

Korntheuer • Gumpert • Vogt (Hg.)

Anamnese in der Sprachtherapie



Petra Korntheuer • Maike Gumpert •
Susanne Vogt (Hrsg.)

Anamnese in der Sprachtherapie

Mit 4 Abbildungen und 5 Tabellen
Mit Anamnesebögen und Arbeitshilfen

Mit Beiträgen von Anja Breitzkreuz, Tanja Grewe,
Maike Gumpert, Sabine Hammer, Andrea Honekamp,
Sabrina Kempf, Anke Kohmäscher, Petra Korntheuer,
Norina Lauer, Franziska Rossa, Susanne Vogt,
Carla Wegener, Marina Weiland, Silke Winkler

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Die Herausgeberinnen arbeiten im Studiengang Logopädie an der Hochschule Fresenius Idstein.

Prof. Dr. **Petra Korntheuer**, Dipl.-Psych., Legasthenietherapeutin, lehrt Schriftsprachentwicklung und Methoden.

Maike Gumpert M.Sc., Logopädin, arbeitet in der logopädischen Praxis und in der Hochschule, v.a. im Bereich Kindersprachtherapie.

Susanne Vogt M.Sc., Logopädin, Lehrlogopädin (dbl), lehrt in den Bereichen Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsstörungen sowie Gesten.

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-02438-4 (Print)

ISBN 978-3-497-60160-8 (E-Book)

© 2014 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Covermotiv: unter Verwendung eines Fotos von © CandyBox Images – Fotolia.com

Satz: Da-TeX Gerd Blumenstein, Leipzig

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Einleitung	9
<i>Von Petra Korntheuer, Maike Gumpert und Susanne Vogt</i>	
Literatur.	12
 1 Anamneseerhebung in der Sprachtherapie – Grundlagen	13
<i>Von Petra Korntheuer, Maike Gumpert und Susanne Vogt</i>	
Relevanz der Anamnese	13
Art und Form der Anamnese	20
Die Qualität anamnestischer Daten	21
Gesprächspraxis	26
Literatur.	32
 2 Leitfaden sprachtherapeutische Anamnese bei Kindern	35
<i>Von Susanne Vogt, Maike Gumpert und Petra Korntheuer</i>	
Ziele.	36
Inhalte der Anamnese bei Kindern	37
Auswertung der anamnestischen Informationen	43
Besondere Anforderungen an die Anamnese in der Kindersprachtherapie	46
Literatur.	48
 2.1 Zusatzmodul Anamnese bei mehrsprachigen Kindern	50
<i>Von Maike Gumpert</i>	
Ziele und Zielgruppe	50
Inhalte	51
Besondere Anforderungen	54
Literatur	55
 2.2 Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Hörstörungen	56
<i>Von Susanne Vogt</i>	
Ziele und Zielgruppe	56
Besondere Anforderungen	57
Inhalte	58
Literatur.	61

2.3	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Schluck- und Fütterstörungen	61
	<i>Von Silke Winkler</i>	
	Besondere Anforderungen	62
	Ziele und Zielgruppe	62
	Inhalte	63
	Literatur.	67
2.4	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Stottern	68
	<i>Von Sabrina Kempf und Anke Kohmäscher</i>	
	Ziele und Zielgruppe	68
	Besondere Anforderungen	69
	Inhalte	70
	Literatur.	73
2.5	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Stimmstörungen	74
	<i>Von Sabine Hammer</i>	
	Ziele und Zielgruppe	74
	Besondere Anforderungen	74
	Inhalte	75
	Literatur.	78
2.6	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Lese-Rechtschreibstörungen (LRS) / schulische Entwicklung	79
	<i>Von Petra Korntheuer</i>	
	Besondere Anforderungen	80
	Zielgruppen und Ziele	81
	Inhalte	82
	Literatur.	84
2.7	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Spalte und/oder Syndrom	85
	<i>Von Carla Wegener</i>	
	Anamnese bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Spalte	87
	Anamnese bei Kindern mit Syndrom	88
	Literatur.	90
3	Leitfaden sprachtherapeutische Anamnese bei Menschen mit neurogenen Störungen	91
	<i>Von Tanja Grewe, Marina Weiland, Franziska Rossa und Andrea Honekamp</i>	
	Ziele der Anamnese im Bereich der neurologischen Rehabilitation	92
	Inhalte der Anamnese bei Menschen mit neurogenen Störungen	95
	Literatur.	104

3.1	Zusatzmodul Anamnese bei mehrsprachigen Menschen mit neurogenen Störungen.	107
	<i>Von Anja Breitzkreuz, Tanja Grewe und Maike Gumpert</i>	
	Ziele und Zielgruppe	107
	Inhalte	108
	Besondere Anforderungen	110
	Literatur	112
3.2	Zusatzmodul Anamnese bei Menschen mit Schluckstörungen	113
	<i>Von Silke Winkler</i>	
	Ziele und Zielgruppe	113
	Besondere Anforderungen	114
	Inhalte	114
	Literatur.	116
3.3	Zusatzmodul Anamnese bei Menschen mit demenzieller Erkrankung	117
	<i>Von Andrea Honekamp</i>	
	Ziele und Zielgruppe	117
	Besondere Anforderungen	118
	Inhalte	119
	Literatur.	121
4	Leitfaden sprachtherapeutische Anamnese bei Erwachsenen.	122
	<i>Von Sabine Hammer und Sabrina Kempf</i>	
	Die Bedeutung anamnestischer Daten in der Therapie mit Erwachsenen	122
	Sprech- und stimmtherapeutische Anamnese bei Erwachsenen	125
	Inhalte der Anamnese bei Erwachsenen	126
	Besondere Herausforderungen in der Anamnese bei Erwachsenen	134
	Literatur.	136
4.1	Zusatzmodul Anamnese bei Erwachsenen mit Stimmstörungen ...	137
	<i>Von Sabine Hammer</i>	
	Ziele und Zielgruppe	137
	Besondere Anforderungen	138
	Inhalte	138
	Literatur.	143
4.2	Zusatzmodul Anamnese bei Stottern im Erwachsenenalter.	144
	<i>Von Sabrina Kempf und Anke Kohmäscher</i>	
	Ziele und Zielgruppe	144
	Besondere Anforderungen	145

	Inhalte	145
	Literatur.....	148
4.3	Zusatzmodul Anamnese bei Erwachsenen mit Laryngektomie (LE).....	149
	<i>Von Norina Lauer</i>	
	Ziele und Zielgruppe	149
	Besondere Anforderungen	149
	Inhalte	150
	Literatur.....	153
5	Dokumentationsbögen	155
	Sprachtherapeutische Anamnese bei Kindern.....	155
	Zusatzmodul Anamnese bei mehrsprachigen Kindern	158
	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Hörstörungen	160
	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Schluck- und Fütterstörungen	162
	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Stottern	165
	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Stimmstörungen	167
	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Lese- Rechtschreibstörungen (LRS) / Schulische Entwicklung	170
	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Spalte (LKGS).....	172
	Zusatzmodul Anamnese bei Kindern mit Syndrom	173
	Sprachtherapeutische Anamnese bei Menschen mit neurogenen Störungen.....	174
	Zusatzmodul Anamnese bei mehrsprachigen Menschen mit neurogenen Störungen.....	177
	Zusatzmodul Anamnese bei Menschen mit Schluckstörungen	178
	Zusatzmodul Anamnese bei Menschen mit demenzieller Erkrankung.....	179
	Sprachtherapeutische Anamnese bei Erwachsenen	181
	Zusatzmodul Anamnese bei Erwachsenen mit Stimmstörungen... ..	183
	Zusatzmodul Anamnese bei Erwachsenen mit Stottern	185
	Zusatzmodul Anamnese bei Erwachsenen mit Laryngektomie (LE).....	186
	Die Autorinnen	188
	Sachregister.....	190

Einleitung

Von Petra Korntheuer, Maike Gumpert und Susanne Vogt

Benutzung dieses Buches: Wenn man ein Buch über die Anamnese in der Sprachtherapie herausgibt, ist man von der Bedeutung des Themas selbstredend überzeugt. Als nicht wegzudenkenden Bestandteil der sprachtherapeutischen Diagnostik und Intervention stellen wir die Anamnese in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Dazu analysieren wir die Relevanz, Inhalte, Form und Gütekriterien sowie die Möglichkeiten und Grenzen der sprachtherapeutischen Anamnese und begründen sie. Warum wir welche Ziele, Inhalte und Vorgehen in der Anamnese favorisieren, stellt *Kap. 1* als Grundlagenkapitel dar.

Nach unserem Verständnis ist die Anamnese ein strukturiertes Gespräch mit verschiedenen Zielen und Inhalten. Die dazu notwendigen Kompetenzen der Gesprächsführung werden ebenfalls in *Kap. 1* beleuchtet.

Für das Durchführen der eigentlichen Anamnese finden sich in diesem Buch Gesprächsleitfäden für unterschiedliche Zielgruppen:

- Kinder (*Kap. 2*)
- Menschen mit neurogenen Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen (*Kap. 3*)
- Erwachsene (*Kap. 4*)

Diese Leitfäden sind einheitlich aufgebaut und enthalten jeweils Grundgedanken, Ziele und Zielgruppe, die Entwicklung des Leitfadens, seine Inhalte sowie die besonderen Anforderungen. Sie enden mit einer Zusammenfassung. Die Inhalte sind auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO 2005) sowie der daran anschließenden Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY; Hollenweger/Kraus de Camargo 2011) bezogen und werden empirisch-praktisch begründet. Zu jedem Leitfaden gibt es sowohl im Buch als auch auf der beiliegenden CD-ROM ergänzend einen Dokumentationsbogen, der die Struktur des Gesprächs und die Inhalte vorgibt. Zur Erleichterung einer Notierung der Inhalte während des Gesprächs finden sich dort neben Platz für freie Notizen jeweils Ankreuzfelder oder

Listen. Im Dokumentationsbogen sind zumeist keine ausformulierten Fragen, sondern lediglich Stichworte enthalten. Geeignete Fragen müssen im Gesprächsverlauf je nach Zielsetzung und Gesprächssituation in angemessener Form von der Sprachtherapeutin formuliert werden. Als Arbeitshilfen dazu befinden sich Beispiele für geeignete Fragen auf der beiliegenden CD-ROM.

Diese drei zielgruppenspezifischen Leitfäden decken quasi „Standardfälle“ ab. Sie können bei Bedarf ergänzt werden durch sogenannte Zusatzmodule. Auch die Zusatzmodule sind einheitlich gegliedert und enthalten jeweils Grundgedanken, Ziele und Zielgruppe, besondere Anforderungen und begründete Inhalte sowie einen den Leitfaden ergänzenden Dokumentationsbogen. Fragenbeispiele stellt auch hier die CD-ROM bereit.

Für den Bereich Kinder sind das die Zusatzmodule Anamnese bei mehrsprachigen Kindern (*Kap. 2.1*), Kindern mit Hörstörungen (*Kap. 2.2*), Kindern mit Schluck- und Fütterstörungen (*Kap. 2.3*), Kindern mit Stottern (*Kap. 2.4*), Kindern mit Stimmstörungen (*Kap. 2.5*), Kindern mit Lese-Rechtschreibstörungen und schulische Entwicklung (*Kap. 2.6*) sowie bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und Syndromen (*Kap. 2.7*).

Der Bereich Menschen mit neurogenen Störungen umfasst die Zusatzmodule Anamnese bei mehrsprachigen Menschen mit neurogenen Störungen (*Kap. 3.1*), bei Menschen mit Schluckstörungen (*Kap. 3.2*) und bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen (*Kap. 3.3*).

Der Bereich Erwachsene schließlich wird ergänzt durch die Zusatzmodule Anamnese bei Erwachsenen mit Stimmstörungen (*Kap. 4.1*), Erwachsenen mit Stottern (*Kap. 4.2*) und Erwachsenen mit Laryngektomie (*Kap. 4.3*).

Aufgrund des modularen Aufbaus des Buches lassen sich ausgewählte Teile eigenständig verwenden. Die für alle Bestandteile gültigen Grundlagen und Anwendungshinweise finden sich in *Kap. 1*.

Zielgruppe: Das Buch richtet sich an sprachtherapeutische Berufsgruppen, an Berufsanfänger genauso wie erfahrene Sprachtherapeutinnen, die sich vor allem in der Intervention, aber auch in Lehre und Forschung mit Klienten aus allen Altersstufen beschäftigen.

Begriffsverwendung: Der professionelle Blick auf die Interaktion mit einem Gegenüber bedarf einer Reflexion über Perspektiven- und Rollenverständnis (Lange 2012).

Sprachtherapeutin: In diesem Buch wird für sprachtherapeutisch tätige Berufsgruppen unterschiedlicher Provenienz, also z. B. der

Logopädie und der klinischen Linguistik, der Sprachheilpädagogik und Sprechwissenschaften, durchgehend der Begriff „Sprachtherapeutin“ verwendet. Er impliziert sowohl die männliche als auch die weibliche Form. Ebenfalls übergreifend verwenden wir den Begriff „sprachtherapeutische Anamnese“, wenn es um die Bereiche Sprache, Sprechen, Schlucken, Stimme oder Schriftsprache geht.

Patient: Das Gegenüber in der therapeutischen Situation zu benennen, heißt gleichzeitig, ihm eine Rolle zuzuweisen. Der Begriff „Patient“ (von lat. *patiens* = ertragend, erdulnd) trägt das „Kranksein“ in sich. Es stellt sich die Frage, ob die sprachtherapeutische Hilfe suchende Klientel als „krank“ zu bezeichnen ist. Das damit verbundene klassische „Doktor-Patienten-Modell“ der Beratung (Eck 2005) legt eine asymmetrische Beziehung nahe, in der der Hilfesuchende als Leidender ohne wirkliche Lösungskompetenz sowohl die Diagnose als auch die Heilung bzw. Lösungssuche an den Experten delegiert. Eine aktive Beteiligung des Patienten ist nach diesem Modell kaum vorgesehen – das steht nicht nur im Widerspruch zu einer subjektzentrierten Sichtweise, wie beispielsweise die ICF sie fordert, sondern ist auch im Hinblick auf Mitarbeit in der Therapie oder das Erledigen therapeutischer Hausaufgaben eher kontraproduktiv.

Klient: Daher wird hier der in Psychotherapie und Beratung seit Langem verwendete Begriff „Klient“ (von lat. *cliens* = Schützling) favorisiert. Er impliziert eine unterstützende, vielleicht eher auch dienstleistende Haltung aufseiten der Sprachtherapeutin, innerhalb derer zwar u. a. fachliches Expertenwissen zur Verfügung gestellt wird, die jedoch den Hilfesuchenden als Experten für sich und seine Ziele anerkennt, ihn und seine Ressourcen aktiv beteiligt, ihn in der Verantwortung belässt und mit ihm gemeinsam Wege und Ziele erarbeitet.

In diesem Sinne wünschen wir uns, dass dieses Buch die Nutzerinnen anregt und zu gelingenden Anamnesegesprächen beiträgt.

Das Buch wäre ohne die Zusammenarbeit vieler Menschen nicht zustande gekommen. Unser Dank gilt den Autorinnen für ihre Bereitschaft, sich auf das Thema Anamnese einzulassen und für ihre fundierten Beiträge. Wir danken dem Ernst Reinhardt Verlag, und hier besonders Frau Dipl.-Päd. Eva Maria Reiling, dass sie dieses Unterfangen möglich gemacht haben. Viele Kolleginnen haben uns auf unserem Weg unterstützt. Ein besonderes Dankeschön geht an Frau Prof. Annette Fox-Boyer, die uns Ideengeberin und stete Begleiterin war, sowie an Frau Bruni Zeuner von der Logopä-

dischen Lehrpraxis der Hochschule Fresenius Idstein für konstruktive Rückmeldungen bei der Anwendung.

Literatur

- Hollenweger, J., Kraus de Camargo, O. (2011): ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Hans Huber, Bern
- WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Hrsg. v. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln
- Eck, C. D. (2005): Rollencoaching als Supervision – Arbeit an und mit Rollen in Organisationen. In: G. Fatzer (Hrsg.): Supervision und Beratung – ein Handbuch. Edition Humanistische Psychologie, Bergisch Gladbach, 209–247
- Lange, S. (2012): Kommunikationskompetenz in den Therapieberufen: Gemeinsam ans Ziel. Schulz-Kirchner, Idstein

1 Anamneseerhebung in der Sprachtherapie – Grundlagen

Von Petra Korntheuer, Maike Gumpert und Susanne Vogt

Relevanz der Anamnese

In der Regel wird zu Beginn einer logopädischen Therapie eine Anamnese standardmäßig erhoben. Die Anamnese stellt oftmals den (persönlichen) Erstkontakt bzw. das Erstgespräch zwischen Sprachtherapeutin und Klient dar (z. B. Büttner/Quindel 2005; Keilmann 2007; Schrey-Dern 2006; Weinrich/Zehner 2008). Damit hat die Anamnese als sprachtherapeutisches Routineverfahren ähnlich hohe Bedeutung wie die Anamnese in der Medizin (z. B. Dahmer 2006; Güthoff/Rosenecker 2008).

Routineverfahren

Diese hohe Bedeutung der Anamnese spiegelt sich kaum in der verfügbaren Literatur wider: Zwar enthalten sprachtherapeutische Lehrbücher typischerweise Abschnitte oder Kapitel zur Anamnese beim jeweiligen Störungsbild – eine übergreifende Darstellung oder grundlegende Erwägungen zur Anamnese finden sich aktuell jedoch nicht. Auch die Anamnese als Gegenstand von Theorie und Forschung sucht man weitgehend vergeblich.

wenig verfügbare Literatur

Dieses Buch soll nicht nur die Anamnese bei verschiedenen Zielgruppen (Kinder, Erwachsene, Menschen mit neurogenen Störungen) und in unterschiedlichen sprachtherapeutischen Arbeitsfeldern (Diagnostik, Therapie, Prävention, Beratung) erleichtern, sondern auch zur Auseinandersetzung mit dem Thema Anamnese anregen und so möglicherweise zu weiterer Forschung beitragen.

In der medizinischen Literatur versteht man unter Anamnese (von gr. *anamnêsis*: „Erinnerung“) zumeist die medizinische Vorgeschichte zur aktuellen Befindlichkeit eines Patienten (z. B. Grüne 2007; Güthoff/Rosenecker 2008). Für den psychologischen Bereich erweitern Kubinger und Deegener (2001, 12) die Krankengeschichte um aktuelle Aspekte: Anamnese ist eine „Sammlung der typischerweise mit dem gegebenen Sachverhalt in Verbindung stehenden Informationen“. Auch in der Sprachtherapie wird die

Krankengeschichte

Bedeutung der Anamnese als Informationssammlung zur Krankengeschichte häufig betont.

**operationale
Definition**

So definieren viele sprachtherapeutische Autoren die Anamnese rein operational über die Inhalte: Anamnese ist das, was in einem Anamnesegespräch besprochen bzw. in einen Anamnesebogen eingetragen wird. Entsprechend finden sich in der Literatur Listen mit zu erfassenden Inhalten, z.B. bei Schöler (1999), Fox (2003) oder Schrey-Dern (2006). Dennoch bleibt die operationale Definition schuldig, was genau unter einer Anamnese zu verstehen ist und was sie leisten soll. Um diese Aspekte zu beleuchten, müssen zunächst Ziele und Form der Anamnese beachtet werden (Schmidt/Keßler 1976). Anschließend wird die für dieses Buch gültige Arbeitsdefinition für „Anamnese“ vorgestellt.

Hypothesenbildung

**Differential-
diagnose**

Die Anamnese dient häufig dazu, Verdachtsdiagnosen bzw. Hypothesen über Störungsart und -ursache zu ermöglichen, um anschließend gezielte Untersuchungen durchzuführen. Für den Bereich der Sprachentwicklungsauffälligkeiten betont beispielsweise Schöler (1999), dass differentielle Indikatoren nur unter Hinzunahme biografischer und anamnestischer Daten aufzuspüren sind. Auch bei Fox (2003) finden sich anamnestische Daten als erster Unterpunkt der differentialdiagnostischen Maßnahmen. Schrey-Dern (2006) führt aus, dass die Ergebnisse des Anamnesegesprächs ergänzt durch Spontansprachanalysen dazu dienen, Hypothesen über eine mögliche Störung abzuleiten. Somit ermöglicht die Anamnese die Hypothesenbildung, wobei in der Literatur deskriptive, ätiologische und funktionelle Hypothesen unterschieden werden.

**deskriptive
Hypothesen**

Deskriptive Hypothesen dienen im diagnostischen Prozess zunächst der genauen Beschreibung eines Sachverhaltes (Schmidt/Keßler 1976). Gemeint ist hier z.B. die aktuelle Situation des Klienten, seine persönliche Sichtweise und ggf. die aktuelle Symptomatik. Daraus ergeben sich Hinweise auf eine mögliche Diagnose bzw. Intervention. Besonders bedeutsam sind die anamnestischen Informationen, wenn das Anliegen des Klienten eher individuell-subjektiv ist, wie z.B. bei Missempfindungen oder Schmerzen ohne organische Ursache (z.B. beim Schlucken), bei Präventionsmaßnahmen oder Rehabilitationszielen. Auch wenn weitere Methoden der Datengewinnung wie standardisierte Tests nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung stehen, muss für eine Beschreibung der Problematik resp. eine Diagnose in hohem Maße auf deskriptive

Hypothesen aus der Anamnese zurückgegriffen werden (z.B. im Bereich Mehrsprachigkeit (*Kap. 2.1 und 3.1*)).

In der Anamnese werden aber nicht nur die aktuelle Situation und Symptome beschrieben, sondern sie dient auch dazu, erste Hypothesen über mögliche Ursachen und Risikofaktoren zu entwickeln (Schöler 1999). Solche ätiologischen Hypothesen geben erste Hinweise zu Fragen wie: Sind die Symptome möglicherweise durch Vorerkrankungen oder situative Aspekte beeinflusst? Welche Risikofaktoren liegen vor? Besteht eine familiäre Disposition?

**ätiologische
Hypothesen**

Ätiologische und deskriptive Hypothesen werden von der Sprachtherapeutin zu funktionellen Hypothesen (Schmidt/Keßler 1976) verknüpft. Gemeint sind hier Zusammenhänge und Bedingungen wie: Die Symptome treten unter bestimmten Bedingungen verstärkt oder vermindert auf, z.B. ein Kind reagiert mit sozialem Rückzug und Schweigen, wenn es nicht verstanden wird. Funktionelle Hypothesen werden häufig implizit aufgrund des eigenen Fachwissens und der persönlichen therapeutischen Expertise und Erfahrung gebildet. Damit stellt die funktionelle Hypothesenbildung nicht nur für weniger erfahrene Sprachtherapeutinnen eine Herausforderung dar, sondern kann auch zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen.

**funktionelle
Hypothesen**

Anamnese und ICF

Durch die verbindliche Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO 2005) sowie der daran anschließenden Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY; Hollenweger/Kraus de Camargo 2011) wird eine Abkehr von der Anamnese als reiner Krankengeschichte notwendig. Denn durch die ICF hat sich die bis dahin eher störungsorientierte Sicht auf Krankheiten und Behinderungen grundlegend verändert. Als Klassifikationsmodell stellt die ICF – auch für die Anamnese – einen Rahmen zur Verfügung, der die persönliche Situation sowie die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen eines Patienten/Klienten stärker einbezieht, als das die bislang vorherrschenden krankheitsspezifischen Modelle leisteten.

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).

**individuelle
Handlungs-
fähigkeit**

Eine derartige Erweiterung und Verschiebung der Schwerpunkte wirkt sich entsprechend auf Inhalte und Ziele der Anamnese aus, indem individuelle Gegebenheiten in der Situation und der Lebenswelt für Diagnostik und Intervention berücksichtigt werden.

„Beim sprachtherapeutischen Arbeiten mit und nach der ICF sind von Anfang an andere Fragen zu stellen, die über die reine Funktions-/Störungsebene hinausweisen“ (Grötzbach et al. 2014, 20).

**Orientierung an
Bedürfnissen**

Die ICF fordert eine Orientierung an individuellen Bedürfnissen und vorhandenen Ressourcen des Menschen und seiner Umwelt sowie an kooperativen Lösungen (Grötzbach et al. 2014). Sie bietet einen Rahmen, um die vielfältigen Aspekte einer Person mit einer Kommunikations- oder Schluckbeeinträchtigung in seiner Lebenswelt zu erfassen und zu beschreiben. Die Anamnese muss diesem Anspruch Rechnung tragen.

Beziehungsaufbau, Auftragsklärung, Zielformulierungen

Beziehungsaufbau

Neben der Hypothesenbildung hat die Anamnese weitere Ziele. Da sie meist zu Beginn der Kontaktaufnahme zwischen Sprachtherapeutin und Klient stattfindet, ist sie ein wichtiger Bestandteil des Beziehungsaufbaus (Büttner/Quindel 2005; Scharff Rethfeldt 2010; Wendlandt 2009). Die Beziehung gilt als entscheidender Beitrag für den Verlauf und den Erfolg einer sprachtherapeutischen Maßnahme (Dehn-Hindenberg 2008). Somit ist ein wichtiges Ziel des Anamnesegesprächs, eine vertrauensvolle und sichere Basis für die weitere gemeinsame Arbeit zu schaffen.

**fachliche
Kompetenz**

Insbesondere wenn das Anamnesegespräch beim Erstkontakt stattfindet, ist es mitbestimmend für den ersten Eindruck, den die Therapeutin dem Klienten vermittelt. Entsprechend sollte die Sprachtherapeutin die Anamnese auch dazu nutzen, ihre Kompetenz zu vermitteln (Weinrich/Zehner 2008). Damit ist keineswegs eine Demonstration des Expertenwissens oder die verbale Beteuerung langjähriger Berufserfahrung gemeint (Büttner/Quindel 2005). Es geht viel eher um kompetente, professionelle Gesprächsführung und die Eröffnung neuer und nützlicher Perspektiven für den Klienten (Prior 2012).

**Kooperation bzw.
Compliance**

Zur erfolgreichen Durchführung einer logopädischen Therapie sind Kooperation und Absprachen notwendig, beispielsweise die Termine oder therapeutische Hausaufgaben betreffend (Scharff Rethfeldt 2010; Wendlandt 2002). Dafür bedarf es eines guten Arbeitsbündnisses zwischen Sprachtherapeutin und Klient bzw. seinen Angehörigen und hoher Compliance. Hierunter versteht man kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie, auch „Therapietreue“ genannt. Der Klient sollte das Vertrauen gewinnen, bei seiner Sprachtherapeutin in guten Händen zu sein. Wirkungsvoll beitragen kann dazu beispielsweise eine als adäquat empfundene Reaktion der Therapeutin auf das in der Anamnese vom Klienten geschilderte Anliegen (Prior 2012).

Dieses Anliegen muss zunächst geklärt werden: Während manche Klienten mit klaren Vorstellungen zur Sprachtherapie kommen, wissen andere vielleicht nicht oder nicht genau, wieso ihnen eine Überweisung ausgestellt wurde. Eine Auftragsklärung erleichtert nicht nur die Interventionsplanung und fördert Motivation und Kooperationsbereitschaft (Weinrich/Zehner 2008), sondern wird auch von der ICF explizit gefordert.

Auftragsklärung

Eine weitere Voraussetzung für ein gutes Arbeitsbündnis besteht in der Klärung der für den Klienten wichtigen Fragen: So sollten beispielsweise Informationen zu Rahmenbedingungen wie Therapiefrequenz, ggf. Kostenübernahme, vielleicht auch schon erste Hinweise zu Therapieinhalten, -dauer etc. vermittelt werden, um dem Klienten eine Entscheidungsgrundlage für das Eingehen einer therapeutischen Beziehung zu geben.

Informationen vermitteln

Einer der wichtigsten Punkte für eine Interventionsplanung ist die Festlegung von Zielen. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Vorstellungen des Klienten, denn es geht um seine Ziele: Erst wenn sie festliegen, kann das weitere Vorgehen sinnvoll geplant werden. Ggf. muss die Zielplanung auf einen Zeitpunkt nach der Diagnostik verschoben werden. Therapieziele können beispielsweise nach SMART formuliert werden (Locke/Latham 1990).

Therapieziele

Zielformulierung nach SMART

- **Spezifisch:** Je allgemeiner ein Ziel ist, umso schwieriger lässt sich überprüfen, ob es erreicht wurde. Das Ziel sollte daher direkt aus den zuvor erfassten Einschränkungen abgeleitet werden und sich auf konkrete Kommunikationssituationen beziehen.
- **Messbar:** Oft können individuelle Einschränkungen in Zahlenwerte transferiert werden, was sie indirekt messbar macht. Nach Möglichkeit sollte also für therapie- und zielrelevante Beeinträchtigung ein Zahlenwert für den aktuellen Ist-Zustand angegeben werden. Zur Zielformulierung sollte auf der eingesetzten Skala festgelegt werden, welches Maß an Einschränkungen akzeptabel ist, um ein Ziel als erreicht zu betrachten.
- **Attraktiv:** Das Ziel sollte für den Klienten möglichst relevant und bedeutsam sein.
- **Realistisch:** Eine wichtige Aufgabe der Therapeutin besteht darin, die Erwartungen des Klienten mit den Möglichkeiten einer Therapie in Einklang zu bringen, insbesondere dann, wenn die Erwartungen an die Behandlung zu hoch sind.

- **Terminiert:** Zu einer realistischen Zielformulierung gehört, festzulegen, bis zu welchem Zeitpunkt ein Ziel erreicht werden soll und kann. Sinnvoll ist dabei, Teilziele zu terminieren, die innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes erreichbar sind, um die Motivation des Klienten aufrechtzuerhalten.

Vereinbarungen Schließlich müssen konkrete Vereinbarungen (z.B. der nächste Termin, Erhebung eines zusätzlichen ärztlichen Befundes o.Ä.) getroffen werden.

Die Anamnese verfolgt damit ganz unterschiedliche Ziele auf verschiedenen Ebenen, eine Übersicht zeigt **Tab. 1**.

Tab. 1: Zielsetzungen der Anamnese

<i>Anliegen klären</i> ↓	■ <i>Ausgangslage beschreiben</i> ■ <i>Konsens herstellen</i> ■ <i>Compliance/Störungsbewusstsein ermitteln</i>	
<i>Vertrauen schaffen</i> ↓	■ <i>eigene fachliche Kompetenz vermitteln</i> ■ <i>Arbeitsbündnis herstellen</i>	
<i>Arbeitshypothesen bilden</i> ↓	<i>deskriptive Hypothesen</i> ■ Auftretenswahrscheinlichkeiten ■ Kontingenzen und Bedingungen ■ Relevanz für den Klienten <i>ätiologische Hypothesen</i> ■ Herkunft/Ursache der derzeitigen Situation ■ Hinweise auf Ansatzpunkte für die Therapie ■ zusätzliche Untersuchungen oder Behandlungen bei anderen Fachleuten nötig? <i>funktionelle Hypothesen</i> ■ Wie hängen die beiden vorgenannten Bereiche zusammen? (theoretischer Hintergrund fließt ein)	ICF

<i>Diagnose/Differenzialdiagnose</i> ↓	<i>Untersuchungsplanung</i> ■ Beobachtung ■ Untersuchung ■ Test	ICF
<i>Informationen und Vereinbarungen</i> ↓	<i>Informationen geben</i> ■ Setting ■ Inhalte ■ weiteres Vorgehen gemeinsam mit Klient: Ziele formulieren	
	<i>Vereinbarungen vorbereiten bzw. treffen</i> ■ Therapiefrequenz ■ häusliche Übungen	
→	Intervention planen und vorbereiten	

Aus diesen Zielen ergeben sich Konsequenzen für Art und Form der Anamneseerhebung: Vertrauen bilden und ein Arbeitsbündnis schließen, Kompetenzen vermitteln und gemeinsam therapeutische Ziele festlegen kann nur im direkten Kontakt mit dem Klienten und seinen Angehörigen bzw. Bezugspersonen erfolgen.

Abgeleitet von den in Tab. 1 zusammengefassten Zielen geht die in diesem Buch verwendete Arbeitsdefinition der Anamnese daher über den Aspekt der Informationsgewinnung deutlich hinaus.

Arbeitsdefinition

Definition Anamnese

Nach unserem Verständnis ist die Anamnese ein Gespräch, das meist zu Beginn des therapeutischen Kontaktes stattfindet. Sie dient dazu,

- 1 das Anliegen des Klienten zu klären,
- 2 deskriptive, ätiologische und funktionale Hypothesen zu formulieren,
- 3 ein Vertrauensverhältnis und Arbeitsbündnis mit dem Klienten aufzubauen, und
- 4 gemeinsam Ziele abzuleiten, um anschließend eine Intervention planen und durchführen zu können.

Art und Form der Anamnese

Bei der Anamnese ist grundsätzlich zwischen Eigen- und Fremdanamnese zu unterscheiden (Kubinger/Deegener 2001).

Eigenanamnese Um der persönlichen Sicht und dem Anliegen des Klienten gerecht werden zu können, sollte eine Eigenanamnese durchgeführt werden. In der Kindersprachtherapie ist aufgrund des Lebensalters der Klienten allerdings eher die Fremdanamnese der Bezugspersonen, meistens der Eltern, vorherrschend. Doch zumindest bei etwas älteren Kindern sollte immer auch ihre eigene subjektive Sichtweise berücksichtigt werden (Kubinger/Deegener 2001; Zollinger 2008). Vergleichbares gilt für jugendliche oder erwachsene Klienten, die nur eingeschränkt kommunizieren können und deren Anamnese daher unter Beteiligung von Angehörigen oder Betreuern erfolgt.

Fremdanamnese Ist sichergestellt, dass die subjektive Perspektive des Klienten berücksichtigt wird, kann sie durch eine Fremdanamnese des Umfelds oft sinnvoll ergänzt werden. Dabei können differierende Sichtweisen auf Ressourcen, Unterstützungsmöglichkeiten und Einschränkungen wichtige zusätzliche Informationen liefern. In manchen Fällen ist eine getrennte Erhebung von Eigen- und Fremdanamnese sinnvoll (*Kap. 2*).

Zeitpunkt In der Regel findet das Anamnesegespräch vor der Durchführung der Diagnostik statt. Es ist trotz der Hypothesen generierenden Funktion für den weiteren diagnostischen Ablauf jedoch nicht auf den Erstkontakt begrenzt (Scharff Rethfeldt 2010). Einerseits ist vorstellbar, dass für einige Themen zunächst ein starkes Vertrauens- und Arbeitsbündnis aufgebaut werden muss (z. B. bei traumatisierten Klienten), andererseits können sich Faktoren und damit auch Hypothesen im Verlauf der Diagnostik und der Intervention ändern und eine Nach- bzw. Neuerhebung anamnestischer Informationen notwendig machen.

Schriftliche Anamnese

In der sprachtherapeutischen Praxis finden sowohl mündliche als auch schriftliche Anamneseerhebungen statt. So gab in einer Studie an 89 überwiegend in der Kindersprache tätigen Sprachtherapeutinnen gut die Hälfte der Befragten an, mündliche Anamnesegespräche durchzuführen, 5 % führten eine schriftliche Anamnese durch und 42 % kombinierte beide Anamneseformen (Gumpert et al. 2010).

Eine schriftliche Anamnese hat zunächst einige Vorteile. Sie kann – für die Sprachtherapeutin zeitökonomisch – außerhalb der Therapiezeit erhoben werden. Ein standardisierter Anam-

nesefragebogen weist durch die auf dem Bogen festgelegten Fragen je nach Antwortmöglichkeiten (geschlossen „zum Ankreuzen“ vs. offen „auszufüllende Zeilen“) eine mittel- bis hochgradige Strukturierung auf. Dadurch wird Einheitlichkeit gesichert, der Bogen kann leicht archiviert werden. Ein bedeutender Nachteil ist allerdings, dass die schriftliche Anamnese sich weitgehend auf den Informationsaspekt beschränkt. Sie ist unpersönlich, unflexibel und in der Bearbeitung stark von den Lese- und Schreibfertigkeiten des Klienten bzw. seiner Angehörigen abhängig.

Eine Kombination von mündlicher mit vorab schriftlicher erhobener Anamnese mindert typischerweise die Gesprächsqualität (Hornberger et al. 1997), sodass ein kombiniertes Vorgehen nicht empfehlenswert erscheint.

Die Qualität anamnestischer Daten

Ein Ziel der Anamnese ist die Sammlung von Informationen, also die Erfassung von Daten. Entsprechend kommt man nicht umhin, sich Gedanken über die Art und Qualität anamnestischer Daten zu machen. Anamnestische Daten sind in ihrer Art sehr unterschiedlich: Nach der vorgeschlagenen Definition gehören hierzu einerseits die subjektive Sichtweise des Klienten auf sein Anliegen und seine Ziele. Andererseits werden in der Anamnese jedoch auch „harte Fakten“ erfragt, z. B. zur Krankengeschichte oder zu Risikofaktoren, die u. a. zur Bildung ätiologischer Hypothesen beitragen.

Die subjektiven Daten zu Anliegen und Zielen lassen sich der *Qualitativen Sozialforschung* zuordnen: als Erhebung nicht standardisierter Daten und deren Auswertung. Die hierzu passenden Grundsätze qualitativen Denkens nach Mayring (2002, 19) lauten:

subjektive Daten

- Subjektbezogenheit (z.B. durch subjektive Beschwerde bzw. Anliegen, subjektive Ziele),
- Deskription (z.B. durch genaue Beschreibung der individuellen Symptomatik, Lebensumstände, Ressourcen),
- Interpretation (durch den Klienten und durch die Therapeutin),
- alltägliche Umgebung (z.B. durch den Einbezug von ICF-Umweltfaktoren),
- Generalisierung der Ergebnisse in Verallgemeinerungsprozessen (z.B. bei der Suche nach Risikofaktoren).

„objektive“ Daten Gleichzeitig dient die Anamnese aber auch diagnostischen Zwecken – und damit müssen die erhobenen Daten ähnlichen Anforderungen genügen wie Daten aus anderen diagnostischen Verfahren. Zu diesen Anforderungen gehört die Einhaltung spezifischer Gütekriterien.

Gütekriterien

qualitative Gütekriterien Die Zuordnung der subjektiven Daten der Anamnese zur qualitativen Sozialforschung erfordert entsprechend methodenspezifische Gütekriterien (Mayring 2002). Für eine Einzelfallanalyse gehören dazu z. B. die Überprüfung von Vorannahmen, Alternativerklärungen und Kausalannahmen, die Suche nach zusätzlichen, objektiven Daten und die Überprüfung, inwieweit subjektive oder soziale Einflussfaktoren vorliegen (Bromley 1986). Diese Kriterien sind auf die subjektiven Aspekte der Anamnese wie Anliegen und Ableitung von Zielen gut übertragbar; eine Ergänzung anamnestischer Informationen mit objektiven Daten wie Testergebnissen ist gängige sprachtherapeutische Praxis.

Gütekriterien der KTT Die diagnostisch relevanten Daten der Anamnese hingegen erfordern eher Kriterien aus der klassischen Testtheorie (KTT), auf die im Folgenden eingegangen wird.

Objektivität Objektivität wird definiert als „Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind“ (Lienert 1989, 13). Dabei unterscheidet man zwischen Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität. Für das Anamnesegegespräch muss der Aspekt der Aufzeichnungsobjektivität ergänzt werden (Schmidt/Kesler 1976, 98).

Sofern kein hochstrukturierter Fragebogen in schriftlicher Form verwendet wird, ist eine Anamnese nicht unabhängig vom Untersucher. Jedoch können Vorgaben zur mündlichen Durchführung zur Durchführungsobjektivität beitragen, genauso wie professionelle Gesprächskompetenzen. Die Aufzeichnungsobjektivität kann durch Tonaufnahmen und Dokumentationsbögen verbessert werden. Inwieweit die so erhaltenen Daten dann ausgewertet und interpretiert werden, obliegt allerdings in hohem Maße der theoretischen Ausrichtung und praktischen Erfahrung der Sprachtherapeutin, sodass die Objektivität hier deutlich eingeschränkt ist. Eine Überprüfung der Auswertungsobjektivität, beispielsweise durch Auswertung von ausgefüllten Dokumentationsbögen durch mehrere unabhängige Sprachtherapeutinnen, wäre sehr sinnvoll, steht aber noch aus.

Validität Die Validität eines Tests gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem dieser Test dasjenige Merkmal, das zu messen er vorgibt, auch

tatsächlich misst (Lienert 1989). Während inhaltliche Validität durch ein Rating von Experten zugebilligt werden kann, verlangt die Konstruktvalidität eine theoretische Grundlage, an der der Test gemessen wird – für die Anamnese sei auf die ICF verwiesen, die einen theoretischen Rahmen für Ziele und Inhalte der Anamnese bietet. Für diese beiden Validitätsaspekte gibt es im Allgemeinen keine Maßzahl, anders als für die kriterienbezogene Validität: Diese kann normalerweise als statistisches Zusammenhangsmaß mit einem Außenkriterium bestimmt werden. Die kriterienbezogene Validität anamnestischer Aussagen steht und fällt mit der Objektivität dieses Außenkriteriums. Beispielsweise könnte man krankheitsbezogene Aussagen des Klienten mit einem entsprechenden Arztbericht in Zusammenhang bringen. Studien dazu gibt es bislang jedoch nicht. Für viele anamnestische Daten ist es zudem schwierig oder sogar unmöglich, objektive Kriterien zu erhalten (Schmidt/Keßler 1976).

Mit Reliabilität bezeichnet man den Grad der Genauigkeit, mit dem ein Test ein bestimmtes Merkmal misst (Lienert 1989). Typischerweise werden hierfür Kennwerte wie interne Konsistenz oder Paralleltestreliabilität berechnet – Verfahren, die nur schwer auf anamnestische Daten übertragen werden können. Die Retestreliabilität als Wiederholungsmessung dagegen kann zumindest ansatzweise auf die Anamnese übertragen werden. So sollten anamnestische Daten zu abgeschlossenen Ereignissen wie früheren Krankheiten und feststehenden Daten wie z. B. dem Einschulungstermin eine hohe Retestreliabilität aufweisen. Geringe Retestreliabilitäten dagegen sind typisch für viele organische Symptome, sich verändernde Situationen oder Eigenschaften, kurz: bei nichtstabilen oder noch andauernden Ereignissen oder auch bei subjektiven Wünschen und Einstellungen. Hier ergeben sich für die Anamnese ähnliche Probleme wie bei Veränderungsmessungen (Rosner 1999).

Reliabilität

Der Aspekt der Ökonomie kann als Gratwanderung zwischen lückenhafter Information und diagnostischem „Voyeurismus“ angesehen werden (Kubinger/Deegener 2001, 22). Es kostet viel Zeit und Energie, ein großes Spektrum an Informationen über den Klienten und seine Lebensumstände zu erhalten (Güthoff/Rosenecker 2008). Zusätzlich ist es ethisch fragwürdig, wahllos zu fragen. Es sollte daher gut begründet und nachvollziehbar sein, warum welche Inhalte der Anamnese erhoben werden. Die Relevanz der anamnestischen Daten für Diagnostik und Intervention ist daher nachzuweisen. Auch müsste untersucht werden, inwieweit zusätzliche Fragen eine Diagnose verbessern oder zu einer angemesseneren Intervention führen.

Ökonomie

Normierung Die Auswertung einer Anamnese erfolgt normalerweise nicht normiert. Das ist bei subjektiven Anliegen und Zielen auch kaum anders möglich. Falls es beispielsweise um die Sprachentwicklung geht, erfolgt eine Einordnung entsprechender anamnestischer Aussagen vermutlich gemäß des therapeutischen Fachwissens, wie der „Meilensteine der Sprachentwicklung“ (Grimm 1999) oder ähnlicher Konzepte. Der aktuelle Stand einer Entwicklung oder Symptomatik lässt sich dagegen in vielen Fällen mit standardisierten Tests feststellen, sodass die Anamneseerhebung nur Hinweise für die Wahl eines geeigneten Testverfahrens liefern muss und entsprechend keine eigene Normierung verlangt.

Vergleichbarkeit Für den Aspekt der Vergleichbarkeit bedarf es mindestens einer Paralleltestform oder validitätsähnlicher Tests (Lienert 1989). Für die Anamnese scheint Vergleichbarkeit wenig relevant: zwar sind Vergleiche zwischen verschiedenen Anamneseformen bzw. -schemata denkbar, ein Vergleich zwischen anamnestisch und teststatistisch erhobenen Daten ist dagegen kaum durchführbar bzw. wenig sinnvoll, weil keine ausreichende Validitätsähnlichkeit vorliegt.

Nützlichkeit Die Nützlichkeit unterstellt ein praktisches Bedürfnis (Lienert 1989), ein Merkmal zu erfassen, ohne dass adäquate Alternativen vorliegen. Anamnestische Fragen sind also dann nützlich, wenn sie diagnostisch valide bzw. bedeutsam sind und gleichzeitig eine höhere Validität aufweisen als andere verfügbare Methoden. Da die Anamnese für die subjektiven Daten praktisch immer und für andere Informationen häufig die einzig mögliche Methode der Datenerhebung darstellt, ist ihre Nützlichkeit in hohem Maße gegeben.

Qualitätssicherung

Es muss sichergestellt werden, dass die Anamnese den formulierten Zielen (**Tab. 1**) tatsächlich gerecht werden kann. Für das hier favorisierte Anamnesegespräch benötigt die Sprachtherapeutin neben professionellen Gesprächskompetenzen auch Hinweise auf für die Hypothesenbildung zu erhebende Inhalte und Informationen sowie einen geeigneten Plan für den Gesprächsablauf.

Gesprächsleitfaden Als hilfreich hierfür erweist sich ein Gesprächsleitfaden, der das Gespräch in mittlerem Maße strukturiert: Unstrukturierte Gespräche gehören nicht in die professionelle Praxis, hochstrukturierte Leitfäden nähern sich aufgrund der zahlreichen fixierten Fragen an eine schriftliche Anamneseerhebung an, deren Nachteile im Exkurs „Schriftliche Anamnese“ beschrieben worden sind.

Es gibt jedoch methodenimmanente Probleme bei der Gesprächsführung, die auch bei guter Strukturierung und Dokumentation nicht ausgeschlossen werden können und die die Gütekriterien grundsätzlich begrenzen. So nehmen Interviewer häufig an, sie seien ihren Gesprächspartnern gegenüber „neutral“ eingestellt – Studien haben aber gezeigt, dass es keine globale neutrale Voreinstellung gibt (Westhoff/Kluck 1991, zit. n. Kubinger/Deegener 2001). Es läuft also grundsätzlich jede Anamneseeerhebung Gefahr, Beobachtungs- und/oder Beurteilungsfehler zu begehen (Kubinger/Deegener 2001, 24). Eigene Bedürfnisse und Motive der Sprachtherapeutin, ihre Interessen, Erfahrungen und Ängste, ihre gegenwärtige Befindlichkeit wie z. B. Ermüdung beeinflussen, welcher Ausschnitt der Wirklichkeit wahrgenommen und wie er bewertet wird. Vorurteile beispielsweise können durch den „Halo-Effekt“ erklärt werden: die Tendenz, sich bei der Beurteilung des Gesamteindrucks von einer hervorstechenden Eigenschaft leiten zu lassen. Andere Generalisierungsfehler können aus Einzelreaktionen resultieren, die die Sprachtherapeutin irrtümlich für typisch hält. Hinzu kommt der persönliche Urteilsstil, der eher entspannt-gemäßigt oder polarisierend-extrem sein kann. Alle diese Einflüsse mindern die Objektivität, weil sie ggf. zu unterschiedlichen Daten führen, und damit auch die Validität, weil diese unterschiedlichen Daten dann auch noch verschieden interpretiert werden.

methodenimmanente Probleme

Fazit zur Qualität anamnestischer Daten

Die Güte anamnestischer Daten ist vom Standpunkt der klassischen Testtheorie aus zum Teil als gering zu beurteilen, während Kriterien der qualitativen Sozialforschung zwar partiell angemessener zu sein scheinen, aber einer genaueren Überprüfung unterzogen werden müssten. Für die Menge an zu erhebenden Informationen bedarf es aufgrund ökonomischer und ethischer Überlegungen eines Kompromisses zwischen lückenhafter Information und diagnostischem Voyeurismus. Eine Gefährdung der Qualität anamnestischer Daten geht von Beobachtungs- und Beurteilungsfehlern aus. Dennoch rechtfertigen insbesondere die Nützlichkeit sowie die Aspekte Beziehungsaufbau, Compliance und Ziele eine Anwendung der mündlichen Anamneseeerhebung in der Sprachtherapie (Tab. 1).

Gesprächspraxis

Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, verschiedene Gesprächsziele in einem Anamnesegespräch zu integrieren. Zur Sicherung der Qualität eines anamnestischen Gesprächs bedarf die Sprachtherapeutin einer hohen professionellen Gesprächskompetenz.

Fragechnik und Gesprächsführung

Die Aussagekraft der in der Anamnese zu gewinnenden Informationen hängt zum einen vom Erinnerungs- und Ausdrucksvermögen des Klienten, zum anderen aber auch wesentlich von der Qualität der Fragen der Sprachtherapeutin ab: Präzise Antworten des Klienten sind nur zu erwarten, wenn die Fragen formal und inhaltlich klar gestellt werden.

zwei Fragentypen

Grundsätzlich sind zwei Arten von Fragentypen zu unterscheiden: offene und geschlossene Fragen. Beide Typen weisen unterschiedliche Stärken und Schwächen auf und sind je nach Angemessenheit zu verwenden.

offene Fragen

Offene Fragen sind so formuliert, dass sie den Klienten ermuntern, seine Antwort frei und persönlich zu gestalten, z. B.:

- „Was führt Sie zu mir?“
- „Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es nicht verstanden wird?“
- „Welche Ziele möchten Sie in der Therapie erreichen?“

Die Vorteile offener Fragen für die Sprachtherapeutin sind, dass sie damit in kurzer Zeit viele relevante Informationen erheben kann, die Aufschluss über das persönliche Erleben des Klienten geben und ihr somit das Verstehen der Situation erleichtern. Dem Klienten geben sie Raum für die eigene Sichtweise, ermuntern ihn zum Sprechen und zur Mitwirkung und bekunden ihm persönliche Zuwendung. Nachteil der offenen Fragen kann vor allem ein ausschweifendes Antworten des Klienten sein. Hier ist ggf. ein stärker gesprächslenkendes Vorgehen angebracht, bis hin zum Aufdehnen der sozialen Konventionen (Noyon/Heidenreich 2009) durch zunächst höfliche, später ggf. massive Formen des Unterbrechens.

geschlossene Fragen

Geschlossene Fragen sind so formuliert, dass sie mit Ja/Nein oder anderen kurzen Ausdrücken zu beantworten sind, z. B.:

- „Ist Ihre Stimme dann heiser?“
- „Reagiert das Kind auf Ihre Fragen?“
- „Hat oder hatte jemand in Ihrer Familie ähnliche Schwierigkeiten?“