

# Diagnostische Ansätze im Bereich Kindersprache

## Einsatzmöglichkeiten und Grenzen unter Betrachtung ihrer unterschiedlichen Referenzpunkte

Hanna Ehlert

**ZUSAMMENFASSUNG.** Diagnostik ist ein essentieller Baustein des Therapieprozesses, Basis therapeutischer Entscheidungsfindung und stellt eines der zentralen Handlungsfelder der Logopädie dar. Sie soll verschiedene Funktionen erfüllen, die von einer reinen Beschreibung der Störung über Hypothesen zur Prognose bis zur Evaluation des Therapieoutcomes reichen. LogopädInnen nutzen dazu im Bereich Kindersprache eine Vielzahl von Befundinstrumenten und standardisierten Tests. Welche Vor- und Nachteile die Referenzpunkte dieser unterschiedlichen Verfahren haben und wo ihre Stärken im Rahmen der Diagnostik liegen, soll in diesem Artikel geklärt werden.

Schlüsselwörter: Kindersprache – Diagnostik – Norm – Kriterium – Alltagspartizipation – Lernpotenzial

**Hanna Ehlert** (M.Sc.) erhielt ihre Ausbildung zur Logopädin an der Medizinischen Hochschule Hannover und war anschließend in verschiedenen logopädischen Praxen tätig. Sie absolvierte den interdisziplinären Bachelor- und Masterstudiengang an der Fachhochschule HAWK Hildesheim und ist seit 2010 als Dozentin in diesen beiden Studiengängen tätig.



### Praxisalltag Befundung

Die Logopädin Frau Meier begrüßt Lena (4;9J.) mit ihrer Mutter heute zur ersten Therapiestunde in der Praxis. Zunächst erfragt die Therapeutin im Rahmen der Anamnese von Lenas Mutter den Ablauf von Lenas Sprach- und Allgemeinentwicklung. Außerdem bringt sie in Erfahrung, wie Lenas Kommunikationsverhalten mit Erwachsenen und Kindern in der Familie und im außerhäuslichen Umfeld (z.B. der Kindertagesstätte) ist.

Dann führt Frau Meier einen allgemeinen Sprachentwicklungstest mit Lena durch. Um eine Spontansprachprobe zu gewinnen, nimmt sie eine Freispielsituation von Lena zusammen mit ihrer Mutter auf Video auf. Zum Schluss führt sie einen Lautbefund durch und überprüft die Stimulierbarkeit von einzelnen Lauten, die in Lenas Lautinventar fehlen.

Auf Basis der Ergebnisse der sprachlichen Befundung erstellt die Logopädin einen Über-

blick über Lenas sprachliche Fähigkeiten und Auffälligkeiten. Sie plant die Durchführung weiterer spezifischer Tests, spricht mit Lenas Mutter über die Ergebnisse der Befundung und über die Dauer der Therapie – soweit dies zum jetzigen Zeitpunkt einschätzbar ist. Im Anschluss erstellt sie einen Rahmenplan für die ersten zehn Therapieeinheiten.

### Diagnostik in der Logopädie

Diagnostik ist der systematische Prozess des Sammelns valider und reliabler Informationen, deren Integration, Interpretation und auf deren Grundlage das Treffen von Entscheidungen und Beurteilungen (Shiple & McAfee 2004). Bezogen auf die Kindersprache beinhaltet Diagnostik einen oder mehrere der folgenden Bereiche: Sprache, Sprechen, Redefluss, Nahrungsaufnahme/Schlucken, Hören, Stimme, Kognition. Um die entsprechenden Informationen zu gewinnen, nutzen LogopädInnen verschiedene Methoden bzw. integrieren die Ergebnisse anderer Fachdisziplinen, wie in Tabelle 1 aufgeführt.

Diagnostik im Therapieprozess hat verschiedene Funktionen (Haynes & Pindzola 2004). Auf der Grundlage von Diagnostik können LogopädInnen:

#### Beschreiben

- Sprachliche Performanz auf den einzelnen linguistischen Ebenen

- Schweregrad der sprachlichen Störung
- Alltagskommunikation des Patienten (nur eingeschränkt möglich)

#### Erklären

- Hypothesen zur Ätiologie der sprachlichen Störung oder Auffälligkeit
- Differentialdiagnose
- Hypothesen zum Zusammenhang beobachteter Phänomene

#### Vorhersagen

- Hypothesen zur Dauer der Therapie
- Hypothesen zum Verlauf der Störung
- Hypothesen zu Folgen der Störung

#### Planen

- Therapieziele und -inhalte
- Reihenfolge der Therapieinhalte
- Therapiemethoden
- Rahmenbedingungen der Therapie (z.B. Therapiefrequenz, Einzel- oder Gruppentherapie, Art des Einbezugs der Bezugspersonen)
- Beratung der Bezugspersonen
- Einbezug weiterer Fachdisziplinen

#### Evaluieren

- Lernzuwachs des Patienten
- Therapieoutcome

Damit Diagnostik alle oben aufgeführten Funktionen erfüllen kann, sollten dem Erhebungsprozess bestimmte Prinzipien zugrunde liegen (Shiple & McAfee 2004):

- **Informationsdichte:** Im Rahmen der Befunderhebung werden so viele relevante

■ **Tab. 1: Methoden der Diagnostik im Bereich Kindersprache**

Methode	Beispiel
Interview	Anamnese
Fragebogen	Elternfragebögen zur frühen Sprachentwicklung
Standardisierter Test	Sprachentwicklungstests
Beobachtung	Eltern-Kind-Interaktion
Apparative Diagnostik	Hörstörungen

Informationen aus unterschiedlichen Informationsquellen wie möglich eingeholt, um eine genaue Diagnose und weitere Planung zu ermöglichen.

- **Methodenvielfalt:** Im Rahmen der Befunderhebung kommen verschiedene Methoden zum Einsatz, um ein möglichst umfangreiches Bild des Patienten zu erheben.
- **Validität:** Die im Rahmen der Befunderhebung eingesetzten Erhebungsmethoden und -instrumente können die relevanten sprachlichen Fähigkeiten des Patienten beurteilen.
- **Reliabilität:** Die im Rahmen der Befunderhebung eingesetzten Erhebungsmethoden und -instrumente liefern eine genaue Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten des Patienten.
- **Individualität:** Die im Rahmen der Befunderhebung eingesetzten Erhebungsmethoden und -instrumente sind auf den individuellen Patienten zugeschnitten (z.B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Störung, kultureller Hintergrund, einsprachig/mehrsprachig).

Im Rahmen der Befunderhebung steht LogopädInnen inzwischen eine Vielfalt von Erhebungsmethoden und Tests zur Verfügung, die alle mehr oder weniger regelmäßig zum Einsatz kommen. Wie können nun Entscheidungen bezüglich der Eignung und Auswahl im Praxisalltag getroffen werden?

Eine Möglichkeit bietet die Lektüre unabhängiger Rezensionen von Tests durch Experten und TestanwenderInnen aus der Praxis. Solche werden z.B. in Forum Logopädie regelmäßig veröffentlicht oder sind im „Testhandbuch Sprache“ von *Beushausen* (2007) zusammengefasst. In diesen Rezensionen wird meist die testtheoretische Güte und/oder der praktische Nutzen der Tests beurteilt.

Eine andere Perspektive bietet die Betrachtung der Referenzpunkte unterschiedlicher diagnostischer Ansätze. Auch hieraus lassen sich Vor- und Nachteile einzelner Erhebungsmethoden für die Erfüllung der unterschiedlichen Funktionen von Diagnostik exemplarisch im Bereich Kindersprache ableiten. Dieser Blickwinkel soll im Folgenden bei der Rekapitulation des eingangs beschriebenen Fallbeispiels eingenommen werden.

## Norm als Referenz

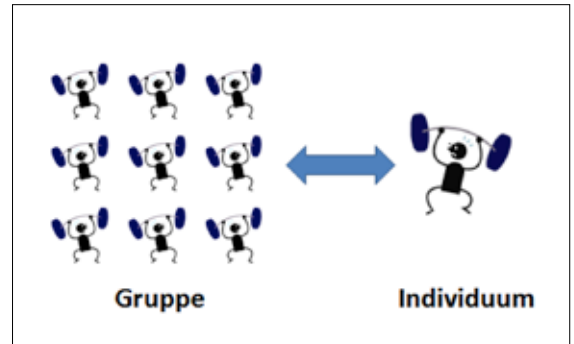
Nach der Anamnese führt Frau Meier zunächst einen allgemeinen Sprachentwicklungstest mit Lena durch. Zur Auswertung des Tests bildet sie zunächst einen Rohwert nach den Regeln der Testwertbildung des

Tests. Meist geschieht dies durch Addition, in einigen Tests müssen aber auch verschiedene Maßstäbe durch Umrechnung vereinheitlicht werden (z.B. im BISC richtig/falsch und Lösungsgeschwindigkeit). Zur Interpretation des Rohwertes sind im Testmanual Tabellen für verschiedenen Altersstufen mit den Daten der Normierungsstichprobe vorhanden. Hier kann Frau Meier ihren Rohwert einem T-Wert oder Prozentrang zuordnen. Nun kann sie beurteilen, ob Lenas sprachliche Leistungen im Vergleich zu anderen Kindern gleichen Alters durchschnittlich, über- oder unterdurchschnittlich sind.

### Eine Norm als Referenzpunkt in der Diagnostik bestimmt, inwieweit die Leistungen meines individuellen Therapiekindes von denen einer größeren Vergleichsgruppe (Norm) abweichen (Abb. 1).

Die meisten Tests im Bereich Kindersprache bedienen sich dieses diagnostischen Ansatzes. Normorientierte Tests sind immer standardisiert, d.h. das Vorgehen zur Durchführung, Auswertung und Interpretation ist genau festgelegt und muss präzise befolgt werden. Ihre Normierung bezieht sich auf die Gauß'sche Normalverteilungskurve, die Aussagen über die normale empirische Verteilung eines bestimmten Merkmals (z.B. Intelligenz oder Sprachfähigkeit) in der Bevölkerung macht. Danach erbringen 68% durchschnittliche Leistungen (T-Wert: 40-60), jeweils 14% überdurchschnittliche (T-

■ **Abb. 1: Norm als Referenz**



Wert: 61-69) oder unterdurchschnittliche Leistungen (T-Wert: 39-30) und weitere 2% weit überdurchschnittliche (T-Wert: >70) oder weit unterdurchschnittliche Leistungen (T-Wert: 29-20).

In der 2011 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) publizierten Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen wird für die Diagnose SSES u.a. für die mit einem normorientierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen ein T-Wert von < 35 gefordert (AWMF 2011).

Eine der wichtigsten Anforderungen im Entwicklungsprozess eines normorientierten Tests ist daher die Gewinnung einer geeigneten Normstichprobe. Sie sollte in Bezug auf Umfang, Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status, örtliche Verteilung und weitere Faktoren repräsentativ für die Zielpopulation

■ **Tab. 2: Norm als Referenz: Vorteile und Nachteile im Rahmen der logopädischen Befunderhebung im Bereich Kindersprache**

BEISPIELE: SETK 2, SETK 3-5, AWST-R, TROG-D, PDSS, WWT 6-10	
Vorteile	Nachteile
<p><b>Durchführung/Auswertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Standardisierung, dadurch objektiv</li> <li>● meist zeitökonomisch und unkompliziert</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aussagen zur Abweichung vom normalen Entwicklungsverlauf</li> <li>● bei Kostenträgern und offiziellen Einrichtungen anerkannt und Entscheidungsgrundlage</li> <li>● Vergleich der Ergebnisse über verschiedene Tests hinweg durch einheitliche Normwerte möglich (z.B. T-Werte)</li> </ul> <p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Einheitliche und etablierte Normwerte erleichtern die Kommunikation verschiedener Fachdisziplinen</li> </ul>	<p><b>Durchführung/Auswertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Testsituation kann nicht individuell angepasst werden</li> <li>● Testsituation stellt keine natürliche Kommunikation dar</li> <li>● Eignen sich (meist) nicht für den Einsatz bei mehrsprachigen Kindern, <ul style="list-style-type: none"> <li>- weil die Normstichproben an monolingualen Kindern erhoben wurden</li> <li>- weil das Testmaterial und die Testsituation nicht kultursensibel sind</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilden immer nur Ausschnitte von Sprache ab, nicht die realen kommunikativen Fähigkeiten der Kindes</li> <li>● Ergebnisse sind nur so gut wie die Qualität des Tests: Erfüllung der Hauptgütekriterien, Repräsentativität der Normstichprobe</li> <li>● Ableitung von Therapiezielen nicht immer möglich</li> <li>● Eher ungeeignet zur Überprüfung des Therapiefortschritts</li> </ul>

sein, für die der Test später gültig ist. Für den Testanwender ist es wiederum entscheidend zu überprüfen, ob ein Vergleich der Leistungen seines Patienten mit denen der Normstichprobe des avisierten Tests zulässig ist, d.h. ob alle Aspekte, die meinen individuellen Patienten betreffen, sich auch in der Normstichprobe wiederfinden.

Das kann Fragen beinhalten wie: Liegt mein Patient in der Altersgruppe, für die der Test gültig ist? Sind in der Normierungsstichprobe Patienten mit derselben Diagnose wie mein Patient enthalten? Ist der Test auch für mehrsprachige Kinder normiert? Wenn die Güte des Tests hoch ist und ich ihn den Vorgaben entsprechend durchführe und auswerte, kann ich anhand der Ergebnisse beurteilen, ob die sprachlichen Leistungen meines Patienten „normal“ sind oder nicht.

Häufig weniger geeignet sind normorientierte Tests zur Therapieplanung und Beurteilung des Therapiefortschritts. Da die Auswahl der Testaufgaben selektiv und möglichst klein ist, um eine zeitökonomische Durchführung und Auswertung zu ermöglichen, lassen sich allenfalls grobe Bereiche, in denen Probleme bestehen, zur Ableitung von Therapieinhalten identifizieren (Merrell & Plante 1994).

Diese Selektivität der Untertests und Items im Test erschwert auch eine Überprüfung der Leistungsverbesserung von Patienten, wenn die Testinhalte nicht genau mit den in der Therapie geübten Inhalten übereinstimmen. In Tabelle 2 (Seite 17) sind die Vor- und Nachteile normorientierter Tests zusammengefasst.

### Kriterium als Referenz

Frau Meier hat im Rahmen der Befundung auch eine Spontansprachprobe von Lena erhoben. Zunächst bestimmt sie die mittlere Äußerungslänge (MLU) von Lena. In der Bewertung der Äußerungen zieht die Logopädin die Profilanalyse nach Clahsen (1986) heran. Sie überprüft, welche morphologischen und syntaktischen Regeln Lena schon erworben hat und welcher Lernschritt der nächste ist. Außerdem führt sie einen Lautbefund durch, bestimmt Lenas Phoneminventar und analysiert detailliert, ob und welche phonologischen und artikulatorischen Prozesse bei Lena vorliegen.

#### Ein Kriterium als Referenzpunkt in der Diagnostik beurteilt, wie die sprachlichen Leistungen meines individuellen Therapiekindes im Vergleich zu einem bestimmten festgelegten Leistungsniveau sind (Abb. 2).

Fragen, die im Rahmen der Befundung kriteriumsorientiert beantwortet werden können sind z.B.: Welche Vereinfachungsprozesse kennzeichnen die Aussprache eines Kindes? Welche grammatischen Morpheme fehlen in den Äußerungen? Wie ist die Verständlichkeit der Sprache für Fremde? Welches Verständnis von Lautstrukturen gesprochener Wörter hat das Kind?

Kriteriumsorientierte Befundinstrumente kommen immer dann zum Einsatz, wenn der Altersvergleich (normorientierte Diagnostik) im Rahmen der Diagnostik nicht sinnvoll ist.

■ Abb. 2: Kriterium als Referenz



Ein anschauliches Beispiel für einen kriteriumsorientierten Test bietet die Auswertung des BISC. Hier ist bei der Interpretation des Testwertes nicht entscheidend, wie das untersuchte Kind im Vergleich zu anderen Kindern seines Alters abschneidet, sondern, ob das Kriterium „LRS-Risiko“ erfüllt ist oder nicht.

Gleiches gilt für die Befundung stotternder Kinder: Entscheidend für eine Therapieindikation ist u.a., ob die Stotterrate als pathologisch einzustufen ist oder noch unter physiologische Unflüssigkeiten fällt. Für diese Unterscheidung gibt es festgelegte Werte.

Die Hauptanforderung in der Entwicklung kriteriumsorientierter Testverfahren ist diese Festlegung eines Performanzniveaus zur Erfüllung/Nicht-Erfüllung eines bestimmten Kriteriums. Das Performanzniveau kann z.B. definieren, ob ein Lernschritt in einem theoretisch begründeten Entwicklungsverlauf vom Kind vollzogen wurde (z.B.: Erwerb des gramm. Morphems /st/ zur Markierung der 2. P. Sing.), oder ob es sich bei der Aussprachestörung eines Kindes um eine konsequente oder inkonsequente phonologische Störung handelt. Die Beschreibung des Instruments muss klare Richtlinien liefern, damit die TestandwenderIn entscheiden kann, ob ein Patient das Performanzniveau erfüllt. In der PLAKKS ist z.B. definiert, dass eine inkonsequente phonologische Störung als Kriterium eine Lautbildungskonsequenzrate von <60% aufweist (Fox 2004). Als Late-Talker gelten Kinder, die mit zwei Jahren das Kriterium 50 Wörter im produktiven Wortschatz und/oder Mehrwortsätze nicht erfüllen (Grimm 2012).

Wenn ein theoretisch und empirisch fundiertes Performanzniveau vorliegt, eignen sich solche Befundinstrumente gut zur Evaluation des Therapieoutcomes, weil die Erfüllung des Kriteriums klar überprüft werden kann (z.B. Kind hat gramm. Morphem /st/ erworben; Kind überschreitet die 50-Wort-Grenze und/oder bildet Mehrwortsätze). Dazu müssen allerdings deutlich mehr Items oder Äuße-

■ Tab. 3: Kriterium als Referenz: Vorteile und Nachteile im Rahmen der logopädischen Befunderhebung im Bereich Kindersprache

**BEISPIELE: Mittlere Äußerungslänge, Profilanalyse nach Clahsen, Late-Talker-Kriterium, Prozentsatz gestotterter Silben, Profil phonologischer Prozesse, BISC**

Vorteile	Nachteile
<p><b>Durchführung/Auswertung</b> Informelle Instrumente: Testsituation kann individuell angepasst werden</p> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bilden sprachliche Leistungen häufig detailliert ab</li> <li>● Bei standardisierten, normierten Instrumenten: Ergebnisse bei Kostenträgern und offiziellen Einrichtungen anerkannt und Entscheidungsgrundlage</li> <li>● Sonderfall Spontansprachproben: Bilden Sprachfähigkeiten des Kindes realistischer ab.</li> <li>● Gut geeignet, um Therapiefortschritt zu dokumentieren</li> <li>● Sonderfall Spontansprachproben: Liefern relevante Informationen zur Therapieplanung</li> </ul> <p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gute theoretische Basis durch Definition eines Performanzstandards</li> </ul>	<p><b>Durchführung/Auswertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Testsituation stellt keine natürliche Kommunikation dar</li> <li>● Standardisierte Tests: Testsituation kann nicht individuell angepasst werden</li> <li>● Sonderfall Spontansprachproben:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswertung und Interpretation stellen höhere Anforderungen an LogopädenInnen als normorientierte Diagnostik</li> <li>- zeitaufwändig</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ergebnisse sind nur so gut wie die Qualität des Performanzstandards: fundierte, aktuelle theoretische und empirische Basierung nötig</li> <li>● Sonderfall Spontansprachproben: Abhängig von der Repräsentativität der Spontansprachprobe für das Kind</li> </ul>

rungen des Kindes protokolliert werden als in normorientierten Verfahren (de Villiers & de Villiers 2010).

Es handelt sich bei den Befundinstrumenten, die ein Kriterium als Referenz nutzen, häufig nicht um standardisierte, normierte Tests, sondern um informelle Verfahren, die dafür aber eben einen bestimmten sprachlichen Bereich wesentlich detaillierter untersuchen als die normorientierten Verfahren (McCaughey 1996). Ein Beispiel hierfür sind linguistische Analysen im Bereich der Grammatik. Daher sind sie u.U. auch besser geeignet, um aus ihnen eine Therapieplanung abzuleiten. Tabelle 3 fasst die Vor- und Nachteile von kriteriumsorientierten Tests zusammen.

### Alltagspartizipation als Referenz

Im Anamnesegespräch wird auch Lenas Alltagskommunikation näher beleuchtet. Folgende Leitfragen sind dabei relevant: Wie kommuniziert das Kind in der Familie, mit Freunden, mit (fremden) Erwachsenen? Wie ist es im Kindergarten oder in der Schule integriert? Wo bestehen aufgrund der sprachlichen Probleme im Alltag die größten Einschränkungen? Zeigt das Kind bereits ein Störungsbewusstsein und einen Leidensdruck, die seine Alltagskommunikation negativ beeinflussen? Gibt es unterstützende/hemmende Faktoren für die Kommunikation des Kindes im Alltag?

Außerdem führt Frau Meier eine Nachbesprechung der Videoaufnahme der Spielsituation mit Lenas Mutter durch und thematisiert auch hier die Kommunikation in der Mutter-Kind Interaktion.

### Alltagspartizipation als Referenzpunkt in der Diagnostik bestimmt, inwieweit mein Therapiekind in der Partizipation an seinem individuellen Alltag durch seine Kommunikationsstörung eingeschränkt ist (Abb. 3).

Sprachentwicklungsstörungen und ihre Sekundärsymptome haben negative Auswirkungen auf die Partizipation von Kindern und Jugendlichen. In Studien zeigt sich das u.a. in den Bereichen: Freunde finden, Lernen, Eltern-Kind-Beziehung, Selbstversorgung (McCormack et al. 2009). Das Ausmaß der sprachlichen Funktionsstörung muss dabei nicht immer zwingend mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabe am Alltag übereinstimmen.

Mit der ICF, die auch in einer für Kinder und Jugendliche modifizierten Version vorliegt (ICF-CY) (WHO 2011), steht ein System zur individuellen Beschreibung der Gesundheit

und Krankheit von Kindern auf unterschiedlichen Ebenen zur Verfügung. Die Partizipation, also das „Einbezogensein in Lebenssituationen“ (ebd.) steht dabei im Mittelpunkt der Betrachtung.

Die Alltagspartizipation kann mit verschiedenen, meist informellen Methoden erhoben werden. Häufig kommt sie in der Anamneseerhebung mit Bezugspersonen (Eltern, andere Angehörige, ErzieherInnen, LehrerInnen, etc.) zur Sprache. Aber auch Beobachtung oder Video- oder Audioaufnahmen von realen Situationen sowie Rollenspiele können eingesetzt werden.

Der Autorin sind zurzeit immerhin zwei publizierte standardisierte Instrumente zur Beurteilung der Partizipation für den Bereich Kindersprache bekannt. Zum einen der Fragebogen/Interviewleitfaden „Analyse der sprachlichen Aktivität und Partizipation bei Kindern“ (ASAP-K) von Neumann (2011), der eine Adaption des australischen „Speech Participation and Activity Assessment of Children“ (SPAA-C) von McLeod (2004) ist. Zum anderen gibt es den „Fragebogen zur Beteiligung an Alltagskommunikation“ (FBA) von Blechschmidt (2013). Beide Instrumente befragen sowohl die Kinder/Jugendlichen selbst als auch die Bezugspersonen und ihr Umfeld. Sie wurden für Kinder/Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten entwickelt, sind aber auf andere Zielgruppen übertragbar.

Die explizite Betrachtung des Einflusses der Funktionsstörung auf die Alltagspartizipation ermöglicht die Beteiligung des Kindes und seiner Bezugspersonen an der Therapiezielsetzung. So wird sichergestellt, dass für das Kind und seine Bezugspersonen bedeutsame Bereiche in der Therapie berücksichtigt

■ Abb. 3: Alltagspartizipation als Referenz



werden. Der Transfer der Inhalte der Sprachtherapie in den Alltag kann an diesen Therapiezielen direkt und transparent überprüft werden. In Tabelle 4 finden sich die Vor- und Nachteile des Einbezugs der Alltagspartizipation in die Diagnostik wieder.

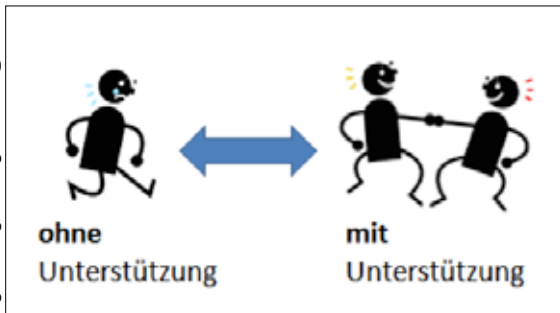
### Lernpotenzial als Referenz

Zuletzt interessiert Frau Meier die Stimulierbarkeit einiger Laute, die in Lenas Lautinventar fehlen. Sie überprüft, ob Lena in der Lage ist, diese Laute spontan zu imitieren, wenn die Therapeutin auditive, visuelle oder taktile/propriozeptive Hinweise und Hilfestellungen gibt. Frau Meier spricht den Laut deutlich und gedehnt vor, fordert Lena auf, dabei auf ihr Mundbild zu achten und gibt Hinweise zu Position der Zunge beim Bilden des Lautes.

■ Tab. 4: Alltagspartizipation als Referenz: Vorteile und Nachteile im Rahmen der logopädischen Befunderhebung im Bereich Kindersprache

BEISPIELE: Anamnese, Spontansprachproben, Fragebögen zur Alltagspartizipation, Beobachtung von realen Kommunikationssituationen	
Vorteile	Nachteile
<p><b>Durchführung/Auswertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>„Testsituation“ kann individuell angepasst werden, ist dadurch für verschiedene Patientenklientelen geeignet</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abbildung der natürlichen Kommunikationsfähigkeiten des Kindes</li> <li>Bestimmung von Ressourcen zur positiven Beeinflussung der Sprachstörung möglich</li> <li>Transfer der Therapieinhalte in den Alltag ist direkt überprüfbar</li> <li>Einbezug des Kindes und der Eltern in die Therapiezielvereinbarung möglich</li> </ul>	<p><b>Durchführung/Auswertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gefahr der mangelnden Objektivität der Verfahren</li> <li>Nahezu keine standardisierten Instrumente für den Bereich Kindersprache</li> <li>Durchführung, Auswertung und Interpretation stellen höhere Anforderungen an LogopädenInnen als normorientierte Diagnostik, da meist qualitativ beschreibend</li> <li>Zeitaufwändig</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ergebnisse bei Kostenträgern und offiziellen Einrichtungen nur eingeschränkt als Entscheidungsgrundlage anerkannt</li> </ul>

■ Abb. 4: Lernpotenzial als Referenz



**Das Lernpotenzial als Referenzpunkt in der Diagnostik bestimmt, inwieweit die sprachlichen Leistungen meines Therapiekindes durch Modifikation der Testsituation zum Positiven hin veränderbar sind (Abb. 4).**

Ziel einer solchen Testung ist es, das Lernpotenzial oder die positive Veränderbarkeit der Leistungen des Kindes in der Interaktion mit dem Erwachsenen zu bestimmen. Die Modifikation der Testsituation kann sich auf eine Anpassung der Testsituation (z.B. mehr Interaktion), die Gabe von Hilfestellungen während der Testung (z.B. bei der Überprüfung der Stimulierbarkeit), oder auf ein Training der in der Testung geforderten Fähigkeiten beziehen.

In der Fachliteratur werden solche Ansätze unter dem Begriff „Dynamic Assessment“ zusammengefasst. Das Dynamic Assessment basiert auf den Theorien des russischen Entwicklungspsychologen *Lev Vygotskij*, der davon ausging, dass sich das Lernpotenzial eines Kindes am deutlichsten darin zeigt, zu welchen Leistungen es mithilfe von kompetenteren anderen in der Lage ist (*Vygotskij* 2003). Wenn z.B. ein 2-jähriges Kind noch keine Mehrwortäußerungen spontan pro-

duziert, aber in der Lage ist, solche von einem Erwachsenen-Modell zu imitieren, dann wären seine sprachlichen Fähigkeiten bereits mehr elaboriert als die eines anderen Kindes, das solche Äußerungen nicht imitiert.

Wenn das Lernpotenzial in der Testung als Referenz herangezogen wird, geht es also explizit nicht darum zu beurteilen, was das Kind unabhängig/eigenständig leisten kann, sondern was es abhängig/mit Unterstützung durch erwachsene kompetente Sprecher in der Lage ist zu produzieren (*Justice* 2006). Dynamic Assessment vervollständigt das Bild der sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes, nachdem mit norm- und kriteriumsorientierten Verfahren der individuelle Sprachstand und ein Profil der sprachlichen Fähigkeiten des Kindes erstellt wurde. Die Aussagen, die zum Lernpotenzial des Kindes gemacht werden können, liefern Informationen zur Prognose des Verlaufs der Störung. Die Stimulierbarkeit – als eine Variante des Dynamic Assessments – von einzelnen Lauten kann aber z.B. auch ein Faktor bei der Therapieplanung im Bereich Phonetik/Phonologie sein. In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben, ob dann eher mit den zu stimulierenden oder nicht zu stimulierenden Lauten begonnen werden soll (*Glaspey* 2012). In Tabelle 5 sind die Vor- und Nachteile der Betrachtung des Lernpotenzials zusammengefasst.

### Schlussfolgerung

In der Analyse des Fallbeispiels wird deutlich, wie vieler verschiedener Ansätze und Referenzpunkte sich LogopädInnen in der Befunderhebung im Bereich Kindersprache bedienen. Normorientierte und kriteriumsorientierte Instrumente kommen dabei am häufigsten zum Einsatz. Einige Instrumente

liefern auch Ergebnisse, die sowohl normal als auch kriteriumsorientiert interpretiert werden können. So ist es z.B. im Rahmen der Psycholinguistischen Analyse kindlicher Sprechstörungen (PLAKKS, *Fox* 2005) möglich, einerseits mit der Norm als Referenz zu bestimmen, ob die auftretenden phonologischen Prozesse altersgemäß sind oder nicht. Kriteriumsorientiert fällt dann die Entscheidung, um welche Art von Aussprachestörung (konsequent/inkonsequent) es sich handelt und mit welchem Prozess in der Therapie begonnen wird (z.B. mit dem am häufigsten auftretenden).

Die Nutzung der Alltagspartizipation und des Lernpotenzials als Referenzpunkte in der Diagnostik im Bereich Kindersprache ist noch ausbaufähig. Es mangelt hier aber bereits an Grundlagen wie z.B. Studien zur Partizipation von Kindern – besonders Vorschulkindern – mit Sprachstörungen. Daher gibt es bisher auch nur wenig publizierte Instrumente oder standardisierte Vorgehensweisen und somit Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Trotzdem liefern gerade diese Ansätze wichtige Informationen, die mit norm- oder kriteriumsorientierten Instrumenten nicht erhoben werden können.

Die Diagnostik von (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen stellt immer wieder eine Herausforderung für LogopädInnen dar. Zum einen unterliegt die normale Sprachentwicklung einer Vielzahl von interindividuellen internen und externen Einflussfaktoren. Sei es der Zusammenhang mit weiteren kognitiven Funktionen (z.B. Gedächtnis, Exekutivfunktionen), anderen Entwicklungsbereichen (z.B. Motorik, Spielentwicklung) oder die Interaktion und die sprachliche Anregung im Umfeld des Kindes, die dazu führen, dass keine Sprachentwicklung der anderen gleicht.

Dasselbe gilt für die gestörte Sprachentwicklung, weshalb es LogopädInnen mit einer extrem heterogenen Population zu tun haben, deren Einschränkungen von leichten phonetisch/phonologischen Auffälligkeiten bis zu einer kompletten Unfähigkeit zu Äußerungen reichen (*Haynes & Pindzola* 2004).

Zum anderen ist die normale Sprachentwicklung ein Prozess, bei dem Fehler essentiell zum Lernen dazugehören und der eine große Variabilität besitzt. Entwicklung findet statt auf den Ebenen Semantik, Lexikon, Syntax, Morphologie, Phonologie und Pragmatik. Eine Sprachentwicklungsstörung zeigt sich im Laufe der Zeit auf einigen oder allen diesen Ebenen in der Performanz.

Nicht zuletzt deshalb gibt es (noch) keine kriteriumsorientierte Diagnose für eine SSes insgesamt. Zur Diagnosestellung müssen immer Ergebnisse mehrere Tests und Verfahren

■ Tab. 5: Lernpotential als Referenz: Vorteile und Nachteile im Rahmen der logopädischen Befunderhebung im Bereich Kindersprache

BEISPIELE: Überprüfung der Stimulierbarkeit von Lauten	
Vorteile	Nachteile
<p><b>Durchführung/Auswertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Testsituation kann individuell angepasst werden, ist dadurch für verschiedene Patientenklientelen geeignet</li> <li>● Ressourcenorientierter Ansatz: Fokus liegt nicht auf der sprachlichen Performanz, sondern auf dem Potenzial des Kindes</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aussagen über den Verlauf der Störung möglich</li> <li>● Liefert komplementäre Informationen für die Therapieplanung (welche Hilfestellungen/Strategien unterstützen das Kind beim sprachlichen Lernen)</li> </ul>	<p><b>Durchführung/Auswertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Wenig verbreitet</li> <li>● Es existieren bisher keine standardisierten Instrumente für den Bereich Kindersprache</li> <li>● Durchführung, Auswertung und Interpretation stellen höhere Anforderungen an LogopädenInnen als normorientierte Diagnostik</li> <li>● In einigen Varianten sehr zeitaufwändig</li> </ul> <p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ergebnisse bei Kostenträgern und offiziellen Einrichtungen nicht anerkannt und keine Entscheidungsgrundlage</li> </ul>

mit unterschiedlichen Referenzpunkten herangezogen werden. Auf Basis der Ergebnisse eines einzigen Sprachentwicklungstests die Diagnose SSES zu stellen ist unzulässig. Die AWMF-Leitlinie nennt folgende Verfahren, die zur Diagnostik einer SSES (ICD-10: F80.1 und 80.2) zum Einsatz kommen sollen (AWMF 2011):

- Standardisierter, normierter Test (normorientiert)
- Verhaltensbeobachtung (kriteriumsorientiert)
- Spontansprachprobe (kriteriumsorientiert)

Jeder der diagnostischen Ansätze hat seine Stärken in Bezug auf die anfangs erläuterten unterschiedlichen Funktionen von Diagnostik. Wird eine Altersnorm als Referenz herangezogen, liegt der Fokus auf den ersten beiden Funktionen „Beschreiben“ und „Erklären“. Durch diese Art von Diagnostikinstrumenten ist es möglich, behandlungsbedürftige Abweichungen vom normalen Entwicklungsverlauf zu bestimmen. Wird ein Kriterium als Referenz herangezogen, können ebenfalls Aussagen in diesen beiden Bereichen gemacht werden, zusätzlich eignen sich viele Instrumente aus dieser Kategorie für die Funktionen „Planen“ und „Evaluieren“ besonders gut.

Die Stärke der Erhebung von Einschränkungen in der Alltagspartizipation liegt ganz klar in einer Beschreibung der realen Kommunikation des Kindes in seinem Alltag. Auch hieraus können wiederum unter der Funktion „Planen“ Therapieziele abgeleitet werden und diese dann später alltagsrelevant evaluiert werden.

Das Lernpotenzial als Referenz hat mit seiner komplementären Perspektive auf die sprachlichen Leistungen des Kindes vor allem Potenzial in der Funktion „Vorhersagen“. Aber auch der Bereich „Planen“ kann mit sinnvollen Informationen z.B. zu geeigneten individuellen Hilfestellungen oder Strategien in der Therapie aus diesem Blickwinkel ergänzt werden. Alle Ansätze haben ihre Berechtigung und sollten in der Diagnostik zum Einsatz kommen, entscheidend für die Auswahl ist die angestrebte Funktion von Diagnostik.

Deutlich wird aber auch, dass einige Testinstrumente im Therapieprozess zu Zwecken eingesetzt werden, zu denen sie weniger geeignet sind, weshalb sie dann ihre Funktion auch nur eingeschränkt erfüllen können. So bilden sich nicht selten z.B. vom Therapeuten und Patienten/Angehörigen wahrgenommene Therapiefortschritte nicht in einer Wiederholung eines standardisierten normorientierten Tests ab. Hier wäre es sinnvoller, gemeinsam mit den Patienten/Angehörigen individuelle kriteriumsorientierte Ziele zu bestimmen, auf die in der Therapieplanung direkt Bezug genommen werden kann und deren Erreichung klar definiert ist.

Dieses Vorgehen steht allerdings im Widerspruch zur momentan noch deutlich größeren Anerkennung von normorientierten Verfahren durch Geldgeber und Entscheidungsträger. Daher ist es zu begrüßen, wenn in Leitlinien Diagnostik als Geschehen anerkannt wird, das sich aus verschiedenen Informationsquellen speisen muss. Die „eierlegende Wollmilchsau“ – also ein Test, der alle Funktionen von Diagnostik gleichermaßen gut erfüllt – wird es nicht geben können. Diagnostik bleibt immer ein komplexes Geschehen, dessen Gelingen letztendlich von einer kompetenten, empathischen Therapeutin abhängt, die in der Lage ist, die Befunderhebung individuell auf den Patienten zuzuschneiden, geeignete Verfahren auszuwählen, alle Informationen zu integrieren und darauf basierend Entscheidungen zu treffen.

## LITERATUR

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2011). *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)*

Beushausen, U. (2007). *Testhandbuch Sprache. Diagnostikverfahren in der Logopädie und Sprachtherapie*. Bern: Huber

Blechs Schmidt, A. (2013). „Wir sind dabei!“ Sprachdiagnostik zur Kommunikationspartizipation bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung. Hamburg: Dr. Kovac

Clahsen, H. (1986). *Die Profilanalyse. Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter*. Berlin: Marhold

de Villiers, P.A. & de Villiers, J.G. (2010). Assessment of Language Acquisition. *WIREs Cognitive Science* 1, 230-244

Fox, A.V. (2005). *Psycholinguistische Analyse kindlicher Sprechstörungen (PLAKKS)*. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services

Glaspey, A.M. (2012). Stimulability measures and dynamic assessment of speech adaptability. *Perspectives on Language Learning and Education* 19 (1), 12-18

Grimm, H. (2012). *Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen, Ursachen, Diagnose, Intervention, Prävention*. Göttingen: Hogrefe

Haynes, W.O. & Pindzola, R.H. (2004). *Diagnosis and evaluation in speech pathology*. Boston: Pearson

Justice, L.M. (2006). *Communication sciences and disorders. An introduction*. New Jersey: Pearson

McCauley, R. (1996). Familiar strangers: criterion referenced measures in communication disorders. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 27, 122-131

McCormack, J., McLeod, S., McAllister, L. & Harrison, L.J. (2009). A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology* 11 (2), 155-170

McLeod, S. (2004). Speech Pathologist's application of the ICF to children with speech impairment. *Advances in Speech-Language Pathology* 6 (1), 75-81

Merrell, A.W. & Plante, E. (1994). Norm-referenced test interpretation in the diagnostic process. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 28, 50-58

Neumann, S. (2011). *LKGSF komplex: sprachtherapeutische Diagnostik bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung*. München: Reinhardt

Shipley, K.G. & McAfee, J.G. (2004). *Assessment in Speech-Language Pathology. A Resource Manual*. Clifton Park: Thomson Delmar Learning

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) (2011). *ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber

Vygotskij, L. (2003). *Ausgewählte Schriften: Arbeiten zu theoretischen und methodologischen Problemen der Psychologie, Bd. 1*. Berlin: Lehmanns Med

Die DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))  
10.2443/skv-s-2014-53020140102

### Korrespondenzadresse

Hanna Ehlert, M.Sc.  
HAWK Hochschule für Angewandte  
Wissenschaft und Kunst  
Fakultät soziale Arbeit und Gesundheit  
Goschentor 1  
31134 Hildesheim  
ehlert@hawk-hhg.de

### SUMMARY. Assessment approaches to child language

Assessment is a crucial part in speech and language therapy. All clinical decisions made are based on this central area of work. Speech and language therapists use assessment information for different purposes including detailed description of the impairment, predicting and evaluating therapy outcome. A variety of formal and informal instruments and tests are available to serve these purposes. In the paper advantages and disadvantages of different assessment approaches are discussed and strength are highlighted with regard to the assessment process.

KEY WORDS: Child language – assessment – norm – criterion – participation – learning potential