

utb.

Markus Spreer

Diagnostik von Sprach- und Kommunikations- störungen im Kindesalter

BONUS
Mit
Online
Datenbank



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

W. Bertelsmann Verlag · Bielefeld
Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto
facultas · Wien
Wilhelm Fink · Paderborn
A. Francke Verlag · Tübingen
Haupt Verlag · Bern
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn
Mohr Siebeck · Tübingen
Ernst Reinhardt Verlag · München
Ferdinand Schöningh · Paderborn
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart
UVK Verlagsgesellschaft · Konstanz, mit UVK/Lucius · München
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen
Waxmann · Münster · New York



Dr. *Markus Spreer* ist Sprachheilpädagoge und lehrt als Juniorprofessor für Pädagogische Prävention von Entwicklungsbeeinträchtigungen und Frühförderung an der Universität Leipzig.

Markus Spreer

Diagnostik von Sprach- und Kommunikationsstörungen im Kindesalter

Methoden und Verfahren

Mit Online-Datenbank

Mit 11 Abbildungen und 20 Tabellen

Mit Beiträgen von Bettina Achhammer, Anke Buschmann, Susanne Cook, Agnes Groba, Marita Konerding, Thomas Lachmann, Steffi Sachse, Claudia Steinbrink

Ernst Reinhardt Verlag München

Hinweis

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.

UTB-Band-Nr.: 4946

ISBN 978-3-8252-4946-5

© 2018 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich 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 die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Cover unter Verwendung eines Fotos von © iStock.com/calvindexter

Satz: ew print & medien service GmbH

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

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

Inhalt

Vorwort	9	3.1 Grundlagen	32
1 Diagnostisches Handeln im Entwicklungsbereich Sprache	10	3.1.1 Messung von Eigenschaften	32
1.1 Aufgaben und Ziele	10	3.1.2 Normorientierung – Normierung	33
1.1.1 Schwerpunkt: sprachheilpädagogische Diagnostik	12	3.1.3 Gütekriterien	37
1.1.2 Schwerpunkt: logopädische/sprachtherapeutische Diagnostik	13	3.2 Rahmenbedingungen bei der diagnostischen Arbeit mit Kindern	40
1.1.3 Zielstellung: Prävention	14	3.3 Befragung	42
1.1.4 Zielstellung: Indikation eines Therapie-/Unterstützungsbedarfs und Grundlage der Interventionsplanung	15	3.4 Beobachtung	45
1.1.5 Zielstellung: Verlaufskontrolle und Evaluation	17	3.4.1 Formen der Beobachtung	46
1.2 Diagnostisches Handeln und professionelle Expertise	17	3.4.2 Beobachtungsverfahren	48
1.3 Notwendigkeit eines interdisziplinären Vorgehens	18	3.5 Elizitationsverfahren	49
2 Diagnostisches Vorgehen	21	3.5.1 Standardisierte Testverfahren im Bereich Sprache	50
2.1 Der diagnostische Prozess im Kontext von Förder- und Therapieplanung	21	3.5.2 Informelle Verfahren	51
2.2 Diagnostik im Kontext schulischer, sprachheilpädagogischer Förderung	22	3.6 Spontansprachanalyse	52
2.2.1 Spezifische Herausforderungen in der inklusiven Schule	24	3.6.1 Erhebung der Spontansprachprobe	53
2.2.2 Das sonderpädagogische Gutachten	27	3.6.2 Auswertungsmaterialien	55
2.3 Diagnostik in der sprachtherapeutischen Praxis	28	4 Sprachentwicklungsdiagnostik	57
2.4 Ethische und rechtliche Aspekte	30	4.1 Klassifikationssysteme	58
3 Diagnostische Methoden für die Erfassung sprachlicher Fähigkeiten	32	4.2 Diagnostik Umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES/SSES)	60
		4.3 Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen von Primärbeeinträchtigungen	63
		4.3.1 Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom	64
		4.3.2 Sprachdiagnostik bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen	65
		4.4 Diagnostik im Rahmen der Sprachstandserhebungen in der Kita	66
		4.5 Verfahren zur Überprüfung der nonverbalen Intelligenz	68

4.6	Verfahren zur Überprüfung der phonologischen Informationsverarbeitung.....	72	7.3	Verfahren für die Erfassung rezeptiver Leistungen.....	121
4.7	Verfahren mit dem Schwerpunkt Elementarbereich (3 bis 6 Jahre)	73	7.4	Verfahren für die Erfassung produktiver Leistungen	125
4.8	Verfahren mit dem Schwerpunkt Primarbereich (ab 6 Jahren).....	83	8	Diagnostik im Bereich Wortschatz und Wortfindung.....	128
4.9	Entwicklungstests, die neben der Sprachentwicklung weitere Bereiche überprüfen.....	87	8.1	Grundlagen zur Entwicklung von Lexik und Semantik	128
5	Früherfassung sprachlicher Fähigkeiten	89	8.2	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens.....	129
5.1	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens.....	90	8.2.1	Methodisches Vorgehen in der Diagnostik im Bereich Semantik-Lexikon	130
5.2	Verfahren zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen ..	95	8.2.2	Methodisches Vorgehen in der Diagnostik von Wortfindungsstörungen.....	133
6	Diagnostik im Bereich Aussprache.....	102	8.3	Verfahren zur Überprüfung des Wortschatzes und der Wortfindung	134
6.1	Grundlagen zur Entwicklung der Aussprachefähigkeiten.....	103	9	Diagnostik im Bereich Sprachverständnis	138
6.2	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens.....	104	9.1	Grundlagen zur Entwicklung des Sprachverständnisses.....	138
6.2.1	Erhebung anamnestischer Daten.....	105	9.2	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens.....	139
6.2.2	Einschätzung der Spontansprache	106	9.3	Verfahren zur Überprüfung des Sprachverständnisses	140
6.2.3	Überprüfung der auditiven Wahrnehmungs- und Differenzierungsleistungen.....	106	10	Diagnostik im Bereich Pragmatik und Kommunikation.....	144
6.2.4	Überprüfung der Aussprachefähigkeiten	109	10.1	Grundlagen zur Entwicklung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten.....	144
6.2.5	Exkurs: Prosodie	111	10.2	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens.....	144
6.3	Verfahren zur Überprüfung für den Bereich Phonetik/Phonologie	111	10.2.1	Besonderheiten der diagnostischen Arbeit mit Kindern, die (noch) keine Lautsprache verwenden.....	149
7	Diagnostik im Bereich Grammatik	117	10.2.2	Besonderheiten der diagnostischen Arbeit mit Kindern, die mehrsprachig aufwachsen.....	149
7.1	Grundlagen zur Entwicklung grammatischer Fähigkeiten.....	117			
7.2	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens.....	119			

10.3	Verfahren für den Altersbereich bis 3 Jahre	149	12.4	Motorik	192
10.4	Verfahren für das Vorschul- und Schulalter	150	13	Diagnostik im Bereich Redefluss...	194
11	Diagnostik der Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern	156	13.1	Grundlegende Aspekte zur Erfassung von Redeflussauffälligkeiten	194
11.1	Grundlagen zur Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern.....	156	13.1.1	Stottern.....	194
11.2	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens.....	157	13.1.2	Poltern.....	196
11.2.1	Erhebung der Sprachentwicklungsbiographie und des Sprachverhaltens in beiden Sprachen.....	159	13.1.3	Redeflussstörungen vor dem Hintergrund der ICF.....	197
11.2.2	Vorgehen auf den einzelnen sprachlichen Ebenen	162	13.1.4	Differenzialdiagnostik von Stottern und Poltern	198
11.2.3	Erhebung von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und Sprachlernpotenzial	165	13.2	Vorgehensweisen im Bereich Stottern.....	199
11.3	Verfahren zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten im Deutschen	167	13.2.1	Anamnese, Familien- und Entwicklungsgeschichte	199
11.4	Verfahren zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten in anderen Sprachen.....	172	13.2.2	Diagnostik von offenem Stottern	201
11.5	Verfahren zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten in beiden Sprachen des Kindes	176	13.2.3	Diagnostik von verdecktem Stottern.....	203
11.6	Zusammenfassung und Implikationen der Diagnostik	183	13.2.4	Zusammenfassung zur Diagnostik von Stottern	205
12	Diagnostik weiterer Entwicklungsbereiche im Kontext der Beurteilung sprachlicher Fähigkeiten	185	13.3	Vorgehensweisen im Bereich Poltern	206
12.1	Wahrnehmung.....	185	13.3.1	Anamnese, Familien- und Entwicklungsgeschichte	206
12.1.1	Auditive Wahrnehmung	186	13.3.2	Screening auf Poltern.....	207
12.1.2	Visuelle Wahrnehmung	188	13.3.3	Diagnostik von Poltern	207
12.1.3	Taktil-kinästhetische Wahrnehmung	189	14	Diagnostik im Bereich Schriftsprache	209
12.2	Sozial-emotionales Verhalten.....	189	14.1	Grundlagen zum Schriftspracherwerb	209
12.3	Kognition	191	14.1.1	Ein Phasenmodell des Schriftspracherwerbs	210
			14.1.2	Lese-Rechtschreibstörung.....	211
			14.1.3	Phonologische Informationsverarbeitung und Schriftspracherwerb	213
			14.2	Kriterien für die Diagnostik der Lese-Rechtschreibstörung.....	215

14.3	Verfahren zur Erfassung der phonologischen Informationsverarbeitung im Kindesalter	218	16.3.2	Stimmdiagnostische Untersuchung	254
14.4	Verfahren zur Erfassung der Lesefähigkeit im Kindesalter	229	16.3.3	Weitere Bereiche	256
14.5	Verfahren zur Erfassung der Rechtschreibfähigkeit im Kindesalter	237	16.3.4	Fazit	257
15	Diagnostik im Bereich Unterstützte Kommunikation	247	17	Weitere Überprüfungsgebiete	258
15.1	Prinzipien des diagnostischen Vorgehens	247	17.1	Mutismus	258
15.2	Inventare und Verfahren in der UK-Diagnostik	248	17.2	Kindliche Aphasien	260
16	Diagnostik kindlicher Stimmstörungen	251	17.3	Kindliche Dysarthrie	261
16.1	Prinzipien diagnostischen Vorgehens	252	17.4	Schluckstörungen	264
16.2	Interdisziplinäres Vorgehen	253	17.5	LKGS-Fehlbildungen	264
16.3	Methoden	254	17.6	Myofunktionelle Störungen	265
16.3.1	Anamnese	254	17.7	Kindliche Sprechapraxie	268
			Anhang	270	
			Tabellarische Übersicht der diagnostischen Verfahren	271	
			Erläuterungen zur Online-Datenbank	278	
			Literatur	280	
			Sachregister	301	

Vorwort

Die Diagnostik im Bereich Sprache und Kommunikation weist eine hohe Komplexität auf, die durch die Interdependenz sozialer, kognitiver und linguistischer Funktionen entsteht. Im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) muss der Diagnostiker in der Lage sein, nicht nur die Funktionsebene zu prüfen (wofür fundierte Kenntnisse über Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken und Kommunikation notwendig sind), sondern ebenso Aspekte der Aktivität/Partizipation sowie Umwelt- und personelle Faktoren einzubeziehen.

Die mit dieser Betrachtungsweise verfolgten Zielstellungen der Prävention, der Indikation eines Therapie-/Unterstützungsbedarfs, der differenzierten Interventionsplanung und/oder der Verlaufskontrolle und Evaluation führen zu ganz unterschiedlichen Fragestellungen, die in ein individuelles, hypothesengeleitetes Vorgehen münden. Für diesen diagnostischen Prozess stehen vielfältige methodische Vorgehensweisen und eine fast unüberschaubare Anzahl diagnostischer Verfahren unterschiedlicher Güte zur Verfügung.

Das vorliegende Lehrbuch hat das erklärte Ziel, Studierenden und Dozierenden der Sprachheilpädagogik, der Logopädie, der Sprachtherapie und sowie allen weiteren Berufsgruppen, die mit Kindern mit sprachlichen Beeinträchtigungen arbeiten, einen umfassenden Überblick zu diesen Inhaltsbereichen und damit zur Diagnostik von Sprach- und Kommunikationsstörungen im Kindesalter zur Verfügung zu stellen. Hierbei werden nicht nur solche Einschränkungen mit einer hohen Prävalenzrate – die (Schrift-)Spracherwerbsstörungen – thematisiert, sondern ganz gezielt die Bandbreite möglicher sprachlicher Beeinträchtigungen unter dem Fokus „Diagnostik“ besprochen. Dabei werden immer wieder gezielt Bezüge zu anderen Entwicklungsbereichen hergestellt, da der Erwerb sprachlicher Kompetenzen nicht als isolierter Vorgang, sondern stets als Teil der kindlichen Gesamtentwicklung zu verstehen ist.

Ich freue mich, dass ich ausgewiesene Experten gewinnen konnte, die mit ihrer Expertise in den Bereichen Früherfassung, Schriftsprache, Mehrsprachigkeit, Redefluss und Stimme den jeweils aktuellen Erkenntnisstand einbringen.

Hervorzuheben ist die neu erstellte Datenbank, die parallel zur Buchpublikation online nutzbar ist. Sie bietet die Möglichkeit, für eine bestimmte Fragestellung potentiell einsetzbare diagnostische Verfahren gezielt zu ermitteln.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem Lehrbuch bei Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter und somit Lehrerinnen und Lehrer, Schülerinnen und Schüler, Therapeutinnen und Therapeuten etc. gemeint. Beide Geschlechter sind jeweils mitzudenken.

Leipzig, im Dezember 2017

Markus Spreer

1 Diagnostisches Handeln im Entwicklungsbereich Sprache

1.1 Aufgaben und Ziele

Die Diagnostik stellt ein zentrales Aufgabengebiet in den Anwendungsbereichen der Disziplinen Medizin, Psychologie und Pädagogik dar. So ist ein professionelles diagnostisches Handeln der Fachkräfte in den Arbeitsbereichen (frühkindliche) Bildung und medizinisch-therapeutische Intervention bereits in der Ausbildung grundzulegen und stetig qualitätssichernd zu erweitern und zu evaluieren. Dabei sind die diagnostischen Aufgaben vor dem Hintergrund möglicher Zielstellungen höchst different und sollen zunächst in ihrer möglichen Bandbreite beschrieben werden. Der Begriff Diagnostik bezieht sich auf den Vorgang der Zuordnung, Unterscheidung und Beurteilung, wobei der Prozess des „Durchschauens“ (,dia‘) das Erkennen (,gnosis‘) des dahinter Liegenden einbezieht“ (Grohnfeldt 2009, 17).

Diagnostik hat keinen Selbstzweck. Die mit ihr verfolgten Zielstellungen sind die Prävention (vgl. Kap. 1.1.3), die Indikation eines Therapie-/Unterstützungsbedarfs und die Grundlage der Interventionsplanung (vgl. Kap. 1.1.4) sowie die Verlaufskontrolle und Evaluation (vgl. Kap. 1.1.5).

Kany/Schöler (2009) konstatieren, dass sich diagnostische Fragen auf notwendige Informationen zum Entwicklungs- und Leistungsstand eines Kindes konzentrieren, u. a.:

- Fragestellungen der Diagnostik**
- „ob sich das Kind altersgemäß entwickelt,
 - ob die Leistungs-, Persönlichkeits-, und sozioemotionale Entwicklung im Einklang verläuft (Synchronizität),
 - ob ein Verdacht auf eine Störung in einem Bereich besteht,
 - worauf Auffälligkeiten oder Schwächen zurückzuführen sind: Liegt es an eingeschränkten Entwicklungsbedingungen oder basaleren Beeinträchtigungen,
 - wie die Aussichten für die weitere Entwicklung sind (Prognose)“ (Kany/Schöler 2009, 72).

Als zentrale Aufgaben pädagogischer Diagnostik im Rahmen des Förderschwerpunkts Sprache formuliert von Knebel in Anlehnung an die Ausführungen von von Knebel/Schuck (2007, 476) die...

„Analyse des Erwerbs und Gebrauchs von Sprache durch einen Menschen unter den (mitunter erschwerenden) Bedingungen seiner selbst und seiner Lebenswelt unter der Zielsetzung einer Optimierung von Bildungs- und Erziehungsprozessen, die auf eine Erweiterung lebensweltlicher (nicht allein sprachlicher) Handlungsmöglichkeiten des Betroffenen ausgerichtet sind“ (von Knebel 2012, 524).

Diese *sprachheilpädagogische Diagnostik* weist dabei eine hohe Schnittmenge mit der *sprachtherapeutischen Diagnostik* auf, da beide Felder Bezüge zu den Bereichen Linguistik, Soziologie und Psychologie aufweisen, die medizinischen und pädagogischen Anteile jedoch unterschiedlich stark akzentuiert sind (Berg 2007, 342).

sprachheilpädagogische und sprachtherapeutische Diagnostik

Die zur Beschreibung der Fähigkeiten auf den einzelnen Sprachebenen konstruierten Verfahren bedienen in Konsequenz ihrer Zielstellung i. d. R. auch *nur* die Erfassung sprachlicher Fähigkeiten/Funktionen beim Kind. „Diese müssen gemäß der ICF (DIMDI 2005) durch die Analyse von Ressourcen und Beschränkungen in den Bereichen Kommunikation/soziale Interaktion (Aktivitäten), durch Beantwortung von Fragen zur Teilhabe/Partizipation sowie durch die Erfassung umwelt- und personenbezogener Faktoren ergänzt werden“ (Spreer 2016, 126).

ICF als Bezugssystem

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat bereits 2001 die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) verabschiedet, die in einer deutschen Version unter dem Titel „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ verfügbar ist (DIMDI 2005).

Die ICF als ressourcenorientiertes, individuums- und alltagsbezogenes Klassifikationssystem vereint in sich sämtliche Aspekte funktionaler Gesundheit (Grötzbach/Iven 2009). Es basiert auf einem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit und bietet eine umfassende Beschreibung der jeweiligen Situation eines Kindes. Nicht nur die Funktionsebene (*Körperfunktionen und -strukturen*), sondern auch Rahmenbedingungen in Form von Umweltfaktoren werden explizit in die Zusammenstellung einbezogen (vgl. Abb. 1).

Ressourcenorientierung

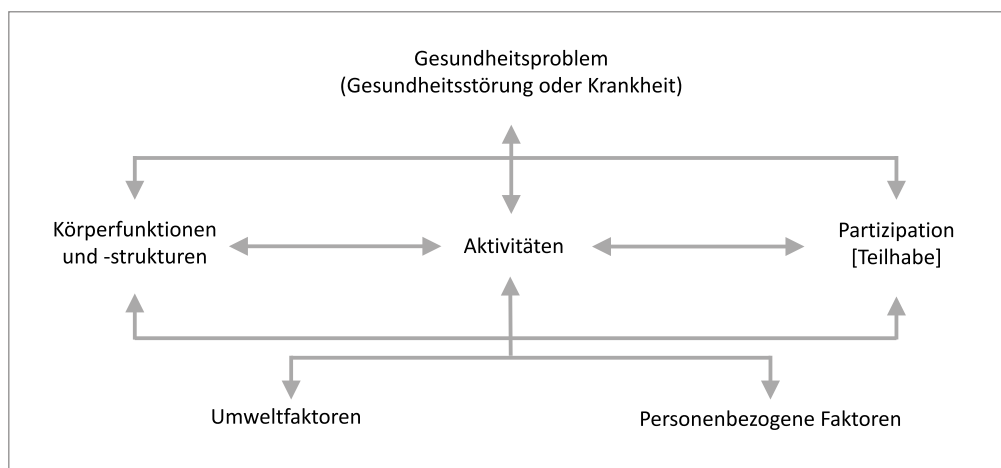


Abb. 1: Wechselwirkungen der verschiedenen Komponenten von Gesundheit der ICF (WHO, DIMDI 2005)

ICF-CY

ICF-CY berücksichtigt Bedingungen kindlicher Lebenswelten

Um auch die Aspekte kindlicher Lebenswelten, der Entwicklungsdynamik sowie der Erziehungs- und Bildungseinflüsse bei Kindern ausreichend berücksichtigen zu können, hat eine internationale Expertengruppe der WHO die „International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth Version ICF-CY“ (Hollenweger/Kraus de Camargo 2012) veröffentlicht (Grötzbach/Iven 2009). Diese findet Anwendung bei Kindern ab der Geburt bis hin zum Erwachsenenalter, greift die Entwicklungsprozesse sowie die Lern- und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen auf, formuliert dabei entwicklungs-spezifische Kontextfaktoren und beachtet vor allem die im Kindes- und Jugendalter typischen Aspekte der Partizipation (Grötzbach/Iven 2009).

Die ICF und die ICF-CY sollen dabei nicht als neues, differenziertes Klassifikationssystem verstanden werden, sondern dienen dazu, einen anderen Blick auf die vorliegenden Störungen und festgestellten Einschränkungen/Behinderungen zu ermöglichen. Die Ausführungen der folgenden Kapitel zu einzelnen sprachlichen Beeinträchtigungen versuchen diese Sichtweise der ICF bereits zu berücksichtigen. Dies beginnt bei jeder Anamnese, in welcher der Diagnostiker beispielsweise auch nach den Auswirkungen eingeschränkter sprachlicher Fähigkeiten auf alltägliche Bedingungen fragt und subjektiv gefühlte Einschränkungen, neben der objektiv feststellbaren Störung, mit aufnimmt (Grötzbach/Iven 2009).

Die folgenden Kap. 1.1.1 und 1.1.2 fokussieren die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in den Aufgabenstellungen von sprachheilpädagogischer und logopädischer/sprachtherapeutischer Diagnostik.

1.1.1 Schwerpunkt: sprachheilpädagogische Diagnostik

Diagnostik ist grundlegender Bestandteil der Arbeit von Lehrkräften in Schulen. Unterschiedlich ist allerdings, welche Formen von Diagnostik hierbei zum Einsatz kommen. Die *Lernfortschrittsdiagnostik* beispielsweise wird von allen Lehrkräften durchgeführt und ist von einer *Lernleistungs- und allgemeinen Entwicklungsdiagnostik* abzugrenzen, die auch eine Kind-Umfeld-Analyse beinhaltet und i. d. R. von Sonderpädagogen durchgeführt wird. Eine spezifische *Sprachdiagnostik* wird dann wiederum von Sprachheilpädagogen realisiert (Sonderpädagogen mit einer spezifischen Ausbildung im Bereich Sprache und Kommunikation). Für einen Überblick über die Diagnostik schulischer Lern- und Leistungsschwierigkeiten sei auf Kany/Schöler (2009) verwiesen.

Sprache als Teil der Gesamtentwicklung

Eine Zusammenstellung von Inhalten einer sprachheilpädagogischen Diagnostik liefert Berg (2007, 69), wobei beachtet werden muss, mit welcher Zielstellung diagnostisch gearbeitet wird, da dies natürlich Auswirkung auf die Zusammenstellung der entsprechend relevanten Aspekte hat. Im Mittelpunkt stehen die sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten, wobei hier auf die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit als umfassendere Kompetenz abgehoben wird. Ein singulä-

res Betrachten einer einzelnen Sprachebene würde deren verschränkte Entwicklung negieren. Für ein umfassendes Bild der Fähigkeiten des Kindes ist auf das Multiperformanzprinzip zu achten, die Überprüfung sowohl der Sprachproduktion (Modalitäten Kodieren, Rekonstruieren) als auch des Sprachverständnisses (Modalität Dekodieren) und der Reflexion (Berg 2007, 69). Dabei sind die sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten nicht losgelöst von der Gesamtentwicklung des Kindes zu betrachten. Vielmehr sind diese verwoben mit den Entwicklungsbereichen Motorik, Sensorik, Kognition, sozial-emotionale Entwicklung (vgl. hierzu auch Kap. 12). Diese Entwicklungsprozesse eines jeden Kindes sind eingebettet in den Kontext der Bildungs- und Erziehungsprozesse, der Kompetenzentwicklung, der Sozialisation und der Individuation – in den jeweiligen familiären, institutionellen (Schule, Kita) und gesellschaftlichen Kontexten (Berg 2007). Dieser Kontext wird im Sinne der ICF ebenfalls als Inhalt in die diagnostische Arbeit einbezogen, beispielsweise wenn es zu ermitteln gilt, wie ein mehrsprachig aufwachsendes Kind mit welchen Kommunikationspartnern in der Familie in welchen Sprachen spricht und wie sich der Kontakt zur Zweitsprache Deutsch im Alltag gestaltet.

1.1.2 Schwerpunkt: logopädische/sprachtherapeutische Diagnostik

„Aus der Indikation zur Sprachtherapie allein sind weder das individuelle funktionelle Bedingungsgefüge noch entsprechende Therapieschwerpunkte und -ziele ableitbar. Hierzu bedarf es einer Feindiagnostik, die meist vom Sprachtherapeuten vorgenommen wird [...]“ (Glück 2013a, 115).

In § 34 der Heilmittelrichtlinien heißt es: „Vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig“ (GBA 2011b). In der Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen ist festgehalten, dass in interdisziplinären Praxis-Teams, beispielsweise in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), phoniatrich und pädaudiologischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und anderen auf Sprachentwicklungsdiagnostik spezialisierten Einrichtungen die diagnostischen Aufgaben auf Ärzte, Psychologen und Sprachtherapeuten/Logopäden verteilt sind (AWMF 2011, 46).

In der Leitlinie heißt es weiter, dass es „erstrebenswert ist“, dass für die „Sprachentwicklungsdiagnostik außerhalb solcher interdisziplinärer Einrichtungen Kooperationen zwischen ärztlichen, psychologischen und sprachtherapeutischen/logopädischen Praxen erfolgen“, die eine „ähnliche Aufgabenverteilung“ ermöglichen (AWMF 2011, 46). Explizit verwiesen wird dabei auf die „Vier-Augen-Diagnostik“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Glück empfiehlt diesbezüglich, den Rahmen für eine regelhafte kooperative Diagnostik zu schaffen, beispielsweise „durch eine Verordnung zur Befundung“ (Glück 2013a, 117) und somit vielfach improvisierte Prozesse strukturell zu sichern.

„Vier-Augen-Diagnostik“

Bei vorliegender Indikation für eine Sprachtherapie wird ein weiterer diagnostischer Schritt notwendig (Glück 2013a):

„Mit einer detaillierten Beschreibung der sprachlichen Fähigkeiten werden die Ergebnisse der Klassifikationsdiagnostik bestätigt oder modifiziert, wird eine Datenbaseline zur Beurteilung von Veränderungen gewonnen, werden therapeutische Feinziele abgeleitet und die Verfahren für die spätere evaluative Diagnostik festgelegt“ (Glück 2013a, 111).

Glück formuliert weiter, dass die in der Statusdiagnostik gewonnenen Informationen therapiebegleitend ergänzt werden. So gilt es, die Ziele und die dafür eingesetzten Methoden im therapeutischen Prozess an die sich verändernden Lernvoraussetzungen anzupassen (Glück 2013a). In Zwischenschritten können so Entwicklungsfortschritte erfasst und die Angemessenheit der gewählten Ziele und eingesetzten Methoden beurteilt werden. Auch die evaluative Abschlussdiagnostik zum (vorläufigen) Abschluss einer Therapie kann wiederum durch den Sprachtherapeuten oder vom Arzt durchgeführt werden (Glück 2013a, 117).

Schrey-Dern (2006) formuliert als Zielstellung logopädischer Diagnostik folgende Aspekte:

- „Erfassen des Sprach- und Sprechverhaltens des Kindes
- Erfassen begleitender (nichtsprachlicher) Fähigkeiten bzw. Störungen
- Erkennen von Abweichungen von der Norm (z. B. hinsichtlich des Sprachentwicklungsverlaufs)
- Entwickeln von Hypothesen über Bedingungsfaktoren für die Störung
- Einschätzen von Behandlungsbedürftigkeit
- Ableiten von Beratungs- und Therapieschwerpunkten
- Beurteilen der Effektivität von Therapiemaßnahmen“ (Schrey-Dern 2006, 21)

Dabei werden unterschiedliche Aufgaben im Bereich der sprachtherapeutischen Diagnostik sichtbar: Die Erfassung der (nicht-)sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes (als Grundlage für eine entsprechende Interventionsplanung), die sich daraus ergebende Indikation eines Therapie-/Unterstützungsbedarfs und die Evaluation von durchgeführten Therapiemaßnahmen.

1.1.3 Zielstellung: Prävention

Die Aufgabenbereiche Diagnostik und Prävention (und Evaluation) stehen in einer engen Wechselbeziehung, wobei die Diagnostik eine wesentliche Voraussetzung für präventive Maßnahmen darstellt (Grohnfeldt 2009). Terminologisch muss man an dieser Stelle allerdings deutlich die verschiedenen Formen der Prävention mit ihren jeweiligen Zielstellungen unterscheiden (Caplan 1964). Erst so wird deutlich, dass die Prävention auch ein zentrales Ziel diagnostischen Handelns im Bereich Sprache darstellt. In Anlehnung an Caplan (1964) unterscheidet man Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention, die im Folgenden skizziert werden. Die Unterscheidung zwischen den einzelnen Formen kann im Zweifelsfall schwierig sein, da die Abgrenzung nicht immer trennscharf vorgenommen werden kann, Übergänge zwischen den Formen können als fließend angenommen werden.

Universelle, primäre Prävention: Unter diesem Terminus werden Maßnahmen subsumiert, die alle Kinder erreichen. Hier ließen sich beispielsweise die sogenannten U-Untersuchungen U1 bis U11 zuordnen, bei denen in regelmäßigen Abständen vom Kinderarzt der Entwicklungsstand in allen relevanten Bereichen überprüft wird.

Sekundäre Prävention: Diese Form der Prävention nimmt eine formierte Teilpopulation in den Blick, die als Risikogruppe gilt, beispielsweise für die Ausbildung einer sprachlichen Beeinträchtigung. So ist es angezeigt, um etwa für die Risikogruppe der „late talkers“ entsprechende Unterstützungsmaßnahmen vorzuhalten. Dafür ist es allerdings notwendig, die Gruppe an Kindern entsprechend diagnostisch zu erfassen (z. B. mit dem SBE-2-KT oder dem ELFRA).

Tertiäre Prävention: Die tertiäre Prävention beinhaltet spezifische Unterstützungsangebote bei manifesten Störungen, u. a. auch zur Vermeidung von Begleit- und Folgestörungen. Für den Bereich der Diagnostik lassen sich Überprüfungen im Sinne der Evaluation von Therapiemaßnahmen genauso zu diesem Bereich zählen wie die Erfassung möglicher Einschränkungen in anderen Entwicklungsbereichen. Diese können aus einer primär sprachlichen Beeinträchtigung erwachsen, bzw. können Einschränkungen auf einer sprachlichen Ebene (z. B. Lexik-Semantik) in der Folge auch zu Einschränkungen auf einer anderen Ebene führen (z. B. Kommunikation-Pragmatik).

In Abgrenzung zu dieser Klassifikation formuliert Gordon (1983) die Einteilung in universelle, selektive bzw. indizierte Präventionsmaßnahmen und schließt dabei tertiäre Maßnahmen im Sinne Caplans (1964) aus. Die Verwendung des Begriffs „Tertiäre Prävention“ in der Praxis entspricht aber der Überlappung von Prävention und Behandlung (treatment) (Hartke/Diehl 2013).

Wenn wir demnach von der Prävention als Zielstellung diagnostischen Handelns sprechen, wird dabei vorwiegend die universelle und selektive Prävention in den Blick genommen. Dazu gehören beispielsweise die kinderärztlichen U-Untersuchungen, die präventiv sprachliche Fähigkeiten in den Blick nehmen (vgl. Kap. 5.1), oder auch die bundesweit eingeführten Sprachstandserhebungen bei Kindern (in Kindertagesstätten, vgl. Kap. 4.4).

1.1.4 Zielstellung: Indikation eines Therapie-/ Unterstützungsbedarfs und Grundlage der Interventionsplanung

Die Zielstellung der Indikation ist i. d. R. mit der sich anschließenden Zurverfügungstellung von Ressourcen im Bereich der Intervention verbunden. So sind vorhandene Symptome so gut wie möglich einzuordnen und ggf. Störungsschwerpunkte zu ermitteln (AWMF 2011).

Im Bereich der Sprachtherapie rechtfertigt die Indikation einer Therapie gleichzeitig die Zuweisung einer entsprechenden Heilmittelverordnung „Sprachtherapie“. Diese kann vom Kinderarzt oder HNO-Arzt/Phoniater ausgestellt werden. Über die Indikation für eine sprachtherapeutische Behandlung wird im besten Falle

**Indikation einer
Sprachtherapie**

über ein Diagnostikschema entschieden, wie dies beispielsweise mit der *Interdisziplinären S2k-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES)* (AWMF 2011) vorliegt. Diese Diagnostik bis hin zur Ausstellung einer Heilmittelverordnung mit Diagnoseschlüssel und Spezifizierung der Therapieziele beinhaltet festgelegte Kriterien, anhand derer die spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten des jeweiligen Kindes eingeschätzt werden. Glück (2013a) argumentiert, dass aus der Indikation zur Sprachtherapie allein weder das individuelle funktionelle Bedingungsgefüge noch entsprechende Therapieschwerpunkte und -ziele ableitbar sind, sondern erst nach einer entsprechenden Feindiagnostik. Die differenzierte Erfassung der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Stärken und Schwächen eines Kindes erfolgt somit häufig erst nach der Indikationsstellung durch den Arzt.

**Feststellung
eines sonderpädagogischen Förderbedarfs**

Im Bildungsbereich (Schule) ist eine analoge „Zuweisung“ von spezifischen Unterstützungsmaßnahmen für das jeweilige Kind zu finden. Dies wird im Sinne der KMK-Empfehlungen als „sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich Sprache“ oder beispielsweise als „sonderpädagogischer Unterstützungs- und Beratungsbedarf“ formuliert (KMK 1998). Der Zugang zu einer Unterstützung, die dem einzelnen Kind zu Gute kommt, ist in den einzelnen Bundesländern deutlich unterschiedlich geregelt. Neben niederschweligen Unterstützungsangeboten in einigen Bundesländern auf der einen Seite gibt es auch Bundesländer, bei denen erst dann, wenn der Diagnostikprozess vollständig durchlaufen wurde und ein entsprechendes sonderpädagogisches Gutachten diesen Bedarf für ein individuelles Kind dokumentiert und begründet hat, spezifische Unterstützungsmaßnahmen durch entsprechende Fachkräfte realisiert werden können (z. B. Sprachheilpädagogen).

Förder-/Therapieplanung

Im Rahmen dieses Diagnostikprozesses werden differenzierte Informationen zusammengetragen, die nicht nur über eine Indikation entscheiden, sondern gleichzeitig vielfältige Informationen über das angezeigte methodische Vorgehen im Rahmen der sich anschließenden Unterstützung (Förderung/Therapie) bereitstellen. Im Kontext der Diagnostik im schulischen Setting beinhaltet die gutachterliche Zusammenstellung bereits entsprechende Fördervorschläge und somit wichtige Aspekte für die Förder-/Interventionsplanung (vgl. Kap. 2.2.2).

Diese Ausrichtung prägt bereits das gewählte diagnostische Vorgehen, das explizit auf die Generierung von spezifischen Ansatzpunkten für die Förderung hin ausgerichtet ist und im Bildungskontext unter dem Terminus „Förderdiagnostik“ thematisiert wird. Somit sollen nicht nur derartige diagnostische Methoden und Verfahren zum Einsatz kommen, die das Vorhandensein einer z. B. „Umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (USES)“ bestätigen, sondern auch jene, die über qualitative Analysen bereits Ansatzpunkte für eine Intervention liefern. Beispielhaft ist hier der WWT 6–10 (Glück 2011) zu nennen, der neben einer Einordnung der Ergebnisse eines Kindes zur Altersvergleichsgruppe über die qualitative Analyse differenzierte Aussagen beispielsweise zu den Bewältigungsstrategien des Kindes zulässt.

Schöler (2008) verweist in diesem Zusammenhang auf die Gefährlichkeit des Begriffes „Förderdiagnostik“ und mahnt, dass sog. „förderdiagnostische“ Verfah-

ren nicht die zunächst notwendige Diagnose ersetzen (vgl. auch Kany/Schöler 2009).

1.1.5 Zielstellung: Verlaufskontrolle und Evaluation

Die diagnostische Erfassung der Fähigkeiten des Kindes wird als Grundlage für die Planung einer individuellen Förderung/Therapie genutzt. Um zu überprüfen, ob die dabei ausgewählten Therapieinhalte und -ziele und die dabei verwendeten Methoden nach einem gewissen Interventionszeitraum das jeweilige Kind noch optimal unterstützen, wird Diagnostik als Verlaufskontrolle implementiert. Dieser auch als Re-Diagnostik bezeichnete Prozess ermöglicht im Anschluss eine ggf. notwendige Adaption der Interventionsinhalte, -ziele und/oder -methoden.

Im Sinne evidenzbasierten Arbeitens kann als weiteres, grundsätzliches Ziel des Diagnostizierens die Überprüfung und das Erbringen eines Nachweises über den Therapieerfolg angesehen werden (Beushausen/Grötzbach 2011). Die Evaluation von Interventionsmaßnahmen ist somit ebenfalls eine mögliche Zielstellung diagnostischen Vorgehens. Insbesondere im Forschungskontext wird die Nachkontrolle zur Stabilität des Therapieerfolgs nach einem therapiefreien Intervall diagnostisch erfasst (follow up). In Bezug auf die ICF kann sich die Evaluation auch auf die Partizipation, das persönliche Wohlbefinden oder andere outcome-Maße beziehen.

Evaluation des Therapieerfolgs

1.2 Diagnostisches Handeln und professionelle Expertise

Sprachheilpädagogische Diagnostik ist zunächst einmal *Diagnostik*, bedient sich gleicher Methoden und hat somit auch die an sie gestellten Kriterien zu erfüllen. Somit gilt auch für die Sprachdiagnostik als professioneller Erkenntnis- und Entscheidungsprozess die folgende Anforderung: Sie „[...] verlangt den Einsatz wissenschaftlich begründeter Vorgehensweisen und Verfahren durch besonders befähigte Personen – die oder den Diagnostiker(in)“ (Glück 2013a, 106).

Als „Experte“, so Beushausen (2013, 30ff.), bringt eine Person interpersonelle Fähigkeiten (soziale Kompetenz, kommunikative Kompetenz), professionelle Fähigkeiten (berufsspezifisch – als Therapeut, Lehrkraft), problemlösende Fähigkeiten, technische Fähigkeiten (das besondere Wissen einer Disziplin) und die Fähigkeit zur Integration von Wissen und Erfahrung mit und „[...] zeichnet sich durch das bewusste und zielgerichtete Anwenden von spezialisiertem Wissen und Kenntnissen aus.“ (Beushausen 2013, 29) (bei Beushausen 2013 sind diese Fähigkeiten und ihre Entwicklung ausführlich dargestellt). Das Kennen und der Einsatz von Diagnostikverfahren lässt sich demnach den technischen Fähigkeiten zuordnen, wobei Experten in allen diesen Bereichen außergewöhnliche Leistungen zeigen (Beushausen 2013, 30).

Von Knebel (2007, 1082) beschreibt als eine von zehn Qualitätsmerkmalen sprachbehindertenpädagogischer Professionalität die *sprachdiagnostische Fun-*

dierung. Diese umfasst sowohl konzeptionelles Grundlagenwissen (Welche Daten sind mit welcher Zielstellung zu erheben?) als auch methodisches Handlungswissen (Wie können diese Daten erhoben und beurteilt werden?).

Die Diagnostik im Bereich Sprache und Kommunikation weist dabei eine hohe Komplexität auf, die durch die wechselseitige Abhängigkeit sozialer, kognitiver und linguistischer Funktionen entsteht. Im Sinne der ICF müssen Diagnostiker in der Lage sein, nicht nur die Funktionsebene zu prüfen, sondern ebenso Aktivität/Partizipation sowie Umwelt- und personelle Faktoren einzubeziehen. Nach Glück (in Vorb.) sind folgende Bereiche zu prüfen, welche die Komplexität des Gefüges deutlich machen:

- hypothesengeleitete Prüfung der linguistischen Strukturebenen: phonetisch-phonologische, syntaktisch-morphologische, semantisch-lexikalische und pragmatisch-kommunikative Ebene
- Erfassung der Laut- und Schriftsprache
- Prüfung verschiedener Modalitäten (Produktion, Rezeption, Reproduktion und Reflexion)
- Erfassung der Interaktion der (eingeschränkten) sprachlichen Kompetenzen mit Bildungsanforderungen
- Abklärung sprachbasaler Voraussetzungen (insbes. periphere und zentral auditive Verarbeitung und Wahrnehmung, kognitive Basisprozesse)
- Erfassung stützender oder hemmender Umweltfaktoren

Die Voraussetzung für eine professionelle sprachdiagnostische Tätigkeit ist nicht nur das Wissen über Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken und Kommunikation, sondern auch fundiertes Grundlagenwissen der Bezugsdisziplinen Medizin (anatomisch-physiologische Grundlagen zu Artikulation und Wahrnehmung), Neurolinguistik (Sprachverarbeitung und -produktion), Psychologie (Sprachentwicklung und kognitive Entwicklung), Linguistik, Soziologie und Pädagogik.

Die Tätigkeit von Diagnostikern hat gutachterlichen Stellenwert und verwaltungsrechtliche Konsequenzen (SMK 2005). Dies schließt die in diesem Rahmen getätigten Empfehlungen zur Art und zum Umfang der Förderung ein und greift so ggf. in entscheidendem Maße in die Lebensperspektive von Kindern und Jugendlichen ein (SMK 2005).

1.3 Notwendigkeit eines interdisziplinären Vorgehens

Kinder mit Sprachstörungen werden im Bildungssystem, im Gesundheitssystem und/oder via Komplexleistung nach den Sozialgesetzbüchern SGB IX (neu)/ Bundesteilhabegesetz (BTHG) und SGB XII in sprachtherapeutischen Praxen, (interdisziplinären) Frühförderstellen, Sozialpädiatrischen Zentren, heilpädagogischen Kitas und/oder durch sonderpädagogische Unterstützung im Unterricht in verschiedenen schulischen Settings versorgt (Sallat/Siegmüller 2016).

„Die diagnostischen Aufgaben in interdisziplinären Praxis-Teams [...] verteilen sich über Ärzte, Psychologen und Sprachtherapeuten/Logopäden. Erstrebenswert ist, dass für die Sprachentwicklungsdiagnostik außerhalb solcher interdisziplinärer Einrichtungen Kooperationen zwischen ärztlichen, psychologischen und sprachtherapeutischen/logopädischen Praxen erfolgen, die eine ähnliche Aufgabenverteilung ermöglichen („Vier-Augen-Diagnostik“; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007)“ (AVMF 2011, 46).

Für die sprachheilpädagogische Diagnostik wird in der Empfehlung der Kultusministerkonferenz (KMK 1998) eine interdisziplinäre Diagnostik zum Verständnis der sprachlichen Beeinträchtigung und zur Planung von abgestimmten Förderintentionen als hilfreich erachtet, wobei neben den sonderpädagogischen Lehrkräften „[...] z. B. auch Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten wie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie, Neurologie, Kieferorthopädie, Pädiatrie, Psychologinnen und Psychologen sowie Vertreterinnen und Vertreter medizinisch-therapeutischer und sozialer Dienste beteiligt sein [können]“ (KMK 1998, 7).

Die Disziplinen Logopädie/akademische Sprachtherapie und die Sprachheilpädagogik gelten als sog. Integrationswissenschaften, die u. a. aus den Bereichen Medizin, Pädagogik, Linguistik und Psychologie Kenntnisse hinzuziehen (Grohnfeldt 2016).

Diagnostik im Bereich Sprache und Kommunikation erfolgt aufgrund der vielfältigen Aufgaben im Feld Sprache – Sprechen – Stimme – Schlucken i. d. R. interdisziplinär. Es ist notwendig, die Expertise unterschiedlicher Bezugsdisziplinen in den diagnostischen Prozess einzubeziehen.

Dies betrifft zum einen natürlich den Bereich der Medizin. Gerade Pädiater sind im Rahmen der Risikoabschätzung im Hinblick auf die weitere Entwicklung eines Kindes und somit des „Krankheitswerts“ von Sprach(entwicklungs)störungen verantwortlich (Sallat/Siegmüller 2016, 252). Die Einbettung der Symptomatik in die Gesamtentwicklung des Kindes (inkl. der Abgrenzung zu anderen Entwicklungsstörungen), die Verordnung von Therapiemaßnahmen (ambulant/stationär) und nicht zuletzt die Diagnosestellung für den Bereich der Frühförderung wird im Bereich der Medizin verantwortet (Sallat/Siegmüller 2016, 252).

Medizin – Pädiatrie

Der Bereich der Phoniatrie/Pädaudiologie beschäftigt sich explizit mit den Ursachen, der Diagnostik und natürlich der Intervention bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. So steht er für (differential-)diagnostische Fragestellungen, z. B. via Audiometrie. Natürlich fallen beispielsweise auch die Diagnostik im Kontext der Versorgung mit Cochlea-Implantaten (CI) und bei Schluckstörungen in den Bereich der HNO.

**Medizin –
Phoniatrie/HNO**

Die notwendige linguistische Expertise wird durch die diagnostischen Fachkräfte immanent eingebracht und sollte unbedingt abgesichert werden. Dies betrifft die gezielte Auswahl und Bewertung der Güte eingesetzter diagnostischer Verfahren ebenso wie die qualitative Analyse von Spontansprachdaten des Kindes.

Linguistik

Die Einbeziehung psychologischer Expertise wird notwendig, wenn dies eine vorliegende Primärbeeinträchtigung notwendig macht und/oder falls die sprachliche Beeinträchtigung als Begleitsymptomatik bereits im Bereich der sozial-emotiona-

Psychologie

len Entwicklung des Kindes entsprechende diagnostische Aufgabenstellungen erzeugt.

„Die mehrschrittige interdisziplinäre Diagnostik erfordert eine sinnvolle Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen“ (AWMF 2011, 46). Diese ist bislang vor allem in entsprechend strukturell aufgestellten Einrichtungen möglich (interdisziplinäre Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren). Sallat/Siegmüller (2016) proklamieren mit ihrer *Gegenstandszentrierung* einen Gegenpol zur *Institutionszentrierung*, die bislang als ein möglicher Grund für fehlende Kooperationen angesehen wird. Sie lehnen sich dabei an das Mehrperspektivenmodell für interdisziplinäre Diagnostik gemäß von Knebel (2012) an.

Bezogen auf die gewünschte Interdisziplinarität im pädagogischen Handlungsfeld mahnt von Knebel (2012, 527), dass „fachfremde Erkenntnisse nicht ungeachtet ihrer Herkunft und ohne Anpassung an die sprachbehindertenpädagogischen Verwendungsinteressen importiert werden, weil dadurch das ursprünglich pädagogische Anliegen von Diagnostik und Förderung aus dem Blickfeld zu geraten droht.“ Es geht daher um die unverzichtbare Bezugnahme, ausgehend von einem „klar definierten und theoretisch fundierten pädagogischen Standpunkt „Sprachheilpädagogik“ (von Knebel 2012, 527).

2 Diagnostisches Vorgehen

Das diagnostische Vorgehen ist zunächst als Prozess zu kennzeichnen, als Abfolge einzelner Maßnahmen, die zur Gewinnung diagnostisch relevanter Informationen führen (Schmidt-Atzert/Amelang 2012). Dafür kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz (Beobachtung, Befragung, Elizitationsverfahren), um die diagnostische(n) Fragestellung(en) zu beantworten (vgl. Kap. 3). Zur diagnostischen Expertise gehört im Rahmen eines hypothesengeleiteten Vorgehens die Auswahl der verwendenden Methoden und Verfahren genauso, wie deren professionelle Durchführung, Auswertung und Interpretation.

Die Beschreibung der spezifischen Gestaltung des diagnostischen Prozesses im Kontext von Förder- und Therapieplanung (Kap. 2.1) wird ergänzt durch Ausführungen zur Diagnostik im Kontext schulischer, sprachheilpädagogischer Förderung (Kap. 2.2) und zur Diagnostik in der sprachtherapeutischen Praxis (Kap. 2.3). Abschließend werden ethische und rechtliche Grundlagen vorgestellt (Kap. 2.4).

2.1 Der diagnostische Prozess im Kontext von Förder- und Therapieplanung

„Beim Diagnostizieren handelt es sich nicht um einen einmaligen Akt, sondern um ein komplexes, mehrstufiges Vorgehen mit möglichen Rückkopplungsschleifen“ (Hesse/Latzko 2017, 63).

Der diagnostische Prozess ist nicht mit einem linearen Vorgehen gleichzusetzen. Durch das hypothesengeleitete Vorgehen kommt es zu Rückkopplungsschleifen. Es werden Hypothesen geprüft, ggf. verworfen und wiederum neue Hypothesen aufgestellt und verifiziert/falsifiziert. Dieses professionelle Vorgehen geschieht systematisch und schrittweise (Hesse/Latzko 2017).

Hesse und Latzko (2017, 64) beschreiben den diagnostischen Prozess in Anlehnung an Lukesch (1998) in einem Ablaufmodell, an dessen Beginn ein *Problem* und die daraus resultierende *Fragestellung* steht. Die sich anschließende *Hypothesenbildung* mit *Feststellungs- und Erklärungshypothesen* führt in der Folge zur *Auswahl der Methoden* für die anschließende *Hypothesenprüfung*. Das *diagnostische Urteil (Diagnose)* am Ende dieses Prozesses führt – je nach Zielstellung, Auftrag oder Setting zu einer ggf. angezeigten Förderung oder Therapie bzw. einer Beratung. Es kann im Anschluss an die Diagnose auch ein Gutachten erstellt werden (z. B. sonderpädagogisches Gutachten – vgl. Kapitel 2.2.2). Dieser Prozess ist aber, wie bereits angemerkt, keine „Einbahnstraße“, sondern es kann sein, dass das Ziel der Beantwortung der Fragestellung erst nach Rückkopplungs-

schleifen und somit ggf. mehreren Durchgängen der Informationsgewinnung erreicht wird (Schmidt-Atzert/Amelang 2012, 390).

Eine derartige Rückkopplungsschleife ist beispielsweise auch im diagnostischen Algorithmus zu Sprachentwicklungsstörungen in der AWMF-Leitlinie zu USES berücksichtigt. „Auch nach der Diagnose USES sichert eine Rückkopplungsschleife – z. B. bei ausbleibendem Therapieerfolg – die Möglichkeit zur erneuten Differenzialdiagnostik“ (AWMF 2011, 49).

In Anlehnung an Berg (2007, 68) stellt Abbildung 2 in ähnlicher Weise den *diagnostischen Prozess im Bereich Sprache* dar.

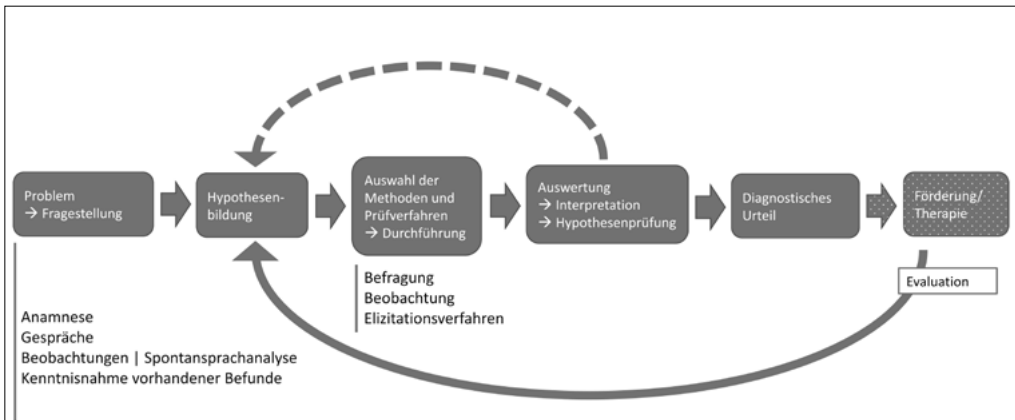


Abb. 2: Diagnostischer Prozess im Bereich Sprache

2.2 Diagnostik im Kontext schulischer, sprachheilpädagogischer Förderung

Unterricht mit Kindern mit Förderbedarf im Bereich Sprache und Kommunikation ist als „diagnosegeleiteter Prozess“ (von Knebel 2007) zu verstehen, der potentielle (Sprach-)Barrieren identifiziert, um in der Folge eine uneingeschränkte sprachliche Bildung zu ermöglichen. Für eine professionelle, spezifische Unterstützung/Förderung ist es deshalb notwendig, den aktuellen, individuellen sprachlichen Entwicklungsstand und die spezifischen Bedingungen des Erwerbs sprachlicher Strukturen eines Kindes zu kennen (Wissen zur Lernausgangslage). Eine Diagnostik, die dieser Zielstellung folgt, liefert spezifische Ansatzpunkte, um Lernen – unabhängig vom Förderort – optimiert zu gestalten (Reber 2012).

„Wir praktizieren Diagnostik um der Förderung willen. Es geht darum, Fördermaßnahmen für Schülerinnen und Schüler an unterschiedlichen Förderorten zu entwickeln, um sie möglichst optimal in ihrer Lernentwicklung zu begleiten und zu unterstützen“ (Heimlich et al. 2013, 4).

Die diagnostische Erfassung von sprachlichen Fähigkeiten im schulischen Kontext übernehmen i. d. R. Sprachheilpädagogen – Sonderpädagogen, die für den Förderschwerpunkt Sprache und Kommunikation spezifisch ausgebildet sind. Auf der Grundlage der Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zum Förderschwerpunkt Sprache und Kommunikation (KMK 1998) hat ihre diagnostische Tätigkeit die Aufgabe, „[...] Art und Umfang des sonderpädagogischen Förderbedarfs auf der Basis einer Kind-Umfeld-Analyse zu erheben. Dabei werden insbesondere die sprachlichen Handlungskompetenzen des Kindes vor dem Hintergrund seiner persönlichen Lebenssituation und der schulischen Anforderungen beschrieben, pädagogisch interpretiert und als spezifisches Förderbedürfnis ausgewiesen“ (KMK 1998, 6).

Exkurs Kind-Umfeld-Analyse: Die Kind-Umfeld-Analyse wurde u. a. von Sander und Hildeschiedt im Kontext der Etablierung schulischer Integration von Schülern mit Unterstützungsbedarf entwickelt (Hildeschiedt/Sander 1993). Sie versteht sich als breiter Ansatz, der sich von einer allein kindzentrierten Diagnostik abhebt und auch relevante Umwelteinflüsse (personelle und materielle Gegebenheiten) erfasst sowie hemmende und förderliche Bedingungen in der Schule und in schulrelevanten Umfeldern analysiert (Bundschuh/Winkler 2014, 350). Diese Aspekte finden sich heute auch in der ICF (DIMDI 2005). Somit steht nicht nur das Kind mit seinen Verhaltensmerkmalen im Fokus, sondern auch das Zusammenspiel von Personen und materialen Bedingungen in dem System, zu dem das Kind gehört (Bundschuh/Winkler 2014, 350). So bringt eine biographisch angelegte Kind-Umfeld-Analyse zum Ausdruck, „[...] dass und wie die jeweilige Umwelt als Variationsquelle und Einflussfaktor der sprachlichen Entwicklung der Einzelnen in der Perspektive der Entwicklung ihrer sprachlichen Handlungsfähigkeit qualifiziert ist“ (Welling 2007, 970).

Reber/Schönauer-Schneider (2014) formulieren hierzu ein trichterförmiges Vorgehen. Ausgangspunkt sind gezielte Beobachtungen der spontansprachlichen Äußerungen der Schüler im Schulalltag, die zu ersten Hypothesen über Stärken und Schwächen im Bereich der sprachlichen Fähigkeiten führen. Soweit dies möglich ist, können im Anschluss Gruppenüberprüfungsverfahren zum Einsatz kommen, wie sie beispielsweise für den Bereich Sprachverständnis mit dem MSVK (Elben/Lohaus 2000) vorliegen, welche die Erstellung eines Klassenprofils für bestimmte sprachliche Bereiche ermöglichen (Reber/Schönauer-Schneider 2014). Dies ergänzend werden kriteriengeleitete Schülerbeobachtungen angestellt, die hypothesengeleitet bestimmte Aspekte in den Blick nehmen. Hierzu liegen Checklisten und Beobachtungsraster unterschiedlicher Qualität vor. Hieraus kann es sich in der Folge ergeben, dass die Lehrkraft anhand dieser zusammengestellten Vorinformationen spezielle Diagnostikverfahren für die Einzeltestung einsetzt (vgl. auch Abb. 3).

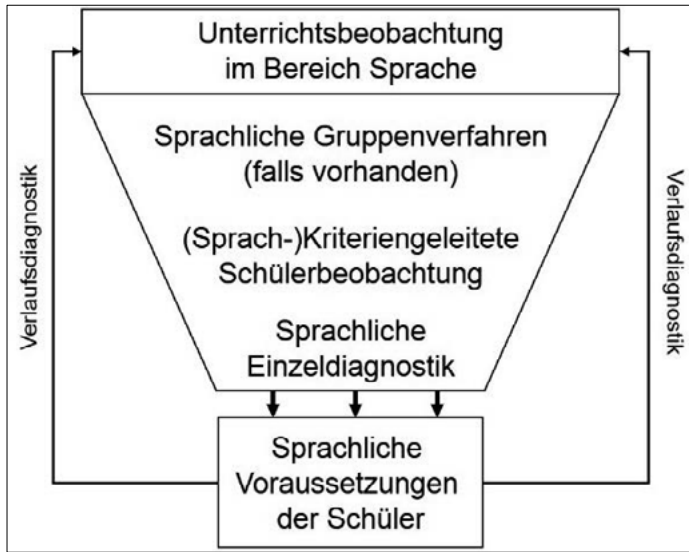


Abb. 3: Diagnostisches Vorgehen zur Erfassung der sprachlichen Voraussetzungen im Unterricht (Reber/Schönauer-Schneider 2014, 23)

2.2.1 Spezifische Herausforderungen in der inklusiven Schule

In inklusiven schulischen Settings sind, je nach administrativen Rahmenbedingungen und Vorgaben, unterschiedliche Handlungsträger mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen im Bereich der Diagnostik betraut. Als Grundlage des Unterrichts verweisen die Empfehlungen der KMK zur inklusiven Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen (KMK 2011) explizit auf einen den Lernprozess begleitende, pädagogische Diagnostik, wobei diese im Team von Lehrern mit unterschiedlichen Lehrämtern und Ausbildungen gemeinsam durchgeführt und verantwortet werden kann (KMK 2011, 19).

So sind Regel- und/oder Sonderschullehrkräfte in ihrer Funktion als Lehrkraft oder direkt als sogenannte Diagnostiklehrer oder Diagnostikteams mit diagnostischen Fragen betraut. Dabei werden häufig über kriteriengeleitete Beobachtungen und vorwiegend Gruppenüberprüfungsverfahren zunächst diejenigen Kinder erfasst, die einer Förderung bedürfen, welche über Sprachfördermaßnahmen im Regelunterricht hinausgeht. Die differenzierte Feststellung des sprachlichen Leistungsstandes bzw. des sonderpädagogischen Förderbedarfs und die sich daraus ergebende Erstellung von Förderplänen übernehmen dann in der Regel Sprachheillehrer als „case manager“ (Reber 2012, 268f.). Hoffmann/Böhme (2017) konnten zeigen, dass an Grundschulen nur ein geringer Anteil von Schülern mit sprachlichem Förderbedarf korrekt identifiziert wird (geringe Sensitivität) – Kinder ohne Förderbedarf werden allerdings sehr zuverlässig erkannt (hohe Spezifität). Ausschlaggebend hierfür ist vor allem die Güte der Informationsquellen. Zur

Optimierung der Klassifikationsgüte wird eine mehrmalige Überprüfung mit sprachdiagnostischen Verfahren empfohlen, „[...] um Kinder mit ausgeprägtem Unterstützungsbedarf im sprachlichen Bereich möglichst zuverlässig zu identifizieren und anschließend in geeigneter Weise fördern zu können“ (Hoffmann/Böhme 2017, 146).

In unterschiedlichen Aufgabenbereichen des inklusiven Settings kommen unterschiedliche diagnostische Methoden und Verfahren zum Einsatz. Das „Messen“, d. h. die direkte Erhebung sprachlicher Fähigkeiten des Kindes, stellt neben der Beobachtung und Befragung eine der möglichen diagnostischen Methoden dar (vgl. Kap. 3). Die Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder werden mit Hilfe dieser Methoden, durch Beobachtung, Interaktionen und Analysen im Sinne einer zyklischen Diagnostik fortwährend überprüft (Ziemen 2016).

„In einer inklusiven Diagnostik geht es also um ein Bewahren sonderpädagogischer Kompetenzen und um den Einbezug der Regelpädagogik und der dort gewonnenen Daten in Bezug auf das System Schüler in den gesamt-diagnostischen Prozess“ (Schäfer/Rittmeyer 2015, 109).

Ziemen (2016) formuliert Aspekte zum Verständnis von Diagnostik „mit Blick auf Inklusion“. Demnach versteht sich Diagnostik [...]

- „im Interesse und unter Berücksichtigung der Perspektiven der Kinder [...];
- lernbegleitend, entwicklungsunterstützend und kompetenzorientiert;
- analysierend und hypothesenbildend und –prüfend mit dem Ziel des Verstehens bzw. des Erklärens;
- dialogisch mit den Kindern [...]; Eltern und Bezugspersonen;
- ggf. interdisziplinär;
- orientierend auf das Schaffen eines sozialen Möglichkeitsraumes für Entwicklung und Lernen“ (Ziemen 2016, 47).

Gegenwärtig erfolgt eine breite Diskussion der diagnostischen Ausrichtung im Kontext sich wandelnder Bildungssettings in Richtung Inklusion. An dieser Stelle sei beispielhaft auf die zukunftsweisenden Diskussionen in folgenden Publikationen verwiesen:

Amrhein, B. (Hrsg.) (2016): *Diagnostik im Kontext inklusiver Bildung. Theorien, Ambivalenzen, Akteure, Konzepte*. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Lindmeier, C., Weiß, H. (Hrsg.) (2017): *Pädagogische Professionalität im Spannungsfeld von sonderpädagogischer Förderung und inklusiver Bildung. Sonderpädagogische Förderung heute, Beiheft 1*, Beltz Juventa, Weinheim

Schäfer, H., Rittmeyer, C. (Hrsg.) (2015): *Handbuch inklusive Diagnostik*. Beltz, Weinheim/Basel



Diagnostikverfahren für die orientierende Einschätzung sprachlicher Leistungen durch Regel- und Sonderpädagogen im Klassenkontext

In inklusiven Settings stehen Regelschullehrkräfte vor der Aufgabe, die Heterogenität der Schülerschaft im Unterricht zu berücksichtigen. Eine Grundlage dafür ist die Kenntnis der (sprachlichen) Voraussetzungen der Kinder im Sinne von Lernausgangslagen. Gerade für den Übergang von der Kita in die Grundschule existiert eine Vielzahl von Verfahren, die in ganz unterschiedlicher Qualität (vorwiegend als informelle Verfahren) mittels unterschiedlicher diagnostischer Methoden die Lernvoraussetzungen der Kinder in verschiedenen Entwicklungsbereichen in Einzel- und/oder Gruppensituationen ermitteln. Auch für Kinder im Grundschulalter liegen Beobachtungs- und Einschätzungsbögen bzw. Diagnosematerialien vor, die zu diesem Zweck von Regel- und Sonderpädagogen bevorzugt in Gruppensituationen eingesetzt werden können. Es muss an dieser Stelle allerdings nochmals explizit auf die häufig beschränkte Aussagekraft dieser Verfahren hingewiesen werden. Kinder, die anhand dieser Verfahren einen „auffälligen Sprachentwicklungsstand“ zugeschrieben bekommen, sollten unbedingt im Anschluss eine spezifischere Diagnostik durch entsprechende Fachkräfte durchlaufen. Wer dies mit wessen Weisung durchführt ist vom Zeitpunkt der Erhebung, vom Kostenträger und weiteren administrativen Vorgaben abhängig.

Folgende Verfahren kommen hierbei als Einzel und/oder Gruppenüberprüfung beispielsweise zum Einsatz (Spreer 2013):

- Die Diagnostischen Einschätzskalen (DES) zur Beurteilung des Entwicklungsstandes und der Schulfähigkeit (Barth 2012)
- Sprachförderung: Die Fitness-Probe (Günther 2003)
- Beurteilen – Beraten – Fördern (Heuer 2008)
- Marburger Sprach-Screening (MSS). Ein Sprachprüfverfahren für Kindergarten und Schule (Holler-Zittlau et al. 2017)
- Deutsch als Zweitsprache – Sprache gezielt fördern. Einstufungshilfen (Kehbel et al. 2011)
- Sprachkompetenz fördern in Kindergarten, Vorschule und Schuleingangsklassen (Marx et al. 2006)
- Kriterien für Unterrichtsbeobachtungen im Bereich Sprache (Reber/Schönauer-Schneider 2014)

Diagnostikverfahren für die spezifische Diagnostik durch Sonderpädagogen im Bereich Sprache und Kommunikation

Sonderpädagogen übernehmen in inklusiven Settings unterschiedliche diagnostische Aufgaben. Je nach Altersgruppe der Kinder kommen neben Screenings Materialien zum Einsatz, die als standardisierte und normierte Verfahren die Grundlage für eine Indikation einer Intervention und deren differenzierte Planung darstellen. Die Ergebnisse zielen somit auf die Ermittlung der individuel-

len Notwendigkeit von spezifischen Fördermaßnahmen und deren Evaluation, z. B. auch in Form der Beratung unterschiedlicher Lehrkräfte bei der Umsetzung von Unterstützungsmaßnahmen. Welche Verfahren durch welche Fachkräfte mit welcher notwendigen Expertise durchgeführt werden, ist in den verschiedenen Bundesländern und Settings unterschiedlich geregelt. Erweitert werden diese grundlegenden Kompetenzen der Erstausbildung durch spezifische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die teilweise sogar spezifisch für einzelne Verfahren angeboten werden.

Die entsprechenden zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren sind in den verschiedenen Kapiteln in diesem Buch beschrieben und auch über die e-Verfahrensbeschreibung recherchierbar (s. Anhang, Erläuterungen zur Online-Datenbank).

2.2.2 Das sonderpädagogische Gutachten

Am Ende des diagnostischen Prozesses kann eine Erstellung eines Gutachtens notwendig werden. Dies trifft – je nach Bundesland – im Bildungsbereich auch auf den Bereich der Förder- bzw. Sonderpädagogik zu. Wie ein derartiges Gutachten aussieht und welchen qualitativen und quantitativen Ansprüchen es genügen muss, ist sehr unterschiedlich geregelt. Dies betrifft zum einen wiederum die Frage der formalen Vorgaben, die in verschiedenen Bundesländern beispielsweise durch Formatvorlagen zur Erstellung geklärt wird, zum anderen aber auch die Frage- und Problemstellung, die ebenfalls zu formalen oder inhaltlichen Unterschieden führen kann (Bundschuh/Winkler 2014). So wird sich ein Erstgutachten zur „Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs“ von einem „Fortschreibungsgutachten“ unterscheiden, das bereits inhaltlich ganz andere Anforderungen mit sich bringt.

Es kann an dieser Stelle also kein allgemein gültiger Vorschlag formuliert werden. Bundschuh/Winkler (2014) legen Strukturierungshilfen zur förderdiagnostischen Gutachtenerstellung unter besonderer Berücksichtigung der Kompetenzorientierung vor. Dieser Strukturierungsvorschlag ist wie folgt gegliedert und im Original noch deutlich mit Hinweisen und möglichen Inhaltsaspekten untersetzt (Bundschuh/Winkler 2014, 390ff.):

1. *„Situation, Untersuchungsanlass, Fragestellung, Untersuchungsbedingungen*
2. *Kennzeichnung der bisherigen Entwicklungsumstände (Lebenslauf und Umweltdaten, Kurzzusammenfassung früherer Untersuchungsergebnisse; jeweils Quellenangabe)*
3. *Auswahl der diagnostischen Verfahren [M. S.: begründet; Orientierung an der besonderen Problem- oder Fragestellung]*
4. *Darstellung der Ergebnisse [M. S.: in objektiver Form, ohne Interpretation!]*
5. *Diskussion und Interpretation der Ergebnisse*
6. *Zusammenfassung wichtiger Untersuchungsergebnisse*
7. *Beantwortung der Fragestellung*
8. *Förderungsvorschläge*
9. *Beratung, Intervention, Therapie*
10. *Konkretisierung der Unterstützung sowie der Förderungsvorschläge“*

In welcher Form das Gutachten zu erstellen ist, ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Hierzu liegen entsprechende Handreichungen bzw. (elektronische) Formulare vor. Gemeinsam ist diesen verschiedenen Umsetzungsformen

- ein hypothesengeleitetes Vorgehen gemäß der Fragestellung mit formulierten, überprüfbaren Hypothesen,
- die Angabe der Quellen der in den anamnestischen Angaben zusammengestellten Informationen,
- eine begründete Auswahl eingesetzter diagnostischer Methoden und Verfahren,
- eine Trennung zwischen Ergebnisdarstellung und der sich anschließenden Interpretation.

Ausführungen zur Erstellung eines sprachheilpädagogischen Gutachtens sind in der Literatur kaum zu finden. Bei Schoor (2009) sowie Kany/Schöler (2009) sind Angaben zu formalen Aspekten sowie zur inhaltlichen Struktur aufgeführt.

Von Knebel (2015, 382) argumentiert, dass, wenn im Hinblick auf die inklusive Schule die notwendigen Ressourcen bereitstünden, die Erstellung eines sonderpädagogischen Gutachtens und die damit verbundene Verwaltungsentscheidung durch einen differenzierten Förderplan ersetzt werden könnte. „Die sonderpädagogische Fachkraft könnte sich auf der Basis qualitativer Analyseverfahren ganz einer diagnostikbasierten Förderplanung widmen und herausarbeiten, wer von den Beteiligten auf der Grundlage welcher Kompetenzen welchen Beitrag zur Förderung leisten kann“ (von Knebel 2015, 382). Gegenwärtig sind die Ressourcenzuweisungen jedoch häufig noch an das entsprechende Gutachten gebunden.

2.3 Diagnostik in der sprachtherapeutischen Praxis

Flossmann/Tockuss stellten 1994 ein Ablaufschema zur logopädischen Befunderhebung bei Sprach- und Sprechstörungen vor, dass in seinen zentralen Bestandteilen auch noch bei Schrey-Dern (2006) zu finden ist:

1. Anamnese
2. Freie Spiel- und/oder Gesprächssituation
3. Spontansprachanalyse
4. Einsatz standardisierter/informeller Prüfverfahren zur Einschätzung des (nicht) sprachlichen Entwicklungsstandes sowie Analyse der Eltern-Kind-Interaktion
5. Zusammenfassung der Ergebnisse im logopädischen Befund (Flossmann/Tockuss 1994, 4; Schrey-Dern 2006, 22)

In Analogie dazu formuliert auch der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) in seinem „Logopädischen Diagnostikstandard bei Kindern (logo-

pädisches Störungsbild in einem oder mehreren Bereichen)“ folgenden Algorithmus:

„Verordnung durch den Kinderarzt und Klärung der spezifischen Fragestellung (z. B. Stottern, Heiserkeit, schlecht zu verstehende Sprache, Ernährung ...) ergibt einen Verdacht auf ein logopädisches Störungsbild

→ Anamnese mit Bezugspersonen/Eltern, ggf. sozialem Umfeld, Kindergarten, Schule. Das Gespräch baut auf den bereits vorliegenden Befunden auf Beobachtungen im Kontakt mit dem Patienten

→ Klinische Beobachtungen des Kindes (in einer natürlichen, lautsprachregenden Spielsituation); Analyse der Spontansprache unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellung

→ Bei entsprechender Indikation folgt eine störungsspezifische Diagnostik in einem oder mehreren Bereichen mit standardisierten und/oder informellen Prüfverfahren

→ Nach Abschluss der logopädischen Befunderhebung inkl. Auswertung der Ergebnisse folgen:

- *Dokumentation der Befundergebnisse*
- *ggf. Aufstellung einer logopädischen Diagnose*
- *Rückmeldung der logopädischen Diagnose an den verordnenden (behandelnden) Arzt bzw. weitere Berufsgruppen*
- *ggf. Aufklärungs- bzw. Beratungsgespräch mit den Bezugspersonen/Eltern*
- *Klärung des weiteren Procedere (z. B. Therapieindikation, weitere interdisziplinäre Diagnostik etc.)“ (dbl 2014, 1).*

Die konkrete Umsetzung dessen ist jedoch häufig abhängig von den gegebenen Rahmenbedingungen, z. B.:

- **Liegen bereits Befunde/Gutachten vor und besteht eine entsprechende Schweigepflichtsentbindung für die diagnostizierende Person?**
- **Welche Unterlagen liegen bereits vor dem ersten Anamnesegespräch vor bzw. sind erst noch einzuholen?**
- **In welcher Form ist es möglich, mit anderen Kooperationspartnern Rücksprache zu halten (SPZ, Ergotherapie, etc.)?**
- **Welcher Zeitraum steht für diagnostische Fragen zur Verfügung?**
- **Welche diagnostischen Materialien sind der diagnostizierenden Person zugänglich und inwiefern ist sie mit den Materialien vertraut?**

In einer multizentrischen Studie, in der die sprachtherapeutische Dokumentation von 502 Kindern retrospektiv analysiert wurde, konnten de Langen-Müller/Hielscher-Fastabend (2007) Daten zur Diagnostik im Rahmen der Sprachtherapie vorlegen (die Informationen beziehen sich auf Kinder von 0 bis 16 Jahren und auf einen Behandlungsbeginn zwischen 2000 und 2005). So verwendeten die Sprachtherapeuten durchschnittlich 3,45 Behandlungseinheiten für ihre Diagnosestellung (SD=2,53). Die hohe Variation der Dauer (0,5 Einheiten bis zu 17 Einheiten je Kind) wurde über die spezifische therapiebegleitende Diagnostik begründet. 43,4% aller Kinder wurden mit einer oder zwei Einheiten diagnostiziert. Nach den Diagnosekategorien aufgeschlüsselt zeigt sich, dass eher weniger Sitzungen bei leichten Aussprachestörungen (in Verbindung mit myofunktionellen