteile und Risiken von schriftlicher und mündlicher Anamneseerhebung im Überblick**

Art der Anamneseerhebung	Vorteile	Risiken
schriftlich*	ökonomisch	Beschränkung auf Informationsaspekt
	vollständig	unpersönlich
	einheitlich	mangelnde Schriftsprachkompetenz
	einfache Dokumentation	sofortiges hypothesengeleitetes Nachfragen nicht möglich
mündlich**	individuell, flexibel	mangelnde professionelle Gesprächskompetenz
	hypothesengeleitetes Nachfragen möglich	Wahrnehmungsfehler, Beobachtungsfehler
	Beziehungsaspekt	unvollständig
	Kooperationsaspekt / Arbeitsbündnis	unzureichende Dokumentation

Anmerkung: \*) mittel bis hoch strukturiert, denn eine schriftliche Anamnese in gering strukturierter Form scheint kaum vernünftig; \*\*) gering bis mittel strukturiert: eine hochstrukturierte mündliche Anamnese mit wörtlichen Vorgaben nähert sich hinsichtlich ihrer Vorteile und Risiken an eine schriftliche Anamnese an.

Bildung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses mit dem Kind und seinen Bezugspersonen scheint daher häufig noch nicht voll ausgeschöpft zu werden.

### Art und Form der Anamnese

Grundsätzlich ist zwischen Eigen- und Fremdanamnese zu unterscheiden (*Kubinger & Deegener 2001*), wobei in der Kindersprachtherapie aufgrund des Lebensalters der Klienten sicher die Fremdanamnese, meistens durch die Eltern, vorherrschend ist. Doch zumindest bei etwas älteren Kindern sollte immer auch deren eigene subjektive Sichtweise berücksichtigt werden (*Kubinger & Deegener 2001, Zollinger 2008*).

Ein wichtiger Punkt bei der Anamneseerhebung ist der Grad an Strukturiertheit: Eine vollständige Strukturierung etwa böte ein standardisierter Anamnesefragebogen, der schriftlich zu bearbeiten ist. Einer geringen Strukturierung entspräche etwa ein qualitatives Interview, dazwischen läge ein Gesprächsleitfaden. *Kubinger und Deegener (2001)* betonen, dass ungeplante oder schlecht vorbereitete Gespräche fehlerhafte oder verzerrte Informationen zur Folge haben können. Ein gewisses Maß an vorbereiteter Struktur ist demnach unabdingbar. Tabelle 2 listet Vorteile und Risiken von schriftlicher und mündlicher Anamneseerhebung auf.

Eine schriftliche Anamnese kann – für die TherapeutIn zeitökonomisch – außerhalb der Therapiezeit erhoben werden, sichert hohe Vollständigkeit und Einheitlichkeit und erleich-

tert die Dokumentation. Allerdings beschränkt sie sich weitgehend auf den Informationsaspekt, wirkt unpersönlich, ist unflexibel und in der Bearbeitung von der literalen Kompetenz der Eltern abhängig. Hypothesengeleitetes Nachfragen ist nicht möglich, es sei denn in einem nachfolgenden Gespräch.

In einem Anamnesegespräch hingegen kann die Therapeutin individuell und flexibel auf die Antworten eingehen und an passender Stelle sofort hypothesengeleitete Nachfragen stellen. Gleichzeitig kann im persönlichen Gespräch die therapeutische Beziehung gefördert und auf ein gutes therapeutisches Arbeitsbündnis hingewirkt werden. Die mündliche Anamneseerhebung benötigt allerdings professionelle Gesprächskompetenzen und eine reflektierte Gesprächshaltung, um Beobachtungs- und Wahrnehmungsfehler möglichst gering zu halten (*Kubinger & Deegener 2001, Leiß 2007*). Die Dokumentation ist aufwändiger, eine Vollständigkeit je nach Gesprächsverlauf nicht unbedingt gewährleistet.

Um die möglichen Risiken der beiden Formen der Anamnese zu vermeiden, werden sie in der Praxis auch parallel eingesetzt. Dabei hat sich für die Medizin gezeigt, dass ein Besprechen der vorab

schriftlich erhobenen Anamnese bei Patienten typischerweise nicht zu einer verbesserten Beurteilung des Arztgesprächs beiträgt (z.B. *Hornberger et al. 1997*). Die Vorteile beider Formen der Anamnese verbindet ein mittelgradig strukturierter Leitfaden. Die hierbei vorgegebene Struktur wirkt einerseits vereinheitlichend auf den Gesprächsverlauf, gleichzeitig besteht aber die Möglichkeit, im Gespräch flexibel auf die persönlichen Angaben des Klienten einzugehen. Eine solche Strukturierung bildet die Basis des Leitfadens *Anamnese zum Sprach- und Sprecherwerb*.

### Gesprächspraxis

Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, verschiedene Gesprächsziele in einem Anamnesegespräch zu integrieren. Zwar ohne ausdrücklichen Bezug auf Vertrauens-, Beziehungs- und Kooperationsaspekt, aber sehr gut mit diesen Zielen vereinbar, schlägt *Leiß (2007)* einen Ablaufplan für das Anamnesegespräch vor. Seine Technik der Anamneseerhebung – ergänzt um Zuordnung zu den Zielen einer Anamnese – zeigt Tabelle 3.

*Leiß (2007)* bettet den Informationsaspekt der Anamnese (Nr. 5-8) in einen Rahmen aus Beziehungsaspekten (Nr. 1-2) ein und endet mit Analysen und sich daraus ergebenden Plänen für das weitere Vorgehen im Sinne einer Kooperation (Nr. 9-10). Vor dem Informationsteil erhält der Patient, gleichsam als Experte für seine Situation, den nötigen Raum, sein Anliegen vorzubringen (Nr. 3) und seine Situation zu schildern (Nr. 4). Bildlich wie in einem Trichtermodell (vgl.

■ **Tab. 3: Technik der Anamneseerhebung nach Leiß (2007, 83), ergänzt um Ziele der Anamnese**

Schritt	Thema	Ziel
1.	Begrüßung und Vorstellung	Rahmen, Beziehungsaspekt
2.	Gestalten einer günstigen Situation	
3.	Landkarte der Beschwerden	Anliegen, Vertrauensaspekt
4.	Jetziges Leiden (z.B. Qualität, Intensität, lindernde Faktoren, Begleitumstände ...)	Inhaltsaspekt
5.	Persönliche Anamnese	
6.	Familienanamnese	
7.	Psychische Entwicklung	
8.	Soziales	Kooperationsaspekt
9.	Systemanalyse	
10.	Fragen/Pläne	

**Tab. 4: Relevanz der Themenbereiche für die Anamnese in der Kindersprachtherapie aus klinischer Sicht**

Gruppe	Themenbereich	MW (SD)*
1	Besonderheiten	1,05 (0,22)
	Vor-Diagnosen	1,08 (0,27)
2	Orofazialer Bereich (8 Items)	1,19 (0,35)
	Ressourcen/Stärken	1,21 (0,52)
	Sprache & Sprechen (13 Items)	1,22 (0,30)
3	Motorik (2 Items)	1,30 (0,54)
	Medizin (8 Items)	1,38 (0,30)
	Institutionen (4 Items)	1,48 (0,52)
4	Kontakte (4 Items)	1,60 (0,50)
	Spiel & Medien (6 Items)	1,70 (0,44)

\*) Mittelwert der beurteilten Relevanz der Themenbereiche: 1 = wichtig, 2 = eher wichtig, 3 = eher unwichtig, 4 = unwichtig; Standardabweichung in Klammern

### Material und Durchführung

Der zum Anamneseleitfaden gehörende Dokumentationsbogen wurde für die Befragung auf zehn Themenbereiche mit jeweils 1-13 Items reduziert. Die Bedeutsamkeit der einzelnen Items aus klinischer Sicht wurde mit Hilfe eines vierstufigen Antwortformates beurteilt. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „wichtig“ über „eher wichtig“ und „eher unwichtig“ zu „unwichtig“. Der so entstandene Fragebogen schloss mit einer offenen Frage nach weiteren bedeutsamen Bereichen der Anamnese.

Huppmann & Silbernagel 1991) beginnt das Anamnesegespräch also mit „weiten“, d.h. offenen Fragen mit freien Antworten, die den Patienten und seine subjektive Sicht in den Mittelpunkt stellen. Später verengt sich der Fokus auf gezielte, geschlossene Fragen, z.B. im ja/nein-Format, wodurch sich die Gesprächsaktivität in Richtung Therapeutin verlagert. Am Ende werden Fragen und Erwartungen geklärt und kooperativ eine Intervention geplant. Ein solches Vorgehen erscheint gut auf die Fremdanamnese in der Kindersprachtherapie übertragbar und liegt daher dem hier vorgestellten Anamneseleitfaden zu Grunde.

### Klinische Beurteilung der Inhaltsbereiche des Anamneseleitfadens

Zur Beurteilung der Inhalte des Leitfadens *Anamnese zum Sprach- und Sprecherwerb* wurde während des dbI-Kongresses 2009 eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Beantwortet werden sollte die Frage, wie bedeutsam einzelne Themenbereiche aus klinischer Sicht eingeschätzt werden und ob es Unterschiede in der Relevanz gibt.

#### Probanden

Insgesamt nahmen 39 Personen teil (Rücklauf ca. 20%), in der Mehrzahl LogopädInnen (79%). Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 11,3 Jahre (0-30 Jahre); bei 82% der Befragten lag der berufliche Schwerpunkt im Bereich der Kindersprache. Die Teilnehmer führten überwiegend mündlich Anamnesegespräche (67%) oder kombinierten mündliche und schriftliche Erhebung (25%).

### Ergebnisse

Insgesamt wurden alle genannten Themenbereiche als „wichtig“ bzw. „eher wichtig“ beurteilt, wobei niedrige Werte für eine hohe Bedeutsamkeit sprechen. Anhand der Mittelwerte der Bewertungen des jeweiligen Themenbereichs ergab sich eine Einteilung in vier Gruppen mit abnehmender Wichtigkeit (Tab. 4). Die Einteilung basiert auf signifikanten Unterschieden ( $t(37) \geq -2.09$ ,  $p \leq .05$ ) zwischen der Bewertung der einzelnen Themen, wobei es zwischen direkt benachbarten Bereichen z.T. keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung gab. Als wichtigste Themenbereiche wurden Besonderheiten und Vordiagnosen angesehen, Kontakte sowie Spiel und Medien galten als weniger wichtig.

Die Wichtigkeit schlägt sich teilweise auch auf der Ebene der Einzelitems nieder: Aus klinischer Sicht wurden die Themen Hören und Mittelohrentzündungen als sehr relevant eingeschätzt (für beide MW 1,03; SD 0,16). Das Schlusslicht bei der Beurteilung bildeten die Items Lieblingsspiel (MW 1,90; SD 0,75) und Interaktion mit Unbekannten (MW 1,95; SD 0,72).

In der anschließenden offenen Frage zu weiteren bedeutsamen Themenbereichen wurden insbesondere Informationen zu Ergebnissen bereits durchgeführter Sprachtherapie genannt. Außerdem wurden Fragen nach den Erwartungen an die Intervention sowie zur Motivation, sich am Interventionsprozess aktiv zu beteiligen, die Sicht der Eltern auf die Störung ihres Kindes und der Leidensdruck der Eltern sowie des Kindes als bedeutsam erachtet.



## Diskussion

Insgesamt zeigt sich, dass aus Sicht der Praxis ein inhaltlich breites Themenfeld für die Anamnese bedeutsam ist. Wie bereits bei *Fox-Boyer* (2009) beschrieben, werden Fragen nach weiteren Entwicklungsauffälligkeiten und Vor-Diagnosen klinisch als sehr relevant eingeschätzt. Sie dienen vorwiegend der Informationsbeschaffung (Informationsaspekt, *Fabry* 2010) und u. a. der Hypothesenbildung bezüglich der Art der Störung.

Weiterhin werden besonders funktions- und strukturorientierte Items als wichtig erachtet, worin sich die Nähe der Logopädie zur Bezugswissenschaft Medizin widerspiegelt. Die hohe Relevanz von Themen, die Risikofaktoren und den Spracherwerb hemmende Einflüsse beinhalten (u.a. Hörstörungen, Mittelohrentzündungen) macht außerdem deutlich, dass die Leitlinien-basierten Empfehlungen zu Inhalten der logopädischen Anamnese (*DGPP*, 2008) aus klinischer Sicht als bedeutsam bewertet werden.

Neben dieser eher medizinisch geprägten Perspektive ist auch die Relevanz der erweiterten Sichtweise der ICF erkennbar. So zählt z.B. der Bereich Ressourcen zu den wichtigsten Themen. Auch die Mehrzahl der freien Antworten der Erhebung regt zur Berücksichtigung der persönlichen Situation von Kind und Umwelt an. Dabei lässt sich ausdrücklich die Bedeutung der Anamnese für die Kooperation von Eltern, Kind und Therapeuten erkennen (Kooperationsaspekt, *Fabry* 2010): Erst das Erfassen von Erwartungen, Befürchtungen, Ressourcen und Grenzen der Eltern und des Umfelds des Kindes macht kooperative Lösungen im Sinne der ICF möglich (*Hollenweger* 2007).

Dennoch zeigt sich insbesondere bei der Bewertung der einzelnen Items, dass Kontext und Partizipation betreffende Themen als eher weniger bedeutsam gelten. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Eine Erklärung liegt im bislang vor allem symptom- und ursachenorientierten Vorgehen in Diagnostik und Intervention. Das Lieblingsspiel eines Kindes sagt wenig über eine Störungsursache aus, im Lichte der ICF aber vieles über die Interessen und Fähigkeiten des Kindes. Eine ICF-orientierte Betrachtung der Anamnese ist vergleichsweise neu und hat möglicherweise noch nicht durchgängig Beachtung gefunden. Daher erscheint eine explizite Aufnahme entsprechender Themen und Fragen in den Anamneseleitfaden und die Auseinandersetzung mit deren Bedeutung für Diagnostik und Intervention wesentlich. Im Rahmen der Befragung wurde allerdings nicht erhoben, warum Themenbereiche als wichtig oder eher wichtig bewertet wurden

und wofür solche Informationen letztlich im klinischen Alltag genutzt werden.

Abschließend ist interessant, dass trotz signifikanter Mittelwertdifferenzen nur geringe Unterschiede bei der Beurteilung der Themenbereiche erkennbar sind. Einerseits könnte dies darauf hinweisen, dass in der Praxis möglichst viele Informationen für ein vollständiges Bild vom Kind gesammelt werden (*Güthoff & Rosenecker* 2008). Andererseits ist es vorstellbar, dass je nach Kind und Familie unterschiedliche Themen als bedeutsam angesehen werden, weshalb eine pauschale Bewertung in unserem Fragebogen schwer gefallen seien könnte.

## Fazit und Ausblick

Der Leitfaden *Anamnese zum Sprach- und Sprecherwerb* beschreibt einen Katalog anamnestischer Inhalte für die Kindersprachtherapie, die sich an der Perspektive der ICF orientieren. Er beinhaltet einen Dokumentationsbogen und eine Handanweisung.

Dabei umfasst der Dokumentationsbogen die Themen in Stichpunkten; die Handanweisung beinhaltet u.a. ausformulierte mögliche Fragen zu diesen Themen und Hinweise zu deren Relevanz für Diagnostik und Intervention. Ein Abfragen entlang der Themensammlung entspricht nicht dem Sinn und Zweck des Leitfadens. Aufgrund der Individualität der Fälle und nicht zuletzt ethischer und zeitökonomischer Gründe sollen vielmehr aus einer Auswahl anamnestischer Themen diejenigen ausgesucht werden, die für die persönliche Situation von Kind und Familie angemessen und hilfreich sind. Dies impliziert auch, dass eine Frage nicht für jede Familie gestellt werden kann – sei es aufgrund sprachlicher, kultureller oder anderer Faktoren. Gewünscht ist vielmehr ein hypothesengeleitetes Vorgehen und ein explizites Aufgreifen von Themen mit der Orientierung an der (Wieder-)Herstellung von Handlungsfähigkeit und Autonomie (*Hansen* 2009). Hierbei sollen weiterführende Informationen in der Handanweisung Hilfestellung leisten.

Neben der traditionell im Vordergrund stehenden Informationsgewinnung bietet die ICF-orientierte Erweiterung auch die Erfassung und Berücksichtigung von kooperativen Handlungsmöglichkeiten (Informations- und Kooperationsaspekt, *Fabry* 2010). Die Erhebung der Anamnese im Gespräch verfolgt wiederum das Ziel eines gegenseitigen Beziehungs- und Vertrauensaufbaus (Beziehungs- und Vertrauensaspekt, *Segeer* 2007), so dass der Leitfaden *Anamnese zum Sprach- und Sprecherwerb* die Ziele der Anamnese im Kindersprachbereich explizit erweitert.

Der Leitfaden möchte dazu beitragen, der Sichtweise der ICF im therapeutischen Vorgehen eine echte Chance zu geben. Er eröffnet neue Perspektiven auf Diagnostik und Intervention. Teilhabe und Kontext sind die Zukunft: Mit zunehmender Berufserfahrung scheint sich im klinischen Alltag die Anamneseerhebung zu verschieben, und zwar weg von einer eher differenzialdiagnostischen Funktion hin zur Teilhabe- und Kontextorientierung (*Merkel & Szacknies* 2010). Wünschenswert ist, dass solches klinisches Erfahrungswissen in der Forschung berücksichtigt und vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze reflektiert wird. Entsprechend finden sich Anregungen aus der Fragebogenerhebung zu den Inhalten der Anamnese nun als Thema im Leitfaden wieder. Parallel wird sich zukünftige empirische Forschung mit Ursachen und Wirkfaktoren bei kindlichen Sprach- und Sprechstörungen zu befassen haben, deren Ergebnisse und Schlussfolgerungen dann wiederum in die Anamneseerhebung zum Sprach- und Sprecherwerb einfließen werden.

**Der Leitfaden *Anamnese zum Sprach- und Sprecherwerb* kann von der Homepage der Hochschule Fresenius, Standort Idstein, unter „Links“ heruntergeladen werden:**  
<http://www.hs-fresenius.de/anamnese-sprach-und-sprecherwerb.4317.de.html>

## LITERATUR

- Dahmer, J. (2006). *Anamnese und Befund*. Stuttgart: Thieme.
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie/DGPP (2008). *Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern: Leitlinien*. <http://leitlinien.net> (09.03.2010)
- Fabry, G. (2010). *Das ärztliche Gespräch I: Anamnese. Vorlesung medizinische Psychologie*. <http://www.medpsych.uni-freiburg.de/skripts/anamnese.pdf> (09.03.2010).
- Fox, A.V. (2003). *Kindliche Aussprachestörungen: Phonologische Entwicklung, Differentialdiagnostik, Therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Fox-Boyer, A.V. (2009). Aussprachestörungen. In: Beushausen, U. (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie* (111-130). München: Urban & Fischer
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Einführung in die ICF. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (9-21). Idstein, Schulz-Kirchner
- Güthoff, S. & Rosenecker, J. (2008). Anamneseerhebung. In: Rosenecker, J. & Schmidt, H. (Hrsg.), *Pädiatrische Anamnese, Untersuchung, Diagnose* (3-15). Heidelberg: Springer
- Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit: Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmus-*

ter ambulanter logopädischer Therapieprozesse. Idstein: Schulz-Kirchner

Hollenweger, J. (2007). *Grundzüge und Besonderheiten der ICF-CY*. [http://www.bayern.owo.de/fileadmin/Content/Dokumente/Menschen%20mit%20Behinderung/lfc\\_cy.pdf](http://www.bayern.owo.de/fileadmin/Content/Dokumente/Menschen%20mit%20Behinderung/lfc_cy.pdf) (02.03.2010).

Hornberger, J., Thom, D. & MaCurdy, T. (1997). Effects of a self-administered questionnaire to enhance awareness of patients' concerns in primary care. *Journal of General Internal Medicine* 12, 597-606

Huppmann, G. & Silbernagel, W. (1991). *Patienten führen, Compliance fördern – Ein Seminar zum Umgang mit Langzeit-Patienten am Beispiel der Hypertonie*. Würzburg: Königshausen & Neumann

Kubinger, K.D. & Deegener, G. (2001). *Psychologische*

*Anamnese bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Leiß, O. (2007). Die Sprechstunde. Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs. *Der Anästhesist* 56, 78-91

Merkel, S. & Szacknies, I. (2010). *Anamneseerhebung bei Kindern mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Hochschule Fresenius, Idstein

Osten, P. (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie: klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München: Reinhardt

Reuner, G. & Pietz, J. (2006). Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 154, 305-313

Schöler, H. (1999). *IDIS – Inventar diagnostischer In-*

*formationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten*. Heidelberg: Winter

Schrey-Dern, L. (2006). *Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.

Segeer, H. (2007). Pädiatrische Untersuchungstechniken. In: Grüne, S. & Schölmerich, J. (Hrsg.), *Anamnese, Untersuchung, Diagnostik* (279-316). Heidelberg: Springer

Suchodoletz, W. v. (2005). Neurobiologische Korrelate von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. In: Arnoldy, P. & Traub, B. (Hrsg.), *Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln* (313-326). Karlsruhe: von Loeper

WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*. Genf

Zollinger, B. (2008). Das Störungsbewusstsein in der logopädischen Praxis: Was Kinder über ihre sprachlichen Probleme wissen. *Logos interdisziplinär* 16, 204-210

**SUMMARY. Case history guidelines for speech and language development – a tool for child speech and language therapy**

This paper discusses role, kinds and styles of taking case histories in child language therapy. The importance of the various topics covered by case histories is evaluated from a theoretical as well as clinical view. Semi-structured guidelines for taking a case history for child speech and language disorders are presented which comply with the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, WHO 2001). Therefore, they can help to obtain information about the development and environment of an individual child that, in turn, can inform diagnostic and therapeutic decisions. It is argued that taking case histories is not only collecting information about an individual child. It also aims to develop a relationship and cooperativeness.

KEY WORDS: Case history – ICF – child speech and language disorder – content – conversational practice

**DOI dieses Beitrags**

10.2443/skv-s-2010-53020100502

**Korrespondenzanschrift**

Susanne Vogt  
 Hochschule Fresenius  
 Fachbereich Gesundheit – Studiengang Logopädie  
 Limburger Str. 2, 65510 Idstein  
 vogt@hs-fresenius.de



Wie wertvoll ist der Geschmack eines Apfels, wenn man nicht hinein beißen kann?

Patienten, die unter Trismus oder eingeschränkter Kieferbeweglichkeit leiden, haben häufig Schwierigkeiten mit alltäglichen Dingen wie z.B. Essen, Gähnen, Lachen oder Sprechen. Die Möglichkeit, wieder ohne Schmerzen zu essen und mit seinem sozialen Umfeld zu kommunizieren ist ein großer Schritt zu einer besseren Lebensqualität.

TheraBite wurde speziell zur Therapie eingeschränkter Kieferbeweglichkeit entwickelt. Das klinisch geprüfte effektive System hilft dabei, die Kieferöffnung zu vergrößern und Schmerzen zu verringern.

- TheraBite ist:
- anatomisch korrekt
  - patientengesteuert
  - tragbar
  - komfortabel
  - wirkungsvoll für Kinder und Erwachsene

Mehr Informationen zu TheraBite erhalten Sie bei:  
 Atos Medical GmbH  
 Mülheimer Straße 3-7  
 53840 Troisdorf  
 Telefon: 02241 / 1493 0  
 Fax: 02241 / 1493 72  
[www.atosmedical.de](http://www.atosmedical.de)

