

# Bochumer Performanzbewertung (BoPeB)

## Die strukturierte Erfassung von Aspekten logopädischen Planens und Handelns sowie deren Reflexion

Sebastian Brenner

**ZUSAMMENFASSUNG.** Zum Einsatz in praktischen Prüfungen im Kontext Logopädie/Sprachtherapie hat der Autor das Bewertungsverfahren „THAP“ (Bartels 2006) weiterentwickelt und setzt dieses unter dem Namen „BoPeB“ ein. Das Verfahren enthält unterschiedliche Aspekte der Bewertung und Gewichtung, auf die näher eingegangen wird. Positive Erfahrungswerte mit dem Einsatz des Verfahrens sprechen für die Eignung in (akademischen) Prüfungs- und Supervisionskontexten im Fachgebiet Logopädie/Sprachtherapie.

Schlüsselwörter: praktische Prüfung – Kompetenzmessung – staatliche Prüfung – Supervision – praktische Ausbildung

### Einleitung

Ausbildungsgänge, deren AbsolventInnen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „staatlich anerkannte/r Logopäde/in“ erhalten, stützen ihr Curriculum auf die Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für LogopädInnen (LogAPrO, *Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz* 2013). Dort finden sich sowohl Maßgaben für die theoretische und praktische Ausbildung als auch für die Durchführung der staatlichen Prüfungen. Berücksichtigung finden diese Maßgaben üblicherweise an Berufsfachschulen, aber inzwischen auch an Hochschulen, die im Rahmen der Modellklausel die Ausbildung staatlich anerkannter LogopädInnen auf akademischem Niveau realisieren. Neben den in der LogAPrO beschriebenen schriftlichen und mündlichen Prüfungen finden daher insbesondere die praktischen staatlichen Prüfungen genauso statt wie dort festgelegt. Dort heißt es (ebd.):

#### § 7 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die angewandte Logopädie. Er umfasst die folgenden Aufgaben:

1. Der Prüfling hat an einem Patienten oder einer Gruppe von solchen die Anamnese und den Befund zu erheben und einen Behandlungsplan mit den dazugehörigen Erörterungen und Begründungen unter Einbeziehung der sozialen, psychischen, beruflichen und familiären Situation aufzustellen. Der Patient oder eine Gruppe von solchen werden vom Prüfling bis zum praktischen Teil der Prüfung behandelt. Während des praktischen Teils

der Prüfung hat der Prüfling eine Behandlung durchzuführen.

2. Der Prüfling hat an einem ihm unbekanntem Patienten oder einer Gruppe von solchen eine Behandlung durchzuführen. Das phoniatisch-logopädische Krankenblatt ist ihm zwei Stunden vor der Prüfungsbehandlung zur Kenntnis zu geben.

Aus berufsgesetzlicher Perspektive umfasst also die Behandlung von Patienten eine vorherige Anamnese und Diagnostik, eine darauf basierende Interventionsplanung (inkl. Begründung des Vorgehens) sowie die Behandlung als solche. Gleichen wir diese Perspektive mit der moderneren, kompetenzorientierten Sicht auf Ausbildung und Prüfungen ab – z.B. anhand des dbl-Kompetenzprofils für die Logopädie (Rausch et al. 2014) – sind bei der Erarbeitung des Berufsgesetzes von 1980 bereits wesentliche Aspekte der im dbl-Kompetenzprofil benannten Tätigkeitsfelder „Untersuchen und diagnostizieren“ sowie „Therapieren“ (ebd., 11) berücksichtigt worden.

Lediglich der Aspekt der kritischen Reflexion und Evaluation des eigenen Handelns ist in der LogAPrO nicht erkennbar, wird jedoch im Rahmen von Performanzprüfungen (= praktische Prüfungen) an vielen Ausbildungsstandorten – insbesondere an Hochschulen – z.B. in Form einer schriftlichen Reflexion im Anschluss an die Prüfungsbehandlung integriert.

Der hier zugrunde liegende Performanzbegriff orientiert sich an der Darstellung von Erpenbeck (Heyse et al. 2010, 19, Abb. 1), der

Sebastian Brenner (M.A.)

beendete seine Ausbildung zum Logopäden im Jahre 2000 in Münster, studierte in den Jahren danach berufsbegleitend Logopädie und Mediendidaktik, arbeitete zunächst in einer logopädischen Praxis und leitete anschließend sieben Jahre die logopädische Abteilung eines Gesundheitszentrums. Seit 2010 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter, Studiengangskoordinator und Lehrbeauftragter im Studiengang Logopädie im Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.



Performanz als Möglichkeit zum Erkennen menschlichen Potenzials heranzieht. Potenzielle setzen sich nach seinem Verständnis aus Persönlichkeitseigenschaften, Talenten und Kompetenzen zusammen, wobei letztere die größte Nähe zur Performanz besitzen und sich daher am besten (bzw. ausschließlich) im Rahmen von Performanz erkennen, jedoch nicht eindeutig von Talenten und Persönlichkeitseigenschaften trennen lassen.

Somit lässt sich feststellen, dass der praktische Teil der staatlichen Prüfungen lt. LogAPrO bereits seit 1980 in sehr kompetenzorientierter Weise vorgegeben ist – ganz im Gegensatz zu den mündlichen und schriftlichen staatlichen Prüfungen, die jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrags sind. Also eignen sich die gesetzlich vorgesehenen praktischen Prüfungen auch in einem modernen (Hochschul-)Curriculum zur Messung logopädischer Kompetenz.

Allerdings beschränkt sich die Darstellung des Prüfungsgeschehens in der LogAPrO auf eine sehr grobe Beschreibung der Prüfungsabläufe und konkretisiert in keiner Weise, welche Aspekte logopädischen Handelns in welcher Form zu bewerten sind. Hier sind Bildungseinrichtungen bzw. PrüferInnen auf sich gestellt, was an verschiedenen Standorten zu einer sehr unterschiedlichen Bewertung der Performanz führen dürfte.

Befasst man sich konkreter mit der Umsetzung solcher Performanzprüfungen, wird rasch deutlich, dass PrüferInnen einen klaren und strukturierten Rahmen für die Bewertung von Performanz benötigen, um über die Messung von Kompetenz hinaus die hohen Anforderungen an eine transparente, faire und rechtssichere Bewertung und Benotung erfüllen zu können. An der Hochschule für Gesundheit in Bochum, an der der Autor dieses Beitrags mit der Vorbereitung und Durchführung der staatlichen Prüfungen befasst ist, trat dieser Bedarf besonders deutlich in den Vordergrund.

Bei der Suche nach geeigneten Bewertungsverfahren mit Bezug zum Fachgebiet Logopädie schien das „Therapeutische Handlungsprofil (THAP)“ von *Bartels* (2006) geeignet, zumal es ebenfalls in einem hochschulischen Kontext erarbeitet wurde und dennoch bereits Bezug zur LogAPrO nimmt.

Das THAP berücksichtigt die Handlungsschritte der Therapieplanung, des Verlaufs im Rahmen der Durchführung einer Behandlung sowie deren anschließende Reflexion und sieht eine differenzierte Bewertung aller dieser Schritte vor. Zudem unterteilt *Bartels* jeden einzelnen Schritt in mehrere Teilaspekte wie z.B. patientenorientierte Aspekte, Hilfen, inhaltliche Schwerpunktsetzung, Auswahl des Materials, Zeiteinteilung und Entwicklungsaspekte. Jeder dieser Aspekte wird innerhalb des jeweiligen Handlungsschrittes nach einem Punkteschema bewertet, das vier Punkte als Höchstpunktzahl (Bestleistung) und einen Punkt als geringste Punktzahl (unbefriedigende Leistung) vorsieht.

Hinzu kommt eine sog. Konfiguration im Sinne einer Gewichtung, sodass die Bewertung der verschiedenen Handlungsschritte, aber auch der einzelnen Aspekte, unterschiedlich

stark in die Bewertung eingeht. All dies führt zur Berechnung eines Gesamtpunktwerts, der sich in einen Prozentrang und damit in eine Note umsetzen lässt.

In der von *Bartels* 2006 publizierten Variante passte das THAP bereits in weiten Teilen auf die Anforderungen des hochschulischen Ausgestaltungskontextes, jedoch wurde bei der Anwendung des Verfahrens deutlich, dass die Semantik des Punkteschemas sowie die Deutung und Gewichtung der einzelnen Aspekte nicht durchweg dem Leitbild und Vorgehen des betreffenden Studiengangs entsprachen. Auch einige pragmatische Abläufe rund um die Performanz-Situation wurden durch das THAP nicht hinreichend abgebildet, sodass das Verfahren anhand dieser Erfahrungen in mehreren Schritten weiterentwickelt und fortan – aufgrund der Abweichungen vom THAP – unter dem Namen „Bochumer Performanzbewertung“ (BoPeB) verwendet und bearbeitet wurde.

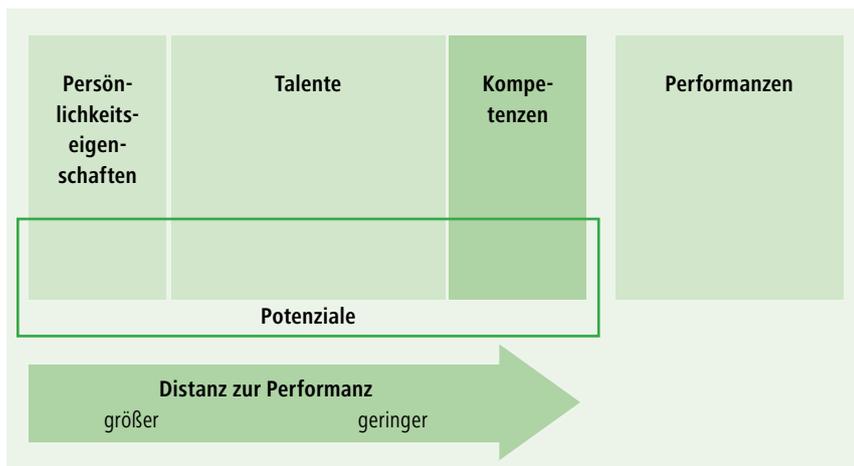
Die BoPeB gliedert den Ablauf der Performanz grob in vier Schritte:

- Die Interventionsplanung
- Die Detailplanung
- Die Durchführung der Behandlung
- Die Reflexion

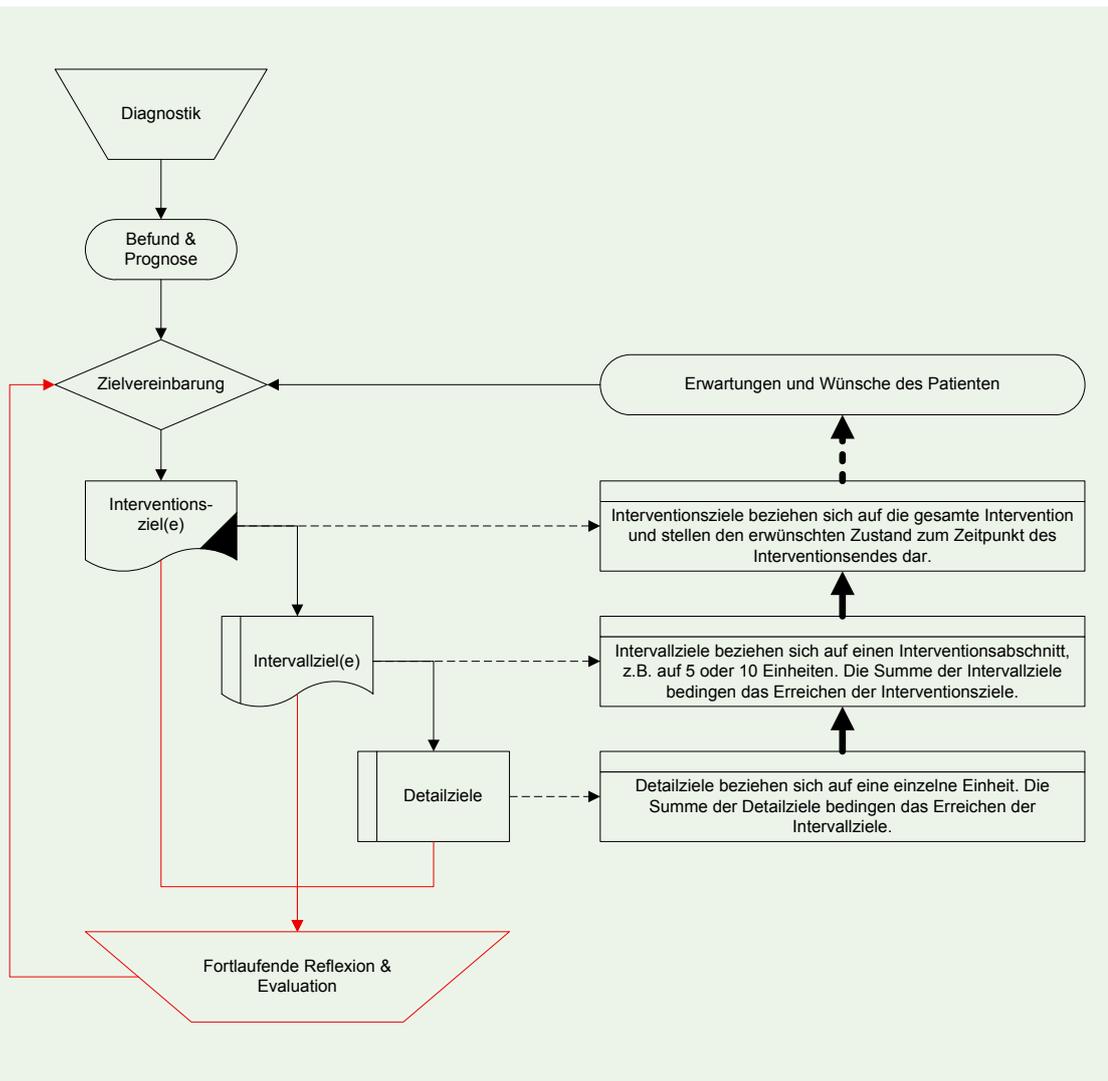
Jeder dieser vier Schritte beinhaltet mehrere Einzelaspekte, die sich in Form einer Matrix auf verschiedene Ebenen oder Sequenzen erstrecken.

Die Interventionsplanung stellt zunächst in prägnanter, auf das Wesentliche/Relevante reduzierter Form die Ergebnisse der Anamnese und Diagnostik dar und beschreibt die hieraus abgeleiteten Interventionsziele, die wiederum jenen Zustand beschreiben, der am Ende der gesamten Intervention erreicht sein soll. Die Zielstellung folgt der S.M.A.R.T.-

■ **Abb. 1: Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften, Talenten, Kompetenzen (nach Heyse et al. 2010, 15)**



■ Abb. 2: Schematischer Aufbau der Zielstellung innerhalb einer Interventionsplanung



Regel (d.h.: ein Ziel muss spezifisch (S), messbar (M), angemessen (A), relevant (R) und terminiert (T) sein; *Armstrong* 2006), und es muss mit Bezug zu den Ergebnissen (bzw. deren Interpretation) der Diagnostik, den Wünschen und Präferenzen der Patienten sowie der aktuell verfügbaren Evidenzlage begründet werden (in enger Verbindung mit dem Modell „E3BP“, *Dollaghan* 2007). Anhand dieser Darlegung lässt sich aus Sicht der PrüferInnen das Clinical Reasoning (*Beushausen & Walther* 2010) Studierender nachvollziehen sowie das Ausmaß an angewandter Wissenschaftlichkeit erkennen. Im zweiten Schritt gliedert die Interventionsplanung den Gesamtverlauf in mehrere Intervalle, bei denen es sich um zeitlich definierte Behandlungsabschnitte handelt (z.B. eine bestimmte Anzahl von Interventionseinheiten oder eine bestimmte Zeitspanne), die inhaltliche Schwerpunkte haben (können). Für jedes Intervall werden ebenfalls Ziele und Begründungen mit den eben beschriebenen

Anforderungen formuliert, wobei die Intervallziele deutlich konkreter formuliert sind als die Interventionsziele und in ihrer Summe das Erreichen der Interventionsziele bedingen. Innerhalb der Detailplanung werden ebenfalls Ziele auf Grundlage der S.M.A.R.T.-Regel formuliert, wobei diese sich nun ganz konkret auf den Verlauf einer Übungssequenz in einer einzelnen Interventionseinheit beziehen und daher sehr konkret und methodisch operationalisierbar sind. Hinsichtlich der unterschiedlichen Zielebenen wird also ein planerisches Vorgehen in deduktiver Art und Weise erkennbar, wie in Abbildung 2 verdeutlicht. Die gewählte Methode sowie das zu verwendende Material werden in der Detailplanung ebenso beschrieben wie vorherzusehende, möglicherweise notwendige Hilfestellungen. All dies wird dann wiederum mit Bezug zum Patienten und herangezogener Literatur sowie dem bisherigen Interventionsverlauf begründet. Außerdem enthält die Detailpla-

nung auch eine Darstellung des Zeitablaufs der Interventionseinheit.

Insbesondere hinsichtlich der Anforderungen einer wissenschaftlich fundierten Behandlungsplanung als Grundlage der Performanz, sind diese Planungsschritte im akademischen Ausbildungskontext von zentraler Bedeutung!

In der Durchführung spiegeln dann die Bewertungsaspekte die Umsetzung der Planung wider, bezogen auf den Umgang mit dem Patienten im Sinne therapeutischer Interaktion (sog. Patientenorientierte Aspekte, *Bartels* 2006, 32), auf tatsächlich gegebene Hilfestellungen, auf den Methoden-/Materialeinsatz sowie das Zeitmanagement. Alle diese Aspekte werden für jede einzelne Übungssequenz gesondert bewertet. Hierbei geht es allerdings keinesfalls darum, unbedingt genauso vorzugehen wie geplant! Im Gegenteil: Berufspraktische Kompetenz tritt insbesondere dann in Erscheinung, wenn Studierende innerhalb einer unvorhergesehenen Situation begründet (!) von ihrer ursprünglichen Planung ab-

weichen und gut genug vorbereitet sind, um ad hoc adäquat zu variieren. Gelegenheit zur Stellungnahme und Begründung bei Abweichungen von der Planung bietet die schriftliche Reflexion.

Die Reflexion lässt sich erfahrungsgemäß weniger detailliert in einzelne Aspekte gliedern, da hier relevante Situationen retrospektiv in den drei Schritten *beschreiben – auswerten – resümieren* reflektiert werden. Dies bezieht sich daher auf den Verlauf der Interventionseinheit, sodass die Qualität der Reflexion pro Übungssequenz insgesamt bewertet wird. Ähnlich wie im THAP erfolgt die Bewertung der einzelnen Aspekte anhand einer Punkteskala von 1-4, wobei in der BoPeB auch Zwischenschritte (x,5) vorgesehen sind und damit eine differenziertere Bewertung möglich wird. Die Semantik der Bewertungsskala wurde wie folgt definiert:

- 4 Punkte: „bestmöglich“, also eine außergewöhnlich gute Leistung, die nicht mehr steigerungsfähig ist.

- 3 Punkte: „ordentlich“, also eine Leistung, die den Anforderungen genügt, jedoch noch steigerbar ist.
- 2 Punkte: „annehmbar“, also eine insgesamt unterdurchschnittliche Leistung, die nur zum Teil den Anforderungen genügt.
- 1 Punkt: „unbefriedigend“, also eine Leistung, die in keiner Weise den Anforderungen genügt.

Die Semantik der Punktwerte 1 und 2 ist mit dem THAP identisch geblieben, jene der Punktwerte 3 und 4 wurde an das eigene Verständnis der Qualität von Studienleistungen angepasst. Wie im THAP sind die Performanzschritte sowie die einzelnen Aspekte in der BoPeB unterschiedlich stark gewichtet, was sich zugunsten der mathematischen Berechenbarkeit ebenfalls in einer Skala von 1 bis 4 widerspiegelt:

- Gewichtung 0: Aspekt wird nicht gewertet, kann also komplett von der Bewertung ausgenommen werden
- Gewichtung 1: Aspekt ist von geringer Bedeutung
- Gewichtung 2: Aspekt ist von mäßiger Bedeutung
- Gewichtung 3: Aspekt ist von hoher Bedeutung
- Gewichtung 4: Aspekt ist von sehr hoher Bedeutung.

Eine Gewichtung findet sowohl auf der Ebene der vier Performanzschritte statt als auch innerhalb der einzelnen Schritte auf der Ebene der einzelnen Aspekte. So sind in der Zusammensetzung der Prüfungsleistung insgesamt z.B. die „Intervallplanung“ und die „Durchführung“ von sehr hoher Bedeutung, die „Detailplanung“ von hoher Bedeutung und die „Reflexion“ von mäßiger Bedeutung. Innerhalb des Schrittes „Durchführung“ sind beispielsweise die Aspekte „Patientenorientierung“ und „Methodeneinsatz“ sehr hoch gewichtet, „gegebene Hilfen“ hoch und „Zeitmanagement“ mäßig gewichtet (Abb. 3). Der jeweils gegebene Bewertungs-Punktwert wird demnach mit der zugehörigen Gewichtung multipliziert und dann mit den anderen Aspekten bzw. Schritten verrechnet, indem der Gesamtpunktwert durch die Summe der Gewichtungspunkte dividiert wird.

Um diese Berechnung des Gesamtergebnisses praktikabel zu gestalten, wurde – ebenso wie das THAP es vorsieht – eine Excel-Vorlage erstellt, in der PrüferInnen lediglich die Bewertungspunkte eingeben und hierdurch einen Benotungsvorschlag erhalten (Beispiel siehe Abb. 3). Um eine Verzerrung des Ergebnisses zu vermeiden, muss die Anzahl der Übungssequenzen eingegeben werden, da leer bleibende Felder in der Berechnung als „Null Punkte“ verrechnet und somit den

■ Abb. 3: Ansicht eines BoPeB-Bogens mit fingierter Bewertung als Beispiel

**Bochumer Performanzbewertung (Langzeit-Patient) - Bo-PeB-L - V2**

Patient/in: Marianne Mustermann      PrüferInnen: Petra Prüfer und Bernd Bewerter  
 Störungsbild: Aphasie      Datum: 24.09.2016      Vorbzeit: 15 Minuten  
 Behandler/in: Stefan Student      Prüfungszeit: 45 Minuten      Reflexionszeit: 45 Minuten

Interventionsplanung	Aspekt	Gewichtung	4		3		7		Anmerkungen zum Schwierigkeitsgrad des Falles:
			Intervention	Intervalle					
	Fat.vorstellung	2	3						Mäßig: Patientin orientiert, Aussprache Sprachverstehen
	Ziele	4	3,5	2					
	Begründung	4	3	3					
Gesamt:		2,69	10	3,20	2,00				

Gewichtung der Schritte

Detailplanung	Aspekt	Gewichtung	Anzahl geplanter/durchgeführter Abschnitte:				Gesamt:
			Eingangsp.	Sequenz 1	Sequenz 2	Sequenz 3	
	Ziele	4		4	3,5		
	Methoden	3		3	1		
	Hilfen	2		2,5	2		
	Begründung	4		3,5	2,5		
	Zeitplanung	1	4	3	3		
Gesamt:		3,45	14	0,00	0,00	0,00	0,00

Angabe zur Anzahl der Übungssequenzen

Gewichtung von Aspekten

Durchführung	Aspekt	Gewichtung	4		3		2,5		2		1		Gesamt:
	Fat.orient. Asp.	4	3	3	4							4	
	gegebene Hilfen	3		2,5	3							4,00	
	Methodeneinsatz	4		3	3,5							4	
	Zeitmanagement	2	3	2	3							4	
Gesamt:		3,30	13	3,00	2,73	3,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	

Summe der Gewichtungspunkte

Bewertung einer Übungssequenz

Reflexion	2	3	2	4					
Gesamt:	3,00	3,00	2,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00

13

Score: 1,10    77,45%    Benotungsvorschlag: 2,3

Prozent	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
> 95%											
90% 1-											
80% 2+											
60% 2-											
70% 3+											
60% 3											
60% 3-											
50% 4+											
50% 4											
< 50% 5											

Gewichtung	< Punktwert >	Bewertung >	Erläuterung
keine Wertung	0	(wird nicht gegeben...)	
gering	1	unbefriedigend	Unbefriedigende Leistung
mäßig	2	annehmbar	insg. unterdurchsch. Leistung, die nur z
hoch	3	ordentlich	Leistung, die den Anforderungen genügt aber noch steigerbar ist
sehr hoch	4	bestmöglich	Außergewöhnlich gute Leistung, die nicht mehr steigerbar ist

Es können auch Komma-Erkerte vergeben werden, um Zwischenstufen zu berücksichtigen!

Gegebene Noten:    Ersterprüfer/in: 2,3    Zweiterprüfer/in: 2    Gemittelte Gesamtnote: 2,15

Gesamtpunktwert herabsetzen würden. Bei Bedarf (z.B. wenn ein Patient ein besonderes Profil aufweist oder besondere Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind) können PrüferInnen auch die Gewichtung in der Excel-Vorlage verändern, sodass einzelne Aspekte anders oder gar nicht berücksichtigt werden. Die in der Vorlage enthaltene Gewichtungsvorgabe wurde innerhalb eines fachkompetenten Teams immer wieder diskutiert und angepasst, sodass inzwischen alle Beteiligten überzeugt sind, mit dieser Gewichtung in der Regel eine passende Bewertung zu erzielen.

Der Benotungsvorschlag selbst ermittelt sich auf Grundlage des Prozentranges des Gesamtpunktwertes im Abgleich mit dem Bewertungsschema der Rahmenprüfungsordnung der Hochschule für Gesundheit, wo eine Note pro erreichten Prozentwert vorgegeben ist. Es sei ausdrücklich angemerkt, dass es sich hier zunächst nur um einen Benotungsvorschlag auf der Grundlage der gegebenen Punkte handelt, den PrüferInnen nun noch um weitere Aspekte und Einschätzungen ergänzen und dann frei und unabhängig die tatsächliche Endnote festlegen.

## Erfahrungen mit der BoPeB

Im Studiengang Logopädie der Hochschule für Gesundheit in Bochum ist das THAP bzw. die BoPeB inzwischen seit mehreren Jahren im Einsatz. Insbesondere in Bezug auf die jüngste Version der BoPeB (siehe Abb. 3) lässt sich feststellen:

- Die inzwischen festgelegten Bewertungsaspekte sowie ihre Gewichtung eignen sich für die Anforderungen eines akademischen Ausbildungs- und Prüfungskontextes.
- Wie auch von Bartels (2006, 36) beschrieben, führt diese Form der Bewertung zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Aspekten logopädischer Performanz, und zwar sowohl innerhalb des Kollegiums der beteiligten PrüferInnen als auch im Kontakt mit Studierenden.
- Die Verwendung der BoPeB erfordert eine Einarbeitung in die Handhabung des Bogens sowie einen Prozess des Austauschs mit anderen PrüferInnen, um eine Vergleichbarkeit in der Verwendung der Bewertungsskala zu erreichen. Daher eignet sich das Verfahren nicht zum gelegentlichen Einsatz durch unerfahrene oder isoliert arbeitende BewerterInnen (wie z.B. im Rahmen der Praxisanleitung in externen Praktika denkbar).
- Bei regelmäßiger Verwendung der BoPeB entsteht rasch eine gewisse Bewertungsroutine, die eine große Übereinstimmung verschiedener PrüferInnen mit sich bringt und eine sehr effiziente Handhabung des Bogens beinhaltet.
- Die BoPeB eignet sich nicht nur für Prüfungs- sondern auch für Supervisions-situationen. Studierende können anhand der BoPeB recht detailliert erkennen, in welchen Bereichen ihre Stärken oder Schwächen liegen und ihre Entwicklung über einen längeren Zeitraum hinweg dokumentieren. Ergänzt um qualitative Rückmeldungen, z.B. im Rahmen von Supervisionsgesprächen, ergibt sich so eine sehr brauchbare Grundlage für die persönliche Entwicklung Studierender.
- In den allermeisten Fällen liegt der Benotungsvorschlag der BoPeB sehr nah bei der Benotung, die nach freier Einschätzung der PrüferInnen zu vergeben wäre. Dies spricht für eine sinnvolle Konfiguration der Aspekte und Gewichtung innerhalb der BoPeB.
- Die vom THAP abweichende Ausweitung der Bewertungsskala auf Zwischenschritte (x,5) ermöglicht die adäquate Handhabung von Situationen, in denen

PrüferInnen sich zwischen zwei Bewertungsstufen entscheiden müssten.

- Bartels (ebd.) beschreibt für das THAP das Problem der Bewertung von Gesprächssituationen, wie sie typischerweise am Beginn und Ende einer Interventionseinheit stattfinden. Die BoPeB hat hier Abhilfe geschaffen, indem in diesen beiden Sequenzen lediglich die patientenorientierten Aspekte sowie das Zeitmanagement bewertet werden, nicht jedoch methodische Aspekte oder gegebene Hilfen. Auf der Ebene der Planung ist hier entsprechend nicht die Bewertung von Zielstellungen und deren Begründung vorgesehen.
- Dem Problem der Verzerrung von Ergebnissen durch Nichtbewertung einzelner Abschnitte oder Aspekte, wie von Bartels (ebd.) beschrieben, konnte mit der „0-Gewichtung“ sowie mit der mathematischen Konkretisierung der Anzahl zu bewertender Abschnitte begegnet werden.

## Fazit

Auf der Grundlage des bereits sehr weitgehend entwickelten Therapeutischen Handlungsprofils (THAP) von Bartels (2006) erarbeitete der Autor mit der Bochumer Performanzbewertung (BoPeB) ein Verfahren, das sich nach entsprechender Einarbeitung sehr gut für den Einsatz in kompetenzorientierten praktischen Prüfungen im Kontext Logopädie/Sprachtherapie eignet, bis hin zum Einsatz in staatlichen praktischen Prüfungen. Es erlaubt eine differenzierte, transparente und priorisierende Bewertung unterschiedlicher Kompetenzbereiche und dient daher ggf. auch als quantifizierendes Instrument in supervisorischen Kontexten. Hierbei orientiert sich das Verfahren am pragmatischen Ablauf einer Intervention. Eine ergänzende Zuordnung definierter Kompetenzbereiche zu einzelnen Aspekten oder Aspekt-Clustern wäre interessant und grundsätzlich umsetzbar.

## LITERATUR

- Armstrong, M. (2006). *A handbook of human resource management practice*. London: Kogan Page
- Bartels, H. (2006) Das Therapeutische Handlungsprofil (THAP): Ein neues Instrument zur Bewertung praktischer Prüfungsleistungen. *Forum Logopädie* 20 (3), 30-36
- Beushausen, U. & Walther, W. (2010). Clinical Reasoning in der Logopädie. *Forum Logopädie* 24 (4), 30-37
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2013). *Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPRO)*. [www.gesetze-im-internet.de/logapro/BJNR018920980.html](http://www.gesetze-im-internet.de/logapro/BJNR018920980.html) (20.08.2015)
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for evidence based practice in communication disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes
- Heyse, V. & Erpenbeck, J. & Ortmann, S. (2010). *Grundstrukturen menschlicher Kompetenzen*. Berlin: Waxmann
- Rausch, M., Thelen, K. & Beudert, I. (2014). *Kompetenzprofil für die Logopädie*. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

## Kostenloser Download der Excel-Vorlage

<http://bopeb.sebastianbrenner.de/>

## DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2016-53020160204

## Autor

Sebastian Brenner, M.A.  
Studiengang Logopädie  
Hochschule für Gesundheit  
Gesundheitscampus 6-8  
44801 Bochum  
[sebastian.brenner@hs-gesundheit.de](mailto:sebastian.brenner@hs-gesundheit.de)

### SUMMARY. Bochumer Performanzbewertung (BoPeB) – The structured capture of speech and language therapy (SLT) related planning and action as well as their reflection

For application during practical examinations in the context of speech and language therapy (SLT) the author has developed further the assessment procedure THAP (Bartels 2006) and makes use of it under the name "BoPeB". The procedure encompasses different aspects of assessment and evaluation which will be elaborated on here. Positive experience with the application of the procedure speaks of its suitability in the context of (academic) examination procedures and supervision in the field of SLT.

KEY WORDS: practical examination – competence measurement – state examination – supervision – practical training