

Diagnostik, Prävention und Evaluation in der Sprachheilpädagogik und Logopädie

Manfred Grohnfeldt

1 Aufgabenstellung und Begriffsbildung

Fragestellungen der Diagnostik, Prävention und Evaluation sind vor dem Hintergrund des jeweils zugrunde gelegten Menschenbildes zu interpretieren. Sie ordnen sich in einen interdisziplinären Kontext unterschiedlicher Sichtweisen ein und werden durch Aspekte der jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen beeinflusst.

Diagnostik bezieht sich auf den Vorgang der Unterscheidung und Beurteilung, wobei der Prozess des Durchschauens („dia“) auch das Erkennen („gnosis“) des dahinter Liegenden beinhaltet.

Zu unterscheiden sind dabei unterschiedliche Phasen der Diagnostik:

- *Screeninguntersuchungen*, z. B. im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen oder der Schuleingangsuntersuchung, bei der auf ökonomische Art und Weise die Kinder erfasst werden sollen, die dann in einer
- nachfolgenden *Interventionsdiagnostik* hinsichtlich ihrer individuellen Lernvoraussetzungen unter Berücksichtigung der Kind-Umfeld-Analyse hypothesenleitend und prozessorientiert beurteilt werden.

Neben einer möglichst genauen Beschreibung von (Oberflächen-) Phänomenen geht es bei der Interventionsdiagnostik auch um eine Deutung zugrunde liegender Bedingungshintergründe und möglicher Kontextvariablen. Zusammenhänge mit nachfolgenden Fragen der Förderung und Therapie sind immanent. Die Zielsetzung der sprachheilpädagogischen und logopädischen Diagnostik konzentriert sich damit auf das Erkennen, die prozessuale Beurteilung und optimale Förderung des sprachgestörten Menschen. Vor diesem Hintergrund sind Ansätze zur theoretischen Grundlage, zu den verschiedenen Arten des Vorgehens (→ Anamnese, Testverfahren, Prüfmittel ...) sowie zur Begutachtung zu erörtern.

Die *Prävention* ist ein an Bedeutung zunehmendes Gebiet im Rahmen der Früherkennung und -förderung. Sie bezieht sich auf Maßnahmen zur Vorbeugung und Verhütung, damit

- mögliche (Sprach-) Störungen gar nicht erst entstehen bzw. zur vollen Ausgestaltung kommen (primäre Prävention),
- abweichende (Sprach-) Entwicklungsverläufe frühzeitig erkannt und einer Behandlung zugeführt werden (sekundäre Prävention),

Diagnostik

Prävention

- Folgewirkungen vermieden werden, auch wenn die Störung an sich nicht beseitigt werden kann (tertiäre Prävention).

Evaluation

Maßnahmen zur *Evaluation* beziehen sich auf Fragen der Qualitätsbeurteilung und Effektivität. Dabei erfolgt eine Bewertung und Erfolgskontrolle von Verfahren (hier: zur Sprachtherapie) durch eine kriteriengestützte Ergebnis- und Prozessanalyse. Dadurch sollen Kenntnisse von Wirkungen, Einflüssen und Zusammenhängen erworben werden, um eine gezieltere Planung und Verbesserung des Ressourceneinsatzes zu ermöglichen. Grenzen der Operationalisierbarkeit pädagogisch-therapeutischer Prozesse bestehen u. a. darin, dass

- häufig die Frage der Bezugsgröße (→ Norm) nicht eindeutig beantwortet werden kann,
- Effekte selten kausal herstellbar sind und im zirkulären Kontext deutet werden müssen,
- zeitliche Verläufe in hohem Maße individuell variieren.

Statt einer eindeutigen Effizienz der Leistungserbringung geht es daher häufig um die Formulierung von Mindeststandards.

2 Grundlagen, Gemeinsamkeiten und Querverbindungen

Diagnostik, Prävention und Evaluation stehen in enger Wechselbeziehung. Das dabei beobachtete Dreiecksverhältnis (s. Abb. 1) ist im Kontext mit Fragen der Erscheinungsformen und Störungsbilder (s. Band 2 des Lehrbuchs) sowie der Therapie, Beratung und Rehabilitation (s. Band 4 des Lehrbuchs) zu sehen.

Eine zentrale Stellung nimmt dabei die Diagnostik ein, die eine wesentliche Voraussetzung für Maßnahmen der Prävention und Früherfassung ist. Die Evaluation wiederum vollzieht sich über Teilschritte des diagnostischen Prozesses, um auf diesem Wege etwas über die Effizienz der präventiven Maßnahmen auszusagen.

Zur Diagnostik selbst werden hier drei Prinzipien genannt, die in Kapitel 3 präzisiert werden. Generell geht es darum, dass vor dem Hintergrund eines Perspektivenwechsels Fragen der institutionellen Selektion an Bedeutung verlieren und die Bedeutung der Verbindung diagnostischer und therapeutischer Prozesse im Sinne einer Förderdiagnostik hervorgehoben wird. Dabei wird nicht nur der Einzelne gesehen, sondern im Sinne einer Person-Umfeld-Analyse der systemische Kontext in seinen Wechselbeziehungen interpretiert. Die daraus abgeleitete Konsequenz ist die Notwendigkeit eines individualisierten Vorgehens als Prozess.

Im Zusammenhang damit stehen *Stufen des Erkennens*, die den Blick von der Oberfläche des Erscheinungsbildes über eine Beurteilung von möglichen Querverbindungen auf eine Analyse der individuellen und sozialen Kontextbedingungen lenken (dazu: Abbildung in GROHNFELDT 2001, 18).

3 Prinzipien der Diagnostik**Stufen des Erkennens**

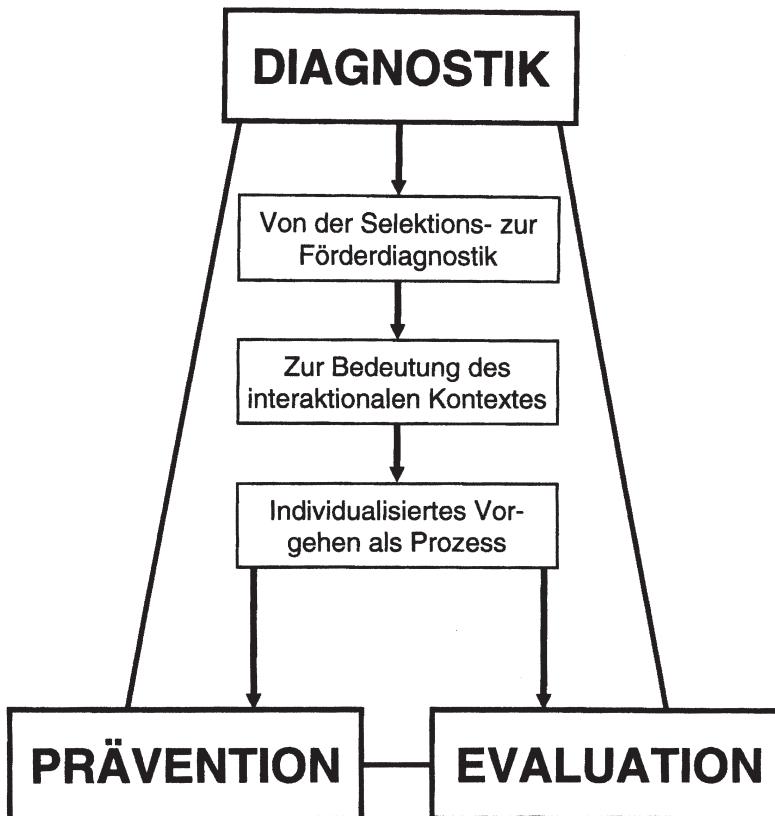


Abbildung 1: Beziehungsverhältnis von Diagnostik, Prävention und Evaluation

Stufen des Erkennens	
1) Oberfläche	→ erste Einschätzung des Sprachverhaltens
2) Querverbindungen	→ differenzialdiagnostische Abgrenzung und multifaktorielle Zusammenhänge
3) Kontextvariablen	→ individuelle Bedingungshintergründe und soziale Bedeutsamkeit

3 Zum Selbstverständnis diagnostischen Vorgehens

3.1 Von der Selektions- zur Förderdiagnostik

Bedeutung des Menschenbildes

Selektionsdiagnostik

Förderdiagnostik

Theorie und Praxis der Diagnostik sind Ausdruck des zugrunde gelegten *Menschenbildes*. Wer der Auffassung ist, dass es sich bei Sprachstörungen um eindeutig in einer Klassifikation abgrenzbare pathologische Phänomene handelt, wird aus einem anderen Selbstverständnis heraus vorgehen als derjenige, der in Sprachauffälligkeiten relative Abweichungen sieht, die sich nicht nur auf den Einzelnen beziehen, sondern auch in einem interaktionalen Kontext gedeutet werden müssen. Dementsprechend ist in den letzten Jahrzehnten ein *Perspektivenwechsel* vom Positivismus zum systemischen Konstruktivismus (s. BRAUN in diesem Buch) zu beobachten. Bis in die 70-er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde ausschließlich im Sinne einer *Selektionsdiagnostik* vorgegangen. Das Ziel besteht darin, aus einer Gesamtheit von Probanden nach möglichst objektiven Kriterien diejenigen auszuwählen, die in einer besonderen Institution (z. B. einer Sonderschule) einer speziellen Förderung oder Therapie bedürfen. Dies erfolgt am besten durch standardisierte Verfahren, die den Testgütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität (LIENERT 1969) entsprechen. Die Ergebnisse werden im Sinne einer linearen Kausalität als Ausgangspunkt für eine nachfolgende therapeutische Konsequenz gedeutet.

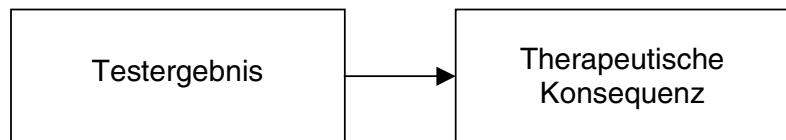


Abbildung 2: Lineare Kausalität in der Selektionsdiagnostik

Zweifel entstanden u. a., indem immer mehr erkannt wurde, dass

- eine wirkliche Objektivität nicht erreichbar ist, wobei das Erkennen subjektiver Elemente nicht beinhaltet, die Suche nach annähernder Objektivität aufzugeben,
- die Messung möglicher Therapieerfolge durch den Einsatz der Diagnosematerialien vor und nach einer zeitlich festgelegten Abfolge von Therapieschritten sich als Scheinobjektivität entlarvte, da intervenierende Variablen wie der Beziehungsaspekt, andere Interventionmaßnahmen und letztlich die auch ohne Therapie fortschreitende (Sprach-) Entwicklung des Betreffenden nicht unter Kontrolle gebracht werden konnten.

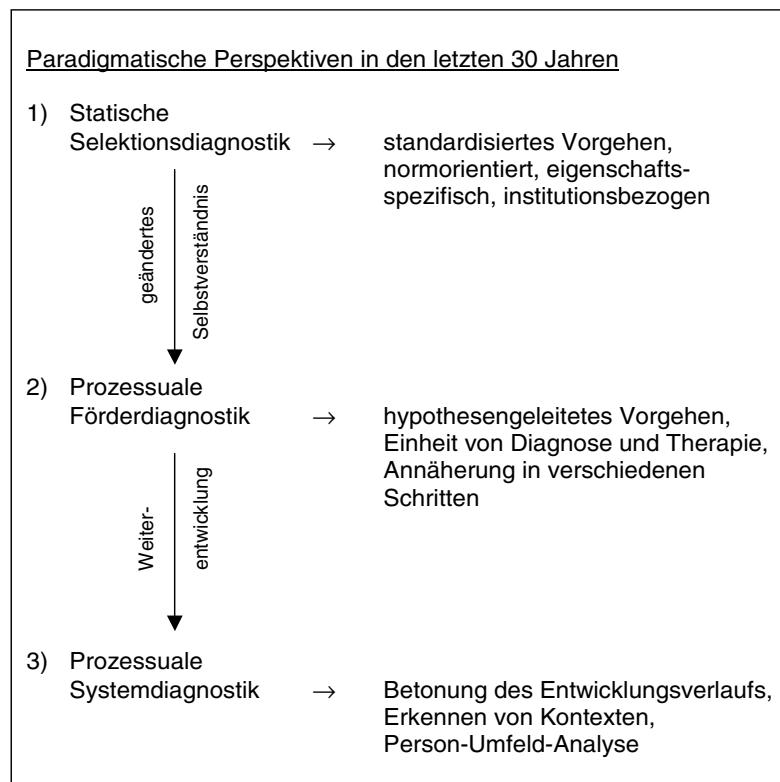
Förderdiagnostik

Vor dem Hintergrund des o. g. Perspektivenwechsels wurde von daher in der Sonderpädagogik das Konzept der *Förderdiagnostik* entwickelt, bei dem die diagnostische und pädagogisch-therapeutische Praxis als Einheit aufgefasst wird. In der Sprachheilpädagogik waren es vor allem BRAUN

(1973) und SCHOOR (1972, 1981), die auf der Grundlage des theoretischen Handlungsmodells von KAMINSKI (1970) wegweisende Gedankengänge für ein *hypothesengeleitetes Vorgehen* formulierten. Dabei dient jede diagnostische Information als Grundlage weiterer Datenbeschaffung. Durch eine ständige Kontrolle der vorangehenden durch die nachfolgenden Maßnahmen erfolgt eine permanente Rückmeldung und schrittweise Annäherung der Erkenntnisse an den Entwicklungsstand des Betreffenden, der sich aber wiederum selbst in einem dauernden Weiterentwicklungsprozess befindet. Von daher sind Ziele immer nur approximativ zu erreichen.

Diese Gedankengänge sind Ausdruck einer weit reichenden Umorientierung in der Sonderpädagogik, die in den „Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 6. Mai 1994 dokumentiert wurde. Dabei wird statt einer institutionenbezogenen Sichtweise jetzt eine personbezogene, auf den Einzelnen zentrierte Förderung herausgestellt. Fragen der institutionellen Zuordnung werden damit nicht aufgehoben. Sie ordnen sich jedoch in einen übergeordneten Aspekt der individuellen Förderung in unterschiedlichen Organisationsformen ein.

Eine Weiterentwicklung dieser Gedankengänge findet sich in der prozessualen *Systemdiagnostik*, bei der die Bedeutung des interaktionalen Kontextes hervorgehoben wird, so dass zusammenfassend – und im Vorgriff auf das nächste Kapitel – drei paradigmatische Perspektiven sonderpädagogischer Diagnostik genannt werden sollen:



KMK-Empfehlungen

Systemdiagnostik

3.2 Zur Bedeutung des interaktionalen Kontextes

Komplexität
durchschaubar machen

Sozialwissenschaftliche Perspektiven in der sprachheilpädagogischen Diagnostik sind seit langem bekannt (z. B. GROHNFELDT 1982, 127), wobei in den letzten Jahren eine methodologische Grundlegung im Sinne einer systemtheoretischen Einordnung erfolgte (GROHNFELDT 1988, 1992, 2002).

Die Aufgabe besteht dabei darin, nicht nur die Störung eines Einzelnen zu analysieren und auf ihre Hintergründe zu befragen, sondern sie in einen übergreifenden Kontext zu stellen und dadurch *Komplexität durchschaubar zu machen*. Dabei werden Ebenen unterschiedlicher Reichweite bedeutsam (s. Abb. 3, s. auch GROHNFELDT 1995a, 10):

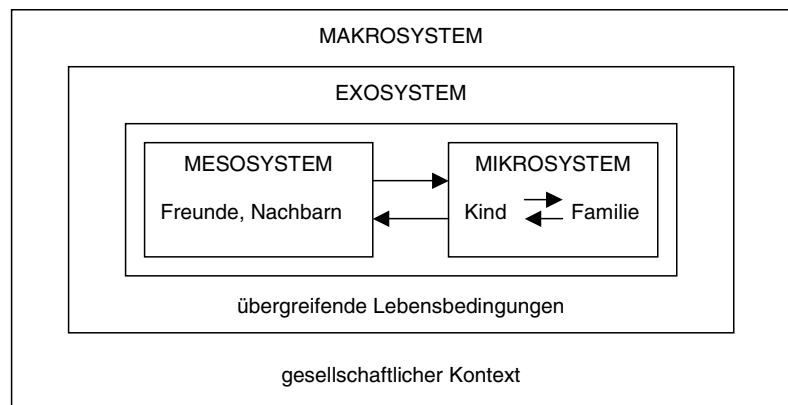


Abbildung 3: Ökosystemisches Erklärungsmodell

Die *Aufgabe* besteht darin, Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Systemebenen darzustellen. Dies kann nicht im Sinne einer linearen Kausalität (Ursache → Wirkung) erfolgen, da vernetzte Zusammenhänge sich in komplexen Systemen durch

- indirekte Wirkungen,
- Beziehungsnetze und
- Zeitverschiebungen

zirkuläre Kausalität

äußern und vor dem Hintergrund einer *zirkulären Kausalität* gedeutet werden müssen. Eins bedingt das andere, Anfang und Ende sind nicht eindeutig bestimmbar.

In dem Zusammenhang steht ein *Vorgehen* in der Diagnose wie auch der therapeutischen Gesprächsführung, das als „*zirkuläres Fragen*“ (dazu VON SCHLIPPE & SCHWEITZER 1997, 139 f) bezeichnet wird. Dabei wird nicht direkt gefragt bzw. nach Kausalzusammenhängen geforscht, sondern indirekt durch eine Verschiebung der Perspektive angeregt, sich in die Sicht des Anderen hinein zu versetzen.

Beispiele

Direkte Fragen: Wie fühlst du dich?
 Warum weinst du?

Indirekte Fragen: Was denkst du, Helmut, was dein
 Weinen für Hannelore bedeutet?

Dabei kommt es nicht auf die Informationsmenge an, sondern auf die richtige Auswahl (VESTER 1999). In der heutigen Zeit elektronischer Datenverarbeitung steigt die Informationsfülle geradezu exponentiell an, wobei Zusammenhänge aber (gerade dadurch?) immer weniger erkannt werden. Wichtig ist das Erkennen von Mustern durch die Auswahl und Reduzierung von Merkmalen.

Trotz allem werden Systembeschreibungen jedoch „immer einen gewissen Grad an Unbestimmtheit behalten“ (SPIESS 1992, 194), da sich die Eigendynamik und Wechselwirkungen im System ständig ändern. Diagnostik erweist sich damit als Prozess.

3.3 Individualisiertes Vorgehen als Prozess

Sprachstörungen sind nicht statisch, sondern einer ständigen Veränderung unterworfen, wobei die Komplexität des Geschehens sich in einem permanenten Wechsel des Erscheinungsbildes, Bedingungshintergrundes, subjektiven Erlebens sowie möglicher psychosozialer Faktoren äußern kann (s. DANNENBAUER und GLÜCK in diesem Buch). Dementsprechend bedeutet jedes diagnostische Vorgehen die Beurteilung eines Verlaufes. Dabei entwickelt sich während des diagnostischen Prozess das Kind – bzw. in einer lebenslangen Entwicklung auch jeder Erwachsene – ständig weiter. Es ist wie die Bestimmung des Weges auf einem fahrenden Schiff. Es versteht sich, dass das Nachvollziehen dieses letztlich einzigartigen Verlaufsprozesses persönlicher Entwicklung nur durch ein einzelfallorientiertes Vorgehen erfolgen kann. Das hypothesengeleitete Prinzip der Förderdiagnostik ist hier ebenso wie die Einschätzung des interaktionalen Kontextes eine wesentliche Grundlage. Hinzu kommt eine grundsätzliche Sichtweise, von den jeweiligen Ressourcen und Stärken aus zu gehen (EGGERT 1997).

Dementsprechend ist im Sinne einer lernbegleitenden Prozessdiagnostik ein individuelles Fähigkeitsprofil zu erstellen, das sich auf folgende Merkmale richtet:

- Individualität
- Historizität
- Mehrdimensionalität
- Komplexität
- Veränderbarkeit

Erkennen von Mustern
 durch Merkmals-
 reduzierung

einzelfallorientiertes
 Vorgehen

Akzentverlagerung zu qualitativen Verfahren

Im Vordergrund steht die Aufdeckung relativer Stärken und Ressourcen, wobei wie bei einem Kippbild auch mögliche Defizite zu sehen sind. Das Vorgehen beinhaltet dabei die Verknüpfung unterschiedlicher Ansätze (Methodenkombination), wobei eine *Akzentverlagerung zu qualitativen Verfahren* zu beobachten ist: Objektive Daten müssen dabei nicht dem subjektiven Erleben (→ Lebensbedeutsamkeit) entsprechen.

Im Sinne einer Synopse ist es bei einem einzelfallorientierten Vorgehen notwendig,

- einerseits Diagnostik als einen subjektiven Verstehensprozess als biografische Rekonstruktion individueller Sprachentwicklung im sozialen Kontext zu begreifen,
- andererseits die Orientierung an einem externen Bezugspunkt an Vergleichsdaten nicht auf zu geben.

Die Dialektik der Aufgabenstellung beinhaltet, dass es sich auch hier um einen permanenten Prozess handelt, der nur approximativ zu einem Ende geführt werden kann.

4 Möglichkeiten und Grenzen der Prävention von Sprachstörungen

Bedeutung der Frühförderung

„Für die Sprachbehindertenpädagogik stellt die sonderpädagogische Früherziehung das bedeutendste und effektivste Feld sprachtherapeutischer Wirksamkeit dar“ (KNURA 1974, 157). Diese vor drei Jahrzehnten formulierte Aussage hat auch heute noch ihre Gültigkeit. Bei Sprachauffälligkeiten ist in besonderem Maße die Möglichkeit gegeben, durch präventive Maßnahmen zu verhindern, dass Sprachstörungen erst entstehen bzw. aus einfachen Entwicklungsbeeinträchtigungen weit reichende Störungssphänomene werden, die Einfluss auf die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung und damit möglicherweise auch auf die Schullaufbahn der Betroffenden haben.

Diese positive Einschätzung ist jedoch an bestimmte Voraussetzungen gebunden und zeigt prinzipiell Grenzen. So ist es notwendig,

- wesentliche Prognoseindikatoren für den späteren Entwicklungsverlauf zu haben, um
- gezielte Maßnahmen zur Früherkennung einleiten zu können, auf deren Grundlage
- Förder- und Therapiemaßnahmen mit dem Kind und seinen Eltern durchgeführt werden.

Prognoseindikatoren

Hinsichtlich der *Prognoseindikatoren* ist zu konstatieren, dass es eine Vielzahl von Mittelwertvergleichen gibt, die u. a.

- die Bedeutung eines verzögerten Sprechbeginns,

- den Einfluss außersprachlicher Indizes (Motorik, Sensorik, Kognition, auditive Verarbeitungsfähigkeiten, usw),
- die Fähigkeit zum kindlichen Symbolspiel,
- die Überlagerung soziokultureller und somatischer Risiken

herausstellen (dazu: GROHNFELDT 1998a). Von Bedeutung ist dies z. B. bei Reihen- und Schuleingangsuntersuchungen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass aus Mittelwertvergleichen nur in geringem Maße auf den Einzelfall zurückgeschlossen werden kann, so dass nach dem ersten Screening weiterreichende Untersuchungen für eine gezielte Hilfestellung notwendig sind. Das Vorgehen ist dabei grundsätzlich als interdisziplinäre Aufgabe anzulegen.

- Aus *medizinischer Sicht* sind es vor allem die in der kinderärztlichen Praxis durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen (s. VON SUCHODOLETZ in diesem Buch). Hier sind die Forschungen in den letzten Jahren wesentlich vorangeschritten. So können mit einer Kurzform des Elternfragebogens ELFRA-2 bereits deutliche Hinweise für den späteren Spracherwerb erhoben werden (SACHSE & VON SUCHODOLETZ 2007) Für den Regelfall bleibt jedoch zu konstatieren, dass zwischen der U7 (21.–24. Monat) und der U8 (43.–48. Monat) eine empfindliche Lücke besteht, die gerade hinsichtlich des Spracherwerbs von entscheidender Bedeutung ist. So bleibt vorläufig die Erkenntnis, dass vor allem bei einer Stagnation sprachlicher Entwicklungsverläufe zwischen zwei Untersuchungszeitpunkten und bei erheblichen Diskrepanzen zwischen sprachlichen und nicht-sprachlichen Fähigkeiten Vorsicht geboten ist (SCHREY-DERN 2001).

Vorsorgeuntersuchungen

Hinsichtlich des Stellenwerts von Vorsorgeuntersuchungen gaben bei einer Untersuchung von GÖLLNER (2001) die Eltern an, dass sie zwar vom Kinderarzt erste Informationen über die Sprachstörung ihres Kindes erhielten, sich dann aber von Sprachtherapeut(inn)en am fachkundigsten beraten fühlten.

- Aus *pädagogisch-psychologischer Sicht* sind es vor allem Screening- und Reihenuntersuchungen bei unterschiedlichen Trägern (Gesundheits- und Kultusministerien), die mehr oder weniger verpflichtend durchgeführt werden. Neuere Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum weisen darauf hin, dass ungefähr 15 % der Kinder im 2. und 3. Lebensjahr so genannte „late talker“ sind. Davon wiederum sind 50 % „late bloomer“, die den Rückstand bis zum Alter von 3 Jahren aufholen und unauffällig bzw. latent unauffällig sind. Die anderen 50 % holen den Rückstand nicht auf und zeigen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (dazu: GRIMM 1999). Hier sind in letzter Zeit durch den Einsatz von Elternfragebögen (ELFRA 1 und 2) und den „Sprachentwicklungs- test für zweijährige Kinder“ (SETK-2) wesentlich bessere Bedingungen zur Früherfassung sprachauffälliger Kinder gegeben (s. DANNENBAUER in diesem Buch; ebenso: DANNENBAUER 2001a).

Screening- und Reihenuntersuchungen

Weiterhin zu nennen sind Sprachstandsmessungen. Hier ist eine außerordentlich große Vielfalt der verwendeten Verfahren festzustellen (LÜDKE & KALLMEYER 2007a, 2007b), wobei bisher eine fehlende Standardi-

Schuleingangs- untersuchungen

Notwendigkeit
 gegenseitiger Ergänzung

sierung der in den einzelnen Bundesländern entwickelten Testinstrumente zu konstatieren ist und auch mögliche Nebenwirkungen von Screenings beachtet werden müssen (RAUSCH 2007). Zudem ist die Situation mehrsprachiger Kinder, die regional unterschiedlich mit ca 15–20 % berücksichtigt werden müssen, zwar in ihrer Bedeutung erkannt, jedoch noch nicht flächendeckend berücksichtigt (ROTH & DIRIM 2007). Weiterhin überlagern sich zuweilen pädagogische Anforderungen (z. B. einer kindgemäßem Durchführung), die Notwendigkeit der Vergleichbarkeit der eingesetzten Screeningverfahren und die offenen Fragen der nachfolgenden Maßnahmen (FRIED 2007), wobei auch zuweilen die Abgrenzung von Sprachförderung und Sprachtherapie nicht eindeutig ist. Die Aufgabenstellung ist jedoch als solche erkannt und hat zu Modellvorhaben u. A. in Nordrhein-Westfalen, Hessen und Bayern geführt.

Insgesamt ist festzustellen, dass es sich in der Realität zumeist um ein auf Ergänzung angelegtes System medizinischer und pädagogisch-psychologischer Hilfen handelt, wobei die Nachfrage nach den Angeboten durch gezielte Werbemaßnahmen (Plakataktionen in Behörden, Schulen, Kindergärten, Arztpraxen; Zeitungsartikel mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen; Informationsschriften, Vorträge und Elternabende in Kindergärten usw.) weiter zu verbessern ist. Erst dann sind die Voraussetzungen für gezielte Maßnahmen zur Frühförderung (s. Band 4 dieser Handbuchreihe) gegeben.

Evidenzbasierte Therapie

5 Effektivitätsmessungen und Evaluation zwischen notwendiger Kontrolle und prinzipieller Begrenzung

Frage zur Effektivitätsüberprüfung bei der Therapie von Sprachstörungen werden im angloamerikanischen Raum schon seit sehr viel längerer Zeit als in Deutschland gestellt. Gründe liegen u. a. darin, dass die „*speech pathology*“ als Verhaltenswissenschaft sich überwiegend an psychologischen und medizinischen Grundlagen orientiert, während die Sprachheilpädagogik bei einer hermeneutischen Ausrichtung nur zögernd naturwissenschaftliche Kenntnisse rezipierte.

Teilweise auf Druck der Krankenkassen und vor dem Hintergrund erheblicher Kostensteigerungen im Gesundheitssystem (REINDL, SCHRÖDER & WALTERSBACHER 2008) gewinnen dadurch Aufgabenstellungen einer evidenzbasierten Therapie an Bedeutung. Dabei erfolgt eine Bezugnahme auf Evidenzhierarchien, bei denen randomisierte klinische Studien weit höher eingeschätzt werden als z. B. eine qualitative Einzelfallstudie (GIEL 2006, 52; s. Abb. 4)