



Evidenz der Identifikation des beginnenden Stotterns

Ein Vergleich der Güte zweier Screeninginstrumente

Jürgen Kohler

Zusammenfassung

In dem Artikel wird das Zustandekommen der Güte zweier Screeninginstrumente zur Früherkennung des beginnenden Stotterns verglichen. Zunächst wird die Ausgangslage zur Identifikation des beginnenden Stotterns im deutschsprachigen Raum skizziert, und die beiden Instrumente selbst werden kurz dargestellt. Dann wird die Berechnung der wichtigsten Gütekriterien Sensitivität und Spezifität im Allgemeinen erläutert und für die Instrumente im speziellen ausführlicher dargestellt. Dabei wird gezeigt, dass die quantitative Bestimmung der Güte von der Stichprobe der Fälle, der Stichprobe der Anwender und von der Operationalisierung des sogenannten wahren Wertes abhängt. Nach dem kurzen Eingehen auf Validität und Inter-Rater-Reliabilität wird der Bedeutung von qualitativen Daten für die Evidenz mehr Raum gegeben. Die abschließend formulierten Schlussfolgerungen für zukünftige Forschungen sind aus dem zuvor Gesagten stringenter abgeleitet.

1 Einleitung

Evidenz kann man mit „Beweiskraft“ übersetzen. Evidenzbasiert sind therapeutische Interventionen, wenn sie ihre Wirksamkeit bewiesen haben. Für diagnostische Prozesse ist der Begriff „Wirksamkeit“ allerdings nur bedingt treffend, weil Diagnosen nicht vordergründig etwas bewirken sollen. Diagnosen sollen eher zu richtigen Feststellungen und daraus abgeleiteten angemessenen Entscheidungen führen (z. B. für oder gegen eine Intervention). Das Pendant zur „Wirksamkeit“ in der Therapie ist die „Güte“ für die Diagnose (Beushausen & Grötzbach, 2011). Diagnostik- oder Screeninginstrumente sollen ihre Evidenz durch

sogenannte Gütekriterien „beweisen“, die in der Regel durch Zahlen (= Kennwerte) ausgedrückt werden.

Im deutschsprachigen Raum sind in den letzten Jahren zwei Screeningverfahren zur Identifikation des beginnenden Stotterns hinsichtlich ihrer Güte evaluiert worden. Das *Bochum-Aachener Stotterscreening* (BASS) (Neumann, Euler & Schneider, 2014) und der *Redeflusskompass 2.0* (Braun, Baumann & Boltshauser, 2011; Kohler, 2015a).

In diesem Beitrag werden nicht nur die erfassten Gütekriterien benannt und verglichen, sondern deren Zustandekommen näher betrachtet. Was verbirgt sich hinter den Kennwerten für Validität und Reliabilität? Vor welchem inhaltlichen Hintergrund werden Sensitivität und Spezifität berechnet?

Durch den Blick hinter die Kulissen der Quantifizierung von Güte werden allgemeine Probleme der Evidenz von Diagnostik- und Screeninginstrumenten bei beginnendem Stottern offengelegt und diskutiert, so dass eine kritisch-konstruktive Perspektive auf die empirische Evidenzforschung in diesem Bereich entsteht.

2 Ausgangslage

Die beiden oben genannten Forschungsprojekte zur Identifikation des beginnenden Stotterns starteten ungefähr zur selben Zeit (um 2010). Die damalige Sachlage kann durch die folgenden drei Zitate aus der Fachliteratur auf den Punkt gebracht werden.

Ochsenkühn & Thiel (2005, S. 10) stellten fest: „Die Gefahr, dass beginnendes Stottern irrtümlich als altersgemäße Sprechunflüssigkeit eingeschätzt wird, ist durchaus gegeben, (...)“

Sandrieser & Schneider (2008, S. 18) bemängelten: „Derzeit werden stotternde Kinder in der Regel leider erst dann behandelt, wenn sich das Stottern schon über Jahre hinweg chronifiziert hat.“

Die Bundesvereinigung Stotterer Selbsthilfe (BVSS 2008, S. 279) lamentierte: „Erkennen von Stottern darf kein Zufall sein.“

Insbesondere der Aufruf der BVSS ist ein Appell an die Forschung, sich systematisch mit dem Zustandekommen von Entscheidungen zu beschäftigen, die bei beginnendem Stottern zu weiterer Diagnostik, Beratung oder Therapie führen oder diese Maßnahmen ablehnen.

Beide genannten Projekte folgten dieser Aufforderung. Das BASS wurde im Zuge dieser Forschungsaktivitäten konzipiert und evaluiert, der Redeflusskompass 2.0 aus seiner Version 1.0 heraus optimiert und dann ebenfalls evaluiert. Zunächst werden beide Instrumente kurz dargestellt und hinsichtlich ihrer Inhalte und Anwendung verglichen.

Das BASS wurde als Universalscreening konzipiert. Es sollte bei den Kindervorsorgeuntersuchungen in Deutschland von Kinderärzten zum Einsatz kommen. Grundlage der Durchführung ist eine Verhaltensbeobachtung des Kindes durch den Arzt sowie eine Befragung der Eltern ebenfalls durch den Arzt. Der zugrundeliegende Screeningbogen ist durch die Abbildung 1 dargestellt.

Der Redeflusskompass 2.0 wurde als Risiko-Screening konzipiert. Er sollte bei Verdacht auf Stottern eingesetzt werden. Durchführende sind medizinisch-pädagogische Fachpersonen. Neben Ärzten und Logopäden sollten auch (Früh-) Erzieher oder Sonder- bzw. Heilpädagogen in die Lage versetzt werden, bei der Erkennung von beginnendem Stottern mitzuwirken. Da diese Berufsgruppen i.d.R. viel Zeit mit vermeintlich betroffenen Kindern verbringen, können sie wertvolle Hinweise für den weiteren diagnostischen oder therapeutischen Bedarf geben. Abbildung 2 zeigt den Screeningbogen des Redeflusskompasses 2.0.