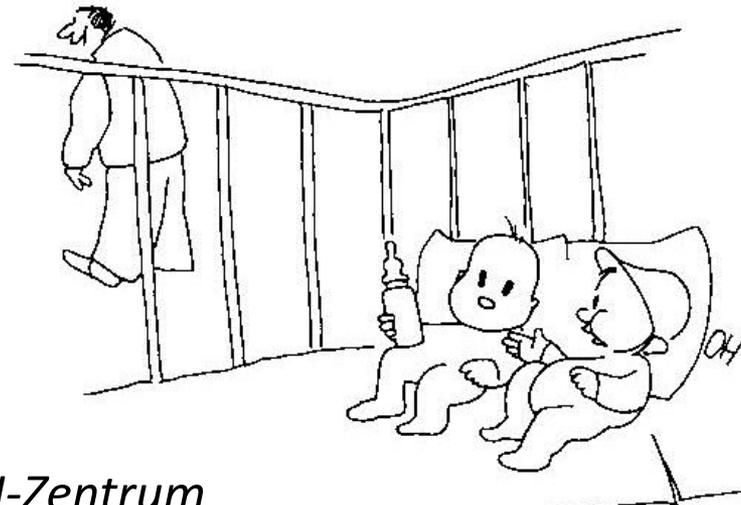




Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln

Katrin Neumann



MIR IST NOCH IMMER NICHT KLAR,
WAS "EIDA DADADA" BEDEUTET !

Gehirn & Geist 12/2006

*Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie, CI-Zentrum
Ruhrgebiet, HNO-Klinik, St. Elisabeth-Hospital
Ruhr-Universität Bochum
Katrin.Neumann@rub.de*

Vorgetragen während des Forschungskolloquiums „Kinder- und Jugendgesundheit durch erfolgreiches Präventionsmanagement“, Bochum, 08. 05. 2017

Sprachentwicklungsstörungen (SES)

- wesentliche **zeitliche und inhaltliche Abweichungen** von der normalen kindlichen Sprachentwicklung
- Sprachproduktion und/oder -perzeption unterschreiten auf einer, mehreren oder allen linguistischen Ebenen (phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantic, morphologisch-syntaktisch, pragmatisch) signifikant die Altersnorm
- ICD-10 der WHO unterscheidet
 - isoliert auftretende umschriebene Sprachentwicklungsstörungen (USES, Synonyme: umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, UESS bzw. spezifische Sprachentwicklungsstörungen, SSES) von
 - Sprachentwicklungsstörungen beim Vorliegen sprachassoziierter Komorbiditäten, d.h. weiterer Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen, die (Mit-)Ursache der SES sein könnten (Synonyme: unspezifische bzw. sekundäre SES).

Sprachentwicklungsstörungen (SES)

- ICD-10 unterscheidet weiterhin rezeptive von expressiven Störungen,
- umstrittene Klassifikation, denn häufig weisen Kinder mit vorwiegender expressiver SES bei genauer Diagnostik mindestens geringe Defizite auch im Sprachverständnis auf
- **Prävalenzen** (angelsächsischer Sprachraum): Angaben zwischen 2 % - 15 %, meist 6 % - 8 %
- Jungen etwa doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.
- Schwere Form bei etwa 1 % der Kinder

Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen (USES)

- USES sind eine Ausschlussdiagnose, d.h. ihre Annahme ist erst nach Ausschluss sprachassoziierter Komorbiditäten gerechtfertigt.
- Als Hauptursache für USES gelten genetische Faktoren.
- Angenommen wird ein polygen/multifaktorieller Vererbungsweg mit geschlechtsspezifischem Schwellenwert unter Beteiligung eines „Major“-Gens [*Vernes et al. 2008*].
- Umgebungsbedingungen haben einen weit geringeren Einfluss als landläufig angenommen [*de Langen-Müller et al. 2011, 2012*].
- **Prävalenzen** (angelsächsischer Sprachraum): Angaben zwischen 5 % - 8 % [*Tomblin et al. 1997*]

Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen (USES)

Diagnosestellung USES (F80.1 and F80.2) anhand v. 4 diagnostische Kriterien nach ICD-10, leicht modifiziert n. Dilling et al. [2008] u. de Langen-Müller et al. [2012]; basieren auf Diskrepanz der Sprachkompetenzen eines Kindes u. seinem Alter + der Normalitätsannahme

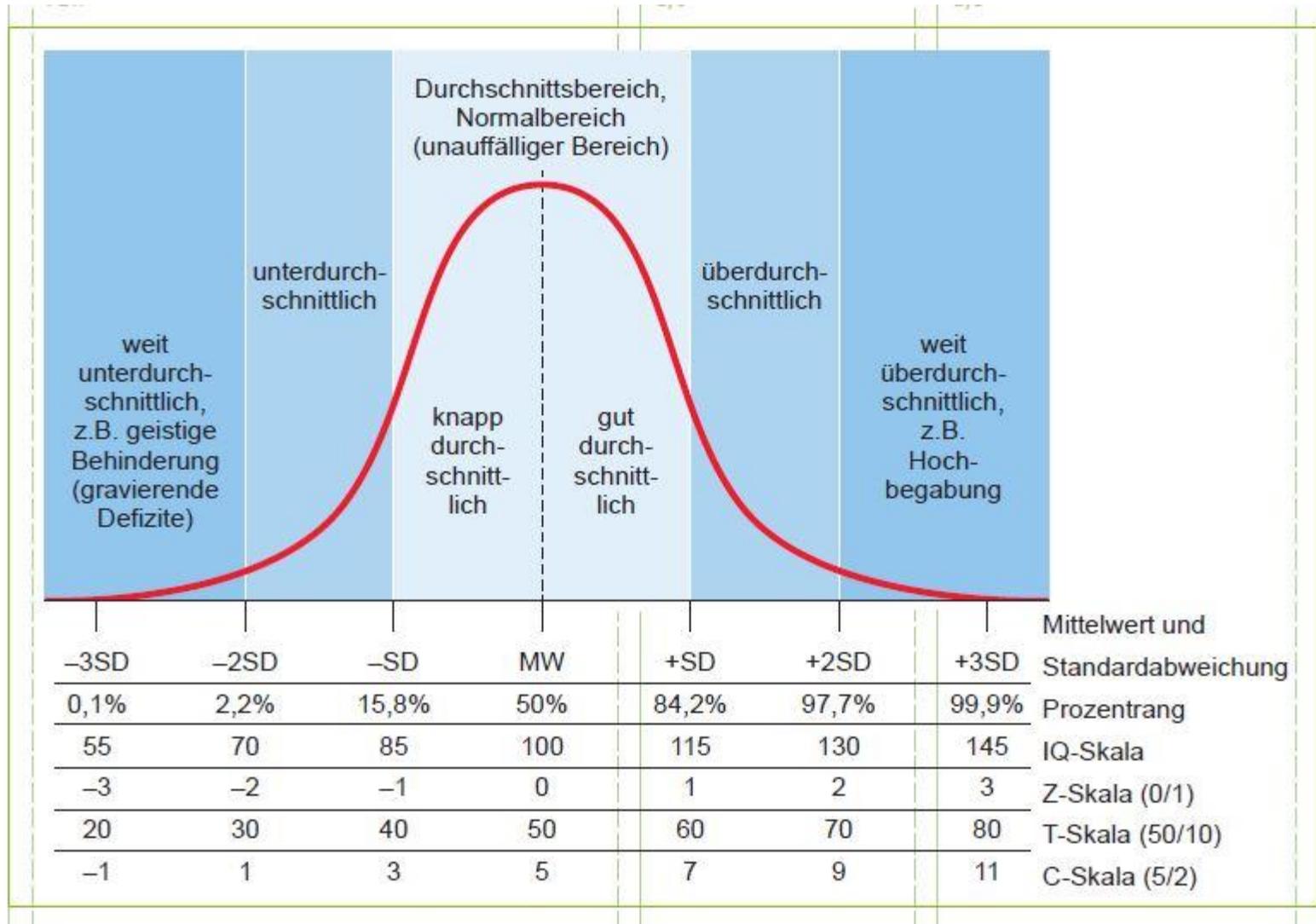
- 1. Die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm des Kindes.*
- 2a. Die mit Hilfe strukturierter Verhaltensbeobachtung und linguistischer Analysen erfassten Fähigkeiten der rezeptiven/expressiven Sprache liegen bedeutsam unterhalb der Fähigkeiten der Altersgruppe.*
- 2b. Verwendung und Verständnis nonverbaler Kommunikation liegen innerhalb der Altersnorm.*
- 3. Normalitätsannahme: Es fehlen neurologische, sensorische, emotionale, soziale oder körperliche Störungen, die die Sprachproblematik erklären können. Eine Intelligenzminderung (IQ <85, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) besteht nicht.*

Ausgangslage

- Etwa **5-8%** aller Kinder leiden an einer umschriebenen (spezifischen) Sprachentwicklungsstörung (USES), **maximal 15%** an einer Sprachentwicklungsstörung (SES) überhaupt.
- Dem stehen deutlich höhere Zahlen tatsächlich Behandelter gegenüber.
- So erhielten dem Wissenschaftlichen Institut der AOK zufolge 2012 beispielsweise 17% aller Mädchen und 25% aller Jungen eine logopädische Therapie.



Gebräuchlichste Standardskalen für die Diagnostik von Sprach- und Intelligenzleistungen: Prozentränge, T-Skalen und Intelligenzskalen (Neumann 2017 in Lücke & Costard 2017)



USES

Prävalenz 5-8%

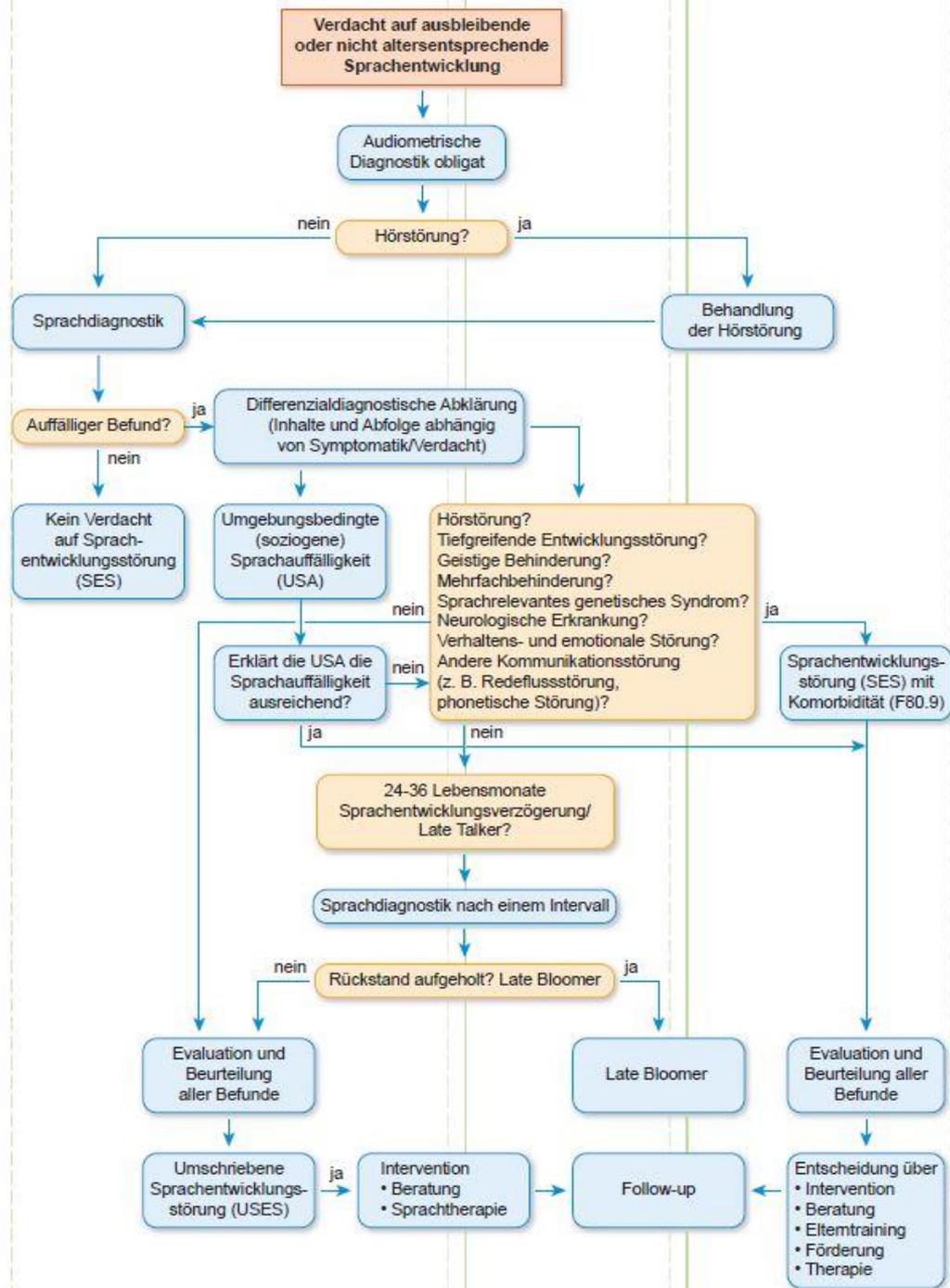
Ausgangslage

Zur Planung einer gezielten Behandlung von USES und zur Vermeidung von Überdiagnose und Übertherapie ist es notwendig,

- sie durch eine **Ausschlussdiagnostik** nach einem **algorithmischen Vorgehen** von SES bei vorliegenden **sprachrelevanten Zusatzerkrankungen (Komorbiditäten)** abzugrenzen, z. B. *länger oder permanent bestehenden Hörstörungen oder Autismus-Spektrum-Erkrankungen*, die zunächst oder vordergründig einer anderen Behandlung bedürfen als einer klassischen SES-Therapie
- sie von **umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten** abzugrenzen wie sie durch **soziogene Anrengungsarmut** oder unzureichendem Erwerb der Verkehrssprache bei **Mehrsprachigkeit** entstehen können.

Umgebungsbedingungen können die Sprachentwicklung ungünstig beeinflussen, so dass phänomenologisch ähnliche sprachliche Auffälligkeiten wie bei SES zu beobachten sind oder sprachlich-kommunikative Auffälligkeiten auftreten.

Umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten sind durch eine interdisziplinäre, differenzierte Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen abzugrenzen.



Diagnostischer Algorithmus zu den Schritten einer interdisziplinären Diagnostik von SES und den daraus folgenden Interventionen (Neumann 2017 in Lücke & Costard 2017, modif. nach de Langen-Müller et al. 2012)

Förderung vs. Therapie

Zwei unterschiedliche Systeme: pädagogischer und medizinischer Zugang

- Verordnungspraxis von Sprachtherapie bei Kindern und föderale bildungspolitische Initiativen im Bereich der frühkindlichen Bildung, insbesondere der Sprachförderung, lösten in den Jahren 2007/2008 im Umgang mit sprachauffälligen Kindern Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten zwischen Gesundheits- und Bildungswesen aus.
- Die Entscheidung, ob ein Kind mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung eine medizinisch indizierte Sprachtherapie oder ein frühpädagogisches Förderprogramm braucht, fiel in das Blickfeld vieler verschiedener Berufs- und Interessensgruppen, Kostenträger und politischer Parteien.
- Dies erschwerte die Entscheidungsfindung der Verordner und behinderte die Einleitung bzw. die Kontinuität erforderlicher Sprachtherapien.

Förderung vs. Therapie

- Algorithmus unterscheidet zwischen Maßnahmen zur Sprachförderung u. Sprachtherapie
- Zielsetzung der Sprachdiagnostik ist es, diejenigen Kinder zu identifizieren, die einer spezifischen Sprachtherapie bedürfen.
- Kinder mit (U)SES bedürfen einer (medizinisch indizierten) Therapie.
- Diese kann durch pädagogische Sprachfördermaßnahmen in den Bildungseinrichtungen unterstützt werden.
- Letztere wären aber nicht ausreichend, um ihr Störungsbild adäquat zu behandeln.
- Hingegen geht man davon aus, dass Kinder mit umgebungsbedingter Sprachauffälligkeit von einer (meist pädagogischen) Sprachförderung profitieren können, aber keiner Sprachtherapie bedürfen.
- Sie können durch mehr bzw. besseren Sprachinput, d. h. mehr deutschsprachige Kommunikationspartner u. Einsatz von Sprachförderprogrammen, aufholen.
- Dies gilt sowohl für monolingual als auch für mehrsprachig aufwachsende Kinder [Kauschke 2006, Chilla 2011].

Sprachförderung

- Informelle Bezeichnung für Interventionsform bei Sprachproblemen, denen kein Störungswert zugeschrieben wird
- Sie umfasst pädagogische und heilpädagogische Maßnahmen, die – i. d. R. in der Gruppe– eingesetzt werden, um die sprachlichen Kompetenzen von Kindern so zu fördern, dass ihr Sprachentwicklungsstand ihrem aktuellen Lebensalter entspricht und sie sowohl ein schulangemessenes Bildungsniveau erreichen können als auch „Sprache situations- und intentionsangemessen einzusetzen“ und „im Team sprachlich agieren“ können (Holler et al. 2005).
- Ihre gesetzlichen Grundlagen regelt SGB IX, Kap. 1, § 3 u. Kap. 4, § 30; die Inhalte legen die Bildungspläne der Länder fest.

Therapieprinzipien bei Sprachentwicklungsstörungen

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.

Bei SES im Zusammenhang mit Komorbiditäten müssen, soweit möglich, die zugrunde liegenden Störungen bzw. Grunderkrankungen mit behandelt werden.

Therapien und therapiebegleitende Maßnahmen:

individuelle Elternberatung

strukturierte Elterntrainings: *Hanen-Early Language Parent Program, Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung*

flankierende, sprach- und kommunikationsanregende Maßnahmen: Integration des Late Talkers in eine Kindergruppe (Spielkreis, Kindergarten)

Sprachtherapie

Sprachheilkindergarten, Sprachheilzentrum, Sonderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache

Verlaufskontrollen zur Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes eines Kindes

verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieverfahren (z. B. bei Störungen aus dem autistischen Formenkreis, Störungen im Sozialverhalten, bei (s)elektivem Mutismus)

stationäre Therapiemaßnahmen

Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen und ihren Vorläufern

- **Frühe Intervention**, um negative Auswirkungen auf sozioemotionale, schulische und spätere berufliche Entwicklung vorzubeugen oder sie abzuwenden [*Cable & Domsch 2009*]
- Bereits bei **Late Talkern** sind **präventive Maßnahmen** sinnvoll und wirksam.
 - **Individuelle Elternberatungen** zur sprachförderlichen Kommunikation mit dem Kind, die auch deren Interaktionen mit dem Kind berücksichtigen [z. B. *Pepper J, Weitzman 2004, Ritterfeld 2002a*].
 - Empfehlenswert:
 - spezielle Sprechtechniken (korrekatives Feedback, paralleles Sprechen)
 - narratives bzw. dialogisches Vorlesen [*Ritterfeld 2002b*]
 - Merkblätter

Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen und ihren Vorläufern

- **Strukturierte Elterntrainings** wie das **Heidelberger Elternttraining** zur frühen Sprachförderung [*Buschmann et al. 2009*] schulen die Eltern in Kursen in sprach- und kommunikationsanregenden Verhaltensweisen.
- Integration von Late Talkern in **Kindergruppen** (Krabbel-, Spielgruppen, Kindertagesstätten) und dort – bei entsprechendem Angebot – in Sprachförderprogramme
- Bei ausgeprägtem Störungsbild zudem **heilpädagogische Frühförderung**
- Regelmäßige **Verlaufskontrollen** der Sprachentwicklung

Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen und ihren Vorläufern

- Fehlen trotz Anwendung der genannten Maßnahmen weiterhin wesentliche sprachliche Fähigkeiten, meist auch bereits von **Vorläuferfähigkeiten** (triangulärer Blickkontakt, Gebrauch referentieller Gesten) oder werden Auffälligkeiten wie Echolalien (sinnfreies Nachsprechen) beobachtet, ist dies ein erster Hinweis für eine manifeste SES, eventuell bei vorliegendem neuropädiatrischem Krankheitsbild
- → alsbaldige interdisziplinäre (phoniatisch-pädaudiologische, neuropädiatrische, ggf. radiologische, humangenetische, ophthalmologische, kinderpsychologische) testdiagnostische Abklärung und Frühtherapie
[*Neumann et al. 2008*]
- Frühtherapie kann bereits zum Ende des zweiten Lebensjahrs einsetzen
[*Zollinger 2004*]

Behandlungsindikation von Sprachentwicklungsstörungen

Leitliniengemäß ist **Sprachtherapie** bei einem Kind indiziert, wenn

- gravierende inhaltliche Abweichung von der normalen Sprach- und Kommunikationsentwicklung mit Krankheitscharakter vorliegt,
- d.h. wenn seine mit standardisierten und normierten Tests erfassten rezeptiven und/oder expressiven Sprachfähigkeiten auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen um 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Altersnorm liegen [*de Langen-Müller et al. 2012 , Neumann et al. 2013*].

Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen bei neuropädiatrischen und weiteren Komorbiditäten

- Meist mehrere oder alle linguistischen Ebenen unterschiedlich stark von der Sprachstörung betroffen.
- Neben ärztlich verordneter Therapie oft sonderpädagogische Maßnahmen nötig, z.B. eine heilpädagogische Frühförderung
- Wegen des Vorliegens sprachstruktureller Defizite können sonderpädagogische Maßnahmen eine Therapie keinesfalls ersetzen
- Im Vergleich zu Kindern mit ausschließlicher USES scheinen Kinder mit vorliegender Lernstörung relativ mehr von sonderpädagogischen Fördermaßnahmen als von einer Sprachtherapie zu profitieren [*Goorhuis-Brouwer SM & Knijff 2002*].
- Behandlung auf Störungsursache + evtl. begleitenden Störungen zuschneiden
- Meist sind mehrere Behandlungsmaßnahmen zu koordinieren

Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen bei neuropädiatrischen und weiteren Komorbiditäten

- Optionen einer **kausalen Therapie** ausschöpfen
 - sind zwar meist eingeschränkt, aber doch gegeben, z. B. bei bestimmten hormonellen oder Stoffwechselerkrankungen
- außerdem **medizinische Behandlungsverfahren**, z. B.
 - Versorgung hörgestörter Kinder mit Cochlea- oder Mittelohrimplantaten, Frequenzmodulationsanlagen oder hörverbessernden Operationen, mit großzügiger Indikationsstellung für die Beseitigung von Paukenergüssen oder anderweitigen Schallleitungsstörungen, z. B. beim Down-Syndrom

Behandlungsfrequenz u. -dauer von Sprachentwicklungsstörungen

- Die Therapien sind ausreichend häufig durchzuführen, denn extensive Behandlungen sind meist weniger effektiv als intensive [*Barratt et al. 1992*].
- Auch wenn Sprech- und Sprachstörungen bei vorliegenden Komorbiditäten wie orofazialmotorische Störungen, Dyspraxie, Dysarthrien und Dysarthrophonien, Zerebralpareesen und auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsprobleme oft längere Therapien erfordern, sollten diese nur über umschriebene Zeiträume stattfinden, eventuell mit Pausen.
- Häufig werden Komplexleistungen nötig, die verschiedene Therapien kombinieren wie krankengymnastische, motopädische, physio-, ergo-, und sprachtherapeutische Behandlungen.
- Diese werden im Kindergartenalter in speziellen Fördereinrichtungen oder Rahmen des Kindergartenbesuchs angeboten, insbesondere in heilpädagogischen Kindergärten.
- Auch sensorische Integrationstherapien und therapeutisches Reiten können indiziert sein.

Behandlung von USES möglichst bis zur Einschulung beenden

- Für krankenkassenfinanzierte Sprach-/Sprechtherapien gelten Heilmittelrichtlinien [*Gemeinsamer Bundesausschuss 2011*]
- Grundsätzlich sollte Sprachtherapie möglichst bei USES bis zur Einschulung beendet sein, denn Studien zum Behandlungserfolg bei Schulkindern zeigen nur wenig Evidenz und moderate Effektstärken für einen solchen [z. B. *Cirrin & Gillam 2008*].
- Dies gilt für Kinder mit neuropädiatrischen Krankheitsbildern nur eingeschränkt.
- Die bei ihnen nach der Einschulung bestehende Sprech- und Sprachproblematik bzw. therapieresistente Reststörungen müssen dann aber vorwiegend im Rahmen des Schulunterrichts weiter bearbeitet werden
- Oft sonderpädagogischen Expertise nötig, meist im Rahmen einer Sonder-, integrativen oder inklusiven Beschulung
- Sonderpädagogischer Förderbedarf u. resultierender Beschulungsmodus müssen vor der Einschulung und ggf. später wiederholt festgestellt und angepasst werden
- Falls Kinder trotz „I-Status“ keine ausreichende Versorgung ihrer Sprachstörung erhalten, sollten behandelnde Fachärzte entweder Kontakt mit den Schulen und Fördereinrichtungen aufnehmen oder, falls nicht erfolgreich, Heilmittelrichtlinien kulant zugunsten der betroffenen Kinder (Therapieverordnung) auslegen.

Langfristige Sprech- und Sprachtherapien

- Für Kinder mit schweren, dauerhaften funktionellen und oder strukturellen Schädigungen (neuropädiatrische/kinderpsychiatrische Störungsbilder)
- Können nach § 8 d. Heilmittelrichtlinien außerhalb des Regelfalls verordnet werden
- Erfordert innerhalb v. 12 Wochen nach Verordnung mindestens eine ärztliche Untersuchung
- Zudem können schwer betroffene Kinder medizinisch notwendige u. dauerhaft benötigte Hilfsmittel für mindestens 1 Jahr von Krankenkasse verordnet bekommen
- Langfristige Verordnungen benötigen explizite Begründung mit Prognose-Abschätzung
- Arzt muss störungsbildabhängig eine weiterführende Diagnostik durchführen bzw. veranlassen, um auf Basis von festgestelltem Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Behandlungsprognose u. Therapieziel die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten
- Genehmigung einer Langzeit-Therapie kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen
- Gelegentlich stellen Eltern auch ältere Kinder/Jugendliche mit Wunsch nach Sprachtherapie vor; eine solche ist postpubertär aber meist nicht mehr effektiv [*Lenneberg 1967*]

Evidenzlage

- Für USES belegte ein systematischer Review von Law et al. [2003] die Effektivität von Sprachtherapien für phonologische und Wortschatzstörungen, weniger für rezeptive Störungen und ergab uneinheitliche Ergebnisse für die expressive Syntax.
- Keine Unterschiede zwischen klinisch angebotenen Interventionen u. solchen, die durch trainierte Eltern durchgeführt wurden
- Kein Effektivitätsunterschied zwischen Gruppen und Einzelbehandlung (widerspricht Studie zur Effektivität von Stottertherapien in Deutschland [Euler et al. 2014], wo Gruppenbehandlung deutlich effektiver war)
- Beteiligung sprachlich normal entwickelter Peers an der Therapie hatte positiven Effekt auf Outcome [Law et al. 2003, 2004]

Evidenzlage

- Abweichend davon zeigte eine Metaanalyse von Nelson et al. [2006] Verbesserungen für mehr behandelte Bereiche, einschließlich Artikulation, Phonologie, expressive und rezeptive Sprache, Wortschatzerwerb u. Syntax, bei Kindern aller Altersklassen u. für multiple therapeutische Settings.
- Darüber hinausgehende Verbesserungen anderer funktionaler Outcomes (soziale Kompetenzen, Selbstbewusstsein, verbesserte Spielthemen) konnten nur für einige Studien gezeigt werden.
- Insgesamt waren die Interventionsstudien zu SES heterogen [Law et al. 2003, Nelson et al. 2006] mit kleinen Stichproben, gebiased durch Deckeneffekte u. berichteten nur kurzzeitige aber keine langzeitigen Outcomes [Neumann in Druck]
- Interventionen konnten nicht direkt verglichen werden u. ihre Generalisierbarkeit erschien fraglich [Nelson et al. 2006]

Sprachtherapeutische Ziele

- ...orientieren sich an
 - Chronologie des ungestörten Sprachentwicklungsablaufes
 - Spezifik und Schwere des jeweiligen Störungsbildes
 - individuellen Möglichkeiten, der Motivation und Belastbarkeit des Kindes
- ...sollten formuliert werden und als Basis eines abgestuften Übungskataloges aufeinander aufbauender Ziele dienen
- Therapiefortschritt muss durch regelmäßig wiederholte Sprach- + ggf. Entwicklungsdiagnostik belegt und dokumentiert werden, auch als Grundlage für die Planung weiterer Schritte

Sprachtherapeutische Ziele

- Moderne therapeutische Ansätze orientieren sich eher an den kindlichen Ressourcen als an dem Störungsbild und integrieren diese.
- Nötigenfalls stehen zunächst Herstellung einer Kommunikationsbereitschaft und Wecken von Sprechfreude im Vordergrund, bevor spezifisch linguistische Leistungen adressiert werden.
- Anfangs wird meist an rezeptiven und darauf aufbauend an expressiven Sprachleistungen gearbeitet [*Zollinger 2004*]

Behandlungsplan

Einleitung einer Sprachtherapie erfordert

- interdisziplinäre Diagnosesicherung
- präzise Beschreibung u. Quantifizierung der Symptomatik
- Erstellung eines Behandlungsplans, der folgende Aspekte festlegt:
 - Frequenz der Sprachtherapie
 - Dauer einer Therapieeinheit (30 oder 45 min)
 - Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombination aus beiden
 - ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapie
 - ein- oder mehrdimensional angelegte Behandlung
 - Abstimmung des Behandlungskonzeptes weiterer Entwicklungsauffälligkeiten wie psychomotorische Förderung, Mototherapie, nonverbales kognitives Funktionstraining, neuropsychologische Interventionsstrategien, sensorische Integrationstherapie, orofaziale myofunktionelle Therapie, kommunikative Spieltherapie
 - Behandlung nicht-sprachlicher Auffälligkeiten vor oder nach der Sprachtherapie [Neumann et al. 2008].

Sprachentwicklungsstörungen bei neuropädiatrischen / kinderpsychiatrischen Störungsbildern, z. B. Autismus

Einzusetzende Methode ist entsprechend der Grunderkrankung zu spezifizieren

Autismus-Spektrum-Störung im Kindes- und Jugendalter

- kommunikative Fähigkeiten durch interdisziplinäre Kombination aus Verhaltenstherapien und pädagogischen Förderkonzepten trainieren
- Komponenten aus Sprach-, Psycho-, Familientherapie, ggf. kinder- u. jugendpsychiatrische Intervention
- eventuell zusätzliche, z. B. antidepressive Pharmakotherapie für Jugendliche

Sprachentwicklungsstörungen bei neuropädiatrischen / kinderpsychiatrischen Störungsbildern, z. B. Autismus

Kommunikationsfördernde Konzepte, z. B.

- **TEACCH** (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*):
 - zielt auf die Optimierung der Lebensqualität autistischer Menschen und ihr Zurechtfinden im Alltag über die Einleitung von Lernprozessen durch Strukturierung und Visualisierung)
- **ABA** (*Applied Behavior Analysis*):
 - auf Frühförderung ausgerichtetes operantes Konditionierungsverfahren
 - arbeitet mit Motivation und Verstärkung bei richtigem Verhalten und Löschung bei falschem Verhalten unter Einbezug der Eltern am Erlernen fehlender Fähigkeiten und Funktionen, auch sprachlicher [*Verbal Behavior*]
 -
- Kommunikationssystem **PECS** (*Picture Exchange Communication System*):
 - erübt Verstehen und Praktizieren von Kommunikation im sozialen Kontext anhand von Bild- oder Symbolkarten
 - wird auch bei anderen Formen von Behinderung angewendet

Störungen des Sozialverhaltens, z. B. (s)elektiver Mutismus

...verlangen verhaltenstherapeutisch orientierte Methoden

Hier kommen u.a. folgende Verfahren zum Einsatz:

- **Systemische Mutismus-Therapie (SYMUT) nach Hartmann [2004a,b]:** vereint sprach- und verhaltenstherapeutische Komponenten
- **Mutismustherapie nach Katz-Bernstein [2007]:** Verbindung von psychologischer und Kommunikationstherapie
- **Theraplay**
 - kommunikative Spieltherapie (Kind- und Familientherapie) für spracherwerbsgestörte und mutistische Kinder [*Booth & Jernberg 2010*]
 - von den angenommenen psychischen Bedürfnissen eines Kindes ausgehend werden vom Behandler Rituale und strukturierte, gut durchschaubare Interaktionsspiele angeboten, die keiner verbalen Kommunikation bedürfen, um eine positive Selbsterfahrung und Verstärkung beim Kind zu bewirken

Nicht oder kaum sprechende Kinder

- Frühzeitig Kommunikationsmöglichkeit anbahnen durch pädagogische oder therapeutische Verfahren der **unterstützen Kommunikation (UK)** [im angloamerikanischen Raum ***Augmentative and Alternative Communication (AAC)***]:
 - Mimische, gestische u. lautliche Ausdrucksmittel
 - Bild- oder Symbolkarten
 - Kommunikationstafeln
 - Sprachausgabegeräte und
 - weitere technischen Hilfsmitteln wie Talker
 - Ergänzung der Lautsprache durch das Gebärden von Schlüsselwörtern (Gebärdenunterstützte Kommunikation, GuK)

Aphasie im Kindesalter

- ...nutzt individuell erhaltene Fähigkeiten des Kindes:
 - Gestik
 - Mimik
 - Handlungen wie geben und nehmen
 - musikalische Fähigkeiten
 - malen, zeichnen
- ...zielt auf eine verbesserte Kommunikation ab
 - durch die Wiederherstellung vorheriger sprachlicher Fähigkeiten
 - und Erwerb neuer, z. B. schriftsprachlicher Fähigkeiten

Kontinuierlicher Einbezug von Eltern/Bezugspersonen

Eine kontinuierliche Abstimmung mit den Eltern, ihre Beratung und ihr Einbezug in die Behandlung, ggf. als Kotherapeuten, ist unabdingbar [*Ritterfeld & Dehnhardt 1998*].

Ablösung therapeutischer durch pädagogische Maßnahmen

- Mit Vorrücken in Vorschul- u. Schulalter gewinnt zunehmend eine pädagogische Sprachintervention an Bedeutung
- Berücksichtigung eines eventuellen sonderpädagogischen Förderbedarfs
- Bei schwerer SES kann Besuch eines Sprachheilkindergartens oder eines heilpädagogischen Kindergartens sinnvoll sein
- Für Kinder ab 5 Jahren sind mitunter auch stationären Sprachtherapien indiziert.
- Bei stagnierender Sprachentwicklung sollten das therapeutischen Konzept und eventuell das Setting (Gruppen- statt Einzeltherapie) angepasst werden.
- Ggf. Intensivierung oder ein Therapeutenwechsel in Betracht ziehen

Ablösung therapeutischer durch pädagogische Maßnahmen

- Besonders sorgfältig u. interdisziplinär Fragen zum Beschulungsmodus abwägen
- Eventuell Rückstellung vom Schulbesuch zugunsten einer Vorschuleinrichtung
- Abhängig von Art und Schwere des Störungsbildes sind der Besuch
- (a) einer Regelschule mit zusätzlicher pädagogischer oder sonderpädagogischer Förderung als Einzelintegration,
- (b) einer Inklusionsklasse oder
- (c) einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt des vorherrschenden Störungsbildes (z. B. Sprache, soziale und emotionale Entwicklung, Lernen, geistige Entwicklung, Hören und Kommunikation, motorische Entwicklung) in Betracht zu ziehen

SES-Therapie bei mehrsprachigen Kindern

- Situation oft dadurch erschwert, dass keine Behandlung in der Nativsprache verfügbar ist, insbesondere bei sukzessivem Bilingualismus (erst Erwerb der Muttersprache, dann der Verkehrssprache)
- Grundsätzlich sollte in der Sprache behandelt werden, die im Lebensumfeld des Kindes die größere Rolle spielt.
- Zuvor ist zu prüfen, inwieweit hier zusätzlich zur SES noch umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten vorliegen bei unzureichendem Erwerb der Verkehrssprache.
- Bei diesen muss ggf. der Input durch pädagogische Fördermaßnahmen erhöht werden.
- Einhaltung evidenzbasierter Behandlungsprinzipien besonders wichtig für SES
- Zeitliche, psychische und finanzielle Belastung der Familien durch lange und möglicherweise wenig wirksame Therapien so gering wie möglich halten

Fazit

- Kindliche Sprachentwicklungs-, Sprech- und Sprachstörungen bedürfen einer interdisziplinär abgestimmten Intervention; Kombination aus
 - sonderpädagogischen Maßnahmen, vor allem einer heilpädagogischen Frühförderung
 - ggf. einer sinnesspezifischen Frühförderung
 - therapeutischen Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik, Physio-, Moto-, Ergo- und Sprachtherapie)
- Intervention muss einem dynamischen Behandlungsplan mit klaren Zielen folgen und sollte zeitlich eingegrenzt sein.
- Bei **nicht (ausreichend) sprechenden Kindern** sollten frühzeitig Maßnahmen der **Unterstützen Kommunikation** zum Einsatz kommen.
- Ein enger **Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen** durch professionelle Beratung und als Kotherapeuten ist unabdingbar.
- Sprachtherapeutische Maßnahmen der frühen Kindheit werden mit Altersfortschritt des Kindes zunehmend durch eine pädagogische Kommunikationsförderung abgelöst.

Leitlinien

AWMF-Website : http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf

Interdisziplinäre S2k-Leitlinie „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES) (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES))“. Auch veröffentlicht unter de Langen-Müller U, Kiese-Himmel C, Neumann K, Noterdaeme M & Kauschke C. (2012). *Interdisziplinäre...Frankfurt: Peter Lang*

In Vorbereitung:

Interdisziplinäre S2k-Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ – 17 beteiligte Fachgesellschaften

Weitere Quellen:

- Neumann K (2017):
 - *Pädaudiologische Diagnostik und Therapie bei neuropädiatrischen sprachassoziierten Krankheitsbildern.*
 - *Altersgemäße Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsstörungen sowie weitere sprachassoziierte Störungen unter besonderer Berücksichtigung neuropädiatrischer Krankheitsbilder.*
 - *Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen und weiteren sprachassoziierten Störungen bei neuropädiatrischen Krankheitsbildern.*

In: Lücke T, Costard S. (Hrsg.) Neuropädiatrie für die Sprachtherapie. München: Elsevier.

- Neumann K. *Effectiveness of treatment and rehabilitation of communication and swallowing disorders.* In: Am Zehnhoff-Dinnesen A, Schindler A, Wiskirska-Woznica B, Zorowka P, Nawka T, Sopko S (eds) *The European Manual of Medicine. Phoniatics.* Heidelberg: Springer, in press

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

