



Bochum-Aachener Stotterscreening (BASS) Ein Screening-Bogen für Ärzte

Das Screening auf Stottern dient zur Identifikation von Kindern mit Verdacht auf Stottern im Alter von 4 - 6 Jahren durch die Kinderärztin oder den Kinderarzt. Es gibt Hinweise, ob eine logopädische Abklärung erforderlich ist.

Durchführung

Grundlage des Screenings sind 1. eine Beobachtung des Kindes und seiner Spontansprache sowie 2. die Befragung der Eltern.

Teil 1. Verhaltensbeobachtung

Das spontane Sprechen kann anhand eines Bildes oder einer Geschichte stimuliert werden. Beobachtet werden Art und Häufigkeit der Sprechunflüssigkeiten.

Es wird zwischen normalen Sprechunflüssigkeiten und stottertypischen Unflüssigkeiten unterschieden.

Nur bei stottertypischen Unflüssigkeiten liegt ein Verdacht auf Stottern vor.

Tab. 1 Normale und stottertypische Unflüssigkeiten

| | |
|---------------------------------|--|
| Normale Unflüssigkeiten | Wiederholung von ganzen Wörtern, Satzteilen oder Sätzen (ich hab ich hab mal ich hab mal was gefunden) |
| Stottertypische Unflüssigkeiten | Laut- und Silbenwiederholungen („l – i – i – ich ha-ha-hab mir weh getan“) |
| | Lautdehnungen („Eeeeees hat geblutet“) |
| | Blockierungen (Unterbrechungen, stille Pausen, „A...apfel,auto“) |

Teil 2. Befragung der Eltern nach Unflüssigkeiten bzw. Stottern

Typisch für Stottern sind Situationsabhängigkeit und fluktuierender Verlauf. Es kann sein, dass bei der Erhebung der Sprechprobe kein Stottern auftritt, obwohl das Kind im Alltag deutlich stottert. Deshalb muss **in jedem Fall** zusätzlich die Befragung der Eltern erfolgen.

Nur wenn mindestens eine der beiden ersten Elternfragen mit „Ja“ beantwortet wurde, sind die beiden letzten Elternfragen zu stellen.

Auswertung

Es wird die Gesamtsumme der Punktwerte gebildet.

Tab. 1 Normale und stottertypische Unflüssigkeiten

| Gesamtpunktwert | Wahrscheinlichkeit |
|-----------------|-----------------------------------|
| 3 | Sehr wahrscheinlich kein Stottern |
| 4-6 | Verdacht auf Stottern |
| ≥7 | Sehr wahrscheinlich Stottern |



Name des Kindes..... Datum.....

Geburtsdatum Begleitperson des Kindes: Mutter /Vater/sonstige

Untersucher

Mitarbeit

gut/befriedigend > Testauswertung

schlecht/Kind hat Testung abgebrochen

- müde/unaufmerksam > Testung wiederholen
- zu geringe Deutschkenntnisse, Migrationshintergrund
- schüchtern, soziogene Ursachen
- medizinische Ursachen (z.B. Mehrfachbehinderung)

Teil 1: Verhaltensbeobachtung des Arztes während der Untersuchung

Anmerkung: Fokus der Beobachtung liegt auf Wiederholungen, Dehnungen, Blockierungen beim Artikulieren von Lauten und Silben, nicht von Wörtern und Satzteilen. Die Häufigkeit wird in Bezug auf die vom Kind geäußerten Sätze (satzwertigen Äußerungen) eingeschätzt.

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| Wie ist die Art der Unflüssigkeiten? | 1 <input type="checkbox"/> Hat keine Unflüssigkeiten. Nur Sätze oder ganze Wörter werden wiederholt | 2 <input type="checkbox"/> Wiederholt den/die Laut(e) bis zu dreimal | 3 <input type="checkbox"/> Wiederholt den/die Laut(e) viermal oder mehr | 4 <input type="checkbox"/> Das Kind hat beim Wiederholen eine angespannte Stimme | 5 <input type="checkbox"/> Steckenbleiben bei einem Wort/Laut |
| Wie reagiert das Kind während der Unflüssigkeiten? | 1 <input type="checkbox"/> Keine Reaktion bemerkbar | 2 <input type="checkbox"/> Versucht, aus Angst vor dem Stottern Wörter zu ändern | 3 <input type="checkbox"/> Versucht das Wort herauszupressen, zeigt Gesichtsbewegungen und/oder Hand-, Arm-, Fußbewegungen | | |
| Wie hoch ist die Anzahl der Unflüssigkeiten? | 1 <input type="checkbox"/> Keine oder sehr selten (weniger als 2%) | 2 <input type="checkbox"/> Viele (eine in 2 bis 3 Sätzen) | 3 <input type="checkbox"/> Sehr viele (eine bis mehrere pro Satz) | | |

Teil 2: Befragung der Eltern

| | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Zeigt Ihr Kind Laut- / Silbenwiederholungen („I – i – i – ich ha-ha-hab mir weh getan“), Lautdehnungen („Eeeeees hat geblutet“), Blockierungen (Unterbrechungen, stille Pausen, „A...apfel“, „.....auto“) | 0 nein <input type="checkbox"/> | 2 ja <input type="checkbox"/> |
| Stottert Ihr Kind? | 0 nein <input type="checkbox"/> | 2 ja <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Wie empfindet Ihr Kind die Unflüssigkeiten? | 1 <input type="checkbox"/> Hat keine Unflüssigkeiten. Scheint sie nicht zu bemerken | 2 <input type="checkbox"/> Bemerkst sie, gibt sich Mühe und versucht es immer wieder | 3 <input type="checkbox"/> Empfindet es als unbequem, gibt auf, weiter zu sprechen oder sagt: „es geht nicht“. |
| Wie reagieren andere Leute auf die Unflüssigkeiten? | 1 <input type="checkbox"/> Hat keine Unflüssigkeiten. Es stört niemanden | 2 <input type="checkbox"/> Eltern sind besorgt, dass die Unflüssigkeiten andauern | 3 <input type="checkbox"/> Das Kind leidet unter Hänseleien oder anderen Reaktionen |
| Gesamtpunktwert | | | |