

Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung

Maren Aktas

Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung e. V., Hilden

1 Besonders diagnostizieren? Ja oder nein?

Jeder Sprachtherapie geht eine sorgfältige Diagnostik voraus. Daher möchte ich das Tagungsthema für meinen Beitrag so umformulieren: „Besonders diagnostizieren? Wie kann eine Sprachdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung aussehen?“

Bevor ich versuche, diese Fragen zu beantworten, möchte ich vorab den Begriff der „geistigen Behinderung“ näher beleuchten: Bei der geistigen Behinderung handelt es sich keineswegs um ein einheitliches primäres Störungsbild. So gibt es klar umschriebene Syndrome, die auf nachweisbare genetische Abweichungen zurückgehen (z. B. Down-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom), während bei anderen schädigende vorgeburtliche Einflüsse eine wichtige Rolle spielen. Hier sind vor allem Teratogene wie z. B. Alkohol (Fetales Alkoholsyndrom) oder Infektionskrankheiten der Mutter (z. B. Rötelnembryopathie) zu nennen. Weiterhin können auch peri- und postnatale Komplikationen (z. B. Hirnblutungen, Sauerstoffunterversorgung) sowie Unfälle und Infektionskrankheiten des Kindes (z. B. Meningitis) zu einer geistigen Behinderung führen (Aksu, 2011). So unterschiedlich wie die Ätiologien sind auch die individuellen Entwicklungsprofile der betroffenen Personen. Was jedoch alle Menschen mit einer geistigen Behinderung gemein haben, ist, dass das geistige Entwicklungsalter deutlich niedriger als das Lebensalter ist.

Obwohl die geistige Behinderung über einen Intelligenzquotienten von weniger als 70 Punkten definiert ist (z. B. ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 1993), sagt die Höhe des ermittelten IQs oder ein auf der Basis von Intelligenztests bestimmtes mentales Entwick-

lungsalter (MA) nur wenig über die individuellen Symptomausprägungen eines Kindes aus. Das ist auch stimmig, da sich der IQ aus vielen gemittelten Einzelwerten zusammensetzt. Ein und derselbe errechnete IQ kann daher sehr unterschiedliche Profile kognitiver Stärken und Schwächen beschreiben.

Eine geistige Behinderung geht in der Regel mit einer sprachlichen Entwicklungsverzögerung einher. Nicht selten sind es die ausbleibenden ersten Wörter, die den Eltern ernsthafte Sorgen bereiten und den Anlass für eine Überprüfung des kindlichen Entwicklungsstandes bilden. Bei Kindern mit einem diffusen Verdacht auf eine allgemeine Entwicklungsverzögerung wird zunächst eine umfassende Entwicklungsdiagnostik durchgeführt (z. B. in einer interdisziplinären Frühförderstelle), bei der die sprachliche Entwicklung nur einer von mehreren zu überprüfenden Entwicklungsbereichen ist. Eine sprachspezifische Diagnostik schließt sich in jenen Fällen an, in denen sich eine besondere Problematik im Bereich der Kommunikations- und Sprachentwicklung abzeichnet.

Gerade bei dieser Eingangsdagnostik setzt die zu Beginn formulierte Frage an: Muss ich bei Kindern mit einer geistigen Behinderung „anders“ oder „besonders“ vorgehen oder ist das nicht der Fall?

Je nach Profession wird diese Frage unterschiedlich beantwortet. Ich möchte zwei Positionen an dieser Stelle kurz – und bewusst etwas überspitzt – gegenüberstellen:

„Ja, natürlich...“, sagen die einen, „...natürlich müssen wir besonders diagnostizieren. Wir erleben doch, dass die Kinder besondere Auffälligkeiten zeigen und sich in der diagnostischen Situation auch anders verhalten. Unsere üblichen Vorgehensweisen und Instrumente greifen nicht. Die Aufgaben aus Sprachtests sind meist viel zu schwer. Mit den Kindern ist zudem viel schwerer umzugehen, oft sind sie nur mühsam zu motivieren und ihre Aufmerksamkeitsspanne ist sehr gering. Ohne besondere, spezielle Methoden kommen wir an diese besonderen Kinder nicht heran!“

„Nein!“, entgegnen die anderen, „Wir brauchen keineswegs besondere diagnostische Vorgehensweisen oder Methoden. Wir betrachten jedes Kind hoch individuell. Daher ist es für uns egal, welches Syndrom oder welche Grunderkrankung ein Kind hat. Wir haben kein diagnostisches Vorgehen nach Schema-F. Außerdem ist es uns zuwider, ein Kind mit einer Diagnose abzustempeln! Wir betrachten, behandeln und diagnostizieren alle Kinder gleich, jedes nach seinen Möglichkeiten, ganzheitlich und ressourcenorientiert. Folglich brauchen wir keine besonderen Methoden.“

Beide Seiten führen aus meiner Sicht überzeugende Argumente an und ich möchte im Folgenden begründen, warum es wichtig ist, diese Positionen in Einklang zu bringen.

Für jede entwicklungspsychologische bzw. sprachtherapeutische Diagnostik und damit selbstredend auch für Kinder mit geistiger Behinderung sind drei Aspekte wichtig:

- (1) Jede Diagnostik muss theoretisch fundiert sein und entwicklungsorientiert erfolgen.

Das Ziel jeder Diagnostik besteht darin, herauszufinden, an welchem Punkt im Spracherwerbsprozess ein Kind steht, welche notwendigen Kompetenzen es bisher bereits sicher erworben hat und welches die nächsten Entwicklungsaufgaben sind, die zu bewältigen sind. Die Sprachentwicklung ist in ihrem Verlauf theoretisch inzwischen recht gut beschrieben, auch wenn kein allgemein akzeptiertes Modell existiert. Für die weiteren Ausführungen ist es wichtig, sich vor Augen zu halten, dass man sich bei den meisten Kindern mit einer geistigen Behinderung ebenfalls am typischen Spracherwerb orientieren kann. Fasst man die Studienlage zusammen, zeigen sich bei fast allen Syndromen mehr Gemeinsamkeiten mit dem typischen Entwicklungsverlauf als Unterschiede. Der Spracherwerb verläuft bei den meisten Kindern mit geistiger Behinderung zwar in der Regel deutlich verlangsamt, aber nicht grundsätzlich anders (vgl. Sarimski, 2014).

- (2) Bei jeder Diagnostik müssen die diagnostischen Standards eingehalten werden.

Für die (sprach-)entwicklungspsychologische Diagnostik sind eine Reihe von Standards festgelegt (Häcker, Leutner & Amelang, 1998). Diese gilt es bei allen Kindern einzuhalten. Auch bei Kindern mit geistiger Behinderung dürfen keine Abstriche bei der Qualität der Diagnostik gemacht werden. Mit anderen Worten: Kinder mit geistiger Behinderung haben das gleiche Recht wie alle Kinder auf eine objektive Beurteilung ihrer Kompetenzen mit reliablen, messgenauen Instrumenten, die zu validen, zutreffenden Aussagen führen.

- (3) Jede Diagnostik zielt darauf ab, möglichst umfassend und präzise das individuelle Entwicklungsprofil der kindlichen Stärken und Schwächen zu beschreiben.

Die Tatsache, dass bei einer geistigen Behinderung eine allgemeine Verzögerung der kognitiven Entwicklung vorliegt, führt manchmal fälschlicherweise zu der Annahme, dass ein Kind mit geistiger Behinderung folglich in allen Entwicklungsbereichen gleichermaßen erhebliche Schwächen aufweisen müsse. Dem ist aber nicht so: Auch wenn die kognitive Entwicklung generell verzögert ist, besitzen Kinder mit geistiger Behinderung ausgeprägte individuelle Profile mit *relativen* Stärken und *relativen* Schwächen.

Die grundlegenden Prinzipien der Diagnostik sind bei Kindern mit geistiger Behinderung also keineswegs „besonders“ oder anders als bei Kindern ohne eine kognitive Entwicklungsverzögerung.

Worin bestehen die Unterschiede?

Es gibt eine Reihe von Merkmalen und Verhaltensweisen auf Seiten der Kinder mit geistiger Behinderung, die eine besondere Herausforderung für die DiagnostikerInnen darstellen. Die Kinder haben zum Teil heterogenere Entwicklungsprofile als typisch entwickelte Kinder: So beginnt das eine Kind mit Down-Syndrom eben erst zu lautieren, während ein gleichaltriges bereits in ganzen Sätzen spricht. Daher kann das Lebensalter nicht als Orientierungsgröße dienen (z. B. für

die Auswahl von Untersuchungsmaterialien) und auch das MA hilft nur bedingt weiter (Aktas, 2004). Schließlich zeigen die Kinder mitunter Verhaltensweisen (z. B. Stereotypien, Wutausbrüche), die die Interaktion in der diagnostischen Situation erschweren.

Die Besonderheiten der Diagnostik zeigen sich also sowohl bei der Auswahl der Verfahren und Vorgehensweisen, die mitunter spontan und flexibel angewendet werden müssen, als auch im Umgang mit dem Kind in der Untersuchungssituation.

2 Das Konzept der entwicklungsorientierten Sprachdiagnostik

Im Rahmen meiner Dissertation habe ich eine Stichprobe von 28 Kindern mit Down-Syndrom im Alter von vier bis sieben Jahren entwicklungspsychologisch untersucht (Aktas, 2004). Das Ziel bestand darin, herauszufinden, ob die am Lehrstuhl „Allgemeine und Angewandte Entwicklungspsychologie“ (Prof. Hannelore Grimm, Universität Bielefeld) entwickelten Sprachtests auch bei Kindern mit Down-Syndrom einsetzbar sind. Dabei wurde schnell deutlich, dass es eines umfassenden diagnostischen Konzepts bedarf, um Kindern mit geistiger Behinderung gerecht zu werden und die Sprachdiagnostik zu verbessern. Im Verlauf der Jahre haben Kolleginnen aus dem Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung e. V. und ich das Konzept weiter ausgestaltet und an unterschiedlichen Stichproben von Kindern erprobt (vgl. Aktas, 2012; Müller, 2013). Das Besondere an diesem Konzept ist, dass erstens konsequent eine entwicklungspsychologische Sichtweise eingenommen und zweitens das Wissen über die Besonderheiten der einzelnen Syndrome und Behinderungsformen einbezogen wird.

Das Konzept besteht aus folgenden Elementen: (1.) aus einem *theoretischen Rahmenmodell*, das der Diagnostik die notwendige theoretische Fundierung bietet, (2.) aus einem *diagnostischen Leitfaden*, der als eine Art Flussdiagramm Hilfestellung bei der Auswahl

konkreter Aufgaben bietet und (3.) aus Checklisten, Anamnesebögen, Kodierschemata und konkreten Tipps, die SprachtherapeutInnen bei der praktischen Durchführung, Auswertung und Ableitung von Fördermaßnahmen einsetzen können. Darüber hinaus haben wir für einige Syndrome (4.) *behinderungstypische Barrieren* für den Spracherwerb aus der Literatur herausgearbeitet und versucht, möglichst praxisnahe Hinweise für die Arbeit mit diesen Kindern zu Papier zu bringen (in Aktas, 2012 für Down-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störung, mehrsprachige Kinder mit geistiger Behinderung).

3 Das theoretische Rahmenmodell

Ausgangspunkt für die Formulierung des „erweiterten Modells der sprachlichen Repräsentationsveränderungen“ (Aktas, 2004, 2012) ist die Überzeugung, dass jeder Diagnostik theoretische Überlegungen zugrunde liegen müssen. Der/die DiagnostikerIn muss im Vorhinein bestimmen, was über die sprachlichen Fähigkeiten und Verarbeitungsprozesse des Kindes herausgefunden werden soll. Danach wird die Diagnostik durchgeführt. Erst zum Schluss sind die Beobachtungen oder Untersuchungsergebnisse zu interpretieren. Ohne derartige theoretische Überlegungen beobachtet man alles Mögliche, was vielleicht – aber nicht zwingend – wichtig ist.

Das von uns vorgeschlagene theoretische Rahmenmodell basiert auf einem Modell von Karmiloff-Smith (1992), das um die Phasen des frühen Spracherwerbs erweitert wurde. In vier Phasen eingeteilt beschreibt das Modell den typischen Spracherwerb vom (1) vorsymbolischen Handeln über (2) das implizite Symbolwissen und (3) das implizite Sprachwissen bis (4) zum expliziten Sprachwissen.

Karmiloff-Smiths Grundannahme lautet, dass beim Spracherwerb Phasen des quantitativen Hinzulernens mit Zeiten qualitativer Umbrüche abwechseln. Während das Kind also manchmal nur mehr desselben hinzulernt (z. B. beim Wortschatzaufbau), treten zu bestimm-

ten Zeitpunkten gravierende qualitative Veränderungen in den zugrunde liegenden Verarbeitungsprozessen und sprachlichen Repräsentationen auf. Prominentes Beispiel für einen solchen „mentalen Quantensprung“ ist der Erwerb des Wissens um Symbole und deren Gebrauch. Wenn die Kinder zu mentalen Repräsentationen in der Lage sind, erkennen sie, dass ein Zeichen für etwas zu Bezeichnendes stehen kann. Mit der Fähigkeit, Symbole – welcher Art auch immer – zu nutzen, erweitert sich schlagartig das Kommunikationsrepertoire der Kinder.

Die sprachlichen Repräsentationen der Kinder, also die geistigen Abbilder der Welt und die mentalen Operationen, kann man nicht direkt messen oder beobachten. Man kann nur Rückschlüsse auf diese ziehen, wenn man das beobachtbare Verhalten analysiert und interpretiert.

Das Ziel der entwicklungsorientierten Diagnostik besteht nun darin, das beobachtbare sprachliche Verhalten des Kindes so präzise zu erfassen, dass der kindliche Entwicklungsstand im theoretischen Rahmenmodell abgelesen werden kann: An welchem Punkt im Spracherwerbsprozess befindet sich das Kind? Und worin besteht die nächste Entwicklungsaufgabe? (Für eine ausführliche Erläuterung des Modells s. Aktas, 2012).

4 Der diagnostische Leitfaden

4.1 Standardisierte Tests bei Kindern mit geistiger Behinderung

Doch welche der verfügbaren diagnostischen Verfahren sind für eine solche entwicklungsorientierte Diagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung geeignet?

Prinzipiell ist kein verfügbares Mittel per se auszuschließen. Eine Entwicklungsdiagnostik stellt sich stets als eine Art Puzzle dar, in das Informationen aus unterschiedlichen Quellen einzufügen sind. Den-

noch gilt für die (sprach-)psychologische Diagnostik, dass nicht umsonst Qualitätsstandards gefordert und Gütekriterien formuliert worden sind. Man darf sich nicht ausschließlich auf eine subjektive, erfahrungsbasierte und eher intuitive Diagnostik stützen. Vielmehr gilt, dass standardisierte Verfahren (seien es standardisierte Fragebögen, standardisierte Beobachtungssituationen oder standardisierte Testverfahren) auch bei Kindern mit geistiger Behinderung ihren Platz in der Diagnostik haben müssen, da sie eine Reihe von Vorteilen bieten. So wird unter anderem durch die Standardisierung die Objektivität einer diagnostischen Aussage erhöht, weil die Gefahr von Beurteilungsfehlern minimiert wird. Folglich können zuverlässiger inter- und intra-individuelle Vergleiche gezogen werden.

Psychologische Testverfahren gelten als Prototyp standardisierter Verfahren. Nicht nur die Erfahrung (z. B. Liehs & Marks, 2014), sondern auch Studien haben gezeigt, dass standardisierte Sprachtests bei Kindern mit geistiger Behinderung ein wichtiges Element im diagnostischen Prozess sind und gewinnbringend eingesetzt werden können (z. B. Müller, 2013; Süß-Burghard, 2003). Dabei sind allerdings eine Reihe von Besonderheiten zu beachten:

Zunächst lässt sich feststellen, dass – obwohl kein Verfahren grundsätzlich auszuschließen ist – nicht alle Tests gleichermaßen gut für die Diagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung geeignet sind. Tatsächlich werden Tests benötigt, die ein breites Schwierigkeitsspektrum abdecken: Vorsprachliche, vorsymbolische Fähigkeiten müssen genauso erfasst werden wie komplexe grammatische Konstruktionen. Da vor der Erstvorstellung eines Kindes häufig nicht prognostiziert werden kann, auf welchem Fähigkeitsniveau es sich bewegt, muss der/die DiagnostikerIn in der Untersuchungssituation gegebenenfalls spontan den Schwierigkeitsgrad der Aufgaben an die Fähigkeiten des Kindes anpassen können. Adaptiv zu testen bedeutet in diesem Zusammenhang, jeweils Aufgaben in einer Schwierigkeit vorzugeben, die das Kind gerade noch lösen kann. So wird das Kind weder über- noch unterfordert. Im Idealfall ist zudem das Material kindgerecht und ansprechend gestaltet, so dass das Kind intrinsisch

motiviert ist, (sprachlich) darauf zu reagieren. Einfach gehaltene Instruktionen sind ebenfalls sinnvoll.

4.2 Die verwendeten Verfahren SETK-2, SETK 3-5, ELFRA

Ein Beispiel für optimal aufeinander abgestimmte Instrumente sind die Sprachentwicklungstests für zweijährige und drei- bis fünfjährige Kinder (SETK-2, Grimm, 2000 und SETK 3-5, Grimm, 2001) in Kombination mit den Elternfragebögen zur Früherkennung von Risikokindern (ELFRA, Grimm & Doil, 2006). (Grundsätzlich sind auch andere Testverfahren einsetzbar, wenn sie die o. g. Kriterien erfüllen, vgl. z. B. Paulousek, 2005 zum Einsatz der Patholinguistischen Diagnostik, Kauschke & Siegmüller, 2002.)

Der Vorteil der genannten Verfahren besteht darin, dass sie sowohl konzeptuell als auch die Operationalisierung betreffend aus einem Guss sind: Die Aufgabenschwierigkeiten decken den Altersbereich von 12 Monaten bis 5;11 Jahren im typischen Spracherwerb ab und erfassen sowohl die sprachlichen Vorläuferfähigkeiten als auch das Sprachverständnis, die Sprachproduktion und das Gedächtnis für Sprache. Über die Funktionsbereiche hinweg steigen die Anforderungen an die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes sukzessive an. So werden zur Einschätzung des Sprachverständnisses zunächst die Eltern nach den kindlichen Reaktionen auf Sprache befragt und sie werden gebeten, den rezeptiven Wortschatz einzuschätzen. Dem Kind selbst werden Aufgaben zur Prüfung des Wort- sowie des Satzverständnisses vorgegeben, die in der Schwierigkeit graduell ansteigen. Da es zum Teil Schnittmengen zwischen Items gibt, kann ein gemeinsamer Protokollbogen erstellt werden, mit dem alle Aufgaben des SETK-2 und des SETK 3-5 in einer gemeinsamen Schwierigkeitsabfolge dargeboten werden.

4.3 Der Einstieg in den diagnostischen Prozess

Da weder das Lebensalter noch das MA eines Kindes zuverlässig vorhersagen, über welche sprachlichen Fähigkeiten ein Kind mit geistiger Behinderung verfügt, fehlt bei der Eingangsdiagnostik oft ein guter Einstieg in den diagnostischen Prozess. Beginne ich mit leichten Aufgaben und steigere die Schwierigkeit? Oder gehe ich umgekehrt vor?

Die Daten der Kinder mit Down-Syndrom aus meiner Untersuchungsstichprobe haben hier eine empirische Antwort geliefert: Bei den statistischen Analysen stellte sich das Ergebnis im Wortschatztest (Produktion I: Wörter, SETK-2) als bester Einstieg in den diagnostischen Prozess heraus. (Das ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass der Größe des produktiven Wortschatzes auch bei der Identifikation von Late Talkern eine Markerfunktion zukommt).

Der diagnostische Leitfaden beginnt daher mit dem Wortschatztest aus dem SETK-2. Darin werden 30 Objekte bzw. Bildkarten gezeigt, die das Kind benennen soll. Kombinierte man in meiner Stichprobe die Punktzahl im Wortschatztest mit der Elternauskunft zum produktiven Wortschatz (Wortschatzliste, ELFRA-2), so ließen sich drei Gruppen von Kindern bilden (Aktas, 2004):

Gruppe I

Die *überwiegend noch vorsprachlich kommunizierenden Kinder* sprachen laut Elternauskunft weniger als 50 Wörter und benannten im Test so gut wie keine Bilder.

Gruppe II

Die *beginnend sprachlich kommunizierenden Kinder* sprachen laut Elternauskunft mehr als 50 Wörter und erzielten im Testergebnis einen Rohwert unter 20 Punkten, der etwa dem entspricht, was zweieinhalbjährige typisch entwickelte Kinder zeigen.

Gruppe III

Die *verbal-sprachlich kommunizierenden Kinder* konnten im Wortschatztest mehr als 20 Objekte korrekt benennen.

Für jede der drei Gruppen ließ sich dann anhand der Daten und mit Blick auf das Entwicklungsmodell ermitteln, auf welche sprachlichen bzw. vorsprachlichen Fähigkeiten nun die diagnostische Lupe genauer gerichtet werden muss.

Beispielhaft seien hier die Kinder der Gruppe I genannt (vgl. Tabelle 1): Diese Kinder kommunizieren überwiegend noch vorsprachlich. In unserem Modell würde dieses den Entwicklungsphasen 1 (vorsymbolisches Handeln) bzw. 2 (implizites Symbolwissen) entsprechen. Aber wo genau sind die Kinder zu verorten?

Um diese Frage zu klären, müssen bei ihnen im zweiten Schritt das Sprachverständnis und die Frage, ob sie bereits mit Symbolen (z. B. Gesten) kommunizieren, in den Fokus der weiteren Diagnostik gerückt werden.

Tabelle 1

Weiteres diagnostisches Vorgehen bei Kindern der Gruppe 1

Überwiegend vorsprachlich kommunizierende Kinder	
Sprachtest (SETK-2): • Verstehen I: Wörter • Verstehen II: Sätze	Elternfragebogen (ELFRA): • Rezeptiver Wortschatz • Produktion von Lauten und Sprache • Gesten
Qualitative Analyse: • Produktion I: Wörter	Beobachtungen: • Intentionales Verhalten • Joint Attention • Blickverhalten • Symbolgebrauch

Sinnvolle diagnostische Verfahren und Methoden für dieses Fähigkeitsniveau sind z. B. folgende: Die beiden Verstehenstests aus dem Sprachtest für Zweijährige (SETK-2), die qualitative Analyse des Wortschatztests (s. unten), weitere vorsprachliche Skalen aus dem ELFRA (ELFRA-1 für 12 Monate alte typisch entwickelte Kinder) und

die gezielte Analyse weiterer Vorläuferfähigkeiten wie intentionales Verhalten, Joint Attention, Blickverhalten oder Symbolgebrauch in anderen Kontexten. Bei stark entwicklungsverzögerten Kindern, die noch ganz am Anfang des Spracherwerbs stehen, sind hierzu beispielsweise Gesprächsleitfäden bzw. Elternfragebögen geeignet, mit denen der Gebrauch vorsprachlicher und vorsymbolischer Mittel noch differenzierter und kleinschrittiger betrachtet werden kann (z. B. Sarimski, 2001; „Komm!-Bogen“, Müller, 2013). Hier gilt es, den Leitfäden also mit weiteren Verfahren zu ergänzen.

5 Besonderheiten bei der Testdurchführung

Testen heißt, ein standardisiertes Vorgehen exakt einzuhalten, also identische Bedingungen für alle Kinder zu schaffen, indem die wörtlichen Instruktionen und das vorgegebene Material verwendet werden und nicht die kleinste Veränderung vorgenommen wird.

Bei Kindern mit geistiger Behinderung muss man jedoch mitunter Anpassungen vornehmen. Entscheidend dabei ist, dass man sehr gut dokumentiert, was abgeändert wurde, um es bei der Interpretation der Ergebnisse angemessen berücksichtigen zu können. Dann – und das ist der schwierigere Part – ist zu entscheiden, ob es sich um eine relativ unproblematische Veränderung handelt oder ob es eine Abweichung ist, die die Aufgabenschwierigkeit verändert. Doch was ist hiermit gemeint?

Manche Anpassungen der Instruktion helfen Kindern mit geistiger Behinderung, die generelle Aufgabenstellung besser zu verstehen: Wenn man langsamer spricht, kommt man beispielsweise der verlangsamten Informationsverarbeitung der Kinder entgegen. Unterstreicht man die Instruktionen mimisch und gestisch stärker als sonst, erleichtert man dem Kind ebenfalls das Aufgabenverständnis. Auch sollte man dem Kind mehr Zeit zum Agieren und Reagieren lassen als üblich. Schließlich darf man ruhig mehr allgemein motivierende Nachfragen stellen als sonst notwendig sind (z. B. „Na, probier

ruhig mal.“, „Was meinst Du?“). All diese Änderungen sind vergleichsweise unproblematische Verletzungen der Standardisierung: Kein Kind wird einen Satz besser nachsprechen können, wenn ich z. B. mit einer Zeigegeste das Turn-Taking untermale („Erst ich, dann du“).

Sehr wohl erleichtern würde man das Nachsprechen eines Satzes aber, wenn man das Item selbst wiederholte. Im Klartext: Verstehens- und Gedächtnisaufgaben dürfen weder wiederholt, noch im Tempo variiert oder in der Betonung geändert werden. Jede Veränderung, die wie diese Beispiele zu einer Veränderung der Aufgabenschwierigkeit führt, verletzt die Standardisierung in gravierendem Maße und ist daher nicht zulässig.

Da es oft nicht leicht zu entscheiden ist, ob eine Veränderung die Standardisierung bedeutsam verletzt oder nicht, sollte man wirklich nur im äußersten Notfall von den Vorgaben im Testmanual abweichen.

6 Besonderheiten bei der Testauswertung und Interpretation

Üblicherweise wählt man bei einem vierjährigen Kind einen Test für Vierjährige, ermittelt den Rohwert und sucht den entsprechenden Normwert aus den Tabellen für Vierjährige heraus. Danach wird beurteilt, ob das Kind im Test unterdurchschnittlich, durchschnittlich oder überdurchschnittlich abgeschnitten hat.

Diese normorientierte Auswertung kann bei Kindern mit einer geistigen Behinderung im Prinzip genauso durchgeführt werden. Allerdings hält sich die Aussagekraft des Testergebnisses dann in Grenzen: In der überwiegenden Zahl der Fälle wird man nämlich nur feststellen können, dass das Kind mit geistiger Behinderung die Aufgaben weit unterdurchschnittlich gelöst hat. Das weiß man in der Regel bereits ohne Test.

Allerdings hat sich bei den untersuchten Kindern mit Down-Syndrom eine Umkehrung der Logik bewährt. Statt für einen Rohwert den Normwert in der entsprechenden Alterstabelle zu ermitteln, schlägt man den jeweiligen Rohwert in allen verfügbaren Alterstabellen nach. So lässt sich der Altersbereich ermitteln, in dem der Rohwert einem Normwert im Normalbereich entsprechen würde. Auf diese Weise kann man ein ungefähres sprachliches Entwicklungsalter bestimmen. Eine mögliche Aussage wäre dann z. B.: Das Sprachverständnis des siebenjährigen Kindes mit einer geistigen Behinderung liegt in etwa im Bereich dessen, was typisch entwickelte drei- bis dreieinhalbjährige Kinder verstehen. Dieses sprachliche Entwicklungsalter lässt sich Eltern und anderen Fachleuten gut berichten.

Viel wichtiger ist bei Kindern mit geistiger Behinderung allerdings die zweite Auswertungsmöglichkeit eines standardisierten Tests, nämlich die qualitative, theoriegeleitete Auswertung.

Ausgangspunkt für diese Auswertung ist ebenfalls die Testdurchführung. Allerdings interessieren nun nicht die Testergebnisse, wie sie laut Testmanual zu bewerten wären. Vielmehr wird die Testsituation als *standardisierte Beobachtungssituation* genutzt.

Zeichnet man den Wortschatz- und den Satzproduktionstest auf Video auf, kann später gezielt analysiert werden, welche kommunikativen Verhaltensweisen und Lösungsversuche das Kind gezeigt hat. Welche Fähigkeiten genau analysiert werden, hängt davon ab, auf welche Bereiche laut Leitfaden die diagnostische Lupe gerichtet werden muss. So ist bei Kindern der Gruppe I (überwiegend vorsprachlich kommunizierend) z. B. wichtig zu prüfen, welche Kommunikationsmittel das Kind verwendet: Gebärdet es? Wie setzt es seinen Blick ein? Ahmt es Laute oder Geräusche nach?

Bei den Kindern der Gruppen II und III, die schon stärker sprachlich kommunizieren, können die wörtlichen Antworten bei allen Subtests qualitativ ausgewertet werden. So geben Fehleranalysen z. B. Hinweise auf den Regelerwerb (wie Übergeneralisierung, Verbstellung) und Antwortmuster weisen auf Verarbeitungsstrategien hin.

Das Ziel jeglicher qualitativer Analyse ist die Einordnung des Kindes in das Entwicklungsmodell.

7 Behinderungstypische Barrieren beim Spracherwerb

Zum Schluss möchte ich noch auf die behinderungsspezifischen Barrieren für den Spracherwerb eingehen, die sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Förderplanung zu berücksichtigen sind. Diese Besonderheiten unterscheiden sich von Syndrom zu Syndrom mitunter erheblich und lassen sich nicht kurz zusammenfassen (vgl. Sarimski, 2014). Das liegt an der Vielzahl der Fähigkeiten, die beim Spracherwerb zusammenwirken (vgl. Abbildung 1). Hat ein Kind nur in einem oder wenigen Bereichen eine Schwäche, kann dies möglicherweise noch gut kompensiert werden. Sobald jedoch Probleme in verschiedenen Bereichen oder sehr gravierende Beeinträchtigungen vorliegen, sind in der Regel Spracherwerbsprobleme die Folge.

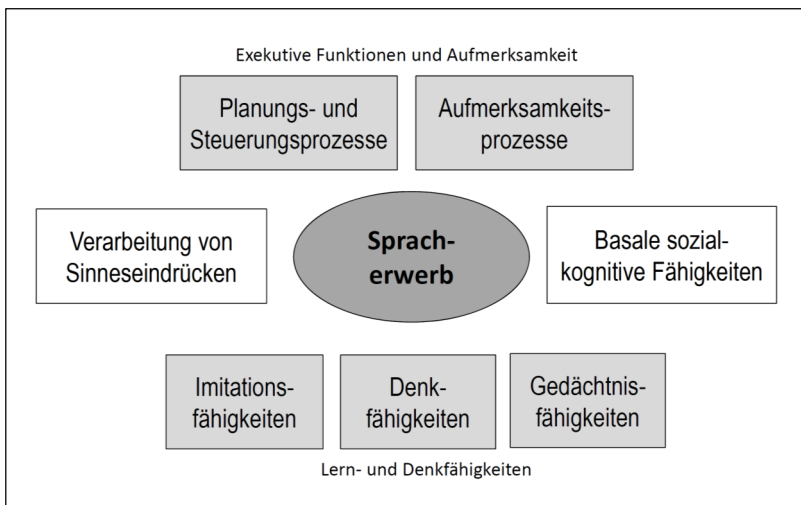


Abbildung 1. Sprachrelevante Fähigkeiten (verändert nach Aktas, 2012)

Zu den nicht-sprachlichen (kognitiven) Fähigkeiten, die für den Spracherwerb relevant sind, gehört zum einen die schnelle und präzise Verarbeitung von Sinneseindrücken, das gilt insbesondere für auditive Informationen (z. B. Differenzierung lautlicher Kontraste, Sensibilität für Prosodie). Weiterhin sind Planungs- und Steuerungsprozesse notwendig (z. B. zur zentralen Planung von Sprechbewegungen, Impulskontrolle, Selbstkorrektur), insbesondere die Steuerung der Aufmerksamkeit (z. B. selektive Aufmerksamkeit, Blicksteuerung) ist wichtig. Im Bereich der Lern- und Denkfähigkeiten spielen beispielsweise Imitationsfähigkeiten (Sprachlaute, Mimik und Gestik) sowie Gedächtnisfähigkeiten (u. a. das phonologische Arbeitsgedächtnis) beim Spracherwerb eine zentrale Rolle und schließlich benötigt das Kind basale sozial-kognitive Fähigkeiten.

Bei Kindern mit einer geistigen Behinderung sind per definitionem die Lern- und Denkfähigkeiten in besonderem Maße beeinträchtigt. Je nach Syndrom können jedoch auch Schwierigkeiten in anderen Bereichen typisch sein (z. B. Beeinträchtigung der sozial-kognitiven Fähigkeiten bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen, Schwächen bei der Steuerung der Aufmerksamkeit bei Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom oder Fragilem-X-Syndrom). Auch die relativen Stärken von Kindern, die als Ressourcen in der Förderung genutzt werden können, unterscheiden sich von Syndrom zu Syndrom.

Wichtig ist allerdings zu betonen, dass diese Auffälligkeiten lediglich *syndromtypisch* sind. Beim einzelnen Kind kann das Entwicklungsprofil der Stärken und Schwächen ganz anders aussehen.

8 Fazit: Erforderliches Handwerkszeug für die Sprachdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung

Für eine entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik benötigen DiagnostikerInnen also folgende Kompetenzen:

- gute Kenntnisse über den typischen Verlauf der Sprachentwicklung
- gute Kenntnisse über die jeweiligen syndrom- bzw. behinderungstypischen Besonderheiten – sprachlich, kognitiv, verhaltensbezogen
- ein breites Methodenrepertoire bzw. ein diagnostisches Konzept

Für das praktische Vorgehen bedeutet das, dass zunächst eine gezielte Anamnese durchgeführt werden muss. Über die übliche Basisanamnese hinaus muss dazu in bestimmten Bereichen – je nach Phase im Modell – spezifisch nachgefragt werden. Weiterhin müssen existierende Vorbefunde eingefordert und gezielt analysiert werden (z. B. Gutachten über eine entwicklungs- oder intelligenzpsychologische Diagnostik, medizinische Vorbefunde, organisch-motorische Barrieren für den Spracherwerb). Ein allgemeiner Intelligenzquotient oder ein globales Entwicklungsalter reichen als Information nicht aus, vielmehr muss das Profil der Stärken und Schwächen in den kognitiven (sprachrelevanten) Fähigkeiten ablesbar sein. Im Zweifelsfall – und wenn möglich – sollte eine solche Diagnostik eingeholt werden. Schließlich muss das Umfeld einbezogen werden, um dessen Ressourcen – mit Blick auf die Förderplanung – abschätzen zu können (vgl. Giel, in diesem Band). Schließlich werden die einzelnen Informationsbausteine (Ergebnisse der entwicklungsorientierten Sprachdiagnostik, nicht-sprachliche Stärken und Schwächen, medizinische Informationen, Umfeldfaktoren) in das diagnostische Puzzle eingefügt. Damit ist die Basis für eine passgenaue Therapie gelegt.

Ich komme am Schluss zur Eingangsfrage zurück: Muss ein Kind mit einer geistigen Behinderung „besonders“ diagnostiziert werden? Die Antwort lautet: Nein – nicht „besonders“. Aber *konsequent entwicklungsorientiert* (wie alle Kinder) und *besonders maßgeschneidert*.

9 Literatur

- Aksu, F. (2011). *Neuropädiatrie. Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. Bremen: Uni-Med.
- Aktas, M. (2004). *Sprachentwicklungsdiagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom. Entwicklung eines diagnostischen Leitfadens zum theoriegeleiteten Einsatz standardisierter Verfahren*. Universität Bielefeld: Dissertation im Fachbereich Psychologie. Zugriff am 16.03.2015: <http://pub.uni-bielefeld.de/publication/2302157>
- Aktas, M. (Hrsg.). (2012). *Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik und -förderung bei Kindern mit geistiger Behinderung: Theorie und Praxis*. München: Elsevier.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Grimm, H. (unter Mitarbeit von M. Aktas und S. Frevert). (2000). *SETK-2. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (unter Mitarbeit von M. Aktas und S. Frevert). (2001). *SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2006). *Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA-1, ELFRA-2)*. Zweite und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Häcker, H., Leutner, D. & Amelang, M. (1998). Standards für pädagogisches und psychologisches Testen. *Diagnostica*, Supplement 1.
- Karmiloff-Smith, A. (1992). *Beyond Modularity: A Developmental Perspective on Cognitive Science*. Cambridge: MIT Press.

- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2002). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Urban und Fischer.
- Liehs, A. & Marks, D.-K. (2014). Spezifische Sprachdiagnostik bei UK-NutzerInnen – Gewusst wie?! *LOGOS, 22*, 208–215.
- Müller, C. (2013). *Entwicklungsorientierte Diagnostik und Förderung von Kommunikation und Sprache bei minimal verbalen Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung*. Dissertation im Fachbereich Linguistik und Literaturwissenschaft an der Universität Bielefeld.
Zugriff am 16.03.2015: <http://pub.uni-bielefeld.de/publication/2687112>
- Paulousek, D. (2005). *Möglichkeiten der Sprachentwicklungsdiagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom – Fallgestützter Vergleich und Erprobung unterschiedlicher Diagnoseverfahren*. Unveröffentlichte Magisterarbeit im Fach Klinische Linguistik, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft, Universität Bielefeld.
- Sarimski, K. (2001). *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2014). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome*. (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Süß-Burghard, H. (2003). Der Sprachtest SETK-2 in der Anwendung bei entwicklungsauffälligen und geistig behinderten Kindern und im Vergleich mit der MFED 2/3. *Frühförderung Interdisziplinär, 22*, 79–85.

Kontakt

Maren Aktas

m.aktas@bielefelder-institut.de