

Anhang zu:

Registernr: 049/006

Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES) (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES))

Interdisziplinäre S2k-Leitlinie der folgenden Fachgesellschaften und Berufsverbände

(in alphabetischer Reihenfolge)

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG-Selbsthilfe)

Berufsverband Dt. Psychologinnen und Psychologen (BDP) und Sektion Klinische Psychologie

Dt. Berufsverband der HNO-Ärzte (BV-HNO)

Dt. Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie (BVPP)

Dt. Bundesverband für Logopädie (dbl)

Dt. Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)

Dt. Gesellschaft für Psychologie (DGP)

Dt. Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)

Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)

Dt. Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS)

Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)

Erstellungsdatum: 16.12.2011

Anhang 1: Erklärung über Interessenskonflikte: Tabellarische Zusammenfassung

Anhang 2: Nicht-konsentierete therapeutische Empfehlungen

Anhang 1: Erklärung über Interessenskonflikte: Tabellarische Zusammenfassung

Leitlinienkoordinator: Dr. Ulrike de Langen-Müller Leitlinie: „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen. Interdisziplinäre Leitlinie“ Registernr: 049/006		Name des Autors*
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Bode: Fa. Shire, ADHS-Förderpreis Kieslich: Medical advisory board, Gutachtertätigkeit
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Bode: Fa. Janssen Cilag, ADHS-Vorträge Noterdaeme: Autimus-Vorträge für Fachkollegen finanziert durch Pharmafirmen
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Kieslich: Drittmittelinwerbung für Forschungsvorhaben Neumann: BMBF-Projekt und Landesmittel (Hessen) zu Sprachstandserfassungen
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Neumann: Testautorin für Kindersprachscreening, aber Urheberrecht liegt beim Hess. Sozialministerium
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden*, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Bode: DGSPJ, GNP, DGKJ de Langen-Müller: dbs, dgs, dbs-Referentin für Öffentlichkeit, Wissenschaft und Forschung Kauschke: vpl, dbs Kiese-Himmel: BDP u. Sektion Klinische Psychologie, DGPP, DGSS, DGMP Kieslich: GNP, DGKJ Lohaus: DBV-HNO Maihack: dbs, dbs-Bundesvorsitzender Neumann: DGPP, DGSS Noterdaeme: DGKJP Rausch: dbl, dbl-Präsidentin bis Feb. 2011 Schmid: BAG Selbsthilfe, Düsseldorf Schmitz-Salue: BV PP Schöler: DGP Schönweiler: DGSS Schrey-Dern: dbl
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 J.	
	Zusammenfassende Bewertung jedes Kommissionsmitglieds (Bewertung durch die Kommission s. S. 3 der LL)	alle Kommissionsmitglieder: nein

***Fachgesellschaften / Verbände:**

BAG Selbsthilfe: Bundesarbeitsgemein. Selbsthilfe von Menschen m. Behinderung u. chron. Erkrankung u. ihren Angehörigen e.V.

BDP: Berufsverband Dt. Psychologinnen und Psychologen

BVPP: Dt. Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

dbl: Dt. Bundesverband für Logopädie e. V.

dbs: Dt. Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.

DBV-HNO: Dt. Berufsverband der HNO-Ärzte

DGKJ: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

DGKJP: Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

DGMP: Dt. Gesellschaft für medizinische Psychologie

DGPP: Dt. Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie

DGP: Dt. Gesellschaft für Psychologie

dgs: Dt. Gesellschaft für Sprachheilpädagogik

DGSPJ: Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

DGSS: Dt. Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

GNP: Gesellschaft für Neuropädiatrie

Anhang 2: Nicht-konsentierete therapeutische Empfehlungen

Die Leitlinie „**Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen. Interdisziplinäre Leitlinie**“

Registernr: 049/006 wird die derzeit in der AWMF gelisteten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP / AWMF-Leitlinien-Register Nr. 049/006), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ / AWMF-Leitlinien-Register Nr. 071/010) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP /AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/016) ersetzen.

Nach Auskunft der AWMF-Mitarbeiterinnen Dr. Muche-Borowski und Prof. Dr. Kopp bleiben bis zur Erstellung einer interdisziplinären Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ die Aussagen und Empfehlungen zur Therapie der o. g. vormaligen Leitlinien bestehen. Sie sind als *nicht-konsentierter* Bestandteil der interdisziplinären LL 049/006 im Folgenden aufgelistet:

DGKJP

Quelle: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Bearbeiter dieser Leitlinie: H. Amorosa, R. Endres, H. Kiefl, W. von Suchodoletz.

Redaktionskomitee: H. Schmidt, F. Poustka, B. Blanz, J. Jungmann, G. Lehmkuhl, H. Remschmidt, F. Resch, C. Schaff, A. Warnke

Erstellungsdatum: 01/1999

Letzte Überarbeitung: 11/2006

Interventionen

Die Übergänge zwischen einer langsamen, aber noch normalen, und einer gestörten Sprachentwicklung sind gerade bei jungen Kindern fließend. Es empfiehlt sich, Kinder bis zu etwa 3 Jahren mit nicht so ausgeprägten Rückständen der Sprachentwicklung in monatlichen Abständen zu beobachten und die Mütter in der Förderung der Sprache im Alltag anzuleiten.

Kinder mit ausgeprägten Störungen sollten frühzeitig, d.h. zwischen 2 und 3 Jahren, bereits logopädisch behandelt werden.

Es gibt eine Reihe von Ansätzen zur sehr frühen Intervention bei Kindern im ersten und zweiten Lebensjahr. Die Verfahren zur Diagnostik und Behandlung sind aber bisher nicht so ausreichend überprüft, als dass sie allgemein empfohlen werden können.

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Behandlung kann überwiegend ambulant durchgeführt werden. Eine teilstationäre oder stationäre Behandlung kann in einzelnen Fällen indiziert sein

- bei besonders schwer ausgeprägten Störungen mit unverständlicher Spontansprache oder schwersten Sprachverständnisstörungen noch im Schulalter, die ambulant nicht ausreichend verbessert werden konnten
- bei ausgeprägten Störungen und zusätzlichen psychiatrischen Störungen wie einem hyperkinetischen Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, schweren emotionalen Störungen, besonders mit Suizidalität
- bei Überlastung der Familien durch die häufigen Therapien der Sprache, der Motorik und des Verhaltens.

Abb. 28: Hierarchie der Therapieziele bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache



4.2 Beratung und Hierarchie der Behandlungsentscheidungen

(s. Abb. 28)

Am Anfang der Behandlung stehen immer die Aufklärung und Beratung des Kindes/Jugendlichen, der Bezugspersonen, der Erzieher und Lehrer. Die Beratung der Bezugspersonen und die Anleitung, wie sie mit dem Kind sprachlich umgehen sollten, ist therapiebegleitend regelmäßig notwendig. Bei Kindern unter 3 Jahren mit weniger ausgeprägten Störungen steht oft die Beratung und Anleitung der Eltern, wie sie ihr Kind sprachlich fördern können, im Vordergrund, während bei ausgeprägteren Störungen und bei Kindern über 3 Jahren zunehmend die direkte Behandlung des Kindes gleichberechtigt neben die Beratung der Bezugspersonen tritt.

Die Sprachtherapie wird anfangs und bei schwereren Störungen immer als Einzeltherapie erfolgen, erst später ist ein Hereinnehmen eines zweiten oder dritten Kindes zeitweilig sinnvoll. Altersabhängig stehen unterschiedliche Aspekte der Behandlung im Vordergrund:

Bei Kindern mit unverständlicher Spontansprache oder schweren Störungen des Sprachverständnisses stehen der Aufbau und die Erweiterung der Kommunikation, auch mit anderen Mitteln als der Lautsprache (Gebärden, Gestik, Bilder), ganz im Vordergrund.

Die Verbesserung des Sprachverständnisses gerade bei schwereren Störungen hat Vorrang vor der Verbesserung der expressiven Sprache.

Die Verbesserung der Verständlichkeit der gesprochenen Sprache und der Ausdrucksfähigkeit ist das nächste Ziel. Dabei stehen je nach Störung eine Verbesserung der Artikulation, der Grammatik oder des Wortschatzes im Vordergrund.

Bei Kindern, die mehr als eine Therapie benötigen, ist eine Absprache unter den Therapeuten bezüglich des Vorgehens und der Elternberatung dringend notwendig.

Psychiatrische Störungen müssen gleichzeitig mit den Sprachstörungen behandelt werden, da sie den Sprachfortschritt beeinträchtigen. Sie müssen auch bei der Planung der Sprachtherapie berücksichtigt werden (z.B. kurze Einheiten bei Aufmerksamkeitsstörungen).

Ausreichende Intensität, entsprechend der Schwere der Störung, und Regelmäßigkeit der Sprachtherapie sind wichtig.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Ausreichende Intensität und Regelmäßigkeit müssen gewährleistet sein, ohne die Familie und das Kind übermäßig zu belasten. Die Entfernung zwischen dem Wohnort und der Therapieeinrichtung ist zu berücksichtigen. Die Umgebung des Kindes muss in die Therapie einbezogen werden.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Diese kommt dann in Frage, wenn ambulant eine ausreichende Intensität und Regelmäßigkeit nicht erreicht werden kann und wenn die Komplexität der Störungen eine intensive multidisziplinäre Behandlung notwendig erscheinen lässt.

Auch hier müssen der tägliche Weg zu bewältigen und die Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen sein.

Wenn das Kind durch seine Sprachstörung sehr stark in der Kommunikation mit Gleichaltrigen beeinträchtigt ist, muss Sorge dafür getragen werden, dass es im sozialen Bereich die entsprechende Unterstützung erhält, um in die Gruppe integriert zu werden.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Eine stationäre Behandlung ist dann indiziert, wenn die Entfernung von der Klinik eine teilstationäre Behandlung nicht sinnvoll erscheinen lässt oder die übrige Symptomatik eine stationäre Behandlung erfordert.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

- Hilfen für den Besuch der Schule, die den sprachlichen und intellektuellen Fähigkeiten des Kindes entsprechen
- Behandlung der Lese-Rechtschreibstörung, wenn schulische Maßnahmen nicht ausreichen
- Förderung der Motorik und der sozialen Integration
- Heilpädagogischer Kindergarten, Tagesstätte oder andere heilpädagogische Maßnahmen
- Ggf. Heimunterbringung (auch falls ansonsten keine geeignete Schule zur Verfügung steht)
- Behandlung von psychiatrischen Störungen

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Methode nach Delacato, Kinesiologie, Therapie nach Tomatis, Audiva
- Psychotherapeutische Maßnahmen, wenn keine entsprechende psychiatrische Diagnose vorliegt.
- Generell ist zu allen diagnostischen Schritten bzw. Strategien festzuhalten, dass die wissenschaftliche Bewertung auf nicht randomisierten Studien, jedoch mit gutem Design (III) beruht. Die Wirksamkeit der Behandlung wurde für Vorschulkinder an mehreren randomisierten Studien überprüft und in einem systematischen Review zusammengefasst (II).

Literatur:

1. Amorosa H, Noterdaeme M (2002) Rezeptive Sprachstörungen. 1. Hogrefe, Göttingen
2. Baur S, Endres R, Kindliche Sprachverständnisstörungen. Die Sprachheilarbeit (1999), 44, 318-328
3. Bode H, Sprachstörungen im Vorschulalter. Ist die Behandlung effektiv? Kinderärztliche Praxis (2001), 72, 298-303
4. Endres R, Baur S, Informelles Verfahren zur Überprüfung von Sprachverständnisleistungen (IVÜS). Die Sprachheilarbeit (2000), 45, 64-71
5. Gebhard W, (2001) Entwicklungsbedingte Sprachverständnisstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Utz-Verlag, München
6. Goorhuis-Brouwer SM, Frühzeitige Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Folia Phoniatica (1990), 42, 260-264
7. Grimm H (1999) Störungen der Sprachentwicklung. Hogrefe, Göttingen
8. Hesse G et al. (1998) Benefit-, Effektivitäts und Effizienznachweis therapeutischer Verfahren bei zentral-auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. Sprache Stimme Gehör, 22, 194-198
9. Law J, Nye C, The Efficacy of Treatment for Children With Developmental Speech and Language Delay/Disorder: A Metaanalysis. Journal of Speech, Language, and Hearing Research (2004), 47, 924-943
10. Schöler H, Fromm W, Kany W (1998) Spezifische Sprachentwicklungsstörung und Sprachlernen. Edition Schindele, Heidelberg
11. Von Suchodoletz W (2004) Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In: Von Suchodoletz W (Hrsg.), Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? 155-199. Hogrefe, Göttingen
12. Zollinger B (1997) Spracherwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie. Haupt, Bern

DGPP

Quelle: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern

Arbeitsgemeinschaft Kindersprache der DGPP (Sprecherin: Prof. Dr. Katrin Neumann; Mitglieder: Prof. Dr. Annerose Keilmann, Mainz; Prof. Dr. Christiane Kiese-Himmel, Göttingen; Prof. Dr. Katrin Neumann, Frankfurt/Main; Dr. Jochen Rosenfeld, Berlin; Prof. Dr. Rainer Schönweiler, Lübeck*)

*Alle Mitglieder haben zu gleichen Teilen zur Erarbeitung des Leitlinien-Texts beigetragen.

Die Leitlinie wurde als S1-Leitlinie in der Arbeitsgruppe „Kindersprache“ der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie erarbeitet.

Therapie

Frühe, die Sprech-/Sprachentwicklung fördernde Interventionen sollen ungünstigen Folgen (z. B. Sprachentwicklungsstörung, kognitive, emotionale, soziale, kommunikative Störungen; spätere Schulleistungsstörungen) präventiv entgegenwirken und die Entwicklungsprognose für ein Kind insgesamt verbessern (z. B. Penner, 2002).

Ein verspäteter Sprechbeginn korrigiert sich häufig nicht von selbst (Kauschke, 2003). Daher sollte bei Late Talkern in jedem Fall eine *individuelle Elternberatung* erfolgen, ggf. auf einer Analyse der Mutter-Kind-Interaktionen basierend (z. B. Pepper & Weitzman, 2004; Ritterfeld, 2000a), als auch eine Beratung zu allgemein sprachfördernden Verhaltensweisen, etwa durch dialogisches Vorlesen oder in Gestalt von Merkblättern (Ritterfeld, 2000b). *Strukturierte Elterntrainings* (z. B. *Hanen-Early Language Parent Program*; Manolson, 1992, 1995; *Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung*, Buschmann & Joos, 2007) haben gegenüber der einmaligen Beratung den Vorteil, dass die Eltern durch Schulung in inhaltlich aufeinander aufbauenden Sitzungen zu angemessenen, die Sprach- und Kommunikationsentwicklung fördernden Verhaltensweisen angeleitet werden. Als *flankierende, sprach- und kommunikationsanregende Maßnahme* ist die Integration des Late Talkers in eine Kindergruppe (Spielkreis, Kindergarten) zu empfehlen, vor allem, wenn dort die Teilnahme an allgemeinen Sprachförderprogrammen als Gruppenarbeit angeboten wird. Regelmäßig stattfindende diagnostische Verlaufskontrollen zur Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes eines Kindes sind zu vereinbaren. Wenn einem Late Talker, definiert als entwicklungsverzögert in Sprechen und Sprache, basale Fähigkeiten der Kommunikation (z. B. triangulärer Blickkontakt) fehlen, ist eine Frühtherapie indiziert (z.B. nach Zollinger, 2004, 2007). Inwieweit eine Sprachtherapie gegen Ende des 2. Altersjahres indiziert ist, hängt vom Ergebnis einer standardisierten, altersbezogenen diagnostischen Verlaufskontrolle der Sprachentwicklung ab.

Eine *Sprachtherapie* ist indiziert, wenn bei einem Kind ausgeprägte und inhaltliche Abweichungen von der normalen Sprach- und Kommunikationsentwicklung mit Krankheitswert vorliegen (bei Entwicklungsabweichungen von 6 bis 12 Monaten oder mehr unter dem aktuellen Lebensalter bzw. 2 Standardabweichungen unter der Altersnorm, die durch eine standardisierte, aussagefähige Diagnostik identifiziert wurden). Sie ist bei Aussprachestörungen (phonetisch-phonologische Störungen), bei isolierten Störungen auf anderen linguistischen Ebenen, bei SSES oder bei SES im Rahmen anderer Erkrankungen bzw. Störungen ärztlich zu verordnen, sofern nicht sonderpädagogische Maßnahmen geboten sind bzw. erbracht werden. Die Therapieindikation ist stets in Abhängigkeit von den Ursachen der Störung bzw. auf dem Hintergrund von begleitenden Störungen eines Kindes (z. B. motorische Unruhe, Hyperaktivität) zu beurteilen (nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der Notwendigkeit der Koordination therapeutischer Maßnahmen). Dabei haben medizinische Behandlungsverfahren, ggf. die Versorgung mit apparativen hörverbessernden Techniken bei hörgestörten Kindern oder verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieverfahren (z. B. bei Störungen aus dem autistischen Formenkreis, Störungen im Sozialverhalten, bei (s)elektivem Mutismus) Priorität. Die Möglichkeiten einer kausalen Therapie von ggf. vorhandenen Mitursachen sollten ausgeschöpft werden. So ist auch die Indikation zur operativen Therapie von Schallleitungsstörungen großzügiger zu stellen als bei Kindern ohne SES.

Für die Einleitung einer von der Krankenkasse finanzierten logopädischen Sprach- und Sprechbehandlung gelten die Heilmittelrichtlinien (GBA, 2004). Die Sprachtherapie muss mit ausreichender Therapiefrequenz erfolgen, da eine zu selten angebotene Therapie weniger wirksam ist (Baratt et al., 1992).

Sprachtherapien sollten in begrenzten, überschaubaren Zeiträumen, ggf. mit Therapiepausen, erfolgen. Spätestens zur Einschulung sollte die Behandlung erfolgreich beendet sein. Die Auswertung von Therapiestudien mit Schulkindern ist nur bedingt zufriedenstellend (z. B. Cirrin & Gillam, 2008). Nach der Pubertät ist die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen i.d.R. nicht mehr Erfolg versprechend (Lenneberg, 1967).

Voraussetzung einer Sprachtherapie ist die Diagnose einschließlich exakter Beschreibung und Quantifizierung der individuellen Symptomatik, da es vorab folgende Therapieplanung zu treffen gilt:

- Ein- oder mehrdimensional angelegtes Therapiekonzept
- Abstimmung mit der Therapie anderer Entwicklungsauffälligkeiten bzw. nicht-sprachlicher Begleitsymptome (z. B. orofaziale myofunktionelle Therapie, psychomotorische Förderung, Mototherapie, nonverbales kognitives Funktionstraining, neuropsychologische Interventionsstrategien, sensorische Integrationstherapie, [kommunikative] Spieltherapie)
- Therapie nicht-sprachlicher Auffälligkeiten vor oder nach der Sprachtherapie
- Frequenz der Sprachtherapie
- Zeitdauer einer Therapieeinheit (z. B. 30 oder 45 Minuten)
- Einzel- oder Gruppentherapie (ggf. Kombination)
- Ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapie.

Sprachtherapie orientiert sich an der Entwicklungschronologie der ungestörten Sprachentwicklung. Unter Bezug auf das Entwicklungsalter eines Kindes und auf die individuelle Symptomatik unter Einschluss des Schweregrades wird das Therapieziel festgesetzt (entwicklungsproximale Therapie), das in einen gestuften Übungskatalog aufeinander aufbauender Ziele zerlegt wird. Falls im Einzelfall nötig, gehen Aufbau von Kommunikationsbereitschaft und Wecken von Sprechfreude der Arbeit an den einzelnen linguistischen Ebenen voraus. Üblicher Weise werden zunächst rezeptive und darauf aufbauend produktive Sprachleistungen behandelt. Im therapeutischen Denken hat sich ein Paradigmenwechsel von individuell störungsorientierten zu Ansätzen, die die individuellen Ressourcen berücksichtigen und integrieren, vollzogen. Das konkrete methodische Vorgehen ist in verschiedenen sprachtherapeutischen Verfahren spezifiziert, die an dieser Stelle nicht aufgeführt werden – nicht zuletzt deshalb, weil bislang keine eindeutige Überlegenheit einer Methode empirisch belegt wurde, was allerdings bei sprech-/sprachgestörten Kindern mit Komorbiditäten auch schwer ist, weil sie stets im Zusammenhang mit der Primärerkrankung zu sehen ist. Für die auszuwählende Vorgehensweise bzw. Methode sind auch Belastbarkeit und Motivation eines Kindes zu berücksichtigen. Sprachtherapie schließt Elternberatung bzw. Arbeit mit den Eltern ein (Ritterfeldt & Dehnhard, 1998).

Mit der Wiederholung einer altersbezogenen Sprachentwicklungsdiagnostik im Therapieverlauf wird der Behandlungserfolg dokumentiert und die weitere Therapie wird geplant.

Im Vorschul-, insbesondere jedoch im Schulalter sind pädagogische Sprachbehandlungskonzepte unter der Prämisse des sonderpädagogischen Förderbedarfs zu berücksichtigen. Bei Kindern, die unter einer gravierenden Sprachentwicklungsstörung leiden, bietet sich als therapeutische Alternative die Aufnahme in einen *Sprachheilkindergarten* an (teilstationäre Maßnahme). Ab dem Alter von 5 Jahren ist auch eine *stationäre Therapiemaßnahme* möglich. Zeigt ein Kind bis zum Alter von 6 Jahren noch keine altersentsprechenden Sprachleistungen, ist bei Fortsetzung, ggf. auch Intensivierung, der Sprachtherapie (evtl. unter anderen Bedingungen wie Therapeutenwechsel, Gruppen- statt Einzeltherapie) die Rückstellung vom Schulbesuch bei Aufnahme in eine Vorschuleinrichtung zu empfehlen. Bei Kindern mit einer nicht gravierenden Sprachentwicklungsstörung ist die Einschulung in eine Regelklasse mit zusätzlicher pädagogischer Förderung im Rahmen einer Einzelintegration anzuraten. Für Kinder mit schweren SSES, die sich in den anderen Entwicklungsbereichen gut entwickelt haben, steht die *Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache* zur Verfügung.

Als mögliche Nachteile einer Sprachtherapie sind die Pathologisierung (das Kind wird sich möglicherweise seiner Defizite bewusst) und die Überlastung von Eltern und Kind durch unwirksame Therapien anzusehen.

Für die Therapie sukzessiv mehrsprachiger Kinder gibt es bislang keine systematischen Untersuchungen darüber, ob eine Therapie in der Erst- oder Zweitsprache Erfolg versprechender ist. Wenn man nur an einer Sprache arbeiten kann, dann sollte das jedoch die Sprache sein, die im Leben des Kindes die größere Rolle spielt. Liegen bei einem mehrsprachigen Kind nur Defizite in der Zweitsprache vor, dann handelt es sich i.d.R. nicht um eine Sprachentwicklungsstörung, sondern um einen nicht ausreichenden Input in der

Zweitsprache, so dass Fördermaßnahmen (z. B. Sprachförderprogramme im Kindergarten), nicht aber Sprachtherapie, indiziert sind. Nicht zuletzt entscheidet in der Realität häufig die Verfügbarkeit von Therapeuten über die Zielsprache der Therapie.

Kinder mit SSES scheinen mehr von Sprachtherapie zu profitieren, SES-Kinder mit der komorbiden Bedingung Lernstörung mehr von sonderpädagogischer Intervention (Goorhuis-Brouwer & Knijff, 2002). Die Autorinnen verglichen diese beiden Kindergruppen über einen durchschnittlichen Zeitraum von 26 Monaten (Min 10, Max 46). In der einen Gruppe waren 16 SES-Kinder, die entweder eine signifikante Leistungsdiskrepanz zwischen ihrer expressiven Sprachentwicklung und nonverbalen Kognition (gemessen mit dem SON-R 2 1/2-7) aufwiesen oder zwischen ihrer expressiven sowie rezeptiven Sprachentwicklung und nonverbalen Kognition. Die andere Gruppe bestand aus 15 SES-Kindern ohne signifikante Leistungsdiskrepanz zwischen ihrem aktuellen Sprachentwicklungsstand und der nonverbalen Kognitionshöhe (SON-IQ < 85). Diese erhielten eine sonderpädagogische Intervention mit integrierter Sprachtherapie. Über den genannten Zeitraum zeigten beide Gruppen eine signifikante Verbesserung in ihrer sprachlichen wie auch und nicht-sprachlichen Entwicklung. Sprachverstehen und nonverbale Kognition entwickelten sich in beiden Gruppen um das gleiche Ausmaß im Gegensatz zur Sprachproduktion, deren Entwicklung nur in der Kindergruppe mit isolierten SES – vermutlich durch die Sprachtherapie – günstig beeinflusst wurde. Hieraus wird die interaktive Verbindung zwischen sprachgebundener und sprachfreier kognitiver Entwicklung abgeleitet.

Eine Meta-Analyse von Law et al. (2003) auf der Basis von 25 Studien zeigte, dass eine Sprachtherapie hinsichtlich der linguistischen Ebenen Phonetik/Phonologie sowie Wortschatz effektiv ist. Weniger Hinweise fanden sich, dass Sprachtherapie mit rezeptiven Beeinträchtigungen der Sprache wirkungsvoll ist. Unterschiedliche Ergebnisse lagen in Bezug auf die Effektivität von Interventionen der expressiven Syntax vor. Auf die Notwendigkeit von Forschungsaktivitäten zur Untersuchung von Behandlungskonzepten von rezeptiven Sprachschwierigkeiten wurde hingewiesen.

Literatur

- Barratt, J., Littlejohns, P. & Thompson, J. (1992). Trial of intensive compared with weekly speech therapy in preschool children. *Archives of Disease in Childhood*, 67, 106–108.
- Buschmann, A. & Joos, B. (2007). Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“. *Forum Logopädie*, 21, 6–11.
- Cirrin, F. M. & Gillam, R. B. (2008). Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: a systematic review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 110–137.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2004). Heilmittel-Richtlinien, Zweiter Teil, Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie – Stand 16.03.2004, *Bundesanzeiger*, 106a. Gelesen unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-1085/RL-Heilmittel-Katalog-04-12-21.pdf>
- Goorhuis-Brouwer, S. M. & Knijff, W. A. (2002). Efficacy of speech therapy in children with language disorders: specific language impairment compared with language impairment in comorbidity with cognitive delay. *International Journal of Pediatric Audiology*, 63, 129–136.
- Kauschke, C. (2003). Sprachtherapie bei Kindern zwischen 2 und 4 Jahren – ein Überblick über Ansätze und Methoden. In U. de Langen-Müller, C. Iven & V. Maihack (Hrsg.), *Früh genug, zu früh, zu spät? Modelle und Methoden zur Diagnostik und Therapie sprachlicher Entwicklungsstörungen von 0 bis 4 Jahren* (S. 152–183). Köln: Prolog.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2002). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Urban & Fischer.
- Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD004110. DOI: 10.1002/14651858.CD004110.
- Lenneberg, E. H. (1967). *Biological foundations of language*. New York: Wiley.
- Manolson, A. (1992). *It takes two to talk: A parent's guide to helping children communicate*. Toronto: The Hanen Centre.
- Manolson, A. (1995). *You make the difference: In helping your child to learn*. Toronto: The Hanen Centre.
- Penner, Z. (2002). Plädoyer für präventive Frühintervention bei Kindern mit Spracherwerbsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Therapie von Sprachentwicklungsstörungen* (S. 106–144). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pepper, J. & Weitzman, E. (2004). *It takes two to talk: A practical guide for parents of children with language delays*. Toronto: Hanen Center.
- Ritterfeld, U. (2000a). Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung: Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. *Frühförderung Interdisziplinär*, 2, 82–87.
- Ritterfeld, U. (2000b). *Sprachförderung nach der U7 – Merkblatt für Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Ritterfeld, U. & Dehnhardt, C. (1998). Elternarbeit in der Sprachtherapie. *Kindheit & Entwicklung*, 7, 163–172.
- Zollinger, B. (2004). *Spracherwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie* (7. Aufl.). Bern, Stuttgart: Haupt.
- Zollinger, B. (2007). *Die Entdeckung der Sprache* (7. Aufl.). Bern: Haupt.

DGSPJ

Quelle: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache - Indikationen zur Verordnung von Sprachtherapie“

Verfahren zur Konsensbildung:

Leitlinie erstellt und überarbeitet von H. Bode.

Delphi-Konsensverfahren mit Vorstand und Fachausschussvorsitzenden der DGSPJ (E-Mail).

Schlussversion erstellt von H. Bode im September 2008.

Vom Vorstand der DGSPJ im September 2008 verabschiedet.

Erstellungsdatum: 25. Juni 2004

Letzte Überarbeitung: 17.09.2008

Überprüfung geplant: 2012

Einleitung

Die Sprachtherapie / Logopädie (Logos = Wort) hat unter den verschiedenen Therapie- und Fördermaßnahmen im Kindesalter einen bedeutenden Stellenwert. Der Heilmittelkatalog 2004 unterscheidet im Kapitel "Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie" als Therapieindikationen

Störungen der Stimme

Störungen der Sprache

Störungen des Redeflusses

Störungen der Stimm- und Sprechfunktionen

Störungen des Schluckaktes.

Entsprechend der sehr unterschiedlichen Ursachen und Manifestationszeitpunkte der verschiedenen Störungsbilder sind Behandlungsindikationen, Zeitpunkt, Dauer und Methoden von Sprachtherapie/Logopädie im Kindesalter unterschiedlich und störungsspezifisch. In jedem Fall ist die Kenntnis der normalen Entwicklung und ihrer Varianten Voraussetzung, um eine Therapieindikation zu stellen. Diese ist generell dann gegeben, wenn signifikante Funktionsstörungen bestehen, die die Aktivitäten des Kindes und/oder seine Partizipation an alters- und entwicklungstypischen Tätigkeiten und Entwicklungsaufgaben wesentlich beeinträchtigen.

Je nach Symptomatik sind gemäß Heilmittelkatalog verschiedene medizinisch-diagnostische Maßnahmen vor Einleitung einer Sprachtherapie/ Logopädischen Behandlung erforderlich: Entwicklungsdiagnostik, Sprach- und Sprechanalyse, zentrale Hördiagnostik, neuropädiatrische/neurologische Untersuchung. In der Diagnostik müssen zusätzlich die häufig assoziierten Komorbiditäten berücksichtigt werden, u.a. Entwicklungsstörungen der Motorik, emotionale Störungen, hyperkinetische Störungen. Eine differenzierte sprachtherapeutische Diagnostik ist Voraussetzung für eine störungsspezifische und zielorientierte Sprachtherapie. Eine kausale Behandlung hat immer Vorrang vor einer Sprachtherapie. Sie ist allerdings nur bei einzelnen Störungsbildern möglich. Voraussetzung für die Einleitung einer Sprachtherapie ist das Verständnis und die Zustimmung der Eltern. Die Bereitschaft bzw. Möglichkeit der Eltern / Bezugspersonen zur regelmäßigen Teilnahme an der Therapie ist sehr wichtig. Seitens des Kindes muss hinreichende Aufmerksamkeit, kooperatives Verhalten und ein adäquates Hörvermögen vorausgesetzt werden. Unverzichtbarer Inhalt jeder Sprachtherapie ist eine Beratung und Anleitung der Eltern bzw. Bezugspersonen des Kindes, damit wesentliche Aspekte der Förderung auch im Alltag umgesetzt werden können. Eine Sprachtherapie bedarf eines Therapieplans mit Benennung konkreter Therapieziele und einer regelmäßiger Verlaufsbeurteilung durch den Therapeuten mit einer Rückmeldung an den verordnenden Arzt. Dies ist je nach Störungsbild nach 10-30 Behandlungseinheiten sinnvoll. Der verordnende Arzt beurteilt darauf gestützt und ggf. nach erneuter Untersuchung des Kindes die Wirksamkeit der Therapie und die Indikation zu einer Fortsetzung oder Beendigung dieser Maßnahme. Die klinische Erfahrung zeigt, dass bei schweren Störungen

Verordnungsmengen außerhalb des im Heilmittelkatalog festgelegten Regelfalles von bis zu 60 Therapiestunden erforderlich sind, um die langfristigen Therapieziele zu erreichen. In dieser Leitlinie werden wegen ihrer besonderen Häufigkeit nur Indikationen zur Verordnung von Sprachtherapie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F 80.0, F 80.1, F 80.2) und bei Zweisprachigkeit im Kindesalter behandelt. Andere Indikationen sind z.B. Störungen der Stimme (Dysphonie); Stottern, Poltern; Störungen der Stimm- und Sprechfunktionen (Näseln, Gaumenspaltenrasche) und Störungen des Schluckaktes; schwerhörige und gehörlose Kinder; „nicht-sprechende“ Kinder.

(...)

Indikationen zur Sprachtherapie

Bei harmonisch retardierten Kindern, d.h. solchen mit einer globalen Entwicklungsstörung, besteht vom Säuglingsalter bis zum Schuleintritt die Indikation für eine **pädagogische Frühförderung** zur Anregung der Kommunikation und Sprechfreude. Bei diesen Kindern ist eine Sprachtherapie medizinisch nicht notwendig. Kinder mit leichteren – meist soziogenen - Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und Kinder mit spätem Zweitspracherwerb benötigen eine adäquate **Sprachförderung** in Kindergarten / Kindertagesstätte. Bei **Zweisprachigkeit** ist Sprachtherapie in der Regel nicht indiziert bei weitgehend altersgerechter Muttersprache. In diesen Fällen ist eine natürliche Förderung von Deutsch als Zweitsprache in Frühförderung, Kindergarten/Kindertagesstätte und Schule erforderlich.

Die Indikation für eine **Sprachtherapie** besteht, wenn – unabhängig vom Alter - das Kind in seinen alters- und entwicklungstypischen Fähigkeiten der sprachlichen Kommunikation und - Verständlichkeit signifikant beeinträchtigt ist. Dies gilt auch für Kinder mit Intelligenzminderung, Störungen aus dem Autismus-Spektrum oder des Gehörs. Eine Sprachtherapie ist umso früher indiziert, je ausgeprägter die Sprachentwicklungsstörung ist und je mehr Sprachbereiche betroffen sind. Bei **Zweisprachigkeit** bestehen Indikationen bei nicht altersgerechter Muttersprache, altersgerechter Muttersprache und - trotz ausreichender natürlicher Förderung - Störungen in der deutschen Sprache, die sich nicht durch Interferenzen mit der Erstsprache erklären lassen und evtl. bei andauernden und ausgeprägten Interferenzerscheinungen. Die folgenden Ausführungen zu den Indikationen einer sprachtherapeutischen Behandlung stellen Expertenmeinungen dar und dienen zur Orientierung in der Praxis der Heilmittelverordnung. Abweichungen sind im Einzelfall möglich und zu begründen (Evidenzlevel V).

Aussprachestörungen:

Bei isolierten phonetischen Störungen (Dyslalien) für die Laute SCH, CH, G, K besteht die Indikation zur Sprachtherapie mit 5 Jahren, bei multiplen Störungen zwischen 4 und 5 Jahren, bei universellen phonetischen und bei phonologischen Störungen je nach sonstigem Entwicklungsstand bereits zwischen 3 und 4 Jahren.

Störungen des Lexikon:

Isolierte Störungen des Wortschatzes sind selten. In diesen Fällen könnte eine Sprachtherapie zwischen dem Alter von 4 und 5 Jahren indiziert werden. Bei Störungen des Wortschatzes im Rahmen einer umfassenderen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache sollte eine Sprachtherapie je nach Ausmaß der Störung mit 3-4 Jahren eingeleitet werden. Bei Kindern mit harmonischer Retardierung erfolgen Aufbau und Erweiterung des aktiven und passiven Wortschatzes im Rahmen der Frühförderung unter Einschluss einer störungsspezifischen Beratung der Bezugspersonen (Eltern, Tagesmutter, Kindergarten ...).

Störungen morphologisch-syntaktischen Strukturen (Dysgrammatismus):

Normalerweise ist die Grammatik mit 4 Jahren weitgehend erlernt. Ein Dysgrammatismus ist je nach Schwere der Störung zwischen 3 und 5 Jahren Indikation für eine Sprachtherapie.

Störungen des auditiven Gedächtnisses:

Diese Störungen können häufig durch eine mentale Retardierung/Intelligenzminderung erklärt werden und benötigen dann eine heilpädagogisch/sonderpädagogische Betreuung. Sie treten jedoch auch begleitend oder mitverursachend bei umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache auf. In diesen Fällen ist eine spezifische sprachtherapeutische Behandlung u.a. zur Anbahnung von Kompensationsstrategien indiziert.

Kombinierte Störungen:

Bei der Mehrzahl der Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sind phonetisch-phonologische, semantisch-lexikalische, morphologisch-syntaktische und pragmatische Störungen in unterschiedlicher Weise kombiniert. Bei kombinierten Störungen ist früher als bei isolierten

Störungen eine Sprachtherapie indiziert. Eine Sprachtherapie sollte bei Kindern mit kombinierten Störungen in Abhängigkeit von der Mitarbeit des Kindes spätestens mit dem vollendeten 4. Lebensjahr beginnen, bei schweren Fällen mit fehlender Sprachentwicklung, gänzlich unverständlicher Sprache oder einem Wortschatz von weniger als 50 Wörtern bereits ab dem vollendeten 3. Lebensjahr.

Late Talker:

Kinder mit einem expressiven Wortschatz unter 50 Wörtern mit 2 Jahren („Late Talker“) benötigen eine weiterführende Diagnostik (Hörtest, Entwicklungstests). Eine **Elternberatung/ -anleitung** zur Förderung der kindlichen Sprachentwicklung ist angezeigt. Für das „Heidelberger Elterntraining“ hat sich die Wirksamkeit nachweisen lassen. Auch eine entsprechend ausgerichtete Frühförderung kann empfohlen werden. Eine **Sprachtherapie** ist bei „Late Talkern“ nach heutigem Kenntnisstand nicht indiziert.

Methoden der Sprachtherapie

In der vorsprachlichen und der nicht sprachlichen Kommunikationsförderung werden z.B. basale sensomotorisch orientierte Förderkonzepte, die Sprachanbahnung mit Gebärden und verschiedene Techniken der unterstützten Kommunikation eingesetzt.

Verschiedene Methoden finden bei Störungen der Artikulation und anderer Dimensionen der umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in der Sprachtherapie Anwendung. Aussagen zur Wirksamkeit der verschiedenen Methoden bei speziellen Störungen sind Gegenstand eines noch nicht abgeschlossenen Cochrane Reviews. Bislang existieren noch keine gesicherten Hinweise für die Überlegenheit einer Methode über eine andere. Aus den verschiedenen Methoden werden von der einzelnen Sprachtherapeutin nach den eigenen Kenntnissen und Erfahrungen die geeigneten Vorgehensweisen ausgewählt (eklektizistischer Ansatz), soweit möglich störungsspezifisch und bezogen auf die individuellen Probleme und Stärken des Kindes und seiner Familie.

Begleitende Maßnahmen

Die familiären Bedingungen und das Lebensumfeld des Kindes müssen in der Sprachtherapie besonders beachtet und berücksichtigt werden. Bei jeder Sprachtherapie ist eine begleitende Sprachförderung in häuslicher Umgebung durch die wichtigsten Bezugspersonen bzw. in Kindertagesstätte/Kindergarten mit kindgerechten Techniken (Präsentationen, linguistische Markierungen, Alternativfragen, Expansion, Umformung, korrekatives Feedback, Extension) nötig. Dabei ist eine sensible Anpassung an den jeweiligen Stand der kindlichen Sprachentwicklung und die Möglichkeiten von Eltern und anderen Bezugspersonen erforderlich.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass Eltern und Bezugspersonen nach kompetenter fachlicher Anleitung Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen effektiv fördern können (Evidenzlevel III). Wesentlich ist dabei das tätigkeitsbezogene Sprechen mit deutlicher Aussprache, Zuwendung zum Kind, primärer Akzeptanz der sprachlichen Äußerungen des Kindes mit korrekter Wiederholung des Gesprochenen durch die Bezugspersonen (kommunikationsförderndes Sprachmodell). Eine sinnvolle Gesamtförderung von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen von erheblichem Ausmaß ist im Vorschulalter in speziellen schulvorbereitenden Einrichtungen und Sprachheil-Kindergärten bzw. im Schulalter in speziellen Sonderschulen durch Sprachheilpädagogen möglich. In der Regel ist eine zusätzliche Sprachtherapie dann nicht mehr indiziert.

Ziele der Sprachtherapie

Allgemeine Therapieziele bei umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sind eine Verbesserung der Kommunikation, Wecken von Sprechfreude und Verbesserung des Sprachverständnisses. Spezifische weitere Ziele müssen sich an dem jeweiligen Sprech- bzw. Sprachproblem und dem Alter des Kindes orientieren. Bei **Zweisprachigkeit** zusätzlich Verbesserung des Sprachmilieus und Abbau von Interferenzerscheinungen.

Über direkte und indirekte Therapieeffekte ist ein Prävention bzw. ein Abbau von Komorbiditäten, insbesondere emotionalen und Verhaltensstörungen durch eine Sprachtherapie möglich.

Wirksamkeit von Sprachtherapie

Positive Veränderungen in der Sprachentwicklung unter Sprachtherapie lassen sich in der klinischen Beobachtung und durch Wiederholung standardisierter Sprachtests gut dokumentieren. Metaanalysen belegen eine mäßige bis hohe Effektstärke von Sprachtherapie (Evidenzlevel I). Ein Cochrane Review zeigte 2003 in

einer Metaanalyse eine große Heterogenität der Studienergebnisse. Sprachtherapie war bei Kindern mit phonologischen und lexikalischen Schwierigkeiten wirksam (Evidenzlevel I). Es gab weniger Hinweise für eine Wirksamkeit bei rezeptiven Störungen. Gemischte Resultate wurden bei expressiv- syntaktischen Störungen gefunden. Es bestanden keine Unterschiede der Wirksamkeit zwischen Interventionen durch Fachleute bzw. trainierte Eltern und Einzel- bzw. Gruppentherapien. Altersgleiche sprachunauffällige Kinder in der Therapie beeinflussten den Therapieerfolg positiv. Eine weitere randomisierte Studie zeigte vergleichbar positive Effekte einer direkten Individualbehandlung durch Sprachtherapeuten, einer indirekten Individualbehandlung durch Sprachtherapieassistenten sowie entsprechenden direkten bzw. indirekten Gruppentherapien (Evidenzlevel II). Der Effekt einer Sprachtherapie ist neben den Ausgangsbedingungen und dem geeigneten Alter des Kindes wahrscheinlich auch intensitätsabhängig. Die meist praktizierte Behandlungsfrequenz von 1x pro Woche ist wahrscheinlich nicht optimal, stattdessen sollten 2 bis maximal 6 Monate lange "Blocktherapien" mit einer Frequenz von mindestens 2x pro Woche und anschließenden Therapiepausen verordnet werden.

Diagnostik und Therapie im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen:

- U7: z.B. ELFRA 2, falls < 50 Wörter (= „Late Talker“)

Hörtest

Rezeptive Sprache, Kognition / Entwicklung prüfen

Elternberatung/ -anleitung (z.B. „Heidelberger Elterntraining“), Frühförderung

6-monatliche Kontrolle

Risiko für mangelndes Aufholen des sprachlichen Rückstandes: schlechtes Sprachverständnis, geringer elterlicher Bildungshintergrund, schwacher nonverbaler Entwicklungsstand

- U7a: z.B. SSV , falls auffällig

Hörtest

Rezeptive Sprache, Kognition / Entwicklung prüfen

globale Retardierung: Beratung, Frühförderung

Umschriebene Sprachentwicklungsstörung: Beratung / Sprachförderung im Alltag (Eltern, Kindertagesstätte);

Sprachtherapie indiziert bei schwerer (kombinierter) Sprachstörung

- U8: z.B. SSV / HASE, falls auffällig

Hörtest

Rezeptive Sprache, Kognition / Entwicklung prüfen

globale Retardierung: Beratung, Frühförderung

Umschriebene Sprachentwicklungsstörung: Beratung / Sprachförderung im Alltag (Eltern, Kindertagesstätte);

Sprachtherapie bei mittelschweren phonetisch- phonologischen, morphologisch- syntaktischen und / oder pragmatischen Störungen; Sprachtherapie fortsetzen bei schwerer (kombinierter) Sprachstörung

- U9: z.B. SSV / HASE, falls auffällig

Hörtest

Rezeptive Sprache, Kognition / Entwicklung prüfen

Umschriebene Sprachentwicklungsstörung: Beratung/ Sprachförderung im Alltag (Eltern, Kindertagesstätte); Sprachtherapie bei leichteren bzw. isolierten phonetisch- phonologischen oder morphologisch- syntaktischen Störungen; Sprachtherapie fortsetzen bei mittelschwerer Sprachstörung; bei schwerer (kombinierter) Sprachstörung spezielle schulvorbereitende Einrichtung (SVE) / Sprachheilkindergarten erwägen

Literatur

1. Bode H (2001) Sprachstörungen im Vorschulalter - ist die Behandlung effektiv? Kinderärztliche Praxis 72, 298 - 303
2. [Boyle J, McCartney E, Forbes J, O'Hare A](#) (2007) A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment. [Health-Techol-Assess.](#) 11, 1-139

Anhang zu LL **049/006**: Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES)

3. Buschmann A, Joos B, Rupp A, Dockter S, Blaschikowitz H, Heggen I, Pietz J (2008): Children with developmental language delay at 24 months: result of a diagnostik work-up. *DMCN* 50,223-229
4. Buschmann A, Joos B (2007): Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: "Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung". *Forum Logopädie* 21, 6-11
5. [Cirrin FM](#), [Gillam RB](#) (2008) Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: a systematic review. [Lang-Speech-Hear-Serv-Sch](#). 39, 110-37.
6. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie: Leitlinie: umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache: www.leitlinien.net/028-016.htm
7. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie: Leitlinien Sprachentwicklungsstörung, Stimmstörung, Stottern, Poltern, Näseln / Gaumenspaltensprache, Schluckstörungen: www.leitlinien.net/049-006.htm, www.leitlinien.net/049-009.htm, www.leitlinien.net/049-001.htm
8. Fegeler U, Jäger-Roman E (2008) Sprachförderung in Berliner KiTas – ermutigende Ergebnisse einer Breitenförderung in sozialen Brennpunkten. *Kinder- und Jugendarzt* 38, 15-17
9. [Fox A](#), [Teutsch A](#) (2005) Therapie bei Kindern mit Aussprachestörungen im deutschsprachigen Raum: was wirkt wann, wie und wann nicht? *Die Sprachheilarbeit* 50, 273-279.
10. Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2004) - Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung - Heilmittelrichtlinien: www.heilmittelkatalog.de
11. Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters TJ (2000) Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ*, 321: 923-26
12. [Goorhuis-Brouwer S-M](#), [Knijff W-A](#) (2003) Language disorders in young children: when is speech therapy recommended? [Int-J-Pediatr-Otorhinolaryngol](#).67, 525-9.
13. Grimm H (1999) Störungen der Sprachentwicklung. Hogrefe- Verlag Göttingen
14. Kauschke C (1998) Zur Terminologie und Klassifikation bei Sprachentwicklungsstörungen. *Die Sprachheilarbeit* 43, 183-189
15. Kauschke C., Lee HW, [Pae S](#) (2007) Erscheinungsweisen der spezifischen Sprachentwicklungsstörung im Sprachvergleich - sprachübergreifende oder sprachunabhängige Merkmale? [Sprache Stimme Gehör](#).; 31, 79-83
16. Law J, Garrett Z, Nye C (2003) Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *The Cochrane Collaboration*. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004110.html>
17. McLean LK, Cripe JW (1997) The effectiveness of early intervention for children with communication disorders. In: Guralnick MJ: *The effectiveness of early intervention*. Brookes PH, Baltimore, pp 349 - 428
18. [Nelson H-D](#), [Nygren P](#), [Walker-M](#), [Panoscha R](#) (2006) Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. [Pediatrics](#). 117, e298-319.
19. [Rothweiler, Monika](#) (2004) Spezifische Sprachentwicklungsstörung und früher Zweitspracherwerb. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 73, 167-178
20. Ritterfeld U, Niebuhr S (2002) Neue Wege in der Sprachentwicklungsdiagnostik. *Kinder- und Jugendarzt* 33, 321- 329
21. Sachse S: Neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungen bei Late Talkers im Quer- und Längsschnitt. Dissertation, LMU München 2007
22. Schrey- Dern D (2001) Logopädische Diagnostik und Therapie. *Kinderärztliche Praxis* 72, 282-289
23. Straßburg HM, Dacheneder W, Kreß W (2003) Entwicklungsstörungen bei Kindern. 3. Auflage Urban und Fischer. München
24. Suchodoletz, Wv (2003) Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 151, 31-37
25. Suchodoletz Wv (2004): Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In: Suchodoletz Wv (Hrsg): *Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen?* Hogrefe, Göttingen, pp 155-200
26. Tigges - Zuzok C, Kohns U, Plath P, Schuster S (2003) Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen. *Kinder- und Jugendarzt* 34, 365-369
27. Wirth G (2000) Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. 5. Auflage Deutscher Ärzteverlag Köln