

Jürgen Kohler

Empirische Überprüfung des Redeflusskompasses

Ein Beitrag zur Optimierung
des frühzeitigen Erkennens von
beginnendem Stottern

Wissenschaftliche Schriften

Gesundheit / Therapie



Schulz-
Kirchner
Verlag

Jürgen Kohler

**Empirische Überprüfung
des Redeflusskompasses**

**Ein Beitrag zur Optimierung
des frühzeitigen Erkennens von
beginnendem Stottern**

Wissenschaftliche Schriften
im Schulz-Kirchner Verlag

Reihe 13
Beiträge zur Gesundheits- und
Therapiewissenschaft
Band 10

Jürgen Kohler

Empirische Überprüfung des Redeflusskompasses

**Ein Beitrag zur Optimierung
des frühzeitigen Erkennens von
beginnendem Stottern**



**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Erstgutachter: Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt

Zweitgutachter: Prof. Dr. Kurt Heller

Tag der mündlichen Prüfung: 01.07.2014

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2015

ISBN 978-3-8248-1192-2

e-ISBN 978-3-8248-0982-0

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2015

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Druck und Bindung:

medienHaus Plump, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von dem Verfasser und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Für Butzel

Vorwort

Diese Arbeit wurde als Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München im Juli 2014 angenommen.

Das Vorwort hat den Sinn, Entscheidungen zum Aufbau der Dissertation und Regeln der Nachvollziehbarkeit zu erläutern. Der inhaltliche Einstieg wird durch die Darstellung des Vorhabens (Kapitel 1.1) und dessen Begründung (Kapitel 1.2) in der Einleitung vollzogen.

Da in dieser Arbeit mit Berufsgruppen geforscht wurde, welche zum grössten Teil aus weiblichen Personen bestehen, wurde für diese Gruppen die **weibliche Form** benutzt (z.B. Logopädinnen). Bei allen anderen Gruppen wurde die **männliche Form** benutzt (z.B. Kinderärzte). Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint und die jeweils nicht geschriebene Geschlechtsform bedeutet keine Abwertung dieses Geschlechts. Die Entscheidung für die eine oder andere Schreibweise soll lediglich die Lesbarkeit erleichtern.

Im empirischen Teil werden aus stilistischen Gründen verschiedene Begriffe für Personen verwendet, die den Redeflusskompass angewandt haben. Sie heissen Anwender, Rater, Einschätzer oder Tester. Diese Begriffe sind synonym.

Abkürzungen werden meist an den Textstellen erklärt, wo sie eingesetzt werden. Trotzdem gibt es vorweg ein Verzeichnis der häufigsten Abkürzungen.

Die zahlreichen in Klammern gesetzten Querverweise, welche auf Zusammenhänge zwischen Kapiteln oder zu Abbildungen und Tabellen hinweisen, können durch die **Nutzung des Inhaltsverzeichnisses** und des **Tabellen- und Abbildungsverzeichnisses** (vorletzter Teil dieser Dissertation) besser nachvollzogen werden.

Manchmal dienen die Anhänge nicht nur zur vertiefenden Nachvollziehbarkeit, sondern unterstützen oder erleichtern das Verständnis von Textteilen erheblich. Hier soll das **Verzeichnis der Anhänge** (letzter Teil dieser Dissertation) die schnelle Auffindbarkeit bringen. Die Anhänge selbst liegen in digitaler Form auf einem Datenträger vor und können beim Autor angefordert werden.

Die **Zitierweise** orientiert sich an den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2007).

Die **Trennung von Theorie und Empirie** wird nicht so trennscharf gehalten wie das Inhaltsverzeichnis es suggeriert. Die theoretischen Grundlagen werden durch theoretische Spezifikationen im empirischen

Teil ergänzt und zwar dort, wo es inhaltlich angemessen bzw. gefordert ist.

Ebenfalls ist die **Trennung von Methodendarstellung und Ergebnisdarstellung** nicht so scharf wie im Inhaltsverzeichnis angegeben. Das gilt insbesondere für den quantitativen Teil, weil manche Fragestellung eine Spezifikation der Methodik erforderten.

Von den hier dargestellten Ergebnissen der Dissertation sind bisher nur partielle Vorüberlegungen durch einen Vortrag (Kohler, 2010b) und durch einen Zeitschriftenartikel (Kohler, 2011a) veröffentlicht worden. Es handelt sich um Vorüberlegungen zu der Befragung von Pädiatern und Logopädinnen (Kapitel 3.1 – 3.1.9). Diese Veröffentlichungen sind im Literaturverzeichnis gemäss §6 Abs.1 der Promotionsordnung der LMU vom 1. März 2005 angegeben.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	VI
Inhaltsverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	XIX
1 Einleitung.....	1
1.1 Das Vorhaben	1
1.2 Begründung des Vorhabens	1
1.2.1 Notwendigkeit von evidenzbasierter Diagnostik	1
1.2.2 Prävention bei Stottern	2
2 Theoretischer Teil	6
2.1 Stottern in der frühen Kindheit	6
2.1.1 Phänomenologie: Normale vs. symptomatische Sprechunflüssigkeiten.....	6
2.1.2 Beginn, Verlauf und Remission.....	9
2.1.3 Ätiologie	12
2.2 Die Entscheidung für weiterführende Maßnahmen bei Verdacht auf beginnendes Stottern.....	16
2.3 Gegenstand der Untersuchung: Der Redeflusskompass.....	24
2.3.1 Der Redeflusskompass im Vergleich mit ähnlichen Instrumenten	28
2.4 Theorie der Entscheidung.....	31

3	Empirischer Teil	34
3.1	Nützlichkeit und Ökonomie: Subjektive Erfahrungen von Logopädinnen und Pädiaterinnen mit dem Redeflusskompass Version 1.0	36
3.1.1	Fragestellungen	37
3.1.2	Befragungen als Methode zur Erfassung von Nützlichkeit und Ökonomie: Planung und Durchführung der Datenerhebung und ihre Auswertung	38
3.1.3	Befragung der Pädiater mittels Fragebogen	39
3.1.3.1	Spezifikation Forschungsmethodik	39
3.1.3.2	Stichprobe	39
3.1.3.3	Auswertung und erste Interpretationen	39
3.1.3.3.1	Nutzer unter den Kinderärzten (Teil A)	40
3.1.3.3.2	Nicht-Nutzer unter den Kinderärzten (Teil B)	41
3.1.4	Gruppendiskussion Kinderärzte	43
3.1.4.1	Stichprobe und Spezifikation Forschungsmethodik	43
3.1.4.2	Auswertung und erste Interpretationen	43
3.1.6	Befragung der Logopädinnen mit Fragebogen	44
3.1.6.1	Spezifikation forschungsmethodisches Vorgehen	44
3.1.6.2	Stichproben	44
3.1.6.3	Auswertung und erste Interpretationen	45
3.1.6.3.1	Teil A (Gesamtstichprobe mit N = 52)	45
3.1.6.3.2	Teil B Nutzung des Redeflusskompasses (nur Nutzer mit N=10)	49
3.1.6.3.3	Teil C und D (Nutzer und Nicht-Nutzer mit N=23)	51
3.1.7	Befragung von Logopädinnen mittels Gruppendiskussion	51
3.1.7.1	Stichprobe und Spezifikation Forschungsmethodik	51
3.1.7.2	Auswertung und erste Interpretationen	52

3.1.8	Befragung von ausgewiesenen Stotterexperten	52
3.1.8.1	Stichprobe und Spezifikation Forschungsmethodik	52
3.1.8.2	Auswertung und erste Interpretationen	53
3.1.9	Zusammenfassung und weitere Interpretationen zur Befragung von Pädiatern und Logopädinnen	54
3.9.1.1	Weiterführende Interpretationen und Hypothesengenerierung	56
3.1.10	Optimierungsvorschläge für den Redeflusskompass auf Grund der subjektiven Erfahrungen von Pädiatern und Logopädinnen	58
3.1.10.1	Realisierung der Optimierungsvorschläge - Entstehung der Version 2.0 des Redeflusskompasses	61
3.2	Validität, Reliabilität, Spezifität und Sensitivität: Testdurchführungen als Grundlage zur Bestimmung der (Haupt-) gütekriterien	62
3.3	Das Re-Test-Verfahren als Setting zur Bestimmung der Gütekriterien	63
3.3.1	Durchführung	64
3.3.2	Auswertung für die Inter-Rater-Reliabilitäten	64
3.3.2.1	Ebene der Empfehlungen	64
3.3.2.2	Ebene der Gesamtpunktzahl	65
3.3.2.3	Ebene der Einzelitems	65
3.3.3	Auswertung für die Validitäten	65
3.3.3.4	Divergente Validität.....	65
3.3.3.5	Konvergente und konvergent-prognostische Kriteriumsvalidität..	65
3.3.4	Auswertung für die Spezifität und Sensitivität.....	66
3.3.5	Tabellarischer Überblick zur Datenerhebung und Auswertung im Re-Test-Verfahren	67

3.3.6	Interpretation der Auswertung.....	68
3.3.7	Zustandekommen der Stichprobe	69
3.3.7.1	Experimentalgruppe	69
3.3.7.2	Vergleichsgruppe	70
3.3.7.3	Kontaktaufnahme mit Kooperationspartnern und Bezugspersonen	70
3.3.8	Kennzeichen der Gesamtstichprobe, Experimentalgruppe und Vergleichsgruppe	70
3.4	Bestimmung von Gütekriterien in der Zwischenauswertung	72
3.4.1	Stichproben und Spezifikationen der Durchführungsbedingungen.....	72
3.4.2	Bestimmung der Validitäten in der Zwischenauswertung	73
3.4.2.1	Inhaltsvalidität	73
3.4.2.2	Itemselektion und Inhaltsvalidität	73
3.4.2.3	Konvergente Kriteriumsvalidität	74
3.4.2.4	Divergente Kriteriumsvalidität	77
3.4.2.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	78
3.4.3	Die Inter-Rater-Reliabilitäten der Zwischenauswertung.....	80
3.4.3.1	Inter-Rater-Reliabilität auf Ebene der Empfehlungen.....	80
3.4.3.2	Inter-Rater-Reliabilität auf Ebene der Gesamtpunktzahl	81
3.4.3.3	Inter-Rater-Reliabilität auf Itemebene.....	84
3.4.3.4	Itemselektion mit Kennwerten der Inter-Rater-Reliabilität	86
3.4.3.5	Zusammenfassung und Interpretation.....	87
3.4.4	Spezifität der Zwischenauswertung	87
3.4.5	Zusammenfassung der Zwischenauswertung	89
3.5	Die Inter-Rater-Reliabilitäten im Re-Test-Verfahren	90

3.5.1	Deskription der Übereinstimmung und Berechnung der Kennwerte auf Ebene der Empfehlungen	90
3.5.2	Deskription der Übereinstimmung und Berechnung der Kennwerte auf Ebene der Gesamtpunktzahl	92
3.5.3	Deskription der Übereinstimmung und Berechnung der Kennwerte auf Ebene der Einzelitems.....	96
3.5.4	Rechnerische Itemselektion	106
3.5.5	Zusammenfassung und erste Interpretationen	107
3.6	Spezifität, Sensitivität und Prozentuale Übereinstimmung im Re-Test-Verfahren	110
3.6.1	Bestimmung von Spezifität und Prozentualer Übereinstimmung mit der zuvor gestellten logopädischen Diagnose	111
3.6.2	Bestimmung von Sensitivität, Spezifität sowie Prozentualer Übereinstimmung mit dem tatsächlichen Beratungs- und Diagnostikbedarf	112
	Einschub: Spezifikation der Erhebungsmethode für die ProgVal	113
3.6.3	Zusammenfassung und erste Interpretationen	119
3.7	Kriteriumsvaliditäten: Konvergent-prognostische und divergente Validität im Re-Test-Verfahren.....	121
3.7.1	Konvergent-prognostische Kriteriumsvalidität.....	122
3.7.1.1	Berechnung der Kennwerte für die Ersttestung der Gesamtstichprobe.....	122
3.7.1.2	Berechnung der Kennwerte für die Zweittestung der Gesamtstichprobe.....	122
3.7.1.3	Berechnung der Kennwerte für die Ersttestung der Experimentalgruppe.....	123

3.7.1.4	Berechnung der Kennwerte für die Zweittestung der Experimentalgruppe	124
3.7.1.5	Zusammenfassung und erste Interpretationen	125
3.7.2	Divergente Validität.....	126
3.7.2.1	Deskription des Zusammenhangs und Berechnung der statistischen Kennwerte für die Ersttestung.....	126
3.7.2.2	Deskription des Zusammenhangs und Berechnung der statistischen Kennwerte für die Zweittestung.....	128
3.7.2.3	Zusammenfassung und erste Interpretationen zur divergenten Kriteriumsvalidität	129
3.7.3	Zusammenfassung und weitere Interpretationen zu den Kriteriumsvaliditäten.....	130
3.8	Einfluss der Vorerfahrung der Tester und Einfluss der Durchführungsbedingungen auf die Gütekriterien im Re-Test- Verfahren	132
3.8.1	Abhängigkeit von der Vorerfahrung	132
3.8.1.1	Merkmale der Tester	132
3.8.1.2	Prüfung der Vorerfahrung als Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen den Empfehlungen von Erst- und Zweittestung	134
3.8.1.3	Prüfung der Vorerfahrung als Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen den Empfehlungen der Ersttestung bzw. Zweittestung und der ProgVal	134
3.8.2	Abhängigkeit von den Durchführungsbedingungen	136
3.8.2.1	Deskription der Durchführungsbedingungen	136
3.8.2.2	Prüfung des Settings als Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen den Empfehlungen der Ersttestung und Zweittestung	137

3.8.2.3	Prüfung des Settings als Einfluss auf die Übereinstimmung zwischen den Empfehlungen der Zweittestung und der ProgVal	137
3.8.2.4	Abhängigkeit von der Beobachtungsmöglichkeit.....	138
3.8.3	Zusammenfassung und erste Interpretationen	140
3.9	Videofalldarbietungen als quasi-experimentelles Setting zur Differenzierung der Gütekriterien	142
3.9.1	Beschreibung des Settings	142
3.9.1.1	Merkmale der Einschätzer	143
3.9.1.2	Merkmale der Videos	145
3.9.1.4	Rekrutierung der Rater (=Einschätzer)	145
3.9.1.5	Ablauf der Durchführung des quasi-experimentellen Settings.....	146
3.9.2	Die Übereinstimmung zwischen den Ratern im quasi-experimentellen Setting	146
3.9.2.1	Prozentuale Anteile der Übereinstimmung zwischen den Ratern insgesamt.....	148
3.9.2.2	Abhängigkeit der Inter-Rater-PAGESamt von der Individualität des Falles.....	150
3.9.2.3	Rangreihe der Itemzuverlässigkeit insgesamt	150
3.9.2.4	Zusammenfassung für die Inter-Rater-PAGESamt	151
3.9.2.5	Prozentuale Anteile der Übereinstimmung hinsichtlich der Erfahrung (Inter-Rater-PAerfahr)	151
3.9.2.6	Differenzierung der Inter-Rater-PAerfahr	153
3.9.2.7	Abhängigkeit der Inter-Rater-PAerfahr vom Fall und der Erfahrungsgruppe pro Einzelitem	154
3.9.2.8	Rangreihe der Itemzuverlässigkeit hinsichtlich der Erfahrung	156
3.9.2.9	Zusammenfassung für die Inter-Rater-PAerfahr	157

3.9.2.10	Prozentuale Anteile der Übereinstimmungen hinsichtlich der Berufszugehörigkeit (Inter-Rater-PAberuf)	157
3.9.2.11	Differenzierung der Inter-Rater-PAberuf	159
3.9.2.12	Abhängigkeit der Inter-Rater-PAberuf vom Fall und der Berufszugehörigkeit pro Einzelitem	159
3.9.2.13	Rangreihe der Itemzuverlässigkeit hinsichtlich der Berufe	160
3.9.2.14	Zusammenfassung für die Inter-Rater-PAberuf	161
3.9.2.15	Zusammenfassender Vergleich zwischen Inter-Rater-PAgesamt, Inter-Rater-PAerfahr und Inter-Rater-PAberuf	161
3.9.3	Intuitive Übereinstimmung der Rater zur Rangreihe des Schweregrades (Trefferquote der Intuition)	164
3.9.3.1	Intuitive Schweregradzuschreibung unabhängig von Erfahrung und Beruf (Intuitiv-Treffer-PAgesamt)	167
3.9.3.2	Differenzierung der Intuitiv-Trefferquote hinsichtlich der Erfahrung (Intuitiv-Treffer-PAerfahr)	170
3.9.3.3	Differenzierung der Intuitiv-Trefferquote hinsichtlich der Berufszugehörigkeit (Intuitiv-Treffer-PAberuf)	172
3.9.3.4	Zusammenfassung und erste Interpretationen	174
3.9.4	Modell zum kognitiven Verarbeitungsprozess bei der Einschätzung der Videos	176
3.9.4.1	Annahmen für die kognitiven Verarbeitungsprozesse der unterschiedlichen Erfahrungsgruppen.....	176
3.9.4.2	Interpretationen der Ergebnisse von Inter-Rater-PAerfahr und Intuitiv-Treffer-PAerfahr unter Annahme der verschiedenen kognitiven Verarbeitungsmechanismen.....	179
3.9.4.2.1	Interpretation für die Experten	180
3.9.4.2.2	Interpretation für die Personen mit mittlerem Vorwissen	181
3.9.4.2.3	Interpretation für die Personen ohne Vorwissen aber mit Kurzfortbildung	181

3.9.4.2.4	Interpretation für die Personen ohne Vorwissen	181
3.9.4.2.5	Interpretation für die Kinderärzte als Sonderfall der Personen ohne Vorwissen	182
3.9.4.3	Zusammenfassung	182
3.10	Einzelinterviews, Gruppendiskussion und Gruppenbefragung als Methoden zur Differenzierung der Validität und Klärung fehlender Übereinstimmung im Re-Test-Verfahren und quasi- experimentellen Setting	184
3.10.1	Konzeption einer gegenstandsangemessenen Inhaltsanalyse	185
3.10.2	Auswertung der Einzelinterviews mit den Experten	189
3.10.3	Auswertung der Einzelinterviews mit den Anwendern	191
3.10.4	Auswertung der Gruppenbefragungen	193
3.10.5	Auswertung Gruppendiskussion mit Experten	196
3.10.6	Integration – Kategorienvergleich	198
3.10.7	Validierung - Rücküberführung der Kategorien auf das Ausgangsmaterial	200
3.10.8	Zusammenfassung und erste Schlussfolgerungen	204
4	Diskussion: Zusammenfassende Integration aller Ergebnisse mit abschließender Interpretation	207
4.1	Der Stotterkompass - Konstruktion eines Instrumentes zur Identifikation des Abklärungsbedarfes bei beginnendem Stottern	218
4.1.1	Ziele und allgemeine Konstruktionsprinzipien	218
4.1.2	Das Instrument als ganzes	220
4.1.3	Das kommentierte Instrument	224

4.2	Der Stotterkompass <i>professionell</i> - Konstruktion eines Instrumentes zur Abklärung des Beratungs-, Diagnostik- und eventuell Therapiebedarfs bei beginnendem Stottern	234
4.2.1	Das kommentierte Instrument.....	235
5	Reflexion des Arbeitsprozesses und der angewandten Forschungsmethoden	245
5.1	Das „ich“ in einer wissenschaftlichen Arbeit	245
5.2	Zusammenspiel von externer und interner Validität.....	245
5.3	Das Scheitern von Hypothesen im quasi-experimentellen Setting	246
5.4	Das übergreifende Prinzip der Falsifikation	246
5.5	Validierung und Komplementarität durch Triangulation	247
5.6	Unabhängige Durchführung, Auswertung und Interpretation.....	247
5.7	Ein möglichst großes N.....	248
5.8	Was ich anders machen würde.....	248
5.9	Zusammenarbeit mit Studierenden.....	249
5.10	Statistik als Hilfsmittel	249
5.11	Verschiedene Rollen im Forschungsprojekt	251
5.12	Schriftliche Ausarbeitung als Abbild des Forschungsprozesses..	252
5.13	Bedürfnis nach Genauigkeit.....	253
5.14	Forschungsmethodologische Einordnung.....	253
5.14.1	Empirische vs. theoretische Arbeit.....	254
5.14.2	Quantitative vs. qualitative Sozialforschung	254
5.14.3	Grundlagenforschung vs. angewandte Forschung	254
5.15	Forschungsethik.....	255
5.16	Beratung als Qualitätsmerkmal von Forschung	256

6	Ausblick	258
6.1	Expertendiskussion über Stotterkompass und Stotterkompass professionell	258
6.2	Rückmelden von Forschungsergebnissen als Möglichkeit zur Erhöhung der Güte bei der Identifikation des beginnenden Stotterns	258
6.3	Qualitative Erweiterung der Instrumente.....	259
6.4	Empirische Überprüfung von Stotterkompass und Stotterkompass professionell	259
6.5	Verlaufskontrolle mit <i>Stotterkompass</i> und <i>Stotterkompass</i> <i>professionell</i> systematisieren	260
6.6	Ausweitung von Fragestellungen und Konzeption einer best- practice der Anwendung	260
	Literaturverzeichnis	265
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	271
	Anhang	277
	Verzeichnis der Anhänge	277
	Datenträger mit allen Anhängen gemäß Verzeichnis (außer Anhang 3.9 A)	287
	Datenträger mit Anhang 3.9 A – drei Videos mit sprechunflüssigen Kindern	288

Abkürzungsverzeichnis

Erklärung von benutzten Abkürzungen

AAUS - Aachener Analyse unflüssigen Sprechens

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

Empf - Empfehlungen des Redeflusskompass

IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Log Diag - Logopädische Diagnose

PA - Prozentuale Anteile (der Übereinstimmung)

PÜ - Prozentuale Übereinstimmung

ProgVal - Name der Variablen, die in der Untersuchung das tatsächliche Beratungs- und Diagnostikgeschehen repräsentiert

RfK - Redeflusskompass

RfK-Tot - Abkürzung für die Gesamtpunktezahl (=Summenscore) des Redeflusskompasses

SLS - Screening List Stuttering

SPSS - Superior Performing Software System (Name eines Statistikprogramms)

SSI - Stuttering Severity Instrument (genormtes Instrument zur Bestimmung des Schweregrade bei Stottern)

WHO - Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Das Vorhaben

Der Redeflusskompass ist ein Instrument zur Früherfassung bei Verdacht auf beginnendes Stottern. Er ist als Entscheidungshilfe für Fachpersonen aus dem pädagogisch-medizinischen Handlungsfeld konzipiert.

Die systematische Begleitung und Erfassung des Instrumenteneinsatzes soll zur Überprüfung des Redeflusskompasses führen, um Validität, Reliabilität, Objektivität, Sensitivität, Spezifität aber auch Nützlichkeit und Ökonomie empirisch zu erfassen und diskutieren zu können. Die Optimierung des Instrumentes ist ebenfalls Ziel des Vorhabens. Die Triangulation quantitativer und qualitativer forschungsmethodischer Strategien soll zu einer mehrdimensionalen empirischen Überprüfung führen. Mit den erhobenen Daten und ihrer Interpretation soll ein Diskussionsbeitrag geleistet werden, um die bisher im Bereich Früherfassung der Redeflussstörung „Stottern“ bestehende empirische Lücke im deutschsprachigen Raum zu schließen (Johannsen, 2001; Neumann & Schneider, 2011).

Im folgenden Abschnitt soll das Vorhaben unter Bezug auf die aktuelle Diskussion in der Fachwelt zum Thema „Identifikation von beginnendem Stottern“ differenziert begründet werden.

1.2 Begründung des Vorhabens

1.2.1 Notwendigkeit von evidenzbasierter Diagnostik

Evidenzbasiertes Handeln wird in der Sprachtherapie nicht nur für therapeutisches Handeln, sondern auch für diagnostische und präventive Interventionen gefordert (Beushausen, 2011, S. 121). Die klassischen testtheoretischen Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität aber nicht zuletzt auch die Spezifität und die Sensitivität bei Selektionsentscheidungen gehören zur Evidenz eines Verfahrens, welches vorgibt eine Entscheidungshilfe zu sein.

Im Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur „Früherkennung von umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache“ (IQWiG, 2006) wird zur Erfüllung dieser Forderung festgestellt:

„Gleichzeitig sind für die deutschsprachigen Instrumente gegenwärtig keine verlässlichen Gütekriterien berichtet, die eine Entdeckung von Kin-

dern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen in der Gesamtbevölkerung erlauben.“ (IQWiG, 2006 S.6)

Zwar schließt diese Aussage nicht explizit die Redeflussstörungen mit ein, doch zeigt der Überblick zu den in der einschlägigen Fachliteratur vorgeschlagenen Verfahren (s. Kapitel 2.2), dass auch im Bereich Stottern solche evidenzbasierten Instrumente fehlen. Es gibt offensichtlich keine systematisch-empirischen Untersuchungen zur Anwendung von kriteriengeleiteten Empfehlungen für die weiterführende Diagnostik und Beratung bei beginnendem Stottern.

Das Ziel der forschungsmethodisch systematischen Reflexion von Untersuchungsverfahren wird im Weiteren so benannt: „Sofern die methodischen Grundlagen geschaffen werden, eröffnen sie die Möglichkeit, den potenziellen Nutzen und potenziellen Schaden eines Screenings im Rahmen einer vergleichenden Studie zu untersuchen.“ (IQWiG, 2006, S.6)

Die vorliegende Untersuchung will einen Beitrag zur Diskussion der Evidenz des Redeflusskompasses liefern, indem der potentielle Nutzen genauso wie der potentielle Schaden der Anwendung erfasst wird. Außerdem sollen auch weiterführende und verallgemeinernde Schlussfolgerungen zur Identifikation des beginnenden Stotterns gezogen werden.

1.2.2 Prävention bei Stottern

Die Weltgesundheitsorganisation WHO ordnet in der ICD 10 GM (2011) das Stottern der Kategorie F90-F98 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zu. Aus diesem Grunde werden vorsorgliche Maßnahmen gefordert. Der Begriff „Prävention“ stellt dabei die zentrale Kategorie dar und wird heute dann verwendet, wenn es darum geht, Krankheiten, Störungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen

a) frühzeitig zu erkennen und

b) deren Folgen einzudämmen (Hurrelmann et al, 2007, S. 15).

Pädiater und Logopädinnen nehmen bei der Prävention von Redeflussstörungen eine entscheidende Rolle ein, da Bezugspersonen von vermeintlich betroffenen Kindern diese Fachleute aufsuchen, um Informationen zum Stottern zu erhalten. Andere Berufsgruppen wie z.B. Erzieherinnen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, weil sie oft intensiven Kontakt mit den Kindern haben und ihnen eine unflüssige Sprechweise auffällt. Die frühe Beurteilung von Sprechunflüssigkeit birgt die Chance, die Indikation von weiteren pädagogisch-therapeutischen Schritten zu erkennen und damit eine frühe Intervention bei Bedarf möglich zu machen. Bisherige Untersuchungen im deutschsprachigen Raum (Johannsen, 2001) legen nahe, dass die Remissionschancen umso größer sind, je früher geeignete Interventionen angegangen werden. Die Realität sieht

aber anders aus: „Derzeit werden stotternde Kinder in der Regel leider erst dann behandelt, wenn sich das Stottern schon über Jahre hinweg chronifiziert hat. Für die betroffenen Kinder erhöht sich so die Wahrscheinlichkeit, eine ausgeprägte Begleitsymptomatik und entsprechende Behandlungsresistenz zu entwickeln.“ (Sandrieser & Schneider, 2008, S. 18)

Bisher gibt es im Bereich Früherfassung der Redeflussstörung „Stottern“ keine empirisch abgesicherten Daten, welche kriteriengeleitet den Beratungs- bzw. Therapiebedarf erfassen würde (Johannsen, 2001) und das, obwohl quantitative also auch qualitative Kriterien bekannt sind, die pathologische Redeunflüssigkeiten von nicht-pathologischen schon im Vorschulalter unterscheiden können (s. Kapitel 2.1).

Trotz der vorhandenen Kriterien muss konstatiert werden, dass die Differentialdiagnose zwischen normaler Sprechunflüssigkeit und beginnendem Stottern kein einfaches Unterfangen ist. So stellen Ochsenkühn & Thiel fest: „Die Gefahr, dass beginnendes Stottern irrtümlich als altersgemäße Sprechunflüssigkeit eingeschätzt wird, ist durchaus gegeben, da es sowohl Anteile ganz normaler Sprechunflüssigkeiten als auch Symptome des manifesten Stotterns aufweist.“ (2005, S. 12)

Die empirische Absicherung der Früherkennung von Stottern erscheint nicht nur aufgrund der Komplexität des Gegenstandes notwendig, sondern auch, weil die Entscheidung zur Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention oftmals gar nicht bei den Sprachtherapeuten liegt, sondern bei Kinderärzten, die auf dem Gebiet der Redeflussstörungen nicht über aktuelles und fundiertes Fachwissen verfügen (Baumann, Boltshauser & Braun, 2008). Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (2009) in Deutschland vermutet gar: „Stottern wird bei der ärztlichen Untersuchung von Vorschülerinnen bisher meist nicht einmal hinterfragt.“ (2009, S. 279)

Aber auch in der einschlägigen pädagogisch-therapeutischen Praxis scheint es Unsicherheiten in Bezug auf die Differentialdiagnose zu geben. Natke (2005) formuliert dazu folgendes:

Es war und ist teilweise immer noch verbreitet, das Auftreten stottertypischer Sprechunflüssigkeiten mit Begriffen wie Entwicklungsstottern, physiologisches Stottern, Entwicklungsunflüssigkeiten oder entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten zu belegen. Dies geschieht entweder, weil nicht zwischen stottertypischen und normalen Sprechunflüssigkeiten unterschieden wird oder weil eine Remission für sehr wahrscheinlich gehalten wird (...). Das Auftreten stottertypischer Sprechunflüssigkeiten vor diesem Hintergrund als Teil einer normalen Entwicklung darzustellen, wird dem Phänomen nicht gerecht und ist auch nicht hilfreich.“ (Natke, 2005, S. 44)

Zusammenfassend kann man die empirische Absicherung der Früherkennung von beginnendem Stottern hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz mit den Worten der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (2009) begründen: „Erkennen von Stottern darf kein Zufall sein.“ (2009, S. 279)

Diese Aussage gilt insbesondere dann, wenn man bei der Entstehung von manifestem Stottern die psychosoziale Dimension als mitentscheidend und auch als pädagogisch-therapeutisch beeinflussbar begreift. Das sogenannte „Dynamische Modell“ (Hansen & Iven, 2002, S.16) nimmt an, dass die Verstärkung der symptomatischen Stotteranteile aufgrund negativer Umweltreaktionen entsteht und/oder, weil das Kind sein Sprechen als unangenehm und schwierig empfindet.

Die Früherkennung von beginnendem Stottern hat bei dieser Annahme für die zweite Säule des Präventionsgedankens, der Eindämmung von unerwünschten Folgen, ein besonderes Gewicht, da negative Umweltreaktionen und Selbstwahrnehmungsprozesse als pädagogisch-therapeutisch beeinflussbar gelten (Lattermann et al, 2008).

Auch die aktuelle Diskussion in der einschlägigen Fachwelt zur Prävalenz und Inzidenz (Yairi & Ambrose, 2013; Brocklehurst, 2013) zeigt unabhängig von den unterschiedlichen Positionen der Diskutanten die Notwendigkeit einer validen Früherkennung auf. Yairi & Ambrose (2013) formulieren den Bedarf an erhöhter Wachsamkeit für das beginnende Stottern so: „In spite of the fact that sooner or later many children experience natural recovery, their initial large number also requires greater availability of clinical services“ (2013, S.83).

Brocklehurst (2013), der andere Zugänge zur Bestimmung von Prävalenz und Inzidenz fordert, formuliert aber für die Identifikation des beginnenden Stotterns Ähnliches wie Yairi & Ambrose oben: „Arguably, with respect to incipient stuttering, the most useful definitions are those that bestenable us to identify the children who are at increased risk of persisting in their stuttering and who are most likely to benefit from therapy.“ (2013, S.6)

Forschungen, die sich bisher mit der Identifikation von beginnendem Stottern beschäftigt hatten, legten vor allem Wert auf die Symptomatik der Redeunflüssigkeit an sich. Dabei ging es um die genaue Differenzierung von stottertypischen vs. normalen Unflüssigkeiten (z.B. Yairi, 1992 und 1997; Zebrowski, 1994; Sandrieser, 2004; Sawyer & Yairi, 2010) und den Zusammenhang mit linguistischen wie z.B. phonologischen oder syntaktischen Phänomenen (z.B. Byrd et.al, 2007; Ntourou, 2011) sowie um den Zusammenhang mit psychologischen, meist emotionalen Aspekten (z.B. Karras et.al, 2006 oder Ntourou et.al, 2013).

In der Regel wurden Experten eingesetzt, um das Gefährdungspotential solcher primären und sekundären Symptome für eine Chronifizierung zu erfassen. Auch wenn ausdrücklich Gütekriterien von Messverfahren bei

Stottern oder frühkindlichem Stottern bestimmt wurden, waren dabei meist extra geschulte Experten involviert (z.B. Hubbord, 1998; Bothe, 2008; Einarsdóttir & Ingham, 2009). Die vorliegende Untersuchung versucht eine andere Perspektive einzunehmen: Indem ein existierendes Instrument zur Früherfassung ob seiner Güte untersucht und dabei die externe Validität fokussiert wird, wird vielmehr die Frage nach der Anwendbarkeit der bis dato bekannten Kriterien in der Praxis gestellt. Es geht um die Frage, ob Personen, die bei der Prävention von Stottern und der Entscheidung zur Beratung bzw. Diagnostik mitwirken können, die bekannten Kriterien erfassen und tatsächlich als Entscheidungshilfe benutzen können. Diese Perspektive scheint im Lichte der aktuellen Datenlage im Forschungsbereich des frühkindlichen Stotterns ein logischer Schritt zu sein. So kann man feststellen, dass eine derzeit laufende Untersuchung von Neumann & Schneider (2011) mit dem Ziel, ein Screeninginstrument zur Identifikation von Stottern im Vorschulalter zu erschaffen, ausdrücklich mit Fachpersonen (=Kinderärzte und Erzieherinnen) arbeitet, die bei der Früherkennung von Stottern eine Rolle spielen. Leider liegen bis dato noch keine Ergebnisse dieser aufwändig angelegten Untersuchung vor.

Yairi (2013) formuliert als nächsten (oder übernächsten?) Schritt die Anwendbarkeit von genetischen Analysen oder bildgebenden neurophysiologischen Untersuchungen für die Vorhersagbarkeit der Chronifizierung des Stotterns. Solange diese Möglichkeiten jedoch noch nicht existieren, ist es wichtig, Entscheidungen zum Diagnostik-, Beratungs- und Therapiebedarf mit sozialwissenschaftlichen Methoden zu optimieren. Die vorliegende Untersuchung will dafür einen Beitrag liefern.

2 Theoretischer Teil

Nach der vorangegangenen differenzierten Begründung des Vorhabens werden für das Thema relevante theoretische Hintergründe dargestellt.

Dazu gehört eine Aufarbeitung des aktuellen Wissensstandes zum Stottern in der frühen Kindheit (zur Nachvollziehbarkeit der Literaturrecherche siehe Anhang 2. A). Eine ausführliche Darstellung des Redeflusskompasses erfolgt unter Bezugnahme auf den zuvor dargestellten aktuellen Wissensstand. Es werden außerdem ähnliche Verfahren zur Früherfassung des kindlichen Stotterns vorgestellt, und es wird der Begriff „Entscheidung“ theoretisch reflektiert, da der Redeflusskompass ausdrücklich als *Entscheidungshilfe* gedacht ist.

2.1 Stottern in der frühen Kindheit

Aus der großen Fülle der empirischen Befunde zum frühkindlichen Stottern wähle ich diejenigen aus, die für die Entscheidung für eine Beratung oder Diagnostik bei Verdacht auf Stottern die größte Relevanz haben.

2.1.1 Phänomenologie: Normale vs. symptomatische Sprechunflüssigkeiten

Alle Menschen sprechen unflüssig. Es gibt keine 100% Flüssigkeit in der menschlichen Sprechweise. Insofern gibt es normale Sprechunflüssigkeiten, die sich folgendermaßen darstellen lassen: Lockere Wiederholungen von ein- oder mehrsilbigen Wörtern und Teil-Wortwiederholungen oder Satzteilen, Revisionen, Satzabbrüche, ungefüllte oder gefüllte Pausen (z.B. „ähm“) und Einschübe. Auch lockere Dehnungen können dazu gehören, die meist als Betonungen interpretiert werden können. Bei jüngeren Kindern wird die Häufung dieser normalen Unflüssigkeiten auch als „entwicklungsbedingte Redeunflüssigkeiten“ bezeichnet, deren Ursache man auf die Unreife des gesamten Sprachsystems zurückführt. Das beinahe synonyme Begriffspaar „funktionelle Redeunflüssigkeit“ fokussiert die Unflüssigkeit als Folge von Unregelmäßigkeiten in der Sprachhandlungsplanung. Dann dienen die Unflüssigkeiten dem sprachpragmatischen Zeitgewinn für den Wortabruf, der syntaktischen Planung und der gedanklichen Strukturierung während der Sprachproduktion (Starkweather, 1987). Sie stellen einen erforderlichen Schritt beim Aufbau der hochautomatisierten Sprech- und Sprachsteuerungsabläufe dar. Funktionelle Unflüssigkeiten sind auch bei Erwachsenen zu beobachten.

Symptomatische Unflüssigkeiten hingegen unterscheiden sich quantitativ von den normalen Unflüssigkeiten durch eine allgemein größere Auftretenshäu-

figkeit, ihrer größeren Anzahl von Wiederholungseinheiten und ihrer längeren Dauer. Qualitativ sind die symptomatischen Unflüssigkeiten durch eine schnellere Repetition von kürzeren Einheiten (Silbe, Laut) sowie eventuell auch von Dehnungen oder Blockierungen gekennzeichnet. Manchmal ist ein höherer Grad an allgemeiner Spannung im Mund und Gesichtsbereich zu erkennen und es sind spannungsreiche ganzkörperliche Mitbewegungen zu beobachten

(u.a. Natke, 2005; Sandrieser, 2004; Sandrieser & Schneider, 2008). Nicht stotternde Kinder zeigen äußerst selten symptomatische Unflüssigkeiten, während bei Kindern, welche symptomatische Unflüssigkeiten zeigen auch normale Unflüssigkeiten vorkommen. Bei Kindern, welche schon länger symptomatische Unflüssigkeiten zeigen, sind die normalen Unflüssigkeiten wahrscheinlich sogar häufiger als bei nicht stotternden Kindern (Sandrieser, 2004, S.136). Die Grenzen zwischen normalen vs. stottertypischen Unflüssigkeiten sind allerdings fließend. Guitar (2014, S.113ff) schlägt daher den Begriff „borderline stuttering“ vor, der die Überlappung von normalen Unflüssigkeiten und beginnendem Stottern treffen soll. Dieser Typus ist für eher jüngere Kinder (1,5 bis 3,5 Jahre) reserviert und grenzt sich gegenüber den normalen Unflüssigkeiten insbesondere durch die größere Auftretenshäufigkeit der Laut-, Silben- und Teilwortwiederholungen insgesamt und der Anzahl der Wiederholungen innerhalb des Stotterereignisses ab. Guitar (2014) erklärt den Terminus „borderline stuttering“ mit der Schwierigkeit einer eindeutigen Differenzierung zwischen normalen Unflüssigkeiten und dem beginnenden Stottern aufgrund der Fluktuation der Symptomatik:

(...) I also agree that there is much overlap between the disfluencies of stuttering children and the disfluencies of normally disfluent children. Moreover (...) these children often go back and forth between stuttering and normal disfluency over a period of months. For this reason, we use the term „borderline“ to indicate that these children are neither entirely normally disfluent nor definititly stuttering. (Guitar, 2014, S.120)

Im deutschsprachigen Raum findet man meist nur binäre Gegenüberstellungen von normalen Unflüssigkeiten vs. stottersymptomatischen Unflüssigkeiten, wobei die Autoren in der Regeln auf den Grenzbereich zwischen diesen beiden Kategorien hinweisen, ihn aber nicht mit einer extra Kategorie explizit hervorheben. Eine Ausnahme ist Bosshardt (2008), der ausdrücklich von „Sprechunflüssigkeiten bei Grenzfällen“ spricht. Seine tabellarische Auflistung zeigt dementsprechend drei Kategorien, wie folgende Abbildung zeigt:

Sprechunflüssigkeiten von nicht stotternden Sprechern im Unterschied zu Grenzfällen
und stotternden Personen

„Normale“ Sprech- unflüssigkeiten nicht stotternder Personen	Sprechunflüssigkeiten bei Grenzfällen	Untypische Sprech- unflüssigkeiten von stotternden Personen
Weniger als 10% der Worte sind unflüssig.	Mehr als 10% der Worte sind unflüssig.	Mehr als 10% der Worte sind unflüssig.
Laute oder Silben werden einmal, selten zweimal wiederholt.	Mehr als zweimalige Wiederholung desselben Lautes oder derselben Silbe kommen häufig vor.	Mehr als zweimalige Wieder- holung desselben Lautes oder derselben Silbe kom- men häufig vor. Wieder- holungen sind schnell und unregelmäßig.
Typische Sprechunflüssig- keiten kommen häufiger als untypische vor ^a .	Typische Sprechunflüssig- keiten kommen seltener vor als untypische ^a .	Typische Sprechunflüssig- keiten kommen seltener vor als untypische ^a .
Sprechunflüssigkeiten werden ohne Verspannungen produziert.	Sprechunflüssigkeiten werden ohne Verspannungen produziert.	Sprechunflüssigkeiten werden mit Verspannungen produziert.
Lautdehnungen dauern kür- zer als eine Sekunde.	Lautdehnungen, die länger als eine Sekunde dauern, kommen bei weniger als 1 % der Worte vor.	Lautdehnungen, die länger als eine Sekunde dauern, kommen bei mehr als 1 % der Worte vor.
Sprechunflüssigkeiten werden kaum beachtet und sind kein Anlass für emo- tionale Reaktionen.	Sprechunflüssigkeiten werden kaum beachtet und sind kein Anlass für emo- tionale Reaktionen.	Sprechunflüssigkeiten werden beachtet und kön- nen gelegentlich Frustra- tionen oder Ärger auslösen.
Flucht- und Vermeidens- verhaltensweisen kommen nicht vor.	Flucht- und Vermeidens- verhaltensweisen kommen nicht vor.	Flucht- und Vermeidens- verhaltensweisen kommen vor.
Häufigkeit und Art der Sprechunflüssigkeiten haben sich in den letzten drei Monaten nicht nennenswert verändert.		

Abbildung 2.1.1 A: Sprechunflüssigkeiten von nicht stotternden Sprechern im Unterschied zu Grenzfällen und stotternden Personen (aus Bosshardt, 2008, S. 24)

2.1.2 Beginn, Verlauf und Remission

Der Beginn des Stotterns in der Kindheit zeigt eine Streuung zwischen dem Sprechbeginn (vor dem 2. Lebensjahr) und dem 5. Lebensjahr. Die schiefe Verteilung zwischen diesen beiden Polen hat ihren Höchstwert bei 2,6 jährigen Kindern (s. Abbildung 2.1.2 A).

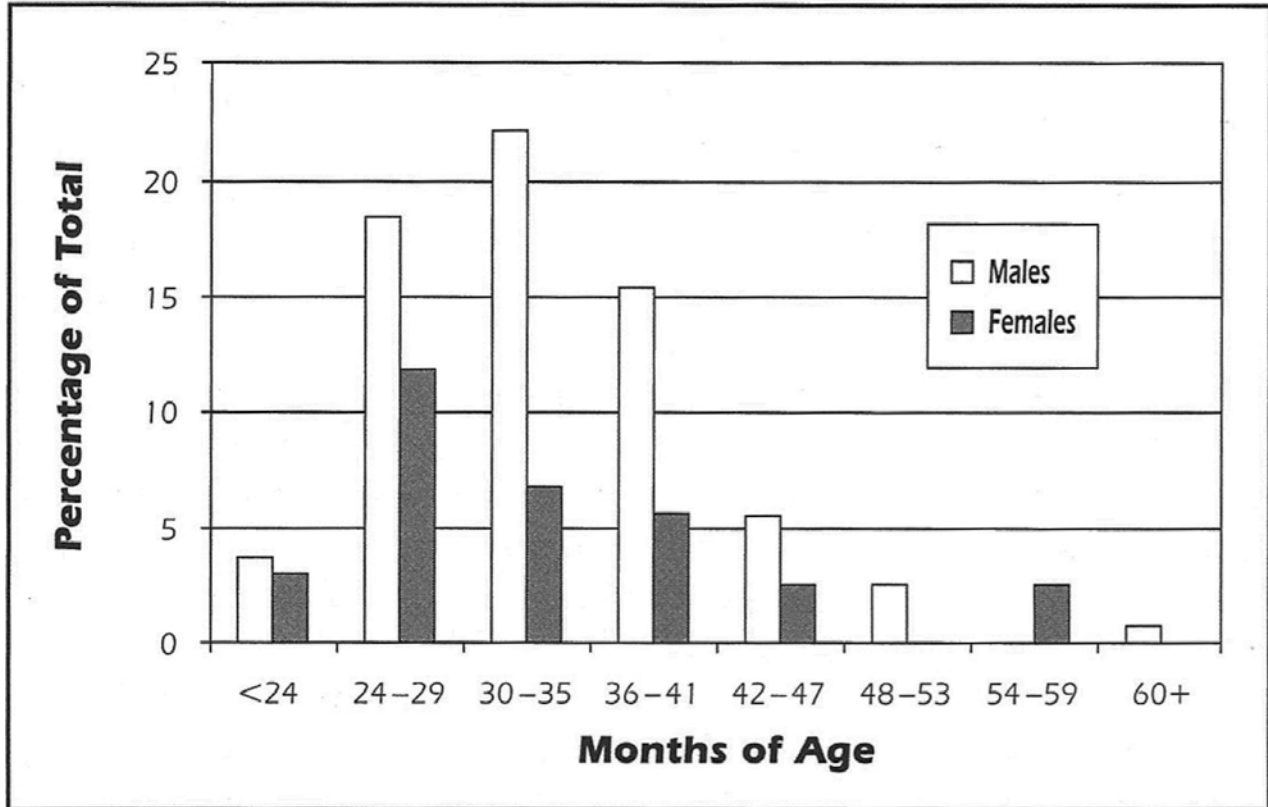


Figure 3.1. Age at onset of stuttering for males and females.

Abbildung 2.1.2 A: Age at onset of stuttering for males and females (aus Yairi & Ambrose, 2005, S. 54)

Es gibt sowohl einen plötzlichen Beginn als auch einen eher allmählichen, wobei die Mehrheit der Kinder spontan und eher plötzlich Stottersymptome zeigt oder eine schnelle graduelle Entwicklung innerhalb von wenigen Wochen aufweist. Der langsam-allmähliche Stotterbeginn scheint in einem Zusammenhang mit einer ungewöhnlich schnellen Sprachentwicklung zu stehen.

Sowohl zu Beginn als auch im weiteren Verlauf gibt es einen klaren Geschlechtereffekt: Es sind mehr Jungen als Mädchen betroffen und zwar im Verhältnis von ca 3:1 (Natke, 2005, S. 11).

Es scheint auch einen Zusammenhang zwischen dem Stotterbeginn und subjektiv empfundenen Belastungssituationen der betroffenen Kinder zu geben. Bei 80% der Kinder hat man Belastungen emotionaler, physischer oder sprachlicher Natur gefunden. Solche Belastungen werden auch zur Erklärung von Aufrechterhaltung, Chronifizierung, Variabilität und Intensität der Symptomatik herangezogen (Starkweather & Gottwald, 1990). Allerdings sind die

meisten der betroffenen Kinder sich ihres Stotterns zu Beginn nicht bewusst und es stört sie zunächst auch nicht. Dies ändert sich jedoch für viele betroffene Kinder mit der anhaltenden Dauer der Symptomatik. Bloodstein (1960) nennt Phasen der emotionalen Reaktionen auf Stottern, die auch schon in der frühen Kindheit einsetzen können: Von vereinzelt Reaktionen auf das Stottern ohne emotionale Reaktion geht es über Reaktionen wie z.B. Ärger, Wut oder Frustration hin zu Angst oder gar Panik.

Lange Zeit wurde das Verhalten der Bezugspersonen als einzig auslösender Faktor betrachtet und beherrschte die Meinung in der Fachwelt durch die diagenosogene Theorie des Stotterns (Johnson, 1959). Heute geht man davon aus, dass sich das Verhalten der Eltern stotternder Kinder nicht von dem Verhalten unterscheidet, welches andere Eltern ihren nicht stotternden Kindern gegenüber zeigen (Yairi & Ambrose, 2005, S. 282). Man vermutet ein kompliziertes wechselseitig-abhängiges Bedingungsgefüge, welches neben sozialen auch motorische, genetische oder linguistische Faktoren als Ursache bzw. Auslöser und aufrechterhaltende Faktoren beinhaltet (Johannsen, 2001).

Guitar (2014, S. 112ff) schlägt Entwicklungsstadien des beginnenden Stotterns vor, die eine Kombination aus altersabhängigen und symptombezogenen Kriterien darstellen. Er begründet dies mit der Nützlichkeit für mögliche Interventionen, die sich sowohl am Kindesalter als auch an der Qualität der Symptomatik orientieren sollen, was folgende Abbildung (2.1.2 B) zeigt: