



Workshop 3

Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei Kindern

Die Vielfalt der Diagnosen, der Ursachen,
der Fördermöglichkeiten und
der Therapieverfahren

Prof. Dr. R. Schönweiler

www.uksh.de/phoniatrie-luebeck

www.uksh.de/hoerzentrum-luebeck



Die „Vielfalt“, aber leider mit nahezu unendlichen Kombinationen – ein Fass ohne Boden für die EbM?

Diagnosen (ICD-10)

- F80.0, F80.1, F80.28, F80.3, F80.8, R47.1, R49.1, F98.5, F98.6

Ursachen (ICD-10)

- F70.0 ff., F82.2 (OFS/MFS), F83, F84.0 ff. (Autismus, Rett, Asperger), F89, G40.0 ff. (Epilepsien), H90.0 ff., J35.1 (Tonsillen), Q87.0 (Syndrome des Kopf-Hals-Bereiches), Q90.0 ff. (Down), Q93.4 (Cri-du-Chat), Q93.5 (Angelman)

Förderung und deren Rahmenbedingungen (Ziele, Inanspruchnahme)

- § 22 und § 24 SGB VIII, § 46 SGB IX, KiFöG, KitaFöG, KJHG

Therapie (§ 32 SGB V sowie Heilmittelrichtlinien des G-BA)

- Indikationsschlüssel SP1, SP3, SP4, SP5, SP6, SF, RF1, RF2
- Für jeden der Indikationsschlüssel gibt es wieder zahlreiche auditiv-verbale, visuell und/oder taktil-kinästhetisch unterstützte Verfahren



Rangfolge der Evidenz- und Konsens-basierten Quellen für die Behandlung von sprech- und sprachauffälligen Kindern

Staatlich, G-BA, Öffentliches Gesundheitswesen, „de jure“ verpflichtend

- **Schuleingangsuntersuchungen:** Statistiken i.A. der Landesregierungen
- **Heilmittelrichtlinien** und **Kinderrichtlinien** des G-BA: Evidenz durch das IQWiG
Fachgesellschaften, z.B. AWMF, UEMS, „de facto“ verpflichtend
- **Leitlinien:** nur in Deutschland eine interdisziplinäre zur Diagnostik
- Aktuell in Arbeit befindliche Leitlinie zur Therapie
- **Europäisches Lehrbuch zum Facharzt „Phoniatrie und Pädaudiologie“ der UEMS**
(basiert auf dem in Europa einheitlichen Curriculum)

Reviews

- **Cochrane-Reviews** sowie Reviews und **Meta-Analysen** anderer Autoren

Andere Arbeiten, offene Fragen

- **Originalarbeiten** und bisher nicht erforschte Themen

Evidenz

Wie Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei Kindern in die Wissenschaft und medizinische Versorgung kamen



Herrmann Gutzmann sen. (1865-1922)
Facharzt für Innere Medizin
Gründer der Fachmedizin „Phoniatrie“
Erste Professur für „Phoniatrie“ in Berlin
Wegbereiter der „Logopädie“

In der ambulanten Praxis wie auch in Zehlendorf (Kapazität: 12 Betten) war er stets von einer Schar von Assistenten (alle Killian-Assistenten, mussten zu ihm) und Hospitanten umgeben.

Erste Habilitation im Fach **1905**
in Berlin, Charité



Wie Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei Kindern in die Wissenschaft und medizinische Versorgung kamen



Wilhelm Stern, nach 1933 William Stern (1871-1938)
Psychologe und Professor für Psychologie in Breslau,
Hamburg und ab 1933 in Durham, NC, USA

Mitbegründer der Universität Hamburg

Entwickelte den Begriff „Intelligenz“

Schrieb **1907** das Buch „**Die Kindersprache**“
gemeinsam mit seiner Frau Clara

Bis heute ein Standardwerk für die normale
Sprachentwicklung

Wie Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei Kindern in die Wissenschaft und medizinische Versorgung kamen

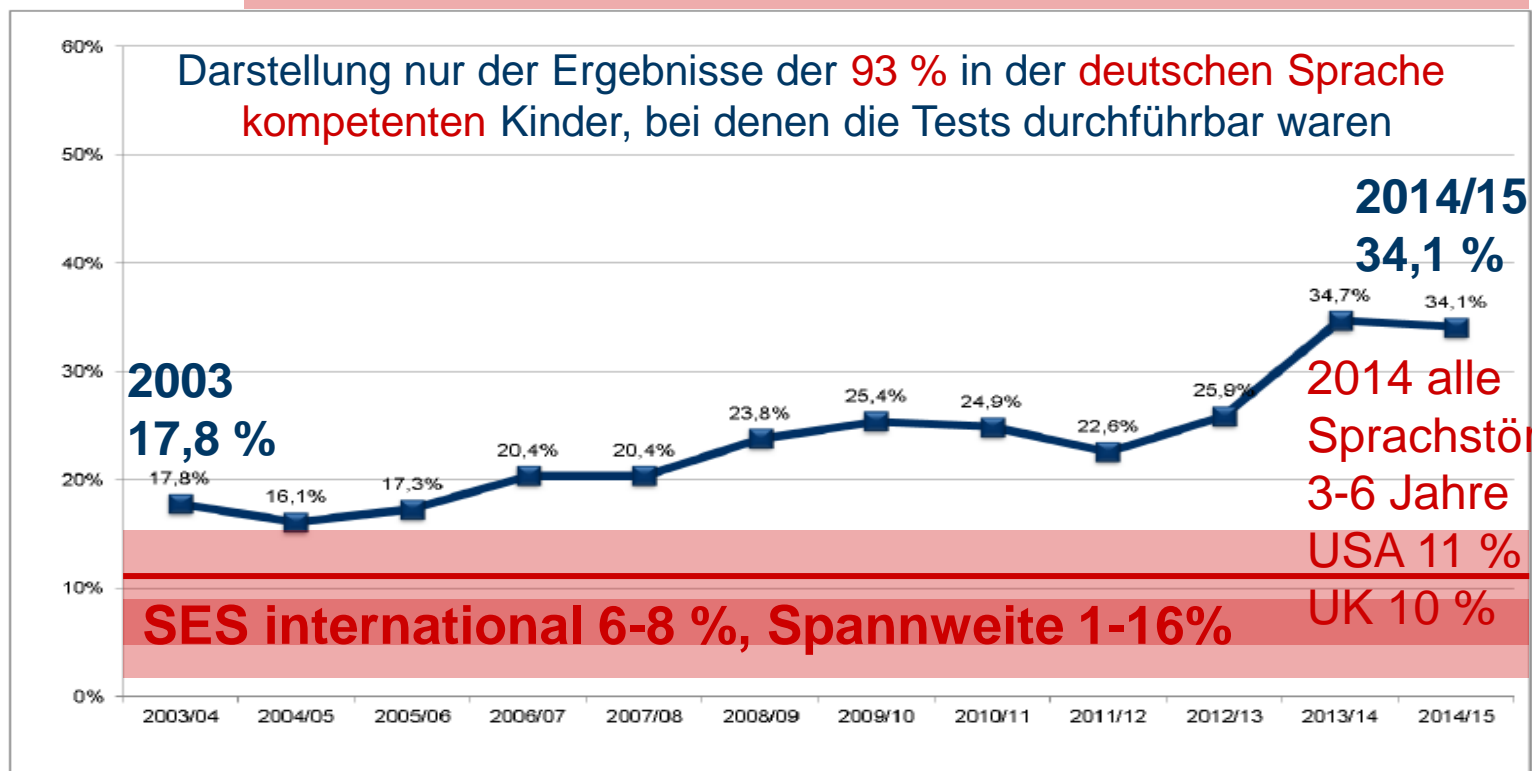


Emil Fröschels (1884-1972)
Facharzt und Professor für Phoniatrie,
Schöpfer des Begriffes „**Logopädie**“ und der
Berufe „Logopäde“ und „Speech-Language-
Pathologist/SLP“ durch Gründung der IALP **1924**

Bis 1939 Professor in Wien
Ab 1939 Professor in St. Louis, USA
Ab 1950 Professor in New York

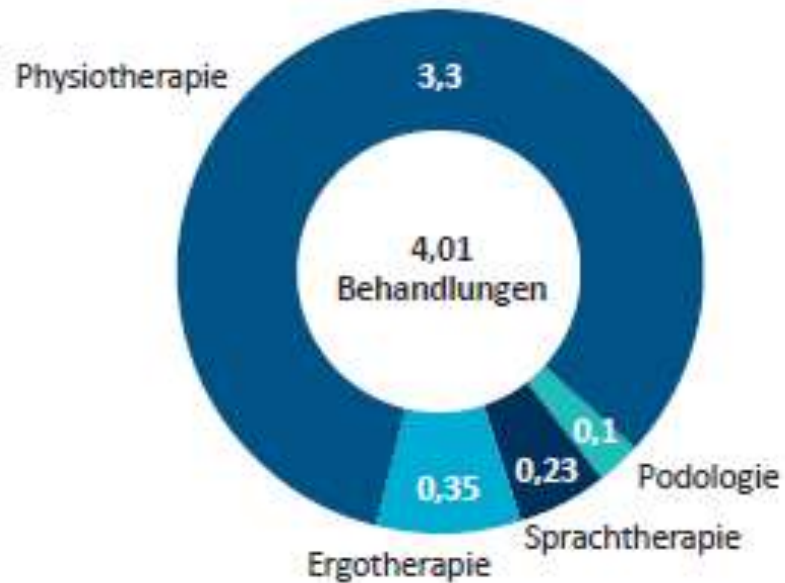
Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2003/04-2014/15 in Schleswig-Holstein

Abbildung 38 Sprech- und Sprachauffälligkeiten in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2003/2004



Durchschnittliche Anzahl von Therapieeinheiten in Heilberufen pro Versicherte 2019, **alle Altersgruppen**

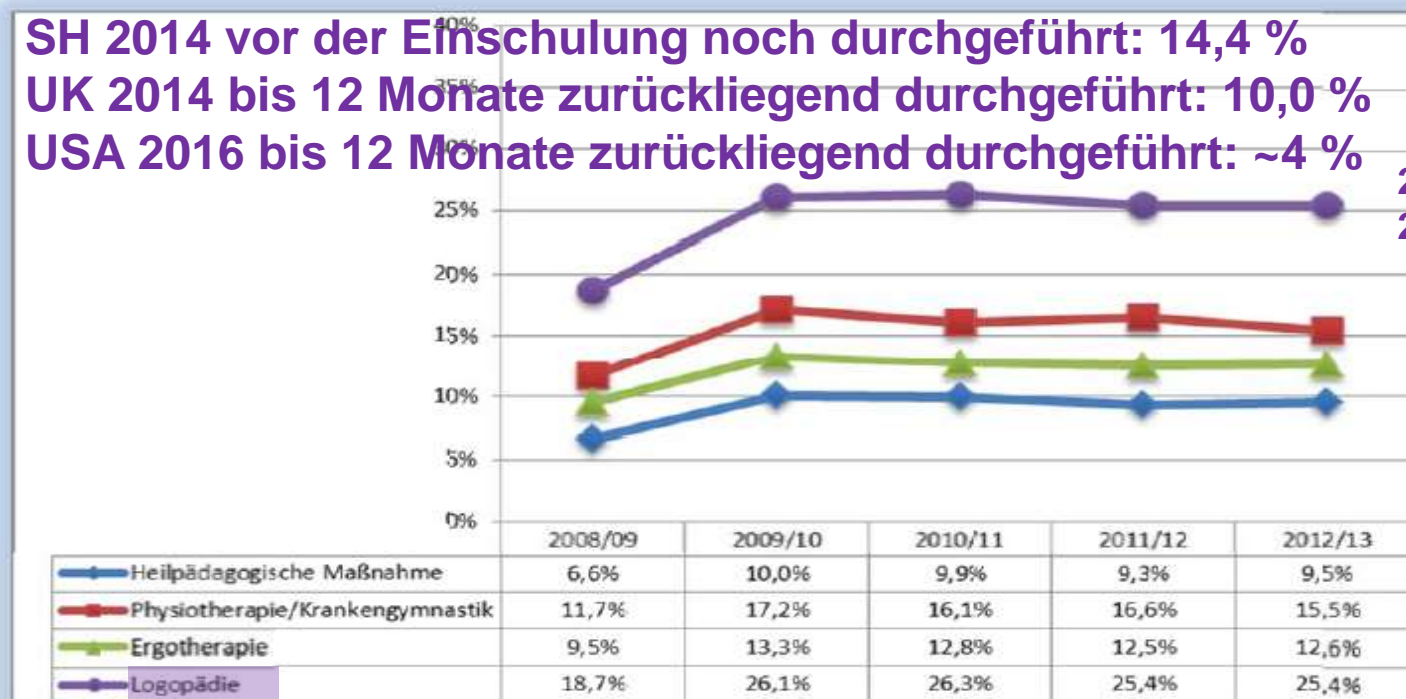
Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen



Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2008/09-2014/15 in Schleswig-Holstein

Abbildung 50 Erhalt von heilpädagogischen Maßnahmen, Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie in Schleswig-Holstein seit dem Schuljahr 2008/09

SH 2014 vor der Einschulung noch durchgeführt: 14,4 %
 UK 2014 bis 12 Monate zurückliegend durchgeführt: 10,0 %
 USA 2016 bis 12 Monate zurückliegend durchgeführt: ~4 %



2012/13 2014/15
25,4 % 26,7 %

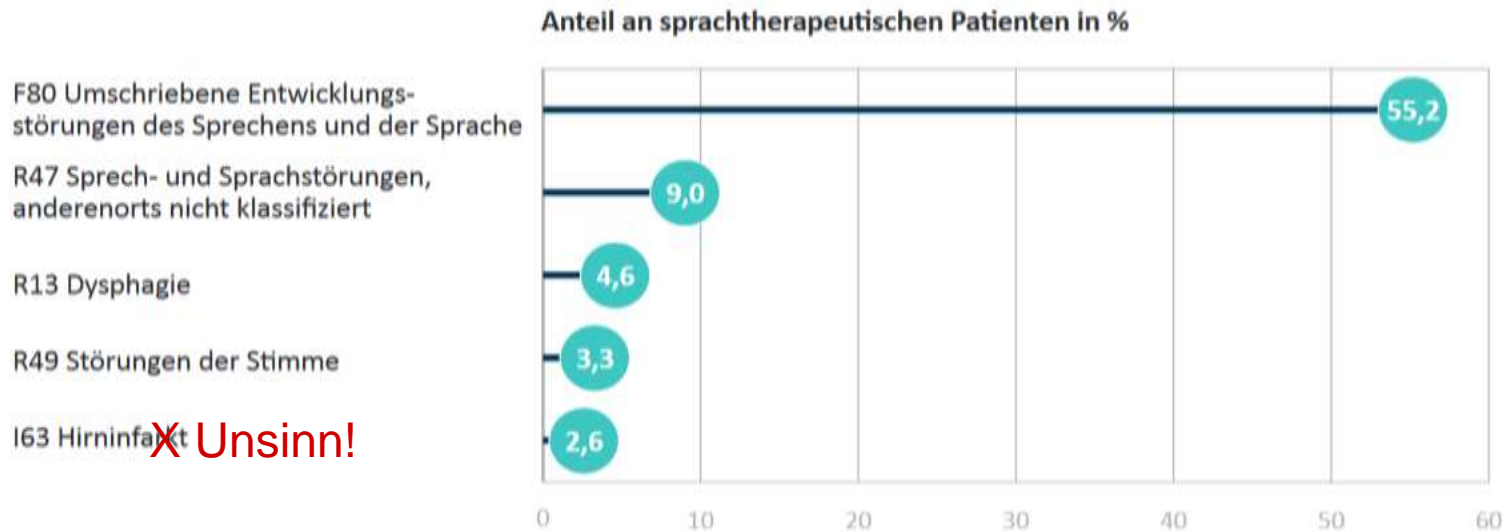


Heilmittelreport der AOK 2019

Alle Altersgruppen gemeinsam ausgewertet

Abbildung 16: Die fünf häufigsten Diagnosen bei sprachtherapeutischen Patienten (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



X Unsinn!



Konsultationsanlass/Leitsymptom „Sprech- und Sprach-auffälligkeiten“ und deren Diagnosen **speziell bei Kindern**

Konsultationsanlässe/Leitsymptome und Diagnosen (nach Inzidenz geordnet)

- schwer verständliche Sätze: **Sprachentwicklungsstörungen (SES)** mit Komorbiditäten („**symptomatisch**“, „**eingebettet**“), ohne Komorbiditäten („**umschrieben**“, „**spezifisch**“, „**USES**“), oder **umgebungsbedingt** (Deprivation, Plurilinguismus)
- schwer verständliche Wörter: **Aussprachestörungen** (**entwicklungsbedingt** oder bei **Dysglossie**, z.B. durch Gaumenspalten oder Tonsillenhypertrophie, bei **Dysarthrie** durch neurologische Krankheiten) oder beim **Poltern** („Nuscheln“)
- unflüssiges Sprechen: **Stottern**, **Poltern**, **Dysarthrie** („**dysarthrisches Stottern**“)
- Verhaltensauffälligkeiten (Vermeidungsverhalten, geringe Frustrationstoleranz, oppositionelles Verhalten) durch **Störungsbewusstsein** (psychisch)
- Aufhören, zu sprechen, sprachliche Rückschritte: **Mutismus** (immer mit Störungsbewusstsein) oder **Aphasie** (z.B. Landau-Kleffner-Syndrom)



Konsultationsanlass/Leitsymptom „Sprech- und Sprach-auffälligkeiten“ und deren Diagnosen **speziell bei Kindern**

Konsultationsanlässe/Leitsymptome und Diagnosen (nach Inzidenz geordnet)

- schwer verständliche Sätze: **Sprachentwicklungsstörungen (SES)** mit Komorbiditäten („**symptomatisch**“, „**eingebettet**“), ohne Komorbiditäten („**umschrieben**“, „**spezifisch**“, „**USES**“), oder **umgebungsbedingt** (Deprivation, Plurilinguismus)
- schwer verständliche Wörter: Aussprachestörungen (entwicklungsbedingt oder bei Dysglossie, z.B. durch Gaumenspalten oder Tonsillenhypertrophie, bei Dysarthrie durch neurologische Krankheiten) oder beim Poltern („Nuscheln“)
- unflüssiges Sprechen: Stottern, Poltern, Dysarthrie („dysarthrisches Stottern“)
- Verhaltensauffälligkeiten (Vermeidungsverhalten, geringe Frustrationstoleranz, oppositionelles Verhalten) durch Störungsbewusstsein (psychisch)
- Aufhören, zu sprechen, sprachliche Rückschritte: Mutismus (immer mit Störungsbewusstsein) oder Aphasie (z.B. Landau-Kleffner-Syndrom)



Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011 (staatl. Mandat)

Indikationen, Abgrenzung von medizinischer Therapie und
sonderpädagogischer Fördermaßnahmen, Mengenbegrenzung

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

(Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL)

in der Fassung vom 19. Mai 2011
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011
in Kraft getreten am 1. Juli 2011

und zuletzt geändert am 29. Juni 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 28.07.2020 B3
in Kraft getreten am **1. Juli 2020**

SP1 SES bei Komorbiditäten und USES

SP2 AVWS

SP3 Aussprachestörungen

SP4 SES bei hochgradiger Schwerhörigkeit

SP 5 Aphasie und Dysphasie

SP 6 Dysarthrie/ Sprechapraxie

RF1 Stottern

RF 2 Poltern



Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 2015 (staatl. Mandat)



Erhoffte Verbesserung von Verdachts-diagnosen, Differenzialdiagnostik und **evidenzbasierte Indikation** von Sprech- und Sprachtherapie:

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Institution

> **Informationsarchiv**

Beratungsthemen

Beschlüsse

Richtlinien

Abschlussberichte

(Frühe) Nutzenbewertung
nach § 35a SGB V

> Beschluss

↳ [Methodenbewertung \(und zugehörige Qualitätssicherung\)](#) / [Kinder- und Jugendprävention](#)

Kinder-Richtlinie: **Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung) – Neufassung**

Beschlussdatum: 18.06.2015

Inkrafttreten: 01.09.2016

Beschluss veröffentlicht: [BAnz AT 18.08.2016 B1](#)

Neue Fragen zur Sprachentwicklung,
neue Screening-Audiometrie zur U8,
durchgeführt von Kinder- und Jugendärzten



AWMF-Leitlinie 049/006 S2k 2011 („e.V.“ ohne staatl. Mandat)

Leitlinien



Leitlinien-Detailansicht

Sprachentwicklungsstörungen (SES), **Diagnostik** von, unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)

Registernummer 049 - 006

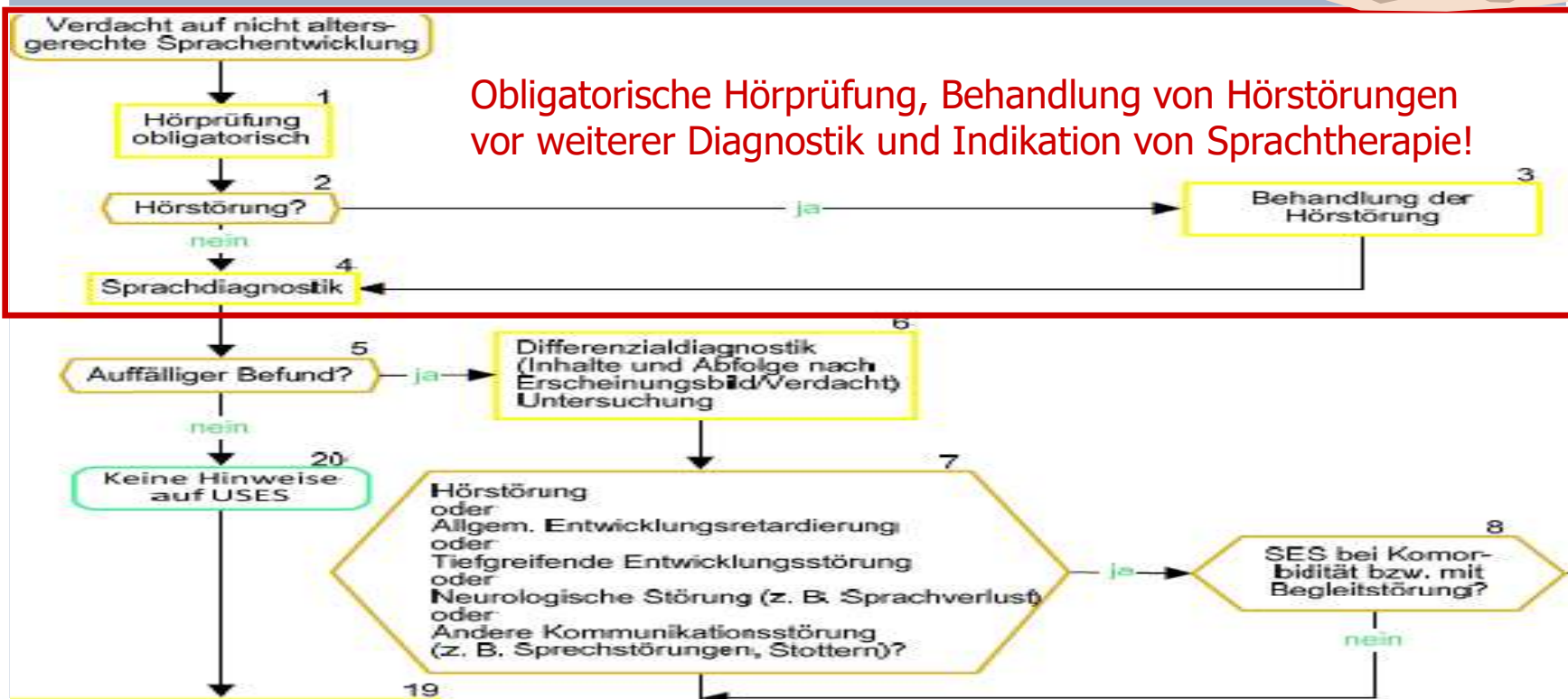
Klassifikation **S2k**

Stand: 16.12.2011 , gültig bis 15.12.2016



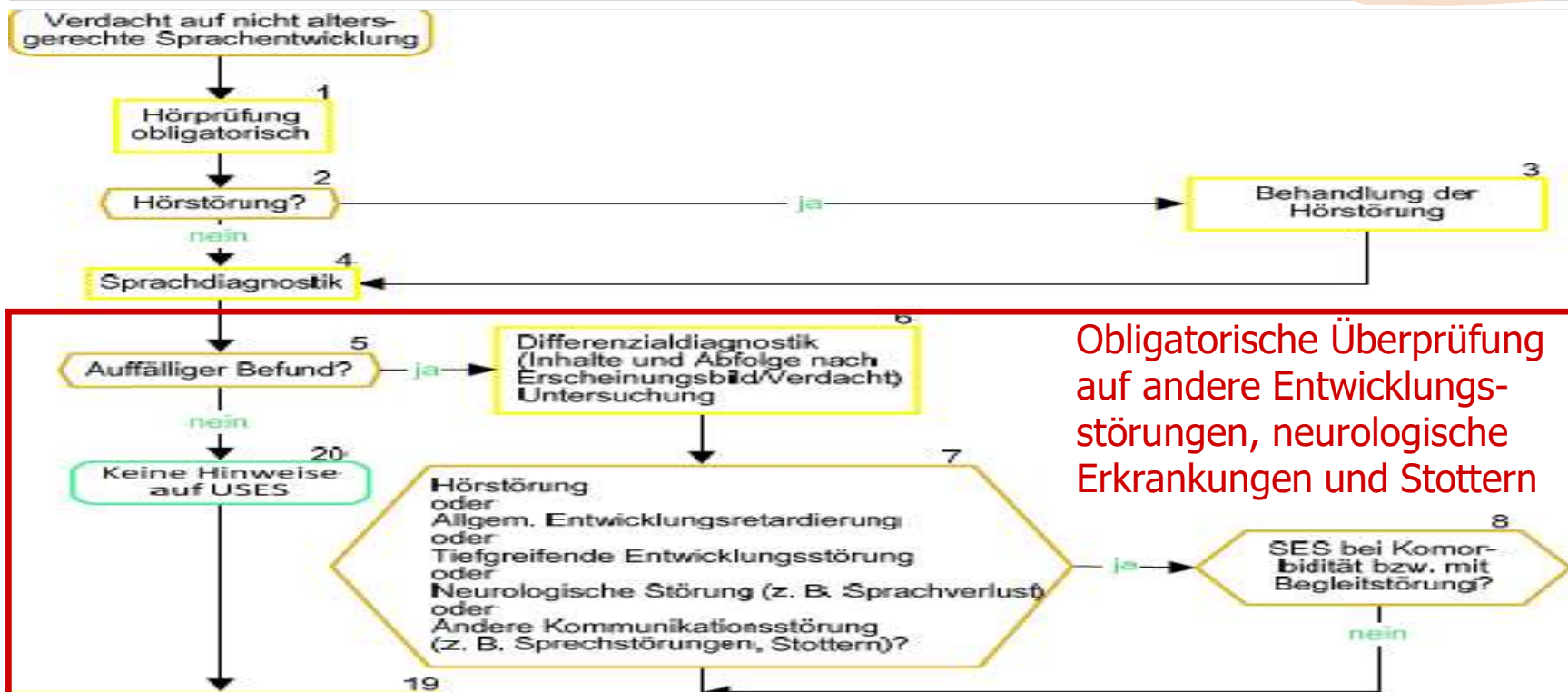
AWMF-Leitlinie 049/006 S2k 2011 („e.V.“ ohne staatl. Mandat)

Obligatorische Hörprüfung, Behandlung von Hörstörungen vor weiterer Diagnostik und Indikation von Sprachtherapie!





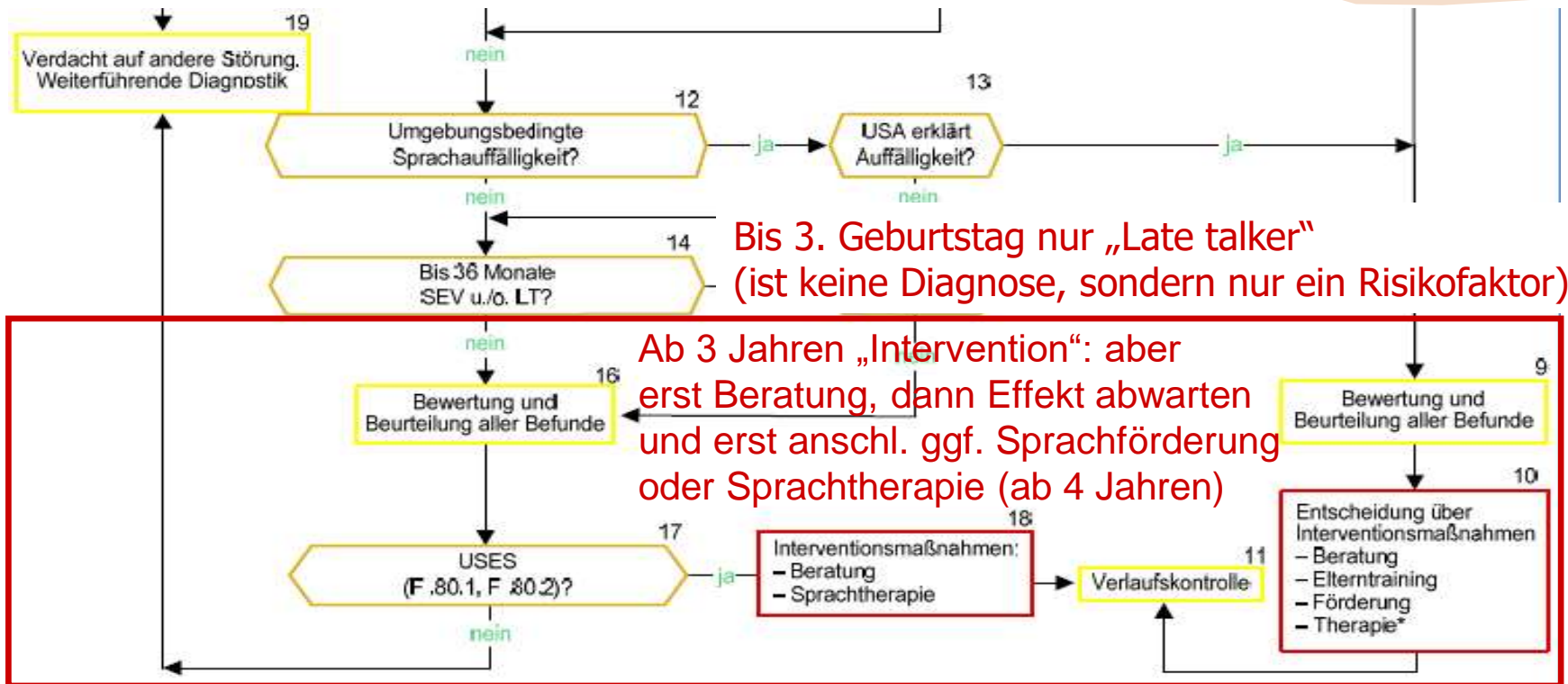
AWMF-Leitlinie 049/006 S2k 2011 („e.V.“ ohne staatl. Mandat)



Obligatorische Überprüfung auf andere Entwicklungsstörungen, neurologische Erkrankungen und Stottern



AWMF-Leitlinie 049/006 S2k 2011 („e.V.“ ohne staatl. Mandat)



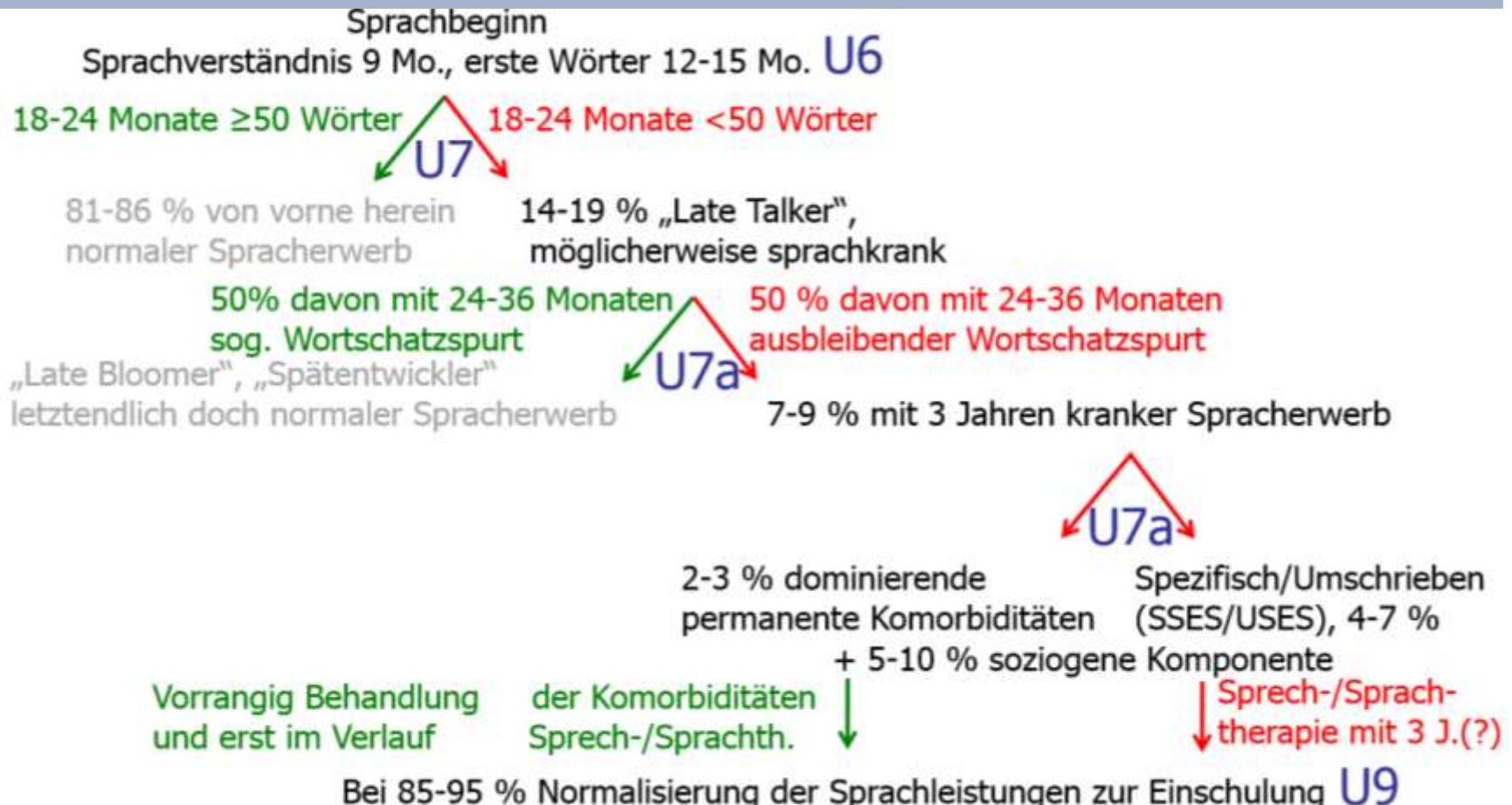


AWMF-Leitlinie „Therapie bei SES“ unterbrochen durch die **CATALISE**-Diskussion der Logopäden über eine neue Terminologie: Sprachtherapie **sofort & für alle & ohne Diagnose**

- **Alt:** Umschriebene/spezifische SES (USES, SSES) **vs. SES** durch Komorbiditäten
- **Neu:** Sprachentwicklungsstörung (**SES**) bzw. Developmental Language Delay (DLD)
- Einschluss: **alle** Kinder mit Sprachauffälligkeiten, **medizinische Diagnose egal**, z.B. IQ 70-85, alle Schwerhörigkeiten, Epilepsien, Autismus, familiäre Sprachschwäche, alle umgebungsbedingten, d.h. geringe elterliche Bildung (was keine Diagnose ist)
- Medizinische Ursachen nur „**Begleiterscheinungen**“ ohne Auswirkungen auf die Indikation von Sprachtherapie, **bis auf:** erworbene Hirnschädigung, Down-Syndrom
- **Primäre Therapieindikation** auch bei nur **Förderbedarf:** „Kinder mit **Unterstützungsbedarf** in den Bereichen Sprache/ Kommunikation“ (KUSK) bzw. “Children with Speech, Language and Communication Needs“ zu Lasten der **Krankenkassen**
- **Einschl.** Aussprachestörungen (sogar **Sigmatismus**), SES, unversorgter Schwerhörigkeit, Autismus, genetischen Syndromen, umgebungsbedingte Gründe (noch **keine Deutschkenntnisse**), Stottern, Poltern, Heiserkeiten (ohne Laryngoskopie)

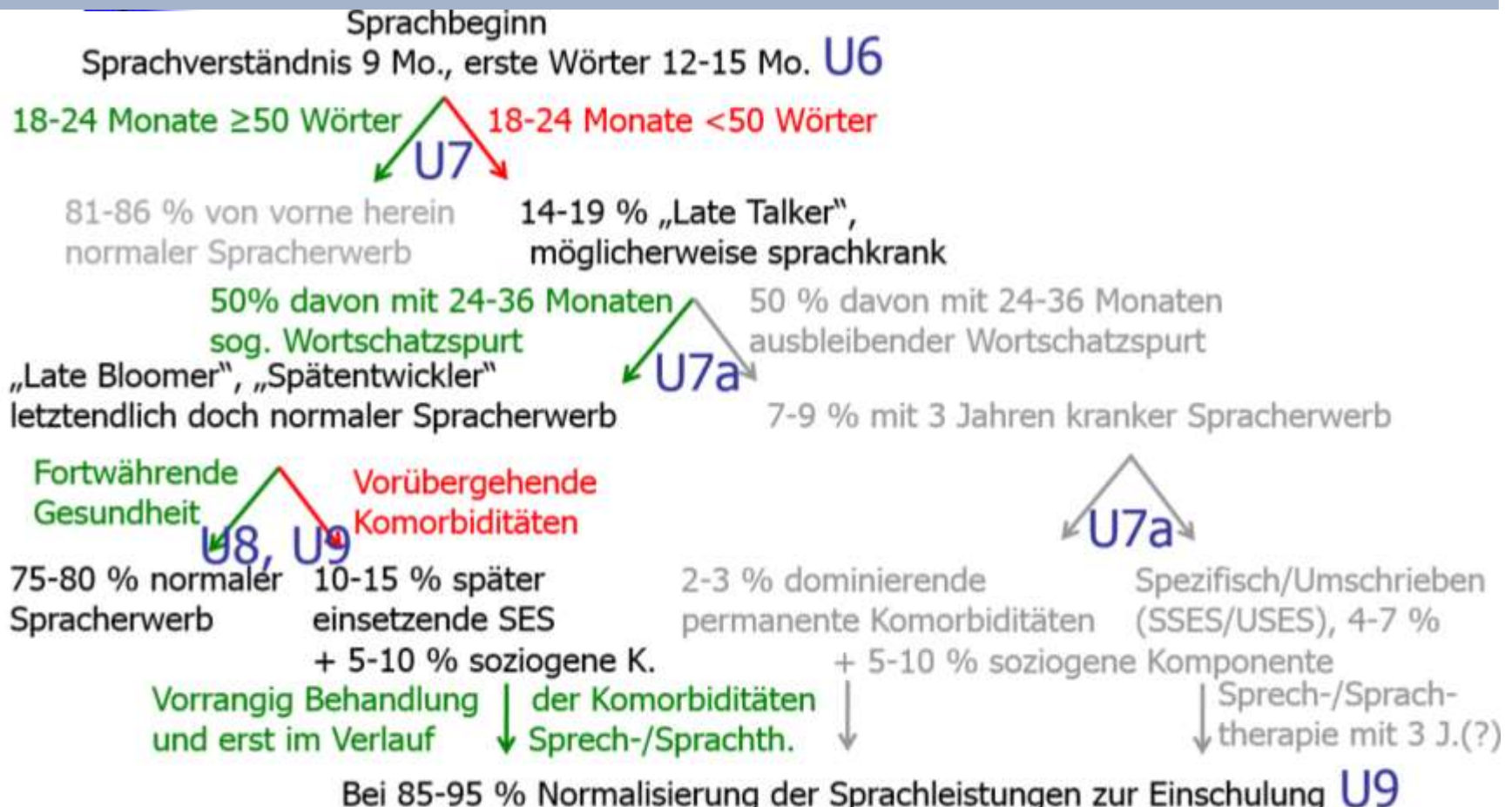


Ab welchem Alter welche Behandlung?





Ab welchem Alter welche Behandlung?





Beispiel einer Testdiagnostik für drei sprachliche Ebenen (ca. 30 deutschsprachige Tests verfügbar)

- „Sprachentwicklungstest für 3-5-Jährige“
- + großes Zeitfenster 3-5 Jahre alte Kinder, d.h. bis zum 6. Geburtstag
- + Bearbeitungszeit nur min. 20 bis max. 30 min
- + mehrere Ebenen, u.a. Satzverständnis, phonologisches Arbeitsgedächtnis, morphologische Regelbildung
- - Ausspracheprüfung fehlt

interpretation: T-Werte und Perzentilen für fünf Altersgruppen

T-Werten ≤ 40 bzw. Perzentilen < 16

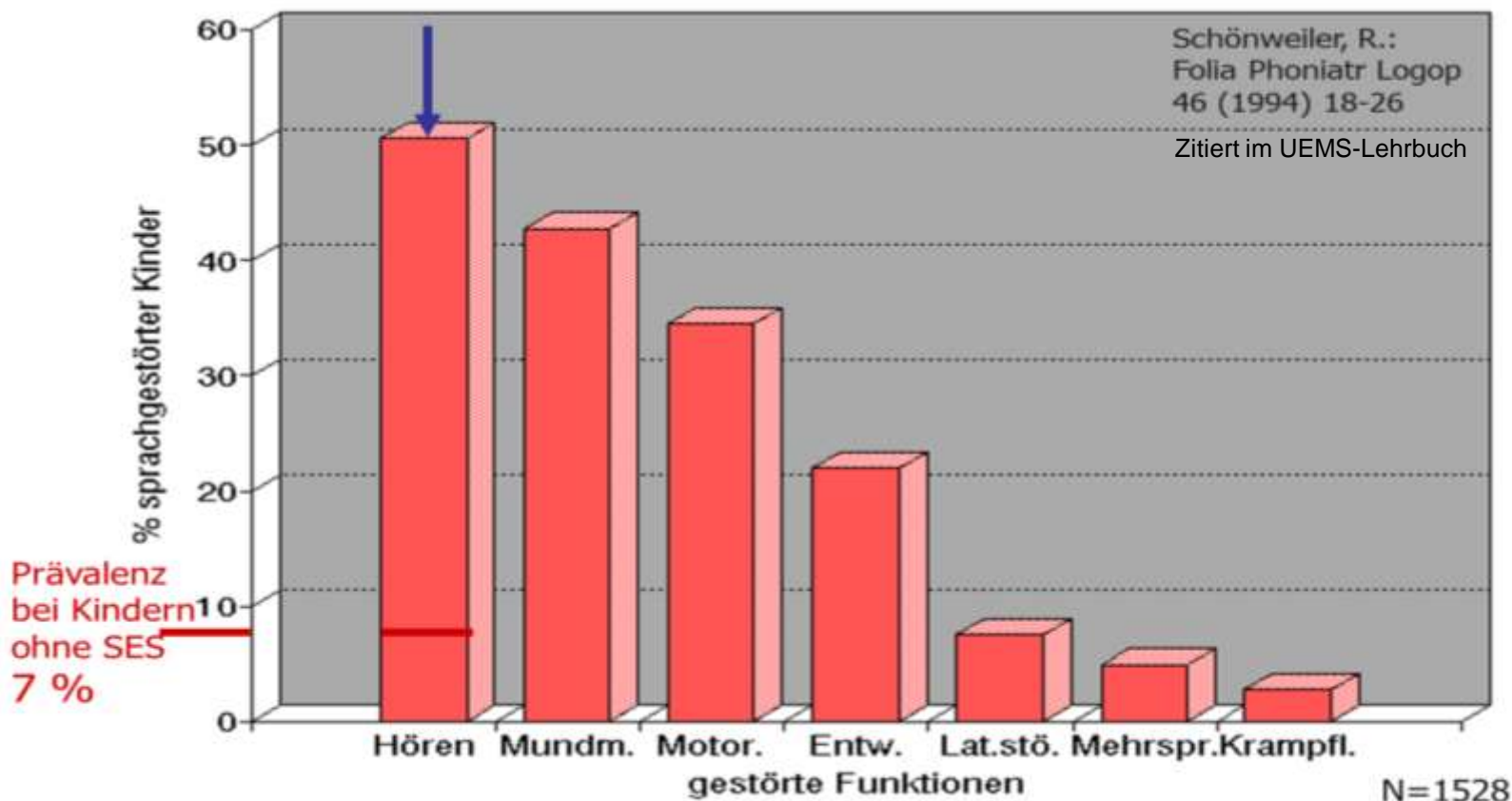
begründen ggf. die Indikation von Übungstherapie



Bitte Fachleuten überlassen!

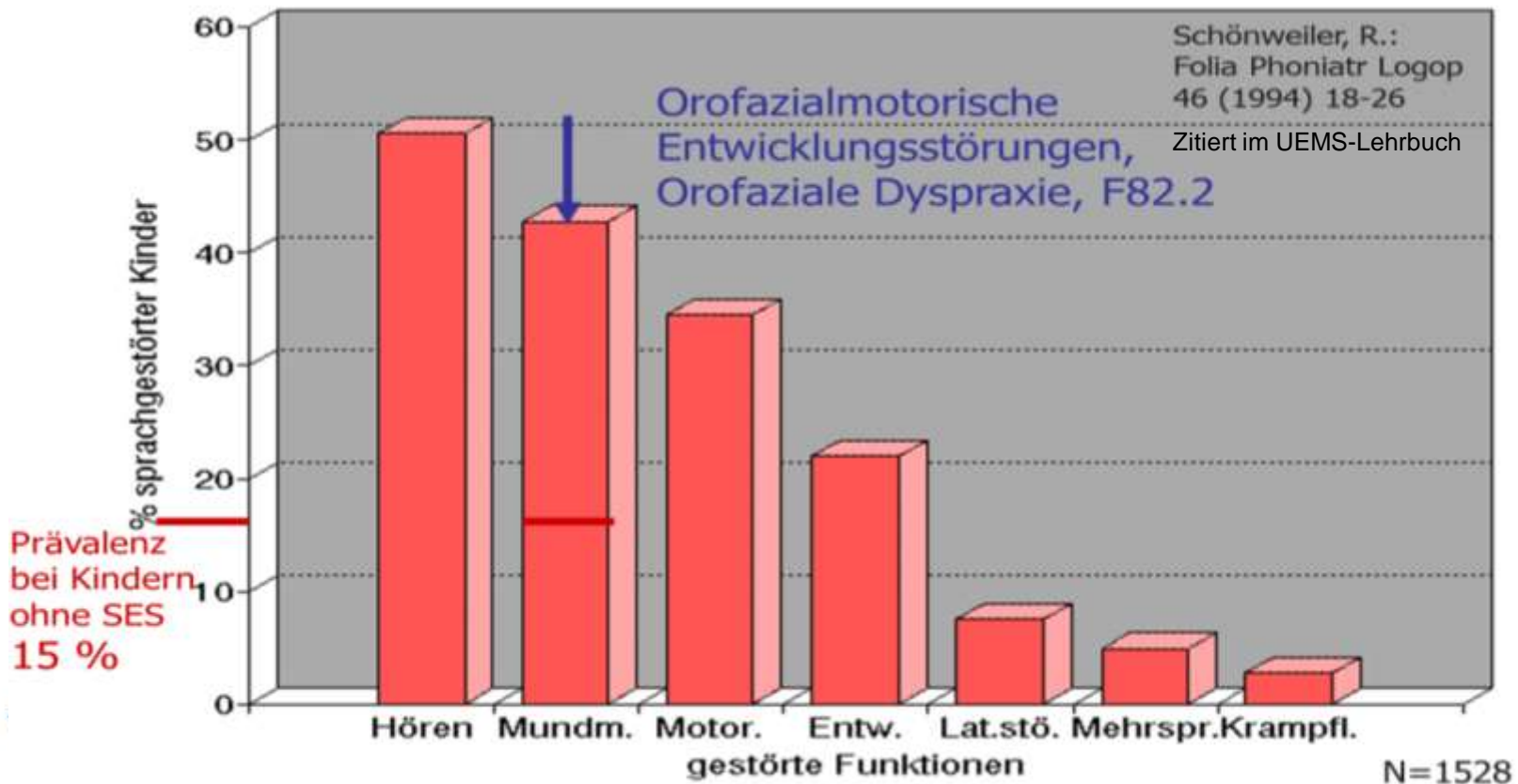


Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, Lehrbuch der UEMS



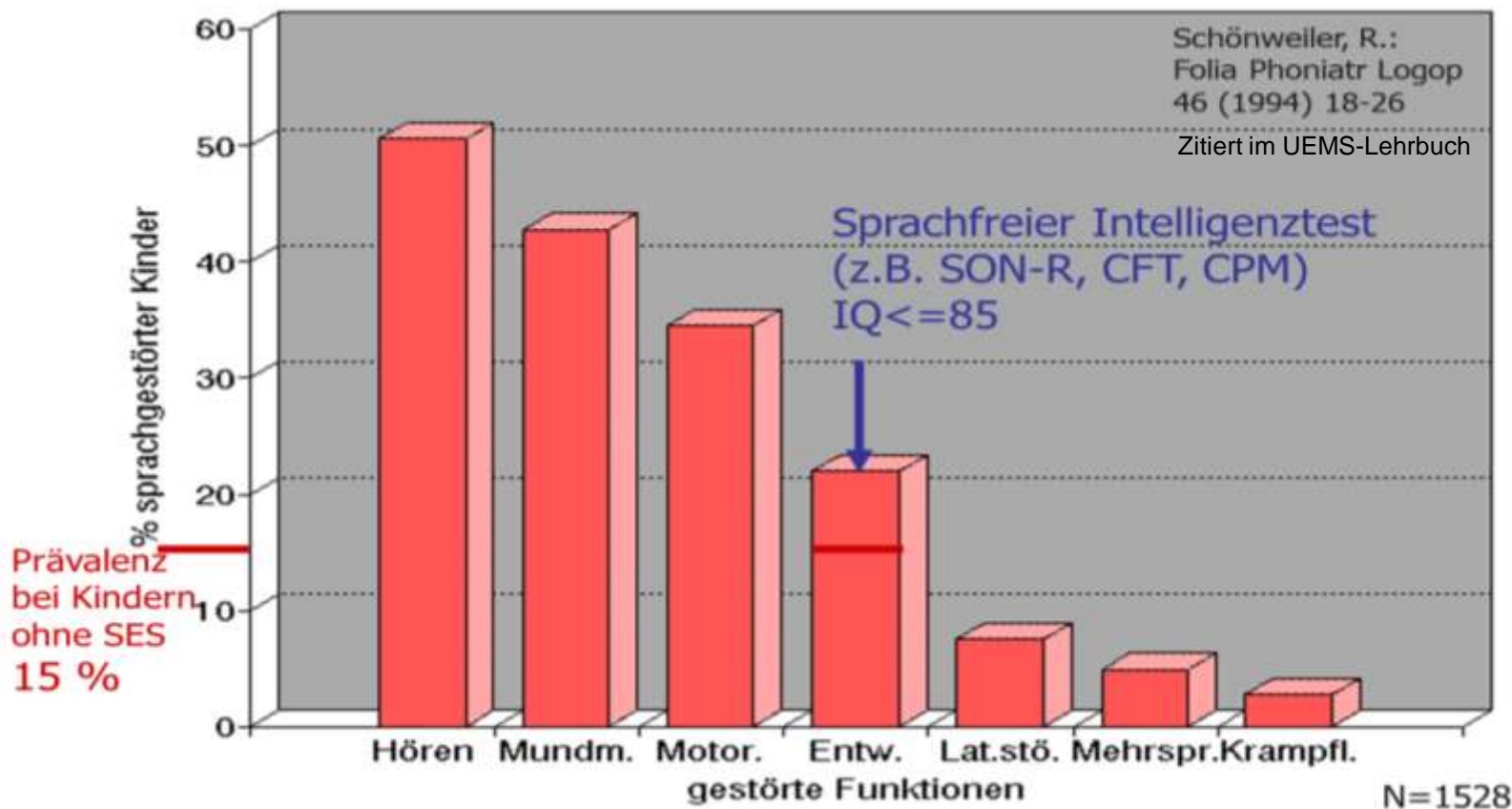


Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, Lehrbuch der UEMS



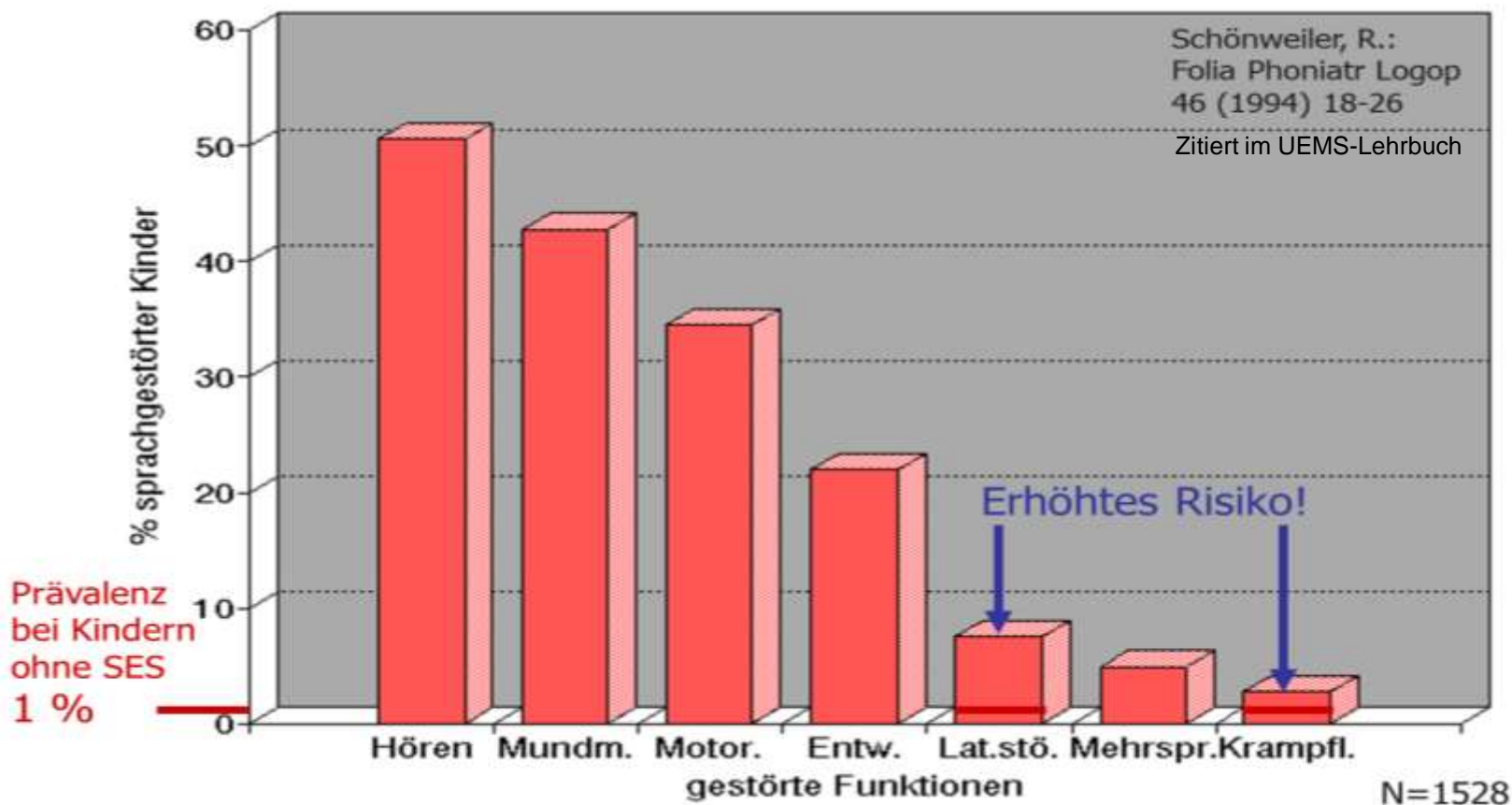


Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, Lehrbuch der UEMS



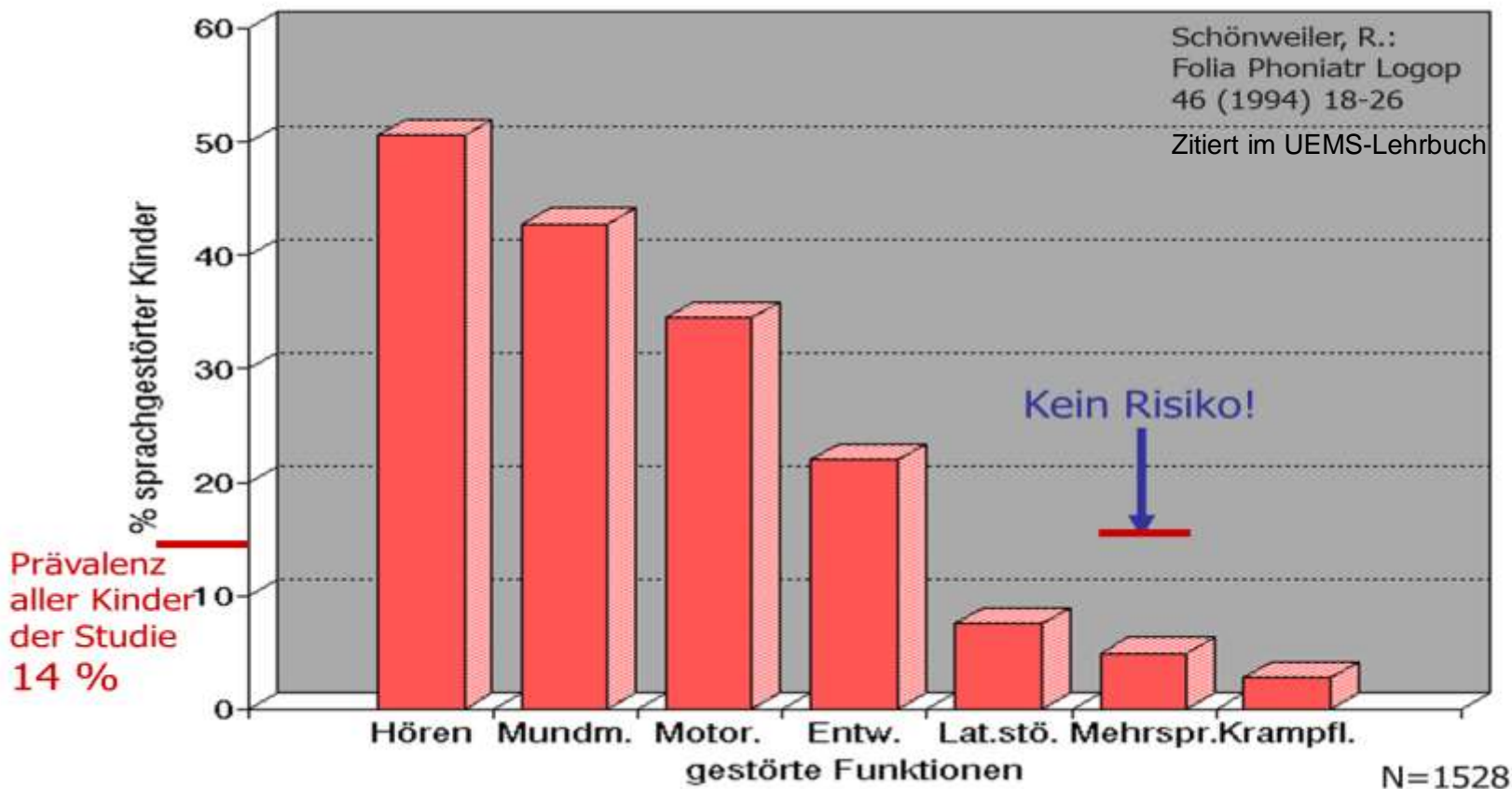


Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, Lehrbuch der UEMS

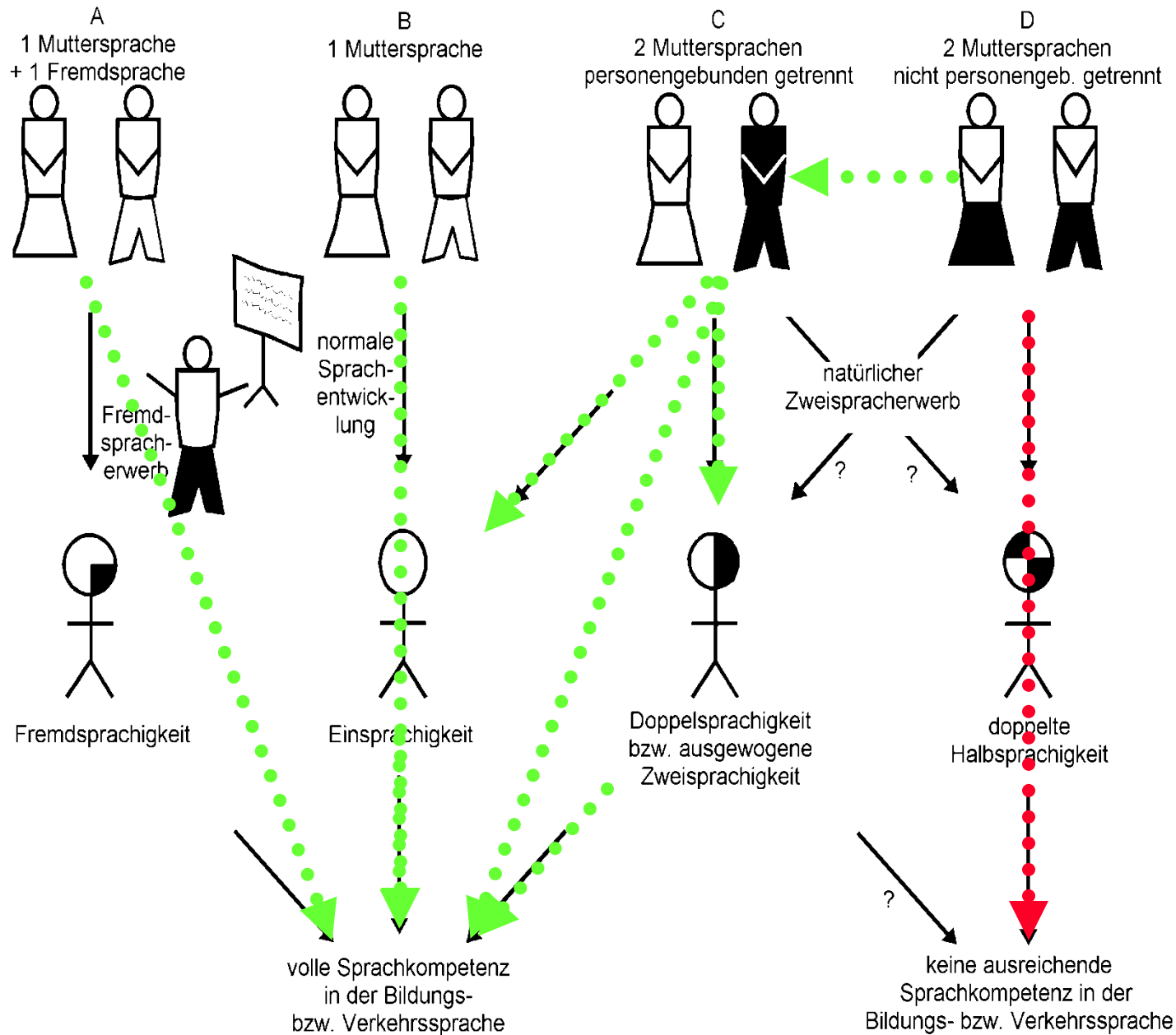




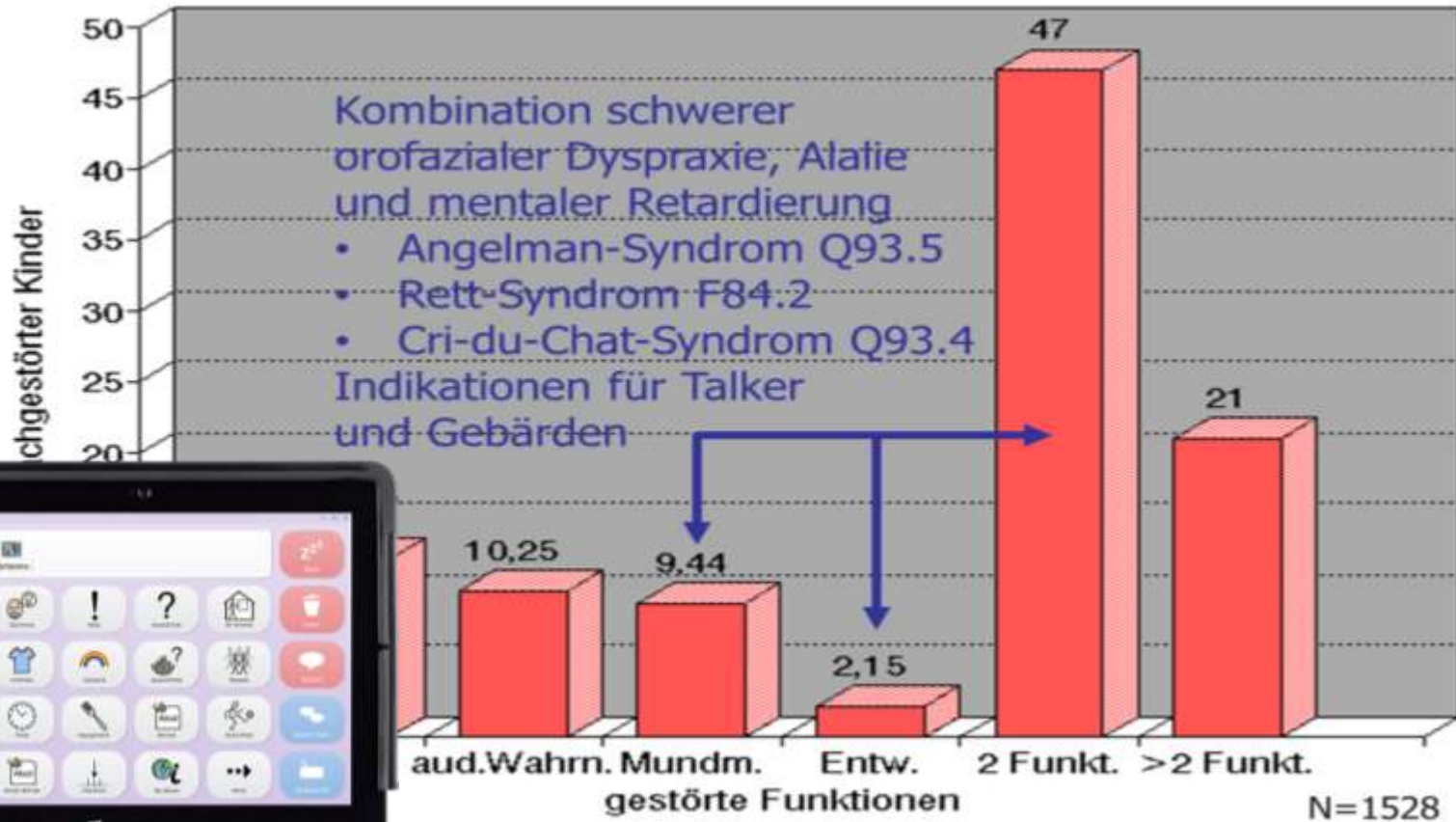
Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, Lehrbuch der UEMS



Exkurs: Beratung zur Erziehung in mehreren Sprachen

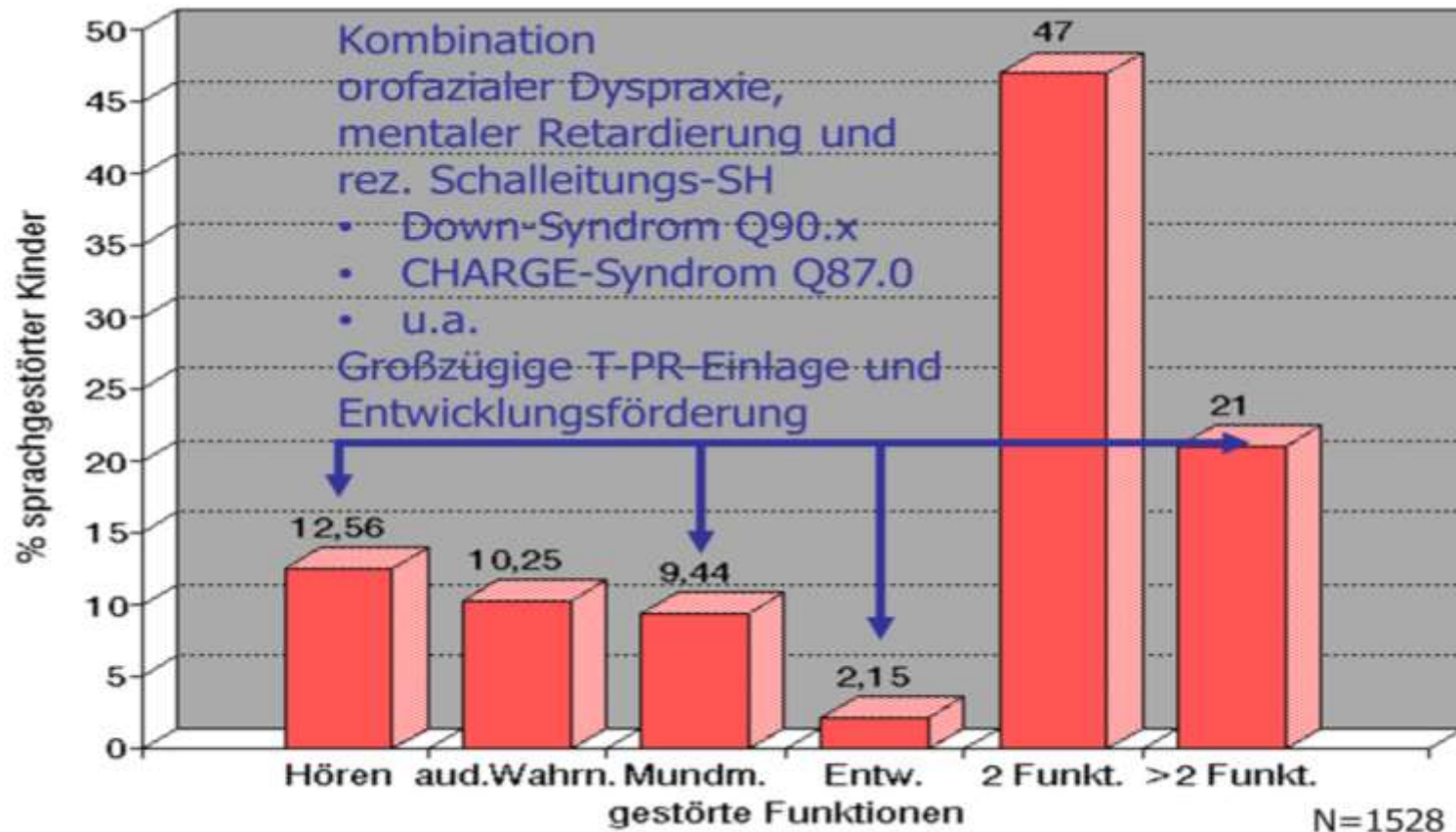


Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, Lehrbuch der UEMS





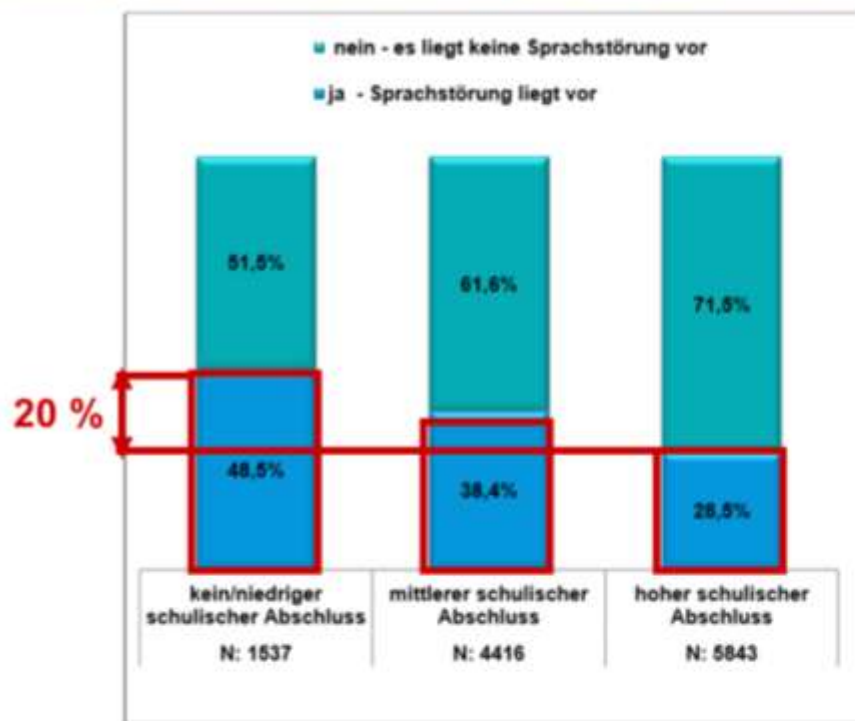
Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, Lehrbuch der UEMS



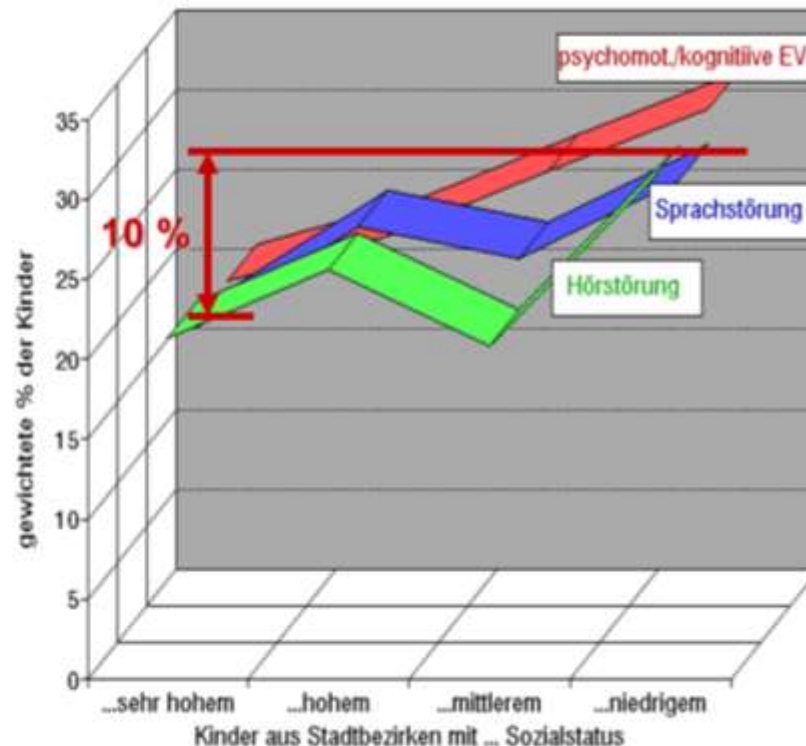


Komorbiditäten und Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen, „umgebungsbedingt“

Abbildung 36 Sprachauffälligkeiten abhängig vom Bildungsstand der Eltern



2014/15 in SH



1993 in Bochum



Behandlungskonzepte im Europäischen Lehrbuch zum Facharzt „Phoniatrie und Pädaudiologie“ der UEMS

Rehabilitation and Prognosis of Developmental Disorders of Speech and Language

13

Karina Dancza, Dirk Deuster, Mona Hegazi, Christiane Kiese-Himmel, Claudia Koch-Günnewig, Katrin Neumann, Karen Reichmuth, Amélie Elisabeth Tillmanns, and Sharon Tuppeny

13.1 Basics of Speech and Language Therapy in Children

13.2 Role of the Phoniatrician in the Intervention of Developmental Disorders of Speech and Language

Autoren: auch akademische Logopäden und Psychologen
Ergebnis: Keine Bewertung der **Wirksamkeit** wie in einem Review,
keine Empfehlungen für das **Alter** zur Beginn der Therapie



Förderung *oder* Therapie

Diagnosen (ICD-10)

- F80.0, F80.1, F80.28, F80.3, F80.8, R47.1, R49.1, F98.5, F98.6

Ursachen (ICD-10)

- F70.0 ff., F82.2 (OFS/MFS), F83, F84.0 ff. (Autismus, Rett, Asperger), F89, G40.0 ff. (Epilepsien), H90.0 ff., J35.1 (Tonsillen), Q87.0 (Syndrome/Kopf), Q90.0 ff. (Down), Q93.4 (Cri-du-Chat), Q93.5 (Angelman)

Förderung und deren Rahmenbedingungen (Ziele, Inanspruchnahme)

- § 22 und § 24 SGB VIII, § 46 SGB IX, KiFöG, KitaFöG, KJHG

Therapie (§ 32 SGB V sowie Heilmittelrichtlinien des G-BA)

- Indikationsschlüssel SP1, SP3, SP4, SP5, SP6, SF, RF1, RF2
- Für jeden der Indikationsschlüssel gibt es wieder zahlreiche auditiv-verbale, visuell und/oder taktil-kinästhetisch unterstützte Verfahren



Förderung *oder* Therapie

Evtl. individualisiert & meist **angebotsorientiert** (kein Anrecht), „öffentl. Hand“:

- Global oder umschrieben entwicklungsgestörte Kinder: **Frühförderung, Heilpädagogik, sonderpädagog. Förderbedarf**, ggf. „Sonderkindergarten“
- Schwerhörige und sprachgestörte Kinder: Frühförderung durch **Hörge-schädigten- und Sprachheilpädagogen, Ausgleichsmaßnahmen, Inklusion**

Stets individualisiert & bedarfsorientiert (Anrecht), Krankenkassen:

- **Beratung** der Eltern: Ursachen und deren Vermeidung, sprachliche Anregung, corrective Feedback, Erziehung in mehreren Sprachen
- (schriftliche) Empfehlung zum Besuch eines **Kindergartens/einer KiTa**
- **Sprech- und Sprachtherapie**, definiert durch die Heilmittelrichtlinien
- Ausnahme: Teilnahme der Eltern an einem **Trainingsprogramm**



Cochrane-Reviews zur Therapie bei USES

Review Sprachtherapie bei USES

- James Law, Zoe Garrett, Chad Nye: Speech and language therapy interventions for children with **primary speech and language delay or disorder**. Cochrane Database Syst Rev 2003
- Meta-Analyse von 25 Publikationen, **phonological** (SMD=0.44, 95%CI: 0.01,0.86) or **vocabulary difficulties** (SMD=0.89, 95%CI: 0.21,1.56), **receptive difficulties** (SMD=-0.04, 95%CI: -0.64,0.56)
- Fazit: „**positive effect** ... for children with expressive **phonological** and expressive **vocabulary** difficulties. ...need for further research to investigate intervention for receptive language difficulties.“



Cochrane-Review zur Therapie bei SES durch Schwerhörigkeiten

Review hörbasierte Therapieansätze bei schwerhörigen Kindern:

- Brennan-Jones CG, White J, Rush RW, Law J: **Auditory-verbal therapy** for promoting spoken language development in children with **permanent hearing impairments**. Cochrane Database Syst Rev 2014
- 2233 Publikationen gefunden, 13 analysiert, **alle ausgeschlossen!**
- Fazit: “AVT programmes are **expanding** throughout the world; however, **little evidence can be found on the effectiveness of the intervention.**”



AWMF-Review zur Therapie bei SES durch Schwerhörigkeiten

Review hörbasierte Therapieansätze bei schwerhörigen Kindern:

- Schönweiler R, Hoffmann V, Schmitz-Salue C: **Kapitel 3.2.2. Therapien von SES bei Hörstörungen**, 12 Reviews, 6 Originalarbeiten, AVT, musikbasierte Th., Wortschatzth., Ausspracheth.
- „Die auditiv-verbale Therapie (AVT) ist die einzige Therapiemethode, die **evidenzbasiert** nachweisen kann, bei schwerhörenden Kindern **verschiedene sprachliche Ebenen** zu verbessern“
- „Eine Anwendung für die **deutsche Sprache**, wie ...bei der Lee-Silverman-Voice-Therapie..., wurde noch **nicht** entwickelt“
- „Daher ... für Klientele im Gültigkeitsbereich dieser Leitlinie **nicht** relevant“



Semantisch-lexikalische Therapie C.W. Glück: Semantisch-Lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Therapieformen und ihre Wirksamkeit (Review): Sprache Stimme Gehör 2003, 27: 125-134

Zwar konnte in den vorgestellten Studien stets eine Wirksamkeit der ein oder anderen Therapieform belegt werden, einen Beleg für die Nützlichkeit der Therapie, d.h. der klinisch bedeutsamen Verringerung der semantisch-lexikalischen Störung insgesamt, sind alle erwähnten Studien schuldig geblieben. Dahingehend können die bisherigen Arbeiten nur als ein erster Schritt hin zu einer mehrdimensionalen Therapieevaluation gesehen werden, die im Sinne einer *evidence based practice* auch in der Sprachtherapie mit Kindern und Jugendlichen zukünftig stärker eingefordert werden muss, um die belegte Wirksamkeit und Nützlichkeit einer Therapie stärker als Indikationskriterium berücksichtigen zu können.

Bedeutet: **efficiacy: ja**, **effectiveness: unklar**



Stationäre Komplextherapie („Sprach-Reha“)

A. Keilmann, C. Kiese-Himmel: Stationäre Sprachtherapie bei Kindern mit schweren spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Laryngo-Rhino-Otol 2011; 90: 677– 682

	Prätherapeutisch (T1)	Posttherapeutisch (T2)	p	Effektgröße d (95%-CI)
Rezeptive Sprachfähigkeiten	M (SD)	M (SD)		
Blocktherapie (n = 33)	49,03 (10,67)	58,92 (11,65)	<0,0001	0,89 (0,72–1,05)
Intervalltherapie (n = 70)	47,69 (8,69)	57,26 (11,24)	<0,0001	0,95 (0,77–1,13)
	Monate EA	Monate EA		
Expressiver Wortschatzumfang	M (SD)	M (SD)		
Blocktherapie (n = 31)	33,67 (18,67)	41,95 (11,52)	<0,0001	0,70 (0,48–0,92)
Intervalltherapie (n = 62)	28,60 (10,98)	37,19 (10,63)	<0,0001	0,79 (0,61–0,98)
	RW	RW		
Phonologische Verarbeitung	M (SD)	M (SD)		
Blocktherapie (n = 36)	9,70 (5,15)	11,24 (4,82)	<0,0001	0,37 (0,22–0,52)
Intervalltherapie (n = 75)	5,00 (3,92)	7,05 (4,34)	<0,0001	0,48 (0,29–0,67)
	RW	RW		

Bedeutet:

Eine stationäre Komplextherapie ist bei 6! Jahre alten Kindern signifikant wirksam.

Eine Intervalltherapie ist der Blocktherapie überlegen, aber nicht signifikant.

EA = Entwicklungsalter
RW = Rohwert
CI = Konfidenzintervall

Block: 1 x 6 Wochen stationär
Intervall: 3 x 2 Wochen stationär, dazwischen 1 Monat Pause



Faszilitationstherapie plus Elternberatung bei Late Talkern (24 Sitzungen) Megan Y. Roberts, Ann P. Kaiser: Early Intervention for Toddlers With Language Delays: A Randomized Controlled Trial. PEDIATRICS 2015, 135: 686-693

TABLE 3 Outcome Comparisons

Outcome	Mean (SD) for Trial Arms		Mean Difference (Intervention - Control)	Adjusted		Effect Size
	Intervention (n = 45)	Control (n = 43)		95% Confidence Interval	P	
Primary child outcomes						
Expressive language, PLS-4 ¹²	84.3 (13.9)	80.2 (12.0)	4.1	-4.5 to 5.3	.88	0.03
Receptive language, PLS-4 ¹²	86.3 (19.4)	77.3 (20.4)	9.0	0.15 to 10.4	.04	0.27
Secondary child outcomes: Expressive Vocabulary						
MCDI ¹⁴	233.7 (172.6)	214.5 (148.3)	19.2	-17.2 to 83.9	.10	0.21
NDW	54.9 (30.2)	38.0 (30.3)	16.9	2.5 to 20.4	.01	0.38
EOWPVT-3 ¹³	75.7 (16.3)	70.0 (17.7)	5.7	-4.2 to 11.12	.40	0.21
Secondary child outcomes: Receptive Vocabulary						
PPVT-4 ¹⁶	94.3 (13.6)	85.6 (16.7)	8.7	0.4 to 10.5	.04	0.35
Primary caregiver outcomes, %						
Matched turns	74 (13)	32 (15)	42	34 to 46	<.01	2.86
Responsiveness	65 (19)	60 (14)	5	1 to 10	.02	0.96
Targets	47 (21)	9 (4)	38	33 to 45	<.01	2.65
Expansions	42 (18)	4 (4)	38	35 to 48	<.01	3.19
Time delays	48 (28)	0	48	18 to 40	<.01	1.07
Prompting	50 (38)	0	50	17 to 53	<.01	1.25
Secondary caregiver outcomes						
Stress, PSI ¹⁵	191.2 (47.4)	186.6 (38.2)	4.6	-16 to 16	.15	-0.16

Effect size calculated by dividing the adjusted mean difference by standard deviation of the matched and control arms. Adjusted analyses include baseline scores, household income, and child cognitive scores as covariates. PLS-4, Preschool Language Scale, Fourth Edition; MCDI, MacArthur Bates Communication Development Inventories; NDW, number of different words in a 20-minute play interaction; EOWPVT-3, Expressive One-Word Picture Vocabulary Test, Third Edition; PPVT, Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition; PSI, Parenting Stress Index, Fourth Edition.

Bedeutet:
Sprachtherapien in Form von Faszilitationstechniken sind bei 2 ½ Jahre alten „Late Talkern“ (F80.1 V) unwirksam.
Durch ein Training der Eltern wird deren sprachförderndes Kommunikationsverhalten signifikant verbessert.



Konzepte der alltagsintegrierten Sprachförderung

- It Takes Two to Talk[®]: The **Hanen Program[®]** for Parents of Children with Language Delays (Toronto, CND)
- **Heidelberger Elterntraining** (HET) von Anke Buschmann: Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit gestörter Sprachentwicklung
- **Schritte in den Dialog** von Delia Möller: Frühe pragmatisch-kommunikative Therapie für Familien mit sprachentwicklungsgestörten Kindern

Die Behandlung von Angehörigen kann in Deutschland nicht verordnet werden. Gelegentliche Angebote von **SPZs**.



Konsultationsanlass/Leitsymptom „Sprech- und Sprach-auffälligkeiten“ und deren Diagnosen **speziell bei Kindern**

Konsultationsanlässe/Leitsymptome und Diagnosen (nach Inzidenz geordnet)

- schwer verständliche Sätze: Sprachentwicklungsstörungen (SES) mit Komorbiditäten („symptomatisch“, „eingebettet“), ohne Komorbiditäten („umschrieben“, „spezifisch“, „USES“), oder umgebungsbedingt (Deprivation, Plurilinguismus)
- schwer verständliche Wörter: **Aussprachestörungen** (entwicklungsbedingt oder bei **Dysglossie**, z.B. durch Gaumenspalten oder Tonsillenhypertrophie, bei **Dysarthrie** durch neurologische Krankheiten) oder beim **Poltern** („Nuscheln“)
- unflüssiges Sprechen: Stottern, Poltern, Dysarthrie („dysarthrisches Stottern“)
- Verhaltensauffälligkeiten (Vermeidungsverhalten, geringe Frustrationstoleranz, oppositionelles Verhalten) durch Störungsbewusstsein (psychisch)
- Aufhören, zu sprechen, sprachliche Rückschritte: Mutismus (immer mit Störungsbewusstsein) oder Aphasie (z.B. Landau-Kleffner-Syndrom)



Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011 (staatl. Mandat)

Indikationen, Abgrenzung von medizinischer Therapie und
sonderpädagogischer Fördermaßnahmen, Mengenbegrenzung

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

(Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL)

in der Fassung vom 19. Mai 2011
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 224) vom 30. Juni 2011
in Kraft getreten am 1. Juli 2011

und zuletzt geändert am 29. Juni 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 28.07.2020 B3
in Kraft getreten am 1. Juli 2020

SP1 SES bei Komorbiditäten und USES

SP2 AVWS

SP3 Aussprachestörungen

SP4 SES bei hochgradiger Schwerhörigkeit

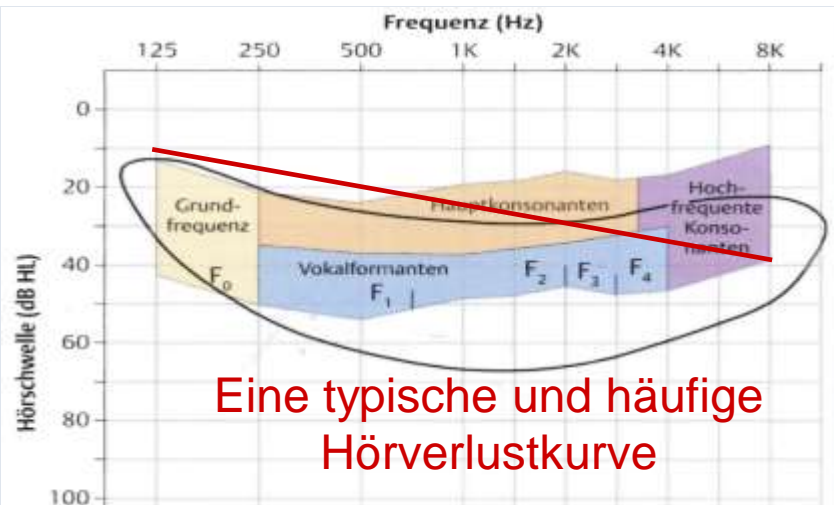
SP 5 Aphasie und Dysphasie

SP 6 Dysarthrie/ Sprechapraxie

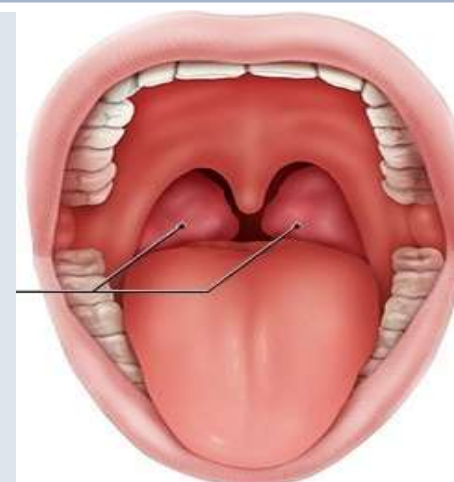
RE1 Stottern

RE 2 Poltern

Schwerhörigkeiten und Tonsillenhypertrophien als Ursachen von Aussprachestörungen



Audiogene Aussprachestörung
Bes. hochfrequ. Reibelaute betroffen
Auf Artikulations**modus** achten!



<https://www.gesundheitsinformation.de>

Dysglossie
Bes. Rachenlaute betroffen
Auf Artikulations**ort** achten!



Cochrane-Review zur Therapie bei Aussprachestörungen

Review zur **orofazial-motorischen** Therapieansätzen:

- Lee AS, Gibbon FE: Non-speech **oral motor treatment** for children with developmental speech sound disorders. Cochrane Database Syst Rev 2015
- 4 Publikationen gefunden, 3 analysiert, insges. nur 22 Patienten, **schwerwiegende methodische Einschränkungen**
- Fazit: “Currently **no strong evidence** suggests that NSOMTs are an effective treatment or an effective adjunctive treatment for children with developmental speech sound disorders.”



Cochrane-Review zur Therapie bei Aussprachestörungen

Review zur Therapie bei **Sprechapraxie**:

- Morgan AT, Vogel AP: Intervention for childhood **apraxia of speech**. Cochrane Database Syst Rev 2008
- 825 Publikationen gefunden, 31 analysiert, **alle ausgeschlossen!**
- Fazit: “The review demonstrates a critical lack of well controlled treatment studies addressing treatment efficacy for CAS, making it **impossible for conclusions to be drawn** about which interventions are most effective for treating CAS in children or adolescents.”



Therapie von Aussprachestörungen durch mundmotorische Übungen

K. Forrest: Sind mundmotorische Übungen... (Review).
Sprache Stimme Gehör 2002, 26: 150-156

Fazit

Betrachtet man die bisherigen Daten, so können mundmotorische Übungen nicht als wirksames Behandlungsprotokoll für Kinder mit Artikulationsstörungen empfohlen werden:

- Untersuchungen zu Transferleistungen zeigen, dass mundmotorische Übungen insbesondere für Artikulationsbewegungen, die eine gleichzeitige Feinabstimmung und Koordination erfordern, kontraproduktiv sind. Somit kann ein solider Transfereffekt keineswegs erwartet werden. Lediglich Bewegungsabläufe, die mit klar definierten Start- und Zielpunkten in Einzelbewegungen zergliedert werden können, können separat geübt werden [64, 65]. Inwieweit nichtsprachgebundene Übungsverfahren (z. B. zur Kontrolle von Atmung und laryngealer Funktion [66, 67] sinnvoll sind, bleibt abzuwarten.
- Unklar ist die Datenlage auch zur Verbesserung der Muskelkraft. Dies liegt daran, dass Messungen zur physiologischen Muskelkraft der Artikulatoren im Kindesalter fehlen. Streng genommen fallen Kinder, bei denen tatsächlich eine Muskelschwäche vorliegt, auch nicht in die Gruppe mit reinen Artikulationsstörungen, sondern sind per Definition dysarthrisch oder leiden an einer Dysglossie.
- Auch der Einsatz „früher Bewegungsmuster“, wie sie z. B. für das Kauen und Saugen gebraucht werden, scheinen als Einsatz für die Therapie von Artikulationsstörungen nicht tauglich zu sein, da sie eine prinzipiell ganz andere Muskelkoordination erfordern.

Therapeuten sollten deshalb lieber zielgerichtet an der Verbesserung der komplexen Artikulationsmotorik arbeiten, um zeitliche und finanzielle Ressourcen optimal auszunutzen [68].



Therapie von Aussprachestörungen

B. Bräger, A. Nicolai, T. Günther:
Therapieeffektivität der Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie (P.O.P.T.): Eine Therapieeffektstudie mit Kindern unter 6 Jahren. Sprache · Stimme · Gehör 2007; 31: 170 – 175

Tab. 2a Entwicklung der **Auftretenshäufigkeit des behandelten Prozesses**; Die Tabelle zeigt für jeden einzelnen Probanden die Auftretenshäufigkeit des behandelten Prozesses zum Moment der Eingangsuntersuchung (EU), der Vormessung (VM) und zur Nachmessung (NM), die prozentuale Verbesserung eines jeden Probanden bezüglich der Auftretenshäufigkeit des behandelten Prozesses sowie die dazugehörigen statistischen Werte

Proband	Häufigkeit EU	Häufigkeit VM	Häufigkeit NM	Verbesserung VM-NM in %	p-Wert VM-NM
1	33	14	0	100	
2	22	21	22	-4,76	
3	3	6	6	50	
4	19	10	20	73,33	
5	3	6	0	100	Z = -2,565 p = 0,01
6	20	27	14	48,15	
7	11	11	16	30	
8	11	11	9	18,18	
9	26	19	7	63,16	
10	16	10	1	90,00	

Bedeutet:

„Aus konstanter Aussprachestörung wird eine **inkonstante**“ ist bei 4-6! Jahre alten Kindern **signifikant**

Tab. 2b Entwicklung des **Prozentsatzes korrekter Konsonanten**. Die PCC-Werte der allgemeinen Spontansprache, sowie der spezifischen Prozesse jeweils der Vor- und Nachmessung sind inklusive Signifikanzwerte angegeben

Proband	PCC in % VM	PCC in % NM	p-Wert VM-NM	PCC in % des Prozesses VM	PCC in % des Prozesses NM	p-Wert VM-NM
1	97,10	100		50,00	100,00	
2	97,78	93,55		0	0	
3	88,43	95,24		100,00	75,00	
4	95,67	97,73		20,00	0	
5	93,87	100,00	p = 0,000	100,00	100,00	p = 0,560
6	96,94	97,49	p = 0,169	54,55	61,54	p = 0,575
7	87,10	91,33		50,00	40,00	
8	95,19	97,00		20,00	100,00	
9	99,63	93,44		20,00	46,15	
10	93,06	98,96		11,11	60,00	

„Aus einer konstanten Aussprachestörung wird eine **immer normale Lautbildung**“ ist **nicht signifikant**



Therapie von Aussprachestörungen T. Günther, S. Hautvast:

Ergänzung der klassischen Artikulationstherapie durch Kontingenzmanagement und Shared-Decision-Making: eine Therapieeffektstudie. Sprache · Stimme · Gehör 2009; 33: 9-15

Tab. 1 Teilnehmende Probanden (n = 136); WL = Warteliste; VR = klassische Artikulationstherapie nach Van Riper; KM = klassische Artikulationstherapie + Kontingenzmanagement & Shared-Decision-Making.

Ca. 5 Jahre alte Kinder	WL (n=38)	VR (n=50)	KM (n=48) *	p
Alter (±SD)	4,9 (0,95)	5,0 (0,89)	5,2 (0,85)	0,258
Geschlecht (Jungen/Mädchen)	24/14	26/24	21/27	0,202
Gestörter Laut (s/sch)	22/16	31/19	34/14	0,433
Anzahl Fehler Vormessung (±SD)	30,8 (3,7)	31,3 (2,7)	31,9 (2,4)	0,186

Bedeutet:
 Eine Aussprachetherapie mit
 Kontingenz-Management und
 Shared-Decision-Making ist bei
5! Jahre alten Kindern
signifikant wirksam



* Eltern und Kind
entscheiden zusammen
mit dem Therapeuten,
wann, wie und womit
belohnt wird. Auch die
Rangordnung von
Therapiezielen, Frequenz,
Zeitpunkt und Art der
Hausaufgaben sollten
zusammen besprochen
werden.

Abb. 2 Vergleich der relativen Verbesserung zwischen der...
 nach Van Riper (VR) und der Gruppe mit Van Riper in Kombination mit
 Kontingenzmanagement und Shared-Decision-Making (VR + KM).



Konsultationsanlass/Leitsymptom „Sprech- und Sprach-auffälligkeiten“ und deren Diagnosen **speziell bei Kindern**

Konsultationsanlässe/Leitsymptome und Diagnosen (nach Inzidenz geordnet)

- schwer verständliche Sätze: Sprachentwicklungsstörungen (SES) mit Komorbiditäten („symptomatisch“, „eingebettet“), ohne Komorbiditäten („umschrieben“, „spezifisch“, „USES“), oder umgebungsbedingt (Deprivation, Plurilinguismus)
- schwer verständliche Wörter: Aussprachestörungen (entwicklungsbedingt oder bei Dysglossie, z.B. durch Gaumenspalten oder Tonsillenhypertrophie, bei Dysarthrie durch neurologische Krankheiten) oder beim Poltern („Nuscheln“)
- unflüssiges Sprechen: **Stottern, Poltern, Dysarthrie („dysarthrisches Stottern“)**
- Verhaltensauffälligkeiten (Vermeidungsverhalten, geringe Frustrationstoleranz, oppositionelles Verhalten) durch Störungsbewusstsein (psychisch)
- Aufhören, zu sprechen, sprachliche Rückschritte: Mutismus (immer mit Störungsbewusstsein) oder Aphasie (z.B. Landau-Kleffner-Syndrom)



Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011 (staatl. Mandat)



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Institution

> Informationsarchiv

Indikationen, Abgrenzung von medizinischer Therapie und sonderpädagogischer Fördermaßnahmen, Mengenbegrenzung

Beratungsthemen

Beschlüsse

Richtlinien

Abschlussberichte

(Frühe) Nutzenbewertung
nach § 35a SGB V

> Richtlinie

[Methodenbewertung \(und zugehörige Qualitätssicherung\), Veranlasste Leistungen](#)

Heilmittel-Richtlinie

[Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung \(Rahmenrichtlinie\) \(17-3 KB, PDF\)](#)

Fassung vom: 20.01.2011 / 19.05.2011 BAnz. Nr. 96 (S. 2247) vom 30.06.2011

Letzte Änderung: 17.12.2015 BAnz AT 03.08.2016 B3

In Kraft getreten am: 04.08.2016

Zuständig: [Unterausschuss Methodenbewertung](#), [Unterausschuss Veranlasste Leistungen](#)

SP1 SES bei Komorbiditäten und USES

SP2 AVWS

SP3 Aussprachestörungen

SP4 SES bei hochgradiger Schwerhörigkeit

RF1 Stottern

RF2 Poltern



AWMF-Leitlinie 049/013 S3 2016 („e.V.“ ohne staatl. Mandat)



[RSS](#) | [AWMF-aktuell](#) | [Termine](#) | [GMS e-journal](#) | [Kontakt](#) | [Presse](#)

Suchbegriff eingeben

Leitliniensuche Seiteninhaltssuche

Darstellungsoptionen:



Sprache:



[Die AWMF](#) [Fachgesellschaften](#) **[Leitlinien](#)** [Forschung & Lehre](#) [Medizin. Versorgung](#) [Service](#)

[→ Home](#) [→ Leitlinien](#) [→ Detail](#)

[Leitlinien-Suche](#)

[Aktuelle Leitlinien](#)

[Angemeldete Leitlinien](#)

[Patienteninformation](#)

[Leitlinienprogramme](#)

[AWMF-IMWi](#)

[Leitlinien-Kommission](#)

[LL-Glossar](#)

[AWMF-Regelwerk](#)

[LL- Partner & Links](#)

[LL- Veranstaltungen](#)

[Dokumentenarchiv](#)

Leitlinien



Leitlinien-Detailansicht

Redeflussstörungen, Pathogenese, Diagnostik und Behandlung

Registernummer 049 - 013

Klassifikation **S3**

Stand: 31.08.2016 , gültig bis 31.08.2019

6.9.2016: redaktionell überarbeitete Langfassung ausgetauscht



Redeunflüssigkeiten

- **Physiologische** (normale) Unflüssigkeiten
 - In der Sprachentwicklung (bis etwa 5 Jahre)
 - Nach Abschluss der Sprachentwicklung:
bei Aufregung, unter psychosozialem Stress
- **Pathologische** (kranke) Unflüssigkeiten
 - Poltern
 - Stottern
 - Dysarthrisches Stottern (besondere Form
z.B. nach Schlaganfall oder bei M. Parkinson)



Unterschied zwischen Poltern und Stottern

- Poltern (eine “Normvariante des Sprechens”)
 - Prävalenz etwa 0,4 % bei Jugendlichen und Erwachsenen
 - **Familiäre** Häufung, **männliche** Familienmitglieder häufiger betroffen, oft mit **LRS/Legasthenie**
 - **Tachylalie**, undeutliche Aussprache (“**Nuscheln**”)
 - Bei **Hinwendung** der Aufmerksamkeit (Referate u.a.) **besser**
 - Bei Müdigkeit und **nach Schulschluß schlimmer**
 - **Kein** Störungsbewusstsein
 - **Gut in Mathe (und Musik)**, schlecht in Sprachen
- Empfehlungen für Fachkräfte
 - Nicht thematisieren, **Talente stärken**, Schwächen übergehen
 - Förderung und Therapie RF2 bei Kindern unwirksam: **“damit leben”!**



Unterschied zwischen Poltern und Stottern

- Stottern (eine Krankheit)
 - Prävalenz 1 %, **geringere** familiäre Häufung
 - Primärsymptome (stets) **Lautwiederholungen, Dehnungen**
 - **Sekundärsymptome** (oft) Erröten, Mitbewegungen
 - **Störungsbewusstsein, Scham, Minderwertigkeitsgefühl**
 - Bei Hinwendung der Aufmerksamkeit **schlechter**
 - Bei Müdigkeit, nach Schulschluss und abends **besser**
 - **Kein Bezug** zur mathematisch-naturwissenschaftlichen oder sprachlichen Begabung und auch nicht zur LRS
- Empfehlungen für Fachkräfte
 - Nicht thematisieren, dadurch **Prophylaxe** von Sekundärsymptomen
 - **Keine** Besserung durch Förderangebote möglich
 - Sondern ausschließlich durch **evidenzbasierte Therapien**



Redeflussstörungen mit Beginn in der Kindheit (markiert) nach AWMF-LL Reg. Nr. 049-013

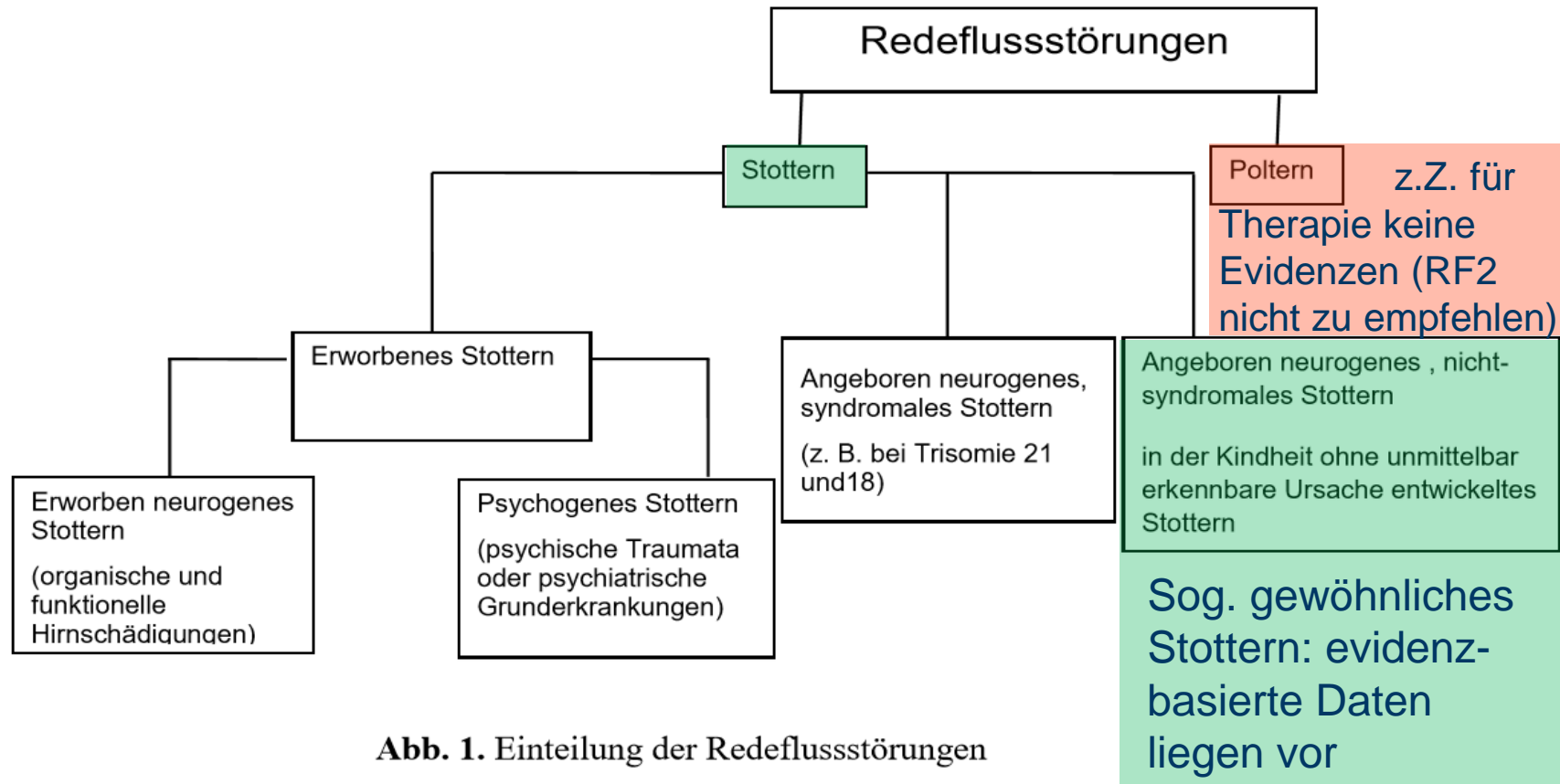


Abb. 1. Einteilung der Redeflussstörungen



Evidenzbasierte Therapieverfahren für das sog. gewöhnliche Stottern

- **Sprechrestrukturierung (hohe Evidenz für Effektivität)**: Erlernen einer neuen Sprechweise ohne Unflüssigkeiten, z.B. Fluency Shaping, **Kasseler Stottertherapie (KST)**, Camperdown-Programm
- **Stottermodifikation (schwache Evidenz für Effektivität)**: Lernen, gestotterte Silbe zu stoppen und mit einer bewussten Artikulationsbewegung zu realisieren
- Kombination davon (**schwache Evidenz f. E., aber keine Überlegenheit**)
- **Lidcombe-Programm (hohe Evidenz f. E.)**: Konditionierung, Lob für flüssiges Sprechen, wenig Tadel für unflüssiges Sprechen, frühestens ein halbes Jahr nach Beginn des Stotterns beginnen, spontane Remissionen ausnutzen!
- **Indirekte Methoden (hohe Evidenz f. E.)**: individuell erforderlichen Bedingungen schaffen, unter denen die Sprechflüssigkeit zunimmt, z.B. RESTART Demands and Capacities Model Based Treatment



Nicht evidenzbasierte und nicht empfehlenswerte Therapieverfahren für das sog. gewöhnliche Stottern

Nr	Autoren	Bemerkungen	Evidenzgrad	Bewertung Studienqualität
Rhythmisches Sprechen				
43	Andrews et al. (1980)	neg. Empfehlung, hierzu nur moderate, kurzfristige Effekte beschrieben.		++*
Atemregulation				
43	Andrews et al. (1980)	neg. Empfehlung, hierzu nur moderate, kurzfristige Effekte beschrieben	1	++*
7	Euler et al. (2014)	neg. Empfehlung, wenn alleinige Therapie-Komponente	3	+**
Hypnose				
7	Euler et al. (2014)	Einschätzung der Wirkung durch Patienten, neg. Empfehlung	3	+**
Unspezifizierte Stottherapie				
7	Euler et al. (2014)	Einschätzung der Wirkung durch Patienten, neg. Empfehlung für Behandlung ohne festgelegtes Konzept	3	+**

Taktile oder akustische Taktgeber

Del-Ferro-Methode

„Logopädie“ als Black-Box für eine Mischung von Methoden

*Empfehlungen zur Qualitätsbewertung v. systematischen Reviews und Metaanalysen, basierend auf dem von SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) verwendeten AMSTAR tool (Shea et al. 2007), (<http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>): ++ hohe Qualität, + akzeptabel, - mindere Qualität, 0 unakzeptabel, abzulehnen

**Empfehlungen zur Qualitätsbewertung randomisierter und nicht randomisierter Studien der AWMF: ++ hohe Qualität, + akzeptabel, - mindere Qualität, -- unakzeptabel, abzulehnen

Tab. 14. Übersicht über die Evidenzen für Verfahren mit schwacher Evidenz.

Erläuterungen zur Legende s. Tab. 7.

Bitte Fachleuten überlassen!



Konsultationsanlass/Leitsymptom „Sprech- und Sprach-auffälligkeiten“ und deren Diagnosen **speziell bei Kindern**

Konsultationsanlässe/Leitsymptome und Diagnosen (nach Inzidenz geordnet)

- schwer verständliche Sätze: Sprachentwicklungsstörungen (SES) mit Komorbiditäten („symptomatisch“, „eingebettet“), ohne Komorbiditäten („umschrieben“, „spezifisch“, „USES“), oder umgebungsbedingt (Deprivation, Plurilinguismus)
- schwer verständliche Wörter: Aussprachestörungen (entwicklungsbedingt oder bei Dysglossie, z.B. durch Gaumenspalten oder Tonsillenhypertrophie, bei Dysarthrie durch neurologische Krankheiten) oder beim Poltern („Nuscheln“)
- unflüssiges Sprechen: Stottern, Poltern, Dysarthrie („dysarthrisches Stottern“)
- Verhaltensauffälligkeiten (Vermeidungsverhalten, geringe Frustrationstoleranz, oppositionelles Verhalten) durch **Störungsbewusstsein** (psychisch)
- Aufhören, zu sprechen, sprachliche Rückschritte: Mutismus (immer mit Störungsbewusstsein) oder Aphasie (z.B. Landau-Kleffner-Syndrom)



Sprachliche Verhaltensauffälligkeiten

- Sprachliches **Vermeidungsverhalten**: Kinder kommunizieren wenig, man kommt schlecht ins Gespräch
- **geringe Sprechfreude**: Kinder äußern sich von sich aus wenig
- **geringe Frustrationstoleranz**: Kinder arbeiten in einer Sprachtherapie nur bis zum ersten Misserfolg mit
- **oppositionelles Verhalten**: Kinder öffnen bei Untersuchung den Mund nicht, arbeiten bei Sprachuntersuchungen nicht mit
- Ursache: **Störungsbewusstsein**, durch Thematisierung einer Sprachstörung in Anwesenheit des betroffenen Kindes
- Mögliche Folgen bei Eskalation: **Mutismus, Redeunflüssigkeiten**



Empfehlungen für Fachkräfte zur Vermeidung zum und Abbau eines Störungsbewusstseins

- Sprachauffälligkeiten **nicht** in Anwesenheit des betroffenen Kindes **thematisieren**, sondern darüber hinweggehen
- Einschließlich der Vermeidung einer **non-verbalen** Thematisierung
- Taktvolle und „lockere“ Anwendung des **Corrective Feedback**
 - Vermeidung einer unnatürlichen Betonung
 - Vermeidung eines unnatürlichen Satzbaus
 - Vermeidung einer unnatürlichen Wiederholung korrekter Zielformen
 - Gesprächscharakter beibehalten, „**locker**“ formulieren
- Anwendung dieses Kommunikationsstils durch **ausnahmslos** alle Bezugspersonen (z.B. auch Großeltern, Erzieher u.a.)
- **Vermeidung von häuslichen Übungen** zur Ergänzung einer Sprachtherapie bei Kindern bis etwa 5 Jahren



Konsultationsanlass/Leitsymptom „Sprech- und Sprach-auffälligkeiten“ und deren Diagnosen **speziell bei Kindern**

Konsultationsanlässe/Leitsymptome und Diagnosen (nach Inzidenz geordnet)

- schwer verständliche Sätze: Sprachentwicklungsstörungen (SES) mit Komorbiditäten („symptomatisch“, „eingebettet“), ohne Komorbiditäten („umschrieben“, „spezifisch“, „USES“), oder umgebungsbedingt (Deprivation, Plurilinguismus)
- schwer verständliche Wörter: Aussprachestörungen (entwicklungsbedingt oder bei Dysglossie, z.B. durch Gaumenspalten oder Tonsillenhypertrophie, bei Dysarthrie durch neurologische Krankheiten) oder beim Poltern („Nuscheln“)
- unflüssiges Sprechen: Stottern, Poltern, Dysarthrie („dysarthrisches Stottern“)
- Verhaltensauffälligkeiten (Vermeidungsverhalten, geringe Frustrationstoleranz, oppositionelles Verhalten) durch Störungsbewusstsein (psychisch)
- Aufhören, zu sprechen, sprachliche Rückschritte: **Mutismus** (immer mit Störungsbewusstsein) oder **Aphasie** (z.B. Landau-Kleffner-Syndrom)



Mutismus

- Psychisch verursachtes **Schweigen/Verstummen**
- Meist „(s)**elektiv**“ gegenüber Erwachsenen, selten „**global**“
- **Vermeiden** von **Frustration** infolge des Erlebens eigenen „Unvermögens“
- Empfehlung für Fachkräfte: **Beratung der Eltern** zum Abbau sprachfordernden Verhaltens in der Umgebung, **ggf. Pause einer (U)SES-Therapie!**
- Falls dies nicht binnen 3-6 Monaten hilft: **Therapieversuch**
- Dafür gibt es **weder anerkannte Konzepte, noch Evidenz, noch einen Indikationsschlüssel** in der HMR



Landau-Kleffner-Syndrom

- Ein **Sprachverlust** (d.h. eine Aphasie) bei Kindern durch eine **Epilepsie** in der motorischen Sprachkortex der sprachdominanten Hemisphäre
- Leitsymptom: sprachliche **Rückschritte**, Verstummen nach anfänglichem normalem Sprachbeginn
- Differenzialdiagnose: Mutismus, Alalie
- Empfehlung für Fachkräfte: zur ärztlichen Behandlung raten
- Oft nur im Schlafentzugs-EEG feststellbar
- Zuerst: **medikamentöse Therapie** (Antikonvulsiva, ACTH)
- Nachrangig: Sprachtherapie



Wichtige Unterschiede bei Kindern, die **nicht** sprechen

- **Landau-Kleffner-Syndrom und andere Aphasien:** verstummen nach **anfänglich guter** Sprachentwicklung, Ursache sind **Krampfanfälle** oder andere **organische Störungen** in den kortikalen Sprachregionen
- **Mutismus:** dito, Ursache ist aber eine **psychische** Reaktion auf sprachforderndes Verhalten in der Umgebung
- **Alalie:** sprechen **von Anfang an nicht**, Ursache sind **genetische Syndrome** (Angelman, Rett, Cri-du-Chat)



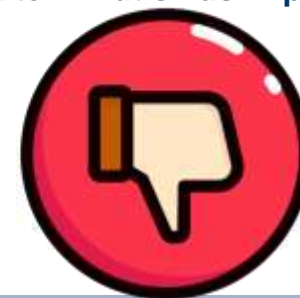
Wichtige Unterschiede bei Kindern, die **undeutlich** sprechen

- **Aussprachestörung**: undeutliches Sprechen **nur bestimmter Sprachlaute oder Lautgruppen**, Ursache ist eine Entwicklungsstörung oder eine Hörstörung, oft Teilsymptom einer (U)SES, daher auch am häufigsten
- **Dysglossie**: **dito**, Ursache ist eine Störung der **peripheren** Sprechorgane, z.B. Tonsillenhypertrophie, Gaumenspalten, **periphere** Zungenlähmungen
- **Dysarthrie**: **alle Laute betroffen**, Ursache sind **zentrale subkortikale** Hirnnervenlähmungen, oft mit Speichelfluss, infantiler Mundmotorik, Intoleranz fester Nahrung z.B. bei Infantiler Zerebralparese
- **Sprechapraxie/orofazialmotorische Apraxie**: **dito**, Ursache ist aber eine **kortikale** Störung des motorischen Planung, z.B. beim Down-Syndrom
- **Poltern**: **dito**, im Tagesverlauf stark **schwankendes** undeutliches Sprechen („nuscheln“), bei Überprüfung normale Aussprache



Vielfalt der Risiken für Bindungen, Aktivitäten und Teilhabe bei sprech- und sprachauffälligen Kindern

Diagnose/Therapie	Familie	Kindergarten/ Kita	Schule	Beruf
SES/USES	Keine wesentlichen	Ausgrenzung		Eingeschränkte Berufswahl
Aussprachestörungen	Keine wesentlichen	Keine wesentlichen	Stigmatisierung, Ausgrenzung	
Alalie bei Syndromen	Bindungsstörung	+ Ausgrenzung		
Stottern	Keine wesentlichen	Stigmatisierung, Ausgrenzung		
Poltern	Keine wesentlichen	Keine wesentlichen	Keine wesentlichen	Probleme in Berufen mit hoher Sprechbelastung
Mutismus	Bindungsstörung	+ Ausgrenzung	Sollte beseitigt sein	Keine wesentlichen
Landau-Kleffnersyndrom u.a. Aphasien	Bindungsstörung	+ Ausgrenzung	Sollte beseitigt sein	Sollte beseitigt sein
Sprech-/Sprachtherapie	Verlust von Freizeit, Verlust spontaner Entwicklungschancen	+ Ausgrenzung	Verlust von Freizeit, Hobby, Fehlzeiten in der Schule	Sollte beendet sein



DOs

DON'Ts

Fazit: „Dos and don'ts“ bei sprech- und sprachauffälligen Kindern

- Was **tun**?
 - Alle sprachlichen Ebenen systematisch **untersuchen**, am besten mit Tests
 - Der **Verlauf** bzw. **Trend** der Symptomatik beobachten, z.B. halbjährlich
 - Ggf. die **Komorbiditäten/Ursachen** herausfinden und **vorrangig** behandeln
 - Bei **schwerhörigen** Kindern: Frühförderung durch **Fachpädagogen**
 - Bei globalen oder kombinierten **Entwicklungsstörungen**: **Frühförderung**
 - Zum Corrective Feedback **beraten** – aber richtig! („**locker bleiben**“)
- Was **nicht**?
 - **Late-talker-Situation** schon als „Sprachkrankheit“ einstufen
 - **Voreilig** Sprech- oder Sprachtherapie empfehlen (Diagnosen? Alter? Verlauf?)
 - Sonderpädagogischer Förderung **plus** Sprech- und Sprachtherapie (HMR)
 - Soziale und multikulturelle Faktoren **überbewerten**
 - **Mundmotorik-Übungen** zur Behandlung von Aussprachestörungen
 - **Voreilige** Umsetzung von Konzepten, die noch nicht konsentiert sind



Workshop 3

Sprech- und Sprachauffälligkeiten bei Kindern

Die Vielfalt der Diagnosen, der Ursachen,
der Förderungsmöglichkeiten und
der Therapieverfahren





Korrespondenzadresse und Urheberrecht

Prof. Dr. med. Rainer Schönweiler

Direktor der Sektion für Phoniatrie und Pädaudiologie sowie des Hörzentrums Lübeck

Komm. Direktor der Klinik für HNO-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Ratzeburger Allee 160, D-23562 Lübeck

Tel. +49-(0)451-500-3485, Fax +49-(0)451-500-6792

Homepage Klinik: www.uksh.de/phoniatrie-luebeck,

www.uksh.de/hoerzentrum-luebeck

E-Mail: rainer.schoenweiler@phoniatrie.uni-luebeck.de

Das Script unterliegt dem Urheberrecht. Eine Vervielfältigung ist nur für den persönlichen Gebrauch erlaubt. Eine Weitergabe an Dritte oder Veröffentlichung ist nicht ohne ausdrückliche Erlaubnis des Autors gestattet.