

REDEFLUSSKompass

Version 2.0

Teilevaluation des Redeflusskompasses

Untersuchung der Gütekriterien Validität und
Reliabilität anhand der Kontrollgruppe

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Departement 2: Pädagogisch-therapeutische Berufe

Abteilung Logopädie

Studiengang 2009/2012

Bachelorarbeit

Eingereicht von

Melanie Müller und Silvia Staub

Begleitung: Dipl. Psych. Jürgen Kohler

HfH

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Zürich, im März 2012

Abstract

Die Bachelorarbeit wurde im Rahmen des Forschungsprojektes „D.14 Empirische Absicherung des Redeflusskompass (2009-2012)“ an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich verfasst. Als Beitrag zur ganzheitlichen Evaluation des Redeflusskompasses befasst sie sich mit der Überprüfung der Gütekriterien Validität und Reliabilität. Folgende zwei Fragestellungen leiteten durch die Untersuchung:

- *Stimmen die Ergebnisse des Redeflusskompasses mit den bereits bestehenden sprachentwicklungsspezifischen Diagnosen von Kindern der Kontrollgruppe in der Tatsache überein, dass diese keine Anzeichen auf eine Sprechunflüssigkeit aufweisen?*
- *Resultieren bei der Retestung des Redeflusskompasses bei Kindern der Kontrollgruppe dieselben Ergebnisse wie bei der Ersttestung?*

Der Redeflusskompass wurde mit 30 Kindern der Kontrollgruppe durchgeführt. Die Daten wurden mit den Methoden Beobachtung und Befragung erhoben. Die Untersuchung der Validität zeigte, dass 93% der Diagnosen mit den Resultaten des Redeflusskompasses übereinstimmten. Die Resultate der Reliabilität ergaben eine Korrelation von 0.83, was als gut erachtet werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Einleitung	2
1.1 <i>Begründung der Themenwahl</i>	2
1.2 <i>Struktur der Arbeit</i>	2
2 Theorie	4
2.1 <i>Redeflusskompass</i>	4
2.1.1 <i>Aufbau</i>	4
2.1.2 <i>Auswertung</i>	5
2.2 <i>Stottern im Kindesalter</i>	5
2.2.1 <i>Entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten</i>	5
2.2.1.1 <i>Symptomatik</i>	6
2.2.2 <i>Beginnendes Stottern</i>	7
2.2.2.1 <i>Symptomatik</i>	8
2.2.2.2 <i>Teilwortwiederholungen</i>	9
2.2.2.3 <i>Dehnungen</i>	9
2.2.2.4 <i>Blockierungen</i>	9
2.2.3 <i>Manifestes Stottern</i>	9
2.2.3.1 <i>Symptomatik</i>	10
2.2.4 <i>Abgrenzung symptomatische und funktionelle Unflüssigkeiten</i>	10
2.3 <i>Prävention</i>	10
2.3.1 <i>Prävention von Redeflussstörungen</i>	11
2.3.1.1 <i>Primäre Prävention</i>	11
2.3.1.2 <i>Sekundäre Prävention</i>	11
2.3.1.3 <i>Tertiäre Prävention</i>	11
2.4 <i>Evaluationsforschung</i>	11
2.4.1 <i>Validität</i>	12
2.4.1.1 <i>Kriteriumsvalidität</i>	12
2.4.1.2 <i>Validitätsanforderungen</i>	12
2.4.2 <i>Reliabilität</i>	12
2.4.2.1 <i>Retestreliabilität</i>	12
2.4.2.2 <i>Reliabilitätsanforderungen</i>	13
2.5 <i>Herleitung der Forschungsfrage</i>	13
3 Methode	15

3.1	<i>Forschungsmethode</i>	15
3.1.1	Die Befragung	15
3.1.2	Die Beobachtung	15
3.1.3	Messung der Kriteriumsvalidität.....	16
3.1.4	Messung der Retestrelabilität	16
3.2	<i>Instrumente für die Datenerhebung</i>	16
3.3	<i>Stichprobenkonstruktion</i>	17
3.4	<i>Beschreibung der Durchführung</i>	17
3.4.1	Bemerkungen zur Durchführung.....	17
3.5	<i>Datenanalyse und -aufarbeitung</i>	18
3.5.1	Hypothese 1	18
3.5.2	Hypothese 2.....	20
4	Ergebnisse	22
4.1	<i>Hypothese 1</i>	22
4.1.1	Interpretation der Ergebnisse	23
4.2	<i>Hypothese 2</i>	25
4.2.1	Interpretation der Ergebnisse	26
5	Diskussion	28
5.1	<i>Schlussfolgerung für die pädagogische Praxis</i>	28
5.2	<i>Kritische Reflexion der Untersuchung</i>	28
5.3	<i>Ausblick</i>	29
	Literaturverzeichnis	30
	Anhang	31

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gegenüberstellung entwicklungsbedingter Unflüssigkeiten und beginnendes Stottern	8
Abb. 2: Vergleich zwischen der Empfehlung der Ersttestung und den bestehenden Diagnosen	22
Abb. 3: Total Punkte bei der Erst- und der Retestung	25
Abb. 4: Empfohlenes, weiteres Vorgehen bei der Erst- und der Retestung	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnose aufgrund Sprachentwicklungstests	19
Tabelle 2: Diagnose aufgrund Spontanspracherhebung	19
Tabelle 3: Empfohlenes, weiteres Vorgehen der Ersttestung	20
Tabelle 4: Total Punkte der Ersttestung	20
Tabelle 5: Total Punkte der Retestung	21
Tabelle 6: Korrelation der Resultate von Erst- und Retestung	21

Vorwort

Unsere Bachelorarbeit fand im Rahmen des Projekts „D.14 Empirische Absicherung des Redeflusskompass (2009-2012)“ unter der Leitung von Jürgen Kohler an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik statt. Da der Redeflusskompass verspricht, ein niederschwelliges und zeitsparendes Instrument zu sein, soll er in seiner Validität, Reliabilität und Objektivität sowie in seiner Verwendbarkeit und Ökonomie empirisch erfasst werden (vgl. KOHLER, 2009A). In unserer Bachelorarbeit konzentrieren wir uns auf die Validität und die Reliabilität des Redeflusskompasses. Dazu haben wir den Redeflusskompass in einer Zeitspanne von drei Monaten (Oktober bis Dezember 2011) an Kindern im deutschsprachigen Raum der Schweiz selbst durchgeführt oder von Logopädinnen und Logopäden durchführen lassen, die von uns genau instruiert wurden. Die Daten, welche durch die Durchführungen erhoben wurden, werteten wir aus, um eine Aussage bezüglich der Validität und der Reliabilität machen zu können.

Wir möchten folgenden Personen, die zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben, unseren Dank aussprechen: Jürgen Kohler für die Betreuung und Unterstützung, die er uns jederzeit entgegenbrachte, dem gesamten Forschungsteam für die Kooperationsbereitschaft, Martin Venetz für die Einführung und Beratung der methodischen Vorgehensweise zur Analyse der erhobenen Daten, allen Logopädinnen und Logopäden sowie den Kindern und ihren Bezugspersonen, die sich für die Durchführung des Redeflusskompasses bereit erklärt haben. Ebenfalls danken möchten wir all jenen Personen, die sich Zeit genommen haben, unsere Arbeit durchzulesen und kritisch zu begutachten.

Beim Durchlesen dieser Arbeit gilt Folgendes zu beachten:

- Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit verwenden wir stets die weibliche Form der Logopädin. Damit ist jeweils auch das männliche Geschlecht gemeint.
- Zahlen werden jeweils auf die zweite Dezimalstelle gerundet.

1 Einleitung

1.1 Begründung der Themenwahl

Im Laufe unseres Studiums werden wir immer wieder mit dem Thema der Sprechunflüssigkeit konfrontiert. Die Module „Störungen der Rede 1 & 2“ bereiten uns auf die zukünftige Arbeit mit Menschen mit Verdacht auf eine Sprechunflüssigkeit oder mit der Diagnose Sprechunflüssigkeit vor. Als es um die Wahl des Themas für die Bachelorarbeit ging, haben wir uns für die Thematik des Stotterns entschieden, da wir uns bereits während der Vorlesungen sehr für dieses Gebiet interessierten. Durch Jürgen Kohler, Dozent im Bereich Logopädie des Departements der pädagogisch-therapeutischen Berufe der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich, erfuhren wir vom Forschungsprojekt, welches sich mit der Evaluation des Redeflusskompasses beschäftigt. Der Redeflusskompass ist ein Screeningverfahren und dient als Entscheidungshilfe für einen allfälligen Abklärungs- und Beratungsbedarf bezüglich Sprechunflüssigkeiten bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren. Das Ziel des gesamten Forschungsprojekts ist es, den Redeflusskompass ganzheitlich zu evaluieren. Um den Umfang unserer Arbeit nicht zu sprengen, übernehmen wir eine Teilevaluation des Projekts. Durch unsere Untersuchung möchten wir in Erfahrung bringen, ob der Redeflusskompass als Screeningverfahren bezüglich der Gütekriterien Validität und Reliabilität geeignet ist.

Um die Validität zu untersuchen, vergleichen wir den Redeflusskompass mit bereits bestehenden sprachentwicklungsspezifischen Diagnosen von Kindern zwischen zwei und sechs Jahren, welche keinen Verdacht auf eine Sprechunflüssigkeit aufweisen. Wir untersuchen, ob der Redeflusskompass die Diagnosen der Kinder bezüglich des Redeflusses bestätigt. Um die Reliabilität zu überprüfen, wenden wir die Retestmethode an. Hierzu überprüfen wir, ob sich bei einer Retestung, also „Wieder-Testung“ des Redeflusskompasses, dieselben Resultate wie bei der Ersttestung ergeben. Auf die Begriffe Validität, Reliabilität und Retestmethode wird im Kapitel 2.4 genauer eingegangen.

1.2 Struktur der Arbeit

Unsere Arbeit ist folgendermassen aufgebaut: Um wichtige Begriffe zu klären und eine theoretische Grundlage zu erschaffen, erläutern wir im theoretischen Teil die relevanten Themengebiete unserer Arbeit. Dies sind der Redeflusskompass (2.1), Stottern im Kindesalter (2.2), die Prävention von Redeflussstörungen (2.3) sowie die Evaluationsforschung (2.4). Gestützt auf den theoretischen Hintergrund beschreiben wir die Herleitung unserer Frage-

stellung (2.5). In Kapitel 3, Methode, nennen und erläutern wir die gewählte Forschungsstrategie und -methode (3.1). Wir beschreiben, wie wir die Datenerhebung durchführen und halten die erhobenen Daten fest (3.2-3.5). Im darauf folgenden Kapitel 4, Ergebnisse, erläutern und analysieren wir die erhaltenen Resultate. Diese vergleichen wir mit unserer Fragestellung, beantworten diese und bestätigen oder widerlegen unsere Hypothesen. In Kapitel 5, Diskussion, halten wir die wichtigsten Erkenntnisse sowie mögliche Schlussfolgerungen für die pädagogische Praxis fest und geben einen Ausblick, wie man dieses Themengebiet noch weiter erforschen und entwickeln könnte.

2 Theorie

2.1 Redeflusskompass

Der im Folgenden beschriebene Redeflusskompass ist im Anhang (Kapitel I) ersichtlich. Der Redeflusskompass ist ein Screeningverfahren, das ursprünglich für Pädikerinnen und Pädiker konzipiert wurde, um diesen als Entscheidungshilfe für einen allfälligen Abklärungs- und Beratungsbedarf bei Sprechunflüssigkeit für Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren zu dienen. Die Früherfassung ist ein wesentlicher Faktor, um präventiv gegen Sprechunflüssigkeiten bei Kindern vorzugehen. Das Instrument wurde 2008 im Rahmen des Forschungsprojektes PSI (unter der Leitung von J. Steiner und W. Braun) von U. Baumann, M. Boltshauser und W. Braun an der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik entwickelt. Ergebnisse einer Untersuchung innerhalb des Projekts „D.14“ haben gezeigt, dass auch andere Berufsgruppen auf den Redeflusskompass zurückgreifen. Daher wurde das Instrument 2011 optimiert und ist in seiner Version 2.0 (Braun, Baumann & Boltshauser, 2011) auch für Fachleute im pädagogisch-therapeutischen Berufsfeld anwendbar (vgl. KOHLER, 2009 B).

2.1.1 Aufbau

Der Redeflusskompass ist in drei Teile unterteilt. Der erste Teil besteht aus übergreifenden Faktoren, die für ein beginnendes Stottern sprechen können. Damit werden der Druck oder die Sorgen der Bezugspersonen angesprochen. Die Unsicherheiten der Bezugspersonen im Umgang mit Sprechunflüssigkeiten können für eine logopädische Beratung und Abklärung ausschlaggebend sein. Weitere Indikatoren für eine logopädische Intervention sind beobachtbare Anspannungen beim Sprechen des Kindes. Die übergreifenden Faktoren können jeweils mit „Ja“ (4 Punkte) oder „Nein“ (0 Punkte) beurteilt werden.

Der zweite Teil besteht aus 14 möglichen, beobachtbaren Symptomen, die von der Fachperson in Bezug auf das beobachtete Kind oder durch die Befragung der Bezugspersonen als zutreffend oder nicht zutreffend zu beurteilen sind. Zu den Beobachtungskriterien gehören die Art der Symptomatik, die Begleitsymptome, die bisherige Dauer der Symptomatik, der Verlauf und die Reaktionen des Kindes auf seine Sprechunflüssigkeiten. Die beobachtbaren Symptome können jeweils mit „Ja“ (1-2 Punkte) oder „Nein“ (0 Punkte) beurteilt werden.

Der dritte Teil beinhaltet weitere Faktoren, die eine Beratung oder Abklärung bekräftigen können. Unter anderem sind dies das Geschlecht des Kindes, die Tatsache darüber, ob ein weiteres Familienmitglied stottert und ein später Sprechbeginn. Da diese Faktoren nicht direkt beim Kind zu beobachten sind, müssen sie bei nahen Bezugspersonen des Kindes er-

fragt werden. Aufgrund des entscheidungsbegleitenden Charakters wird beim dritten Teil auf die Punktevergabe verzichtet (vgl. BRAUN ET AL., 2011).

2.1.2 Auswertung

Die Auswertung des Screenings entscheidet darüber, ob eine logopädische Beratung oder Abklärung erforderlich ist. Um den Redeflusskompass auszuwerten, müssen alle drei Teile berücksichtigt und beurteilt werden. Die Punkte der ersten beiden Teile werden addiert, um die Gesamtpunktzahl zu erhalten. Liegt diese bei 0, sind keine Massnahmen notwendig. Besteht die Gesamtpunktzahl aus 1-3 Punkten, wird eine sorgfältige Beobachtung der weiteren Entwicklung angeraten. Werden 4 Punkte gezählt, wird eine Weiterweisung an eine Fachperson empfohlen, damit eine Beratung und eine sprachdiagnostische Abklärung stattfinden können. Die zusätzlichen Faktoren im dritten Teil des Redeflusskompasses bekräftigen die Entscheidung für eine logopädische Beratung oder Abklärung. Jedoch reicht das alleinige Zutreffen einzelner Faktoren nicht aus, um eine logopädische Intervention zu empfehlen (vgl. BRAUN ET AL., 2011).

2.2 Stottern im Kindesalter

Im Verlauf der Sprachentwicklung kommen bei 80 Prozent aller Kinder Phasen vor, in denen sie unflüssig sprechen. Bei den meisten verschwinden diese Symptome jedoch nach einiger Zeit wieder. Diese entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten sind nicht mit beginnendem Stottern gleichzusetzen. Nur vier bis fünf Prozent aller Kinder zeigen Symptome von beginnendem Stottern (vgl. GROHNFELDT, 2007, S. 334). Bei diesen Kindern zeigen sich bei mindestens drei Prozent aller gesprochenen Silben stottertypische Symptome wie Laut- und Silbenwiederholungen, Dehnungen von Lauten und Blockierungen. Stottern beginnt typischerweise zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensjahr. Nach dem zwölften Lebensjahr wird generell kein Beginn des Stotterns mehr erwartet (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 2).

Der Redeflusskompass soll klären, ob es sich bei einem Kind um entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten oder um beginnendes Stottern handelt. Im Folgenden setzen wir uns mit diesen beiden Begriffen näher auseinander. Zur Begriffsklärung thematisieren wir ausserdem das manifeste oder chronische Stottern.

2.2.1 Entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten

Neben dem Begriff „entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten“ existiert eine Vielzahl von anderen Bezeichnungen. So etwa „altersgemässe Sprechunflüssigkeiten“, „funktionelle Un-

flüssigkeiten“, „Entwicklungsunflüssigkeiten“, „frühkindliche Sprechunflüssigkeiten“ oder „frühe Unflüssigkeiten“. Wir sprechen in unserer Arbeit von entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten, da im Redeflusskompass ebenfalls dieser Begriff verwendet wird. Kinder zeigen im Laufe der Sprachentwicklung häufig funktionelle Unflüssigkeiten in ihrer Sprachproduktion. Ein Kind, das sich in der Sprachentwicklung befindet, muss viele verschiedene Faktoren beachten. Es muss Einzelleistungen wie zum Beispiel Wortfindung, Satzplanung, artikulatorische Planung und die motorische Realisation koordinieren. Da diese Einzelleistungen noch nicht gefestigt sind, kann es zu Sprechunflüssigkeiten kommen (vgl. OCHSENKÜHN, THIEL & EWERBECK, 2010, S. 7). Das entwicklungsbedingte Stottern sollte nicht mehr als sechs Monate andauern (vgl. SIEGMÜLLER & BARTELS, 2006, S. 423).

2.2.1.1 Symptomatik

Beim entwicklungsbedingten Stottern zeigen sich Wiederholungen von Satzteilen und Wörtern. Diese sollten maximal zwei Mal vorkommen („*du, du, du bist...*“). Die Wiederholungen kommen pro 100 Wörter nicht mehr als sechs Mal vor. Interjektionen kommen vor, jedoch nicht mehr als drei pro 100 Wörter. Stille oder ungefüllte Pausen können zur Organisation der Äusserung vorkommen. Es zeigen sich vereinzelt spannungsfreie oder funktionelle Dehnungen, die weniger als eine Sekunde andauern. Unvollständige Sätze und Wörter treten im Sinne einer Revision auf, aber nicht mehr als drei Mal pro 100 Wörter. Beim entwicklungsbedingten Stottern sollten nicht mehr als drei der oben erwähnten Symptome vorkommen (vgl. OCHSENKÜHN ET AL., 2010, S. 8). Bei dieser Art von Sprechunflüssigkeit ist keine Begleitsymptomatik zu beobachten (vgl. SIEGMÜLLER & BARTELS, 2006, S. 423).

Nachfolgend wird auf die Symptomatik von funktionellen Sprechunflüssigkeiten genauer eingegangen.

Wiederholungen

Wiederholungen im Sinne der entwicklungsbedingten Unflüssigkeiten meinen Repetitionen von einem oder mehreren Wörtern. Diese Wiederholungen haben oftmals die Funktion, Zeit für die weitere Sprechplanung zu gewinnen (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 7).

Pausen

Es kann zwischen ungefüllten und gefüllten Pausen unterschieden werden. Ungefüllte Pausen werden als eine stumme Unterbrechung des Sprechflusses beschrieben. Die ungefüllten Pausen dienen gelegentlich dazu, den Rhythmus der Satzstruktur zu unterstützen oder einen darauffolgend wichtigen Begriff hervorzuheben und zu betonen. Da eine ungefüllte Pause bei einer Dauer von etwa einer Sekunde vom Zuhörer als unnatürliche Unterbrechung empfunden wird, wird vermutet, dass diese dann normalerweise in gefüllte Pausen übergehen.

Der Zuhörer erwartet eine bestimmte Dauer von ungefüllten Pausen. Wird diese Dauer überschritten, wird die Pause vom Zuhörer als Fehler in der Sprechplanung gewertet. Die Toleranz über die Dauer einer ungefüllten Pause scheint auch von kulturellen Einflüssen und vom Alter des Sprechers abhängig zu sein. Beispielsweise werden jüngeren Kindern längere Pausen zugestanden.

Gefüllte Pausen sind Pausen, in denen Geräusche und Interjektionen wie zum Beispiel „hmm...“ oder „äh...“ zu hören sind. Diese Art von Pausen hat die Funktion, dem Zuhörer zu signalisieren, dass der Sprecher seine Äusserung noch nicht beendet hat und nicht unterbrochen werden möchte. Ausserdem verschaffen sie dem Sprecher Zeit, den weiteren Sprechablauf zu planen (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 7).

Floskeln und Einschübe

Ähnlich wie die gefüllten Pausen geben Floskeln und Einschübe dem Sprecher die Möglichkeit, Zeit für die weitere Sprechplanung zu gewinnen, ohne unterbrochen zu werden. Inhaltlich vermitteln sie keine Bedeutung. Manchmal haben sie auch die Funktion, die Aufmerksamkeit des Zuhörers auf sich zu lenken („*nicht wahr?*“) oder einen Begriff zu ersetzen, bis er verbalisiert werden kann („*Gestern bin ich in dieses – Sie wissen schon – Restaurant gegangen.*“) (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 7).

Funktionelle Dehnungen

Funktionelle Dehnungen werden eingesetzt, um ein Wort zu betonen, und können innerhalb einer gefüllten Pause auftreten (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 7).

Satzabbrüche und Satzkorrekturen

Diese erfolgen dann, wenn der Sprecher sich während seiner Äusserung korrigieren will. Möchte der Sprecher seine Äusserung inhaltlich oder syntaktisch korrigieren, hat er die Möglichkeit, den begonnenen Satz abubrechen und/oder verändert weiterzuführen („*Dann sind wir – dann haben wir das Schiff genommen.*“) (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 7).

2.2.2 Beginnendes Stottern

Der Begriff beginnendes Stottern bezeichnet eine Phase, in der sich beim Kind sowohl Stottersymptome wie auch altersgemässe Unflüssigkeiten zeigen. Sie grenzt sich vom entwicklungsbedingten Stottern ab. Die Dauer ist sehr individuell. Die einen Kinder können sich sehr lange in dieser „Zwischenphase“ befinden, bei anderen zeigen sich relativ rasch eindeutige Stottersymptome. Es ist kein eindeutiger Beginn festlegbar. Bei den meisten Kindern entwickelt sich der Redefluss zunächst unauffällig, bis sie zu stottern beginnen. Es gibt jedoch auch Kinder, die schon beim ersten Wort stottern. Grundsätzlich gilt, je weiter ein Kind in der

Sprachentwicklung ist und je sicherer die erworbenen Fähigkeiten sind, desto unwahrscheinlicher ist es, dass es noch zu stottern beginnt (vgl. OCHSENKÜHN ET AL., 2010, S. 8).

Das Stottern beginnt meist im Vorschulalter, vor dem sechsten Lebensjahr. Dabei sind die meisten Anfänge zwischen dem zweiten und dritten sowie dem vierten und fünften Lebensjahr zu datieren. Wenn der Beginn deutlich nach dieser Einstufung liegt, das heisst nach dem zehnten Lebensjahr, können die altersgemässen Unflüssigkeiten durch eine Differenzialdiagnose vom Stottern abgegrenzt werden (vgl. GROHNFELDT, 2007, S. 334).

2.2.2.1 Symptomatik

Von beginnendem Stottern spricht man, wenn neben den Wort- und Silbenwiederholungen auch Lautwiederholungen und stumme Blockaden vorkommen. Bei Dehnungen ist eine Spannung bemerkbar und die Atmung kann auffällig sein. Es kann ein Schwa-Laut vorkommen, Phonationsabbrüche geschehen und das Sprechtempo und der Sprechrhythmus können verändert sein. Kennzeichnend für das beginnende Stottern ist, dass, im Unterschied zum entwicklungsbedingten Stottern, die natürliche Form des Wortes verloren geht (vgl. OCHSENKÜHN ET AL., 2010, S. 9).

Symptomatik	physiologische Unflüssigkeiten	beginnendes Stottern
Wort- und Silbenwiederholungen	ja	ja
Lautwiederholungen	–	ja
stumme Blockaden	–	ja
Dehnungen	kurz und spannungsfrei	Spannung bemerkbar; Dauer länger als 1 Sek.
Zahl der Unflüssigkeiten/ 100 Wörter	symptomatische Unflüssigkeiten: max. 3 und funktionelle Unflüssigkeiten: max. 6	über 3 symptomatische Unflüssigkeiten
Pausen	ja, zur linguistischen Planung	ja, zur linguistischen Planung und als Folge von Blockierungen der Atmung und Artikulation
Atmung	unauffällig; Schnappatmung bei engagiertem Erzählen	Atemauffälligkeiten vor oder im Wort
Schwa-Laut	–	ja
Phonationsabbruch	–	ja
Veränderung des Sprechtempos	–	ja
Veränderung des Sprechrhythmus	–	ja
Störungsbewusstsein	–	unklar
Begleitsymptomatik	–	–

Abb. 1: Gegenüberstellung entwicklungsbedingter Unflüssigkeiten und beginnendes Stottern (Ochsenkühn et al., 2010, S. 9)

Auf die Merkmale der symptomatischen Unflüssigkeiten wird folgend nochmals genauer eingegangen.

2.2.2.2 Teilwortwiederholungen

Die stotter-spezifischen Wiederholungen unterscheiden sich quantitativ und qualitativ von den funktionellen Wiederholungen. Sie betreffen kleinere Segmente der Äußerung, also einzelne Silben oder Laute. Laut- und Silbenwiederholungen haben keinen informativen Charakter für den Zuhörer und bergen auch keinen beabsichtigten Zeitgewinn für den Sprecher. Sie stehen oft am Anfang einer Äußerung („*Ka-ka-ka-kannst du mir helfen...*“). Phrasen dieser Art sind für den Zuhörer irritierend (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 8).

2.2.2.3 Dehnungen

Dehnungen liegen vor, wenn ein Laut länger phoniert wird, als es der erwarteten Artikulationsdauer entspricht. Sie können bis zu mehreren Sekunden dauern. Durch die andauernde Phonation unterbrechen sie zwar den Informationsfluss, aber der Sprechfluss wird aufrechterhalten („*Nnnimm mich mmmmit.*“). Durch die Dehnung wird der Rhythmus des Gesprochenen verändert und die Sprechgeschwindigkeit vermindert (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 8).

2.2.2.4 Blockierungen

Bei Blockierungen handelt es sich um unfreiwillige Unterbrechungen des Sprechflusses oder um stimmlose Verzögerungen der einsetzenden Phonation. Sie können flüchtig sein oder bis zu mehreren Sekunden andauern. Blockierungen werden durch die oft spürbare Anspannung der laryngealen Muskulatur, der Atem- oder Artikulationsmuskulatur, als physisch unangenehm wahrgenommen. Oftmals sind Blockierungen nicht hörbar. Sie unterscheiden sich von ungefüllten Pausen dadurch, dass sie unfreiwillig sind und an für Pausen untypischen Stellen auftreten. Während der Blockierungen können auch unhörbare Artikulationsbewegungen beobachtet werden. Bei Blockierungen wird der Kontrollverlust über das Sprechen sehr deutlich erlebt (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 8).

2.2.3 Manifestes Stottern

Manifestes Stottern bezeichnet man synonym auch als chronifiziertes Stottern oder Stottern. Es lässt sich von beginnendem Stottern dadurch unterscheiden, dass der Grad der Bewusstheit ausgeprägter ist und die Kern- und Begleitsymptomatik mehr ausgeformt sind (vgl. OCHSENKÜHN ET AL., 2010, S. 11).

2.2.3.1 Symptomatik

Beim manifesten Stottern kommen spannungsreiche Wiederholungen, Dehnungen und Blockierungen vor. Es kann Pausen geben, die spannungsreich sind. Daneben können Tremore im Mund- und Gesichtsbereich sichtbar sein, Tonhöhe und Lautstärke können ansteigen und die Körperhaltung kann starr sein. Sprachliches und soziales Vermeidungsverhalten werden verstärkt (vgl. OCHSENKÜHN ET AL., 2010, S. 11).

2.2.4 Abgrenzung symptomatische und funktionelle Unflüssigkeiten

Nicht jede vorkommende Sprechunflüssigkeit ist als Stottersymptom zu beurteilen. Bei funktionellen Unflüssigkeiten handelt es sich um Unflüssigkeiten, die bei allen Sprechern vorkommen können. Sie entstehen meist durch Unregelmäßigkeiten in der Sprach-Handlungs-Planung und werden zum Zeitgewinn für den Wortabruf und die gedankliche Strukturierung der Aussage benützt. Als funktionelle Unflüssigkeiten gelten Wiederholungen ganzer Phrasen, die lockere Wiederholung eines Wortes oder auch Einschübe wie „*ähm*“. Funktionelle Unflüssigkeiten nimmt der Zuhörer nicht als störend wahr, da sie anstrengungsfrei sind und das natürliche Zusammenspiel von Prosodie und Sprechrhythmus nicht beeinträchtigen.

Symptomatische Unflüssigkeiten treten in kleineren Einheiten auf; Silben und Laute werden wiederholt. Somit geht die ursprüngliche Form des Wortes zunehmend verloren. Der Sprechrhythmus und -ablauf wird durch Verzögerungen, Dehnungen und Blockierungen gestört. Bei den symptomatischen Unflüssigkeiten kann ein Anstrengungsverhalten vorkommen. Auch die Sprechatmung kann, je nach Ausprägung, betroffen sein (vgl. OCHSENKÜHN ET AL., 2010, S. 3-4).

2.3 Prävention

Prävention wird als eine Form der Intervention beschrieben. Sie dient der Identifikation von Personen mit Entwicklungsrisiken und beinhaltet auch die Einleitung und Durchführung von Massnahmen zur Vorbeugung der Ausbildung sich abzeichnender Störungen. Als primäre Prävention werden Massnahmen bezeichnet, welche der Vorbeugung einer Störung dienen. Sekundäre Prävention meint im Allgemeinen die Früherkennung oder Frühdiagnose bei bereits manifesten Störungen. Die tertiäre Prävention bezieht sich auf jene Massnahmen, welche sich auf die Minderung beziehungsweise auf die Behebung der Folgen bereits bestehender Störungen konzentrieren. Sekundäre und tertiäre Prävention kommen der Störung somit nicht zuvor. Primäre Prävention hingegen erfolgt vor dem Auftreten einer Störung. Ziel der Prävention ist es, Risikofaktoren auszuschalten beziehungsweise zu vermeiden, welche die körperliche und psychische Entwicklung zu gefährden drohen (vgl. GROHNFELDT, 2007, S. 248).

2.3.1 Prävention von Redeflussstörungen

2.3.1.1 Primäre Prävention

Mit primärer Prävention ist die Vorbeugung einer Störung gemeint. Diese sollte somit alle Kinder betreffen und nicht nur jene, bei denen ein Verdacht auf Stottern besteht. Beim Stottern ist es jedoch schwierig, eine primäre Prävention durchzuführen, da die Ursache des Stotterns nicht eindeutig bekannt ist (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 60).

2.3.1.2 Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention hat das Ziel, das Stottern so früh wie möglich zu erkennen und somit mögliche Folgen zu verhindern. Um zu entscheiden, ob eine Therapie erforderlich ist oder nicht, sind Diagnostikinstrumente erforderlich, die Aufschluss darüber geben, wie das weitere Handeln aussehen sollte (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 60).

2.3.1.3 Tertiäre Prävention

In der tertiären Prävention geht es darum, die vorhandene Störung zu vermindern. Das heisst, dass die Kinder die logopädische Therapie besuchen, um neben dem Abbau der Symptome den Umgang mit ihrem Stottern zu lernen sowie mögliche Begleitsymptome vermindern zu können (vgl. SANDRIESER & SCHNEIDER, 2008, S. 60).

2.4 Evaluationsforschung

Die Evaluationsforschung ist ein Teilbereich der empirischen Forschung und befasst sich mit der Bewertung von Massnahmen oder Interventionen (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 96).

Folgende Ziele, Zwecke und Funktionen der Evaluation lassen sich differenzieren:

1. Erkenntnisfunktion: Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Eigenschaften und Wirkungen von Massnahmen werden zusammengetragen.
2. Optimierungsfunktion: Stärken und Schwächen der Massnahme sollen ermittelt und Lösungen zur Verbesserung der Schwächen gefunden werden.
3. Kontrollfunktion: Es soll in Erfahrung gebracht werden, ob die Massnahme korrekt umgesetzt wird.
4. Entscheidungsfunktion: Es soll eine Entscheidung getroffen werden, ob die Massnahme einsetzbar ist.
5. Legitimationsfunktion: Sowohl die Durchführung von Evaluationsforschung wie auch ihre Resultate sollen dazu beitragen, die Entwicklung und Durchführung einer Massnahme nach aussen zu legitimieren (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 97).

Die Qualität der Messmethode einer Massnahme wird anhand von Gütekriterien überprüft. Die Gütekriterien Validität und Reliabilität werden folgend genauer beschrieben (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 195).

2.4.1 Validität

Die Validität beschreibt die Gültigkeit eines Messinstrumentes. Sie gibt an, ob das Messinstrument tatsächlich das misst, was es beabsichtigt zu messen. Auch wenn ein Instrument eine hohe Reliabilität aufweist, kann es unbrauchbar sein, falls es nicht das misst, was erwartet wird – es kann also konstant und zuverlässig das Falsche messen. Es lassen sich drei Hauptarten von Validität differenzieren: Kriteriumsvalidität, Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität (vgl. SCHNELL ET AL., 2008, S. 154).

2.4.1.1 Kriteriumsvalidität

Kriteriumsvalidität ist gegeben, wenn das Ergebnis einer Messung mit einem empirischen Kriterium übereinstimmt. Sie wird als Korrelation zwischen den Messwerten und den Kriteriumswerten einer Stichprobe beschrieben (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 200).

2.4.1.2 Validitätsanforderungen

Liegt bei der Validität die Korrelation zwischen 0.4 und 0.6, wird diese als mittelmässig gewertet. Korrelationen mit einem Wert über 0.6 gelten als hoch (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 202).

2.4.2 Reliabilität

Die Reliabilität weist auf die Zuverlässigkeit eines Instrumentes hin. Sie bezeichnet das Ausmass, in dem wiederholte Messungen eines Objektes mit ein und demselben Messinstrument die gleichen Werte liefern. Fehlereinflüsse durch situative Störungen, Müdigkeit des Probanden, Missverständnisse oder Raten können nie ganz ausgeschlossen werden. Daher tritt eine perfekte Reliabilität in der Praxis nie auf. Es können vier Methoden unterschieden werden, mit denen die Reliabilität berechnet werden kann: Retestreliabilität, Paralleltestreliabilität, Testhalbierungsreliabilität und interne Konsistenz (vgl. SCHNELL, HILL & ESSER, 2008, S. 151).

2.4.2.1 Retestreliabilität

Bei der Retestreliabilität wird dasselbe Messinstrument zu zwei verschiedenen Zeitpunkten auf dieselbe Stichprobe angewendet. Das zwischen den Messungen liegende Zeitintervall kann variieren. Die Korrelation zwischen diesen beiden Messungen wäre dann die Schätzung der Reliabilität (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 196).

2.4.2.2 Reliabilitätsanforderungen

Ein Test gilt als gut, wenn er eine Reliabilität von über 0.8 aufweist. Hat er eine Reliabilität zwischen 0.8 und 0.9, wird er als mittelmässig hoch bezeichnet. Ist der Wert höher als 0.9, kann die Reliabilität als hoch beurteilt werden (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 199).

2.5 Herleitung der Forschungsfrage

Beim Redeflusskompass handelt es sich um eine Form der sekundären Prävention, da er bei Kindern durchgeführt wird, die einen Verdacht auf eine Sprechunflüssigkeit aufweisen. Er soll Aufschluss darüber geben, ob ein weiteres Vorgehen bezüglich Beratung und Diagnostik notwendig ist. Da die Wirksamkeit und Zuverlässigkeit des Redeflusskompasses heute empirisch noch nicht abgesichert ist, wird er im Rahmen des Forschungsprojekts „D.14 Empirische Absicherung des Redeflusskompass (2009-2012)“ evaluiert. Mit vorliegender Teilevaluation wird geprüft, ob der Redeflusskompass in der Praxis anwendbar ist. Dazu überprüfen wir Gütekriterien dieses Screeningverfahrens. Um den Umfang der Arbeit einzugrenzen, beschränken wir uns auf die Gütekriterien Validität und Reliabilität.

Wir untersuchen den Redeflusskompass auf die Kriteriumsvalidität hin. Dies aus dem Grund, da wir das Resultat des Redeflusskompasses mit der bereits vorhandenen logopädischen Diagnosen von Kindern, die zwischen zwei und sechs Jahre alt sind und die logopädische Therapie besuchen, vergleichen möchten.

Zur ganzheitlichen Absicherung des Redeflusskompasses ist es notwendig, dass das Instrument nicht nur mit einer Experimentalgruppe, sondern auch mit einer Kontrollgruppe durchgeführt wird. Da die Experimentalgruppe von einem anderen Mitglied des Forschungsteams überprüft wird, konzentrieren wir uns innerhalb dieser Arbeit auf die Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe erfüllt folgende Kriterien und wird somit definiert als:

Kinder, welche

- zwischen zwei und sechs Jahre alt sind,
- die logopädische Therapie besuchen und bei denen die logopädische Diagnose bereits gestellt wurde,
- keine Anzeichen auf Sprechunflüssigkeiten haben.

Um die Kontrollgruppe einzubeziehen, wählen wir also Kinder, die zwar die logopädische Therapie besuchen, aber keinen Verdacht auf eine Sprechunflüssigkeit aufweisen. Bei Kindern, die schon in der Logopädie sind, kann es auf Grund ihrer sprachlichen Unsicherheiten eher vorkommen, dass fälschlicherweise Stottern diagnostiziert wird.

Die Diagnosen wurden jeweils im Voraus von den zuständigen Logopädinnen gestellt. Darin ist ersichtlich, was für eine Sprachentwicklungsstörung das Kind hat. Wir nehmen an, dass diese Diagnosen vollständig sind und ein Kind folglich keine Anzeichen auf Sprechunflüssig-

keiten hat, wenn davon nichts in der Diagnose erwähnt wird. Aufgrund oben erwähnter Überlegungen formulieren wir für unsere Arbeit folgende spezifische Fragestellung:

Fragestellung 1: *Stimmen die Ergebnisse des Redeflusskompasses mit den bereits bestehenden sprachentwicklungsspezifischen Diagnosen von Kindern der Kontrollgruppe in der Tatsache überein, dass diese keine Anzeichen auf eine Sprechunflüssigkeit aufweisen?*

Des Weiteren untersuchen wir den Redeflusskompass auf die Retestreliabilität, um die Zuverlässigkeit des Instruments sicherzustellen. Dafür wenden wir die Retestmethode an und führen die Untersuchung zu jedem Kind zweimal durch. Zur Untersuchung der Reliabilität wählen wir folgende Fragestellung:

Fragestellung 2: *Resultieren bei der Retestung des Redeflusskompasses bei Kindern der Kontrollgruppe dieselben Ergebnisse wie bei der Ersttestung?*

Mit diesen Fragestellungen wollen wir am Ende der Auswertung die folgenden, von uns aufgestellten Hypothesen bestätigen oder widerlegen:

Hypothese 1: *Die Ergebnisse des Redeflusskompasses stimmen mit den bereits bestehenden sprachentwicklungsspezifischen Diagnosen von Kindern der Kontrollgruppe in der Tatsache überein, dass diese keine Sprechunflüssigkeiten aufweisen.*

Hypothese 2: *Bei der Retestung des Redeflusskompasses bei Kindern der Kontrollgruppe resultieren dieselben Ergebnisse wie bei der Ersttestung.*

3 Methode

3.1 Forschungsmethode

Unsere Forschungsmethode beruht auf einer quantitativen Datenerhebung. Gebräuchliche quantitative Methoden der Datenerhebung sind Zählen, Urteilen, Testen, Befragen, Beobachten und physiologische Messungen (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 138).

Für die Durchführung des Redeflusskompasses sind eine Beobachtung des Kindes und eine Befragung der Bezugspersonen notwendig. Die übergreifenden Faktoren sowie die weiteren Faktoren, die eine Beratung oder Abklärung bekräftigen, werden bei den Bezugspersonen des Kindes erfragt. Die Beurteilung zur beobachtbaren Symptomatik sollte wenn möglich durch die Beobachtung des Kindes erfolgen. Falls keine Beobachtung stattfinden kann, können auch zu diesem Teil die Bezugspersonen mündlich befragt werden. Im Folgenden wird näher auf die Begriffe Befragung und Beobachtung eingegangen.

3.1.1 Die Befragung

Die Befragung mit dem Redeflusskompass ist dem neutralen, teilstandardisierten Interview zuzuordnen. Da der Wortlaut der Fragen beim Redeflusskompass vorgegeben ist, der Ablauf der Fragen aber variiert werden kann, handelt es sich dabei um ein teilstandardisiertes Interview. Charakteristisch dafür sind die präzise formulierten Fragen, die für den Befragten möglichst kurz zu beantworten sind (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 238-239). Die neutrale Interviewart betont die informationssuchende Funktion der Befragung und sieht im Befragten einen im Vergleich zum Interviewer gleichwertigen Gesprächspartner. Die Erstdurchführung des Redeflusskompasses findet jeweils im Face-to-Face-Setting mit den Bezugspersonen statt. Für die Retestung wird jeweils das Telefon-Setting gewählt (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 239).

3.1.2 Die Beobachtung

Um im Redeflusskompass den Teil der beobachtbaren Symptomatik auszufüllen, ist eine Beobachtung des Kindes notwendig. Da vorgegeben ist, was beobachtet werden soll und wie das Beobachtete zu protokollieren ist, handelt es sich dabei um eine systematische Beobachtung (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 263). Die Kinder werden jeweils nicht darüber informiert, dass sie unter Beobachtung stehen. Deshalb handelt es sich bei dieser Datenerhebungsmethode um eine verdeckte Beobachtung. Dabei wird von uns nicht vorgegeben, ob die beobachtende Person die Beobachtung teilnehmend oder nicht teilnehmend durchführt. Nicht teilnehmend bedeutet, das Kind von aussen zu beobachten, ohne in einer direkten

Interaktion mit dem Kind zu stehen. Mit teilnehmend ist gemeint, dass der Beobachter das Kind beobachtet, während er sich in direkter Interaktion mit ihm befindet. Somit werden in unserer Arbeit diese beiden Beobachtungsformen gleichermaßen berücksichtigt (vgl. BORTZ & DÖRING, 2006, S. 267).

3.1.3 Messung der Kriteriumsvalidität

Wir nehmen an, dass die Auswertung der Durchführung des Redeflusskompasses (Ergebnis einer Messung) mit der bereits bestehenden Diagnose der Kinder unserer Stichprobe (empirisches Kriterium) übereinstimmt (siehe Kapitel 2.4.1.1 Kriteriumsvalidität). Dabei soll das Ergebnis der Durchführung des Redeflusskompasses die Diagnose bestätigen. Am Ende der Datenerhebung wird somit das Ergebnis der Messung mit dem empirischen Kriterium verglichen und bewertet.

3.1.4 Messung der Retestreliaibilität

Die Retestreliaibilität messen wir anhand der Retestmethode. Da der zeitliche Umfang unserer Arbeit begrenzt ist, wird die Retestung nicht im Face-to-Face-Setting, sondern telefonisch durchgeführt. Der Unterschied dabei ist, dass die beobachtbaren Symptome (siehe Kapitel 2.1.1 Aufbau) nicht wie bei der Ersttestung direkt beobachtet, sondern per Telefon bei den Bezugspersonen erfragt werden. Uns ist bewusst, dass durch die Retestung am Telefon die Messwerte von dem Wert abweichen können, welche im Face-to-Face-Setting mit dem Kind und der Bezugsperson erhoben würden.

3.2 Instrumente für die Datenerhebung

Als Instrument für die Datenerhebung dient uns der Redeflusskompass. Um weitere wichtige Angaben zum Kind und dessen Bezugsperson sowie der Fachperson, die den Redeflusskompass durchführt, zu erhalten, wurde vom Forschungsprojekt ein Zusatzblatt erstellt, welches im Anhang ersichtlich ist (Kapitel II). Dieses bezieht sich inhaltlich auf Angaben wie zum Beispiel den Migrationshintergrund der Bezugspersonen und die Diagnose des Kindes. Mit der Durchführung und Auswertung des Redeflusskompasses und den zusätzlichen Daten erhalten wir geeignete Informationen, anhand deren wir schliesslich unsere Fragestellungen beantworten und die Hypothesen bestätigen oder widerlegen können. Diese Daten werden in der Online-Version des Redeflusskompasses eingegeben, um sie in einer Excel-Tabelle zu sammeln.

3.3 Stichprobenkonstruktion

Da sich unsere Untersuchung auf die Kontrollgruppe begrenzt, wählen wir für die Datenerhebung Kinder, welche die logopädische Therapie besuchen, aber keinen Verdacht auf eine Sprechunflüssigkeit aufweisen.

Um ein aussagekräftiges Resultat zu erlangen, soll der Redeflusskompass mit möglichst vielen Kindern durchgeführt werden. Dazu fragen wir verschiedene Sprachheilkindergärten, logopädische Dienste und Schulen in verschiedenen Regionen der Deutschschweiz an. Auch die Mitglieder des Forschungsprojekts tragen dazu bei, möglichst viele Daten zu erhalten, indem sie den Redeflusskompass anwenden. Für unsere Bachelorarbeit benötigen wir eine Stichprobengrösse von mindestens 20 Kindern. Schliesslich erhielten wir verwendbare Daten von insgesamt 30 Kindern.

3.4 Beschreibung der Durchführung

Bei der Durchführung gehen wir so vor, dass wir die Logopädinnen persönlich über das Forschungsprojekt und den Redeflusskompass informieren. Wir fragen zuerst telefonisch oder per Mail an, ob die Logopädinnen bereit wären, mit uns in Kontakt zu treten.

Wenn sich die Logopädinnen eine Mitarbeit vorstellen können und auch die Bezugspersonen der jeweiligen Kinder einverstanden sind, führen entweder die Logopädinnen den Redeflusskompass durch oder wir besuchen die Therapiestunde und können ihn vor Ort selbst durchführen. Die durchführende Person schickt den ausgefüllten Protokollbogen mit der Einverständniserklärung und den Angaben der Bezugs- und Fachpersonen an das Forschungsprojekt oder füllt das Protokoll und die Angaben der Bezugspersonen mit der im Internet aufgeschalteten Version des Redeflusskompasses direkt online aus. Dabei wird der Vor- und Nachname des jeweiligen Kindes anonymisiert, um den Datenschutz zu gewährleisten. Der Projektleiter Jürgen Kohler sammelt die erhobenen Daten und leitet die nötigen Informationen an die Mitglieder des Forschungsteams weiter, damit diese mit der Retestung beginnen können. Wir führen die Retestung sowohl mit Kindern der Kontrollgruppe als auch mit jenen der Experimentalgruppe durch, um die anderen Mitglieder des Forschungsteams zu unterstützen. Die Daten der Retestung werden wiederum an das Forschungsprojekt weitergeleitet, damit der bisherige Datensatz vervollständigt werden kann.

3.4.1 Bemerkungen zur Durchführung

Während der Durchführungen des Redeflusskompasses sind einige nennenswerte Besonderheiten aufgetreten:

-
- Bei Eltern mit Migrationshintergrund war es oft schwierig, ein gemeinsames Verständnis zu schaffen.
 - Bei der Retestung per Telefon konnten die Symptom-Beispiele von den Bezugspersonen eher falsch verstanden werden als im Face-to-Face-Setting der Fachperson mit dem Kind.
 - Einmal ist es vorgekommen, dass die Mutter, die am Telefon für die Retestung befragt wurde, gar nicht mehr mit ihrem Kind zusammenwohnt und so die Sprache ihres Kindes nach eigener Aussage nicht so gut beurteilen kann.
 - Bei der Frage nach der Sorge bezüglich des Redeflusses ihres Kindes verstanden einige Eltern die Frage so, dass sie auf die Sorge nach der allgemeinen Sprachentwicklung abzielt.
 - Bei der Auswertung der Daten haben wir festgestellt, dass der Redeflusskompass einmal mit einem Kind durchgeführt wurde, welches keine logopädische Therapie besucht. Auf unsere Resultate hat dies keine markanten Auswirkungen, da dieses Kind, wie alle anderen Kinder der Kontrollgruppe, keine Redeflussstörung aufweist.
 - Bei zwei der vier fehlenden Retestungen konnten die Bezugspersonen nicht erreicht werden. Der Grund für die anderen zwei fehlenden Angaben konnte nicht geklärt werden.

3.5 Datenanalyse und -aufarbeitung

Nach Abschluss der Datenerhebung erhielten wir die vollständigen Daten vom Forschungsprojekt in einer Excel-Tabelle zugestellt. Diese Daten mussten wir ordnen, damit sie anschliessend in das Statistikprogramm SPSS eingegeben werden konnten. Dazu mussten wir alle Angaben, nach denen im Redeflusskompass gefragt wurde, codieren. Wir erstellten ein Codebook (Anhang Kapitel V), um die codierten Daten später nachvollziehen zu können. Der wissenschaftliche Mitarbeiter Martin Venetz transferierte unsere erhobenen Daten in die Statistik- und Analysesoftware SPSS, um sie zu analysieren.

3.5.1 Hypothese 1

Um die Kriteriumsvalidität zu beurteilen, mussten die Punkteanzahl der Ersttestung oder diejenigen der Retestung mit den Diagnosen der dazugehörigen Kinder verglichen werden. Diesen Vergleich beziehen wir auf die Ersttestung, da diese im Gegensatz zur Retestung im Face-to-Face-Setting durchgeführt wurde und sie uns aufgrund dessen die zuverlässigeren Resultate liefert. Die Kriteriumsvalidität ist dann erfüllt, wenn in einer bestimmten Anzahl von Fällen das Resultat der Ersttestung die dazugehörige Diagnose bezüglich des Redeflusses bestätigt. Bei den Angaben zu den Diagnosen konnte jeweils vermerkt werden, ob der

Sprachstand des Kindes durch einen Sprachentwicklungstest oder durch eine Spontanspracherfassung beurteilt wurde. Es konnte auch beides angegeben werden. Folgende Tabellen zeigen die Verteilung der beiden Varianten auf.

Tabelle 1: Diagnose aufgrund Sprachentwicklungstests

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	14	46.7	100.0	100.0
Fehlend System	16	53.3		
Gesamt	30	100.0		

Tabelle 1 zeigt auf, dass 14 von 30 Kindern eine Diagnose haben, die aufgrund eines Tests gestellt wurde. 14 Kinder weisen einen Wert von 0 auf. Die Ziffer 0 bedeutet, dass in den Diagnosen der Kinder keinerlei Anzeichen auf eine Sprechunflüssigkeit erwähnt wird. Bei den 16 Kindern, die einen fehlenden Wert aufweisen, wurde die Diagnose durch eine Spontanspracherhebung gestellt. Dies zeigt die folgende Tabelle 2 auf.

Tabelle 2: Diagnose aufgrund Spontanspracherhebung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	29	96.7	100.0	100.0
Fehlend System	1	3.3		
Gesamt	30	100.0		

Tabelle 2 beschreibt, dass die Diagnose bei 29 von 30 Kindern aufgrund einer Spontanspracherhebung gestellt wurde. Bei 29 Kindern liegt der Wert bei 0. Die Ziffer 0 bedeutet auch hier, dass in der Diagnose keine Anzeichen auf eine Sprechunflüssigkeit erwähnt werden. Das Kind, bei dem der Wert fehlt, hat eine Diagnose die aufgrund eines Tests gestellt wurde und wird somit mit Tabelle 1 abgedeckt.

Alle Diagnosen der getesteten Kinder schliessen eine Sprechunflüssigkeit aus. Um zu einem Ergebnis bezüglich der Kriteriumsvalidität zu kommen, müssen die Diagnosen mit dem Resultat der Ersttestung verglichen werden. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Ersttestung.

Tabelle 3: Empfohlenes, weiteres Vorgehen der Ersttestung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	28	93.3	93.3	93.3
Gültig 2	2	6.7	6.7	100.0
Gesamt	30	100.0	100.0	

Hier wird dargestellt, dass 28 von 30 Kindern bei der Auswertung des Redeflusskompasses den Wert 0 erhielten. Das wiederum bedeutet, dass bei diesen 28 Kindern keine weiteren Massnahmen bezüglich des Redeflusses zu treffen sind. Bei zwei Kindern wird eine logopädische Beratung oder Abklärung empfohlen. Wie im Anhang ersichtlich ist, wurden die Daten für das empfohlene, weitere Vorgehen codiert. Dies war notwendig, um den Transfer der erhobenen Daten in die Statistik- und Analysesoftware SPSS zu gewährleisten. Dem Resultat „keine Massnahmen“ wurde der Code „0“, dem „Beobachten“ der Code „1“ und der „Weiterweisung“ der Code „2“ zugeteilt. Somit bedeutet der Wert 2 in der Tabelle, dass diesen zwei Kindern eine Weiterweisung empfohlen wird.

3.5.2 Hypothese 2

Um die Retestreliaibilität zu berechnen, muss jeweils die Punkteanzahl der Ersttestung mit derjenigen der dazugehörigen Retestung verglichen werden. Die Retestreliaibilität gilt dann als erfüllt, wenn der Korrelationswert mehr als 0.8 beträgt. Folgende Werte ergibt die Analyse der Daten für die Reliaibilität.

Tabelle 4: Total Punkte der Ersttestung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
0	28	93.3	93.3	93.3
Gültig 5	2	6.7	6.7	100.0
Gesamt	30	100.0	100.0	

Tabelle 4 zeigt, dass 28 Durchführungen ein Total von 0 Punkten ergeben. Zwei Durchführungen weisen eine Summe von 5 Punkten auf.

Tabelle 5: Total Punkte der Retestung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	18	60.0	69.2
	1	2	6.7	7.7
	3	1	3.3	3.8
	4	1	3.3	3.8
	7	1	3.3	3.8
	8	1	3.3	3.8
	11	1	3.3	3.8
	15	1	3.3	3.8
Fehlend Gesamt	Gesamt	26	86.7	100
	System	4	13.3	
	30	100		

Tabelle 5 zeigt, dass bei der Retestung 18 Durchführungen ein Total von 0 Punkten ergeben. Bei 8 Durchführungen zeigt sich ein Total von mehr als 0 Punkten.

Tabelle 6: Korrelation der Resultate von Erst- und Retestung

		RFKTOT_1	RFKTOT_2
RFKTOT_1	Korrelation nach Pearson	1	.826**
	Signifikanz (2-seitig)		.000
	N	30	26
RFKTOT_2	Korrelation nach Pearson	.826**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.000	
	N	26	26

Tabelle 6 zeigt, dass der Korrelationswert der beiden Testungen 0.83 beträgt.

4 Ergebnisse

4.1 Hypothese 1

Um die Kriteriumsvalidität prüfen zu können, müssen neben den gestellten Diagnosen der Kinder auch die Resultate der Ersttestung des Redeflusskompasses herangezogen werden. Folgendes Diagramm zeigt den Vergleich zwischen den Resultaten der Ersttestung und den Diagnosen bezüglich der Sprechunflüssigkeiten.

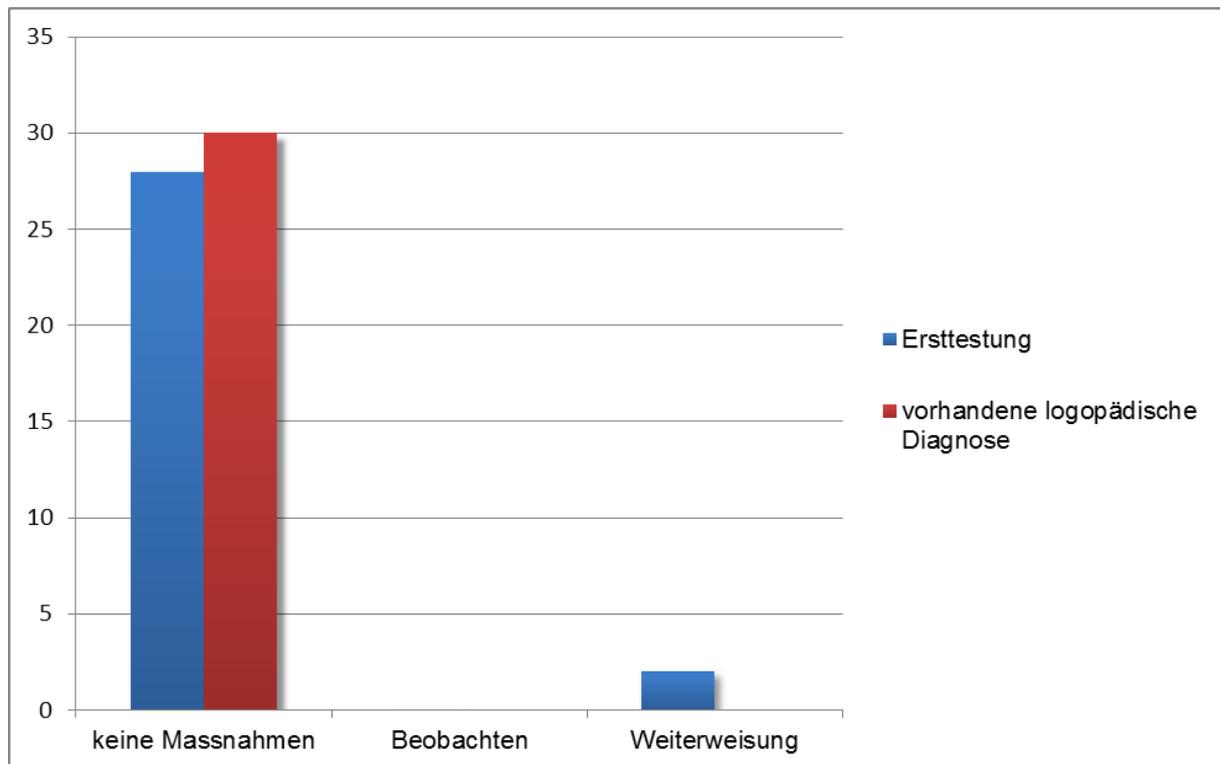


Abb. 2: Vergleich zwischen der Empfehlung der Ersttestung und den bestehenden Diagnosen

Bei der Ersttestung sind bei 28 von 30 Kindern keine weiteren Massnahmen bezüglich des Redeflusses notwendig. Bei zwei Kindern lag die Gesamtpunktzahl bei 5. Bei ihnen wird eine Weiterweisung empfohlen. Die Diagnosen schliessen bei allen Kindern einen Verdacht auf eine Sprechunflüssigkeit aus. Somit stimmen bei 28 von 30 Kindern die Diagnosen mit den Resultaten der Ersttestung bezüglich des Redeflusses überein. Da bei den Diagnosen kein Kind mit einem Verdacht auf Sprechunflüssigkeit vorkommt und somit die Ziffer 0 eine Konstante ist, macht es keinen Sinn, die Variablen des Totals der Ersttestung mit der Konstante der bestehenden Diagnosen zu korrelieren. Der Korrelationswert der Kriteriumsvalidität wur-

de daher nicht berechnet. Allerdings kann man mit den genannten Daten etwas über die Spezifität des Redeflusskompasses aussagen.

Die Validität eines Messinstruments kann auch durch seine Spezifität und Sensitivität ausgedrückt werden. Diese beiden Validierungsmasse sind Kenngrößen für den Anteil der mit Hilfe eines Tests korrekt beurteilten Patienten. Die Spezifität eines Tests beschreibt den Anteil von gesunden Personen, die der Test auch als gesund einstuft. Die Sensitivität ist definiert als Anteil von Personen mit einer Krankheit, bei dem der Test die Krankheit auch als solche erfasst. Die Spezifität wird wie folgt berechnet:

$$d / (b + d)$$

Dabei gilt: b = Anzahl falsch positiver Fälle, d = Anzahl richtig negativer Fälle. Es gilt also:

$$28 / (2 + 28) = 0.93$$

Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind ohne Sprechunflüssigkeiten aufgrund der Resultate des Redeflusskompasses korrekt klassifiziert wird, 93% beträgt. Anhand der Spezifität kann auch die Quote falscher Alarme ausgerechnet werden. Diese beschreibt die Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Kind ohne Sprechunflüssigkeiten fälschlicherweise als eines mit Sprechunflüssigkeiten klassifiziert wird. Die Quote falscher Alarme wird wie folgt berechnet (vgl. MANGOLD, 2011, S. 142-144):

$$1\text{-Spezifität}$$

Es gilt also:

$$1 - 0.93 = 0.07$$

Mit anderen Worten bedeutet dies, dass gemäss unserer Untersuchung bei 7% aller Kinder ohne diagnostizierte Sprechunflüssigkeit mit der Durchführung des Redeflusskompasses doch eine Sprechunflüssigkeit diagnostiziert wird.

4.1.1 Interpretation der Ergebnisse

Der Redeflusskompass weist eine Spezifität von 93% auf. Somit werden 93% aller Kinder, welche keine Diagnose mit Verdacht auf Sprechunflüssigkeiten haben, auch vom Redeflusskompass als solche eingestuft. Den restlichen 7% der Kinder wird nach der Durchführung des Redeflusskompasses fälschlicherweise eine Weiterweisung empfohlen. Diese 7% beziehen sich auf die zwei Kinder, die bei der Erstdurchführung eine Punktezahl von 5 aufweisen. Die Bezugspersonen dieser beiden Kinder beantworteten die Frage zu allgemeinen An-

spannungen beim Sprechen mit „ja“. Diese Antwort wird mit 4 Punkten bewertet. Der Grund dafür könnte sein, dass die Beschreibungen der allgemeinen Anspannungen beim Sprechen im Redeflusskompass ungenau formuliert wurden. Die Bezugspersonen sollen angeben, ob bei ihrem Kind eines oder mehrere der folgenden Beobachtungen zutreffen:

- das Kind presst die Worte heraus,
- es verzieht Gesichtsmuskeln,
- die Stimme klingt dabei gepresst,
- und das Sprechen erscheint deutlich angestrengt.

Diese Frage könnte von den Bezugspersonen falsch interpretiert worden sein. Das Sprechen kann aus verschiedenen Gründen angestrengt wirken, sei es aufgrund einer Wortfindungsstörung oder wegen Schwierigkeiten in der Phonologie. Wenn die Eltern diese Frage so interpretiert haben und während der Befragung nicht nach dem genauen Sinn fragten, ist es möglich, dass diese Frage durch falsches Interpretieren mit „ja“ beantwortet wurde.

Bei einem der beiden Kinder wurde die Frage nach Lautwiederholungen mit „ja“ beantwortet. Diese Frage wird mit einem Punkt bewertet. Wie in Abbildung 1 ersichtlich, weisen Lautwiederholungen auf beginnendes Stottern hin. Beim anderen Kind, welches ein Punktetotal von 5 aufweist, wird die Frage nach Unterbrechungen innerhalb eines Wortes mit „ja“ beantwortet. Diese beiden Fragen wurden während der Beobachtung des Kindes durch eine Fachperson beantwortet. Wir gehen davon aus, dass die Fragen von den Fachpersonen korrekt interpretiert wurden und die Kinder diese Symptome in der Therapie tatsächlich zeigten, sie aber zuhause von den Bezugspersonen nicht beobachtet werden konnten. Da die Diagnosen aber bei beiden Kindern eine Sprechunflüssigkeit ausschliessen, nehmen wir an, dass die Symptome bei diesen beiden Kindern nur selten vorkommen und von der Fachperson als harmlos eingestuft werden.

Um nun unsere erste Hypothese bestätigen oder widerlegen zu können, wird sie im Folgenden noch einmal dargestellt:

Hypothese 1: Die Ergebnisse des Redeflusskompasses stimmen mit den bereits bestehenden sprachentwicklungsspezifischen Diagnosen von Kindern der Kontrollgruppe in der Tatsache überein, dass diese keine Sprechunflüssigkeiten aufweisen.

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass 93% der bereits bestehenden sprachentwicklungsspezifischen Diagnosen von Kindern der Kontrollgruppe mit den Ergebnissen des Redeflusskompasses übereinstimmen. **Die erste Hypothese kann somit bestätigt werden.** Bei allen Kindern, bis auf zwei, bestätigt der Redeflusskompass die Tatsache, dass die Kinder keine Sprechunflüssigkeiten aufweisen.

4.2 Hypothese 2

Um unsere Fragestellung bezüglich der Reliabilität beantworten zu können, ist uns in erster Linie das Resultat des Redeflusskompasses wichtig. Daher sind in den folgenden zwei Darstellungen die Gesamtpunktzahl sowie die daraus folgende Empfehlung für das weitere Vorgehen ersichtlich. Bei einem Resultat von 0 Punkten ist laut dem Redeflusskompass keine Massnahme erforderlich. Zwischen 1 und 3 Punkten sollte der Redefluss des Kindes weiter beobachtet werden und bei mehr als 4 Punkten wird eine Weiterweisung an eine Fachperson für die persönliche Beratung und Abklärung empfohlen. Wir erhielten gesamthaft 30 verwendbare Daten der Ersttestung und 26 verwendbare Daten der Retestung. Da es weniger Retestungen gibt als Ersttestungen, verwenden wir für den Vergleich von Ersttestung und Retestung nur jene 26 Datensätze, bei denen eine Erst- und eine Retestung vorhanden sind.

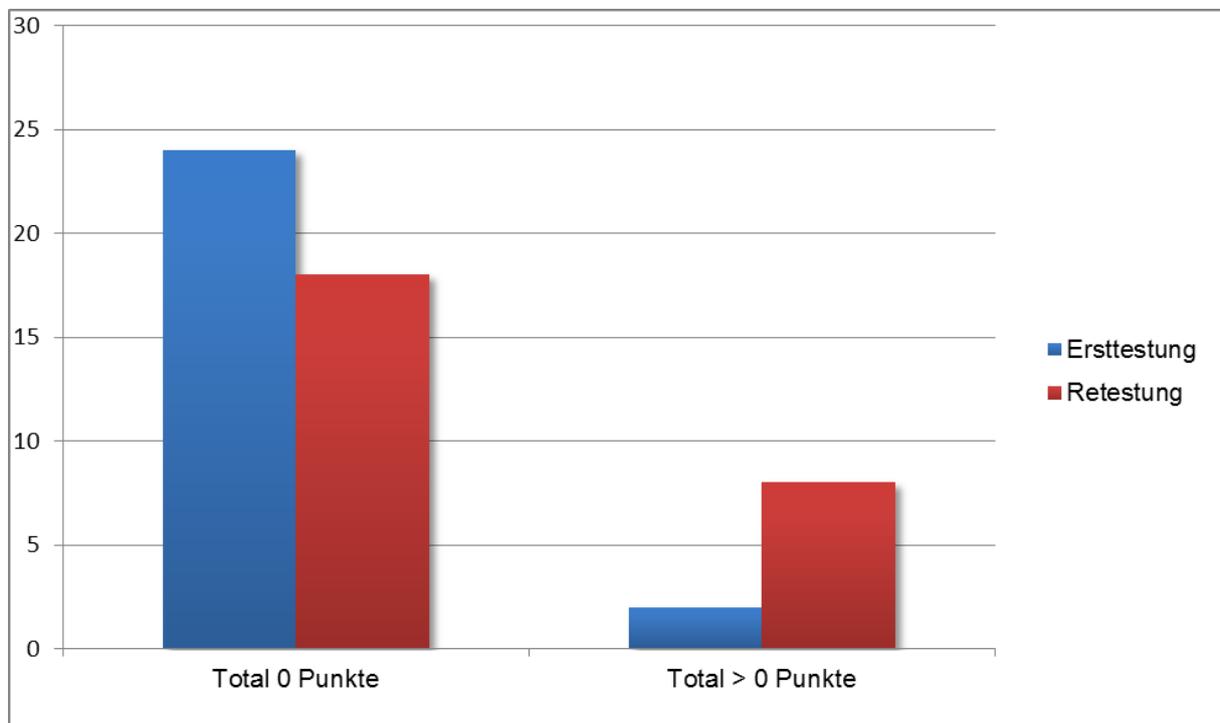


Abb. 3: Total Punkte bei der Erst- und der Retestung

Bei der Ersttestung ergeben 24 von 26 Durchführungen des Redeflusskompasses 0 Punkte. Zwei Durchführungen ergeben eine Punktzahl von über 0. Hierbei handelt es sich bei beiden um 5 Punkte.

Bei der Retestung ergibt sich bei 18 Durchführungen ein Total von 0 Punkten. Bei acht Durchführungen zeigt sich ein Total von mehr als 0 Punkten. Die Punkteanzahl dieser acht Durchführungen weist eine relativ grosse Streuung auf. Dabei handelt es sich um folgende Werte: 1 (zweimal), 3, 4, 7, 8, 11 und 15 Punkte.

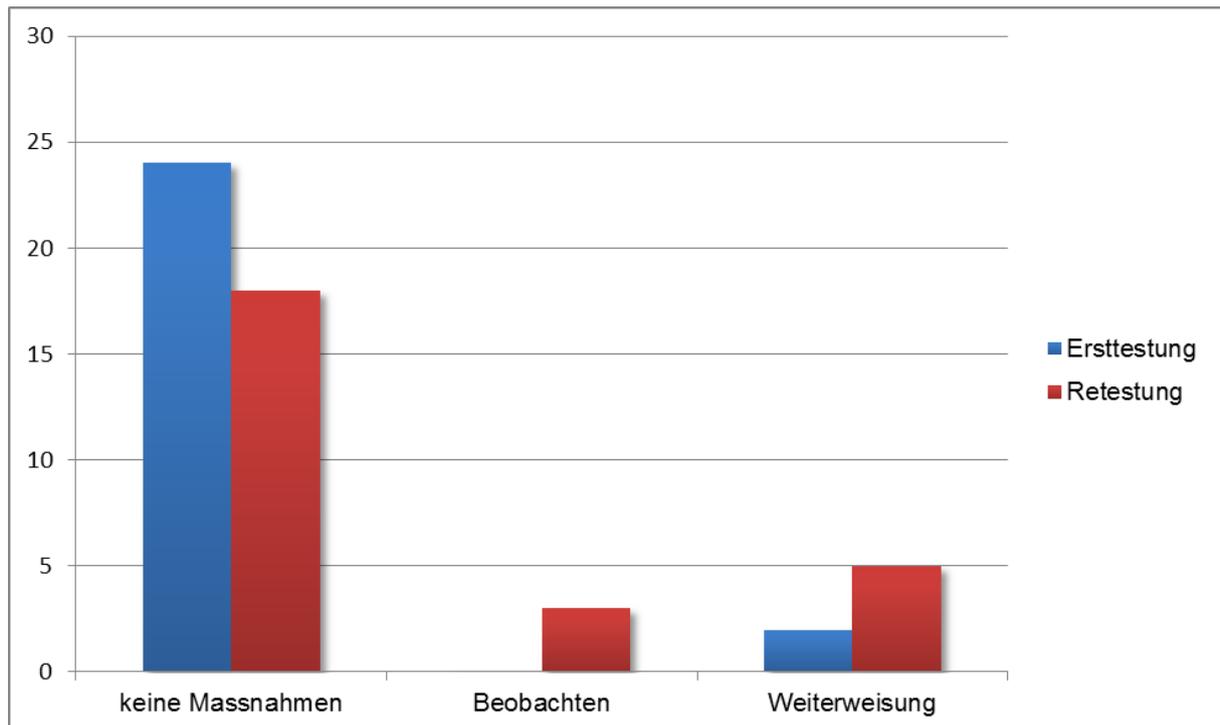


Abb. 4: Empfohlenes, weiteres Vorgehen bei der Erst- und der Retestung

Bei der Ersttestung wird bei 24 Anwendungen des Redeflusskompasses keine Massnahme empfohlen. Bei keiner Durchführung wird angezeigt, dass das Kind weiter beobachtet werden soll. Bei zwei Durchführungen wird eine Weiterweisung empfohlen.

Die Retestung zeigt, dass bei 18 Durchführungen keine weiteren Massnahmen erforderlich sind. Drei Kinder sollen weiter beobachtet werden. Bei fünf Durchführungen wird eine Weiterweisung empfohlen. Die Angaben zu Abbildung 4 sind im Anhang in Kapitel IV.III genauer ersichtlich.

4.2.1 Interpretation der Ergebnisse

Wie in Tabelle 6 in Kapitel 3.5.2 ersichtlich ist, ergibt sich bei der Korrelation der Erst- und der Retestung ein Wert von 0.83. Eine Korrelation von 0.83 kann als gut bewertet werden (siehe Kapitel 2.4.2.2 Reliabilitätsanforderungen). Bei beiden Grafiken ist ersichtlich, dass sich bei der Erstdurchführung doch einige nennenswerte andere Resultate ergeben als bei der Retestung. Auffallend ist, dass diejenigen Werte der Ersttestung und der Retestung, die nicht 0 ergaben, relativ weit auseinander liegen. Bei der Retestung liegen fünf Werte bei 4 oder deutlich darüber, während bei der Ersttestung nur zwei Werte bei 5 liegen. Das bedeutet, dass bei der Retestung fünf Kindern und ihren Bezugspersonen empfohlen wird, sich an eine Fachperson zu wenden. Bei der Ersttestung hingegen sollen nur zwei Kinder weitergewiesen werden.

Ein Grund für die unterschiedlichen Resultate könnte sein, dass bei der Ersttestung der zweite Teil des Redeflusskompasses – die Beobachtung des Kindes – direkt durchgeführt wurde. Das heisst, die Testperson beobachtete am Kind direkt, ob die Symptome, die auf dem Protokollbogen stehen, vorkommen oder nicht. Bei der Retestung am Telefon wurden die Bezugspersonen über die Symptomatik befragt. Dieser Teil basiert also auf der Einschätzung der Bezugspersonen und nicht auf der Einschätzung der Fachperson. Es könnte auch sein, dass die Fachperson ein Kind während einer Stunde beobachtete und in dieser Zeit keine Symptome auftraten, während die Bezugspersonen, die ihr Kind täglich sprechen hören, somit auch mehr Symptome bemerken können. Was weiter zu einer Differenz zwischen der Ersttestung und der Retestung führen könnte, ist, dass die Fragen auf dem Protokollblatt des Redeflusskompasses jeweils unterschiedlich gewichtet werden. So gibt es bei einer „Ja“-Antwort zur Frage, ob sich die Eltern bezüglich des Redeflusses ihres Kindes Sorgen machen, 4 Punkte, während andere Fragen nur einen Punkt geben. Macht sich also ein Elternteil Sorgen um den Redefluss, auch wenn das Kind beispielsweise kein auf dem Protokollblatt beschriebenes Symptom zeigt, ergibt das Resultat eine Empfehlung auf Weiterweisung. Bei diesem Beispiel ist auf die Bemerkungen zur Durchführung (Kapitel 3.4.1) hinzuweisen. Es kam bei der Retestung vor, dass sich die Eltern bei oben erwähnter Frage zunächst auf die allgemeine sprachliche Entwicklung des Kindes bezogen und nicht explizit auf den Redefluss. Die Retesterin versuchte jeweils zu erklären, was genau gemeint ist. Es kann jedoch bei denjenigen Bezugspersonen, die nicht nachgefragt haben, trotzdem zu Missverständnissen kommen. Die Zeitspanne zwischen der Erst- und der Retestung könnte ebenfalls zu unterschiedlichen Resultaten beitragen. Je mehr Zeit zwischen den beiden Testungen liegt, desto eher nimmt man an, dass sich unterschiedliche Resultate ergeben, da sich der Redefluss des Kindes verändern könnte.

Um nun unsere zweite Hypothese bestätigen oder widerlegen zu können, wird sie im Folgenden noch einmal dargestellt:

Hypothese 2: Bei der Retestung des Redeflusskompasses bei Kindern der Kontrollgruppe resultieren dieselben Ergebnisse wie bei der Ersttestung.

Gemäss unseren Untersuchungen resultieren bei der Retestung häufig dieselben Ergebnisse wie bei der Ersttestung, jedoch nicht immer. Bei einer Korrelation von 0.83 kann der Redeflusskompass bezüglich der Retestrelabilität trotzdem als gut angesehen werden. **Die zweite Hypothese können wir somit bestätigen.** Der Grund für die vorkommenden Unstimmigkeiten zwischen der Erst- und der Retestung kann hauptsächlich damit erklärt werden, dass

die Retestung per Telefon mit den Bezugspersonen und nicht im Face-to-Face-Setting einer Fachperson mit dem Kind direkt durchgeführt wurde.

5 Diskussion

Wir konnten unsere beiden Hypothesen grundsätzlich bestätigen. Unsere Teilevaluation des Redeflusskompasses ergab bei den überprüften Gütekriterien Validität und Reliabilität ein zufriedenstellendes Resultat.

5.1 Schlussfolgerung für die pädagogische Praxis

Die Teilevaluation des Redeflusskompasses hat gezeigt, dass er bezüglich den geprüften Kriterien in der Praxis gut anwendbar ist. Auf folgende Aspekte möchten wir trotzdem noch aufmerksam machen. Der Redeflusskompass wurde für Pädaterinnen und Pädater sowie für Fachleute im pädagogisch-therapeutischen Berufsfeld konzipiert. Die Unstimmigkeiten in unserer Untersuchung haben wir teilweise auf inhaltliche Verständnisprobleme bei der Anwendung des Redeflusskompasses zurückgeführt. Daher erachten wir es als wichtig, dass die Anwender dieses Screeningverfahrens sich vor der Durchführung ausgiebig mit dem Instrument vertraut machen und sich mit den genannten Symptomen auseinandersetzen. Unsere Untersuchung deckt nur einen Teil der gesamten Evaluation ab. Deshalb sind auch die Ergebnisse anderer Teilevaluationen mit einzubeziehen, um den Redeflusskompass bezüglich seiner praktischen Anwendung zu beurteilen.

5.2 Kritische Reflexion der Untersuchung

Wir haben unsere Untersuchung mit einer Stichprobengrösse von 30 Kindern durchgeführt. Um ein noch aussagekräftigeres Resultat zu erhalten, wäre eine grössere Stichprobe nötig gewesen. Ein Grund für die relativ kleine Stichprobe ist, dass es für die Durchführung des Redeflusskompasses neben dem Einverständnis der zuständigen Logopädin auch jenes der Eltern brauchte. Ein weiterer Grund könnte sein, dass sich für uns die Suche nach kleineren Kindern, welche die Logopädie besuchen, als eher schwierig herausstellte. Der Redeflusskompass wurde mehrheitlich mit Kindern der Jahrgänge 2005 bis 2007 durchgeführt. Dazu möchten wir bemerken, dass wir davon ausgingen, dass ein Kind bis zu seinem siebten Geburtstag als sechsjährig bezeichnet wird. Eine weitere wichtige Erkenntnis, die wir während der Durchführung gewonnen haben, ist, dass die Retestung ebenfalls im Face-to-Face-Setting hätte durchgeführt werden sollen. Dadurch würde sich der Umfang der Differenzen, die wir zwischen der Erst- und der Retestung festgestellt haben, wohl vermindern lassen.

Kritisch zu betrachten ist auch, dass wir bei einigen Retestungen nur teilverblendet waren. Dies bedeutet, dass wir wussten, dass es sich um Kinder der Kontrollgruppe handelte. Somit hatten wir bezüglich des Resultats bereits gewisse Erwartungen. Daher führten wir die Retestung so durch, als wären wir vollverblendet, und wüssten nicht darüber Bescheid.

Uns ist weiter bewusst, dass wir das eine Kind, welches keine sprachlichen Auffälligkeiten aufweist, aus unserer Untersuchung hätten ausschliessen sollen. Da wir dies erst nach der Datenanalyse bemerkt haben und es das Resultat nicht verfälscht, haben wir uns erlaubt, diese Angaben in der Untersuchung zu lassen.

5.3 Ausblick

Während der Entstehung unserer Arbeit sind immer wieder Fragen oder Themen aufgetaucht, die wir gerne beantwortet oder bearbeitet hätten. Die Arbeit wäre mit diesen weiteren Untersuchungen zu umfangreich geworden. Daher nennen wir im Folgenden Bereiche, die man noch angehen könnte und die allenfalls Inhalt einer nächsten Bachelorarbeit werden könnten.

Wir haben den Redeflusskompass auf die Gütekriterien Validität und Reliabilität hin untersucht. Das Ziel des Forschungsprojekts ist eine gesamthafte Evaluation des Redeflusskompasses. Folglich müsste er noch auf die Objektivität untersucht werden, dies sowohl bei der Kontrollgruppe wie auch bei der Experimentalgruppe. Des Weiteren wäre es spannend, die Resultate des Redeflusskompasses mit der genauen logopädischen Diagnose der Kinder zu vergleichen. Beispielsweise könnte man so untersuchen, ob sich bei einem Kind mit einer semantischen Störung eher Anzeichen für beginnendes Stottern zeigen wie bei einem Kind mit einer phonetisch-phonologischen Störung. Ausserdem hätten wir gerne die einzelnen Items des Redeflusskompasses untersucht, um genauere Vergleiche herzustellen und Schlüsse daraus zu ziehen. Aus Gründen der Zeit und des Aufwands konnten wir in unserer Arbeit nur die Gesamtanzahl der Punkte des Redeflusskompasses sowie die Empfehlung für das weitere Vorgehen berücksichtigen. Werden auch die weiteren Teilevaluationen des Forschungsprojekts den Redeflusskompass als gutes Screeningverfahren bestätigen, gehen wir davon aus, dass sich der Redeflusskompass als solches bei den Fachpersonen schnell etablieren könnte, da er klar und einfach zu handhaben ist.

Literaturverzeichnis

BORTZ, J. & DÖRING N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

BRAUN, W. G., BAUMANN, U. & BOLTSHAUSER, M. (2011). *Redeflusskompass. Entscheidungshilfe für Kinderärztinnen und Kinderärzte bezüglich Abklärungs- und Beratungsbedarfs bei Sprechunflüssigkeiten für Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren* (Version 2.0). Produkt der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.

GROHNFELDT, M. (2007). *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

KOHLER, J., A (2009). *D.14 Empirische Absicherung des Redeflusskompass (2009-2012)*. Internet: http://www.hfh.ch/projekte_detail-n70-r79-i1303-sD.html [17.11.2011].

KOHLER, J., B (2009). *RedeflussKompass*. Internet: <http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/content-n25-sD.html> [17.11.2011].

MANGOLD, S. (2011). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

OCHSENKÜHN, C., THIEL, M.M. & EWERBECK, C. (2010). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie* (2. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

SANDRIESER, P. & SCHNEIDER, P. (2008). *Stottern im Kindesalter* (3. vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

SCHNELL, R., HILL, P.B. & ESSER, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (8. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

SIEGMÜLLER, J. & BARTELS, H. (2006). *Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken* (2. Auflage). München: Elsevier GmbH.

Titelblatt: BRAUN, W. G., BAUMANN, U. & BOLTSHAUSER, M. (2011). *Redeflusskompass* (Version 2.0). Produkt der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.

Anhang

I	Redeflusskompass	I
I.I	<i>Redeflusskompass Mappe</i>	<i>I</i>
I.II	<i>Redeflusskompass Protokollbogen</i>	<i>V</i>
II	Angaben zu den Bezugs- und Fachpersonen.....	VI
III	Einverständniserklärung.....	X
IV	Erhobene Daten (codiert).....	XI
IV.I	<i>Gesamte Excelliste der Kontrollgruppe.....</i>	<i>XI</i>
IV.II	<i>Ausgewählte Daten Fragestellung 1</i>	<i>XXII</i>
IV.III	<i>Ausgewählte Daten Fragestellung 2.....</i>	<i>XXIII</i>
V	Codebook	XXIV

I Redeflusskompass

I.I Redeflusskompass Mappe



REDEFLUSS Kompass

Version 2.0

ICF-orientierte

Entscheidungshilfe

für Fachpersonen bezüglich Beratungs- und Abklärungsbedarfs bei Sprechunflüssigkeiten für Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren.

Braun, Baumann, Boltshauser

Wissenschaftliche Begleitung: J. Kohler

HfH
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Ein Produkt der Hochschule für Heilpädagogik
Zürich

RedeflussKompass 2.0, Erläuterungen

Der RedeflussKompass (RFK) 2.0 dient der Beurteilung von Sprechunflüssigkeiten bei Kindern im Alter von 2 – 6 Jahren durch Fachpersonen. Er hilft zu entscheiden, ob eine logopädische Beratung und Abklärung zu empfehlen oder einzuleiten ist. Es muss betont werden, dass es sich beim RFK 2.0 nicht um ein differenziertes diagnostisches Instrument, sondern um eine evaluierte Entscheidungshilfe handelt.

Der Kompass ist in drei Teile unterteilt:

- 1 Der erste Teil thematisiert Druck oder Sorgen seitens der Bezugspersonen, die für eine logopädische Beratung oder Abklärung ausschlaggebend sein können. Sie fühlen sich unsicher im Umgang mit den Unflüssigkeiten. Beratung kann hier Entlastung bringen. Weiter sind beobachtbare «Anspannungen» beim Sprechen wichtige Indikatoren für Beratung und Abklärung.
- 2 Der zweite Teil besteht aus 14 Beobachtungskriterien, die von der Fachperson im Frühbereich in Bezug auf das beobachtete Kind oder nach Befragung der Bezugspersonen als zutreffend oder nicht zutreffend zu beurteilen sind.
- 3 Der dritte Teil benennt zusätzliche Faktoren, die eine logopädische Beratung oder Abklärung bekräftigen können. Aufgrund des entscheidungsbegleitenden Charakters wird in diesem Teil auf eine Punktevergabe verzichtet. Die Faktoren sind nicht direkt zu beobachten, sondern müssen bei nahen Bezugspersonen des Kindes erfragt werden.

Wir bieten mit dem RedeflussKompass einen ökonomisch-theoriegeleiteten Handlungsrahmen an. Die Idee der ICF betont den Kontext. Risiko und damit Ansatzpunkte der Früherkennung und Beratung, definieren sich über interagierende bio-psycho-soziale Merkmale. Diese Merkmale spiegeln sich in den Items des RFK 2.0 wider.

Durchführung

Die Fachperson erhält die nötigen Informationen einerseits durch Beobachtung, andererseits durch die Befragung der Eltern. Wenn das Kind sich in den Gesprächssituationen frei äussert, können diese Äusserungen zur Erfassung der Art und Häufigkeit der Symptomatik herangezogen werden (Beobachtungsanteil). Die Langzeitbeobachtungen der Bezugspersonen haben aufgrund der situativen Variabilität des Stotterns hohe Bedeutung (Befragungsanteil).

Die Fachperson umkreist die Punktezahl der zutreffenden Antwort. Die Summe der umkreisten Punktwerte wird auf dem Bogen unten eingetragen.

Auswertung und Empfehlung

Wenn sich Bezugs- und/oder Fachpersonen bezüglich des Redeflusses des Kindes Sorgen machen (Teil 1), ist der Austausch mit einer logopädischen Fachperson in jedem Fall empfehlenswert. Gleiches gilt bezüglich dem Grad der Anspannung (4 Punkte pro Antwort).

Je mehr der Beobachtungskriterien (Teil 2) auf das Kind zutreffen, umso wahrscheinlicher ist es, dass eine logopädische Beratung in Betracht zu ziehen ist. Eine Beratung bzw. Abklärung kann, muss aber nicht in eine Sprachtherapie münden.

Zusätzliche Faktoren (Teil 3) können die Entscheidung für eine logopädische Beratung oder Abklärung bekräftigen. Das alleinige Zutreffen einzelner Faktoren reicht jedoch nicht aus, um eine logopädische Intervention zu empfehlen. Bei uneindeutigen Bild (1 bis 3 Punkte) empfehlen wir eine sorgsame Beobachtung der weiteren Entwicklung.

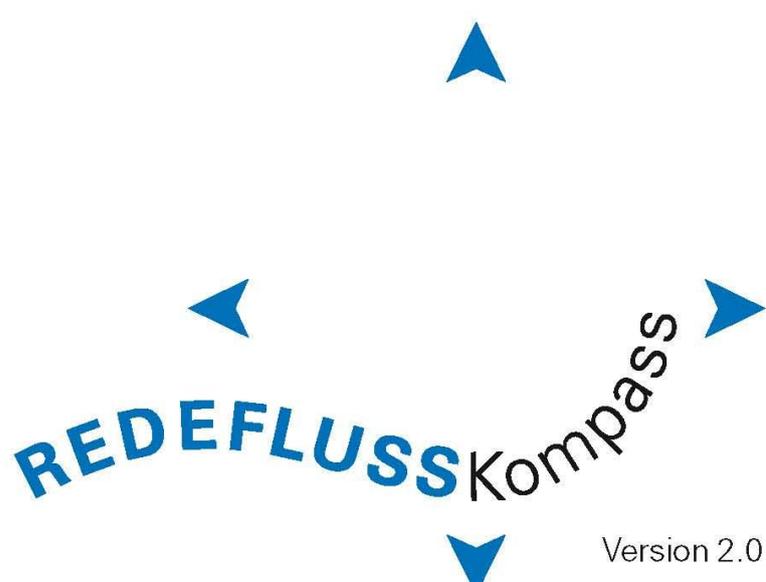
0 →	Keine weitere Abklärungen nötig; mit grösster Wahrscheinlichkeit handelt es sich um normale, entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten
1-3 →	Entwicklungsbeobachtungen empfohlen; evtl. Wiederholung des RedeflussKompasses nach drei Monaten
≥4 →	Weiterweisung an eine Fachperson; Beratung und (sprachdiagnostische) Abklärung wird empfohlen

Bemerkungen zu Art der Symptomatik

Es gibt Symptome, die in Abgrenzung zu beginnenden Stottern auf entwicklungsbedingte Sprechflüssigkeiten hinweisen

Beobachtbare Symptome	Normale, entwicklungsbedingte Sprechflüssigkeiten	Verstärkte Sprechflüssigkeiten – beginnendes Stottern
Wiederholungen		
Wiederholungen einsilbiger Wörter («Ich – ich – ich muss dir was erzählen!»)	•	
Wiederholungen mehrsilbiger Wörter («Ich hatte – hatte keine Angst beim Zahnarzt.»)	•	
Satzteilwiederholungen («Ich kann – ich kann das nicht so gut.»)	•	
Lautwiederholungen («A – a – a – aber ich bin jetzt dran!»)		•
Häufig mehr als zwei Silbenwiederholungen («Ich ma – ma – ma – ma – mache die Tür auf.»)		•
Wiederholungen mit veränderter Betonung und verändertem Rhythmus («A – a – a – ab – ab – aaaa – aber das will ich nicht!»)		•
Dehnungen		
Vokaldehnungen von weniger als einer Sekunde Dauer und ohne Anzeichen von Anspannung im orofazialen Bereich	•	
Vokaldehnungen von mehr als einer Sekunde Dauer («Ich kaaaaa-aaaaann schon Rad fahren!»)		•
Dehnungen mit Tonhöhen- und Lautstärkenveränderung		•
Pausen		
Stille Pausen zwischen einzelnen Wörtern/Satzteilen zur inhaltlichen Planung	•	
Unterbrechungen, stille Pausen innerhalb eines Wortes («Ich k..... kann gut schwimmen.»)		•
Einschübe («Ich – äh – möchte das lieber morgen erledigen.»)	•	
Überarbeitung von Wörtern («mor – gestern») oder Sätzen («Wo ist – kannst du mir das geben?»)	•	
Blockierungen mit sichtbarer Anstrengung		•
Begleitsymptome		
Vermeidung von Wörtern («Der wohnt in der Hundehü – hü – haus.»)		•
Verspannungen von Lippen, Gesicht, Hals		•
Mitbewegungen des Körpers		•

Der RedeflussKompass 2.0 ist eine wissenschaftlich abgestützte Nachfolgeversion des erstmalig 2008 entwickelte Instrumentes. Unter www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/redeflusskompass berichten wir fortlaufend aktuell über Hintergrundwissen, Erfahrungen und Weiterentwicklungen im Zusammenhang mit dieser Entscheidungshilfe.



REDEFLUSSKompass

Version 2.0

Download

www.logopaedieundpraevention-hfh.ch

Kontakt

redflusskompass@hfh.ch

Forschungsprojekte «Prävention» und «Empirische Absicherung RfK» HfH Zürich

Im Rahmen von zwei Forschungsprojekten («PSI»: Leitung J. Steiner & W. Braun sowie «Empirische Absicherung RfK»: Leitung J. Kohler) an der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich entstand die nun vorliegende überarbeitete Version des RedeflussKompasses. Unterstützend war die Integration von Bachelorarbeiten der in den Projekten involvierten Studierenden.

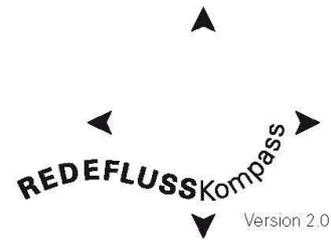
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH)
Postfach 5850
CH-8057 Zürich
www.logopaedieundpraevention-hfh.ch

Telefon +41 (0)44 317 11 11
E-Mail info@hfh.ch
www.hfh.ch

I.II Redeflusskompass Protokollbogen

HfH

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich



Entscheidungshilfe

für Fachpersonen bezüglich Beratungs- und Abklärungsbedarf bei Sprechunflüssigkeiten für Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

1. Übergreifende Faktoren

Ja	Nein	
4	0	Einstellung der Eltern I. Die Eltern machen sich bezüglich des Redeflusses Sorgen, Sie sind sich unsicher im Umgang mit den Sprechunflüssigkeiten und deren weiteren Verlauf.
4	0	Allgemeine Anspannungen beim Sprechen II. Eines oder mehrere folgender Beobachtungen treffen zu: das Kind presst die Worte heraus, es verzieht Gesichtsmuskel, die Stimme klingt dabei gepresst und das Sprechen erscheint deutlich angestrengt.

2. Beobachtbare Symptome

Ja	Nein	
1	0	Art der Symptomatik Wiederholungen III. Lautwiederholungen («I-i-i-ich bin jetzt dran!»)
1	0	IV. Silbenwiederholung häufig mehr als zweimal («Ich ma-ma-ma-ma-mache die Tür auf.»)
2	0	V. Wiederholungen mit veränderter Betonung und verändertem Rhythmus («A-a-a-ab-ab-aaaa-aber das will ich nicht!»)
1	0	Dehnungen VI. Vokaldehnungen von mehr als einer Sekunde Dauer («Ich kaaaaaaaaa schon Rad fahren.»)
2	0	VII. Dehnungen mit Tonhöhen- und Lautstärkenveränderung
1	0	Pausen VIII. Unterbrechungen innerhalb eines Wortes («Ich k.....kann gut schwimmen.»)
2	0	Blockierungen IX. Blockierungen mit sichtbarer Anstrengung
1	0	Begleitsymptome X. Mitbewegungen des Körpers
2	0	XI. Verspannungen von Lippen, Gesicht, Hals
1	0	XII. Vermeidung von Wörtern («Der wohnt in der Hundehü-hü-haus.»)
1	0	Dauer XIII. Die Sprechunflüssigkeiten des Kindes dauern schon mindestens 6 Monate an.
2	0	Verlauf XIV. qualitativ: Verstärkung der Symptome (z.B. spannungsfreie Wiederholungen haben sich zu Blockierungen weiterentwickelt.)
1	0	XV. quantitativ: Auftretenshäufigkeit der Symptome hat deutlich und tendenziell zugenommen.
1	0	Reaktionen des Kindes XVI. Das Kind zeigt deutliche Reaktionen auf seine Sprechunflüssigkeiten. z.B. Vermeidung von Situationen, Frustration, Selbstabwertung als Sprecher, Veränderung der Sprechweise (z.B. Flüstern, langsames Sprechen, auffälliges Betonungsmuster)

3. Weitere Faktoren, die eine Beratung oder Abklärung bekräftigen:

- Mindestens ein weiteres Familienmitglied stottert ebenfalls
- später Sprechbeginn
- Sprachstörung in einem Bereich, (mund-)motorische Ungeschicklichkeit
- unausgewogene Sprachentwicklung (z.B. grosser Wortschatz bei eingeschränkter Syntax)
- Beginn der Redeunflüssigkeit nach dem 3. Lebensjahr
- männliches Geschlecht

Gesamt-Punkteanzahl

Empfehlung weiteres Vorgehen: **Keine Massnahme nötig (0)**
Entwicklungsbeobachtung (1-3)
Weiterweisung (ab 4)

II Angaben zu den Bezugs- und Fachpersonen

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihre Angaben nur zum Zwecke der Erforschung des RedeflussKompass 2.0 gebraucht werden und keinesfalls an Dritte weiter gegeben werden.

Angaben der Bezugspersonen

Name(n) der befragten Bezugsperson(en):

Telefonnummer der Bezugsperson(en):

privat: _____ mobil _____

Bevorzugte Gesprächszeiten der Bezugsperson(en):

Montag vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> abend <input type="checkbox"/>	andere Zeitangaben:
Dienstag vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> abend <input type="checkbox"/>	
Mittwoch vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> abend <input type="checkbox"/>	
Donnerstag vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> abend <input type="checkbox"/>	
Freitag vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> abend <input type="checkbox"/>	
Samstag vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> abend <input type="checkbox"/>	
Sonntag vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> abend <input type="checkbox"/>	

Angaben der Fachpersonen

Geschlecht des betroffenen Kindes: männlich weiblich

Beobachtung

Haben Sie das betroffene Kind mit seiner Sprechweise selbst beobachten können? Bitte eine Antwort ankreuzen:

- Nein
- Ja, wenige Minuten bis zu einer Stunde hatte ich dazu Gelegenheit
- Ja, über einige Wochen hatte ich fortlaufend dazu Gelegenheit
- Ja, über mehrere Monate hatte ich fortlaufend dazu Gelegenheit

Besonderheiten bei der Durchführung:

Falls es irgendwelche Besonderheiten vor, während oder nach der Durchführung gab, die nicht mit dem Screeningbogen erfasst werden, bitten wir Sie, diese in Stichpunkten hier zu erläutern (z.B. Schwierigkeiten im Verstehen der einzelnen Items des RfK, Unterbrechung des Gespräches mit den Bezugspersonen etc.)

_____ (falls Sie mehr Platz für Ihre Erläuterungen benötigen, bitte Rückseite benutzen)

Einschätzung der Sprachkompetenz der Bezugspersonen mit Migrationshintergrund

Wie gut sprechen und verstehen die Bezugspersonen (Schweizer-) Deutsch? Bitte ankreuzen:

Sprachproduktion: eher gut mittelmässig eher schlecht

Sprachverstehen: eher gut mittelmässig eher schlecht

Angaben zu Ihrer Person

In welchem *Fachbereich* sind Sie tätig?

- Kinderärztin
- Logopädin
- Erzieherin
- Heilpädagogin
- Andere:

Kontaktdaten

Bitte geben Sie Ihre Mailadresse und Telefonnummer für mögliche Nachfragen an.

Email: _____

Telefon: _____

Wenn Sie keine Logopädin sind, können Sie jetzt gleich zum letzten Abschnitt „Daten dem Forschungsprojekt zur Verfügung stellen“ auf der letzten Seite springen.

Sprachentwicklung (nur für Logopädinnen)

Können Sie das Kind in Bezug auf seine Sprachentwicklung einschätzen? Bitte ankreuzen:

- Nein
- Ja, aufgrund der Durchführung eines Sprachentwicklungstestes
- Ja, aufgrund der Einschätzung der Spontansprache

Es können *beide* Ja- Antworten angekreuzt und Angaben dazu gemacht werden (siehe im Folgenden)!

Angaben zur Logopädischen Diagnose aufgrund eines Sprachentwicklungstests:

Diagnose bzw. Ergebnis des Sprachentwicklungstests:

Name der Sprachentwicklungstests:

Testungsdatum:

Bitte, wenn möglich, eine Kopie des Auswertungsbogens in anonymisierter Form beilegen (= unter Angabe der Anfangsbuchstaben von Vor- und Zuname des Kindes und dessen Geburtsdatums)

Angaben zur Logopädischen Diagnose aufgrund der Spontanspracheinschätzung:

Diagnose aufgrund der Spontanspracherhebung: _____

Zeitraum oder Datum der Spontanspracheinschätzung: _____

Falls Sie als Logopädin die Angaben zur Sprachentwicklung (Test oder Spontansprache) erst in naher Zukunft machen können, lassen Sie uns diese bitte per Post oder per mail an redeflusskompass@hfh.ch in anonymisierter Form zukommen.

Daten dem Forschungsprojekt zur Verfügung stellen

Bitte senden Sie uns

1. den ausgefüllten und anonymisierten *Screeningbogen*
2. die ausgefüllten *Angaben der Bezugspersonen und Fachpersonen*
3. die unterschriebene *Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten*
4. eventuell weitere Unterlagen (z.B. anonymisierter Auswertungsbogen eines Sprachentwicklungstests)

an die Adresse in der Fusszeile

oder

nutzen Sie die Online-Version des RedeflussKompass.

Wir bitten Sie, uns die unterschriebene *Einverständniserklärung* auf alle Fälle postalisch oder eingescannt per mail an redeflusskompass@hfh.ch zukommen zu lassen, auch wenn Sie die Online-Version nutzen.

Herzlichen Dank

Jürgen Kohler

(Dozent/ Projektleiter)

III Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der Erforschung des Redeflusskompass 2.0

Anfangsbuchstabe vom Vornamen des Kindes: _____

Anfangsbuchstaben vom Nachnamen des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die anonymisierten Daten meines Kindes aus der Durchführung des RedeflussKompass 2.0 und anderen logopädischen Diagnostikverfahren zu Forschungszwecken genutzt werden dürfen.

Die Daten werden nur zu diesem Zwecke genutzt und keinesfalls an Dritte weitergegeben.

Ort und Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

IV Erhobene Daten (codiert)

IV.I Gesamte Excelliste der Kontrollgruppe

ID	NACHN	VORN	SEX	MTGEB	JHGEB	MTERH_1	JHERH_1
103	S	M	1	12	2005	12	2011
107	S	L	0	5	2005	12	2011
108	R	N	0	12	2006	12	2011
113	O	J	0	11	2005	12	2011
115	K	A	0	5	2007	12	2011
116	T	S	1	9	2006	12	2011
129	S	J	1	3	2007	11	2011
130	B	L	1	7	2006	12	2011
131	N	M	0	9	2007	12	2011
132	G	L	0	6	2008	12	2011
161	C	E	1	12	2005	12	2011
162	B	N	1	10	2005	12	2011
163	T	L	0	7	2005	12	2011
164	S	R	0	3	2005	11	2011
165	B	L	1	2	2006	12	2011
166	T	L	0	12	2005	12	2011
167	D	C	0	9	2007	12	2011
169	B	M	0	8	2005	12	2011
170	B	A	0	10	2006	12	2011
171	H	Z	1	4	2007	12	2011
172	R	F	0	4	2005	12	2011
173	V	L	1	4	2006	12	2011
174	G	R	0	8	2005	12	2011
175	S	J	0	2	2005	12	2011
176	Z	D	0	8	2007	12	2011
177	G	G	0	5	2007	12	2011
178	M	R	0	3	2005	12	2011
179	N	V	0	11	2006	12	2011
180	Z	N	0	2	2007	12	2011
181	R	M	1	12	2005	12	2011

ID	RFK01_1	RFK02_1	RFK03_1	RFK04_1	RFK05_1	RFK06_1	RFK07_1	RFK08_1
103	1	1	1	1	1	1	1	1
107	1	1	1	1	1	1	1	1
108	1	1	1	1	1	1	1	1
113	1	1	1	1	1	1	1	1
115	1	1	1	1	1	1	1	1
116	1	1	1	1	1	1	1	1
129	1	1	1	1	1	1	1	1
130	1	1	1	1	1	1	1	1
131	1	0	0	1	1	1	1	1
132	1	0	1	1	1	1	1	0
161	1	1	1	1	1	1	1	1
162	1	1	1	1	1	1	1	1
163	1	1	1	1	1	1	1	1
164	1	1	1	1	1	1	1	1
165	1	1	1	1	1	1	1	1
166	1	1	1	1	1	1	1	1
167	1	1	1	1	1	1	1	1
169	1	1	1	1	1	1	1	1
170	1	1	1	1	1	1	1	1
171	1	1	1	1	1	1	1	1
172	1	1	1	1	1	1	1	1
173	1	1	1	1	1	1	1	1
174	1	1	1	1	1	1	1	1
175	1	1	1	1	1	1	1	1
176	1	1	1	1	1	1	1	1
177	1	1	1	1	1	1	1	1
178	1	1	1	1	1	1	1	1
179	1	1	1	1	1	1	1	1
180	1	1	1	1	1	1	1	1
181	1	1	1	1	1	1	1	1

ID	RFK09_1	RFK10_1	RFK11_1	RFK12_1	RFK13_1	RFK14_1	RFK15_1	RFK16_1
103	1	1	1	1	1	1	1	1
107	1	1	1	1	1	1	1	1
108	1	1	1	1	1	1	1	1
113	1	1	1	1	1	1	1	1
115	1	1	1	1	1	1	1	1
116	1	1	1	1	1	1	1	1
129	1	1	1	1	1	1	1	1
130	1	1	1	1	1	1	1	1
131	1	1	1	1	1	1	1	1
132	1	1	1	1	1	1	1	1
161	1	1	1	1	1	1	1	1
162	1	1	1	1	1	1	1	1
163	1	1	1	1	1	1	1	1
164	1	1	1	1	1	1	1	1
165	1	1	1	1	1	1	1	1
166	1	1	1	1	1	1	1	1
167	1	1	1	1	1	1	1	1
169	1	1	1	1	1	1	1	1
170	1	1	1	1	1	1	1	1
171	1	1	1	1	1	1	1	1
172	1	1	1	1	1	1	1	1
173	1	1	1	1	1	1	1	1
174	1	1	1	1	1	1	1	1
175	1	1	1	1	1	1	1	1
176	1	1	1	1	1	1	1	1
177	1	1	1	1	1	1	1	1
178	1	1	1	1	1	1	1	1
179	1	1	1	1	1	1	1	1
180	1	1	1	1	1	1	1	1
181	1	1	1	1	1	1	1	1

ID	RFK09_1	RFK10_1	RFK11_1	RFK12_1	RFK13_1	RFK14_1	RFK15_1	RFK16_1	RFKTOT_1
103	1	1	1	1	1	1	1	1	0
107	1	1	1	1	1	1	1	1	0
108	1	1	1	1	1	1	1	1	0
113	1	1	1	1	1	1	1	1	0
115	1	1	1	1	1	1	1	1	0
116	1	1	1	1	1	1	1	1	0
129	1	1	1	1	1	1	1	1	0
130	1	1	1	1	1	1	1	1	0
131	1	1	1	1	1	1	1	1	5
132	1	1	1	1	1	1	1	1	5
161	1	1	1	1	1	1	1	1	0
162	1	1	1	1	1	1	1	1	0
163	1	1	1	1	1	1	1	1	0
164	1	1	1	1	1	1	1	1	0
165	1	1	1	1	1	1	1	1	0
166	1	1	1	1	1	1	1	1	0
167	1	1	1	1	1	1	1	1	0
169	1	1	1	1	1	1	1	1	0
170	1	1	1	1	1	1	1	1	0
171	1	1	1	1	1	1	1	1	0
172	1	1	1	1	1	1	1	1	0
173	1	1	1	1	1	1	1	1	0
174	1	1	1	1	1	1	1	1	0
175	1	1	1	1	1	1	1	1	0
176	1	1	1	1	1	1	1	1	0
177	1	1	1	1	1	1	1	1	0
178	1	1	1	1	1	1	1	1	0
179	1	1	1	1	1	1	1	1	0
180	1	1	1	1	1	1	1	1	0
181	1	1	1	1	1	1	1	1	0

ID	RFKEMPF_1	BESOND_1	SETTING_1	BEOB_1	EINSCHSES_1	TESTER_1
103	0	Der Bruder von M's Vater stottert.	0	3	3	2
107	0		0	3	2	2
108	0		0	3	3	2
113	0		0	3	2	2
115	0	Die Mutter spricht nur Englisch. Der Vater spricht Deutsch, er ist nur am Wochenende gut erreichbar. Daher eher mit dem Vater sprechen bei der Retestung (wenn man keine sehr guten Englischkenntnisse hat). Ich habe bei der Einschätzung die Sprachkompetenz der Mutter angegeben, der Vater ist Deutscher.	0	1	1	2
116	0		0	1	0	2
129	0		0	1	3	2
130	0		0	2	2	2
131	2		0	2	3	2
132	2	Ich finde den Punkt 3 unklar formuliert. Später Sprechbeginn? Sprachstörung in einem Bereich? Unausgewogene Sprachentwicklung?	0	3	3	2
161	0		0	3	2	2
162	0		0	3	3	2
163	0		0	2	3	2
164	0					
165	0		0	2	2	2
166	0		0	2	3	2
167	0		0	3	3	2
169	0		0	3	2	2
170	0		0	3	1	2
171	0		0	3	2	2
172	0		0	3	2	2
173	0		0	2	3	2
174	0		0	3	2	2
175	0		0	3	0	2
176	0		0	3	2	2
177	0	Keine Besonderheiten --> Kind für Kontrollgruppe ohne Redeflussstörungen.	0	3	0	2
178	0		0	3	2	2
179	0		0	2	2	2
180	0		0	3	2	2
181	0		0	3	3	2

ID	MTERH_2	JHERH_2	RFK01_2	RFK02_2	RFK03_2	RFK04_2	RFK05_2	RFK06_2	RFK07_2
103	12	2011	1	1	1	1	1	1	1
107	12	2011	1	1	1	1	1	1	1
108	12	2011	1	1	1	1	1	1	1
113	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
115	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
116									
129									
130	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
131	1	2012	0	1	0	1	1	1	1
132	1	2012	0	0	1	1	1	0	0
161	1	2012	1	0	1	1	1	1	1
162	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
163	1	2012	0	1	1	1	1	1	1
164	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
165	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
166									
167	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
169									
170	1	2012	1	0	1	1	1	1	1
171	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
172	1	2012	1	1	0	1	1	1	1
173	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
174	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
175	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
176	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
177	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
178	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
179	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
180	1	2012	1	1	1	1	1	1	1
181	1	2012	1	1	1	1	1	1	1

ID	RFK08_2	RFK09_2	RFK10_2	RFK11_2	RFK12_2	RFK13_2	RFK14_2	RFK15_2
103	1	1	1	1	1	1	1	1
107	1	1	1	1	1	1	1	1
108	1	1	1	1	1	1	1	1
113	1	1	1	1	1	1	1	1
115	1	1	1	1	1	1	1	1
116								
129								
130	1	1	1	1	1	1	1	1
131	0	0	1	1	0	0	1	1
132	1	0	1	1	1	0	1	1
161	1	1	0	1	0	1	1	0
162	1	1	1	1	1	1	1	1
163	1	1	1	1	1	1	1	1
164	1	1	1	1	1	1	1	1
165	1	1	1	1	1	1	1	1
166								
167	1	1	1	1	1	1	1	1
169								
170	1	1	1	0	0	1	1	1
171	1	1	1	1	1	1	1	1
172	1	1	1	1	0	0	1	1
173	1	1	1	1	1	1	1	1
174	1	1	1	1	1	1	1	1
175	1	1	1	1	1	1	1	1
176	1	1	1	1	1	1	1	1
177	0	1	1	1	1	1	1	1
178	1	1	1	1	1	1	1	1
179	1	1	1	1	1	1	1	1
180	1	1	1	1	1	1	1	1
181	0	1	1	1	1	1	1	1

ID	RFK16_2	RFKTOT_2	RFKEMPF_2	BESOND_2	SETTING_2
103	1	0	0		1
107	1	0	0	Ist in der Logo. Therapieschwerpunkte: /sch/ - /s/ und Mundschluss	0
108	1	0	0		0
113	1	0	0	Telefonischer Retest	1
115	1	0	0	Retest am Telefon auf Englisch und Deutsch	1
116					
129					
130	1	0	0		
131	0	11	2	Retest per Telefon (voll-verblindet)	1
132	0	15	2	Telefonischer Retest	1
161	0	8	2		1
162	1	0	0	Retest per Telefon, teilverblindet - Kind ist weiblich (war nicht klar) - in den Angaben steht, die Mutter spreche und verstehe das Schweizerdeutsche schlecht, jedoch sprach sie meiner Meinung nach perfekt schweizerdeutsch.	1
163	1	4	2	Retest per Telefon, teilverblindet. Sagt, sie mache sich Sorgen bezüglich des Redeflusses, weil ihr Sohn manchmal Wörter auf Deutsch nicht weiss, und deshalb nicht flüssig spricht. (Einzige Frage, die mit "ja" beantwortet wurde).	1
164	1	0	0	Retest per Telefon , teilverblindet	1
165	1	0	0	Retest per Telefon , teilverblindet	1
166					
167	1	0	0	Retest per Telefon , teilverblindet	1
169					
170	1	7	2	Retest per Telefon, teilverblindet. Alle Fragen, die mit "Ja" beantwortet wurden, bezieht die Mutter auf die syntaktischen Unsicherheiten ihres Sohnes.	1
171	1	0	0	Telefonischer Retest , teilverblindet	1
172	1	3	1	Telefonischer Retest, teilverblindet zu "Reaktionen des Kindes": Das Kind schaut die Mutter an, wenn die Symptome vorkommen. Die im Rfk beschriebenen Symptome kämen aber nicht vor (daher 0 angekreuzt)	1
173	1	0	0	Telefonischer Retest, teil verblindet	1
174	1	0	0	Telefonischer Retest, teilverblindet	1
175	1	0	0	Telefonischer Retest	1
176	1	0	0	Telefonischer Retest, teilverblindet	1
177	1	1	1	Telefonischer Retest, teilverblindet (Migrationshintergrund der Bezugspersonen: kann ich nicht beurteilen; habe aber "nein" angeklickt, da man etwas anklicken muss, um weiter zu kommen)	1
178	1	0	0		
179	1	0	0	Telefonischer Retest, teil verblindet	1
180	1	0	0		
181	1	1	1	Retest per Telefon, teilverblindet	1

ID	BEOB_2	EINSCHSES_2	TESTER_2	MIGR	MIGRPRO	MIGRREZ
103	0	0	2	0		
107	0	0	2	0		
108	0	0	2	0		
113	0	0	2	1	0	0
115	0	0	2	1	2	2
116				1	1	1
129				0		
130			2	0		
131	0	0	2	0		
132	0	0	2	0		
161	0	0	2	0		
162	0	0	2	1	2	2
163	0	0	2	1	1	1
164	0	0	2			
165	0	0	2	0		
166				1	0	0
167	0	0	2	0		
169				0		
170	0	0	2	0		
171	0	0	2	0		
172	0	0	2	1	0	0
173	0	0	2	0		
174	0	0	2	0		
175	0	0	2	0		
176	0	0	2	1	1	0
177	0	0	2	0		
178				0		
179	0	0	2	0		
180						
181	0	0	2	1	1	1

ID	DIAGTEST
103	Schwere Spracherwerbsstörung, verschiedene Tests, Erstabklärung 12.11.2010
107	
108	Spracherwerbsstörung (phonetisch-phonologische und morphologisch-syntaktische Ebene, Lautinventarüberprüfung, Schubi Lautanalysetest, AWST-R, Juni 2011
113	
115	Schwere Spracherwerbsstörung, getestet nach Zollinger, 15.12.09 (getestet durch Maya Graf)
116	Spracherwerbsstörung in der Muttersprache (Wortschatz), Zweitspracherwerbsstörung, Pizzamiglio, Trog-D, AWST- R 3-5-7, 03.10.2011 durch Luzia Bayard
129	
130	
131	schwere SES, nach Zollinger, 18.10.2010
132	schwere SES, Zollinger, 27.6.2011
161	
162	Schwere phonologische Störung, Dysgrammatismus, Dyslalie, Trog-D, AWST-R PR1, Mottier, 01.10.2011
163	Dyslalie, Sulser und unleserlich "A.."-Test, 01.08.2011
164	
165	
166	Spracherwerbsverzögerung (Artikulation, Wortschatz, Grammatik), Trog-D, Bildergeschichten erzählen, Mottier-Silben,16.03.2011
167	phonologische Störung (Rückverlagerung), Schubi Artikulationstest, Spontanspracherfassung, 14.06.2011
169	
170	
171	
172	Dyslalie, Artikulationstest Sulser, August 2011
173	
174	
175	
176	Sprachentwicklungsstörung im Bereich Phonetik, Phonologie, Entwicklungsprofil nach Zollinger, Schubi Artikulationstest, 17.11.2010
177	
178	
179	
180	Störung des Zweitspracherwerbs, St.Galler Diagnoseverfahren, 17.05.2011
181	

ID	DIAGSPON
103	Schwere Spracherwerbsstörung, Januar 2011 - Dezember 2011
107	Interdentalität, August 2011 - Dez. 2011
108	Spracherwerbsstörung (phonetisch-phonologische und morphologisch-syntaktische Ebene, Lautinventarüberprüfung, Schubi Lautanalysetest, AWST-R, August 2011 - Dez. 2011
113	Ausgeprägte Interdentalität, August 2011 - Dez. 2011
115	
116	
129	Dyslalie, August 2011
130	multiple Interdentalität, 13.09.2011
131	schwere SES, 18.10.2010 bis jetzt
132	schwere SES, 27.6.2011
161	SSes mit Schwerpunkt auf phonetisch-phonologischer Ebene und morpho-syntaktischer Ebene, 24.8.10
162	schwere phonologische Störung, Jan 11 - heute
163	Dyslalie
164	keine Entwicklungsstörung, Nov 2010 bis Jan 2011
165	verzögerte Sprachentwicklung, November/Dezember 2011
166	Sprachentwicklungsverzögerung bei Zweisprachigkeit (s+sch interdental, leichte grammatische Auffälligkeiten, kleiner expressiver Wortschatz, November-Dezember 2011
167	Phonologische Störung, 14.06.2011
169	leicht SEV mit Dysgrammatismus, Mai-Juli 2010
170	
171	normale Sprachentwicklung, unauffälliges Kind, 09.12.2011
172	NS mit V2- Stellung, kleiner Wortschatz, teilweise ungenaue Aussprache, 07.12.2010
173	Dyslalie
174	verzögerte Sprachentwicklung, 2009
175	verzögerte Sprachentwicklung, 2009
176	Spracherwerbsstörung (grosse phonologische Probleme, kleiner Wortschatz (rezeptiv besser als expressiv), Sprachverständnisschwierigkeiten), August - Dezember 2011
177	Plosivierung, 17.11.2010
178	Dysgrammatismus, SEV, März bis Juni 2011
179	Sprachentwicklungsverzögerung, 18.11.2011
180	Sprachentwicklungsverzögerung, August bis September 2011
181	September- Dezember 2011

IV.II Ausgewählte Daten Fragestellung 1

ID	RFKTOT_1	DIAGTEST	DIAGSPON
103	0	0	0
107	0	0	0
108	0	0	0
113	0	0	0
115	0	0	0
116	0	0	0
129	0	0	0
130	0	0	0
131	5	0	0
132	5	0	0
161	0	0	0
162	0	0	0
163	0	0	0
164	0	0	0
165	0	0	0
166	0	0	0
167	0	0	0
169	0	0	0
170	0	0	0
171	0	0	0
172	0	0	0
173	0	0	0
174	0	0	0
175	0	0	0
176	0	0	0
177	0	0	0
178	0	0	0
179	0	0	0
180	0	0	0
181	0	0	0

IV.III Ausgewählte Daten Fragestellung 2

ID	RFKTOT_1	RFKTOT_2	ID	RFKEMPF_1	RFKEMPF_2
103	0	0	103	0	0
107	0	0	107	0	0
108	0	0	108	0	0
113	0	0	113	0	0
115	0	0	115	0	0
116	0	-	116	0	-
129	0	-	129	0	-
130	0	0	130	0	0
131	5	11	131	2	2
132	5	15	132	2	2
161	0	8	161	0	2
162	0	0	162	0	0
163	0	4	163	0	2
164	0	0	164	0	0
165	0	0	165	0	0
166	0	-	166	0	-
167	0	0	167	0	0
169	0	-	169	0	-
170	0	7	170	0	2
171	0	0	171	0	0
172	0	3	172	0	1
173	0	0	173	0	0
174	0	0	174	0	0
175	0	0	175	0	0
176	0	0	176	0	0
177	0	1	177	0	1
178	0	0	178	0	0
179	0	0	179	0	0
180	0	0	180	0	0
181	0	1	181	0	1

V Codebook

Var_name	Var_label	Codes
ID	Fallnummer Proband	
NACHN	Anfangsbuchstabe vom Nachnamen des Probanden	
VORN	Anfangsbuchstaben vom Vornamen des Probanden	
SEX	Geschlecht des Probanden	0 = männlich 1 = weiblich
MTGEB	Geburtsmonat des Probanden	
JHGEB	Geburtsjahr des Probanden	
MTERH_1	Erhebungsmonat der Ersttestung	
JHERH_1	Erhebungsjahr der Ersttestung	
RFK01_1	Ersttestung Redeflusskompass: Übergreifende Faktoren: Einstellung der Eltern	0 = ja 1 = nein
RFK02_1	Ersttestung Redeflusskompass: Übergreifende Faktoren: Allgemeine Anspannungen beim Sprechen	0 = ja 1 = nein
RFK03_1	Ersttestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Lautwiederholungen	0 = ja 1 = nein
RFK04_1	Ersttestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Silbenwiederholungen	0 = ja 1 = nein
RFK05_1	Ersttestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Wiederholungen mit veränderter Betonung oder Rhythmus	0 = ja 1 = nein
RFK06_1	Ersttestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Vokaldehnungen	0 = ja 1 = nein
RFK07_1	Ersttestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Dehnungen mit Tonhöhen- und Lautstärkenveränderung	0 = ja 1 = nein

RFK08_1	Ersttestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Pausen	0 = ja 1 = nein
RFK09_1	Ersttestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Blockierungen	0 = ja 1 = nein
RFK10_1	Ersttestung Redeflusskompass: Begleitsymptome: Mitbewegungen des Körpers	0 = ja 1 = nein
RFK11_1	Ersttestung Redeflusskompass: Begleitsymptome: Verspannungen von Lippen, Gesicht und Hals	0 = ja 1 = nein
RFK12_1	Ersttestung Redeflusskompass: Begleitsymptome: Vermeidung von Wörtern	0 = ja 1 = nein
RFK13_1	Ersttestung Redeflusskompass: Dauer	0 = ja 1 = nein
RFK14_1	Ersttestung Redeflusskompass: qualitativer Verlauf	0 = ja 1 = nein
RFK15_1	Ersttestung Redeflusskompass: quantitativer Verlauf	0 = ja 1 = nein
RFK16_1	Ersttestung Redeflusskompass: Reaktionen des Kindes	0 = ja 1 = nein
RFKTOT_1	Ersttestung Redeflusskompass: Gesamt-Punkteanzahl	
RFKEMPF_1	Ersttestung Redeflusskompass: Empfehlung und weiteres Vorgehen	0 = Keine Massnahme nötig 1 = Entwicklungsbeobachtung 2 = Weiterweisung
BESOND_1	Ersttestung Redeflusskompass: Besonderheiten bei der Durchführung	(qualitative Daten)
SETTING_1	Ersttestung Redeflusskompass: Setting	0 = Face-To-Face-Setting 1 = Telefon-Setting
BEOB_1	Ersttestung Redeflusskompass: Beobachtungszeit	0 = nein 1 = ja, wenige Minuten 2 = ja, über einige Wochen 3 = ja, über mehrere Monate
EINSCH-SES_1	Ersttestung Redeflusskompass: Möglichkeit zur Einschätzung der Sprachentwicklung	0 = nein 1 = ja aufgrund SES-Test 2 = ja, aufgrund Spontansprache 3 = aufgrund SES-Test und Spontansprache
TESTER_1	Ersttestung Redeflusskompass:	1 = Kinderärztin

	Fachbereich der Testerin	2 = Logopädin 3 = Erzieherin 4 = Heilpädagogin 5 = Spielgruppenleiterin 6 = andere
MTERH_2	Erhebungsmonat der Retestung	
JHERH_2	Erhebungsjahr der Retestung	
RFK01_2	Retestung Redeflusskompass: Übergreifende Faktoren: Einstellung der Eltern	0 = ja 1 = nein
RFK02_2	Retestung Redeflusskompass: Übergreifende Faktoren: Allgemeine Anspannungen beim Sprechen	0 = ja 1 = nein
RFK03_2	Retestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Lautwiederholungen	0 = ja 1 = nein
RFK04_2	Retestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Silbenwiederholungen	0 = ja 1 = nein
RFK05_2	Retestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Wiederholungen mit veränderter Betonung oder Rhythmus	0 = ja 1 = nein
RFK06_2	Retestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Vokaldehnungen	0 = ja 1 = nein
RFK07_2	Retestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Dehnungen mit Tonhöhen- und Lautstärkenveränderung	0 = ja 1 = nein
RFK08_2	Retestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Pausen	0 = ja 1 = nein
RFK09_2	Retestung Redeflusskompass: Art der Symptomatik: Blockierungen	0 = ja 1 = nein
RFK10_2	Retestung Redeflusskompass: Begleitsymptome: Mitbewegungen des Körpers	0 = ja 1 = nein
RFK11_2	Retestung Redeflusskompass: Begleitsymptome: Verspannungen von Lippen, Gesicht und Hals	0 = ja 1 = nein
RFK12_2	Retestung Redeflusskompass: Begleitsymptome: Vermeidung von Wörtern	0 = ja 1 = nein

RFK13_2	Retestung Redeflusskompass: Dauer	0 = ja 1 = nein
RFK14_2	Retestung Redeflusskompass: qualitativer Verlauf	0 = ja 1 = nein
RFK15_2	Retestung Redeflusskompass: quantitativer Verlauf	0 = ja 1 = nein
RFK16_2	Retestung Redeflusskompass: Reaktionen des Kindes	0 = ja 1 = nein
RFKTOT_2	Retestung Redeflusskompass: Gesamt-Punkteanzahl	
RFKEMPF_2	Retestung Redeflusskompass: Empfehlung und weiteres Vorgehen	0 = Keine Massnahme nötig 1 = Entwicklungsbeobachtung 2 = Weiterweisung
BESOND_2	Retestung Redeflusskompass: Besonderheiten bei der Durchführung	
SETTING_2	Retestung Redeflusskompass: Setting	0 = Face-To-Face-Setting 1 = Telefon-Setting
BEOB_2	Retestung Redeflusskompass: Beobachtungszeit	0 = nein 1 = ja, wenige Minuten 2 = ja, über einige Wochen 3 = ja, über mehrere Monate
EINSCH-SES_2	Retestung Redeflusskompass: Möglichkeit zur Einschätzung der Sprachentwicklung	0 = nein 1 = ja aufgrund SES-Test 2 = ja, aufgrund Spontansprache 3 = aufgrund SES-Test und Spontansprache
TESTER_2	Retestung Redeflusskompass: Fachbereich der Testerin	1 = Kinderärztin 2 = Logopädin 3 = Erzieherin 4 = Heilpädagogin 5 = Spielgruppenleiterin 6 = andere
MIGR	Migrationshintergrund Bezugspersonen	0 = nein 1 = ja
MIGRPRO	Einschätzung Sprachkompetenz der Bezugspersonen mit Migrationshintergrund: Produktion	0 = eher gut 1 = mittelmässig 2 = eher schlecht
MIGRREZ	Einschätzung Sprachkompetenz der Bezugspersonen mit Migrationshintergrund: Verstehen	0 = eher gut 1 = mittelmässig 2 = eher schlecht
DIAGTEST	Logopädische Diagnose aufgrund SES-Test: - Diagnose bzw. Ergebnis des SES Testes	(qualitative Daten)

	- Name des SES-Testes - Testungsdatum	
DIAGSPON	Logopädische Diagnose aufgrund Spontanspracheinschätzung: -Diagnose -Zeitraum oder Datum der Spontanspracherhebung	(qualitative Daten)
DIAGTEST (quantitativ)	Logopädische Diagnose mit Redeflussauffälligkeiten aufgrund SES-Test	0 = nein 1 = ja
DIAGSPON (quantitativ)	Logopädische Diagnose mit Redeflussauffälligkeiten aufgrund Spontanspracheinschätzung	0 = nein 1 = ja