

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Studiengang Logopädie 1518

Bachelorarbeit

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

Ein Vergleich des Standes der Literatur und der diagnostischen Realität

Eingereicht von:

Denise Jauslin

Anja Keller

Begleitung:

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

Abgabetermin:

25. Mai 2018

Abstract

Die Verbale Entwicklungsdyspraxie ist eine seltene und umstrittene Sprechstörung. Die Symptomatik ist sehr heterogen und es gibt im deutschsprachigen Raum keine standardisierten Diagnostikmaterialien. Dementsprechend ist die Diagnostik eine herausfordernde Angelegenheit in der Praxis. Die vorliegende Bachelorarbeit gibt einen Überblick über den aktuellen Stand in der Literatur und die Herangehensweise von Fachpersonen. Nebst der Literaturrecherche wurden zwei Fachpersonen des Kinderspitals Zürich und 255 Logopäden aus der Deutschschweiz zum Thema Diagnostik von VED befragt. Das Ergebnis zeigt, dass die Literatur viele Empfehlungen zum Vorgehen gibt, aber keine eindeutige Abgrenzung zu anderen Sprechstörungen liefert. Dies führt zu grossen Unsicherheiten bei den praktizierenden Logopäden. Weiterer Forschungs- und Aufklärungsbedarf auf diesem Gebiet ist gegeben.

Danksagung

Beim Verfassen dieser Arbeit wurden wir von zahlreichen Personen unterstützt.

Ein großes Dankeschön gilt unserer Begleitperson Jürgen Steiner, der stets für Fragen zur Verfügung stand.

Besonders möchten wir uns bei Herrn Dr. O. Jenni, Leiter Entwicklungspädiatrie Kinderspital Zürich und Frau B. Ernst, Abteilungsleiterin Logopädie Kinderspital Zürich für das spannende und informative Interview bedanken.

Unser Dank gilt weiter dem Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) für die Weiterleitung unserer Umfrage an alle Mitglieder.

Wir danken auch herzlich all den 255 Logopädinnen und Logopäden, die an unserer Umfrage teilgenommen und uns so viele wertvolle Daten ermöglicht haben.

Auch danken wir unseren Familien und Freunden, welche uns bei jedwedem Anliegen zur Seite standen.

Hinweise zur Verfassung

Die gesamte Bachelorarbeit wurde von den zwei Verfasserinnen Denise Jauslin und Anja Keller gemeinsam erarbeitet. Daher sind die Kapitel nicht auf die drei Autorinnen zugeteilt worden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Problemdefinition	1
1.2 Forschungsleitende Fragen.....	1
1.3 Vorgehen und Aufbau	2
2. VED in der Literatur	3
2.1 Definition und Begrifflichkeit.....	3
2.2 Ätiologie	4
2.3.Symptomatik	4
2.3.1 Allgemein sprachliche Merkmale	4
2.3.2 Allgemeine Merkmale der Frühentwicklung	6
2.3.3 Mögliche Begleitsymptome	6
2.4. Diagnostik	7
2.4.1 Empfohlene Vorgehensweise im deutschen Sprachraum	7
2.4.2 Differentialdiagnostik	12
2.4.3 Standardisierte und normierte Verfahren aus dem englischsprachigen Raum	14
2.4.4 Auswahl verschiedener veröffentlichter Checklisten	15
3. Methoden	16
3.1 Erhebungsmethoden.....	16
3.2 Aufbereitungsmethoden	16
4. Ergebnisse	18
4.1 Ergebnisse Interview.....	18
4.2 Ergebnisse der Online-Umfrage.....	24
4.2. Persönliche Angaben der Teilnehmenden	24
4.2.2 Fragen zur VED.....	24
4.2.3 Diagnostik von VED.....	26
4.3 Vergleich und Interpretation	28
4.3.1 Vergleich Literatur und Befragung/Interpretation?.....	28
4.3.2 Beantwortung der Fragestellungen	31
5. Diskussion.....	33
5.1 Wichtige Erkenntnisse.....	33
5.2 Kritische Reflexion	34
5.3 Praxisrelevanz und Ausblick	35
6. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	37
6.1 Abbildungsverzeichnis	37
6.2 Tabellenverzeichnis	37

7. Literaturverzeichnis	38
8. Anhang.....	39

1. Einleitung

1.1 Problemdefinition

Der englische Begriff “Developmental Articulatory Dyspraxia” wurde Anfang der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts von Muriel Morley zum ersten Mal verwendet. Sie beschreibt damit eine kleine Gruppe sprachgestörter Kinder, deren Symptomatik sehr den Symptomen der erworbenen Sprechapraxie im Erwachsenenalter ähnelt. Es entstanden diverse Synonyme wie “Developmental Apraxia of Speech, Developmental Verbal Apraxia” und “Childhood Apraxia of Speech”. Im deutschen Sprachraum wird allgemein von “Verbaler Entwicklungsdyspraxie (VED)” gesprochen.

Trotz dieser vielen Bezeichnungen fand diese neue Klassifikation nicht überall in der Fachwelt anklang. Es wurde kontrovers über die Existenz dieser Störung diskutiert und obwohl mehrere Jahrzehnte seit der Erstbenennung vergangen sind, finden sich erschreckend wenig Literatur und neue Erkenntnisse zu diesem Thema. Diesem Problem liegt zugrunde, dass zum einen nur eine kleine Minderheit der Kinder davon betroffen ist und zum anderen das breite Spektrum an Symptomen eine genaue Diagnostik erschweren.

1.2 Forschungsleitende Fragen

Diese Arbeit befasst sich mit der Diagnostik von VED und ihrem heutigen Standpunkt. Die Arbeit vergleicht, wie das Vorgehen in der Literatur beschrieben wird und wie die Logopäden/Logopädinnen in der realen Praxis handeln, wenn bei einem Kind der Verdacht einer verbalen Entwicklungsdyspraxie besteht. Es stellt sich die Frage:

Was sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten des Standes der Literatur und der Praxis beim Thema *Diagnostik VED*?

Zur Beantwortung müssen die beiden folgenden Punkte geklärt werden:

1. *Wie ist der Stand der Diagnostik von VED in der (aktuellen) Literatur?*
2. *Wie wird Diagnostik bei VED in der realen/breiteren Praxis gemacht?*

Spannend ist nun die Überlegung:

3. *Wie soll auf diese Unterschiede eingegangen werden? Wo müssen in der Praxis Änderungen in der Diagnostik von VED vorgenommen werden?*

Diesen Fragen wird in dieser Arbeit nachgegangen und das Problem der Diagnostik bei VED wissenschaftlich erörtert.

1.3 Vorgehen und Aufbau

Die Ergebnisse einer intensiven Literaturrecherche werden in einem ersten Teil beschrieben und zusammengefasst. Er enthält eine allgemeine Definition von VED, es wird kurz auf die Ätiologie und die Symptomatik eingegangen, der Hauptaspekt liegt bei der Diagnostik. Welche diagnostischen Tools nennt die Fachliteratur? Wie soll bei der Diagnosestellung vorgegangen werden? Dem zweiten Teil liegen ein Interview mit zwei Fachpersonen und eine Online-Umfrage mit Logopäden und Logopädinnen aus der ganzen Schweiz zugrunde. Der Vergleich von Literatur und Praxis soll kritische Fragen wie "Wo stehen wir heute mit der Diagnostik von verbaler Entwicklungsdyspraxie?" oder "Bedarf es Änderungen in der Vorgehensweise der Diagnostik von verbaler Entwicklungsdyspraxie?" beantworten.

2. VED in der Literatur

2.1 Definition und Begrifflichkeit

Ganz grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass es sich bei der verbalen Entwicklungsdyspraxie um die entwicklungsbedingte Analogie zur Sprechapraxie bei erwachsenen Patienten handelt (vgl. Dannenbauer, 1999, S.3). Das heisst, dass die Reifungsprozesse des kindlichen Gehirns beeinträchtigt sind, was zu einer gestörten Entwicklung der Planungsmuster für Sprechbewegungen führt (vgl. Schulte-Mäter, 2009a, S. 265). Mit anderen Worten geht es um eine Störung der sich entwickelnden Sprache. Auch wenn die verbale Entwicklungsdyspraxie mit Gehörschäden, funktionalen organischen Schäden oder geistigen Behinderungen zusammen auftreten kann, sind diese anderen Störungen nicht die Ursache für die VED (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S.22).

Meyer et al. (2012) haben eine Definition der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) ins Deutsche übersetzt. Hier ein Ausschnitt davon: "Die verbale Entwicklungsdyspraxie (VED) beschreibt eine neurologische Sprechstörung im Kindesalter, bei der Präzision und Kontinuität der zum Sprechen benötigten Bewegungsabläufe gestört sind, ohne dass neuromuskuläre Defizite (z.B. pathologische Reflexe, veränderter Tonus) vorliegen. [...] Die Kernsymptome umfassen die Planung und Programmierung zeitlich-räumlicher Bewegungsabläufe und führen zu fehlerhafter Lautproduktion und Prosodie." (Meyer et al. 2012) Die meisten in der Literatur zu findenden Definitionen sprechen von einer Störung der willkürlichen Sprechbewegungen und viele gehen von einer Störung der Programmierung des Sprechvorgangs aus (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S.23).

Es gibt keine einheitliche Terminologie. In der englischsprachigen Literatur findet man unter anderem die Bezeichnungen Developmental verbal dyspraxia (DVD), developmental apraxia of speech (DAS) und childhood apraxia of speech (CAS) (vgl. Cummings, 2008, S.26). Im Deutschen spricht man sowohl von der kindlichen Sprechapraxie als auch von verbaler Entwicklungsdyspraxie (VED). Zur Vereinfachung wird in der folgenden Arbeit immer der Begriff verbale Entwicklungsdyspraxie respektive deren Abkürzung benutzt.

2.2 Ätiologie

In der Fachliteratur findet man wenig Informationen bezüglich der Ätiologie dieser Störungsbildes. Es gibt wenig Forschung darüber und deshalb nur vage Aussagen und Hypothesen (vgl. Schulte-Mäter, 2014, S.183f.). Die meistdiskutierten Ansätze sind neurologische, genetische und metabolische Ursachen. Im Gegensatz zur erworbenen Sprechapraxie sind bei der verbalen Entwicklungsdyspraxie bis heute keine hirnorganischen Läsionen nachweisbar und es treten lediglich leichte neurologische Auffälligkeiten (z.B. irreguläres EEG) auf vgl. Schulte-Mäter, 1996, 2014, S. 183f.). Auch eine genetische Ursache wird häufig diskutiert (vgl. Schulte-Mäter, 2014, S.183f.). Vargha-Khadem et. al haben 1998 die umfassendste Dokumentation über eine betroffene Familie, die sogenannte KE-Familie, veröffentlicht. Dabei sind 15 von 31 Familienmitglieder von einer Sprechapraxie und bukkofazialer Apraxie seit dem Kindesalter betroffen. Dabei wurde das FOXP2- Gen entdeckt, welches autosomal dominant vererbt wird. Eine Mutation dieses Gens hatte die gestörte Sprachentwicklung zur Folge. Des Weiteren zählt eine Galaktosämie, eine Störung des Milchzuckerstoffwechsels bedingt durch die Mutation des GALT-Gens, als Risikofaktor für eine VED (vgl. Schulte-Mäter, 2014, S.183f.).

2.3.Symptomatik

Die Literatur bietet eine Vielzahl an charakteristischen Merkmalen, welche eine VED kennzeichnen. Dieses Kapitel bietet eine Zusammenfassung der meistgenannten.

2.3.1 Allgemein sprachliche Merkmale

In der Literatur wird auf die verschiedenen für VED typischen **Lautbildungsfehler** eingegangen. Hier sind Substitutionen und Elisionen (hauptsächlich am Wortanfang) vorherrschend (vgl. Schulte-Mäter, 2009a, S. 268). Bei den Lautsubstitutionen sind betroffene Merkmale die Stimmhaftigkeit (Vertauschung von stimmhaften & stimmlosen Lauten), der Artikulationsmodus (Lenisierung bzw. Fortisierung von Plosiven und Frikativen) und besonders die Artikulationsstelle (vg. Schulte-Mäter, 2009a, S.268). Die Aussprache von Kindern mit VED weist wesentlich häufiger nebst Entstellungen und Ersetzungen von Konsonanten auch solche von Vokalen und Diphtongen auf als diejenige von Kindern mit verzögerter Artikulationsentwicklung (vgl. Dannenbauer, 1999, S. 5).

Ein weiteres häufig genanntes und prägnantes Merkmal ist die **Inkonsistenz der Fehler**. Die Lautbildungsfehler sind sehr variabel und folgen keinem Muster. Dannenbauer schreibt dazu: "Das Fehlermuster ist meist sehr vielfältig und inkonsistent (erratische Fehler) und lässt kaum eine klare Systematik erkennen." (Dannenbauer, 1999, S. 5).

Zwei der am meist genannten Merkmale sind laut Cummings die Suchbewegungen und die Schwierigkeiten mit der Lautsequenzbildung (vgl. Cummings, 2008, S. 252).

Sprechversuche werden oft von tastenden **Suchbewegungen** (groping) oder einem lautlosen, angestregten "in Stellung gehen" (silent posturing) der Artikulationsorgane begleitet. Diese sind vor oder während der Äußerung beobachtbar, jedoch lange nicht bei allen Kindern mit VED vorhanden (vgl. Schulte-Mäter, 2009a, S. 269 & Dannenbauer, 1999, S. 5).

Kinder mit VED zeigen oftmals auch **Schwierigkeiten mit Lautsequenzbildungen**. Diese zeigen sich vor allem in Form von Perseverationen, Umstellungen, Einfügungen und Prolongationen von Lauten. Häufig sind auch die Verschmelzung und Reduktion von ganzen Konsonantengruppen (vgl. Dannenbauer, 1999, S. 5). Eine reduzierte diadochokinetische Rate ist auch Ausdruck dieser Schwäche (vgl. Schulte-Mäter, 2009a, S. 268).

Auch die **Prosodie** weist Defizite auf. "Prosodic disturbances, particularly anomalies of stress, have been frequently reported in studies of children with DVD." schreibt etwa Cummings (2008, S. 251) dazu, was auf Deutsch soviel heisst, dass vor allem von Anomalien in der Betonung häufig in Studien berichtet wird. Dannenbauer (1999, S.6) erklärt, dass "Verschiebungen des Hauptakzents von Wörtern und Phrasen, vor allem auch ein monotones Sprechen aufgrund fehlender Differenzierung der Silbengewichte (equal stress) (...)" als typisches Symptom gesehen werden.

Es besteht ein **Zusammenhang zwischen der Äußerungslänge und der Fehlerquote**. Mit zunehmender Komplexität der Lautstruktur und der Länge der Äußerung nehmen die Fehler unproportional zu. Durch Erhöhung des Automatisierungsgrades nimmt die Fehlerquote jedoch wieder ab und eine mehrheitlich konstante Realisierung der Zieläusserung wird möglich (vgl. Schulte-Mäter, 2009a, S. 269).

2.3.2 Allgemeine Merkmale der Frühentwicklung

Schulte-Mäter nennt mögliche frühe Hinweise auf eine VED. Kinder mit VED wurden von den Eltern oft als “stille Babys” beschrieben und hätten keine oder sehr reduzierte Lallproduktionen gezeigt. Weiter fiel bei vielen ein extrem später Sprechbeginn oder kaum Konsonanten in den ersten Lautproduktionen auf (Vokalsprache). Auch alternative Kommunikationsversuche über Gestik, Mimik und Stosslaute, sowie der “Verlust” bereits erworbener Laute oder Wörter können frühe Merkmale einer VED sein. Weiter werden Probleme mit der Nahrungsaufnahme im Säuglings- und Kleinkindalter (orale Dyspraxie) und Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung (Entwicklungsdyspraxie der Gliedmassen) genannt (vgl. Schulte-Mäter, 2015, S. 127).

2.3.3 Mögliche Begleitsymptome

Als mögliche Begleitsymptome zählt Schulte-Mäter folgende drei Punkte auf:

- orale Dyspraxie (auch buccofaciale oder glossolabiale Apraxie/Dyspraxie genannt)
- Entwicklungsdyspraxie der Gliedmaßen (häufig Handmotorik)
- Sekundärsymptomatik wie z.B. gestörte Phonation, Sprechatmung, Intonation oder Prosodie

(Schulte-Mäter, 2015, S. 127).

2.4. Diagnostik

Die diagnostische Zielsetzung ist bei der verbalen Entwicklungsdyspraxie die gleiche, wie bei der Sprechapraxie im Erwachsenenalter. Es geht darum das Störungsbild so genau wie möglich zu beschreiben, die daraus folgenden kommunikativen Einschränkungen zu erfassen und geeignete Therapiemaßnahmen abzuleiten (vgl. Schulte-Mäter, 2009b, S. 291). Eine Spontansprachanalyse ist für Schulte-Mäter (2009b, S.298) unverzichtbar.

Trotz der vielen charakteristischen Merkmalen, gestaltet sich eine klare Diagnostik von VED als schwierig. Besonders die Differentialdiagnostik zu phonologischen Störungen und zur kindlichen Dysarthrie stellt eine Herausforderung dar, für die oftmals mehr als nur eine Sitzung nötig ist (vgl. Schulte-Mäter, 2009b, S. 294). Erschwerend hinzu kommt, dass es im Deutschen bislang kein standardisiertes Untersuchungsverfahren gibt (Jahn 2007, S. 39).

2.4.1 Empfohlene Vorgehensweise im deutschen Sprachraum

Birner-Janusch (2010, S. 89-94) gibt in ihrem Buch einen Vorschlag zum Vorgehen bei der Diagnostik. Diese Empfehlung wird im folgenden Abschnitt wiedergegeben und mit Meinungen anderer Autoren ergänzt. Wichtig ist anzumerken, dass keiner der folgenden Bereiche als ausschließliche Kennzeichnung einer verbalen Entwicklungsdyspraxie zu werten ist. Vielmehr liefern sie alle Hinweise auf dieses komplexe Störungsbild (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S.81-116).

Anamnese

Da bereits in der frühkindlichen Entwicklung erste Hinweise auf eine VED existieren können, ist eine ausführliche Anamnese wichtig. Die Eltern sollen möglichst genaue Angaben zur motorischen, sozialen und kommunikativen Entwicklung geben (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 90).

Bei der Sprachanamnese können der Verlauf der Lallphase und Informationen über den Sprechbeginn Anzeichen einer VED liefern (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S. 81-83). Kinder mit VED können kommunikative Kinder sein, trotz ihrer schlechten expressiven Fähigkeiten. Beim Kind kann sich Frustration bemerkbar machen, wenn die Kommunikation nicht gelingt. Die Kinder versuchen sich mit vielen Gesten verständ-

lich zu machen, die Eltern müssen jedoch häufig als Übersetzer fungieren (vgl. Cummings, 2008, S. 254-259).

Auch sollten in einem Anamnesegespräch Fragen zu genetischen und metabolischen Auffälligkeiten geklärt werden. Ganz wichtig ist die Abklärung und gegebenenfalls Ausschließung einer bestehenden Hörstörung, einer allgemeinen Intelligenzminderung, einer kraniofazialen Störung oder einer emotionalen Störung.

Neuromotorische Entwicklung

Hier gilt es in Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen wie Kinderarzt bzw. Neuropädiater, Physio- und Ergotherapie abzuklären ob und inwiefern gleichzeitig eine Gliedmaßenapraxie besteht und wie die neuromotorische Entwicklung des Kindes im Allgemeinen ist. Um eine kindliche Dysarthrie auszuschließen sollten die Mundhöhle und die Artikulatoren auf Tonus und Beweglichkeit untersucht werden. Eine bukkofaziale Apraxie wird ausgeschlossen durch Überprüfung serieller, nichtsprachlicher Mundbewegungen (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 90).

Verhältnis zwischen rezeptiver und expressiver Sprachentwicklung

Birner-Janusch (2010) schreibt:

“Eine kindliche Sprechapraxie kann nur dann diagnostiziert werden, wenn die Sprachverständnisseleistungen des Kindes deutlich besser sind als seine expressiven Möglichkeiten” (S. 90).

Hierzu kann man mit einem normierten Test sowohl die expressiven wie auch rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten des Kindes überprüfen. Auch Cummings findet, dass Defizite in den Bereichen Phonologie, Syntax, Semantik und Pragmatik mittels standardisierten Tests ermittelt werden. Es sollte überprüft werden, ob Diskrepanzen zwischen den expressiven und rezeptiven Leistungen existieren. Oft sind die expressiven Fähigkeiten deutlich schlechter (Cummings, 2008, S. 255).

Konsistenzermittlung und Fehlerquote

Auch wenn es wissenschaftlich noch nicht bewiesen ist, halten viele Autoren Lautbildungsfehler für ein Hauptsymptom einer VED (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S. 84-86). Um die in Kapitel 2.3 beschriebenen Symptome (wie z.B. phonologische Prozesse, Lautverlängerungen, Laut- und Silbenwiederholungen, Metathesen, Stimmhaftigkeits-

fehler, Artikulationsfehler bei Vokalen und Diphtongen, etc.) zu erfassen, werden *Benennungstests* durchgeführt (vgl. Birner-Janusch, 2010, S.90).

Die Inkonstanz der Fehler ist eines der charakteristischen Merkmale der Sprechdyspraxie, welches in einer von Schulte-Mäter (1996) zitierten Umfrage von 30 australischen Sprachpathologen genannt wurde (S.98). Um die Konsistenz der Fehler zu überprüfen empfiehlt Birner-Janusch (2010, S. 90) den 25-Wörter-Test im Rahmen der Psycholinguistischen Analyse kindlicher Sprechstörungen (PLAKSS, Fox, 2005). Der Test besteht aus 25 Bildkarten, welche vom Kind dreimal, nicht direkt aufeinander, benannt werden sollen. Werden 40 % der Items nicht konsistent produziert, hat das Kind laut Fox eine inkonsequente phonologische Störung. Ob es sich allenfalls jedoch um eine verbale Entwicklungsdyspraxie handelt muss anhand der beschriebenen Symptomatik weiter geprüft werden (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 90-91).

Des Weiteren beschreibt Birner-Janusch (2010) drei Analyseverfahren zur Konsistenz der Artikulation von Vokalen in Wörtern vor (vgl. S. 90).

1. Ermittlung des Prozentsatzes inkorrekt produzierter Produktionen

Formel: $(\text{Anzahl der Fehler} / \text{Anzahl aller Produktionen}) \times 100 = \text{Prozentsatz inkorrekt produzierter Produktionen}$ (Birner-Janusch, 2010, S. 91).

2. Ermittlung der generellen Konsistenz des Fehlertyps

Formel: $(1 - (\text{Anzahl der unterschiedlichen Fehlertypen} / \text{Anzahl der fehlerhaften Produktionen})) \times 100 = \text{Prozentsatz der Konsistenz des Fehlertyps}$ (Birner-Janusch, 2010, S. 91).

3. Konsistenz des am häufigsten gemachten Fehlertyps

Formel: $((\text{Anzahl des häufigsten Fehlertyps} - 1) / (\text{Anzahl der fehlerhaften Produktionen} - 1)) \times 100 = \text{Prozentsatz der Konsistenz des am häufigsten gemachten Fehlertyps}$ (Birner-Janusch, 2010, S. 92).

Je inkonsistenter der Fehlertyp, desto wahrscheinlicher ist eine VED. Mit anderen Worten, je niedriger der Wert bei Punkt 3 ist, desto eher handelt es sich um einen Fall von verbaler Entwicklungsdyspraxie. Für diese Werte sollten mindestens 25 Wörter je dreimal benannt werden. Je grösser die Anzahl der Produktionen, desto

aussagekräftiger sind die ermittelten Werte (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 92). Schulte-Mäter (1996) weist ihrerseits auf Meinungen anderer Autoren hin, die der Meinung sind, Ursache für die Inkonsistenz sei häufig der Versuch einer Selbstkorrektur (S. 98).

Durchführung von Nachsprechaufgaben

Bei den Nachsprechaufgaben wird zwischen vier Aufgabentypen unterschieden.

1. Ermittlung des Vokalrepertoires durch Nachsprechen
2. Ermittlung des Konsonantenrepertoires durch Nachsprechen
3. Nachsprechen von Pseudowörtern
4. Nachsprechen von Wörtern

Bei den ersten drei Aufgabentypen wird auch gleich die Konsistenz überprüft, indem sie je vier Mal wiederholt werden.

Beim Nachsprechen von nicht sinntragendem Material wie Vokalen, Konsonanten, Silben und Pseudowörtern zeigen betroffene Kinder oft Schwierigkeiten. Wie Abbildung 1 zeigt, steht nach Stackhouse und Wells (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 85) das motorische Programmieren im Zentrum, wobei meist nicht auf ein bereits vorhandenes motorisches Programm zurückgegriffen werden kann (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 85-87; 92 f.).

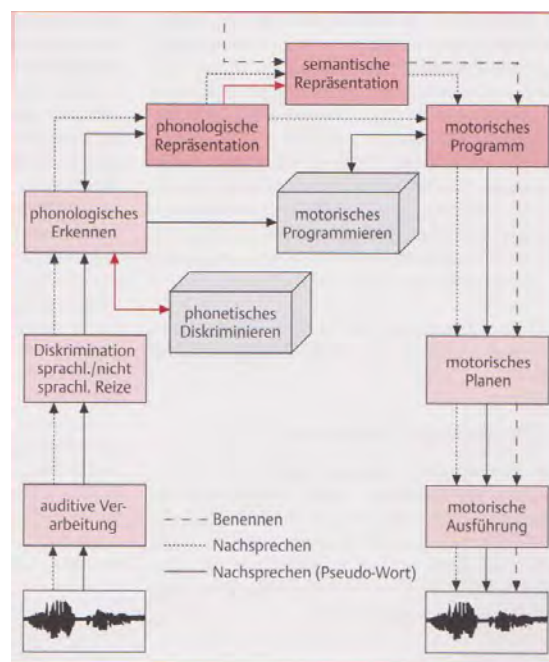


Abbildung 1 Sprachverarbeitungsmodell nach Stackhouse und Wells (Birner-Janusch, 2010, S.85)

Ermittlung der diadochokinetischen Rate

Die diadochokinetische Rate bezeichnet die maximale Wiederholungsgeschwindigkeit bei wechselnden Silbenfolgen (pa-ta-ka) (vgl. Birner-Janusch, 2010, S.93). Mehrere Studienberichte dokumentieren die Schwierigkeiten, die sprechapraktische Kinder mit dem Wiederholen von Lautsequenzen haben. Daraus resultiert eine langsame orale diadochokinetische Rate (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S. 103).

Tabelle 1 (aus Birner-Janusch, 2010, S. 94) zeigt die vier Bereiche die im Rahmen der Ermittlung der diadochokinetischen Rate dokumentiert werden sollen. Laut Thoonen et al. spricht ein gewichtetes Ergebnis von 2 oder größer für eine verbale Entwicklungsdyspraxie. Die fettgedruckten Werte sind besonders wichtig (vgl. Birner-Janusch, 2010, S.94).

Tabelle 1 Sprechapraxie-Score nach Thoonen et al. (Birner-Janusch, 2010, S.94)

	Gewichtetes Ergebnis		
	0	1	2
1. Sequenz korrekt? (pa-ta-ka)	Möglich		Nicht möglich
2. maximale Geschwindigkeit (pa-ta-ka) (Silbenzahl pro s)	$\geq 4,4$	3,4 – 4,4	< 3,4
3. Anzahl der Versuche (maximal 3, dann Abbruch)	≤ 2	> 2	
4. maximale Frikativhaltedauer (in s) auf [f], [s] und [z] und einen Atemzug	$\geq 11,0$	< 11,0	

Automatisierte Sprache

Birner-Janusch (2010) schreibt: “Wenn das Sprechen beim Zählen konsistenter ist, als bei spontanen Äußerungen, beim Benennen oder in der gelenkten Rede, so ist dies ein weiterer Hinweis auf eine kindliche Sprechapraxie” (S. 94).

Mit anderen Worten, ist die Produktion bei automatisierten Äusserungen konsistenter als bei spontanen, ist dies ein möglicher Hinweis auf eine VED (vgl. Birner-Janusch, 2010, S.94).

Prosodie

Bei den diagnostischen Kriterien der verbalen Entwicklungsdyspraxie wird oft auch auffällige Prosodie genannt (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S. 104). Auffälligkeiten der

Lautstärke, des Tonhöheverlaufs und der Wort- und Satzakzentuierung werden oft bei Kindern mit VED beobachtet (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 94). Es gibt die Theorie, dass diese Störungen "Konsequenzen des Suchens nach dem richtigen Positionieren der Artikulationsorgane ..." seien (Schulte-Mäter, 1996, S. 105).

Weitere Beobachtungen

Bei einer Abklärung sollte auch darauf geachtet werden, ob das Kind Suchbewegungen bei der Spontansprache zeigt. Schulte-Mäter hält in ihrem Buch fest, dass eine Umfrage mit 30 australischen Sprachpathologen ergab, dass Suchbewegungen von allen Befragten immer mit Sprechdyspraxie assoziiert wurden (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S.102). Sie müssen nicht vorhanden sein, jedoch wenn sie es sind, können sie einen Verdacht erhärten (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S. 101).

Manche Autoren weisen noch auf syntaktische Auffälligkeiten und auf allgemeine Lernschwierigkeiten, vor allem Lese- und Rechtschreibschwächen, bei sprechpraktischen Kindern hin. Die Zusammenhänge zwischen VED und diesen Auffälligkeiten sind jedoch noch nicht ausreichend belegt (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S. 111-116).

2.4.2 Differentialdiagnostik

Man muss die verbale Entwicklungsdyspraxie gegenüber anderen verwandten Störungen abgrenzen und differentialdiagnostisch unterscheiden. Da sich aber kein eindeutiges Symptomschema erstellen lässt, ist dies schwierig (vgl. Schulte-Mäter, 1996, S.116). Besonders schwierig ist die Unterscheidung zwischen der kindlichen Dysarthrie, der phonologischen Störung und der VED (vgl. Dannenbauer, 2000, S. 10).

Abgrenzung zur kindlichen Dysarthrie

Die Abgrenzung zwischen VED und kindlicher Dysarthrie lässt sich gemäss Schulte-Mäter (2009b, S. 295) relativ sicher feststellen. Der Dysarthrie liegen muskuläre Steuerungsprobleme zugrunde, welche durch die Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems entstehen. Kennzeichnend dafür sind ein veränderter Muskeltonus (Hypoton, Hyperton), eine Verlangsamung und Schwäche der Sprechbewegungen und auch Dyskoordination. Die Definitionen der verbalen Entwicklungsdyspraxie schließen jedoch einen veränderten Tonus, Muskelschwäche, Verlangsamung oder Dyskoordination im Sinne einer Ataxie aus. Mischformen der beiden Stö-

rungen können jedoch vorkommen (vgl. Birner-Janusch, 2010, S. 96-97). Cummings (2008, S.) und Schulte-Mäter (2009b, S. 295) empfehlen den orofazialen Bereich auf funktionale organische Schäden (z.B. Muskelschwächen, Fehlbildungen) oder *neuromuskuläre Defizite* (z.B. Lähmungen) zu untersuchen.

Abgrenzung zur phonologischen Störung

Die Abgrenzung zur phonologischen Störung ist schwierig, da sich die Symptomatik oft überschneidet. Sowohl Birner-Janusch (2010, S.97) als auch Schulte-Mäter (S.295-296) heben einige Punkte hervor, die sich zur Differentialdiagnose eignen.

- Suchbewegungen der Artikulatoren
- Hoher Anteil an Lautbildungsfehlern, vor allem bei zunehmender Komplexität der Äußerungen
- grosse Schwierigkeiten artikulatorisch komplexe Lautfolgen zu produzieren
- Vokalfehler
- prosodische Auffälligkeiten
- reduzierte diadochokinetische Rate
- Fehlerinkonsistenz

Schulte-Mäter (2009b, S.296-297) hat die drei Störungsbilder (VED, kindliche Dysarthrie und phonologische Störung) und deren Symptome in einer Tabelle (vgl. Tabelle 2) als Orientierungshilfe zusammengefasst.

Tabelle 2 Vergleich der Störungsbilder nach Schulte-Mäter (2009b, S.296-297 S. 13

Symptom	Verbale Entwicklungsdyspraxie	Kindliche Dysarthrie	Phonologische Störung
Schwäche, Dyskoordination oder Lähmung der Sprechmuskulatur	nein	ja	nein
Inkonsistenz der Lautbildungsfehler (z.B. kann dasselbe Wort unterschiedlich artikuliert werden)	ja	nein	möglich, aber konstantes phonologisches Fehlkonzept (phonolog. Prozesse)

Symptom	Verbale Entwicklungsdyspraxie	Kindliche Dysarthrie	Phonologische Störung
Art der Lautbildungsfehler und Wortformveränderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Lauteinschübe • Vokal-/Diphthongveränderungen • Substitutionen • Elisionen (Wortanfang am häufigsten betroffen) • Metathesen • Additionen • Prolongationen • Reduktion von Konsonantenverbindungen • Laut- und Silbenwiederholungen • Vereinfachungen von Wortformen • Perseverationen 	Distorsionen vorherrschend	<ul style="list-style-type: none"> • Substitutionen • Elisionen (Wortende am häufigsten betroffen) • Additionen • Reduktion von Konsonantenverbindungen
Bei zunehmender Wort-/ Satzlänge	Anstieg der Fehlerquote	Abnahme der Deutlichkeit	Keine Veränderung
Hochfrequente automatisierte Äusserungen	gelingen besser	keine signifikante Verbesserung	keine signifikante Verbesserung
Prosodie, Sprechgeschwindigkeit, Rhythmus und Betonung	ggf. beeinträchtigt (in der Bemühung um korrekte Artikulation)	entsprechend der Art der Dysarthrie beeinträchtigt	nicht beeinträchtigt
Tonhöhen- und Lautstärkekontrolle	eingeschränkte Modulation möglich	beeinträchtigt	unbeeinträchtigt
Stimmqualität	raue, heisere Stimmgebung möglich	entsprechend der Art der Dysarthrie beeinträchtigt	unbeeinträchtigt

2.4.3 Standardisierte und normierte Verfahren aus dem englischsprachigen Raum

Im englischen Sprachraum existiert eine Reihe an Untersuchungsverfahren für VED, welche teilweise auch in der deutschen Literatur Erwähnung finden. So zum Beispiel der VMPAC (Verbal Motor Production Assessment for Children) und der STDAS-2 (Screening Test for Developmental Apraxia of Speech - 2nd Edition) (Birner-Janusch, 2010, S.88-89).

Die meisten dieser Tests haben eine Diagnostik oder zumindest ein Screening zum Ziel. Teilweise sind sie standardisiert und teils normiert.

Es gibt verschiedene Studien zur Validität und Reliabilität der verschiedenen Verfahren zum Beispiel von Gubiani et al. (2015) oder McCauley und Strand (2008).

McCauley und Strand (2008) untersuchten 6 auf dem englischen Markt verfügbare Tests auf ihre Aussagekraft hin. Das Ergebnis war sehr ernüchternd:

“Only the VMPAC provided norms that were adequately described. None of the tests provided clearcut behavioral standards on which to base decisions regarding treatment planning or change in performance over time. The VMPAC came closest of any of the tests to meeting operational definitions for the adequacy of its reliability information but did not meet them due to a lack of statistical detail.”

Der Grund für das schlechte Abschneiden der meisten Untersuchungsverfahren war die ungenaue Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer und der Methoden.

Somit stellen diese ersten (teils)standardisierten Verfahren eine gute Basis für weitere Forschung dar, sind für die Praxis jedoch noch nicht genügend weit entwickelt für eine eindeutige Diagnose von VED (vgl. McCauley & Strand, 2008, S.7-8). Zu einem ähnlichen Schluss kommen auch Gubiani et al. in ihrer Studie.

2.4.4 Auswahl verschiedener veröffentlichter Checklisten

Schulte-Mäter (1996, S. 116-126) stellt in ihrem Buch Checklisten verschiedener Autoren mit den charakteristischen Merkmalen verbaler Entwicklungsdyspraxie vor, die weitere Anhaltspunkte bei der Diagnostik liefern können:

- Auflistung der Charakteristika nach ARAM und NATION (1982)
- Kriterien für die verbale Entwicklungsdyspraxie nach STACKHOUSE (1992a)
- Die verbale Entwicklungsdyspraxie als eine multidimensionale Störung nach OZANNE (1995)

3. Methoden

3.1 Erhebungsmethoden

Um herauszufinden, wie die Diagnostik von VED in der Schweiz in der Praxis gemacht wird, wurden verschiedene Methoden verwendet. Wir entschieden uns einerseits ein Interview mit Fachpersonen durchzuführen und andererseits eine Online-Umfrage unter Praktikerinnen zu machen, um ein möglichst breites Bild zu erhalten. Zuerst wurden Experten gesucht, die bereit sind, ein Interview zu diesem Thema zu geben. Dr. Oskar Jenni, Leiter Entwicklungspädiatrie am Kinderspital Zürich, und Frau B. Ernst, Abteilungsleiterin Logopädie am Kinderspital Zürich, waren so freundlich, sich dafür zur Verfügung zu stellen. Für das Interview wurde ein Fragenkatalog zusammengestellt, der den beiden im Voraus zugestellt wurde. Es waren Fragen dabei zur Symptomatik von VED, zur Prävalenz, zur Vorgehensweise bei einer Verdachtsdiagnose und zu bestehenden Diagnostikverfahren. Nach der Durchführung des Interviews wurden die Fragen für die teilstandardisierte Online-Umfrage zusammengestellt, die wir mit Google Forms erstellt haben. Da wir einen Ist-Zustand erfassen wollen, ist eine einmalige Erhebung geplant. Diese betrafen die Bereiche Bekanntheit der Störung, Prävalenz und Diagnostik. Zusätzlich wurde gefragt, wie lange die Teilnehmenden schon als Logopädin tätig sind und in welchem Bereich, um die Antworten besser einordnen zu können. Um möglichst viele Logopäden und Logopädinnen der Deutschschweiz zu erreichen (angestrebt ist ein $n \geq 100$), haben wir den Link zur Online-Umfrage durch den Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband DLV an dessen Mitglieder verschickt. Die Auswahlkriterien betrafen die Sprache. Eingeschlossen wurden nur deutschsprachige Therapeut/innen, welche in der Schweiz berufstätig sind. Logopäden/Logopädinnen, welche im ausschließlich Erwachsenenbereich tätig sind, wurden von der Umfrage ausgeschlossen.

3.2 Aufbereitungsmethoden

Das Interview wird mittels Audioaufnahmegerät aufgenommen und anstatt einer vollständigen Transkription wird eine Zusammenfassung mit induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2015) anhand der Audioaufnahme gemacht. Da sich Frau Ernst und Dr. Jenni in vielen Dingen ergänzten oder übereinstimmten, wurden ihre Aussagen gemeinsam zusammengefasst, anstatt sie getrennt auszuwerten. Zuerst wurden alle inhaltstragenden und relevanten Äusserungen in einer Tabelle aufgeschrieben

und mit Zeitmarken und Nummern versehen. Als nächstes wurden die Aussagen verkürzt und paraphrasiert, um anschliessend eine generalisierte Aussage zu formulieren. Die Generalisierungen wurden gesichtet und doppelte Nennungen herausgestrichen. Im gleichen Schritt wurden auch Aussagen gestrichen, die für die Fragestellung der Arbeit nicht relevant waren. Die übrigen Phrasen wurden verdichtet und zu zehn Kategorien zusammengefasst.

Die Daten aus der Fragebogenerhebung werden in tabellarischer Form dargestellt. Alle Kommentare werden wortwörtlich in die Tabelle übernommen. Die Angaben wie zum Beispiel Arbeitsort, Dienstjahre, Anzahl Fälle von VED etc. werden in numerischen Werten erfasst und mit Hilfe von Excel ausgewertet. Wo es sinnvoll ist werden die Daten als Diagramme dargestellt. Die offenen Fragen werden qualitativ ausgewertet. Die Texte werden miteinander verglichen und Gemeinsamkeiten, sowie Unterschiede in einem Fliesstext wiedergegeben.

4. Ergebnisse

4.1 Ergebnisse Interview

In der Auswertung des Interviews wurde der Inhalt der Aussagen von Frau Ernst und Dr. Jenni in zehn Kategorien zusammengefasst, die in Tabelle 3 aufgelistet sind. Einige Kategorien beinhalten untergeordnete Punkte, während andere als einzelne Aussagen eine eigene Kategorie bilden. Das widerspiegelt in etwa auch das Gewicht, das die einzelnen Themen während des Interviews erhielten. Grundsätzlich decken sich die Kategorien mit den Themen, zu denen wir Fragen gestellt haben. Das waren Prävalenz, Symptomatik, Vorgehensweise bei der Verdachtsdiagnose VED und bestehende Diagnostikverfahren. Während des Interviews kam noch das Thema *Sinn der Diagnosenennung* dazu. Nachfolgend wird auf die Kategorien einzeln eingegangen.

In der Kategorie eins werden die Prävalenz sowie die Existenz des Störungsbildes angesprochen. Es gibt die klare Aussage, dass VED eine seltene Störung ist. Aufgrund dieser Seltenheit gepaart mit der Heterogenität des Störungsbildes wird die Existenz von VED immer wieder angezweifelt. Dr. Jenni vergleicht VED mit der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung ADHS und der Autismusspektrumsstörung ASS. Alle drei sind Konstrukte und eine Kombination aus verschiedenen Symptomen, bei denen es kein klares Kriterium gibt, anhand dessen man die Störung diagnostizieren kann. Diese Spannweite des Störungsbildes verursacht, dass die Existenz umstritten ist.

Passend zu diesem Thema betrachtet die Kategorie zwei, die Problematik der Differentialdiagnostik. Gerade weil es keine eindeutigen differentialdiagnostischen Marker gibt, ist es umso wichtiger, dass man die Gesamtentwicklung der Kinder betrachtet. So sollten zum Beispiel neurologische Störungen oder allgemeine Entwicklungsauffälligkeiten weiter abgeklärt werden. Wenn nun tatsächlich keine eindeutige Nennung der Diagnose möglich ist, das Kind aber doch einige Symptome zeigt, so kann man stattdessen das Störungsbild und die Symptomatik beschreiben. Falls es eine therapeutische Intervention gibt, kann die Therapeutin ihre Therapie nach der Beschreibung der Symptomatik ausrichten und so eine spezifische Therapie durchführen.

Wie zuvor schon erwähnt, kam während des Interviews das Thema „Sinn“ der Diagnosenennung auf, welches in der Kategorie drei zusammengefasst ist. Frau Ernst und Dr. Jenni berichteten beide, dass sich ihre Meinung bezüglich dieses Themas in ihrer Berufslaufbahn verändert hat. Sie sehen es heute nicht mehr schwarz-weiss, sondern eher in Graubereichen. Das heisst, dass sie eine Diagnose stellen oder weglassen, je nachdem was im Kontext Sinn macht. Wichtig zu unterscheiden ist natürlich, wem gegenüber die Diagnose genannt wird. So sind sie vor allem in Bezug auf Eltern zögerlicher und bevorzugen eine Beschreibung der Symptome. Viele Eltern können nichts mit dem Namen der Diagnose anfangen und es macht ihnen eher Angst, als dass es hilft. Gegenüber anderen Fachpersonen wie zum Beispiel der behandelnden Therapeutin, würden sie ihren Verdacht äussern oder im Bericht erwähnen, dass das Kind dyspraktische Anteile zeigt und ein Verdacht auf verbale Entwicklungsdyspraxie besteht. Es gibt aber auch Kriterien, die für eine Nennung der Diagnose sprechen. Wenn der Befund klar und eindeutig ist, kann für die Eltern ein eindeutiger Namen auch eine Erleichterung sein. Gerade bei verbaler Entwicklungsdyspraxie kann die Diagnose helfen, die langfristigen Auswirkungen und Perspektiven zu bedenken, da eine Therapie ein langwierigerer Prozess ist als bei „normalen“ Aussprachestörungen. Hier kommen auch kompensatorische Massnahmen zum Zug, bei denen es noch mehr Mut braucht, sie in der Praxis einzusetzen. Zweitens hilft es, eine spezifische Therapie für das Kind zu planen. Bei VED wird ein ganz anderer Therapieansatz verfolgt wie bei einer phonologischen Störung. Und drittens ist die Diagnose manchmal lediglich ein Mittel zum Zweck, nämlich um die Massnahmen zu sichern. Mit einem klaren Namen für eine Störung ist das einfacher, als wenn nur die Symptome beschrieben werden.

Des Weiteren wurde angesprochen, dass die Diagnose VED eine Erklärung für fehlende Therapiefortschritte gibt, wenn Therapiemethoden einer klassischen phonetisch-phonologischen Störung angewandt werden. Auch wenn es die Eltern und die Therapeutin entlasten kann, so soll es gleichzeitig ein Appell sein, sich mehr mit dem Störungsbild auseinanderzusetzen. Es widerspiegelt auch die Tatsache, dass VED eine seltene und eher unbekannte Störung ist in der Praxis

In Kategorie fünf wird auf die Vorgehensweise bei einer Verdachtsdiagnose eingegangen. Gerade weil VED ein heterogenes Störungsbild ist, ist die Diagnose schwierig zu nennen, was Praktiker/innen vor eine Herausforderung stellen kann. Als eines

der wichtigsten Tools nennt hier Frau Ernst die Intervision, sei das durch eine interne Kollegin, den interdisziplinären Austausch oder eine Zweitmeinung von aussen.

Weil so viele Fragen zu diesem Störungsbild bestehen und die Diagnose eine umfassende interdisziplinäre Abklärung erfordert, haben wir die Frage gestellt, wer befugt ist die Diagnose VED zu stellen. Die klare Antwort war, dass jede diplomierte Logopädin das machen darf.

Tabelle 3 Zusammenfassung des Interviews in Kategorien

1	VED ist eine seltene Störung, doch sie existiert. → Aufgrund der Heterogenität wird sie häufig angezweifelt.
2	Es gibt keine eindeutigen differentialdiagnostischen Merkmale, da die Störung sehr heterogen ist, was eine spezifische Diagnose schwierig macht. → Man muss die Gesamtentwicklung des Kindes betrachten. → Wenn keine eindeutige Diagnose möglich ist, kann auch eine Beschreibung des Störungsbildes hilfreich sein um eine spezifische Therapie zu ermöglichen.
3	Die Diagnose soll man nur nennen, wenn es im Kontext Sinn macht. → Viele Eltern wollen und brauchen sie nicht, Fachpersonen profitieren eher von einer Nennung. → Die Diagnose kann Erleichterung für den Umgang mit der Störung bringen. → Sie ermöglicht eine spezifische Therapie. → Sie sichert Massnahmen. → Sie zeigt die Perspektiven auf (langfristige/lebenslange Störung). → Aufgrund der Perspektive sollten Logopädinnen auch bei jüngeren Schulkindern mehr Mut zu kompensatorischen Massnahmen zeigen. Das gilt auch für schwere SES.
4	Die Diagnose soll keine Ausrede für fehlende Therapiefortschritte sein, sondern vielmehr eine Aufforderung, sich mit dem Störungsbild auseinanderzusetzen. → Es kann für die Therapeutin durchaus eine entlastende Begründung sein für fehlende Fortschritte.
5	Bei Unsicherheiten in der Diagnose ist eine Intervision als erstes Tool hilfreich.
6	Die Diagnose VED darf jede diplomierte Logopädin stellen.
7	Die Zuweisung ist kantonale unterschiedlich: → Am Kinderspital richtet vor allem durch den Pädiater. → Von einer Logopädin im Kanton richtet meist nur wenn sie nicht weiterkommt und eine Einschätzung der Gesamtentwicklung braucht, oft auch bei älteren Kindern. → Ausserkantonale Anfragen nur wegen Schluckstörungen. → Ausserkantonale Anfragen wegen SES nur über den Pädiater.

	→ Die Frage der Kosten ernahme ist auch bei ausserkantonalen Anfragen ein wichtiger Punkt.
8	Das Kinderspital Zürich macht Erstabklärungen, deshalb gibt es nur Verdachtsdiagnosen und keine umfassende logopädische Abklärung.
9	<p>Es gibt keine deutschsprachigen, standardisierten Tests zur Abklärung von VED.</p> <p>→ Die vorhandenen Checklisten sind aufwändig und unrealistisch für den Einsatz im Frühbereich, sondern eher für ältere Kinder geeignet.</p> <p>→ Es muss auf einzelne Instrumente zugegriffen werden, die auch widersprüchliche Resultate liefern können.</p> <p>→ Die Theorie gibt nur Vorschläge zur Auswahl der Instrumente, die man in der Praxis abwägen muss.</p> <p>→ Widersprüchliche Resultate müssen im Gesamtkontext betrachtet werden für eine Diagnose.</p> <p>→ Englischsprachige oder hochdeutsche Tests bedürfen einer Anpassung für das Schweizerdeutsche.</p> <p>→ Idealerweise hat man einen 2. Abklärungstermin, um die Aussprache genauer abzuklären, wenn ein Verdacht auf VED besteht.</p>
10	Auch wenn Forschungsbedarf besteht, so sind die fehlende Machbarkeit und die kleine Gruppe Betroffener, Gründe, anderen Projekten und Themen Priorität zu geben.

Eine weitere Frage, die in der Kategorie sieben thematisiert wird, war, wie die Fälle an das Kinderspital Zürich als eines der wichtigsten Zentren gelangen. Hier gilt wie bei allem, dass es je nach Kanton unterschiedlich ist. Kinder aus dem Kanton Zürich werden meistens über den Pädriater an die Entwicklungspädiatrie des Kinderspitals Zürich weiterverwiesen. Auch Logopädinnen kontaktieren die Fachstelle, jedoch handelt es sich dabei meistens um Fälle von älteren Kindern, bei denen es keine Fortschritte in der Therapie gibt. Die Logopädinnen erhoffen sich von der erneuten Abklärung ein umfassenderes Bild der Gesamtentwicklung des Kindes. Sie soll helfen andere neurologische Probleme oder Entwicklungsstörungen, die den Therapiefortschritt beeinträchtigen könnten, auszuschliessen.

Bei all diesen Anfragen ist ein wichtiger Punkt, wer die Kosten für die Abklärungen trägt. Gerade die Kostenfrage und natürlich die allgemein kantonal organisierten Behörden sind Gründe, weshalb es wenige ausserkantonale Anfragen gibt. Laut Dr. Jenni und Frau Ernst betreffen diese meist den Fachbereich der Schluckstörungen. Kinder aus anderen Kantonen mit einer Sprachentwicklungsstörung kommen eher

selten zur Entwicklungspädiatrie, da die Fachstelle in anderen Kantonen unter Logopädinnen weniger bekannt ist als mögliche Anlaufstelle. Es sind eher Pädiater, die den Kontakt kennen und weiterempfehlen. Bei ausserkantonalen Anfragen ist natürlich immer auch die Frage, wer die Kosten übernimmt zentral, da jeder Kanton eigene Abläufe und Regelungen kennt.

Des Weiteren haben wir Fragen zum Ablauf der Diagnostik gestellt, deren Antworten in den Kategorien acht und neun zusammengefasst werden. Uns wurde erklärt, dass die Logopädie am Kinderspital Zürich nur Erstabklärungen macht und man nicht von einer umfassenden logopädischen Diagnostik sprechen kann, die eine klare Diagnose zulässt. So wird in Bezug auf VED eine Verdachtsdiagnose ausgesprochen, die im späteren Verlauf von der behandelnden Therapeutin weiter überprüft und verhärtet oder verworfen werden muss.

Dann werden in Kategorie neun die vorhandenen Diagnostikmaterialien besprochen. Es ist festzustellen, dass es keine standardisierten deutschsprachigen Tests zur Diagnostik von VED gibt. Es gibt verschiedene Checklisten, die einen Ablauf vorschlagen und die betreffenden Bereiche abdecken. Als Beispiel wurde die Checkliste von Lauer und Birner-Janusch angeschaut. Sie ist jedoch aufwändig und nach Frau Ernst somit für den Frühbereich ungeeignet, da die geforderte Konzentration und Aufmerksamkeit Kleinkinder überfordert. Für ältere Kinder können sie aber ein guter Leitfaden für die Diagnostik sein. Es gibt mehrere englischsprachige Tests, so der „Screening Test for Developmental Apraxia of Speech“ (STDAS-2) von Blakeley aus dem Jahr 2001 und das „Verbal Motor Production Assessment for Children“ (VMPAC) von Hayden und Square von 1999. Von beiden Tests gibt es keine deutsche Fassung, was die Umsetzung erschwert und die Standardisierung und Repräsentativität einschränken. Frau Ernst spricht auch an, dass die Anpassung von Tests an das Schweizerdeutsche eine Grundproblematik ist, die sich durch die gesamte Logopädie zieht, und dass die VED eine Spektrumsstörung ist. Auch hier tritt wieder der Vergleich mit ADHS zutage. Bei beiden Störungen gibt es nicht den einen Test, sondern viele verschiedene Instrumente, deren man sich bedienen kann. Die Theorie liefert hier Vorschläge, welche man einsetzen kann und soll, doch in der Praxis muss die Logopädin entscheiden, was im spezifischen Fall angemessen und sinnvoll erscheint. Ein weiteres Problem ist, dass sich die Ergebnisse der verschiedenen Diagnoseinstrumente widersprechen können und so das diffuse Bild der Störung noch

verwirrender gestalten. In diesem Fall ist es wichtig, den Gesamtkontext zu betrachten und schliesslich zu entscheiden, macht die Diagnose in diesem Kontext Sinn oder nicht. Auf die Frage, wie ihr gewünschter Ablauf einer Diagnostik aussehen würde, meinte Frau Ernst, dass es einen zweiten Termin bräuchte, um die Aussprache genauer abzuklären, wenn im Verlauf der ersten Sitzung der Verdacht auf VED aufgetreten ist. Diese zweite Sitzung wäre dann die Gelegenheit, um anhand der Checklisten spezifische Aufgaben durchzuführen, um die betroffenen Bereiche und Symptome einer VED durchzugehen und die Diagnose somit zu erhärten oder zu verwerfen. Im praktischen Alltag ist dieses Vorgehen leider nicht umsetzbar, da die Ressourcen dafür fehlen.

Zuletzt haben wir nach dem Handlungsbedarf in der Forschung gefragt, welcher in Kategorie zehn thematisiert wird. Frau Ernst und Dr. Jenni stimmten überein, dass es sicherlich interessant wäre, Forschung zu diesem Thema zu betreiben um mehr Erkenntnis zu erhalten. Die Machbarkeit einer Studie zu VED ist aber stark eingeschränkt, da es methodisch schwierig ist, die Gruppe der Betroffenen sehr klein ist und die zeitlichen und finanziellen Ressourcen nicht vorhanden sind. Die Relevanz für die Praxis ist im Gegensatz zu anderen Themen wie der Mehrsprachigkeit nicht sehr gross und hat keine Priorität. Alles in allem haben hier andere Projekte eine viel bessere Chance, für eine Durchführung ausgewählt und finanziert zu werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Heterogenität des Störungsbildes stark betont wurde und daraus folgend auch die Schwierigkeit, überhaupt eine Diagnose stellen zu können. Zudem wurde der Sinn einer Diagnosenennung hinterfragt und kritisch beäugt. So kann man nicht von einer generellen Regelung sprechen, sondern sollte individuell entscheiden, was in einzelnen Fall angemessen ist und der Situation am meisten dient. Kriterien, die hierfür betrachtet werden können, sind die Entlastung oder Belastung für die Eltern, die Konsequenzen für eine Therapie und die Kostengutsprache von Massnahmen. Zum spezifischen Ablauf der Diagnostik kann gesagt werden, dass eine einzelne Sitzung dafür nicht ausreicht und dass es nach wie vor an deutschsprachigen Materialien fehlt. Die vorhandenen Materialien und Instrumente sollen mit Bedacht eingesetzt und die Ergebnisse immer im Gesamtkontext betrachtet werden. Insgesamt hat das Thema zu wenig Relevanz und die Störung ist zu selten, als dass eine Investition in mehr Forschung absehbar wäre.

4.2 Ergebnisse der Online-Umfrage

4.2. Persönliche Angaben der Teilnehmenden

An der Online-Umfrage nahmen insgesamt 255 Logopäden und Logopädinnen aus insgesamt 21 Schweizer Kantonen teil. Die Teilnehmenden aus dem Kanton Zürich bilden mit 29 % die Mehrheit, gefolgt von den Bernern mit 14 % und jenen aus dem Aargau mit 10 %.

Die Frage seit wie vielen Jahren sie als Logopäde/Logopädin tätig sind, antwortete die grosse Mehrheit mit „seit mehr als 10 Jahren“ (59 %). Nur 3% der Befragten sind seit weniger als einem Jahr tätig. Die 1 bis 5 Jahre und 5 bis 10 Jahre im Beruf Arbeitenden sind mit je ca. 20% vertreten.

Befragt wurden Personen welche in einer Regelschule angestellt sind (60%), die im Frühbereich tätig sind (20%), die in einer Sonderschule (15%) beschäftigt sind und welche, die im klinischen Bereich (5 %) viel mit Kindern arbeiten. Knapp ein Drittel der Befragten gab zudem an, in verschiedenen Institutionen zu arbeiten (zum Beispiel: Teilpensum an einer Regelschule und eigene Praxis im Frühbereich).

4.2.2 Fragen zur VED

VED im Studium

Rund 51 % gaben an, in ihrem Studium kurz das Thema behandelt zu haben. Der Begriff “kurz” kann unterschiedlich aufgefasst werden. Die detaillierteren Antworten dazu reichten von “einem Artikel im Selbststudium lesen”, einer “Blockvorlesung an einem Tag” bis hin zu einem “halben Semester”.

Viele haben sich nach dem Studium selber noch vertiefter mit der Thematik auseinandergesetzt, indem sie Fachliteratur lasen oder Weiterbildungen besuchten. Das machten auch Jene, die im Studium keinen Input zum Thema VED hatten (rund 37% der Befragten). Verschiedene Fortbildungen (zum Beispiel bei A. Schulte-Mäter) wurden in den Kommentaren genannt.

Die Minderheit bilden diejenigen, die angaben, sich ausführlich im Studium mit der Thematik beschäftigt zu haben (7%) und jene, die noch gar nie von diesem Störungsbild gehört haben (5%). Bei den Erstgenannten waren sowohl Langzeittätige (mehr als 10 Jahre) als auch welche die erst seit wenigen Jahren arbeiten dabei.

Noch nie von VED gehört zu haben, gaben hauptsächlich Logopäden und Logopädinnen an, die seit mehr als 10 Jahren arbeiten.

Prävalenz & Alter

Wie Abbildung 2 zeigt waren die meisten der Befragten im Laufe ihrer Berufstätigkeit mit 1-2 Fällen (41%) oder mit 3-5 Fällen (31%) konfrontiert. Inbegriffen in diesen Zahlen sind nicht nur die diagnostizierten Fälle, sondern auch die Verdachtsdiagnosen.

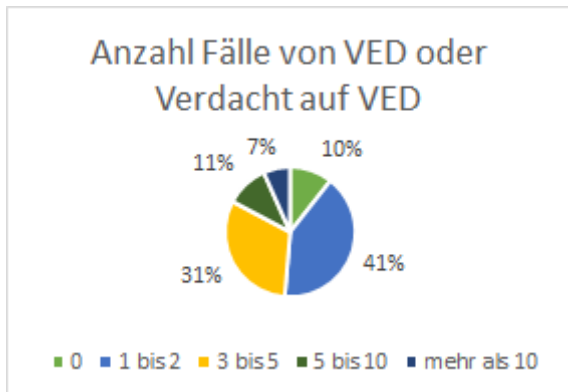


Abbildung 3 Ergebnisse Online-Umfrage zur Anzahl Fälle von VED

Die 7% die mehr als 10 Kinder mit VED/Verdacht auf VED behandelten, sind alle seit mehr als 10 Jahren berufstätig. Des weiteren gaben die meisten an, diese Fälle innerhalb der letzten zehn oder mehr Jahre gehabt zu haben.

Die (Verdachts-)Diagnose VED wurde bei den Kindern in verschiedensten Altersgruppen gestellt. Viele wurden im Alter von 5;0 und älter auffällig. Sie zeigen zum Beispiel trotz langer Therapie nur wenige Fortschritte. Im Frühbereich ist es bei den 2;0-3;11 Jährigen Kindern oft noch schwierig eine ausführliche Diagnostik durchzuführen und auch bei den 4;0 - 4;11 Jährigen wird oft nur ein Verdacht geäußert. Teilweise kam der Verdacht auch erst im Nachhinein, nach Abschluss der Therapie auf.

Fachpersonen

Mehr als die Hälfte (62%) der Umfrageteilnehmer/innen gab an, bereits andere Fachpersonen in einem Verdachtsfall beigezogen zu haben. Nur knapp 30% verneinten diese Frage und rund 11% konnten keine Angaben machen, da sie noch nie einen Fall von VED hatten.

Als Gründe, wieso keine Fachpersonen zur Abklärung beigezogen wurden, nannten die Befragten, dass die Diagnose bereits vor der Therapieübernahme des Kindes gestellt worden ist oder dass keine Fachperson bekannt sei.

Fachpersonen, die um Hilfe gebeten wurden, waren hauptsächlich Arbeitskollegen/-kolleginnen und Intervisionsgruppen/ Q-Zirkel. Weiterbildungen und deren Kursleiter/innen sind auch beliebte Anlaufstellen. Viele liessen die Kinder aber auch beim Kinderarzt oder im Kinderspital, beim Entwicklungspädiater oder Entwicklungsneurologen abklären. Auch der Phoniater, HNO- und ORL-Arzt wurden erwähnt. Mehrfach aufgezählt wurden auch die Ergo- und Physiotherapie, die Heilpädagogen/innen und heilpädagogischen Früherzieher/innen, der Schulpsychologische Dienst und die Psychomotoriktherapie.

4.2.3 Diagnostik von VED

Bei der Frage, welche diagnostischen Tools den Befragten bekannt seien und welche sie schon verwendet haben, gab es fünf Auswahlmöglichkeiten (Mehrfachauswahl möglich). Zur Auswahl standen die beiden Teilstandardisierten englischen Verfahren Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS-2, Blakeley, 2001) und VMPAC (Verbal Motor Production Assessment for Children, Hayden und Square, 1999), sowie der Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Birner-Janusch, 2010), die Option eigene Checkliste/eigenes Vorgehen oder die Möglichkeit keine der genannten Optionen.

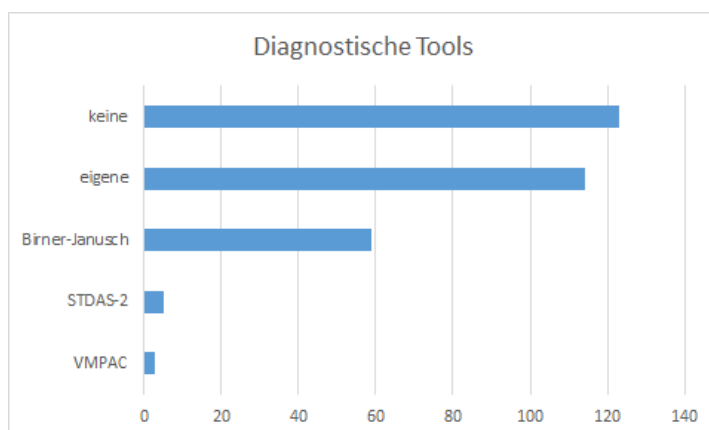


Abbildung 4 Verteilung der Antworten zu den Diagnostischen Tools

Nur einer kleinen Minderheit waren die beiden englischen Verfahren bekannt, oder hat diese schon mal eingesetzt. Die Erfahrungen mit dem VMPAC waren soweit positiv und auch der STDAS-2 wurde als "gutes Screening" bezeichnet. Eine Person gab

an, nur Teile der Tests verwendet zu haben und eine andere nutzte diese als zweite Absicherung um einen Verdacht / einer Diagnose von VED zu erhärten bzw. zu verwerfen.

Der Diagnostikbogen kindlicher Sprechapraxie von Birner-Janusch (2010) erfreut sich größerer Beliebtheit im deutschsprachigen Raum. Mehr als die Hälfte der Befragten kennen ihn oder haben ihn schon durchgeführt. Die Bewertungen waren unterschiedlich, wobei der Ton generell eher positiv ist. Er wurde als umfassend und gut umsetzbar beschrieben. Mit ihm werde alles Relevante überprüft und er helfe bei der Diagnosefindung. Negativ bewertet wurde, dass er sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und dass nicht alle Aufgaben mit jungen Kindern im Frühbereich durchführbar sind. Auch blieben oft Unsicherheiten bezüglich der Diagnose nach der Durchführung.

Die 123 Personen, die die Option keine der genannten gewählt haben, setzen sich zusammen aus solchen, die noch nie eine VED-Diagnostik gemacht haben und solchen die ein anderes Tool benutzen. Sehr oft genannt wurde der Prüfbogen des Therapiekonzepts *VEDiT* von A. Schulte-Mäter. Mit ihm wurden gute Erfahrungen gemacht. Positiv ist, dass mit *VEDiT* auch gleich ein Therapiekonzept vorhanden ist. Am zweithäufigsten wurde die Checkliste des Therapiekonzepts *KoArt* von Becker-Redding in Anlehnung an Darley Mayo Clinic USA genannt. Manche nutzen ein eigenes Tool nach Studer-Eichenberger oder die *maximum performance tasks* der Sprechmotorik (MPT) und das Flussdiagramm zur Diagnosefindung von sprechmotorischen Störungen nach Thonen et al. 1999.

Viele Logopäden und Logopädinnen haben sich anhand der vorhandenen Checklisten und Weiterbildungen eigene Vorgehensweisen zusammengestellt. Dabei stellen sie sich Fragen wie:

- Ist die Sprechbewegungsplanung betroffen?
- Wie ist die Motorik und die auditive Wahrnehmung allgemein?
- Wie sind die Nachsprechleistungen?
- Zeigt das Kind Suchbewegungen?
- Könnte es sich um eine kindliche Dysarthrie handeln? Oder eine Phonologische Störung? u.v.m.

Um diese Fragen zu beantworten, führen sie mit den Eltern ein Anamnesegespräch durch, stellen dem Kind Imitationsaufgaben, ermitteln die diadochokinetische Rate, machen eine Spontansprachanalyse und untersuchen die Inkonsistenz der Fehler. Viele veranlassen auch weitere, neurologische und entwicklungspädiatrische Untersuchungen, sowie Hörabklärungen am Spital.

Trotzdem bleiben viele Unsicherheiten. Das Wort "unsicher" wiederholt sich in etlichen Kommentaren. Mehrere Logopäden und Logopädinnen schrieben, sie fühlten sich nicht kompetent genug die Diagnose VED zu stellen. Auch vermeiden sie es, eine Enddiagnose zu formulieren und äußern lieber nur den Verdacht.

Viele entscheiden sich, ihr Vorgehen an den besuchten Weiterbildungen zu orientieren und eine Person schreibt, dass "Weiterbildung zu diesem Thema sehr erwünscht" sei.

4.3 Vergleich und Interpretation

4.3.1 Vergleich Literatur und Befragung/Interpretation?

Für die Umfrage und das Interview wurden ähnliche Fragen zusammengestellt, die dann noch auf das jeweilige Zielpublikum angepasst wurden. So überschneiden und ergänzen sich die beiden Teile. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengetragen und damit verglichen, was die Literatur dazu sagt. Anschließend nehmen wir auf unsere ursprünglichen Fragestellungen Bezug und beantworten diese.

Prävalenz

Sowohl im Interview als auch in der Umfrage wurde deutlich, dass VED eine seltene Störung ist. Auch in der Literatur wird die Seltenheit immer wieder thematisiert. Viele der Befragten haben in ihrer Berufslaufbahn zwischen 1 bis 5 Kinder mit der Verdachtsdiagnose VED gehabt. Je länger man tätig ist, desto eher wird man mit dem Thema verbale Entwicklungsdyspraxie konfrontiert. So haben einige seit über 10 Jahre arbeitende Logopäden und Logopädinnen auch bereits mehr als 10 Fälle erlebt. Diese bilden jedoch eine Ausnahme.

Es gibt auch Therapeuten/-innen die in über zehn Jahre nie ein Kind mit VED hatten. Dies könnte aber auch daran liegen, dass das Störungsbild "Verbale Entwicklungs-

dyspraxie” bis heute umstritten und nicht allen ein Begriff ist. So schreibt eine Person:

“Ich habe meinen Weg [der Diagnostik, Anm. d. Ver.] - und zwar einen sehr guten-gefunden, wenn auch ohne diese drei Buchstaben versehen.”

Dies ist ein Beispiel dafür, dass auch ohne Benennung des Störungsbildes Diagnostik und Therapie möglich sein können. Dr. Jenni bestärkt diese Annahme mit der Meinung, dass eine Diagnosenennung nicht immer nötig sei.

Symptomatik

Es existiert ein breites Spektrum an Symptomen jedoch keine eindeutigen differentaldiagnostischen Merkmale. Dies wird deutlich wenn man einen Blick in die Literatur wirft. Auch das Interview mit Dr. Jenni und Frau Ernst bestätigen das. Dies erschwert die Diagnostik und verunsichert viele Logopäden und Logopädinnen.

Vorgehensweise in der Diagnostik

Im Kinderspital Zürich werden nur Erstabklärungen gemacht. Die Diagnostik von VED ist jedoch umfangreich und fordert mehrere Termine. Deshalb können die Ergebnisse der Umfrage und des Interviews nicht direkt miteinander verglichen werden.

Der Einbezug von anderen Fachpersonen ist bei beiden positiv aufgenommen worden. So haben mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen der Umfrage sich bei einem Verdacht an andere Fachpersonen gewendet. Auch im Kinderspital werden Intervention und interdisziplinärer Austausch befürwortet. Überraschend ist, dass in der Literatur nur die Überprüfung des Gehörs und die neurologische Abklärung erwähnt wird. Vor allem auf die Inter- und Supervision wird während der Ausbildung explizit hingewiesen und als wichtige Ressource gepriesen. Da eine Mehrheit der Befragten dies bereits anwendet, bedarf es wahrscheinlich keiner expliziten Erwähnung für die Diagnostik von VED.

Die meisten Befragten benützen für die Diagnostik keine standardisierten Tests, die ins Deutsche übersetzt werden müssen. Es wird vielmehr mit deutschsprachigen Checklisten gearbeitet, die entweder anhand der Literatur selber entwickelt, komplett von einem Autor übernommen oder für den eigenen Gebrauch abgewandelt werden. Die Checkliste von Birner-Janusch wurde unter den Teilnehmern der Online-Umfrage

mehrfach positiv erwähnt. Es gab aber auch mehrere Personen, die mit Frau Ernst übereinstimmen, dass die Checkliste aufwändig und deshalb mit kleineren Kindern nicht komplett durchführbar ist. Unter den Befragten waren auch der Prüfbogen des Therapiekonzepts VEDiT von A. Schulte-Mäter und die Checkliste des Therapiekonzepts KoArt von Becker-Redding beliebt. Es sind also mehrere Checklisten aus der Literatur bekannt und werden verwendet. Die meisten Personen geben an, diese durch Selbststudium und Weiterbildungen zu kennen. Es braucht demzufolge Eigeninitiative und auch die Ressourcen, sich in diesem Bereich weiterzubilden, damit eine fundierte Diagnostik möglich ist. Rein anhand der Literatur bleiben noch viele Unsicherheiten zurück. Eine persönliche Weiterbildung ist empfehlenswert, um Sicherheit zu gewinnen, auch wenn sie zeit- und kostenintensiver ist.

Nennung der Diagnose

Jede/r diplomierte Logopädin und Logopäde ist befugt die Diagnose "verbale Entwicklungsdyspraxie" zu stellen. Das war die klare Aussage von Frau Ernst und Herrn Jenni. Trotzdem scheuen viele der Befragten diesen Terminus. Sie umschreiben lieber das Störungsbild oder äussern nur einen Verdacht. Als Grund sehen wir, dass viele mit dem Thema nicht richtig vertraut sind. Im Studium kommt VED oft nur kurz vor. Das vorhandene Wissen stammt vor allem aus Weiterbildungen und Selbststudium.

Was könnte den Berufstätigen mehr Sicherheit geben? Eine Möglichkeit wäre, dieses Störungsbild in der Ausbildung intensiver zu thematisieren. Es stellt sich einem aber auch die Frage: "Wie ausführlich muss ein so seltenes Störungsbild im Grundstudium behandelt werden?" Hier gehen die Meinungen auseinander. Eine andere Möglichkeit wäre, den Sinn der Diagnosenennung im Studium oder der Literatur mehr zu thematisieren und die Logopäden und Logopädinnen darauf zu sensibilisieren, wofür sie die Diagnose brauchen oder auch nicht brauchen. Gerade bei der verbalen Entwicklungsdyspraxie kann eine Beschreibung der Symptomatik mit dem Hinweis auf eine dyspraktische Komponente ausreichen, um eine spezifische Therapie durchzuführen.

Forschungsbedarf

Wenn es um die Forschung geht, so sind sich die Autoren und die Praktiker und Praktikerinnen einig. Es besteht Forschungsbedarf zur VED vor allem in Bezug auf die Diagnostik und standardisierte Abklärungsverfahren. Sie sind sich aber auch einig, dass nur eine Minderheit von dieser Störung betroffen ist. Das und die Vielzahl charakteristischer Merkmale erschweren die Probandenauswahl für eine Studie. Durch die fehlende Relevanz für die Praxis im Vergleich mit anderen Themen, ist dieses Gebiet für die Forschung unattraktiv. Diese Aussagen sind verständlich, wenn auch schade. Viele würden von standardisierten Tests profitieren und mehr Sicherheit bei der Diagnostik von verbaler Entwicklungsdyspraxie gewinnen. Auch das Festlegen einer Diagnose würde vereinfacht.

4.3.2 Beantwortung der Fragestellungen

1. Wie ist der Stand der Diagnostik von VED in der Literatur?

In der Literatur werden die vielen Merkmalen von VED beschrieben. Es werden verschiedene Vorschläge gemacht, wie diese überprüfbar seien. Es werden wenige englischsprachige, standardisierte Verfahren erwähnt und diverse deutschsprachige Checklisten vorgestellt. Diese können verschiedene Aufgabentypen, Verweise zu anderen Tests und Hinweise für weiterführende externe Abklärungen beinhalten. Es wird auf die Schwierigkeit der Diagnostik bzw. der Differentialdiagnostik hingewiesen. In vielen Punkten überschneiden sich die Aussagen der verschiedenen Autoren. Sie sind sich einig, dass es nicht DIE Diagnostik von VED gibt. Vielmehr bedarf es einer genauen Beschreibung, wie sich die Störung beim einzelnen Kind äußert.

2. Wie wird Diagnostik bei VED in der realen/breiteren Praxis gemacht?

Englischsprachige Tests werden kaum verwendet. Es wird auf veröffentlichte oder selbst erstellte Checklisten zurückgegriffen. Trotz dieser Listen verbleibt eine gewisse Unsicherheit und viele verzichten darauf, die Störung explizit als Verbale Entwicklungsdyspraxie zu benennen. Anstelle dessen werden Verdachtsdiagnosen ausgesprochen oder die Symptome werden umschrieben.

3. Wie soll auf diese Unterschiede eingegangen werden? Wo müssen in der Praxis Änderungen in der Diagnostik von VED vorgenommen werden?

Ein Fazit ist, dass es in der Praxis gar keine grossen Möglichkeiten gibt, Änderungen im Diagnostikprozess vorzunehmen. Die in der Literatur vorgestellten Checklisten werden angewendet und es werden andere Fachpersonen beigezogen. Der einzige negativ empfundene Aspekt in der Praxis ist die verbreitete Unsicherheit, die immer wieder angesprochen wurde. Es ist der Wunsch vorhanden, genauere und standardisierte Verfahren durchführen zu können, um zur Diagnose zu gelangen. Hier kann angefügt werden, dass es nicht unbedingt in jedem Fall sinnvoll ist, die Diagnose eindeutig zu nennen. Die Alternativen, auf die aus Unsicherheit zurückgegriffen wird, sind in manchen Fällen vielleicht sogar die bessere Wahl.

5. Diskussion

5.1 Wichtige Erkenntnisse

Die Arbeit hat verschiedene Erkenntnisse bezüglich dem Störungsbild VED ergeben. Die Problematik der Diagnostik von verbaler Entwicklungsdyspraxie manifestiert auf mehreren Ebenen. Diese beeinflussen sich gegenseitig und tragen somit wesentlich zur Komplexität bei.

Sowohl die Literaturrecherche als auch das Interview mit den Fachpersonen ergab, dass die Symptomatik von VED vielseitig ist und sich in sehr vielen Punkten mit den Symptomen der phonologischen Störung überschneidet. Die Abwesenheit eines eindeutigen Symptomschemas erschwert die Differentialdiagnose zu verwandten Störungen. Die Seltenheit der Störung scheint ein konstanter Faktor zu sein, der die Schwierigkeit der Diagnostik zusätzlich erhöht.

Diese Schwierigkeiten führen zu einer grossen Unsicherheit. Viele der befragten Sprachtherapeuten vermeiden es deshalb die Diagnose VED zu stellen. Sie fühlen sich nicht kompetent genug und haben zu wenig Wissen auf diesem Gebiet.

Die Literatur, die Fachpersonen und die praktizierenden Logopäden und Logopädinnen sind sich einig: es braucht mehr Forschung. Doch die beiden Faktoren Seltenheit und Heterogenität erschweren die Forschung enorm. Um die zentralen Merkmale zu erforschen, benötigt man eine genügend grosse Stichprobe. Doch anhand welcher Kriterien wählt man diese aus, wenn die Symptomatik nicht eindeutig definiert ist? Zudem mindert die kleine Zahl Betroffener die Attraktivität dieses Themas in der Forschungswelt.

Und dann stellt sich einem auch noch die Frage: "Braucht es diese Diagnose überhaupt?" Damit wird nicht die Existenz dieses Störungsbildes in Frage gestellt. Es geht lediglich darum, dass man sich Gedanken über Sinn und Auswirkung einer solchen Diagnose machen soll. Wichtiger als das "Label" VED scheint eine genaue Beschreibung der Symptome und Probleme, die ein Kind hat, zu sein. Das Problem ist, dass viele Logopäden/Logopädinnen bereits so vorgehen, sich aber trotzdem unsicher fühlen.

Diese Zweifel gilt es zu beseitigen. Zum Beispiel durch den Beizug von anderen Fachpersonen. Dies wird im Verdachtsfall empfohlen und von vielen Personen geschätzt und sehr positiv bewertet. Oder das Wissen über VED sollte vergrößert werden. In Form von Studium, Literatur und Weiterbildungen müssen mehr Informationen über verbale Entwicklungsdyspraxie zur Verfügung gestellt werden. Das entspricht dem Wunsch der befragten Logopäden und Logopädinnen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es viele Übereinstimmigkeiten in der Literatur und in der Praxis gibt. Das Vorgehen bei einer VED-Abklärung orientiert sich stark an der vorhandenen Literatur. Die Unsicherheiten scheinen durch die Lücken in der Wissenschaft und der geringen Bekanntheit dieser Thematik zu entstehen. Hier besteht Aufklärungs- und Forschungsbedarf.

5.2 Kritische Reflexion

Für diese Arbeit wurde eine intensive Literaturrecherche betrieben. Es konnte jedoch bei weitem nicht Alles zu diesem Thema berücksichtigt werden. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Erstens wurde vor allem deutschsprachige Literatur studiert, da sich die Forschungsfrage auf diesen Sprachraum beschränkt. Es gibt jedoch vielmehr englische Publikationen zu diesem Thema, die es sicher Wert sind, in eine solche Arbeit mit einzubeziehen. Zweitens beschränkten wir uns auf möglichst aktuelle Fachbücher, Zeitschriftenartikel und Internetpublikationen. Auf Werke die vor dem Jahr 2000 veröffentlicht wurden, legten wir keinen Schwerpunkt. Und schlussendlich fehlte drittens leider die Zeit, eine noch umfassendere Recherche zu betreiben.

Anfangs war unser Ziel, zwei oder drei Interviews durchzuführen. Schnell mussten wir unsere Erwartungen herabsetzen, da wir nur vom Kinderspital Zürich eine positive Rückmeldung erhielten. Glücklicherweise konnte dieses Interview mit zwei Personen durchgeführt werden. Wir hatten einen Leitfaden mit Fragen vorbereitet. Der Vorteil der Interview-Situation war, dass wir unsere Fragen anpassen und weiter ausführen konnten. Auch Fragen, die sich erst in der Situation ergaben oder an die wir vorher nicht gedacht hatten, konnten wir so einfach zum Interview hinzufügen. Dies ergab ein spannendes und inhaltlich wertvolles Interview, das uns in der Auseinandersetzung mit dem Störungsbild viel gebracht hat. Es wäre natürlich spannend gewesen, noch eine oder zwei Personen aus einer anderen Institution zu befragen, um die institutionsbedingten Unterschiede zu erfahren.

Die Teilnehmerzahl an der Online-Umfrage war eine positive Überraschung. So eine grosse Datenmenge ($n=255$) wurde nicht erwartet. Das erhöht die Aussagekraft unserer Erhebung. Mit mehr Zeit hätte man bestimmt noch mehr interessante Aspekte diskutieren können. Im Nachhinein sind noch viele neue Ideen und zusätzliche, spannende Fragen aufgetaucht. In einer nächsten Erhebung müssen für die Vorbereitung und die Formulierung der Fragen mehr Zeit eingesetzt werden. Auch mit den verschiedenen Fragetypen (Multiple-Choice, Bewertungsskala, Kommentar etc.) muss man sich genau vertraut machen und sich gut überlegen, bei welcher Frage welcher Typ Sinn ergibt. Ein Testdurchlauf mit einem kleinen ausgewählten n (z.B. $n = 5$) kann einem wertvolle Hinweise geben, wie die Gestaltung noch besser sein könnte. Die Methode der Fragebogenerhebung hat viele wertvolle Daten aus Primärquellen geliefert und diese Arbeit bereichert.

Einen Anspruch auf Vollständigkeit kann nicht erhoben werden. Dennoch bietet diese Arbeit einen tieferen Einblick in den aktuellen Stand der Diagnostik von VED. Sie zeigt auf, wo Unterschiede zwischen der Literatur und der Praxis bestehen und wo die berufstätigen Logopäden und Logopädinnen Handlungsbedarf sehen. Die Erkenntnisse werfen neue Fragen auf, denen in der weiteren Forschung nachgegangen werden kann.

5.3 Praxisrelevanz und Ausblick

In unserem Arbeitsprozess wurde uns durch Rückmeldungen bei den Befragungen immer wieder bewusst, dass die Diagnostik von VED ein relevantes Thema in der Praxis ist. Dies trotz oder gerade wegen der Seltenheit und der Heterogenität. Ein Stichwort, das sich durch das ganze Thema zieht, ist "Unsicherheit".

Um dieses Störungsbild in der Fachwelt besser zu etablieren, braucht es mehr Forschung in den Bereichen Symptomatik und Diagnostik. Mit der Entwicklung von standardisierten Verfahren wäre der Logopädie ein grosser Dienst getan.

Mehr über VED zu wissen, würde den Logopäden und Logopädinnen mehr Sicherheit in ihrem diagnostischen Handeln bringen. Informationen lassen sich im Grundstudium, in Weiterbildungen und Kursen oder in Publikationen zu diesem Thema vermitteln.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der heutige Wissensstand nicht befriedigend ist. Es besteht noch ein großer Aufklärungsbedarf. Dieser richtet sich nicht nur an die Sprachtherapeuten/innen, sondern an alle beteiligten Fachkräfte wie Ärzte/Ärztinnen, Fachstellen, etc. Die Logopäden und Logopädinnen sollen in ihrem Handeln bestärkt werden. Aus einer genauen Beschreibung der Problematik die das Kind aufweist, lässt sich bereits eine spezifische Therapie ableiten.

6. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sprachverarbeitungsmodell nach Stackhouse und Wells (Birner-Janusch, 2010, S.85)	10
Abb. 2: Ergebnisse Online-Umfrage zur Anzahl Fälle von VED (eigene Darstellung)	25
Abb. 3: Verteilung der Antworten zu den Diagnostischen Tools (eigene Darstellung)	26

6.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Sprechapraxie-Score nach Thoonen et al. (Birner-Janusch, 2010, S.94)	11
Tab. 5: Vergleich der Störungsbilder nach Schulte-Mäter (2009b, S.296-297)	13
Tab. 3: Zusammenfassung des Interviews in Kategorien (eigene Darstellung)	20

7. Literaturverzeichnis

- Birner-Janusch, B. (2010). *Sprechapraxie im Kindesalter*. In Lauer, N. & Birner-Janusch, B., *Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter* (S. 72-127). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Cummings, L. (2008). *Clinical Linguistics*. Edinburgh: Edinburgh University Press Ltd
- Dannenbauer, F. M. (2000). Probleme der Differentialdiagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie. *Der Sprachheilpädagoge*, 32, 1-18.
- Jahn, T. (2007). *Phonologische Störungen bei Kindern* (2. vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meyer, S., Kühn, D. & Ptok, M. (2012). Wenn Kinder völlig unverständlich sprechen. *HNO*, 60, 410-415
- Schulte-Mäter, A. (1996). *Verbale Entwicklungsdyspraxie. Eine Analyse des derzeitigen Erkenntnisstandes*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Schulte-Mäter, A. (2007). *Verbale Entwicklungsdyspraxie (VED)*. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lexikon der Sprachtherapie* (S. 364-365). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte-Mäter, A. (2009a). Verbale Entwicklungsdyspraxie. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Erscheinungsformen und Störungsbilder* (Bd. 2, S.265-272). Stuttgart: Kohlhammer
- Schulte-Mäter, A. (2009b). Verbale Entwicklungsdyspraxie. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Diagnostik, Prävention und Evaluation* (Bd. 3, S.291-298). Stuttgart: Kohlhammer
- Schulte-Mäter, A. (2014). Verbale Entwicklungsdyspraxien. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (S.183-188). Stuttgart: Kohlhammer
- Schulte-Mäter, A. (2015). Verbale Entwicklungsdyspraxie. In Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.), *Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken* (S.126-129). München: Elsevier.
- Vargha-Khadem, F. et al. (1998). Neural basis of an inherited speech and language disorder. *Proceedings of the National Academy of Science*. 95, 12695-12700.

Internet

- Dannenbauer, F.M. (1999). *Verbale Entwicklungsdyspraxie (VED) – eine noch wenig verstandene Entwicklungsstörung kindlichen Sprechens*. Zugriff am: 10.01.18 unter http://web.archive.org/web/20050905002536/http://www.zbl.ch/pdf/Dannenbauer_Referat.pdf
- Gubiani, M.B. (2015). *Tools for the assessment of childhood apraxia of speech*. Zugriff am 17.01.18 unter http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n6/en_2317-1782-codas-27-06-00610.pdf
- McCauley, R.J., Strand, E.A. (2008). *A Review of Standardized Tests of Nonverbal Oral and Speech Motor Performance in Children*. Zugriff am: 17.01.18 unter http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/revision_test_estandarizados.pdf

8. Anhang

Inhaltsverzeichnis

Fragen Leitfadeninterview zum Thema Diagnostik von VED	I
Qualitative Inhaltsanalyse Interview	III
Online-Umfrage	XVI
Text für Linkversand	XVI
Einleitungstext Umfrage	XVI
Fragenkatalog Umfrage	XVI
Daten Umfrage	XVIII

Fragen Leitfadeninterview zum Thema Diagnostik von VED

Fragen zur Symptomatik

- 1) Wie lässt sich das Störungsbild VED charakterisieren?
- 2) Gibt es differentialdiagnostische Merkmale für das Störungsbild VED?
 - a) Wenn ja, wie lassen diese sich Ihrer Meinung nach beschreiben?

Fragen zur Prävalenz

- 3) Wie verbreitet ist VED Ihrer Meinung nach (in Zürich)?
- 4) Wie oft und in welcher Form werden Sie mit dem Thema VED in Ihrem Berufsalltag konfrontiert?
 - a) Melden sich häufig Logopäden/Logopädinnen bei Ihnen mit der Verdachtsdiagnose VED?

Fragen zur Vorgehensweise bei der Verdachtsdiagnose VED

- 5) Wenn man als praktizierende/r Logopäde/Logopädin den Verdacht VED bei einem Kind hat, an wen kann er/sie sich wenden? Was für Möglichkeiten gibt es die Verdachtsdiagnose zu bestätigen /zu verwerfen?
- 6) Wer ist berechtigt eine VED Diagnose zu stellen? (Abklärungsstelle Kispi, jede/r dipl. Logopäde/Logopädin?)
- 7) Birner-Janusch und Lauer schlagen in ihrem Buch "Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter" folgende Vorgehensweise vor:
 - a) Anamnese
Informationen zu Entwicklung des Kindes bezüglich Saugen, Kauen, der Motorik, der Sprache und dem sozialen Verhalten.
 - b) Neuromotorische Entwicklung
besteht eine allgemeine orofaziale Schwäche im Sinne einer Dysarthrie?
 - c) Verhältnis zwischen rezeptiver und expressiver Sprachentwicklung
"Eine kindliche Sprechapraxie kann nur dann diagnostiziert werden, wenn die Sprachverständnisseleistungen des Kindes deutlich besser sind als seine expressiven Möglichkeiten"
 - d) Konsistenzermittlung und Fehlerquote
Birner-Janusch schlägt vor, den 25-Wörter-Test des PLAKSS nach Fox durchzuführen.
 - Ermittlung des Prozentsatzes inkorrekt produzierter Wörter
 - Ermittlung der generellen Konsistenz des Fehlertyps
 - Konsistenz des am häufigsten gemachten Fehlertyps
 - e) Durchführung von Nachsprechaufgaben
 - Ermittlung des Vokabelrepertoires durch Nachsprechen
 - Ermittlung des Konsonantenrepertoires durch Nachsprechen
 - Nachsprechen von Pseudowörtern
 - Nachsprechen von Wörtern
 - f) Ermittlung der diadochokinetischen Rate
 - g) Automatisierte Sprache
Ist das Sprechen bei automatisierten Äusserungen konsistenter als bei spontanen?
 - h) Prosodie
Parameter: Dauer, Frequenz, Amplitude

Was sind Ihre Gedanken zu dieser Vorgehensweise?

Fragen zu bestehenden Diagnostikverfahren

- 8) Wenn die Diagnose VED erfolgt, haben Sie ein standardisiertes/strukturiertes Vorgehen, wie die Diagnose erfolgt (bestimmte Tests, externe Abklärungen/Testerergebnisse, die vorhanden sein müssen, ...)?
- 9) Welche Diagnostikverfahren/-tests sind Ihrer Meinung nach im deutschsprachigen Raum am verbreitetsten, welche sind am besten geeignet?
Und welche gibt es im englischsprachigen Raum?
- 10) Was können Sie uns zu den folgenden Diagnostikverfahren sagen?
 - a) "Screening Test for Developmental Apraxia of Speech" (STDAS-2) (Blakeley, 2001)
 - b) "Verbal Motor Production Assessment for Children" (VMPAC) (Hayden und Square, 1999)
 - c) Diagnostikbogen Kindliche Sprechapraxie (N.Lauer, B. Birner-Janusch)

Qualitative Inhaltsanalyse Interview

E: B. Ernst, Abteilungsleiterin Logopädie (gehört zu Entwicklungspädiatrie) Kinderspital Zürich

J: Dr. O. Jenni; Leiter Entwicklungspädiatrie Kinderspital Zürich

Erster Durchgang der Zusammenfassung				
Zeit	Wer	Nr.	Paraphrase 1	Paraphrase 2
01:46 / 02:28	J	1	6-8 Kinder mit einer VED gesehen und längerfristig verfolgt in einem Zeitraum von 20 Jahren	6-8 Kinder mit VED in 20 Jahren
03:17	E	2	Wir sind eine Abklärungsstelle und stellen eine Verdachtsdiagnose, da wir eine umfassende Abklärung nicht machen können.	nur Verdachtsdiagnose am Kispi, keine umfassende Abklärung
03:37	E	3	Verdachtsfälle sind Kinder mit einem guten Sprachverständnis, keinem vollständigem Lautinventar, bei denen die motorische Planung der Artikulation auffällt, die prosodisch auffallen, die je nachdem sehr stark nonverbal kommunizieren und/oder das Reden auch schon vermeiden, anamnestisch bei Ess- und Trinkentwicklung auffällig sind, sonstige motorische Auffälligkeiten haben	auffällige Symptomatik
05:08	E	4	<i>differentialdiagnostische Merkmale</i> : schwierig, ein bestimmtes Merkmal, bei dem ich sagen kann, wenn das gegeben ist, dann ist es eine VED, das kann ich nicht sagen	bestimmtes Merkmal, das gegeben sein muss für VED, gibt es nicht
05:33	J	5	Man würde sich eine sehr spezifische Diagnose einer Entwicklungsauffälligkeit, die das Kind hat, wünschen und das gibt es nicht, bei keiner dieser Diagnosen, die wir stellen.	spezifische und eindeutige Diagnosen gibt es nicht (in diesem Feld)
05:58	J	6	Es ist das Problem der Diagnosen, die wir im Verhaltens- und Entwicklungsbereich stellen. Es ist so, dass wir einfach beschreiben, was wir hören / sehen / erleben. Was wir beschreiben ist unterschiedlich, variabel, heterogen und nicht zurückzuführen auf eine einzelne Ätiologie oder Ursache wie bei anderen medizinischen Störungen.	beschreibende Diagnosen, da heterogene Störungsbilder und Ätiologien
07:20	J	7	Und dann versuchen wir diese heterogenen Diagnosen zu typisieren mit gewissen Namen und machen das mehr schlecht als recht. Weil wir versuchen die grosse Heterogenität auf drei Buchstaben zu reduzieren wie ASS, ADHS, AVS. Und ich glaube das ist hier bei der VED genau gleich.	Typisierung der Heterogenität durch Namen ist sehr schwierig, gelingt nicht wirklich
08:02	J	8	Und man liest das in der Literatur und dann ist man hier in der praktischen Realität und man muss sich überlegen ist das eine Diagnose, die wir stellen. Ist es sinnvoll sie zu stellen, für was brauchen wir sie eigentlich.	Sinn der Diagnose muss im Kontext angeschaut werden, bevor man sie stellt

08:32	E	9	Es ist ein Konstrukt. Ich bin sehr vorsichtig geworden so Diagnosenamen in den Mund zu nehmen. Ich hatte vor kurzem einen Fall, wo ich beschrieben habe, was ich sehe und ich hatte das Gefühl das nützt der Mutter nichts, wenn sie den Begriff hört, also habe ich das nur umschrieben und beschrieben.	Vorsicht mit Diagnosenamen, Nutzen / Sinn muss situativ gegeben sein
09:05	E	10	Also ich habe das mit der Logopädin besprochen, ich habe das Kind übergeben und ich habe das mit der Kollegin thematisiert und habe auch gesagt, dass ich den Diagnosebegriff der Mutter gegenüber nicht verwendet habe, aber dass es aus meiner Sicht eine Möglichkeit ist, dass der zutrifft.	Nennung der Diagnose gegenüber Fachpersonen ist nicht dasselbe wie bei Eltern
09:20	J	11	Es ist eine absolut häufige Situation, dass Eltern das gar nicht wollen (die Diagnose).	Eltern wollen Diagnose häufig gar nicht.
09:27	J	12	Es gibt aber auch das Umgekehrte, dass Eltern mit grosser Erleichterung auf die Diagnose VED reagiert haben, so à la „super, jetzt wissen wir es, jetzt ist es klar“	Diagnose kann für Eltern / Umfeld eine Erleichterung sein, um damit umzugehen
09:40	J	13	Ein Kind, das die Logopädin geschickt hat mit der Frage VED, da in den zwei Jahren Therapie nichts gelaufen ist, keine Fortschritte. Zuerst noch gefragt, gibt es noch eine neurologische Störung, eine andere Ursache für die fehlenden Fortschritte. Und aufgrund des Profils des Kindes musste ich sagen „ja ich denke die Logopädin hat Recht, es ist VED“.	Entscheidung ja/nein VED aufgrund des Gesamtprofils des Kindes
10:25	J	14	Früher, als ich die ersten Kinder gesehen habe, habe ich 2 oder 3 Kinder der Frau Schulte-Mäter geschickt. Sie sind dann immer zurückgekommen genau mit dieser Diagnose (VED). Und ich hatte dann das Gefühl, dass es ungefähr zu diesem einen Kind passe. Vor einem halben Jahr schrieben mir dessen Eltern, dass jetzt nach ein paar Jahren alles weg sei, das Kind spreche normal. Die Logopädie konnte man aufgeben. Ich bin nochmals meine Unterlagen durchgegangen und habe mir überlegt, was ich falsch gemacht habe. Ich habe wahrscheinlich nichts falsch gemacht, das Kind hat eine schöne Entwicklungsprogression gemacht und das macht einen ein Stück weit demütig, nicht zu fest mit Diagnosen zu hantieren. Und dieses Problem haben wir mit dieser Diagnose (VED) auch.	Diagnosen können auch unzutreffend sein im Nachhinein, da Entwicklung des Kindes nicht vorhersehbar ist. Vorsicht/Demut im Umgang mit Diagnosen.
11:33	J	15	Auch wenn sie wirklich auch als Diagnose helfen kann, das ist ganz klar. Für die Eltern ist es dann auch klar gewesen und hat sehr zur Klärung beigetragen.	Diagnose hilft zur Klärung / Entlastung im Umgang mit der Störung.
12:16	E	16	Aus logopädischer Sicht macht die Diagnose für den therapeutischen Zugang Sinn. Wenn man gerade Schulte-Mäter nimmt, ist das ein sehr spezieller Weg für VED, der auch Effekte zeigt.	Diagnose braucht es für Entscheidungen bzgl. effektiver Therapiemethode.
12:37	J	17	Die Diagnose macht auch Sinn, um Massnahmen zu bekommen, obwohl das heutzutage mit ICF kein Thema mehr sein sollte. Aber letztlich braucht es das trotzdem,	Diagnose braucht es, um Massnahmen zu bekommen.

			dem einen „echten“ Namen zu geben. Spracherwerbsstörung ist diffus, das versteht meiner Meinung nach niemand in der Schule. Aber wenn man mit etwas sehr spezifischem kommt, hat das auch einen Wert letztlich und es klingt recht technisch, so dass dann eher Massnahmen gesprochen werden.	Je spezifischer, desto eher werden Massnahmen gesprochen.
13:35	J	18	Mit dieser Situation sind wir auch bei der Frage Autismus konfrontiert. (Massnahmen nur gegen klare Diagnose)	Massnahmen nur gegen klare Diagnose auch bei Autismus
13:40	E	19	Bei VED weiss man eher noch als bei einer Spracherwerbsstörung, dass es etwas ist, das bleibt. Bei der SES wissen wir auch, es ist ein persistierendes Problem in irgendeiner Form. Bei der VED weiss man auch perspektivisch, das ist ein längerfristiges Problem.	Diagnose, um Langfristigkeit der Störung bewusster zu machen.
14:20	E	20	<i>Prävalenzfrage</i> : Kinder, bei denen ich wirklich die Diagnose gestellt habe, das sind wenige. Maximal 3-5 Verdachtsfälle im letzten Jahr. Es gibt es nicht häufig.	max. 3-5 Verdachtsfälle im letzten Jahr
15:15	E	21	Viele Kinder kommen via Kinderarzt, der Anteil der von Logopädinnen geschickt wird ist kleiner, es gibt es aber auch. Im Kanton Zürich können die Eltern zum Kinderarzt oder direkt zu einer Logopädin.	v.a. via Kinderarzt, z.T. auch über Logopädin
15:56	J	22	Ja, das gibt es, dass Logopädinnen aus dem Schulbereich sich ans Kispi wenden mit dem Verdacht VED. Wir haben vielleicht tendenziell solche Zuweisungen, bei denen die Logopädin die Frage hat, ob es noch eine andere Entwicklungs- oder neurologische Störung gibt, da sie nicht vorwärtskommt in der Therapie. Das ist kein seltener Zuweisungsgrund, Therapieresistenz. Die häufigste Antwort ist, dass das Kind eine schwere SES hat und es deshalb nicht vorwärts geht, ohne dass noch eine neurologische Störung dazukommt.	Zuweisung über Logopädin aus dem Schulbereich, da Therapie stagniert. Abklärung, ob neurologische Störung zugrunde liegt.
16:55	E	23	Aus logopädischer Sicht ist hier meine Frage, inwiefern werden bei schweren SES in der Altersgruppe 6-10-jährige schon kompensatorische Massnahmen berücksichtigt. Aus meiner klinischen Erfahrung heraus denke ich zu wenig, das ist meine persönliche Hypothese. Ich denke, das ist ein Feld, wo man sich überlegen sollte, ob man das nicht noch mehr etablieren muss. Ich denke wir sind noch sehr in dem Schema Therapieziel und Progression. Und das Kapitel Kompensation getraut man sich nicht zu öffnen, da man dann anerkennen würde, dass die Störung etwas ist, das bleibt und bei dem es auch darum geht, damit umzugehen für alle Beteiligten. Dieser Teil ist meiner Meinung nach zu klein. Es ist eine grosse Hürde für Eltern und Kinder.	kompensatorische Massnahmen bei schwerer SES bei 6-10-jährigen werden zu wenig berücksichtigt, hier gibt es noch Aufholbedarf Kompensation bedarf Akzeptanz der Störung, hat endgültigen Charakter, ist deshalb schwierig anzusprechen.
18:35	J	24	Die Frage ist die Finanzierung der Logopädie durch Schule, Eltern oder Krankenkasse, wenn es darum geht, eine Verdachtsdiagnose zu verwerfen oder zu erhärten. Man	Kostenfrage spielt immer mit, wenn es darum geht, wer was abklärt.

			muss vorgängig die Kostenfrage gut klären.	
19:02	E	25	Wenn ich eine Symptomatik habe, die ich nicht ganz einordnen kann, würde ich mal zur Kollegin gehen und eine Intervention machen. Das, finde ich, ist immer der erste Schritt, hier im Haus sicher auch interdisziplinär. Weil ich finde, indem man es erzählen und für jemanden aufbereiten muss, ist man schon in einem Prozess drin und dann passiert meist schon etwas und es klärt sich etwas. Man kann auch mal ein Video machen und der Kollegin zeigen.	Intervision als niederschwellige Massnahme bei Unsicherheit, evtl. auch interdisziplinär (je nach Institution) Aufbereitung des Falles hilft einem, sich nochmals anders damit auseinanderzusetzen.
19:48	J	26	Wenn man so weit ist und sich fragt, was das ist, dass man sich nochmals überlegt, wie die Gesamtentwicklung des Kindes ist und nicht nur die Sprache anschaut, sondern auch die kognitive, motorische und neurologische Entwicklung betrachtet. Das ist sicher sinnvoll, dass solche Themen aufgenommen werden.	Gesamtentwicklung des Kindes betrachten (Kognition, Motorik, Neurologie, Sprache)
20:19	J	27	Das wird auch gemacht, das sind dann auch Zuweisungen, die wir bekommen, weil die Logopädin an einem Punkt nicht mehr weiterkommt und noch einen Blick braucht, ob nicht etwas anderes dahintersteckt.	Verdachtsdiagnose / Unsicherheit, Logopädin braucht Einschätzung der Gesamtentwicklung
21:25	E	28	Wenn wir ausserkantonale Anfragen haben, dann geht es meist um Schluckstörungen. Ausserkantonale Anfragen wegen SES haben wir nicht, da die Logopädie kantonal geregelt ist und da wieder die Frage der Kostenübernahme mitspielt.	ausserkantonale Anfragen nur bei Schluckstörungen, nicht SES, da Logopädie kantonal geregelt ist
21:45	J	29	<i>ausserkantonale Anfragen:</i> Wir haben das nur über den Pädriater, das hat damit zu tun dass die Leute ausserkantonale uns nicht kennen. Die Logopädin xy geht zum Pädriater und der schlägt dann eine Abklärung am Kispi Zürich vor.	ausserkantonale Anfragen über den Pädriater, da Logopädinnen Kispi zu wenig kennen
22:20	E	30	Ja, das würde ich so sagen, dass jede diplomierte Logopädin die Diagnose VED stellen kann / darf.	jede diplomierte Logopädin darf Diagnose VED stellen
22:40	E	31	<i>Checkliste von Lauer & Birner-Janusch:</i> neuromotorische Entwicklung beurteilen, so gut man das kann als Logopädin; Konsistenzermittlung via PLAKSS von A. Fox, wenn das Kind mitmacht; Diadochokinese (pataka, schneller Wechsel der Artikulationsstellen), wenn das Kind mitmacht; automatisierte Sprache besser; Frage, ab welchem Alter kann man das so durchführen, auch in der Vollständigkeit ist das bei unserem Klientel(2-4 J.) nicht realistisch, aus der Erfahrung heraus kann auch im Alter von 4-6 Jahren die Motivation noch sehr schwankend sein, wenn es darum geht solches zu überprüfen, z.T. noch in der gleichen Lektion	Checkliste Lauer & Birner-Janusch ist sehr ausführlich, Kooperation und Motivation des Kindes im Frühbereich ist da schwierig
24:55	E	32	Da unser Klientel hauptsächlich aus dem Frühbereich kommt, ist dieses Vorgehen bei der Erstdiagnostik nicht realistisch. Plus es ist eine Puzzle-Diagnose. In der Erstdiagnostik ist die Anamnese ein zentraler Bestandteil (essen/trinken, motorische Ent-	umfassende Abklärung bei Erstdiagnostik im Frühbereich nicht realistisch; nur zentrale Bestandteile für Spracherwerbserfassung werden

			wicklung). Gerade bei kleinen Kindern bewegen wir uns zwischen 60 und 90 Minuten, wenn es gutgeht und das Kind präsent sein kann und mitmacht, bereit ist bevor es sehr ermüdet. Da muss man sich gut überlegen, was muss ich alles wissen. Was ich sicher wissen muss, ist das Sprachverständnis und bei der Sprachproduktion muss ich eine Idee haben, wie die Spontansprache und die phonetisch-phonologische Entwicklung aussehen. Da will man sich auf das wichtigste konzentrieren, um eine gute Aussage über den Spracherwerbsstand zu machen und wenn sich aus dem heraus Verdachtsmomente ergeben, würde man das benennen für eine Erstdiagnostik im Frühbereich.	überprüft, Verdachtsmomente werden nur benannt, um im weiteren Verlauf (Therapie) genauer abzuklären
26:18	E	33	Das standardmässige Vorgehen kenne ich aus der Therapie mit grösseren Kindern. Da habe ich versucht, nach dem Schema vorzugehen, aber wie gesagt, es ist in der Umsetzung je nachdem schwierig.	standardmässiges Vorgehen eher bei Therapie mit grösseren Kindern, Umsetzung z.T. immer noch schwierig
27:08	E	34	<i>Mein Idealvorgehen, wenn es von den Ressourcen her möglich wäre:</i> zwei Termine wenn man diese Verdachtsdiagnose hat, um sich beim zweiten Termin auf die Aussprache zu fokussieren, und dann sicher einen PLAKSS machen, Nachsprechaufgaben, die Mundmotorik genauer anschauen (Imitation).	Idealvorgehen: zweite Abklärung bei Verdachtsdiagnose für Fokus auf Aussprache
27:44	J	35	Es gibt keinen Test für diese Störung, wie bei Autismus und ADHS, sondern es ist eine Reihe von verschiedenen Instrumenten, die man einsetzt. Je nachdem schaut man, was geht und überlegt dann, trifft die Diagnose jetzt zu.	kein Test sondern eine Reihe an Instrumenten wie bei ADHS, Autismus
28:30	J	36	Die Idee, man hat eine Störung und macht einen Test, um eine Diagnose zu erhalten, dieses Vorgehen funktioniert bei VED nicht. Es ist wie z.B. ADHS, wo man 12 verschiedene Instrumente nimmt, die einander in den Resultaten widersprechen (auffällig, nicht auffällig). Die Frage ist dann, wie man diese Auffälligkeiten wertet und welche Instrumente im Alltag konkret eingesetzt werden, um am besten zur Diagnose bzw. zum Ausschluss der Diagnose zu kommen.	einen Test für Diagnose gibt es nicht verschiedene Instrumente auswählen und evtl. widersprüchliche Auffälligkeiten interpretieren VED wie ADHS
29:18	J	37	Eine Logopädin hat bei einem komplexen Fall ca. 15 verschiedene Testinstrumente für die Abklärung gebraucht, die alle verschiedene Ergebnisse geliefert haben. Schliesslich mussten wir einfach sagen, ja es ist eine SES, weil es im Gesamtkontext stimmt.	Entscheidung über Diagnose bei widersprüchlichen Ergebnisse anhand Gesamtkontext
30:28	J	38	Die Frage ist, welches ist das richtige Vorgehen. Die Lehrbücher geben nur Vorschläge, die man als Kliniker selber zusammenstellen und abwägen muss.	kein „richtiges“ Vorgehen, Lehrbücher geben nur Vorschläge, in Praxis selber abwägen
32:10	E	39	<i>Must-have für Abklärung:</i> eher weniger, da nur Erstabklärungen. Unser Auftrag ist den Spracherwerb einzuschätzen und zu sagen Massnahme ja oder nein. Es sind	Auftrag Kispi ist Entscheid Massnahme ja oder nein, keine umfassende Abklärung

			klinische Symptome und anamnestische Informationen, die die Verdachtsdiagnose geben und das ist dann relevant für die Übergabe an die Kollegin, die das Kind übernimmt.	Verdachtsdiagnose wird an Kollegin weitergegeben
33:46	E	40	<i>Diagnostikverfahren:</i> Blakeley (STDAS-2) schwierig weil auf Englisch; VMPAC gibt es eine schwedische Übersetzung, braucht auch Anpassungen fürs Deutsche, finde ich noch am interessantesten.	englischsprachige Tests schwierig, braucht Anpassungen für Deutsch VMPAC am interessantesten
34:40	E	41	Weiss auch von keinem standardisierten Test im deutschsprachigen Raum.	keine standardisierten Tests im deutschsprachigen Raum
34:44	E	42	Das liegt auch am Diagnosekonstrukt. Das ist generell das Problem. Die SES ist eine Spektrumsstörung, die Variabilität ist sehr gross im Früh- und Schulbereich. Deshalb ist das mit dem Standardisierten, dem golden standard, schwierig. In der Schweiz ist das auch schon ein Problem mit den standardisierten Tests, dass sie häufig nur auf Hochdeutsch sind und angepasst werden müssen. Dann ist es auch schon wieder wackelig. Das ist eine Grundthematik und Problematik, die sich durchzieht und mit der wir umgehen müssen.	fehlende standardisierte Tests ist ein Grundproblem in der Logopädie, weil SES eine Spektrumsstörung mit grosser Variabilität ist Hochdeutsche Tests müssen auch ans Schweizerdeutsche angepasst werden
35:34	Anja /J	43	Es ermöglicht, das Gesamtbild des Kindes anzuschauen, wie wenn man ein klares Vorgehen z.B. mit dem Mikroskop hat. Da ist die Gefahr, dass man gar nicht richtig hinschaut, was für eine Relevanz das für den Gesamtmenschen hat. → sehr wichtige Bemerkung	fehlende standardisierte Tests können helfen, das Gesamtbild des Kindes zu betrachten, keinen zu engen Fokus zu haben
36:36	J	44	Man muss sich immer überlegen, für was man die Diagnose braucht. Braucht man sie, damit man in einem hohen Mass diagnosespezifische Instrumente einsetzen kann in der Therapie. Und das ist selten oder seltener bei Störungen, die wir haben (ADHS). Es gibt verschiedenste Therapieformen und Fördermassnahmen, um das Kind zu unterstützen.	Diagnose für spezifische Instrumente in der Therapie (eher selten) oder für etwas anderes?
37:12	J	45	Die Diagnose hat keine grosse Therapiespezifität und ist darum auch weniger wichtig für unsere Arbeit im Alltag.	Diagnose ist wenig wichtig für Arbeit im Alltag
37:27	J	46	Sie können gelegentlich auch etwas nützen. Sie schaden nicht nur oder sind ein Problem. Es ist ein individuelles Abwägen in jedem Fall.	Diagnose kann auch nützen, ist nicht nur schlecht, individuelles Abwägen
37:38	E	47	Als Therapeutin muss ich dir widersprechen. Aus logopädischer Sicht gibt es Diagnosen, bei denen es dann einen spezifischen methodischen Zugang braucht und von dem her hat die Diagnose eine Relevanz.	für Logopädie hat Diagnose Alltagsrelevanz, da spezifische therapeutische Methoden anwendbar
37:55	J	48	Aber die Therapieplanung machst du doch vom Muster / der Beschreibung des Kindes, das du hast und nicht per se in Bezug auf das diagnostische Label, das du hast.	Therapieplanung aufgrund beschreibender Diagnose

			Die Diagnose ist ja nur das übergeordnete Label, um die Finanzierung zu sichern.	Diagnose nötig für die Finanzierung
38:26	E	49	Wenn ich jetzt die Diagnose VED habe, überlege ich schon anders, wie ich methodisch vorgehe. Dort hat es schon eine Relevanz.	Diagnose VED relevant für Therapieansatz
38:40	E	50	Aber der Punkt da ist, ich bin mittlerweile sehr vorsichtig geworden mit der Diagnose. Ich habe noch eine Form von Diagnose gelernt, dass es eine SES mit motorischem Anteil gibt und ich denke, es gibt die Kinder, die eine Aussprachstörung haben, die auch motorisch, mundmotorisch oder in der Form, wie sie Artikulation umsetzen, etwas auffällt, ohne dass ich ihnen das Label VED geben würde.	Vorsicht im Umgang mit Diagnosen, SES mit motorischem Anteil gibt es auch, ist nicht sofort VED
39:15	J	51	Aber bei diesen Kindern könntest du auch eine Vedit zukommen lassen und sie würden auch davon profitieren, nicht weil sie Diagnose haben, sondern weil sie vom Muster/ der Symptomatik her das haben.	Vedit würde dann auch nützen, nicht wegen Diagnose sondern wegen Symptomatik
39:32	E	52	Dann würde ich aber auch SES expressiv mit einem beschreibenden Satz dazu es so im Bericht erwähnen und nicht VED schreiben, weil das dann auch mehr nützt.	keine VED-Diagnose, aber beschreibender Satz im Bericht
40:25	J	53	<i>VED als Störung wird infrage gestellt:</i> Dass es eine Diagnose nicht gibt, diese Diskussion führen wir schon lange. ADHS gibt es auch nicht. Das gibt es bei allen Diagnosen, die wir haben und es hat primär mit dem zu tun, was wir vorher besprochen haben.	Zweifel an Existenz der Störung (wie bei ADHS), da heterogenes Störungsbild, breites Spektrum
40:38	J	54	Ich habe dort eine viel pragmatischere Haltung, zu schauen, wann brauchen wir diese Diagnose. Ich spreche gerne von Versorgungsdiagnose. Wir brauchen die Diagnose nur, damit wir die Versorgung sichern können, entweder finanziell oder therapeutisch oder was auch immer. Es geht eigentlich gar nicht darum, ob es so ein Konstrukt gibt oder nicht. Sondern es ist ein Hilfsmittel für uns, das wir versuchen müssen gezielt einzusetzen.	pragmatische Haltung im Umgang mit Diagnose, Versorgungsdiagnose um finanzielle oder therapeutische Ressourcen zu sichern Diagnose als gezielt einzusetzendes Hilfsmittel
41:09	J	55	Damit muss ich sagen, wenn es Leute gibt, die sagen, die Diagnose gibt es nicht. Dann muss man auf die Ebene kommen, was ist der Diagnosebegriff, wie ist der definiert usw. Darum finde ich das ein Stück weit auch eine müssige Diskussion, ob es diese Diagnose gibt oder nicht.	Diskussion ob Diagnose existiert oder nicht ist müssig
41:27	J	56	Wenn jetzt die Logopädin sagt, die Diagnose VED ist meine Rechtfertigung, dass es schwierig ist. Das ist schon richtig, das kann denkbar und letztlich auch für alle entlastend sein. Aber nur unter der Voraussetzung, dass man geschaut hat, ob das Kind nicht noch irgendetwas anders hat.	Diagnose VED als Rechtfertigung für schwierige Therapie legitim, wenn abgeklärt ob keine weiteren Auffälligkeiten
42:02	E	57	Ich denke, dass es in dem Spektrum SES schon auch Subgruppen gibt, die wir kennen und klinisch identifizieren können, und dass es auch Sinn macht, die in irgendeiner Form zu labeln.	Subgruppen im Spektrum SES vorhanden und bekannt, macht Sinn diese zu benennen

42:25	E	58	Aus der klinischen Erfahrung heraus sage ich, doch, es gibt VED, aber es gibt es nicht oft.	aufgrund der klinischen Erfahrung gibt es VED, aber selten
42:35	E	59	Es ist keine Entschuldigung für eine schwierige Therapie, sondern soll vielmehr eine Aufforderung sein, sich noch mehr damit auseinanderzusetzen.	Diagnose nicht als Entschuldigung sondern Aufforderung, mehr zu lernen
43:02	E	60	<i>Handlungsbedarf in der Forschung?</i> Durch das dass die Gruppe der Kinder so klein ist und dass wir eigentlich auch methodisch... also wenn sich jetzt jemand sehr interessiert warum nicht, aber wenn man jetzt auch die finanziellen und zeitlichen Ressourcen anschauen, dann wäre ich dafür, das für eine Thematik zu verwenden, die momentan mehr unter den Nägeln brennt wie z.B. Mehrsprachigkeit. Aber VED ist ein spannendes Thema und es ist auch gut, wenn es mehr Erkenntnisse gibt.	VED ist interessantes Thema, aber eine kleine Gruppe und die Methode ist schwierig Forschungsbedarf besteht eher bei Mehrsprachigkeit
44:07	J	61	Ich kann das unterstützen. Aus Forschungsförderungssicht ist es sicher keine Priorität, weil die Machbarkeitsforschung hier sehr infrage gestellt ist. Man müsste etwas Grosses mit viel Geld multizentrisch aufziehen, sehr aufwändig. Da muss man sich immer fragen wie feasible, wie machbar und wie relevant fürs Feld ist es und hier ist es so, die Relevanz fürs Feld ist beschränkt, wenn man andere Themen anschaut, und die feasibility ist sehr eingeschränkt, da wir wissen, es gibt wenig. Im Quervergleich hätte so ein Projekt weniger Chancen als andere, die sehr relevant und wichtig sind.	Forschung zu VED aufgrund fehlender Machbarkeit keine Priorität wenig Chancen im Vergleich zu anderen Themen / Projekten

Zweiter Durchgang der Zusammenfassung				
Wer	Nr.	Paraphrase 2	Generalisierung	Reduktion
J	1	6-8 Kinder mit VED in 20 Jahren	sehr seltene Störung	K1 VED ist eine seltene Störung, doch sie existiert. → Aufgrund der Heterogenität wird sie häufig angezweifelt.
E	2	nur Verdachtsdiagnose am Kispi, keine umfassende Abklärung	nur Verdachtsdiagnosen am Kispi	
E	3	Beispiel einer auffälligen Symptomatik	→ nicht relevant	
E	4	bestimmtes Merkmal, das gegeben sein muss für VED, gibt es nicht	kein eindeutiges differentialdiagnostische Merkmal	K2 Das Kispi macht nur Erstabklärungen, deshalb gibt es nur Verdachtsdiagnosen und keine umfassende logopädische Abklärung.
J	5	spezifische und eindeutige Diagnosen gibt es nicht (in diesem Feld)	keine eindeutige Diagnose möglich	
J	6	beschreibende Diagnosen, da heterogene Störungsbilder und Ätiologien	keine eindeutige Diagnose, eher beschreibend	
J	7	Typisierung der Heterogenität durch Namen ist sehr	eindeutige Diagnosen / Label nicht möglich	K3 Es gibt keine eindeutigen differenzi

		schwierig, gelingt nicht wirklich	aufgrund Heterogenität	K4	<p>aldiagnostischen Merkmale, da die Störung sehr heterogen ist. → Man muss die Gesamtentwicklung des Kindes betrachten.</p> <p>Die Diagnose soll man nur nennen, wenn es im Kontext Sinn macht. → Viele Eltern wollen und brauchen sie nicht, Fachpersonen profitieren eher von einer Nennung. → Es kann Erleichterung für den Umgang mit der Störung bringen. → Es ermöglicht eine spezifische Therapie. → Es sichert Massnahmen. → Es zeigt die Perspektiven auf. → Aufgrund der Perspektive sollten Logopädinnen auch bei jüngeren Schulkindern mehr Mut zu kompensatorischen Massnahmen zeigen. Das gilt auch für schwere SES.</p>
J	8	Sinn der Diagnose muss im Kontext angeschaut werden, bevor man sie stellt	Sinn der Diagnose im Kontext betrachten		
E	9	Vorsicht mit Diagnosenamen, Nutzen / Sinn muss situativ gegeben sein	Sinn der Diagnose situativ betrachten		
E	10	Nennung der Diagnose gegenüber Fachpersonen ist nicht dasselbe wie bei Eltern	Diagnose eher einer Fachperson als Eltern nennen		
J	11	Eltern wollen Diagnose häufig gar nicht.	Eltern wollen Diagnose nicht		
J	12	Diagnose kann für Eltern / Umfeld eine Erleichterung sein, um damit umzugehen	Diagnose als Erleichterung im Umgang mit der Störung		
J	13	Entscheidung ja/nein VED aufgrund des Gesamtprofils des Kindes	Diagnose aufgrund des Gesamtprofils		
J	14	Diagnosen können auch unzutreffend sein im Nachhinein, da Entwicklung des Kindes nicht vorhersehbar ist. Vorsicht/Demut im Umgang mit Diagnosen.	keine eindeutige Diagnose möglich, da Entwicklung nicht vorhersehbar		
J	15	Diagnose hilft zur Klärung / Entlastung im Umgang mit der Störung.	Diagnose als Entlastung im Umgang mit der Störung		
E	16	Diagnose braucht es für Entscheidungen bzgl. effektiver Therapiemethode.	Diagnose für spezifische Therapie		
J	17	Diagnose braucht es, um Massnahmen zu bekommen. Je spezifischer, desto eher werden Massnahmen gesprochen.	Diagnose um Massnahmen zu sichern		
J	18	Massnahmen nur gegen klare Diagnose auch bei Autismus	Massnahmen nur gegen klare Diagnose		
E	19	Diagnose, um Langfristigkeit der Störung bewusster zu machen.	Diagnose um Perspektive bewusst zu machen		
E	20	max. 3-5 Verdachtsfälle im letzten Jahr	sehr seltene Störung	K5	<p>Die Zuweisung ist kantonal unterschiedlich: → in Zürich vor allem durch Pädiater → von Logopädin meist nur wenn sie ansteht und Einschätzung der Gesamtentwicklung braucht, oft auch</p>
E	21	v.a. via Kinderarzt, z.T. auch über Logopädin	Zuweisung v.a. über Kinderarzt (Frühbereich)		
J	22	Zuweisung über Logopädin aus dem Schulbereich, da Therapie stagniert. Abklärung, ob neurologische	Zuweisung durch Logopädin bei stagnierender Therapie (Schulbereich)		

		Störung zugrunde liegt.			
E	23	kompensatorische Massnahmen bei schwerer SES bei 6-10-jährigen werden zu wenig berücksichtigt, hier gibt es noch Aufholbedarf Kompensation bedarf Akzeptanz der Störung, hat endgültigen Charakter, ist deshalb schwierig anzusprechen.	mehr Mut zu kompensatorischen Massnahmen im Umgang mit der Störung		bei älteren Kindern. → ausserkantonale Anfragen nur wegen Schluckstörungen → ausserkantonale Anfragen wegen SES nur über Pädiater → Die Frage der Kostenübernahme ist auch bei ausserkantonalen Anfragen ein wichtiger Punkt.
J	24	Frage der Kostenübernahme spielt immer mit, wenn es darum geht, wer was abklärt.	Frage der Kostenübernahme immer im Hintergrund		
E	25	Intervision als niederschwellige Massnahme bei Unsicherheit in der Diagnose, evtl. auch interdisziplinär (je nach Institution) Aufbereitung des Falles hilft einem, sich nochmals anders damit auseinanderzusetzen.	(interdisziplinäre) Intervision bei Unsicherheit in der Diagnose, niederschwellig	K6	Bei Unsicherheiten in der Diagnose ist eine Intervision als erstes Tool hilfreich.
J	26	Gesamtentwicklung des Kindes betrachten (Kognition, Motorik, Neurologie, Sprache)	Gesamtentwicklung betrachten		
J	27	Zuweisung weil Verdachtsdiagnose / Unsicherheit, Logopädin braucht Einschätzung der Gesamtentwicklung	Zuweisung wegen Verdachtsdiagnose, Gesamtentwicklung abklären		
E	28	ausserkantonale Anfragen nur bei Schluckstörungen, nicht SES, da Logopädie kantonal geregelt ist	keine ausserkantonalen Anfragen bei SES		
J	29	ausserkantonale Anfragen über den Pädiater, da Logopädinnen Kispi zu wenig kennen	ausserkantonale Anfragen nur von Pädiater	K7	Die Diagnose VED darf jede diplomierte Logopädin stellen.
E	30	jede diplomierte Logopädin darf Diagnose VED stellen	Diagnose VED darf jede Logo stellen		
E	31	Checkliste Lauer & Birner-Janusch ist sehr ausführlich, Kooperation und Motivation des Kindes im Frühbereich ist da schwierig	Checkliste Lauer & Birner-Janusch sehr ausführlich & aufwändig, Durchführung unrealistisch	K8	Es gibt keine deutschsprachigen, standardisierten Tests zur Abklärung von VED. → Die vorhandenen Checklisten sind aufwändig und daher unrealistisch für den Einsatz im Frühbereich. → Es muss auf einzelne Instrumente zurückgegriffen werden, die auch
E	32	umfassende Abklärung bei Erstdiagnostik im Frühbereich nicht realistisch; nur zentrale Bestandteile für Spracherwerbserfassung werden überprüft, Verdachtsmomente werden nur benannt, um im weiteren Verlauf (Therapie) genauer abzuklären	ausführliche Abklärung im Frühbereich unrealistisch, Diagnostik im weiteren Therapieverlauf		

E	33	standardmässiges Vorgehen eher bei Therapie mit grösseren Kindern, Umsetzung z.T. immer noch schwierig	Testbatterien eher bei grösseren Kinder	<p>widersprüchliche Resultate liefern können. → Widersprüchliche Resultate müssen im Gesamtkontext betrachtet werden für eine Diagnose. → Englischsprachige oder hochdeutsche Tests bedürfen Anpassung für das Schweizerdeutsche. → Idealerweise hat man einen 2. Abklärungstermin, um die Aussprache genauer abzuklären.</p>
E	34	Idealvorgehen: zweiter Abklärungstermin bei Verdachtsdiagnose VED für Fokus auf Aussprache	Idealvorgehen: 2. Abklärungstermin bei Verdacht VED	
J	35	kein Test sondern eine Reihe an Instrumenten wie bei ADHS, Autismus	kein Test, nur versch. Instrumente	
J	36	einen Test für Diagnose gibt es nicht verschiedene Instrumente auswählen und evtl. widersprüchliche Auffälligkeiten interpretieren VED wie ADHS	verschieden Instrumente sind widersprüchlich, bedarf Interpretation	
J	37	Entscheidung über Diagnose bei widersprüchlichen Ergebnisse anhand Gesamtkontext	Gesamtkontext betrachten bei widersprüchlichen Ergebnissen	
J	38	kein „richtiges“ Vorgehen, Lehrbücher geben nur Vorschläge, in Praxis selber abwägen	Literatur gibt Vorschläge, Praxis muss abwägen	
E	39	Auftrag Kispi ist Entscheid Massnahme ja oder nein, keine umfassende Abklärung Verdachtsdiagnose wird an Kollegin weitergegeben	keine umfassende Abklärung am Kispi, Entscheid Massnahme ja/nein Verdachtsdiagnose an Kollegin geben	
E	40	englischsprachige Tests schwierig, braucht Anpassungen für Deutsch VMPAC am interessantesten	englischsprachige Tests können nicht 1:1 übernommen werden	
E	41	keine standardisierten Tests im deutschsprachigen Raum	keine deutschsprachigen Tests	
E	42	fehlende standardisierte Tests ist ein Grundproblem in der Logopädie, weil SES eine Spektrumsstörung mit grosser Variabilität ist Hochdeutsche Tests müssen auch ans Schweizerdeutsche angepasst werden	fehlende standardisierte Tests generell Problem in Logopädie aufgrund grosser Variabilität / breitem Spektrum Anpassung der Tests für CH nötig	
Anja /J	43	fehlende standardisierte Tests können helfen, das Gesamtbild des Kindes zu betrachten, keinen zu engen Fokus zu haben	fehlende Tests rücken Fokus auf Gesamtbild	<p>K8 Die Diagnose kann, muss aber nicht, therapierelevant sein. Je nachdem reicht auch eine Beschreibung des Störungsbildes für eine spezifische Therapie.</p>
J	44	Diagnose für spezifische Instrumente in der Therapie (eher selten) oder für etwas anderes?	Diagnose wenig therapierelevant	<p>K9 Die Diagnose soll keine Ausrede für fehlende Therapiefortschritte sein, sondern vielmehr eine Aufforderung,</p>

J	45	Diagnose ist wenig wichtig für Arbeit im Alltag	Diagnose wenig relevant für Praxis	<p>sich mit dem Störungsbild auseinanderzusetzen. → Es kann für die Therapeutin durchaus eine entlastende Begründung sein für fehlende Fortschritte.</p>
J	46	Diagnose kann auch nützen, ist nicht nur schlecht, individuelles Abwägen	Diagnose hat auch Vorteile	
E	47	für Logopädie hat Diagnose Alltagsrelevanz, da spezifische therapeutische Methoden anwendbar	Diagnose ist therapierelevant in Logopädie	
J	48	Therapieplanung aufgrund beschreibender Diagnose Diagnose nötig für die Finanzierung	Therapieplanung durch Beschreibung des Störungsbildes nicht durch Diagnose	
E	49	Diagnose VED relevant für Therapieansatz	Diagnose wichtig für Methodenwahl	
E	50	Vorsicht im Umgang mit Diagnosen, SES mit motorischem Anteil gibt es auch, ist nicht sofort VED	Vorsicht mit Diagnosenennung weil breites Spektrum	
J	51	Vedit würde dann auch nützen, nicht wegen Diagnose sondern wegen Symptomatik	Beschreibung des Störungsbildes für Therapie sinnvoller als Diagnose	
E	52	keine VED-Diagnose, aber beschreibender Satz im Bericht	eher Beschreibung der Symptomatik als fixe Diagnose weil Spektrum	
J	53	Zweifel an Existenz der Störung (wie bei ADHS), da heterogenes Störungsbild, breites Spektrum	Heterogenes Störungsbild verursacht Zweifel an Existenz der Störung in Fachwelt	
J	54	pragmatische Haltung im Umgang mit Diagnose, Versorgungsdiagnose um finanzielle oder therapeutische Ressourcen zu sichern Diagnose als gezielt einzusetzendes Hilfsmittel	Diagnose als Hilfsmittel um Versorgung zu sichern	
J	55	Diskussion ob Diagnose existiert oder nicht ist mühsig	Diskussion um Existenz ist überflüssig	
J	56	Diagnose VED als Rechtfertigung für schwierige Therapie legitim, wenn abgeklärt ob keine weiteren Auffälligkeiten	Diagnose als Rechtfertigung nur legitim wenn umfassende Gesamtabklärung	
E	57	Subgruppen im Spektrum SES vorhanden und bekannt, macht Sinn diese zu benennen	Diagnose als Label sinnvoll weil existiert und ist bekannt	
E	58	aufgrund der klinischen Erfahrung gibt es VED, aber selten	Störung existiert, aber selten	
E	59	Diagnose nicht als Entschuldigung sondern Aufforderung, mehr zu lernen	Diagnose soll keine Ausrede sein, sondern Aufforderung	<p>K10 Auch wenn Forschungsbedarf besteht, so sind die fehlende Machbarkeit und die kleine Gruppe Betroffener Gründe, anderen Projekten und Themen Priorität zu geben.</p>
E	60	VED ist interessantes Thema, aber eine kleine Gruppe und die Methode ist schwierig	Machbarkeit und Nutzen für Forschungsbedarf nicht gegeben, andere Prioritäten	

		Forschungsbedarf besteht eher bei Mehrsprachigkeit		
J	61	Forschung zu VED aufgrund fehlender Machbarkeit keine Priorität wenig Chancen im Vergleich zu anderen Themen / Projekten	fehlende Machbarkeit für Forschung, keine Priorität	

Online-Umfrage

Text für Linkversand:

Geschätzte Kollegin, geschätzter Kollege

Wir, zwei Studentinnen der HfH Zürich, beschäftigen uns im Rahmen unserer Bachelorarbeit mit dem Thema der verbalen Entwicklungsdyspraxie (VED). Uns interessiert die Diagnostik dieses seltenen Störungsbildes und wir möchten die Situation in der Deutschschweiz beschreiben. Dafür benötigen wir Ihre Unterstützung. Wir wären Ihnen sehr dankbar wenn Sie sich 15 Minuten Zeit nehmen würden, um unsere Online-Umfrage auszufüllen. Die Teilnahme ist anonym. Gerne dürfen Sie den Link zur Umfrage an andere dipl. Logopädinnen und Logopäden weiterleiten.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung.

Freundliche Grüsse

Anja Keller, Denise Jauslin

Einleitungstext Umfrage:

Für unsere Bachelorarbeit im Rahmen unseres Logopädie-Studiums an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich möchten wir mittels einer Umfrage die Situation zur Diagnostik von verbaler Entwicklungsdyspraxie (VED) in der Deutschschweiz erfassen.

Fragenkatalog Umfrage

Persönliche Angaben

- 1) An welcher Institution/in welchem Bereich sind Sie momentan als Logopäde/Logopädin tätig?
 - a) Regelschule
 - b) Sonderschule
 - c) Frühtherapie
 - d) Klinischer Bereich Kinder
- 2) Wie lange sind Sie schon als Logopäde/Logopädin tätig?
 - a) 0-1 J.
 - b) 1-5 J.
 - c) 5-10 J.
 - d) > 10 J.
- 3) Welches Klientel (welche Störungsbilder) haben Sie hauptsächlich in Ihrer momentanen Tätigkeit?
 - a) Spracherwerbsstörungen
 - b) Neurologisch bedingte Störungen
 - c) Sonstiges: _____

Fragen zur VED

- 1) Wurde VED in Ihrem Studium / Ihrer Ausbildung thematisiert?
 - a) Ja, ausführlich

- b) Ja, aber nur kurz
- c) Nein, aber ich habe davon gehört / mich darüber informiert
- d) Nein, davon habe ich noch nie gehört

Kommentar: _____

- 2) Wie oft hatten Sie in Ihrer bisherigen Praxis Fälle von verbaler Entwicklungsdyspraxie oder mit einem Verdacht darauf?
- a) 0
 - b) 1-2
 - c) 3-5
 - d) 5-10
 - e) >10

Kommentar: In welchem Bereich /an welcher Institution waren Sie tätig, als Sie diese Fälle hatten? _____

- 3) Falls Sie solche Fälle hatten, in welchem Zeitraum?
- a) letzte 2 Jahre
 - b) letzten 5 Jahre
 - c) letzten 10 Jahre
 - d) mehr als 10 Jahre
- 4) Wie alt waren die Kinder bei der Diagnose von VED? Mehrere Auswahlmöglichkeiten
- a) 2;0 – 3;11 J.
 - b) 4;0 – 4;11 J.
 - c) > 5;0 J.

Kommentar: _____

- 5) Haben Sie bei einem Verdacht auf VED noch andere (logopädische) Fachpersonen beigezogen?

a) Ja

Wen (z.B. Intervention, externe Fachstelle etc.)? _____

b) nein

Fragen zur Diagnostik von VED

- 1) Welche diagnostischen Tools haben Sie für eine Diagnose VED benutzt? Bitte Kommentar (pos. /neg. Erfahrungen) → mehrere Auswahlmöglichkeiten
- a) VMPAC (Verbal Motor Production Assessment for Children, Hayden und Square, 1999)
 - b) Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS-2, Blakeley, 2001)
 - c) Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)
 - d) eigene Checkliste/eigenes Tool
 - e) Keines der genannten

Kommentar: _____

- 2) Wie gehen Sie bei einem Verdacht auf VED vor? Welche Fragen stellen Sie sich im Rahmen einer VED-Diagnostik?
- _____

Daten Umfrage

Teil1 - Persönliche Angaben

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
1	SO	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
2	ZH	Regelschule	An 2 verschiedenen schulen	5-10 J.	(S)SES	
3	AG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
4	AG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	Lese-/Rechtschreibstörungen
5	TG & SG	Sonderschule	Plus in einem kleinen Pensum Regelschule	1-5 J.	(S)SES	
6	SG	Regelschule		0-1 J.	(S)SES	
7	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
8	BL	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
9	ZH	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
10	ZH	Sonderschule	Sprachheilschule	1-5 J.	(S)SES	
11	BE	Frühtherapie	Private Praxis	> 10 J.	(S)SES	
12	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	Ebenfalls daraus folgende LRS
13	ZH	Frühtherapie		5-10 J.	(S)SES	
14	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
15	AR	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
16	FR	Frühtherapie	Auch in der Regelschule, habe zwei Arbeitsorte	> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör.	Neurologisch bedingte Störungen im Sinne von neuromotorischen Diagnosen (miniCP und Dyspraxien) mit Einfluss auf die Sprache
17	GR	Regelschule	Ich arbeite neben der Regelschule an einer Sonderschule und selbständig im Frühbereich	> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör.	
18	BE	Regelschule		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Dyslalien, Stottern
19	SO	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
20	ZG	Kl. Bereich Kinder	Privat, alle Bereiche, aber nur noch reduziert, da im Pensionsalter	> 10 J.	Sonstige	Bevorzugt VED
21	SG	Sonderschule	Sprachheilschule + Frühbereich	5-10 J.	(S)SES, Sonstige	Mutismus VED Redeflusstörungen
22	GR	Regelschule	Frühbereich	> 10 J.	(S)SES	Stottern, Poltern, Schlucken, LRS, Mutismus, VED, Sprachtherapie bei geistiger Retardierung...
23	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
24	AG	Sonderschule		1-5 J.	(S)SES	
25	ZH	Frühtherapie	Diagnostik	5-10 J.	(S)SES, Sonstige	Diagnostik
26	AG	Frühtherapie		1-5 J.	(S)SES	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
27	LU	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
28	SG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
29	LU	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
30	ZG	Regelschule		1-5 J.	Sonstige	Aussprachestörungen und Schriftspracherwerbsstörungen
31	AG	Regelschule		5-10 J.	(S)SES, Sonstige	Artikulationsstörungen und LRS
32	BE	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
33	LU	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
34	BL	Regelschule	Logopädischer Dienst mit Kindern von 2-18J., sowie integrierte Sonderschüler	5-10 J.	(S)SES	
35	ZH	Frühtherapie		5-10 J.	(S)SES	
36	ZG	Sonderschule		5-10 J.	(S)SES	
37	SG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
38	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
39	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	Neurol. Bed. Stör.	60% Erwachsene
40	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
41	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES, Sonstige	LRS v.a. auf Grund visueller Wahrnehmungsproblematik
42	TG	Sonderschule		5-10 J.	(S)SES	
43	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	Leserechtschreibschwäche
44	GR	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	Sowie phonologische Störungen
45	FR	Regelschule	Ich betreue teils auch Vorschulkinder	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Leserechtschreibschwäche
46	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
47	BE	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Stottern, selektiver Mutismus
48	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
49	SO	Sonderschule		0-1 J.	(S)SES	
50	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
51	NW	Regelschule	Kindergarten bis und mit neuntes Schuljahr	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Stottern, Mutismus, LKG-Kinder, eigentlich das ganze Spektrum (ohne körperlich behinderte Kinder)
52	BE	Regelschule		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Schriftspracherwerb
53	BE	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
54	SG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
55	FR	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Dyslexie
56	ZH	Regelschule	ISR Sprache Kindergarten	0-1 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör.	
57	TG	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	
58	AG	Sonderschule		5-10 J.	(S)SES, Sonstige	Schriftspracherwerbsstörungen
59	ZH	Regelschule	Regel-und Sonderschule	> 10 J.	(S)SES	
60	BE	Frühtherapie	Praxis, Vorschul- und Schulkinder	5-10 J.	(S)SES	
61	ZH	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
62	SG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
63	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
64	BE	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
65	BE	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
66	BS	Regelschule		5-10 J.	(S)SES, Sonstige	LRS und Artikulation
67	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
68	BE	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
69	NW	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
70	GR	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
71	BE	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
72	ZH	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
73	BE	Frühtherapie		5-10 J.	(S)SES	
74	BE	Sonderschule	spracheilbasisstufe	5-10 J.	(S)SES, Sonstige	ved, redefluss
75	BE	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
76	BE	Regelschule	Praxis	> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör.	LRS und MFT
77	TG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
78	ZH	Regelschule	1.KiGa bis 3.Sek.	1-5 J.	(S)SES	SES und Aussprachestörungen
79	BE	Kl. Bereich Kinder		> 10 J.	(S)SES	
80	TG	Regelschule	Ich arbeite an einer Regelschule und im Frühbereich.	> 10 J.	(S)SES	
81	ZH	Regelschule		0-1 J.	(S)SES	
82	ZH	Sonderschule		> 10 J.	Neurol. Bed. Stör., Sonstige	geistige Behinderung, LRS
83	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
84	ZH	Regelschule	inklusive integrierter Sonderschüler	> 10 J.	(S)SES	
85	AG	Frühtherapie		0-1 J.	(S)SES	Sprachentwicklungsverzögerungen, VED
86	AG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
87	UR	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
88	ZH	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
89	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Stottern, LRS, Artikulation
90	BL	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
91	VS	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
92	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
93	AG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES, Sonstige	Stottern
94	LU	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
95	BL	Regelschule	Ich arbeite auch im Frühbereich, unser Ambulatorium ist zuständig für alle Kinder von 2-18 Jahren.	> 10 J.	(S)SES	
96	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
97	ZG	Sonderschule	Sprachheilschule	5-10 J.	(S)SES	
98	ZH	Sonderschule		1-5 J.	(S)SES	
99	BL	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
100	BL	Regelschule		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Redeflusstörungen, isolierte Artikulationsstörungen, Schriftspracherwerbsstörungen
101	AG	Regelschule	Regelschule und Privatpraxis	> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör., Sonstige	versch. Formen von Aphasie
102	GL	Regelschule	Frühbereich inklusive	1-5 J.	(S)SES	
103	BL	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
104	LU	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	zusätzlich den Frühbereich und die integrierten SonderschülerInnen
105	SG	Kl. Bereich Kinder	Ich arbeite mit Menschen aller vier Gruppen, auch mit Erwachsenen aller Bereiche.	> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör., Sonstige	Neurofunktionell bedingte Störungsbilder sind mein Hauptteil.
106	ZH	Sonderschule		5-10 J.	(S)SES	
107	AG	Frühtherapie		> 10 J.	Sonstige	Sekundäre Spracherwerbsstörungen; Schluck-, Ess-, Trink- und Fütterstörungen
108	AG	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
109	SH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
110	SO	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
111	ZH	Frühtherapie	Privat Praxis	> 10 J.	(S)SES	
112	SO	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Neurol. bed. Stör.	Schluckstörungen, Ess- und Fütterstörungen
113	AG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
114	SG	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
115	BE	Sonderschule		1-5 J.	(S)SES	
116	BE	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
117	AI	Frühtherapie	Logopädischer Dienst, Kinder zwischen 3-8 Jahren	> 10 J.	(S)SES	
118	TG	Sonderschule	Sprachheilschule	> 10 J.	(S)SES	
119	BE	Frühtherapie		5-10 J.	(S)SES	
120	AG	Regelschule	Kinder ab Kindergarten bis zur Mittelstufe	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Artikulationsstörungen, Lese-Rechtschreibstörungen
121	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
122	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	Häufig auch im Zusammenhang mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen oder geistiger Behinderung
123	SG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
124	AG	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
125	ZH	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
126	BE	Sonderschule	Sprachheilschule	1-5 J.	(S)SES	
127	BE	Frühtherapie	Private Praxis	> 10 J.	(S)SES	
128	SZ	Regelschule	Frühbereich und Nachschulbereich gehört bei uns auch dazu	5-10 J.	(S)SES	
129	BE	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
130	BE	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
131	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
132	BS	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
133	ZH	Sonderschule	Bis vor 9 Jahren Kleinklasse C, seitdem Sprachheilschule	> 10 J.	(S)SES	
134	SO	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	Viele Kinder haben nicht Deutsch als Erstsprache.
135	BL	Regelschule	Inkl. Frühbereich	> 10 J.	(S)SES	
136	SO	Regelschule	Kindergarten-Primarschule	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Dyslalien
137	BS	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
138	GR	Regelschule	Logopädischer Dienst deckt alle päd.-therap.Bereiche (inkl. Frühbereich) ab	> 10 J.	(S)SES	
139	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Stottern, Fütter-, Ess-, Schluckprobleme, SES im Rahmen von Entw.verzögerungen
140	BE	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
141	SG	Regelschule	Auch Kinder im Vorschulalter	> 10 J.	(S)SES	
142	TG	Regelschule	auch mit Vorschul-Kindern	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Legasthenie / Artikulation
143	BE	Sonderschule		1-5 J.	(S)SES, Sonstige	Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung
144	NW	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
145	BL	Regelschule	Zuständig auch für Vorschulkinder (vor KG Eintritt) und Sek Stufen 1 und 2	> 10 J.	(S)SES	Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachentwicklungsbeeinträchtigungen in ihren Vielfalten.
146	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
147	ZH	Frühtherapie	ARBEITE ALS SELBSTSTÄNDIGE IOGOPÄDIN	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	SCHRIFTSPRACHERWERB
148	ZG	Regelschule	Ich arbeite in der Regelschule und in der Frühtherapie	1-5 J.	(S)SES	
149	BE	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör.	
150	AG	Regelschule		0-1 J.	(S)SES, Sonstige	LRS, AWVS
151	SO	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
152	ZG	Regelschule	Logopädischer Dienst	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	LRS, phonologische Störungen

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
153	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
154	TG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
155	BE	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
156	LU	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	zusätzlich Verhaltensproblematiken oder ASS
157	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Logopädie bei allg. Entwicklungsstörungen, Down Syndrom, Autismus
158	SO	Regelschule		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Mutismus, Stottern, Myofunktionelle Störungen, auditive Wahrnehmung
159	SG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
160	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
161	ZH	Regelschule	Regel-und Sonderschule	> 10 J.	(S)SES	
162	SZ	Sonderschule	Sprachheilschule	5-10 J.	(S)SES	
163	BE	Frühtherapie		1-5 J.	(S)SES	
164	AG	Sonderschule	und noch je in einem kleinen Pensum an der Regelschule und in der Frühtherapie	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	mehrfachbehinderte Kinder und Kinder mit einer globalen Entwicklungsverzögerung
165	SG	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
166	LU	Regelschule	Frühbereich inbegriffen in Regelschule	5-10 J.	(S)SES	
167	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
168	FR	Sonderschule	Sprachheilschule	> 10 J.	(S)SES	Schriftspracherwerbsstörungen
169	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
170	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
171	TG	Sonderschule		5-10 J.	Sonstige	Spracherwerbsstörungen im Rahmen einer geistigen Behinderung, Fehlende Lautsprache
172	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
173	LU	Regelschule	Wir behandeln auch Vorschulkinder	> 10 J.	(S)SES	
174	FR	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	vor allem auch LRS
175	SZ	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
176	GR	Regelschule	Regelschule und Sonderschule	> 10 J.	(S)SES	
177	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	inklusive LRS und Kommunikationsstörungen im Schulalter
178	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
179	LU	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
180	ZH	Regelschule		1-5 J.	(S)SES, Sonstige	Lese- und Rechtschreibschwächen bzw. -störungen
181	SG	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
182	BS	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
183	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
184	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
185	AI	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
186	AG	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
187	ZH	Kl. Bereich Kinder		> 10 J.	(S)SES	
188	ZH	Frühtherapie		5-10 J.	(S)SES	
189	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
190	SG	Sonderschule	Heilpädagogische Schule	1-5 J.	(S)SES, Sonstige	Teilweise Redeflussstörungen, viele SES in Zusammenhang mit Trisomie 21 oder Autismus-Spektrum-Störung
191	AG	Sonderschule	Sprachheilschule	5-10 J.	(S)SES	
192	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
193	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
194	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
195	SZ	Sonderschule		1-5 J.	(S)SES	
196	BE	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
197	AG	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
198	BE	Regelschule	Kg bis 6. Klasse	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Aussprachestörungen, Kinder mit Migrationshintergrund, Stottern, SSE
199	SO	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
200	GR	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
201	BE	Sonderschule	Sprachheilschule	5-10 J.	(S)SES	
202	VS	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
203	NW	Frühtherapie	Frühtherapie und Regelschule	> 10 J.	(S)SES	
204	BE	Frühtherapie	Freischaffend, Vorschule, Kindergarten und Basisstufen-Alter	> 10 J.	(S)SES	
205	BS & BL	Regelschule	BL: Angestellt von einer Gemeinde mit Zuständigkeit für Kinder ab 3-18 Jahren. BS: An einem Schulstandort auf Kindergarten- und Primarstufe mit IK-SuS	> 10 J.	(S)SES	Störungen auf allen Sprachebenen. Autismus Spektrum.
206	LU	Regelschule	inkl. Frühbereich	> 10 J.	(S)SES	
207	BL	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
208	GR	Frühtherapie	Logopädischer Dienst - Kinder Frühbereich bis Ende Primarstufe	> 10 J.	(S)SES	
209	ZG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
210	BE	Frühtherapie	Freipraktizierend, Vorschul- und Schulkinder	1-5 J.	(S)SES	
211	AG	Frühtherapie	Frühtherapie mit Kindern mit einer Behinderung bzw. Sekundären Spracherwerbsstörung	> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed.Stör., Sonstige	SSES im Rahmen einer körperlichen oder geistigen Behinderung, Autismspektrumsstörungen, Fütterstörungen
212	BL	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
213	BS	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
214	GL	Regelschule	Inkl. Vorschulkinder	> 10 J.	(S)SES	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
215	AG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
216	ZH	Regelschule		> 10 J.	Sonstige	LRS
217	GR	Sonderschule		5-10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör.	
218	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	Redeflussstörungen, Kinder im Autistischen Spektrum (ASS) und Kinder mit Down Syndrom
219	SG	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
220	BE	Regelschule	Private Praxis, Arbeit grösstenteils mit Regelschulkinder	> 10 J.	(S)SES	
221	ZH	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
222	ZH	Regelschule		0-1 J.	(S)SES	
223	VS	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Neurol. Bed. Stör.	
224	AG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
225	SG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
226	ZG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
227	LU	Regelschule	Kinder im Alter von 2;6 bis Ende obligatorische Schulzeit	> 10 J.	(S)SES	
228	AG	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
229	ZH	Regelschule	Mit vielen ISR-Kindern	5-10 J.	(S)SES	Und Artikulationsstörungen, Stottern
230	AG	Sonderschule	Sprachheilschule	5-10 J.	(S)SES	umschriebene Spracherwerbsstörungen Stufe C
231	ZH	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
232	ZG	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Dyslexie
233	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
234	LU	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
235	ZH	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
236	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
237	NW	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
238	ZH	Kl. Bereich Kinder	Praxis für den Frühbereich, nicht Klinisch	> 10 J.	Neurol. Bed. Stör.	
239	SO	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
240	BE	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
241	TG	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
242	SZ	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	
243	BE	Sonderschule		1-5 J.	(S)SES	
244	SG	Regelschule	Und Frühbereich	1-5 J.	(S)SES	Phonetisch-phonologische stör., lrs, poltern, stottern
245	ZG	Regelschule		5-10 J.	(S)SES	
246	ZH	Regelschule	Quims-Schule	5-10 J.	(S)SES, Sonstige	Stimmstörung
247	ZH	Frühtherapie		> 10 J.	(S)SES	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Kanton	jetzige Institution	Kommentar	Dienstjahre	Störungsbilder	Kommentar
248	LU	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
249	LU	Sonderschule	Sprachheilschule	5-10 J.	(S)SES	vermutlich auch neurologisch bedingte Störungen, oft nicht abgeklärt
250	SG	Regelschule	An der Regelschule. Therapien auch im Vorschulbereich, ab 2 Jahren	> 10 J.	(S)SES, Sonstige	Dyslalie, Stottern, Poltern, Stimmstörungen, Stimmklangstörungen, VED, Mutismus,
251	AG	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	
252	SO	Sonderschule		> 10 J.	(S)SES	
253	OW	Regelschule		> 10 J.	(S)SES	
254	GR	Regelschule	Zudem Frühtherapie (6-8 Lektionen) und einige Lektionen in der Sonderschule.	> 10 J.	(S)SES	
255	SO	Regelschule		1-5 J.	(S)SES	

Teil 2 - Fragen zur VED

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
1	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
2	Ja, kurz		0		
3	Ja, ausführlich		0		
4	Ja, ausführlich		3-5	Regelschule	letzte 2 Jahre
5	Ja, kurz		3-5	Regelschule und Sonderschule (Sprachheilschule)	letzte 2 Jahre
6	Ja, kurz		0		
7	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
8	Ja, kurz		5-10	Sonderschule u Regelschule	letzten 10 Jahre
9	Ja, kurz		1-2	Regelschule / Integrativer Kindergarten	letzte 2 Jahre
10	Ja, kurz	Uns wurde an der HfH dazu nur ein Artikel zum Selbststudium verteilt mit dem Kommentar es sei umstritten, ob es dieses Störungsbild gebe.	3-5	Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
11	Nein, nie gehört		0		
12	Nein, gehört/informiert		3-5	Regelschule	letzten 10 Jahre
13	Ja, kurz		3-5	Schule, Praxis Frühbereich	letzte 2 Jahre
14	Ja, kurz		0		
15	Nein, gehört/informiert		5-10	ORL-Klinik und Regelschule	letzten 10 Jahre
16	Nein, ge-		3-5	Frühbereich	letzten 5 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
	hört/informiert				
17	Ja, ausführlich		5-10	Sonderschule	letzten 5 Jahre
18	Nein, gehört/informiert		3-5	Schulische Logopädie	mehr als 10 Jahre
19	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
20	Ja, ausführlich		>10	IV-Sonderschulen, Regelschulen, privat	mehr als 10 Jahre
21	Ja, kurz		1-2	Sonderschule d.h. Sprachheilschule	letzte 2 Jahre
22	Ja, kurz		3-5	Schule, Frühbereich	letzten 5 Jahre
23	Ja, kurz		3-5	Regelschule	letzten 10 Jahre
24	Ja, ausführlich		1-2	Sonderschule	letzte 2 Jahre
25	Ja, kurz		5-10	Schule, Frühbereichskompetenzzentrum, Klinik	letzten 10 Jahre
26	Ja, kurz		0		
27	Ja, kurz		1-2	Logopädischer Dienst	letzten 5 Jahre
28	Nein, gehört/informiert		3-5	Ambulatorium an Regelschule, inkl. Frühbereich	letzten 5 Jahre
29	Ja, kurz		3-5	Regelschule	mehr als 10 Jahre
30	Ja, ausführlich		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
31	Ja, kurz		1-2	Logopädischer Dienst	letzten 5 Jahre
32	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
33	Nein, gehört/informiert		1-2	Schule	letzte 2 Jahre
34	Ja, kurz		3-5	Logopädischer Dienst	letzten 5 Jahre
35	Nein, gehört/informiert		3-5	Logopädischer Dienst / Praxis Frühbereich	letzten 5 Jahre
36	Ja, kurz		1-2	Sprachheilschule	letzte 2 Jahre
37	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
38	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
39	Nein, gehört/informiert		1-2	Eigene Praxis	letzten 5 Jahre
40	Ja, kurz		1-2	1x Kindergarten Regelschulbereich, 1x Frühbereich	mehr als 10 Jahre
41	Ja, kurz		3-5	Schule	letzten 5 Jahre
42	Nein, gehört/informiert		1-2	Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
43	Nein, gehört/informiert		3-5	Kindergarten der Regelschule	letzte 2 Jahre
44	Nein, gehört/informiert	Habe Weiterbildung besucht	5-10	Früh- und Regelschulbereich	mehr als 10 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
45	Nein, gehört/informiert	Im Kanton Freiburg organisiert der Berufsverband FLV regelmässig Weiterbildungstreffen zu diesem Thema.	1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
46	Ja, kurz		0		
47	Nein, nie gehört		3-5	eigene Praxis	letzten 10 Jahre
48	Nein, gehört/informiert		>10	Frühbereich, Logopädische Praxis	letzten 5 Jahre
49	Ja, kurz		1-2	Sonderschule	letzte 2 Jahre
50	Ja, kurz		3-5	Abklärungsstelle und jetziger Oraxis	letzte 2 Jahre
51	Ja, kurz		3-5	z.T. am Sprachheilkindergarten, z.T. in der Regelschule	mehr als 10 Jahre
52	Nein, gehört/informiert		>10	Regelschule, Lehrlingsheim	letzten 10 Jahre
53	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
54	Ja, kurz		1-2	Logopädischer Dienst der Volksschule	letzte 2 Jahre
55	Nein, gehört/informiert		3-5	Logopädische Praxis	letzten 10 Jahre
56	Ja, kurz		3-5	ISR Kindergarten und Sprachheilschule	letzte 2 Jahre
57	Nein, nie gehört		3-5	Sonderschule	letzten 5 Jahre
58	Ja, kurz		1-2	Sonderschule	letzten 5 Jahre
59	Ja, kurz		1-2	siehe oben	letzten 10 Jahre
60	Ja, kurz		1-2	Praxis	letzte 2 Jahre
61	Ja, kurz		0		
62	Ja, kurz	Ich habe dazu eine Weiterbildung besucht.	1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
63	Ja, ausführlich		>10	Regelschule, sondeerschule	mehr als 10 Jahre
64	Ja, ausführlich		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
65	Nein, gehört/informiert		3-5	Im Frühbereich	letzten 5 Jahre
66	Ja, kurz		3-5	Aargauische Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
67	Ja, kurz		0		
68	Ja, ausführlich		3-5	Private Praxis	letzten 10 Jahre
69	Nein, gehört/informiert		5-10	Schulbereich	letzten 5 Jahre
70	Nein, gehört/informiert		1-2	Ambulatorium	letzten 10 Jahre
71	Nein, gehört/informiert		1-2	Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
72	Ja, kurz		0		
73	Ja, kurz		1-2	Praxis	letzten 5 Jahre
74	Nein, ge-		3-5	sprachheilschule	letzten 5 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
	hört/informiert				
75	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
76	Nein, gehört/informiert	Im Master MAS CFKSc Modul VED gehabt 2011-2013	5-10	Praxis	letzten 5 Jahre
77	Nein, gehört/informiert		0		
78	Ja, kurz	zu einen genügenden Ausmass, d.h. so ausführlich wie auch andere seltene Themen (wie z.B. Kognitive Dysphasie, Asperger, LKG)	1-2	Regelschule (KiGa-Stufe)	letzten 5 Jahre
79	Ja, kurz		3-5	Inselspital Bern	letzten 5 Jahre
80	Nein, gehört/informiert	Ich war an zwei Weiterbildungen zu diesem Theam	1-2	Primarschule und Frühbereich	letzten 10 Jahre
81	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
82	Ja, kurz		0		
83	Ja, ausführlich	Ausbildung in Deutschland (srh Karlsruhe), Fortbildung zu ved	1-2	Schule	letzten 5 Jahre
84	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule (Kind mit ISS -Status)	letzte 2 Jahre
85	Ja, kurz		1-2	Sankt Josef Stiftung Bremgarten	letzte 2 Jahre
86	Ja, kurz		3-5	Regelschule	letzten 10 Jahre
87	Nein, nie gehört		1-2	Ambi	letzte 2 Jahre
88	Nein, gehört/informiert		3-5	Sonderschule	letzten 10 Jahre
89	Nein, gehört/informiert	Wir haben uns in einer Arbeitsgruppe der Stadt Zürich länger damit beschäftigt und auch ein Dossier zusammengestellt.	1-2	Volksschule,	letzten 5 Jahre
90	Nein, nie gehört	Im Grundstudium nicht, in FB ja	>10	Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
91	Nein, gehört/informiert		1-2	Ambulatorium	letzte 2 Jahre
92	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule	letzten 10 Jahre
93	Ja, kurz		1-2	Regelkindergarten	letzte 2 Jahre
94	Ja, kurz		3-5	Sprachheilschule, Logopädischer Dienst	mehr als 10 Jahre
95	Ja, kurz		5-10	GSR und LD Laufental	letzten 10 Jahre
96	Ja, kurz		3-5	Logopädische Praxis für kleine Kinder, selbständig	letzte 2 Jahre
97	Ja, kurz		3-5	Sprachheilschule	letzte 2 Jahre
98	Ja, ausführlich		1-2	Sonderschule HPS	letzten 5 Jahre
99	Nein, ge-	Fühle mich nun diagnostisch kompetent,	3-5	Ambulatoriom	letzten 10 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
	hört/informiert	aber therapeutisch nicht unbedingt			
100	Nein, gehört/informiert		>10	Bereich Regelschule	mehr als 10 Jahre
101	Nein, gehört/informiert		3-5	Privatpraxis	letzten 5 Jahre
102	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
103	Ja, kurz	Habe aber Weiterbildungen dazu gemacht!	3-5	Logopädischer Dienst	letzten 5 Jahre
104	Nein, gehört/informiert	Weiterbildungen besucht	5-10	LPD	letzten 5 Jahre
105	Nein, nie gehört		>10	Schule, vorallem freie Praxis	letzte 2 Jahre
106	Ja, kurz		5-10	Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
107	Nein, nie gehört		>10	Kinderspital Basel, zentren körperbehinderte Aargau	letzten 10 Jahre
108	Nein, gehört/informiert		1-2	Logopädin in einer Gemeinde, öffentliche Schule	letzten 10 Jahre
109	Ja, kurz		>10	Regelschulbereich	mehr als 10 Jahre
110	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
111	Nein, gehört/informiert		5-10	Orivat Praxis	letzten 5 Jahre
112	Nein, gehört/informiert	In einem CAS an der FHNW habe ich mich dazu weiter gebildet	3-5	Frühtherapie / medizinisch geführtes Therapiezentrum	letzten 5 Jahre
113	Nein, gehört/informiert	aber später habe ich VED Weiterbildungen besucht und ich verwende häufig die Assoziationsbilder von McGinnis, guter Erfolg.	>10	Regelschule	mehr als 10 Jahre
114	Nein, gehört/informiert		0		
115	Ja, kurz		1-2	Sonderschule	letzte 2 Jahre
116	Ja, kurz		3-5	Schule und Frühbereich	letzten 10 Jahre
117	Nein, gehört/informiert		3-5	Logopädischer Dienst	letzten 10 Jahre
118	Ja, ausführlich	Nur bei Erwachsenen (Aphasiker usw.), nicht bei Kindern	3-5	Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
119	Ja, kurz		1-2	Frühbereich	letzten 5 Jahre
120	Nein, gehört/informiert		5-10	Regelschule/Kindergarten	letzten 5 Jahre
121	Nein, gehört/informiert		5-10	Praxis, Spital	letzten 10 Jahre
122	Nein, gehört/informiert	Damals war die Forschung zu VED noch ganz in den Anfängen. Ich glaube VED wurde einmal erwähnt aber nicht thematisiert	3-5	Heilpädagogische Schule und Frühbereich	mehr als 10 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
		siert.			
123	Ja, kurz		>10	Freier Praxis / Regelschule	letzten 10 Jahre
124	Nein, gehört/informiert		1-2	Kindergarten	letzten 10 Jahre
125	Ja, kurz		3-5	Regelschule	letzten 5 Jahre
126	Ja, kurz		1-2	Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
127	Nein, gehört/informiert		1-2	Aarhus, Sonderschule für Kinder mit körperlicher und geistiger Beeinträchtigung	letzten 5 Jahre
128	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzten 10 Jahre
129	Nein, gehört/informiert		1-2	Im Praktikum an der Regelschule	letzten 10 Jahre
130	Nein, gehört/informiert		3-5	Regelschule	letzten 10 Jahre
131	Nein, gehört/informiert		1-2	Frühbereich eigene Praxis	letzten 5 Jahre
132	Ja, kurz		3-5	Logopädischer Dienst (0-18jg) und ausschliesslich Vorschulbereich	letzten 10 Jahre
133	Nein, gehört/informiert	Ich habe die Ausbildung von 2000 - 2003 in Deutschland gemacht. Von VED habe ich erst anschliessend erfahren. Ich selbst habe häufig Praktikantinnen, die in der Schweiz ausgebildet werden und zwar den Begriff kennen, aber so gut wie nichts über das Störungsbild wissen.	>10	Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
134	Nein, gehört/informiert		3-5	bisheriger Arbeitsort	letzte 2 Jahre
135	Ja, kurz		3-5	Schulbereich	mehr als 10 Jahre
136	Ja, kurz		5-10	Primarschule/ Kindergarten	letzten 5 Jahre
137	Ja, kurz		3-5	Regelschule	letzte 2 Jahre
138	Nein, gehört/informiert	habe vor einem Jahr einen Kurs bei Frau Schulte-Mäter besucht	3-5	am Logopädischen Dienst (alle Bereiche; 0-20 Jahre)	letzte 2 Jahre
139	Nein, gehört/informiert		3-5	Frühbereich	letzten 5 Jahre
140	Ja, kurz		3-5	Frühbereich, Heilpädagogische Schule	letzten 10 Jahre
141	Nein, gehört/informiert		3-5	Schulbereich, logopädisches Ambulatorium	letzten 5 Jahre
142	Nein, gehört/informiert		3-5	Regelschule	letzten 5 Jahre
143	Ja, kurz		1-2	Sonderschule	letzte 2 Jahre
144	Ja, kurz		>10	Sprachheilschule (Kt. Zug)	letzten 10 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
145	Nein, nie gehört	Kann mich nicht mehr erinnern, war zu Beginn der 80-er Jahre	3-5	Immer im ambulanten schulischen Kinder-Bereich	mehr als 10 Jahre
146	Nein, gehört/informiert		3-5	Frühbereich / Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
147	Nein, gehört/informiert		1-2	ÖFFENTLICHEN SCHULE/EIGENER PRAXIS	letzten 10 Jahre
148	Ja, kurz	Zwei Kolleginnen und ich haben aber im 2016 eine Bachelorarbeit über die VED geschrieben. Daher weiss ich viel über die VED.	1-2	Frühlogopädie	letzte 2 Jahre
149	Nein, gehört/informiert		3-5	Vorschulbereich und Sonderschule	letzten 5 Jahre
150	Ja, kurz		0		
151	Nein, nie gehört		5-10	Logopädischer Dienst der Regelschule	letzten 10 Jahre
152	Nein, gehört/informiert		0		
153	Nein, gehört/informiert		0		
154	Ja, kurz		0		
155	Nein, gehört/informiert	So genau erinnere ich mich nicht mehr ;-)	1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
156	Ja, kurz		5-10	Logopädischer Dienst, Sonderschule	mehr als 10 Jahre
157	Ja, kurz		0		
158	Ja, kurz		1-2	regelschule	letzten 5 Jahre
159	Nein, gehört/informiert		3-5	Regelschule	letzten 5 Jahre
160	Nein, gehört/informiert		3-5	Primarschule	letzten 5 Jahre
161	Ja, kurz		1-2	siehe oben	letzten 10 Jahre
162	Ja, kurz		3-5	Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
163	Ja, kurz		1-2	Praxis	letzte 2 Jahre
164	Ja, kurz		3-5	in Sonderschule und Regelschule	letzten 10 Jahre
165	Nein, nie gehört		0		
166	Ja, kurz		1-2	Praktikum in einer Praxis für kleine Kinder im Kanton Bern	letzten 10 Jahre
167	Nein, gehört/informiert		1-2	Schule	letzte 2 Jahre
168	Nein, gehört/informiert		0		
169	Nein, ge-		>10	private Praxis / KJPP	mehr als 10 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
	hört/informiert				
170	Nein, gehört/informiert		1-2	Schulbereich	letzte 2 Jahre
171	Ja, kurz		1-2	HPS	letzten 5 Jahre
172	Ja, kurz		3-5	Schule	letzten 5 Jahre
173	Nein, gehört/informiert		1-2	Schuldienst	letzten 5 Jahre
174	Ja, kurz		1-2	Schuldienst (Regelschule)	letzte 2 Jahre
175	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
176	Nein, gehört/informiert		1-2	Sonderschule	letzten 10 Jahre
177	Nein, gehört/informiert		3-5	Primarschule	letzten 5 Jahre
178	Nein, gehört/informiert	Ich habe mich selber damit befasst und mich eingelesen.	3-5	Regelschule	letzte 2 Jahre
179	Ja, kurz		5-10	Schuldienst	letzten 5 Jahre
180	Ja, ausführlich		1-2	Primarschule	letzte 2 Jahre
181	Ja, kurz		3-5	Private Praxis, Regelschule	letzten 5 Jahre
182	Ja, ausführlich		3-5	Primar/Kindergarten	letzten 5 Jahre
183	Ja, kurz		3-5	Logopädisches Ambulatorium	mehr als 10 Jahre
184	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
185	Nein, gehört/informiert		0		
186	Ja, kurz		5-10	Sprachheilschule, Frühbereich	mehr als 10 Jahre
187	Ja, ausführlich		3-5	Klinik	letzten 10 Jahre
188	Ja, kurz		1-2	Praxis im Frühbereich	letzte 2 Jahre
189	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
190	Ja, ausführlich		1-2	Heilpädagogische Schule	letzte 2 Jahre
191	Ja, kurz		1-2	Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
192	Nein, gehört/informiert		5-10	eigene Praxis Frühbereich, Schule	letzten 5 Jahre
193	Ja, kurz		1-2	Regelschule; Kinder hatten die Diagnose aber bereits bei Eintritt in den Kindergarten. Die Diagnose wurde nicht durch mich gestellt.	letzten 5 Jahre
194	Ja, kurz		1-2	Regelschule	mehr als 10 Jahre
195	Ja, kurz		1-2	Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
196	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
197	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
198	Ja, kurz	Eine Störung, mit welcher ich mich wenig auseinandergesetzt habe	3-5	Regelschule	letzten 10 Jahre
199	Ja, kurz		0		
200	Nein, gehört/informiert		0		
201	Ja, kurz		1-2	Sprachheilschule	letzten 5 Jahre
202	Ja, kurz		1-2	ZET (Zentrum für Entwicklung und Therapie)	letzte 2 Jahre
203	Nein, gehört/informiert		1-2	Logopädie im Frühbereich des Kantons NW	letzte 2 Jahre
204	Ja, kurz		1-2	Freischaffend, in der eigenen Praxis	letzten 5 Jahre
205	Ja, kurz		1-2	auf Kindergartenstufe	letzte 2 Jahre
206	Nein, gehört/informiert	Erst in den letzten Jahren war vermehrt davon die Rede	3-5	LPD + Frühbereich	letzten 10 Jahre
207	Ja, kurz		5-10	Schulbereich	letzten 5 Jahre
208	Ja, kurz		1-2	jetziger Arbeitsort - Logop. Dienst	letzte 2 Jahre
209	Nein, gehört/informiert		3-5	Sprachheilschule, logopädischer Dienst	mehr als 10 Jahre
210	Ja, kurz		1-2	Freipraktizierend	letzte 2 Jahre
211	Nein, gehört/informiert		3-5	Zentrum für Körperbehinderte Kinder (zeka Baden), Frühbereich	letzten 10 Jahre
212	Ja, kurz		3-5	Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
213	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
214	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
215	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
216	Ja, kurz	Habe mich durch Kurse informiert	>10	Regelschule	mehr als 10 Jahre
217	Ja, kurz		5-10	Sonderschule	letzten 5 Jahre
218	Nein, nie gehört		5-10	Logopädische Praxis in der Kinderpraxis Uster	letzten 5 Jahre
219	Nein, gehört/informiert		3-5	selbständige Praxis	letzten 10 Jahre
220	Nein, gehört/informiert	Ist mir im Zusammenhang mit Weiterbildungssuche begegnet und anschliessend habe ich wegen zwei Kindern genauer darüber rechechiert	1-2	aktuell = eigene Praxis	letzte 2 Jahre
221	Nein, nie gehört		0		
222	Ja, kurz		3-5	Regelschule (Kindergartenstufe)	letzte 2 Jahre
223	Ja, ausführlich	Im Studium nicht, ich habe jedoch ein Fortbildung dazu besucht.	3-5	In privater Praxis tätig	letzten 5 Jahre
224	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
225	Nein, ge-		1-2	Schule	letzten 5 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
	hört/informiert				
226	Ja, kurz		5-10	Regelschule	mehr als 10 Jahre
227	Nein, gehört/informiert		0		
228	Ja, kurz	vor allem im Praktikum	1-2	Regelschule	letzten 10 Jahre
229	Ja, kurz		3-5	Schulambulatorium	letzten 10 Jahre
230	Ja, kurz	ein halbes Semester	3-5	Sprachheilschule	letzte 2 Jahre
231	Ja, kurz		1-2	In der Regelschule	letzte 2 Jahre
232	Nein, gehört/informiert	Ausbildung 1977/ 78	5-10	Privatpraxis	mehr als 10 Jahre
233	Nein, gehört/informiert		1-2	Logopädische Praxis	letzte 2 Jahre
234	Ja, ausführlich		>10	Sprachheilschule und Regelschule	letzte 2 Jahre
235	Nein, nie gehört		0		
236	Ja, kurz	eine Blockvorlesung an einem einzigen Tag	3-5	Frühbereich	letzten 5 Jahre
237	Ja, kurz		3-5	Regelschule	letzte 2 Jahre
238	Nein, gehört/informiert		>10	eigene Praxis	letzten 5 Jahre
239	Nein, gehört/informiert		1-2	Primarschule	letzten 5 Jahre
240	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre
241	Nein, gehört/informiert		3-5	private Praxis	letzten 5 Jahre
242	Nein, gehört/informiert		1-2	Logopädischer Dienst	letzten 10 Jahre
243	Ja, kurz	Ich mache jetzt gerade eine Online-Weiterbildung	1-2	Sonderschule	letzte 2 Jahre
244	Ja, kurz	Im erwachsenenbereich sprechapraxie ca. ein tag, im kinderbereich wenig oder eher gar nicht	5-10	Frühbereich, regelschule	letzten 5 Jahre
245	Ja, kurz		1-2	Primarschule	letzten 5 Jahre
246	Ja, kurz		0		
247	Ja, kurz		1-2	Frühbereich/Praxis	letzten 5 Jahre
248	Nein, gehört/informiert		1-2	Regelschule	letzten 5 Jahre
249	Ja, kurz		3-5	Sprachheilschule	letzten 10 Jahre
250	Nein, gehört/informiert		5-10	Regelschule	letzten 5 Jahre
251	Ja, kurz		1-2	Regelschule	letzte 2 Jahre

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	VED im Studium	Kommentar	Anzahl Fälle/ Verdacht	Institution?	Zeitraum Fälle
252	Ja, kurz		1-2	Sonderschule für Sprache und Kommunikation (ehem. Sprachheilschule)	letzte 2 Jahre
253	Nein, gehört/informiert		5-10	Schulischer Dienst	letzten 5 Jahre
254	Nein, gehört/informiert	Ich habe meine Ausbildung in 1990 abgeschlossen, dazumal war das kein Thema. Habe mich intensiv mit VED auseinandergesetzt.	3-5	Frühbereich und Kindergarten	letzten 5 Jahre
255	Ja, kurz		3-5	Sonderschule, Regelschule	letzten 5 Jahre

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
1	> 5;0 J.		nein	
2				
3				
4	> 5;0 J.		ja	Schulpsychologischer Dienst, Behinderungsspezifische Beratung und Begleitung durch zeka
5	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Fallbesprechungen und Fachberatungen
6				
7	4;0 – 4;11 J.		nein	
8	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
9	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Schulische Heilpädagogin
10	> 5;0 J.		ja	Mit dem Störungsbild besser vertraute / erfahrenere Kolleginnen an meinem Arbeitsort. Ich besuchte eine Weiterbildung zu VED, den KoArt Grundkurs von Ulrike Becker-Redding in Deutschland.
11				
12	4;0 – 4;11 J.	Meist schon in der Frühtherapie entdeckt	ja	Kolleginnen, Psychomotorik, SPBD
13	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervision, Fachaustausch
14				
15	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	ORL-Arzt
16	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Entwicklungsneurologe
17	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	externe Fachstelle
18	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Kantonale Erziehungsberatung, Kinderärzte, Ergotherapie
19	> 5;0 J.		nein	
20	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Oft Kispi Zürich, für Differentialdiagnose, um andere Möglichkeiten mit ähnlichen Symptomen auszuschliessen
21	4;0 – 4;11 J.	Die Diagnose stand schon fest, als das Kind zu mir kam. Kind hatte bereits im Vorschulalter	ja	Logopädin SPD/ Intervision/ Anne Schulte Mäter (Kurs und Mails)

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
		Logopädie ca. ab 3.		
22	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Heilpädagogische Früherziehung
23	> 5;0 J.		ja	Intervision, Fachleitung, Kinderspital
24	> 5;0 J.	nur Verdacht keine Bestätigung	ja	interne Fachstelle
25	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Entwicklungspädiater
26				
27	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
28	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Andere Logopädin
29	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
30	> 5;0 J.		nein	
31	> 5;0 J.		nein	
32	4;0 – 4;11 J.		ja	Neurologe
33	4;0 – 4;11 J.		ja	Erfahrene Kollegin
34	> 5;0 J.		ja	Psychomotorik
35	2;0 – 3;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervision
36	> 5;0 J.		ja	Intervision
37	4;0 – 4;11 J.		nein	
38	> 5;0 J.		nein	
39	2;0 – 3;11 J.		nein	Diagnose vom Kinderspital Winterthur gestellt
40	4;0 – 4;11 J.		nein	nur Therapie. Diagnose schon im Abklärungsbericht vorhanden
41	4;0 – 4;11 J.		nein	
42	> 5;0 J.		nein	
43	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
44	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervision mit Kolleginnen
45	> 5;0 J.	Die Diagnose wurde nie gestellt. Erst im Nachhinein denke ich, dass bei ein paar Dingen die VED ein Thema hätte sein können. Im Moment kläre ich ein Kind ab, bei dem eine Dyspraxie (jedoch nicht verbal) vorhanden sein könnte.	ja	Bei der gegenwärtigen Abklärung plane ich, auf diesem Gebiet erfahrenere Kolleginnen zu kontaktieren und ev. eine neurologische Abklärung einzuleiten.
46				
47	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		nein	
48	2;0 – 3;11 J.		ja	Abklärungsstelle
49	> 5;0 J.		ja	Intervision oder Supervision
50	4;0 – 4;11 J.		ja	Dozentin entsprechender Weiterbildung
51	> 5;0 J.		ja	Intervision
52	> 5;0 J.		ja	Neurologische Abklärung: Extern
53	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
54	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
55	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Neuropädiater, Ergotherapeutin
56	2;0 – 3;11 J.		nein	
57	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	externe Fachstelle
58	> 5;0 J.		nein	
59	> 5;0 J.		ja	Intervision
60	4;0 – 4;11 J.		nein	
61				
62	> 5;0 J.		ja	SPD
63	> 5;0 J.		nein	
64	> 5;0 J.		ja	Supervision
65	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Externe Fachstellen
66	> 5;0 J.		nein	
67				
68	4;0 – 4;11 J.		ja	Supervision, Erziehungsberatung, Anmeldung in die Sprachheilschule
69	> 5;0 J.		nein	
70	> 5;0 J.		nein	
71	> 5;0 J.		ja	Intervision
72				
73	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
74	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	externe fachperson
75	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	EB
76	4;0 – 4;11 J.		ja	Kinderarzt Ergo und Physio
77				
78	4;0 – 4;11 J.	Der Verdacht wurde im Frühbereich gestellt, bestätigte sich für mich aber nicht. Das Kind hatte ein komplexes System an phonologischen Störungen.	ja	logopädische Intervisionsgruppe
79	4;0 – 4;11 J.	Es war nie eine erhärtete Diagnose, weil niemand eine ausführliche Abklärung machen konnte. Nun ist mit Esther Studer eine Fachperson bekannt, welche dies kann.	ja	Esther Studer Eichenberger
80	2;0 – 3;11 J.	Ich hatte zwei Kinder: das erste kam mit 2;4 zu mir, das zweite mit 3;3.	nein	
81	> 5;0 J.		nein	
82				
83	> 5;0 J.	Apraktische Komponente, kein	nein	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
		klassisches Störungsbild		
84	2;0 – 3;11 J.		ja	Abklärung erfolgte durch SPZ Winterthur
85	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision, andere Logopädin
86	> 5;0 J.		nein	
87	> 5;0 J.		ja	Austausch mit Arbeitskolleginnen
88	> 5;0 J.		ja	Intervision, Weiterbildung
89	> 5;0 J.	Diagnose habe ich nicht abschliessend gestellt, da jeder Fall auch weitere Störungsbilder aufzeigte. Die Komponente, dass es eine Planungsschwierigkeit ist, war aber hilfreich für die Therapiegestaltung	ja	Diskussion mit Kolleginnen, HfH
90	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.	VED als Diagnose zuvor anders benannt	ja	Ergo/Physio, and. Logo, SHP
91	4;0 – 4;11 J.		ja	Supervision, neurologische Abkl.
92	2;0 – 3;11 J.	Ich habe die Kinder bereits mit der Verdachtsdiagnose überwiesen bekommen	nein	
93	4;0 – 4;11 J.		ja	Schulpsychologischer Dienst
94	> 5;0 J.		ja	Intervision, Ergotherapeutin
95	> 5;0 J.		ja	Kinderarzt oder Schulpsychologen
96	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision, Fortbildung
97	> 5;0 J.		ja	Das Mädchen wurde neuropsychologisch abgeklärt. Eine Logopädin hat mir die Diagnose bestätigt.
98	> 5;0 J.		nein	
99	> 5;0 J.		ja	Psychomot. Therapeutin und Kinderspital
100	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Kinderarzt, HNO-Ärztinnen, selten Neuropädiatrie, vor allem die Lehrkräfte
101	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervision / neuropädiatrische Abklärung
102	2;0 – 3;11 J.		nein	
103	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Kinderarzt, HFE und Neurologe
104	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Psychomotorik-Therapeutin, Ergotherapeutin
105	4;0 – 4;11 J.	Die Kinder kamen gar nicht mit einer solchen Diagnose, erwachsene Körper- / und oder Geistigbehinderte auch nicht. Das war dann meine Diagnose.	nein	
106	> 5;0 J.		ja	Intervision

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
107	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervision
108	> 5;0 J.		ja	Heilpädagogin einer Schule für Körperbehinderte, Ergotherapeutin
109	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
110	> 5;0 J.		nein	
111	2;0 – 3;11 J.		ja	Intervision
112	2;0 – 3;11 J.	Die Diagnose konnte nicht gestellt werden	ja	Zusammenarbeit mit den Entwicklungspädiatern ist bei uns wichtig, Fachaustausch mit anderen Logopädinnen
113	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
114				
115	> 5;0 J.		nein	
116	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	spezialisierte Logopädin
117	4;0 – 4;11 J.	mit VED habe ich mich erst in den letzten Monaten intensiver beschäftigt. Darum ist mir teilweise erst im Nachhinein der Verdacht gekommen, dass es sich bei einigen bereits abgeschlossenen Therapien um eine VED gehandelt haben könnte.	nein	
118	> 5;0 J.	es gibt m. E. auch eine orale Dyspraxie.	nein	
119	4;0 – 4;11 J.		ja	
120	> 5;0 J.		nein	
121	2;0 – 3;11 J.		nein	
122	2;0 – 3;11 J., > 5;0 J.	Ich würde mir nicht anmassen diese Diagnose abschliessend zu stellen. Ich äussere immer nur einen Verdacht, da ich zu wenig Erfahrung habe um eine VED eindeutig zu diagnostizieren.	ja	Als Berufseinsteigerin konnte ich meine ehemalige Dozentin für eine Supervision anfragen. Heute arbeite ich im Austausch mit meinem Team, also Intervision.
123	> 5;0 J.		ja	interne Supervisionen / Logopädierteam vor Ort
124	4;0 – 4;11 J.	Es war nur ein Verdacht, wenn wirklich ja war es ein leichter Fall.	ja	Intervision
125	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
126	> 5;0 J.		ja	externe Fachperson mit Spezialisierung auf VED
127	> 5;0 J.		nein	
128	> 5;0 J.		ja	andere Logopädinnen
129	4;0 – 4;11 J.		ja	die Praktikumsleiterin
130	> 5;0 J.		ja	Neurologe

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
131	2;0 – 3;11 J.		ja	Kollegiale Supervisionsgruppe
132	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervision; Supervision
133	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.	Manche Kinder kommen bereits mit der Diagnose oder dem Verdacht an die SHS, bei anderen wird sie erst hier festgestellt.	nein	Mir sind keine Fachpersonen bekannt. Da ich inzwischen selbst viel Erfahrung gesammelt habe, werde deshalb eher ich von Kolleginnen um Rat gefragt.
134	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Neuropädiatrische Untersuchung und Logopädin im Kinderspital
135	> 5;0 J.		ja	Intervision, HNO
136	> 5;0 J.	Diagnose schwierig eher Verdacht	nein	
137	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervisionsgruppe
138	2;0 – 3;11 J., > 5;0 J.	sowohl als auch	ja	Intervision, Kursleiterin (Frau Schulte-Mäter)
139	> 5;0 J.	Es wurde bisher nur der Verdacht auf eine VED geäußert, Diagnosen werden am Kispä Zürich nicht vor 8 Jahren gestellt - sie müssen deshalb das Kreuz oben löschen, es stimmt nicht und leider gibt es kein Kreuz für meine Antwort	nein	
140	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Supervision, Neuropädiatrie
141	4;0 – 4;11 J.	Erst dann zeichnete sich für mich der Verdacht auf VED ab.	ja	Teamkolleginnen, Falldarstellung im Team
142	> 5;0 J.	würde sagen, dass sich nach 5 Jahren die These auf VED bestätigte, die Vermutung war vorher schon da.	ja	Kantonale Abklärungslogopädin
143	> 5;0 J.		ja	Neuropädiater
144	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Ergotherapie
145	> 5;0 J.	Auffällig nicht sofort, erst bei "zu wenig" Fortschritte in der Therapie	ja	Abklärung Neurologie, Kinderspital
146	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Logopädinnen / Berufskolleginnen/ Expertinnen zu diesem Thema
147	4;0 – 4;11 J.		nein	
148	4;0 – 4;11 J.		ja	Kollegin, welche auch im Frühbereich arbeitet.
149	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Kolleginnen mit Erfahrungen in diesem Bereich
150				
151	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
152				

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
153				
154				
155	4;0 – 4;11 J.		nein	
156	> 5;0 J.		ja	Kieferorthopädie
157				
158	> 5;0 J.		ja	Schulpsychologin
159	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
160	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Schulpsychologin, externe Fachstelle
161	> 5;0 J.		ja	Intervision
162	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
163	4;0 – 4;11 J.		ja	externe Fachstelle
164	4;0 – 4;11 J.		ja	Kolleginnen, Intervision, Weiterbildung zu VED
165				
166	4;0 – 4;11 J.		ja	damalige Praktikumsleiterin
167	4;0 – 4;11 J.		ja	Supervision
168				
169	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Q-Zirkel, Logopädische Abklärungsstelle, KJPP
170	4;0 – 4;11 J.		ja	mit einer anderen Logopädin, die auch ein VED Kind hat.
171	> 5;0 J.	Es wurde keine VED diagnostiziert	nein	
172	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
173	4;0 – 4;11 J.		ja	Kantonale Abklärungsstelle
174	> 5;0 J.		ja	Intervision
175	> 5;0 J.		nein	
176	> 5;0 J.	keines hatte die Diagnose, aber es war Gesprächsthema	ja	andere Logopädin
177	> 5;0 J.		ja	Logopädin mit Erfahrung mit im Bereich VED
178	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Logopädinnen für Kinder im Vorschulalter
179	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
180	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
181	> 5;0 J.		nein	
182	> 5;0 J.		ja	Fachstelle für Integration und Förderung
183	> 5;0 J.		nein	
184	> 5;0 J.		nein	
185				
186	2;0 – 3;11 J., > 5;0 J.		ja	Supervision/Intervision, Entwicklungspädiatrie
187	4;0 – 4;11 J.		ja	Neurologie
188	4;0 – 4;11 J.	Es wurde keine offizielle Diagnose gestellt.	ja	Intervision

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
189	> 5;0 J.		nein	
190	> 5;0 J.	Der Schüler war vor der Logopädietherapie an der HPS, wo ich tätig bin, an einer Sprachheilschule eingeschult. Dort wurde die Diagnose VED gestellt.	nein	
191	> 5;0 J.		ja	Kursleiterin VED Kurs
192	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision
193	2;0 – 3;11 J.		ja	Intervision
194	> 5;0 J.		ja	Weiterbildung zum Thema VED
195	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervision; neurologische Abklärung fand schon statt; Logopädin, von der ich die Kinder übernommen habe, hat bereits Verdacht auf VED diagnostiziert
196	> 5;0 J.		ja	Intervision
197	> 5;0 J.		nein	
198	> 5;0 J.	Der Verdacht kam im Laufe der Therapie, in der förderdiagnostischen Arbeit, auf.	ja	Intervision Logopädie, Kinderarzt, Ergotherapie
199				
200				
201	> 5;0 J.		nein	
202	> 5;0 J.		ja	Supervision, Intervision
203	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	HFE, Kinderarzt, Weiterbildungskurs
204	4;0 – 4;11 J.	Diagnose stellte sich "schleichend" durch Therapieresistenz	ja	Intervision, Fachstelle wollte sich keine dazu "bemühen"
205	> 5;0 J.	Noch keine Diagnose vorhanden. Es liegt ein Verdacht vor.	ja	Logopädie-Kollegin
206	4;0 – 4;11 J.	Mangels diagnostischer Kompetenzen dauert es lange bis zu VED-Verdacht, erst recht, bis ich mich die Diagnose zu stellen wage	ja	Intervision Logopädie, Heilpädagogin, Ergotherapie, Neuropädiatrie am Kisp
207	4;0 – 4;11 J.		nein	
208	2;0 – 3;11 J.	3.3 Jahre	ja	Intervision, umfassende entwicklungspädiatrische Abklärung
209	> 5;0 J.		ja	Intervision, Abteilung für Entwicklungspädiatrie Zürich
210	4;0 – 4;11 J.	Verdacht, keine Diagnose	ja	Intervision, Neurologische Abklärung angedacht (es kam aber bisher nicht dazu)
211	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Kinderärzte
212	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	andere Logopädinnen
213	> 5;0 J.		ja	Supervision
214	4;0 – 4;11 J.		nein	
215	> 5;0 J.	Nur vermutete Diagnose	nein	

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
216	> 5;0 J.		ja	
217	> 5;0 J.		nein	
218	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Fachstelle Sonderpädagogik, Weiterbildung zum Thema, Intervention
219	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Intervention
220	> 5;0 J.	keine Diagnose, nur Verdacht	ja	Kinderarzt, Erziehungsberatung, Kinderneurologin
221				
222	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervention mit zwei Logopädinnen
223	4;0 – 4;11 J.		ja	Supervision
224	4;0 – 4;11 J.		nein	
225	> 5;0 J.		ja	Arbeitskollegen/Weiterbildung
226	> 5;0 J.		nein	
227				
228	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
229	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Spital Winterthur
230	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervention
231	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervention (Q-Gruppe innerhalb der Stadt Zürich)
232	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J.		ja	Heilpädagogische Abklärung
233	2;0 – 3;11 J., > 5;0 J.		ja	Neurologie, Phoniatrie, Intervention
234	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	
235				
236	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Kolleginnen intern und extern
237	4;0 – 4;11 J.		ja	Teamkollegin (Hospitation)
238	2;0 – 3;11 J.		ja	Fachstelle Sonderpädagogik
239	> 5;0 J.		ja	Austausch mit Kolleginnen
240	> 5;0 J.		nein	
241	4;0 – 4;11 J.		nein	
242	4;0 – 4;11 J.		nein	
243	> 5;0 J.		nein	
244	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	Schulpsychologischer dienst, psychomotorik, intervention
245	4;0 – 4;11 J.		ja	Intervention, Besuch eines Kurses
246				
247	2;0 – 3;11 J.		nein	
248	> 5;0 J.		ja	Intervention
249	> 5;0 J.	Die Diagnose wurde nie definitiv gestellt, es blieb jeweils beim Verdacht.	ja	2mal eine Supervisorin
250	> 5;0 J.	Die Diagnose ist schwierig, meistens Verdacht auf VED	ja	Kollegiale Hospitation, Austausch mit zuständigem Arzt

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Alter Kinder b. Diagnose	Kommentar	Beizug FP?	Wen?
251	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		ja	Intervision, Kursleiterin VED
252	> 5;0 J.		ja	andere Logopädinnen
253	4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.	Wir haben selten Kinder unter 4 Jahren zur Abklärung	nein	
254	4;0 – 4;11 J.		ja	Arbeitskolleginnen
255	2;0 – 3;11 J., 4;0 – 4;11 J., > 5;0 J.		nein	

Teil 3 - Fragen zur Diagnostik von VED

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
1	eigene Checkliste/eigenes Tool	-	Kann das Kind willkürlich vorgegebene Sprechbewegungen imitieren? Gelingt es dem Kind auch, mehrmals nacheinander die gleiche Artikulationsfolge nachzusprechen (z.b. Diadochokinese, Pseudowörter, Echtwörter)
2	Keines der genannten	Keine Diagnostik gemacht da kein Verdacht gehabt	In der Literatur nachschauen welche Tests es überhaupt gibt :)
3	Keines der genannten	Ich habe noch kein Test gemacht.	Ich musste noch nie ein Kind mit VED abklären.
4	eigene Checkliste/eigenes Tool	Unterlagen aus einer Weiterbildung zum Thema - ich finde es trotz den guten Unterlagen schwierig die Diagnose zu stellen und dann die Therapie zu planen	Wer kann mich bei der Therapie / Therapieplanung unterstützen?
5	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), Keines der genannten	Prüfbogen von Ulricke Becker-Redding	Ich folge dem Prüfbogen von Frau Becker-Redding und den bei ihr im Kurs vermittelten Kriterien, dabei ist es mir wichtig sämtliche linguistischen Störungsgebiete abzuklären um mögliche Komorbiditäten abzuklären
6	Keines der genannten	Habe noch nie Diagnostik zu VED gemacht.	Hatte noch nie einen Verdachtsfall.
7	Keines der genannten	Ich kenne keines der Verfahren, es bei einer Verdachtsdiagnose geblieben	Ist die Sprechbewegungsplanung betroffen?
8	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	PLAKKS Inkonzanzprüfung	Abgrenzung zur phonologischen Störung / Überprüfung der (In)konstanz / Abgrenzung zur Dysarthrie
9	eigene Checkliste/eigenes Tool	VEDIT - nach Dr. Anne Schulte-Mäter - kurzer Protokollbogen mit Nachsprechübung - Einfach umsetzbar - ansprechendes Therapie-Material mit Gebärden und Bildern	- Motorik und auditive Wahrnehmung sonst o.B.? - Nachsprechen gut? - Diadochokinese überprüfen
10	Keines der genannten	Einen Diagnostikbogen von Ulrike	Ich mache eine Spontansprachanalyse und führe den VED Diagnostikbogen v.

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
		Becker-Redding. Dieser basiert meines Wissen auf einem amerikanischen Test, gut möglich dass es eine der ersten beiden Auswahlmöglichkeiten war.	Ulrike Becker-Redding durch. Bei Unsicherheit spiele ich die Aufnahme einer erfahreneren Kollegin vor und bespreche mit ihr die Auswertung des Tests.
11	Keines der genannten	Ich kenne keine	Ich kenne VED nicht
12	Keines der genannten	Achte auf unregelmässige phonologische Sprache und Grammatikentwicklung	Bin unsicher, brauche Literatur und suche im Internet
13	eigene Checkliste/eigenes Tool	Mir fehlt ein geeignetes Tool, nicht glücklich mit aktuellem Vorgehen	Differenzierung zur inkonsequenten phonologischen Störung?, Sprachbereiche altersentsprechend?, Nachsprechleistung?, Längeneffekt?, Suchbewegungen?, rezeptive Lautfähigkeiten?
14	Keines der genannten	Kenne kein Diagnostikmittel zu VED	-
15	Keines der genannten	Geschulte gezielte Beobachtung hilft	Lautinventar vollständig? Phonologie verwaschen und inkonstant? Das Kind will aber kann nicht. Gesamtentwicklung? UVM
16	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich bin ganz zufrieden mit meinem Material	Spannend finde ich immer zu wissen, ob eine minimale CP vorhanden ist und ob das Kind parallel Ergotherapie benötigt. Deshalb wird das Kind im Einverständnis der Eltern dem Entwicklungsneurologen zugewiesen.
17	eigene Checkliste/eigenes Tool	positiv	Abklärung NeuropädiatrieÄtiologie?
18	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Keine Erfahrung mit genannten Tools	Ich bringe den Fall in die Supervision / externe Beratungsmöglichkeiten
19	Keines der genannten	Relativ aufwändig	Auszählen von pa (pata, bzw. Pataka) -Rate bei 10 maligem Wiederholen > Zeit und Regelmässigkeit, Spontansprachanalyse mit Zeitlupe
20	eigene Checkliste/eigenes Tool	Leider war in den 80-er- und 90-er-Jahren VED kein prominentes Thema	Lässt sich nicht kurz beantworten!
21	Keines der genannten	Anne Schulte Mäters Diagnostik	Genaues Testen/Anamnese Nur VED oder auch Spracherwerbsstörung? Weitere medizinische Befunde ?(Motorische Apraxie) Geeignete Therapieform? Häufigkeit? Etc.
22	Keines der genannten	Bogen zur Differenzierung nach Schulte-Mäder	Unerwartete, störungsfreie einzelne Wörter, die von der Umgebung beobachtet werden, Stagnation in der verbalen Entwicklung als Diskrepanz zur rezeptiven Entwicklung, Lautanbahnung und inkonstante nicht übereinstimmende variable Reproduktionen der Laute
23	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	gemischte Erfahrungen	Bei inkonstanten Lautbildungsfehlern und stockendem Therapieerfolg verweise ich das Kind zur Abklärung ans Unispital/Kinderspital
24	Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS-2, Blakeley, 2001), Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Gute Erfahrung mit Diagnostikbogen nach Lauer	Auffälligkeiten in der Spontansprache, Vorgehen gemäss Diagnostikbogen gemäss Lauer

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
25	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnostik Merkblatt von C. Reuss, angelegt an der Assoziationsmethode nach Ginnis	u.a. Lallphase? Wörter, die spontan 1-2x auftreten und dann nicht mehr evoziert werden können, Nachsprechen auffälliger als spontanes Sprechen, Vokalfehler, Inkonsequenz, eingeschränktes Lautinventar, viele Assimilationen, eingeschränkter Wortschatz, grammatikalische Auffälligkeiten, Störungsbewusstsein, meist altersentsprechendes Sprachverständnis
26	Keines der genannten	Habe noch nie den Verdacht auf eine VED gehabt	Da müsste ich mich informieren
27	eigene Checkliste/eigenes Tool	Mir sind wenige Diagnostik-Methoden bekannt	Suchbewegungen?
28	Keines der genannten	Generell schwierig zu diagnostizieren	Ich versuche die Sensomotorik der Artikulationsorgane möglichst differenziert zu beobachten.
29	eigene Checkliste/eigenes Tool	teilweise sind die Kriterien widersprüchlich	zuerst Hörabklärung veranlassen und das Sprachverständnis testen
30	Keines der genannten	Kind wurde von anderer Logopädin übernommen, deshalb keine erneute Diagnostik	überprüfen, ob Phoneminventar vollständig, dann hierarchische Wortlisten (schauen, ob Fehler konsequent / inkonsequent sind), zudem maximale Performanzaufgaben. Auf jeden Fall würde ich mich aber nochmals genauer in die Thematik einlesen (Fachliteratur und Unterlagen von der Vorlesung der Uni Fribourg)
31	Keines der genannten	Keine	Abgrenzung zur phonetischen/phonologischen Störung; Beobachtung; Anamnese; sind nur bestimmte Laute betroffen; wie gut verständlich ist das Kind; wie gross ist der Leidensdruck; allgemein Mundmotorik
32	eigene Checkliste/eigenes Tool	Positiv	Vernetzung mit anderen Fachstellen
33	Keines der genannten	Unsicherheit	Ich versuche alles andere auszuschliessen
34	Keines der genannten	Thematikschwerpunkt nie VED, deshalb immer nur Verdacht.	Austausch(auch interdisz.)/Supervision/Literaturrecherche da wenig Erfahrung Hintergrundwissen
35	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Schon länger her. Im Frühbereich werden die Kinder im Kinderspital abgeklärt.	Vorkommen in Familie? Anbahnung der Laute mit Hilfe von VEDiT. Gute Erfahrung gemacht!
36	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Keine klare Diagnose möglich	Inkonsequenztest von PLAKSS II; Verdacht wurde nie bestätigt; Auswirkungen auf Therapie? (Diagnose laut A. Fox EXTREM selten)
37	Keines der genannten	Ich machte eine STV, kein Diagnostikverfahren, nach Fox, kam nicht weiter und erst im Nachhinein (ca. 1 Jahr später), als in unserem Q-Zirkel jemand das Programm VED vorstellte, kam mir in den Sinn: Ev. hatte dieses Kind das... Das Kind ist inzwischen in der Sprachheilschule	Wie kann ich eine klare Diagnostik stellen? Wann ist es einfach phonologische Störung, wann VED?
38	eigene Checkliste/eigenes Tool	Zu wenig aussagekräftig	Nachahmungsbewegungen möglich Schnute/spitzmund möglich im Wechsel und Tempo
39	Keines der genannten	Bereits diagnostiziert	Das überlasse ich der Abklärungsstelle

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
40	Keines der genannten	diese Tests kenne ich nicht	n/a
41	Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS-2, Blakeley, 2001)	Gutes Screening	Abgrenzung zu orofaz. Problematik, phonol. Störungen, allg. Körperhaltung/Schiefhals
42	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Positive	Abgrenzung zu phonolog. Störung
43	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Diagnostikbogen von Frau Ulrike Becker-Redding	Ich therapiere nach dem Therapieansatz von Frau Becker-Redding KoArt.
44	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), Keines der genannten	Schulte- Mäter	Abgrenzung zu schwerer phonologischer Störung und/ oder Dyspraxie
45	Keines der genannten	Eine Kollegin hat mir empfohlen, die Ausführung von Handlungen in verschiedenen Lebensbereichen zu beobachten und zu befragen (Arbeitsorganisation im Schulalltag, Koordination im Sport, Ausführen von motorischen Aufträgen). Dies betrifft jedoch allgemein Dyspraxie (nicht unbedingt motorisch). Auch habe ich an einer Weiterbildung mehrere Items kennengelernt, die als Screening verwendet werden können.	Ich befrage die Eltern und die Lehrpersonen zu den obengenannten Bereichen und führe das erwähnte Screening durch (Zehenspitzenangabe beobachtbar? Mit Klötzen einen Turm bauen, verschiedene Übungen zu Finger-Nase-Berührungen)
46	Keines der genannten	kann nichts dazu sagen, da keine Erfahrung	werde mich als erstes in Thematik vertiefen, auf Kolleginnen zugehen
47	VMPAC (Verbal Motor Production Assessment for Children, Hayden und Square, 1999), eigene Checkliste/eigenes Tool	soweit gute Erfahrungen	Anhand meiner Diagnostikinstrumente
48	Keines der genannten	VEDiT	Anamnese mit den Eltern, Art der Sprechweise, Verständlichkeit des Sprechens
49	Keines der genannten	Prüfbogen kindliche Sprechapraxie nach Becker-Redding	Diadochokinese, Aussprachetest, Spontansprache
50	Keines der genannten	Screeningbogen finde ich bei kleinen Kindern schwierig durchzuführen, wenn das Kind kaum und nur Einzelwörter spricht	Entsprechende anamnestische Fragen stellen, Laute prüfen, wenn möglich Wörter und automatisierte Reihen, Diadochokinese
51	eigene Checkliste/eigenes Tool	positiv	Fragen zur Differentialdiagnose
52	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Ich weiss eher wenig, mit Literatur und Internet selber zusammengestellt und in Intervention besprochen	Das weiss ich nicht auswendig
53	eigene Checkliste/eigenes Tool	schwierig zu wählen, Anwendungshürde ist gross	Fehlerhaftigkeit der Wörter, Wiederholungen von Wörtern mit der Wortliste, Beobachtungen
54	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie	Positiv: Umfassendes Diagnostiktool,	Differentialdiagnostisch abzuklären: phonetisch-phonologische Störung; Buc-

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
	(Lauer und Birner-Janusch)	prüft alles Relevante; negativ: für viele junge Kinder zu umfangreich, Aufmerksamkeit reicht nicht aus	cofaziale Apraxie; verbal-auditive Differenzierungs- und Merkfähigkeit; Myofunktionelle Störung; peripheres Hörvermögen
55	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnostik gemäss Eichenberger	wie ist die Bewegungsplanung? Wie ist die Praxie im Allgemeinen?
56	eigene Checkliste/eigenes Tool	Positive Erfahrungen	Inkonsequenz? Therapieresistenz?
57	Keines der genannten	Abklärung durch externe Fachstelle	Kinder durchlaufen externe Abklärung ->SAB
58	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	nicht routinierte Durchführung, eng an Anleitung gebunden	Nachlesen in Fachliteratur, Abgrenzung zu anderen Störungsbildern
59	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	positiv	sorgfältige Diagnostik, weitere Meinung einholen
60	Keines der genannten	Ich kenne die oben genannten Instrumente nicht.	Dysdiadochokinese überprüfen und Inkonsequenz. Weitere Faktoren überprüfen, auch anamnestische Informationen (nach Schulte-Mäter)
61	Keines der genannten	falls ich ein Kind mit Verdacht auf VED hätte, müsste ich mich informieren!	Inkonsequenztest, Anamnese: Schwangerschaft und Geburt -> Auffälligkeiten?, Imitation?, Prosodie? -> Fachliteratur, Austausch mit Logopädiekolleginnen
62	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Gute Handhabung	Vertiefung in Fachliteratur, Austausch mit Fachpersonen, Lehrpersonen, Einbindung des SPD um mit Eltern weiteres Vorgehen zu besprechen, ärztliche Abklärung thematisieren
63	eigene Checkliste/eigenes Tool	Meine checks nützen mir sehr	Ich sehe die Symptome: suchende Mundbewegungen, bessere Leistung mit Spiegel, verwechseln von Lauten, die ähnlich gebildet werden, etc
64	Keines der genannten	Hierarchische Wortlisten, Zahlenreihen, Spontansprache, MPT's.	Ich gehe so vor, wie wir es im Studium gelernt haben. Bei komplexen Fragen hole ich Hilfe von einer Fachperson.
65	Keines der genannten	Die Diagnose wird wenig eingesetzt, auch als (allg.) Spracherwerbsstörung gestellt	Therapieerfolge stellen sich nicht schnell ein / Elterngespräch/ Anmeldung an eine Sprachheilschule ins Auge fassen / Arbeit mit Lautgesten - akustisch, visuell und taktil
66	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnose unsicher	Für mich ist das Stellen einer Diagnose sehr schwierig. Verdacht hatte ich schon öfters, aber dann tatsächlich diese Diagnose gestellt noch nie (nur Verdacht auf...)
67	Keines der genannten	phonetisch-phonologisches Diagnosematerial	Bis jetzt kein Verdacht auf VED
68	eigene Checkliste/eigenes Tool	Informationen aus der Ausbildung, SAL 1980-1983 nach C. Schwarz	Sprachverständnis weitgehend intakt, Satzbau weitgehend intakt, suchende Bewegungen, Vokale inkonstant, Sprechabläufe erschwert, wechselnde artikulatorische Wortbildung, Störungsbewusstsein, gute rezeptive phonologische Kompetenzen, weitgehend altersentsprechende Spielentwicklung
69	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	In Weiterbildungen pos Erfahrungen für Diagnostik u Therapie erhalten	Befragung der Eltern zur sprachlichen Entwicklung, Beobachtung des Ki zB zeigt es Suchverhalten, informelles Verfahren aus einer WB zB pataka....
70	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnostik unzureichend. Mehr Diagnose-Tools erwünscht.	Neurologischer Status
71	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Check-	Mehr als eine "Verdachtsdiagnose" kann ich nicht stellen.	Grosse Artikulationsschwierigkeiten (v.a.bei KV), Mumo recht gut/ HNO unauffällig= Testung von Lautabfolgen (pa-ta-ga usw.) u Bewegungsabfolgen mit

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
	liste/eigenes Tool		Fingern, falls hier Auffälligkeiten bestehen obige Diagnostik durchführen.
72	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	VED ist wirklich sehr selten. Frau Fox gibt in ihrer Fortbildung ein gutes Tool für die Differentialdiagnostik an.	Sprechflüssigkeit, Nachsprechen von Pseudowörtern, Nachsprechen von Wörtern
73	eigene Checkliste/eigenes Tool	Differentialdiagnose ist schwierig	phonetisch-phonologische Störungen bei welchen man kaum Fortschritte erzielt. Arbeit mit Lautgesten/Lautbilder
74	eigene Checkliste/eigenes Tool	hierarch.listen, pataka	konstanz der fehler vokalersetzungen störungsbewusstsein anamnese
75	Keines der genannten	schwierig Diagnose zu stellen	Fachbücher
76	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Kenne ich aus MAS CFKSc, vorher vermehrt Verdachtsdiagnose	Isoliert oder in Motorik allg dyspraktisch? Differentialdiagnostik wichtig, stets vorsichtig mit Diagnose VED
77	Keines der genannten	ist mir noch nicht begegnet	hatte diesen Verdacht noch nie
78	Keines der genannten	ich benutzte den Konsequenztest des PLAKSS-II	Überprüfung der Mundmotorik (Suchbewegungen), systematische Überprüfung der Aussprache und deren Konsequenz (benennt das Kind immer gleich "falsch"?), besonderes Augenmerk auf die Verständlichkeit der Vokale, Anamnese: familiäre Vorbelastung, Zeitpunkt des Sprechbeginns
79	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Fortbildung von Esther Studer-Eichenberger: Handzeichen nachmachen	Handzeichen nachmachen.
80	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich habe mich durch die Fachliteratur gelesen und nach Übereinstimmungen mit meinen Beobachtungen gesucht.	Fachliteratur vergleichen
81	eigene Checkliste/eigenes Tool	Schwierig ein geeignetes Instrument zu finden ohne Erfahrung mit VED	Anamnese (Neurologie, Sprechbeginn, Lallphase), Mundmotorik (allgemein, dyspraktische Bewegungen) und Schlucken/Atmung, Phonetik/Phonologie (vor allem Inkonstanz und Inkonzern!!!), Sprachstand allgemein (Prosodie, Gram., Sem-Lex, Sprachverständnis(besser als Produktion!), Kommunikation und Strategien)
82	Keines der genannten	noch keine VED gehabt	nie gehabt
83	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), Keines der genannten	Positiv: Überprüfung diadochokinese und ausprobieren verschiedener Ansätze in der Therapie (laufende Diagnostik)	Familienanamnese - Symptome- Überprüfung myo - Überprüfung orale Wahrnehmung - diadochokinese
84	Keines der genannten	externe Abklärung	Weiterbildung ist geplant. Bis jetzt habe ich mir das Wissen nur über Selbststudium und Hospitationsbesuche angeeignet. Plätze bei den Ausbildungen sind sehr schnell ausgebucht. Finde es sehr schwierig, VED selbst abzuklären. Das Know-how fehlt mir noch. Auch die Therapie ist eine Herausforderung. Aber durchaus spannend:-)
85	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der	ich finde es sehr schwierig, da wir in	Habe durch eine Berufskollegin Unterlagen erhalten und online eine WB ge-

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
	genannten	der Ausbildung nur sehr wenig über dieses Störungsbild gelernt haben. Gerade für kleine Kinder (2-5 Jahre alt) wäre ich froh um gute Diagnostikmöglichkeiten.	<p>macht und dort auch ein mögliches Vorgehen erarbeitet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Laute hat das Kind? (es gilt die 100% Regel, das heisst der Laut muss zu 100% Sicherheit sitzen) 2. Laute multimedial erarbeiten (durch Lautbilder, Mundbilder....) => der Laut muss wieder sicher sitzen (mehrmals hinter einander gleich klingen), 3. Kontrast: zwei laute, die auf verschiedenen Artikulationszonen gebildet werden, kombinieren 3. Wort. <p>- Welche Laute kann das Kind?</p> <p>- Was sind Möglichkeiten, die dem Kind bei der Erweiterung des Lautinventars helfen?</p> <p>- Ist es eine VED, wie ist die Abgrenzung zu anderen Störungsbildern?</p>
86	eigene Checkliste/eigenes Tool	Unterlagen aus HfH-Ausbildung & Weiterbildung	Meistens hatten diese Kinder nur leichte Anzeichen, und es standen auch andere Baustellen im Raum, die auch anzugehen waren. Für die VED gab es dann v. a. verstärkte phonologisch-phonetische Therapie
87	eigene Checkliste/eigenes Tool	Eine VED eindeutig zu diagnostizieren ist sehr schwierig. Ich habe oft den Verdacht, dass Sprachplanung und -Speicherung auch bei undeutlich sprechenden Kinder mitbeteiligt ist.	Gibt es ein bildgebendes Verfahren wie MRI, um den Verdacht zu erhärten. Ich kenne die oben erwähnten Diagnostikmethoden nicht.
88	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Es half bei der Diagnosefindung, aber Unsicherheiten, Fragen blieben.	Breite Beobachtung (nicht nur in der Therapie), interdisziplinäre Zusammenarbeit
89	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	hilfreich	Testung PATAKA, können Artikulationsstellen willentlich schnell gewechselt werden? Wenn nein, dann beobachte ich weiter, wie es mit den Suchbewegungen ist und versuche das Kind dementsprechend zu sensibilisieren
90	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Gefühl, dass Diagnostikmittel nicht immer greifen	<p>allg. Dyspraxie</p> <p>Sterobew.</p> <p>Fragen aus Lauer</p> <p>SI</p> <p>Beobachtungen im Alltag</p> <p>Differentialdiagnose</p>
91	Keines der genannten	POS Erfahrung mit VEDIT	Anamnese und VEDIT nach Dr. Schulte-Mäter
92	Keines der genannten	wie erwähnt, es handelte sich um eine Überweisung aus dem Frühbereich	Habe ich noch nie gehabt
93	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Etwas schwierig, da das Störungsbild im Studium nicht sehr thematisiert wurde	ganzheitliche Diagnostik zum Spracherwerb, zur auditiven Merkfähigkeit (Nachsprechen), zur Diadochokinese (schnelle Sprechabläufe); ausführliche Anamnese zur Sprachentwicklung
94	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnose war für mich nicht sicher, eher Verdacht auf VED	Kolleginnen beiziehen, Video zeigen

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
		Ich kannte kein Diagnostikargument	
95	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Gibt mir zuwenig Sicherheit in der Diagnose.	Ich wende meine VED-Übungen an und prüfe, ob sie dem Kind helfen
96	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich kann mich auf mein Wissen verlassen.	Planung? Inkonsequente artikulatorische Ersetzungen.etc.
97	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Lauer und Birner-Janusch nur teilweise; aus zeitlichen Gründen	Beobachtungen sammeln und basierend auf den Kursunterlagen von Frau Schulte-Mäter interpretieren (Differentialdiagnostik), Zweit- und evtl. Drittmeinung einholen
98	eigene Checkliste/eigenes Tool	Nicht standardisiert	Abgrenzung inkonsequente phonologischd störung
99	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Ich finde den Diagnostikbogen gut, scheitere dann aber in der therapeutischen Praxis	Ich ziehe die Weiterbildungsunterlagen nach Birner-Janusch bei
100	eigene Checkliste/eigenes Tool	unkomplizierter beim spontanen Sprechen oder mit Tonbandaufnahme, weniger eine Testsituation, bei mehrsprachigen Kindern oft Einschränkungen mit der Testdurchführung- und auswertung	eigentlich wie bei allen Sprach- und Sprechstörungen
101	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	positive Erfahrung - schafft Klarheit für Eltern und Therapeutin ob weitere vertiefte Abklärungen nötig sind	Gespräche mit den Bezugspersonen des Kindes / ausführliche Anamnese / liegt familiär bereits eine VED vor
102	eigene Checkliste/eigenes Tool	waren vmtl. dyspraktische Sprechanteile vorhanden, keine eingehende Diagnostik gemacht	Abgrenzung zur inkonsequenten phonologischen Störung, nach A. Fox-Boyer, Skript zur Weiterbildung "Kindl. Aussprachest.", SAL Feb. 18: Suchbewegungen? Inkonsequente Sprechweise?, SES?, Lippen- und Zungenbewegungen i. O.? Diadochokinese i. O.? Prosodie normal? Unterschied zw. willkür. und unwillkür. Bewegungen? Fehlende Lallentw.? Gewisse Therapieresistenz?
103	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnose sehr schwierig bei phonetisch-phonol. Prozessen!	Weiterbildungsunterlagen erneut studiert und Intervention
104	eigene Checkliste/eigenes Tool	Unterlagen aus den Kursen. Ganz differenziert kann ich die Diagnose nicht stellen, der Verdacht aber bleibt. Ich geh da ziemlich pragmatisch vor und probiere den Therapieansatz zu VED, frei nach Hippokrates "wer heilt, hat recht".	Besteht eine allgemeine dyspraktische Auffälligkeit? Sind Suchbewegungen vorhanden? Ist die Sprechmotorik auffällig? Unterscheiden sich willkürliche und unwillkürliche Bewegungen? Ist die phonologische Störung inkonsequent? Kann das Kind Silben sequenzieren? Bestehen Vokalfehler? Ist die Prosodie auffällig?
105	Keines der genannten	Ich habe meinen Weg- und zwar einen sehr guten- gefunden, wenn auch ohne diese drei Buchstaben versehen.	Mit meinem neurofunktionellen Reorganisationsansatz und meinem Rüstzeug aus jahrelanger Erfahrung in der Therapie selber und in der Zus'arbeit mit andern Fachpersonen und festem Einbezug der Eltern fahre ich sehr gut und erfolgreich. VED ist ja eine Sprechstörung, und Sprechen läuft in feinsten, koordinierten Bewegung ab. Ist die Propriozeption mangelhaft, die Grundprinzipien der Bewe-

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
			gungsentwicklung nicht oder mangelhaft durchlaufen, muss es fast zwingend zu einer Dyspraxie kommen. Schade, dass bei verschiedenen Fragen keine Mehrfachnennungen möglich sind (z.B. Frage 3) Viel Erfolg in der Arbeit!
106	Keines der genannten	Diagnostikbogen Becker-Redding, werte ich als positiv, jedoch nicht standardisiert	Was steht in den Akten darüber?, Anamnese mit Eltern (Sprechbeginn, etc), Therapieansätze, die bisher angewendet wurden, Spontansprachsituation: wie konsequent sind die Fehler, Diagnostik nach Becker-Redding, wenn sehr auffällig, Start mit der Therapie nach Becker-Redding
107	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Im Frühbereich nicht alle Untertests durchführbar	Versuche speziell differenziert zu diagnostizieren, jedoch immer über einen längeren Zeitraum. Erhebe sehr differenzierte Anamnese bei mehreren Gesprächen mit den Eltern. Ich brauche lange, bis ich wirklich eine VED diagnostiziere, da die Abgrenzung zu phonologischen Störungen oft sehr schwierig ist.
108	Keines der genannten	Ich fühlte mich in der Logopädie ziemlich hilflos mit diesem Kind und war froh, als ich einen Weiterbildungskurs über dieses Thema besuchen konnte.	Der letzte "Fall" von VED ist schon lange her und ich müsste wieder meine Kursunterlagen hervorholen und mich im Internet oder über Fachbücher weiter informieren.
109	eigene Checkliste/eigenes Tool	In einer Weiterbildung der HfH vor etwa 6 Jahren habe ich mich mit dem Thema VED auseinandergesetzt und dabei auch einige Anhaltspunkte bzw. Checkpunkte zur Diagnostik erhalten.	Unterscheidung von VED und einer "Gewöhnlichen Artikulationsstörung" Beobachtung der gesamten Motorik des Kindes bezüglich der Sprechmotorik
110	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Diagnostikbogen soweit verständlich	Finde eine sichere Diagnostik schwierig, suche noch nach weiteren Diagnostikverfahren.
111	Keines der genannten	Ich übernehme Kinder in die Therapie, die bereits abgeklärt wurden.	Rückfragen an die abklärende Stelle SPZ
112	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Aufgrund des Diagnostikbogens konnte die Verdachtsdiagnose nicht bestätigt werden	Die Erfassung der Schwierigkeiten des Kindes sind für mich sehr wichtig. Für das therapeutische Prozedere und für die Problematik des Kindes und seines Störungsbewusstseins spielt die Diagnose nicht eine grosse Rolle.
113	eigene Checkliste/eigenes Tool	Tools aus Weiterbildungen zum Thema VED	Handelt es sich eher um eine phonematische oder phonologische Störung? Bei schweren phonologischen Problemen und Poltererproblematik beobachte ich oft VED-Symptome. Ich beobachte das Kind und seine Bewegungssuche genau. Wie ist der Lernfortschritt?
114	Keines der genannten	Da ich bisher keinen VED diagnostizieren musste, kann ich keinen qualifizierten Kommentar dazu abgeben.	Habe mich noch nicht ausführlich mit dieser Problematik auseinandergesetzt.
115	VMPAC (Verbal Motor Production Assessment for Children, Hayden und Square, 1999)	Ich habe aus mehreren Tools einzelne Teile herausgepickt.	Suchbewegungen, Diadochokinese, Irregularität von Prozessen --> diese Dinge beobachte ich genauer
116	Keines der genannten	-	-
117	Keines der genannten	ich stecke diesbezüglich noch in den Kinderschuhen und werde mich in	Vermehrt auditive Wahrnehmungsförderung. Aufklärung der Eltern, Bezugspersonen. Mundmotorische Übungen streichen

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
		naher Zukunft um eine Weiterbildung in diesem Bereich bemühen.	
118	eigene Checkliste/eigenes Tool	Sprachaufnahmen, Mitschriften v. Spontansprachäusserungen, Austausch mit Lehrpersonen u.a. Bezugspersonen.	Wenn ich VED durch Beobachtung der Spontansprache feststelle, kümmere ich mich um die Therapie und diagnostiziere nicht noch lange. Dazu gehört: Fortbildungen besuchen, Fachliteratur lesen, im Internet recherchieren. Ich frage mich, was könnten die vermutliche Ursachen sein, um die Therapie zu individualisieren. Ausprobieren, welche bestehenden Therapieansätze erfolgreich sind.
119	eigene Checkliste/eigenes Tool	Nicht normiert	Inkonsequente Fehler
120	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Wörter-Inkonsequenz-Test, PLAKSS	Studiere Unterlagen aus Weiterbildung und verwende den Wörter-Inkonsequenz-Test, auch bespreche ich spezielle Fälle in meiner Regionalgruppe, bei der auch Logopädinnen der ASS (Aargauischen Sprachheilschule) dabei sind.
121	Keines der genannten	Prüfbogen U. Becker-Redding (übersetzt von Mayoclinic), Schulte-Mäter (VeDiT), eigenes Tool nach Studer-Eichenberger	Diadochokinese, Anamnestische Hinweise (Lallen, Essen, Störungsbewusstsein, Sprachentwicklung), Art der Auffälligkeit, Transkribierbarkeit der Äusserungen
122	Keines der genannten	Ich stelle nur (Video-)Beobachtungen an. „Meine“ Kinder sind noch so klein, dass solche Tests recht schwierig durchzuführen sind.	Ich habe den Kurs zu VEDiT bei Anne Schulte Mäter besucht. Ich beobachte v.a. was sie dort als typisch oder möglich für VED beschrieben hat. Z.B. SV deutlich besser als Prod., Suchbewegungen, gleiches Wort wird immer wieder anders ausgesprochen, schnelle Silbenwiederholungen klappen schlecht... (ich müsste es wieder einmal nachschauen, wenn ich bei einem Kind den Verdacht hätte). Da die Diagnose nicht unbedingt richtig sein muss um nach VEDiT zu arbeiten (resp. auch andere Aussprache-Kinder können von diesem Ansatz profitieren), entlastet es mich. Ich muss aber zugeben, dass ich den VEDiT- Kurs erst vor ca. einem Jahr besucht habe und erst mit einem Kind danach gearbeitet habe.
123	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnostikbogen Lauer / Birner-Janusch ist gut umsetzbar; Hintergrundwissen zum Beispiel durch eine vorherige Fortbildung bei Frau Birner-Janusch aber hilfreich/empfehlenswert	Beobachtungen: Suchbewegungen vorhanden; Abspeichern von neuen Bewegungen (auch tanzkörperlich) möglich; Diagnostikbogen
124	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Ich blieb unsicher	Ich fühle mich nach wie vor zu unsicher um diese Frage ausführlich zu beantworten. Ich hätte gern mal einen Fall gesehen, bei dem die Diagnose schon feststand (leicht bis mittelschwer) um einen Vergleich zu haben.
125	Keines der genannten	Es ist mir kein zuverlässiges Diagnostikmittel bekannt, das durch eine Erhebung zu einem Zeitpunkt eine (nur leicht bis mittel ausgeprägte) VED diagnostizieren könnte.	Verlaufsbeobachtungen (auf Benennungen und Spontansprache bezogen): Inkonzanz und Inkonzsequenz der Ersetzungen, eindeutig sprechmotorischer (nicht phonologischer) Schwerpunkt, Veränderungen der Ersetzungen bei steigender Komplexität, Reaktion des Kindes auf die Sprechproblematik, ausgeprägt langsame Fortschritte, z.T. Suchbewegungen, Störungsbewusstsein
126	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	positive Erfahrung	Siehe Diagnostikbogen Birner-Janusch
127	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich war etwas verunsichert	Ausschluss Diagnose

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
128	Keines der genannten	Durch Besprechung mit Kolleginnen, war eine Diagnostik nicht mehr nötig, weil VED ausgeschlossen wurde.	Sehr unsicher bzgl. Diagnostik. Die Frage ist jeweils auch wie viel ist einfach "zu wenig Übung mit der Sprechmotorik, weil ein Kind so lange nicht gesprochen hat" oder ob es wirklich eine VED ist.
129	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Die Diagnostik wurde vorgängig ohne mein Beisein von der Praktikumsleiterin gemacht.	Ich müsste mich von Grund auf informieren, Fragen treten von der Diagnostik über die Therapie bis zur Beratung des Umfeldes unzählige auf...
130	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	die Unsicherheit blieb weiterhin bestehen	ich nehme die Unterlagen von E. Studer hervor und versuche mich schlau zu machen.
131	Keines der genannten	Vedit Therapie. nach Anne Schulte Mäter habe damit super Erfahrung gemacht beide Kinder kamen nach striktem Training und regelmässiger Anleitung der Eltern mit täglichem Üben nach circa 1,6 Jahren zu einer altersentsprechenden Lautentwicklung mit Leistungen im unteren Normbereich in der Grammatikentwicklung beim Kindergartenentritt.	Ich benutze die Diagnostik von Anne Schulte Mäter und arbeite mit Lautsymbolen der einzelnen Konsonanten und Vokale aus Mildenberget ABC der Tiere Lautgebärden und Bilder von Annette Fox
132	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Bei kleinen Kindern nicht vollständig durchführbar	Entwicklungsproximal (Spielerische Sensibilisierung, Silbenebene; Modelling; Spiegel)
133	Keines der genannten	Ich habe überwiegend den Bogen von Frau Becker- Redding (KoArt), den ich in einer Fortbildung bei ihr kennengelernt habe, verwendet und ihn vereinzelt durch Aufgaben von Lauer/ Birner- Janusch ergänzt.	Abgrenzung zu / Überschneidung mit anderen Störungen (vor allem phon.- phonol. Störungen, manchmal Poltern...). Ich weiss, dass eine Diagnose einerseits nicht leicht ist (vor allem bei den "leichteren", aber auch bei den "gemischten" Fällen), fühle mich aber inzwischen durch Erfahrungen sicherer bei der Einschätzung. Wenn mir der Befund eindeutig erscheint, arbeite ich mit dem Therapieprogramm "KoArt" von Frau Becker-Redding und mache damit sehr gute Erfahrungen.
134	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Ergebnisse sind jedes Mal verschieden, Kind macht nicht immer mit	Ausschluss- / Einschlusskriterien sorgfältig prüfen, Evtl. Zweitmeinung einholen mit Hospitation durch Kollegin
135	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Für mich fehlt ein klar strukturierter Diagnostikbogen	Ausschliessen, anderer möglicher Störungsbilder, eigene Diagnostikmöglichkeiten, danach wenn möglich Fremddiagnostik
136	eigene Checkliste/eigenes Tool	positive	Checkliste - Beobachtung der Symptomatik, Intervention mit anderer Logopädie-Kollegin, Differentialdiagnostik, z.B. mögliche phonologische Prozesse, Hörvermögen u.a.
137	eigene Checkliste/eigenes Tool	Zu wenig Erfahrung mit diesen Diagnostikmaterialien	PaTaKa
138	Keines der genannten	VEDIT-Verfahren (positive Erfahrung)	1. anamnestische Fragen: "stille" Baby? Sprechbeginn? 2. sehr variable Lautbildungsfehler? / kein systematisches Lautfehlbildungsprofil, bzw. inkonstante Fehler mit zwischendurch korrekte Sprechbewegungen? Therapieresistenz?

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
139	eigene Checkliste/eigenes Tool	---	Abklärung über spezialisiertes Team der ORL Kispi Zürich
140	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich bin unsicher bei der Diagnostizierung, verlässliche Informationen schwer verfügbar	Hinzuziehung von anderen Fachpersonen ist wichtig, z.B. Kinderarzt, Neuropädiater
141	Keines der genannten	Diagnoseverfahren von Becker-Redding und A. Schulte-Mäter	Abgrenzung zu phonologischer Problematik, Mundmotorik, SSES und auditiven Störungen so weit möglich machen.
142	Keines der genannten	nach den Punkten von Dr. Anne Schulte-Mäter / Quelle nicht bekannt.	gibt eine lange Liste von Dr. A. Schulte-Mäter, Hauptpunkte sind wohl: Nachsprechen gleicher Wörter / Diadochokinetische Silbenfolge / mundmotorische Leistungen/ Bildung einzelner Laute/ und beobachten, wie das Kind auf Therapie anspricht -> der langsame Fortschritt (unkontrollierbare Lautbildung, immer gleiche "Fallen")
143	VMPAC (Verbal Motor Production Assessment for Children, Hayden und Square, 1999), Keines der genannten	Flussdiagramm zur Diagnosefindung von sprechmotorischen Störungen (Thoonen et al. 1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigung der räumlichen und zeitlichen Sequenzierung von Sprechbewegungen, welche sich in Form von Substitutionen, Elisionen, Metathesen, Epenthese sowie Sonoranzfehler zeigt • Es sind sowohl Konsonanten als auch Vokale betroffen • Die Inkonsistenz der Fehlerbildung ist dabei entscheidend • Beeinträchtigung der Sprachperzeption (Lautwahrnehmung, auditives Kurzzeitgedächtnis, Reimerkennung)
144	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	- + Diagnostik Frau Esther Studer-Eichenberger - positive Erfahrungen	Eltern und andere Bezugspersonen Verdacht mitteilen, motorisch-sensorische Entwicklung abklären lassen (Kinderarzt, Ergotherapie), falls Verordnung - Ergotherapie als unterstützende Massnahme / Beratung, Miteinbezug Eltern allenfalls schulisches Umfeld
145	Keines der genannten	weiss nicht mehr, Infos auf verschiedene Wege, versah. Quellen.	Mehr anamnestische Fragen stellen, andere Beobachtung hinzufügen, weitere Abklärung in den Raum stellen, viele verschiedene Fragen stellen um auf verschiedene Antworten zu kommen (Puzzleteile)
146	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	VEDiT®-Therapie & Diagnostik nach A. Schulte-Mäter	<p>1. ausführliche Anamnese mit Eltern über frühe Entwicklung/ Symptome die darauf hinweisen können: Meist fallen die Kinder in der Frühentwicklung durch keine oder geringere Lallproduktionen auf. Es sind sogenannte stille Babys. In den ersten Lautproduktionen sind kaum Konsonanten beobachtbar. Es ist eine Art Vokalsprache. Der Sprechbeginn ist verspätet. Eine Wortschatzexplosion ist nur teilweise oder nicht beobachtbar. Die Kinder zeigen eine schlechte Koordination zwischen Saug-, Schluck- und Atemrhythmus. Insbesondere bei der Beschäftigung mit anderen motorischen Aufgaben, kann bei den Kindern Speichel aus dem Mund fliessen.</p> <p>2. Diagnostik mit Kind um VED auszuschliessen oder als Verdachtsdiagnose zu stellen. Ist sehr schwierig bei Kindern zw. 2 und 4 Jahre!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lautbildung Einzellaute / Nachsprechen / Lautproduktion in Wörtern / Nachsprechleistung - Ein eingeschränktes Lautinventar, wobei sowohl das Vokal- als auch das Konsonantenrepertoire unvollständig sein können. Es entstehen Lautbildungsfehler.

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
			<ul style="list-style-type: none"> - phonologischen Prozessen wie Elisionen, Substitutionen, Additionen und Metathesen. - Das Kind zeigt artikulatorisches Suchverhalten und/oder dirigiert mit den Händen die Zunge an den richtigen Ort. - Bei diadochokinetischen Übungen fallen die Bewegungen langsam aus. Ein bekanntes Beispiel dafür ist die Wiederholung der Silbenfolge „pataka“. - Das Kind spricht kaum verständlich - Die Sprachverständnisseleistungen sind altersadäquat oder deutlich besser als die expressiven Leistungen. - Mundmotorische Auffälligkeiten - etc, teilweise gibt es diverse Begleiterscheinungen
147	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	GIBT MIR GUTE HINWEISE	ICH HALTE MICH AN DEN PRÜFBOGEN VON CORNELIA REUSS IN ANLEHNUNG AN(DARLEY, MAYO CLINIC USA)
148	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	positiv, da danach nach VEDIT gearbeitet werden konnte und Fortschritte ersichtlich waren.	Bei einem Verdacht ist es sehr wichtig, dass man eine gute Differentialdiagnostik macht (Bsp: Phonologische Störungen, Kindliche Dysarthrie). Dazu arbeite ich auch mit Videoaufnahmen.
149	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Sehr gut brauchbar	Handelt es sich wirklich um eine VED
150	Keines der genannten	keine Erfahrungen bisher	Bisher keine Erfahrungen
151	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich habe mich bei Anne Schulte Mäter weitergebildet und verwende bei der Diagnostik vor allem ihre Unterlagen zur Diagnostik.	<p>Je nach Alter des Kindes stelle ich anfangs nur eine Verdachtsdiagnose und mache regelmässige Kontrolluntersuchungen.</p> <p>Kleine Kinder: Gibt es Wörter, die das Kind einmal geäussert hat und dann nie mehr? keine oder nur wenig ausgeprägte Lallphase? Sprachverständnis ist altersentsprechend.</p> <p>Bei älteren Kindern: Sind Suchbewegungen zu beobachten? Diadochokinese? Frikativ-Haltedauer</p>
152	Keines der genannten	Würde wohl mit einem PLAKSS-II anfangen.	Wurde noch nie damit konfrontiert, würde aber wahrscheinlich auch den Kinderarzt hinzuziehen und mich ins Thema einarbeiten...
153	Keines der genannten	hatte noch nie eine Abklärung	andere Störungen ausschliessen
154	Keines der genannten	Ich hatte bisher noch kein Kind zur Abklärung mit einer VED.	Ich hatte bisher noch kein Kind zur Abklärung mit einer VED.
155	Keines der genannten	Reine Beobachtungen	Ich wollte eine Weiterbildung machen, welche leider abgesagt wurde. Ich hatte mir erhofft, danach klarer zu sehen. Momentan habe ich keine Kind mit VED-Verdacht. Ich weiss nicht, an wen ich mich wenden könnte.
156	eigene Checkliste/eigenes Tool	fühlte mich unsicher	Muskulatur? Mundmotorik? Steuerung? Suchbewegungen?
157	Keines der genannten	Diagnostik findet hauptsächlich am Kispi, Abteilung Logopädie in Zürich statt.	???, habe Unterlagen über VED, würde mich schlaue machen..., hatte bisher wenige Verdachtsmomente, die sich für mich im weiteren Verlauf aufgrund Fortschritten nicht bestätigten... (durch das wenige fachliche Wissen bin ich ev. "blind" in Bezug auf dieses Störungsbild (???))
158	eigene Checkliste/eigenes Tool	-	Sprachentwicklung, Anamnese, Sprachverhalten ausserhalb der Schule, Familie

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
			usw.
159	Keines der genannten	Gute Erfahrung mit VEDiT nach Schulte-Mäter	Ausführliche Diagnostik inkl. Videoaufnahmen und Fallbesprechung in der Intervention
160	Keines der genannten	schwierig zu diagnostizieren, mit viel Unsicherheit verbunden; im Bericht nur als "es scheint..." beschrieben und Enddiagnose umschifft	Nachsprechleistungen, Suchbewegungen, beschreibende Berichte
161	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	positiv	sorgfältige Diagnostik, weitere Meinung einholen
162	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Mit Erfahrung kann man durch genaues Beobachten schon eine Hypothese aufstellen. Der Diagnostikbogen ist sehr ausführlich und braucht viel Zeit gerade mit jungen Kindern.	Es gibt verschiedene Ansätze/Diagnostikaspekte aber keiner, der wirklich klar der beste ist oder der sich bis jetzt durchgesetzt hätte. Man ist als Logopädin eher unsicher. Meistens ist es an der Sprachheilschule gemixt mit anderen Störungen und hat auch Auswirkungen auf andere Sprachbereiche/ebene. Auch im Bereich der Therapie meist Mix von mehreren Ansätzen.
163	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	positiv	möglichst differenzierte Diagnostik zu inkonsequenter phonologischer Störung
164	Keines der genannten	Prüfbogen zur kindlichen Dyspraxie (in Anlehnung an Darley, Mao Clinic USA)	Anamnese - Artikulationstest - Lautbefund, Mundmotorikprüfung - Spontansprache, Ausschluss von z.B. Sprachverständnisproblemen, u.a., Abgrenzung zu Dysarthrie, phonologischen Störungen, Apraxie
165	Keines der genannten	Kein Kontakt mit Störungsbild	Kinderarzt mit einbeziehen
166	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Zusätzlich Maximum Performance Task nach Thoonen et. al.	Ich mache eine ausführliche Diagnostik (siehe oben). Hätte ich wieder so ein Kind, würde ich es wohl noch in der Intervention bringen oder meiner Arbeitskollegin zeigen. Ich würde wohl auch noch eine Weiterbildung zu diesem Thema besuchen (Therapie), da dieses Störungsbild sehr selten ist und das letzte Kind schon eine Weile zurückliegt.
167	Keines der genannten	.	.
168	Keines der genannten	Habe nie ein Kind mit VED abgeklärt	Werde bald eine Fortbildung dazu machen.
169	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Diagnostik nach Schulte-Mäter	genaue Analyse der Phonologie der Wörter; Verhalten des Kindes beobachten bezgl. Wahrnehmung, Speicherfähigkeit --> nach Skript von Schulte-Mäter
170	Keines der genannten	Ich habe das Kind erst neu von einer Kollegin bekommen.	Wie kann ich das Kind am besten in der Therapie unterstützen. Begleitung der Eltern?
171	Keines der genannten	-	Ich bin sehr unsicher in diesem Bereich. Mir fehlt das nötige Fachwissen. Ich möchte gerne eine Weiterbildung (Vedit, Taktin) machen. Bisher hatte ich nicht die Möglichkeit dazu.
172	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich weiss allgemein zu wenig und habe mir Hilfe bei Kolleginnen gesucht.	weiss nicht
173	Keines der genannten	PLAAKS	Ich lasse die Bilder 3 mal innerhalb einer Stunde benennen, wenn ein hoher Prozentsatz verschieden benannt wird, gehe ich von einer VED aus. Ausserdem schaue ich, ob mundmotorische Schwierigkeiten vorhanden sind, vielleicht gepaart mit feinmotorischen Schwierigkeiten.

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
174	Keines der genannten	habe das Mädchen übernommen, da war die Diagnose schon längst gestellt	Anamnestische Infos sind sehr wichtig, wie sieht die Grob- und Feinmotorik aus
175	Keines der genannten	Keine/kaum Erfahrungen mit VED	Bei einem Verdacht muss mich zuerst in die Literatur einlesen. Da ich so selten mit VED zu tun habe, kann ich dazu keine Ansben machen
176	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich sehe bei diesem Thema noch nicht wirklich durch...	Diagnostikbogen, Checkliste gebrauchen - Austausch mit anderen Logopädinnen (Intervision)
177	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Ich kann den Test gut handhaben.	Veränderung bei Äusserungsänderung? Repetitive Äusserungen? Phonologische Prozesse? Eigenhören? Sprachverständnis? Allgemeine Motorik? Feinmotorik? (Auch Mithilfe PMT, Ergo)
178	Keines der genannten	Überweisung einer Logopädin aus den USA bei einem Kind	Ausschlussverfahren, Informationen aus der Literatur und Onlinetool
179	eigene Checkliste/eigenes Tool	informelle Aufgaben	Beobachtung Artikulation, Suchbewegungen, Nachsprechen auf Silben- und Wortebene, Inkonsequent-Benennaufgaben, Nachahmung Mundmotorik, Anamnestisch spezifische Fragen
180	eigene Checkliste/eigenes Tool	der Austausch im interdisziplinären Team bestätigten meine Hypothesen	Inkonsistente Sprechproduktion? Auffälligkeiten innerhalb der Prosodie? Wie sind die Nachsprechleistungen? Wie verlief der frühkindliche Spracherwerb? Auffälligkeiten in Bezug auf die Stimme? Fehlathmung? Wie sind Grob- und Feinmotorik?
181	Keines der genannten	viel über Beobachtung des Verlaufs	Mumo exakt beobachten
182	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Ein Kind war weit unter dem Niveau um den Bogen überhaupt machen zu können. Die Therapie ist danach für mich nicht klarer strukturiert.	Ausschlaggebend um den VED-Bogen durchzuführen sind für mich: - Konstanz der phonologischen Prozesse - Vokale die ersetzt werden oder nicht vorhanden sind - Vor allem längere, komplexere Worte die schwierig sind - Wiederholen von Worten, das zu Verschlechterung der Aussprache führt.
183	Keines der genannten	keine	-
184	eigene Checkliste/eigenes Tool	Weiterbildung zu diesem Thema sehr erwünscht.	Weiterbildung zu diesem Thema sehr erwünscht.
185	Keines der genannten	keine Erfahrung	Habe mich leider noch zu wenig damit beschäftigt!
186	Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS-2, Blakeley, 2001), Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	alle brauchbar, oft zur Absicherung 2 gemacht	bisherige Entwicklung, Motorik
187	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ausschlussdiagnose/ Verlaufdokumentation	Praxisorientiertes Vorgehen- welche Ansätze können Kind und Familie im Alltag umsetzen; welche Kompensationen sind in welchem Entwicklungsalter angezeigt
188	eigene Checkliste/eigenes Tool	Einige Punkte auf der Checkliste konnten mit Ja beantwortet werden und wiesen auf eine VED hin, jedoch	In der Behandlung versuche ich mich dennoch an Konzepten zur Behandlung von VED zu orientieren, auch wenn es keine offizielle Diagnose gibt.

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
		gab es auch häufig Punkte, die eher dagegen sprachen. Darum habe ich eine VED nie offiziell diagnostiziert.	
189	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Es war nur ein Verdacht, deshalb keine VED diagnostiziert.	Ich versuche anhand des Diagnostikbogens das Kind genau zu erfassen und suche das Gespräch mit den Eltern, damit sie sich ebenfalls mit diesem Verdacht und der Beobachtung auseinandersetzen.
190	eigene Checkliste/eigenes Tool	Im einzigen Fall meiner bisherigen Praxis wurde die Diagnose schon gestellt und ich habe die Art und Ausprägung der VED in eigenem Verfahren qualitativ untersucht und festgehalten.	Erster Schritt wäre eine Testung der Phonetik und Phonologie. Bei inkonsistenten und inkonsistenten phonologischen Prozessen würde ich in individuellem Verfahren weitere VED-Symptome überprüfen (Suchbewegungen, Diadochokinese, Sequenzierung in Abhängigkeit zur Äusserungslänge). Wenn sich der Verdacht erhärtet, dann würde ich ein weiteres Diagnoseinstrument einsetzen und wenn nötig eine erfahrene Logopädin hinzuziehen oder den Fall in einer Interventionsgruppe besprechen.
191	eigene Checkliste/eigenes Tool	Maximale Performanzaufgaben der Sprechmotorik (MPT) Thoonen et al. 1999, Hierarchische Wortlisten -> überprüfen der Inkonsistenz und Inkonstanz	Sind Suchbewegungen sichtbar? Zeigt sich eine Sprechanstrengung? Macht das Kind Korrekturversuche? Sind die phonologischen Auffälligkeiten inkonstant und inkonsistent? Was zeigt das Kind bei den Maximalen Performanzaufgaben MPT? Wie ist die Grob- und Feinmotorik? Ist eine orofaziale Dyspraxie vorhanden? Wie war der bisherige Therapieverlauf/Fortschritte?
192	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnostik-Tools aus Weiterbildung zu VED, Fachliteratur genutzt z.Bsp. Mc Ginnis	sammeln von VED-relevanten Beobachtungen (Diagnostikbogen) - abhängig davon wie gut das Kind mitmacht. ... solange, bis der Verdacht sich erhärtet, ausschliesst oder der Schweregrad eingeschätzt werden kann
193	Keines der genannten	die Kinder hatten bereits eine VED Diagnose bei Kindergarteneintritt, weshalb ich nicht nochmals abgeklärt habe.	Habe ich selbst noch nie gemacht. Wichtig scheint mir jedoch eine differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern zu sein.
194	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich habe meinen Verdacht VED danach wieder verworfen.	Ich überprüfe das Lautinventar anhand von Bildern zu Lauten, die ich in der Weiterbildung kennen gelernt habe.
195	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	Vorgehen gemäss Schulte-Mäter hat sich in der Praxis bewährt. Allerdings ist eine klare und eindeutige Diagnose oft schwierig (wurde auch in der Weiterbildung bestätigt), deshalb belasse ich es in der Diagnose bei "Verdacht auf VED".	Ich habe die Weiterbildung von Schulte-Mäter besucht und halte mich an ihre Vorgaben.
196	Keines der genannten	Insbesondere die Abgrenzung von VED zu einer schweren phonetisch-phonologischen Störung stellte eine grosse Herausforderung dar.	Weil so selten oft erst einmal Fachliteratur-Studium, dann halte ich mich die dort vorhandenen Infos/Fragebögen.
197	Keines der genannten	Diagnostikpunkte aus einer Weiterbildung waren hilfreich	Nachsprechen möglich, Längeneffekt, pataka
198	Keines der genannten	Keine	Warum komme ich mit den herkömmlichen Methoden der Aussprachetherapie nicht weiter? Gibt es motorische Auffälligkeiten, welche auf eine Dyspraxie hin-

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
			weisen? Wie passe ich meine Therapie den Fähigkeiten/Möglichkeiten des Kindes an - bzw., wie macht es wo Fortschritte=> dort weiter arbeiten.
199	Keines der genannten	Keine	Literatur, Intervention, Supervision
200	Keines der genannten	Hatte noch keine VED-Diagnose erstellt	Habe mich zuwenig mit diesem Thema auseinandergesetzt und kann daher diese Frage nicht beantworten
201	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Die Diagnose hat eine andere Logopädin gestellt. Den Fragebogen haben wir an einer TAKTKIN-Weiterbildung bei Birner-Janusch kennengelernt. Vor dieser Weiterbildung waren meine Kenntnisse über VED gering. In der Ausbildung wurde das Thema nur kurz angesprochen. Ich fühlte mich nicht kompetent, die Diagnose VED zu stellen, und habe deshalb nur einen Verdacht geäußert.	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie konsultieren
202	Keines der genannten	Positive	Differentialdiagnose zu inkonsequente phonologische Störung, überprüfen welche Laute das Kind isoliert bilden kann, pataka, Überprüfung der oralen Mundmotorik, Anamnesegespräch...
203	Keines der genannten	VEDIT KOArt in Anlehnung an Darley Mayo Clinic USA	Hinweise auf eine VED Blatt vom Kantonsspital Winthertur (via Ruth Rieser)
204	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Die Diagnose stellte ich als "Verdachtsdiagnose".	Ich fordere zu mehrmaliger Wiederholung evozierter oder reproduzierter Wörter auf. Ich probiere gleichzeitig aus, ob die optische oder taktile Unterstützung bei der Produktion einzelner Wörter oder Laute etwas verändert. Ich versuche, das Kind in einer Sprachheilkasse anzumelden.
205	Keines der genannten	Es liegen derzeit erst "allgemeine logopädische Beobachtungen" vor.	Sehr undeutliche Aussprache: Inkonsequente Lautbildung bei gleichen Begriffen; (mund-) motorische Suchbewegungen;... Bin sehr vorsichtig mit einer VED-Diagnose, weil mir u.a. ein klares Bild dieser Sprechstörung fehlt.
206	Keines der genannten	Kenne noch keines dieser Hilfsmittel. Beobachten, vergleichen, ausschließen und schlussfolgern hiess bisher die Devise.	siehe oben
207	eigene Checkliste/eigenes Tool	unsichere Diagnose	motorische Entwicklung allgemein
208	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	VED Checkliste Gschwend/Knoepfel (2010), VEDIT-DG Bogen Schulte-Mäter	VED versus inkonsequente Phonol.Störung. Habe ich in der Entwicklung allgemein etwas übersehen? Was für Ansatzpunkte ergeben sich für die Therapie?
209	eigene Checkliste/eigenes Tool	Die logopädische Prüfung der artikulatorischen Bewegungsentwürfe, der Prüfung des Gedächtnisses für Artikuleme, Artikulemgruppen und Artikuleme	Genaue Erhebung der Anamnese, Checkliste herunterladen und genaues Beobachten, Prüfung der artikulatorisch- praxischen Bewegungsentwürfe nach Dr. Cécile Schwarz...

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
		lemgruppenfolgen. Diese artikulatorisch- praxische Funktionsschwäche erlebte ich nur in schwacher Form und meist gepaart mit einer phonematisch- mnestischen Funktionsstörung. Im Laufe der Therapie konnte die Störung meist genauer erkannt und dann gezielt angegangen werden.	
210	Keines der genannten	Vedit (Listen zum Nachsprechen)	Inkonsequenz in der Lautbildung und Wortbildung beobachten, Motorik (Grob- und Feinmotorik, Diadochokinese) beobachten, Warum gelingt es manchmal und dann wieder nicht? Welche neurologischen Ursachen könnten die beobachteten Schwierigkeiten haben?
211	eigene Checkliste/eigenes Tool	Es ist jeweils ein vager Verdacht, den ich oft als erste den Eltern mitteile. Da ich kein diagnostisches Testverfahren habe, bespreche ich meine Hypothese mit dem zuweisenden Pädiater und gehe suchend weiter vor bzw. passe die therapeutische Angebote entsprechend an.	Diagnostische Fragen zur Entwicklung der allgemeinen Motorik (Meilensteine, Entwicklungsauffälligkeiten wie bspw. häufiges Stolpern), Entwicklung der Nahrungsaufnahme, Entwicklung der Sprache im ersten Lebensjahr (Lallphase), Erlernen von Abläufen etc.
212	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnostikmaterial spezifisch für Sprachheilschule.	Therapieimmanente Diagnostik. Diagnose muss bestätigt werden.
213	eigene Checkliste/eigenes Tool	Folgendes Diagnostisches Vorgehen: Maximum Performance Task	Sind die Fehlermuster inkonstant? ist die Sprechstörung hartnäckig und sind wenig Fortschritte sichtbar? Sind Suchbewegungen zu beobachten? Ist Sequenzbildung bei mehrsilbigen Wörtern auffällig?
214	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	ich hatte den verdacht auf ved oder mindestens keine gewöhnliche aussprachestörung. das kind besucht auch die ergo.	ich nehme meine unterlagen hervor, die ich von einem kurs und von einer kollegin bekommen habe. werden die laute immer gleich falsch gebildet oder nicht? kann das kind die silbenfolge "pataka" mehrmals sprechen?
215	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Wenig aussagekräftige Ergebnisse, Verdacht wurde damit bestärkt aber keine Förderhinweise oder differenzierte Diagnose.	Berücksichtigung bei Lautbildung und Einsatz von taktilen Hilfen. Vielfältige Herangehensweise und Übungswiederholung.
216	Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS-2, Blakeley, 2001), Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	gutes diagnostisches Anfangsinstrument	Auf welche sprachlichen - und allgemeinen Bereiche wirkt sich diese Störung aus? Wo und wie ist das Kind in seiner Entwicklung am meisten behindert?
217	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	- gibt eine Struktur, das ist hilfreich	- Bespr. im interdisziplinären Team und Elternbefragung - Intervention mit Fachexperte oder im Therapieteam - Beizug von Unterstützter Kommunikation
218	Keines der genannten	Ich verwende die Checkliste von Becker-Redding.	Mitbewegungen im Gesicht vorhanden? Zäher Verlauf bzw. langsame Fortschritte auf der phonetisch-phonologischen Ebene, Mundmotorik teilweise betroffen.

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
			Was liegt hier vor? Falls ich bzgl. einer VED Verdacht schöpfe, vertiefe ich die Diagnostik.
219	eigene Checkliste/eigenes Tool	unbefriedigend	welches sind die spezifischen therapietools? welche hirnerkrankungsfunktion fällt aus oder welche funktionen sind nicht miteinander verknüpft?
220	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	nur einige aufgaben zur motorischen entwicklung aus einer filmdokumentation kopiert.	??? Allgemeine Motorik und v.a. motorische lernfähigkeit beobachten. Differentialdiagnose inkonsequente und inkonstante phonologische störung abklären. Beobachtung der stimme/prosodischer faktoren.
221	Keines der genannten	.	.
222	Keines der genannten	Prüfbogen zur kindlichen Dyspraxie in Anlehnung an Darley, Mayo Clinic, USA	Lautinventar / Wortwiederholungen / Diadochokinese prüfen, Suchbewegungen beobachten
223	Keines der genannten	Ich gebraucht den PLAKKS	Keine Regelmäßigkeit bei den phonologischen Prozessen? Therapieresistenz bei klassischem Vorgehen? Grosse Anstrengung bei der Bildung der Laute beobachtbar? Gutes Sprachverständnis bei kaum verständlicher Lautsprache? Begleitende motorische Auffälligkeiten, Dyspraxie? Hat eine gute Lallphase stattgefunden oder war das Kind ein "stilles Baby"?
224	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Diagnostik war ungenau, Verdacht bestätigte sich vor allem bei der Therapie (McGinnis Methode)	Inkonsequente phonologische Störung oder VED? Diadochokinese ausschlaggebend bei der Diagnosestellung.
225	eigene Checkliste/eigenes Tool	War sehr einfache, auf motorischen Fähigkeiten beruhende Diagnostikwissensgewinn fraglich.	Wie gut beherrscht der Betroffene gezielte Artikulationsbewegungen ggf. Im Vergleich zu auditiven Fähigkeiten (Differenzierung)
226	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich habe die Unterlagen der Ausbildung benutzt und mich an gewisse Weiterbildungsunterlagen gehalten. Es bleibt eine Interpretation meinerseits, wie stark die Störung ist, da es keine normierten Tests sind. Die Therapie selber ist oft auch ein bisschen ein Ausprobieren, bis ich jeweils merke, was beim Kind wirklich hilft. Ich finde es noch schwierig, eine gewisse Struktur anzuwenden.	Ich führe eine allgemeine Abklärung durch, in denen ich möglichst viele Bereiche teste, damit ich gewisse Bereiche als Ursachen des ersichtlichen Problems ausschliessen kann. Ich probiere auch rauszufinden, welche Bereiche besonders stark betroffen sind und überlege mir, wo ich die Prioritäten setzen will. Mir ist auch wichtig zu hören, was die Eltern stört und welche Anliegen sie haben. So versuche ich einen sinnvollen Therapieplan zu erstellen.
227	Keines der genannten	Wenn ich eins gehabt hätte, hätte ich mich informieren müssen.	Musste mich noch nie damit befassen
228	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	+ Abklärungsmethode nach Cornelia Reuss	Z.B. werden Worte immer gleich falsch gesprochen oder variieren die Aussagen oder kann das Kind einzeln alle/viele Laute sprechen aber im Verbund nicht, kann es schnell sprechen, ...
229	Keines der genannten	Weiterbild. bei Cornelia Reuss (McGinnis, Prompt)	Artikulationstest: Inkonsequente Fehlbildungen, typ. Lautbildungsfehler, Vergleich mit Spontansprache, Nachsprechen lassen, Einzellaute überprüfen,

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
			Mundmotorik: Suchbewegungen, Zunge auf Aufforderung herausstrecken etc., Anamnese, Diadochokinese, Sätze überprüfen (Diskrepanz zw. Verständlichkeit von Wörtern oder Sätzen)
230	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	und "Prüfbogen zur kindlichen Sprechapraxie in Anlehnung an Darley, Mayo Clinic USA" Becker-Redding; Diadochokinese	Parallel: a) sorgfältige, über 3-4 Wochen andauernde Analyse der Spontansprache: Konstant? KOnsequent? Ich habe es schon erlebt, dass es inkonsequent wirkte, dass Kind aber tatsächlich ein ausgeklügeltes eigenes System verwendete, bei dem z.B. ein Laut durch 5 verschiedene ersetzt wurde - je nachdem. b) Diadochokinese/MPT c) Prüfbogen Becker-Redding d) Vgl. Nachahmung - Spontansprache, lange-kurze Äusserungen, feststehende "Floskeln" - eigene Äusserungen, Kontrolle Bewegungsfolgen ...
231	eigene Checkliste/eigenes Tool	Eher kurz und knapp aber dennoch nützlich	Ich gehe die Checkliste durch und analysiere Videoaufnahmen innerhalb der Intervention.
232	eigene Checkliste/eigenes Tool	Mundmotorik, Konsequenz, Elternfragebogen	Ausschlussdiagnosen
233	Keines der genannten	kenne bis jetzt nur den Bogen von Christoph Marks-Wilhelm. Beschäftige mich mit dem Thema erst seit wenigen Monaten	Benützung Diagnostik - Bogen; Intervention; Kann sich VED auf einzelne Laute, Lautverbindungen beschränken; VED und Fütter-/Schluckstörung; Ergotherapie, Psychomotorik oder Physiotherapie; Abgrenzung zu anderen neurol. Störungen
234	eigene Checkliste/eigenes Tool	Mit gewissem Grad an Berufspraxis gute Erfahrungen und zunehmend Sicherheit bei der Differentialdiagnose.	Wie bei jedem anderen Kind auch: saubere Diagnostik, Therapieplanung (womit beginne ich, welches ist der erste Schritt), wie kann das Umfeld resp. die Eltern eingebunden werden.
235	Keines der genannten	Keine	Ich recherchiere im Internet oder kontaktiere eine Kollegin.
236	Keines der genannten	Bei der Altersklasse, mit welcher ich überwiegend zu tun habe, sind die diagnostischen Verfahren oft (noch) nicht vollständig anwendbar, weshalb auch meist "nur" von einem Verdacht die Rede ist, welcher sich dann erst im Verlauf der Therapie erhärtet oder auch nicht bestätigt.	zunächst wie bei jeder anderen Diagnostik, um den aktuellen Sprachentwicklungsstand auf allen Ebenen fest zu stellen. Ausserdem suche ich bei der Anamnese mit den Eltern nach Hinweisen, die eine VED eher bestätigen oder ausschliessen. Danach Vorgehensweise nach Anne Schulte-Mäter.
237	Keines der genannten	Diagnostikbogen von Frau Ulrike Becker-Redding (KoArt)	Ich beobachte viel und mache Spontansprachanalysen. Bei typischen Anzeichen verwende ich den oben genannten Diagnostikbogen. Fragen: - Welche Symptome sprechen für eine VED und welche für eine SES?
238	Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS-2, Blakeley, 2001), Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch)	Diagnostikbogen von Lauer/ Briner-Janusch finde ich hilfreich	Ich wähle einen VED-spezifischen Therapieansatz
239	Keines der genannten	kein klares Ergebnis	Vorgehen ist mir unklar. Frage ist immer, warum das Kind keine Fortschritte macht
240	Keines der genannten	Grosse Unsicherheit vorhanden	Literaturrecherche

Die Diagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Schweiz

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
241	eigene Checkliste/eigenes Tool, Keines der genannten	.	nachsprechen lassen, automatisiertes Sprechen, Suchbewegungen, Inkonsistenz, Störungsbewusstsein, gute aud. Fähigkeiten, sehr schlechte Verständlichkeit --> gemäss eigenem Fragekatalog
242	eigene Checkliste/eigenes Tool	Abklärungsmöglichkeiten aus einem Kurs angewendet, Beobachtung des Kindes	Unterscheidung zu phonologischen Problemen, willkürliche und unwillkürliche mundmotorische Bewegungen unterscheiden
243	eigene Checkliste/eigenes Tool	Verwende jetzt Unterlagen von Christoph Marks-Wilhelm	Wichtig finde ich vor allem die Suchbewegungen und der Längeneffekt.
244	Diagnostikbogen kindliche Sprechapraxie (Lauer und Birner-Janusch), eigene Checkliste/eigenes Tool	Beobachtungen	Differenzierung phonologische störung vs ved
245	Keines der genannten	Assoziationsmethode nach Mildres McGinnis (Kurs bei Cornelia Reuss besucht)	Ich gehe nach dem Prüfbogen in Anlehnung an Darley, Mayo Clinic, USA vor. Dieser wurde beim obengenannten Kurs abgegeben.
246	Keines der genannten	Bis heute nicht notwendig, würde aber Diagnostikbogen kindl. Sprechapraxie nehmen.	Anamnese (Schlucken, Lallen, Sprechen)
247	eigene Checkliste/eigenes Tool	Diagnose konnte nicht mit Sicherheit gestellt werden	Kontakt zu anderen Fachpersonen/Logopädinnen
248	Keines der genannten	Suche nach geeigneter Diagnostik war schwierig, die Intervention hilfreich.	Austausch mit anderen Logopädinnen: Intervention nebst eigener Vorgehensweise Ausschluss von anderen Störungsbildern
249	eigene Checkliste/eigenes Tool	Es ist eine alte Kopie eines Erfassungsbogens, von welchem ich Teile verwende. Mehr als beobachten kann ich damit nicht. Ich fühle mich damit nicht genügend kompetent für eine Differentialdiagnose.	Ich beobachte, ob die Kinder Suchbewegungen bei der Artikulation zeigen. Da dies jeweils nicht eindeutig war, habe ich die Diagnose oftmals nicht weiterverfolgt.
250	Keines der genannten	Prüfbogen zur kindlichen Sprechapraxie (Ulrike Becker-Redding), nach Darley	Mundmotorik? Nachsprechen auf versch. Ebenen? Diadochokinese? Abgrenzung
251	eigene Checkliste/eigenes Tool	Positiv	Weiter genau abklären, damit Verdacht klarer wird
252	eigene Checkliste/eigenes Tool	Artikel von Anne Schulte-Mäter, Buch von Nomina Lauer + Beate Berner-Janusch	Besteht eine Variabilität der Lautbildungsfehler?
253	eigene Checkliste/eigenes Tool	Klare Abgrenzung zu phonetischer Dyslalie ist nicht so einfach	Sind die Auffälligkeiten inkonstant? P-T-K (Silbenwiederholungen)
254	eigene Checkliste/eigenes Tool	Ich hatte keine Unterlagen zur Diagnostik, habe mir aus Büchern die nötige Infos geholt. V.a. Differentialdiagnostik.	Sind die Fehler konstant / inkonstant? Gibt es "normale" Fortschritte in der Logopädie? Wie hartnäckig ist das Störungsbild? Wie ist die Diadochokinese? Ist eine Handlungsapraxie vorhanden?

	Diagn. Tools?	Kommentar	Vorgehen bei Verdacht
			Wie ist die Mundmotorik?
255	eigene Checkliste/eigenes Tool	positiv: etwas mehr Sicherheit; negativ: oft auch nach der Durchführung der Checkliste Unsicherheiten, ob / wie stark die VED nun wirklich ist	Checkliste