

Ausführliche Stellungnahme der DGPP zur diskutierten Terminologieänderung für Sprachstörungen im Kindesalter

Katrin Neumann¹, Annerose Keilmann², Peter Kummer³ (als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie)

¹Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Katholisches Klinikum, Ruhr-Universität Bochum, Bleichstr. 16, 44787 Bochum

²Stimmheilzentrum Salinenstr. 43, 74906 Bad Rappenau

³Sektion Phoniatrie und Pädaudiologie, HNO-Klinik, Universitätsklinikum Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

Zusammenfassung

Sprachtherapeutische und linguistische Fachkreise empfehlen die Übernahme einer von einem internationalen Konsortium empfohlenen Nomenklaturänderung für sprachassoziierte Störungen im Kindesalter, insbesondere für Sprachentwicklungsstörungen, auch für den deutschsprachigen Raum (Kauschke & Vogt 2019a). Es stellt sich damit die Frage, ob eine solche Terminologieänderung auch aus phoniatrich-pädaudiologischer Sicht sinnvoll ist.

Nachfolgend werden die Argumente für und gegen eine Terminologieänderung aus phoniatrich-pädaudiologischer Perspektive diskutiert.

Nach Auffassung der Autor*innen sollte die bisherige ICD-10-GM-21- und leitlinienbasierte Definition von SES und ihre Subklassifikation in „umschriebene Sprachentwicklungsstörungen“ und „Sprachentwicklungsstörungen assoziiert mit weiteren Erkrankungen (Komorbiditäten)“ derzeit nicht zugunsten eines einzigen Begriffs „Sprachentwicklungsstörungen“ aufgegeben werden. Entsprechend der ICD-10 und können umschriebene Sprachentwicklungsstörungen nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden, und die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes müssen deutlich unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegen („Normalitätsannahme“). Die Diagnose „umschriebene Sprachentwicklungsstörungen“ erscheint allerdings weit genug, um leichtere nonverbale Einschränkungen einzuschließen und birgt nicht die Gefahr, Kindern Sprach- und weitere Therapien vorzuenthalten. Die ab 2022 gültige ICD-11 benutzt zwar auch nur noch den einen Begriff „Sprachentwicklungsstörung“, meint aber inhaltlich damit die umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen, von denen die mit weiteren Erkrankungen und Störungen assoziierten Sprachentwicklungsstörungen abgegrenzt werden müssen.

Die vorgeschlagene Ersetzung des Begriffs „Komorbiditäten“ durch „differenzierende Bedingungen“ lässt den Verzicht auf eine dezidierte medizinische Differentialdiagnostik befürchten.

Die vorgeschlagene neue Terminologie birgt die Gefahr, durch eine Verwischung ätiologisch bedeutsamer Klassifikationen und differenzialdiagnostischer Grenzen von sprachlichen Störungen im Kindesalter auf wertvolles phoniatrich-pädaudiologisches Fachwissen zu verzichten und eine Umgehung ärztlicher Berufsgruppen für Diagnostik und Therapie zu bahnen.

Vorbemerkungen

Wenn eine neue Terminologie eingeführt werden soll, stellt sich zunächst die Frage, warum dies notwendig erscheint, ob die bisherige Terminologie eventuell weiterhin ausreicht oder nur leicht verändert werden muss, weiterhin welchen Aufwand eine Terminologieänderung bedeutet und zu welchen Konsequenzen sie führt. Ein internationales, englischsprachiges Konsortium, entstanden aus britischer Initiative (29 von 57 Teilnehmern stammten aus Großbritannien, die anderen aus Australien, Hong Kong, Irland, Kanada, Neuseeland, USA), das sich überwiegend aus Speech-Language Therapists/Pathologists oder vergleichbaren Berufen (38 von 57 Teilnehmern, gefolgt von 8 Psychologen, 4 Charity-Vertretern, 3 Ärzten und weiteren) dieser westlichen, high-income-Länder zusammensetzte, beriet über eine neue Terminologie von Sprach- und sprachgebundenen Kommunikationsstörungen im Kindesalter. Hintergrund war, dass bisher keine einheitliche Nomenklatur verwendet wurde und vorhandene Bezeichnungen einige Schwierigkeiten bargen. Was allerdings das eigentliche Problem war, ist weder aus dem Schlüsselartikel von Bishop et al. (2017) noch aus dem von Kauschke und Vogt et al. (2019 b) genau zu erkennen. So heißt es bei vorgenannten Autoren, dass „eine Reflexion und Veränderung der Sichtweise auf sprachliche und nichtsprachliche Fähigkeiten von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen (SES) sowie auf Begleiterscheinungen und Bedingungshintergründe“ zur neuen Terminologie führten. Insbesondere wurde der Begriff *Specific Language Impairment* als problematisch empfunden, da er „...die Fähigkeiten und Schwierigkeiten der betroffenen Kinder und die klinischen Realitäten nicht treffend erfasst“ (Kauschke & Vogt 2019 b) bzw. „...because it seemed not to reflect clinical realities and excluded many children from services (Bishop et al. 2017, Ebbels 2014). Inwiefern das so ist, wird aus der genannten Literatur nicht vollständig klar, dabei wäre letztgenanntes Argument ein guter Grund für eine Terminologieänderung. Bishop et al. (2017, 2010) merken zudem in ihrer Argumentation an, dass Sprachentwicklungsstörungen weniger Forschungsförderung erhalten würden als andere Störungsbilder wie Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) oder Autismusspektrumstörungen (ASD). Für SLI wird noch erwähnt, dass medizinische Fachleute und Laien weniger vertraut mit dem Begriff zu sein scheinen als mit Lese-Rechtschreib-Störungen und ASD (Kamhi, 2004), beides keine hinreichenden Gründe für eine Terminologieänderung. In Kauschke und Vogt (2019) findet sich als weitere Argumentation, dass der Begriff der spezifischen Sprachentwicklungsstörung deshalb verlassen werden sollte, da die Ausschlusskriterien (Hörstörung, nonverbale kognitive Einschränkung, neuronale Schädigung, tiefgreifende emotionale oder soziale Störung, Störung der Sprechwerkzeuge oder oraler motorischer Funktionen) in die Kritik gekommen seien, ohne dass allerdings schlüssig erklärt wird, inwiefern. Indirekt schließen die Autoren dieser Stellungnahme, dass sich einige der auszuschließenden Störungen nicht vollkommen ausschließen lassen bzw. doch häufig in leichter Form vorhanden sind.

Letztlich, so der Vorschlag in Kauschke und Vogt (2019 b), soll der Begriff der „spezifischen“ oder „umschriebenen“ SES verlassen werden zugunsten des Begriffs der „Sprachentwicklungsstörung“, der zugleich ausgeweitet wird auf Kinder, bei denen die o. g., ursprünglich auszuschließenden Störungen in leichter Form vorliegen, im kognitiven Bereich allerdings bis in den Bereich der Lernbehinderung ($IQ \geq 70$). Davon abzugrenzen wären „Sprachentwicklungsstörungen mit Komorbiditäten“. Die Ausschlusskriterien sollen ersetzt werden durch ursächliche Faktoren, mögliche Begleiterscheinungen und Risikofaktoren. Alle stimm-, sprech- und sprachgebundenen Kommunikationsauffälligkeiten im Kindesalter sollen unter dem Oberbegriff „Kinder mit Unterstützungsbedarf Sprache/Kommunikation“ (KUSK) zusammengefasst werden.

Art der Konsensusfindung:

Ausführlich wird in der Schlüsselpublikation von Bishop et al. (2017) der Weg der strukturierten Konsensusfindung mittels Online-Delphi-Verfahren erläutert. Hierbei ist sicherlich sehr sorgfältig und nach *good practice*-Prinzipien vorgegangen worden. Die Ausführlichkeit der Beschreibung vermittelt allerdings den Eindruck, es habe sich hier um eine Art Konsensus gehandelt, der wegen der aufwändigen vorherigen Diskussionen, des angewendeten Delphi-Verfahrens und des Einbezugs von Vertretern mehrerer englischsprachiger Länder anderen Konsensbildungen zum Thema überlegen ist und der wie selbstverständlich ein internationales Einverständnis erlangen wird. Dem steht allerdings nicht nur der Bias der Repräsentativität der vertretenen Länder entgegen – WEIRD (Western, educated, industrialized, rich, and democratic) countries sind eben nicht repräsentativ für den Rest der Welt, auch wenn dort sicher die meisten speech-language therapists/pathologists tätig sind – sondern auch eine deutliche Unausgewogenheit der Konsensgruppe: Unter den 57 Teilnehmern befanden sich lediglich drei Ärzte und dann auch nur von einer Fachspezialisierung (Pädiatrie). Damit allein entsteht eine stark gewichtete Sichtweise, die deutlich eine spezifische Situation dieser Ländergruppe widerspiegelt, in der akademische Speech-Language Therapists/Pathologists die Hauptverantwortung für Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen tragen. Dies trifft nun für Deutschland und den gesamten deutschsprachigen Raum nicht zu. Hier teilen sich Ärzte¹ und Therapeuten die Verantwortung, und es bedarf es einer ärztlichen Verordnung für eine Sprachtherapie. Der Arzt/die Ärztin ist damit auch verantwortlich für die diagnostische Einordnung der sprachlichen Symptomatik. Neben Pädiatern und HNO-Ärzten gibt es die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, für deren Fachspezialisierung Sprachentwicklungsstörungen einen Schwerpunkt darstellen und deren Klientel in etwa 60% Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sind. Weiterhin wurde auch für die Erstellung der deutschen interdisziplinären S2k-Leitlinie „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)“ (de Langen-Müller et al. 2011) ein Delphi-Verfahren genutzt, in das die Vertreter von 13 mit Sprachentwicklungsstörungen befassten Fachgesellschaften eingebunden waren – eine sicher ausgewogenere Vertretung der mit Sprachentwicklungsstörungen befassten Fachdisziplinen als die oben genannte, zumindest für den deutschsprachigen Raum.

Stellungnahme zu den Statements aus Bishop et al. 2017:

Statement 1

Kernaussage:

Es ist wichtig, dass alle, die professionell im Bereich von kindlichen Sprachproblemen arbeiten, eine einheitliche Terminologie verwenden.

Stellungnahme: Dem ist uneingeschränkt zuzustimmen. Auf eine solche einheitliche Terminologie hatte man sich für Deutschland allerdings mit der AWMF-S2-Leitlinie „Diagnostik von „Sprachentwicklungsstörungen“ bereits im Jahr 2011 geeinigt. Dort wurden Sprachentwicklungsstörungen von umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten unterschieden, wobei Erstere einer (medizinischen) Therapie bedürfen, Letztere einer (pädagogischen) Förderung. Die Sprachentwicklungsstörungen wurden in umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (USES) und in mit Komorbiditäten assoziierte Sprachentwicklungsstörungen unterteilt. Diese Terminologie war nach Ansicht der Autoren klug gewählt, denn sie vermeidet die Begriffe „spezifisch“ (spezifische Sprachentwicklungsstörungen) und „unspezifisch“, Termini, die in sich selbst unspezifisch sind. Auch wird nicht mehr von „eingebetteten“ Sprachentwicklungsstörungen gesprochen, ein Begriff, bei dem von der Annahme ausgegangen wurde, dass allein die zusätzliche oder Grunderkrankung, z. B. eine Hörstörung, Ursache der Sprachentwicklungsstörung wäre. Im Gegenteil wird mit dem Wort „assoziiert“ anerkannt, dass beim Vorliegen solcher Komorbiditäten eine derartige ausschließliche Ursachenzuschreibung nicht gerechtfertigt ist, sondern dass neben der

¹ Aus Lesbarkeitsgründen wird im Text i.d.R. nur ein Geschlecht verwendet, gemeint sind immer beide.

Komorbidität auch dieselben (vorwiegend genetisch determinierten) Bedingungen bestehen können, die auch bei ansonsten gesunden Kindern in ca. 5-8% der Fälle zu Sprachentwicklungsstörungen führen.

Die umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten, die in der genannten Leitlinie übrigens breiter gefasst sind als der vergleichbare Terminus im Konsensuspapier von Bishop et al (2017), umfassen einerseits solche, die eine Mehrsprachigkeit mit nicht-deutscher Muttersprache zum Hintergrund haben und einen noch nicht altersgemäßen Sprachentwicklungsstand in der deutschen Verkehrssprache. Andererseits schließen sie Sprachauffälligkeiten ein, wie sie insbesondere bei sozial schwachem, bildungsfernem Hintergrund zu finden sind, bei denen das System der deutschen Sprache im Prinzip erworben ist, allerdings nicht sehr ausdifferenziert.

Statement 2

Kernaussage:

Für das Englische wird der Begriff „Sprachstörung“ vorgeschlagen für Kinder, deren sprachliche Probleme bis in die mittlere Kindheit und darüber hinaus andauern und einen signifikanten Einfluss auf ihre täglichen sozialen Interaktionen oder ihren Bildungsverlauf haben. Das Statement betont, dass die Prognose ein Schlüsselfaktor zur Definition von Sprachstörungen sein sollte. („The term ‘language disorder’ is proposed for children who are likely to have language problems enduring into middle childhood and beyond, with a significant impact on everyday social interactions or educational progress.“)

Stellungnahme: Diese Definition würde, nähme man sie streng wörtlich, im Deutschen am ehesten dem Begriff „Sprachauffälligkeiten“ entsprechen. Dieser Terminus trifft unserer Auffassung nach die breite Sprachproblematik, die Erklärung von Bishop et al. (2017) umfasst, eher als der Begriff „Störung“. Letzterer wird im deutschen Sprachraum unter Medizinern mit Krankheit gleichgesetzt, die üblicherweise einer Diagnostik und meist auch einer Intervention bedarf. Der Begriff, wie er in Bishop et al. (2017) in Statement 2 verwendet wird, würde auch Kinder mit umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten beider in der Stellungnahme zu Statement 1 genannten Kategorien umfassen (Mehrsprachigkeit; bildungsferner familiärer Hintergrund). Eine Bezeichnung wie „Störung“ würde das Krankheitsverständnis dieses Begriffs massiv ausweiten, die Prävalenz von Sprachstörungen deutlich erhöhen und zu einer aus unserer Sicht ungerechtfertigten Pathologisierung von Kindern führen, für die eine pädagogische Unterstützung im Sinne einer Förderung ihrer sprachlichen Fähigkeiten nötig wäre und zu einer Verwischung des Ursachengefüges kindlicher Sprachstörungen. Aus unserer Sicht wäre es daher sinnvoll, von „Sprachauffälligkeiten“ zu sprechen und unter „Sprachstörungen“ nur solche mit einem medizinischen Krankheitswert zu fassen wie Sprachentwicklungsstörungen, Aphasien und Dysarthrien im Kindesalter. Selbst wenn man den weitgefassten Krankheitsbegriff der *International classification of functioning, disability and health : children & youth version : ICF-CY* (World Health Organization 2007) zugrunde legt, fehlt eine entscheidende Komponente, nämlich die der Körperfunktionen und -strukturen. Bei Kindern mit Sprachauffälligkeiten bei bildungsfernem familiärem Hintergrund oder Schwierigkeiten, die deutsche Verkehrssprache ausreichend zu erwerben, zieht sich das Problem eben auch oft, wenn nicht meist, bis in die mittlere Kindheit und darüber hinaus und hat einen signifikanten Einfluss auf ihre täglichen sozialen Interaktionen oder ihren Bildungsverlauf; man kann aber mitnichten von gestörten Körperfunktionen oder -strukturen sprechen.

Im Original-Statement heißt es darüber hinaus noch: „The term ‘language disorder’ is proposed for children who are likely to have language problems enduring into middle childhood and beyond, with a significant impact on everyday social interactions or educational progress.“ Es geht beim Begriff der Sprachstörung in diesem Statement also noch dazu nur um ein Risiko für Sprach-Probleme, was für

ein Störungsbild im medizinischen Sinne durchaus nicht ausreichend ist. Weiter heißt es in der Erklärung zum Statement: *„This statement clarifies that prognosis should be a key factor in the definition of language disorder; that is, the term should include those with language problems that lead to significant functional impairments unlikely to resolve without specialist help. There is no sharp dividing line between language disorder and typical development...“*

Um eine präzise Diagnose zu stellen, zielt medizinisches Denken allerdings nicht vordergründig auf die Prognose ab, sondern auf die Ätiologie und Pathogenese von Störungen. Beispielsweise kann ein T1-Larynxcarcinom, wenn es in einem Frühstadium entdeckt wird, eine sehr gute Prognose haben, ein metastasierendes T4-Carcinom eine extrem schlechte; dennoch bleiben beide ein Larynxcarcinom. Zweifellos ist auch für umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten die Hilfe von Spezialisten notwendig, allerdings eben von Pädagogen. Ebenso zweifellos ist der Übergang von einem regelrechten kindlichen Spracherwerb zur Sprachentwicklungsstörung ein gradueller; dennoch muss in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext in dieses Kontinuum ein vernünftiger Cutoff gesetzt werden für die Entscheidung, welcher Grad und welche Art der Abnormität als Sprachstörung anzuerkennen sind und wem Hilfe und Ressourcen zukommen sollen.

Aus Sicht der Autoren ist zu begrüßen, dass der englische Terminus *„language impairment“* zugunsten von *„language disorder“* verlassen werden soll. Den Umstand, dass er damit medizinisch konnotiert sein soll, wie einige Mitglieder des Konsortiums befürchteten (auch *„impairment“* erscheint uns medizinisch konnotiert), sehen wir im Gegenteil als sinnvoll an. Schließlich erfordert die *„Störung“* eine Therapie, was ein eindeutig medizinisches Vorgehen ist.

In der Erklärung dieses Statements werden dann allerdings doch Kinder mit umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten vom Begriff der Sprachstörungen ausgenommen, und zwar weil befürchtet wurde, dass mit dem Begriff *„disorder“* (Krankheit) negative Assoziationen bei Lehrern verbunden sein könnten und ein Labeling, das zu niedrigen Erwartungen führt. Es heißt dann bei Bishop et al. (2017): *„For this reason, our definition explicitly excludes children who have limited language skills because of lack of exposure to the language of instruction, or are likely to grow out of their problems. These children often benefit from educational interventions, and may require monitoring, but they should not be identified as language disordered.“* Befürchtete Lehrer-Assoziationen und Labeling ist allerdings eine merkwürdige Argumentation; vielmehr sollte doch anerkannt werden, dass diese Kinder das System Sprache in seinen Grundzügen beherrschen, anders als Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen.

Statement 4 nimmt übrigens Kinder mit anderssprachiger Muttersprache und unzureichendem Erwerb der Verkehrssprache vom Begriff der 'language disorder' aus. Damit wären wir wieder auf einer Linie; dann allerdings wäre die in Statement 2 vorgeschlagene Definition zu unscharf formuliert und zu weit gefasst.

Zusammenfassend würden wir, die Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) als Überbegriff *„Sprachauffälligkeiten“* vorschlagen, der medizinische *„Sprachstörungen“* umfasst und *„umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten“*.

Diese Begrifflichkeit wird im deutschsprachigen Raum bereits seit längerem so angewendet, z. B. im Bereich der Sprachscreenings (Brunner & Schöler 2002, Euler et al. 2010, Neumann et al. 2011) und der Sprachtestdiagnostik (Schöler 1999) und wird auch in der genannten S2k-Leitlinie so verwendet. Hier wird sogar differenziert zwischen dem breiteren Begriff der *„Sprachauffälligkeit“* (umfasst auch Aphasien und Dysarthrien) und dem der *„Sprachentwicklungsauffälligkeit“* (de Langen-Müller et al. 2011).

Dass, wie in der Erklärung des Statements weiterhin zu lesen, der Begriff „disorder“ historisch mit einer großen Diskrepanz zwischen Sprach- und nonverbalen Fähigkeiten assoziiert war, trifft für den deutschsprachigen Raum nicht zu (s. o. g. Leitlinie; de Langen-Müller et al. 2011) und ist kein Gegenargument für seine Verwendung.

Statement 3

Kernaussage: Der Forschungsstand zeigt, dass die Prädiktoren für die Prognose sprachlicher Probleme unterschiedlich sind in Abhängigkeit vom Alter des Kindes. Generell ist die Wahrscheinlichkeit, dass sprachliche Probleme persistieren, höher, wenn viele Fähigkeiten betroffen sind. („*Research evidence indicates that predictors of poor prognosis vary with a child's age, but in general language problems that affect a range of skills are likely to persist.*“)

Stellungnahme: Diesem Statement ist zuzustimmen. Begrüßenswert ist in der Erläuterung dieses Statements in Bishop et al. (2017) die Zuordnung der Prognose zu Sprachgebieten (entsprechend der Terminologie der deutschen Leitlinie „linguistische Ebenen“; de Langen-Müller 2011), beispielsweise, dass Sprachprobleme, die allein expressiv-phonologischer Art sind, generell eine gute Prognose haben, rezep tive Sprachprobleme hingegen eine schlechte. Als wesentliche Risikofaktoren und prognoserelevant fehlen allerdings genetische Dispositionen (erwähnt ist lediglich eine positive Familienanamnese, das Wort „genetisch“ fällt nicht, und de-novo Mutationen, wie z. B. beim Down-Syndrom, werden nicht benannt), wie sie die Hauptursache von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen darstellen (z. B. *K-family*), sowie Art und Ausmaß von Hirnschädigungen, die kindlichen Aphasien und Dysarthrien zugrunde liegen.

Statement 4

Kernaussage: Kinder, die mit mehr als einer Sprache aufwachsen, können einen sprachlichen Förderbedarf in der Umgebungssprache (Sprache, die in der Schule/Öffentlichkeit verwendet wird) haben, weil sie bislang nicht ausreichenden Input in der Umgebungssprache erhalten haben. Dieser sprachliche Förderbedarf wird nicht als Sprachstörung bezeichnet, außer das Kind hat in keiner Sprache angemessene Fähigkeiten. („*Some children may have language needs because their first or home language differs from the local language, and they have had insufficient exposure to the language used by the school or community to be fully fluent in it. This should not be regarded as language disorder, unless there is evidence that the child does not have age appropriate skills in any language. Research evidence indicates that predictors of poor prognosis vary with a child's age, but in general language problems that affect a range of skills are likely to persist.*“)

Stellungnahme: Diesem Statement stimmen die Autoren zu (s. Stellungnahme zu Statement 2). Es sollte aber ergänzt werden, dass neben dem „bislang nicht ausreichenden Input in der Umgebungssprache“ auch die Gelegenheit, in der Umgebungssprache zu sprechen (z. B. bei Präferenz der Muttersprache der Eltern/eines Elternteils in einer gemischtsprachigen Familienumgebung) und (altersabhängige) individuelle Schwierigkeiten, überhaupt eine Zweitsprache zu erwerben, zum erwähnten Förderbedarf führen können.

Allerdings findet sich im Supplementary Comment zu diesem Statement eine Aussage, die gehörlosen oder stark hörgeschädigten Kindern, die auf Grund ihrer Hörstörung gebärdensprachlich kommunizieren, eine Sprachentwicklungsstörung abspricht, der wir als DGPP-Verteter deutlich widersprechen müssen: „...multilingualism does not lead to language problems..., but where there has been limited experience with the language used at school, the child may require extra help“

This also applies to hearing-impaired children whose native language is a signed language.“ Wenn die Entwicklung von Gebärdensprache aufgrund einer Schwerhörigkeit nur vor dem Hintergrund entwickelter Gebärdensprache als primärer Familiensprache bewertet werden würde, anstatt den vollständig fehlenden Lautspracherwerb als Sprachentwicklungsstörung bei vorliegender Komorbidität einer Gehörlosigkeit anzuerkennen, würden unverzichtbare Kausalitätsbezüge in der Terminologie negiert werden.

Statement 5

Kernaussage: Anders als bislang sollen nicht Exklusionskriterien zur Definition einer Sprachstörung herangezogen werden, sondern es wird zwischen den folgenden drei Aspekten unterschieden: differenzierende Bedingungen, Risikofaktoren und gleichzeitig auftretende Bedingungen. Diese drei Aspekte werden in den Statements 6, 9 und 10 näher erläutert. („Rather than using exclusionary criteria in the definition of language disorder, we draw a threefold distinction between differentiating conditions, risk factors and co-occurring conditions.“)

Stellungnahme: Dem Inhalt dieses Statements kann aus Sicht der Autoren nicht zugestimmt werden. Bislang gab es für das, was Bishop et al. (2017) mit „*language disorder*“ bezeichnen, also, wenn man beim strengen Wortlaut von Statement 2 bleibt, entweder Sprachauffälligkeiten allgemein oder Sprachstörungen im medizinischen Sinne (s. Stellungnahme zu Statement 2) keine ausschließende Bedingungen. Der Ausschluss von sprachrelevanten Komorbiditäten war lediglich für die Diagnose der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (bei Bishop et al. 2017 als „developmental language disorder“ bezeichnet) entsprechend der o. g. Leitlinie zwingend erforderlich. Das war auch sinnvoll, denn eine Diagnostik auf zusätzliche, möglicher Weise verursachende Bedingungen ist weiterhin zwingend notwendig, und zwar nicht, um damit eine Ausschlussdiagnose zu generieren, sondern um zusätzliche Erkrankungen wie Hörstörungen, kognitive Einschränkungen, schwerwiegende emotionale und soziale Entwicklungsstörungen, neurologische oder motorische Störungen nicht zu übersehen und um bei ihrem Vorliegen die Behandlungspfade der Sprachentwicklungsstörung entsprechend auszurichten. Das Argument aus Bishop et al. (2017) „Panel members were concerned that, instead of being used for diagnostic differentiation, exclusionary criteria were sometimes interpreted as criteria for denying services to children.“ sehen wir als für den deutschen Sprachraum nicht zutreffend an. Im Gegenteil erhalten regelhaft Kinder, bei denen zusätzlich zur SES vorliegende weitere Einschränkungen diagnostiziert wurden (und zwar unabhängig davon, ob nun als umschriebene SES oder als solche mit Komorbidität assoziiert klassifiziert), zusätzliche Förder- oder Therapiemaßnahmen wie Ergotherapie, Physiotherapie, psychomotorische Gruppentherapie, heilpädagogische Frühförderung oder Komplexleistungen, und dies nicht anstelle der Sprachtherapie, sondern additiv zu einer solchen und dem individuellen Fall entsprechend abgestimmt.. Diesen umfassenden Bedarf zu erkennen und in den Interventionspfaden angemessen zu adressieren, ist beispielsweise erklärtes Ziel der Sozialpädiatrischen Zentren. Auch ein weiteres Argument erscheint nicht zutreffend für den deutschen Sprachraum: „*On the other hand, grouping together all children with a language problem, regardless of cause, and without regard to type of intervention required, would, in many contexts, be counterproductive.*“ Dieser Satz ist insofern nicht zu verstehen, da man ja bei der Suche nach zusätzlichen Erkrankungen eben nicht alle Kinder uniform zusammenfasst ungeachtet der Verursachung ihrer SES und da man ja bei der „umschriebenen“ SES in der Regel nicht näher an eine konkrete Ursache herankommt, als dass man weiß, dass in ihrem Ursachenpaket hauptsächlich genetische Faktoren wirksam sind sowie einige epigenetischen Gen-Umwelt-Interaktionen und dass zudem wenige, in der S2k-Leitlinie benannte externe Faktoren eine ursächliche Rolle spielen können.

Statement 6

Kernaussage: Differenzierende Bedingungen sind biomedizinische Bedingungen, in deren Rahmen Sprachstörungen als ein Teil einer komplexeren Störung auftreten. Zu diesen differenzierenden Bedingungen gehören u.a. Hirnschädigungen, neurodegenerative Erkrankungen, Down Syndrom und Autismusspektrumsstörung. („*Differentiating conditions are biomedical conditions in which language disorder occurs as part of a more complex pattern of impairments. This may indicate a specific intervention pathway. We recommend referring to ‘Language disorder associated with X’, where X is the differentiating condition, as specified above.*“)

Stellungnahme: Die in diesem Statement gemeinten „differenzierenden Bedingungen“ sind nichts anderes als die in der S2k-Leitlinie erwähnten Komorbiditäten. Bereits in der 2008 veröffentlichten Leitlinie „Sprachentwicklungsstörungen“ der DGPP hatten die Autoren, zu denen auch zwei der Verfasser dieser Stellungnahme gehörten, den Begriff „Sprachentwicklungsstörung, assoziiert mit ... (Komorbidität)“ geprägt und exakt die hier genannten „biomedizinischen Bedingungen“ genannt, die hier aufgeführt werden (Hörstörungen, Syndrome, Autismus-Spektrum-Störungen, neurologische Erkrankungen, kognitive Einschränkungen). Die Autoren sehen keine Notwendigkeit, diese Terminologie zu verlassen, denn die Termini „differenzierende Bedingungen“ oder „biomedical conditions“ verschleiern, dass es sich hierbei um Krankheiten handelt. Vielmehr erwächst aus einer dergestalt veränderten Begrifflichkeit die Gefahr, dass Diagnostik und Therapie der zugrundeliegenden Krankheiten unterbleiben. Letztere prägen selbstverständlich die zu wählenden Interventionen, sei es für die mit ihnen verbundenen Sprachentwicklungsstörungen, sei es für weitere therapiebedürftige Komponenten, und sind prognoserelevant.

Zur deutschen Übersetzung dieses Statements sei angemerkt, dass, wenn schon das Original in der Übersetzung dahingehend geändert wurde, dass eine Passage aus dem Supplementary Comment hinzugefügt wurde, dann auch Hörstörungen (allerdings ohne den unnötig einschränkenden Zusatz „sensorineural“) in die Aufzählung der „differenzierenden Bedingungen“ gehört hätten.

Detaillierter als im Original von Bishop et al. (2017) äußern sich Kauschke und Vogt (2019b) zur Frage der Exklusionskriterien, insbesondere dem der Schwerhörigkeit. Die vielfältige Natur peripherer und auch zentraler Schwerhörigkeiten kommt dabei genauso zu kurz wie eine differenzierende Diskussion über deren möglichen Anteil an der Genese von Sprachentwicklungsstörungen unterbleibt.

Anders als Bishop et al. (2017), die Schwerhörigkeiten allein unter „differentiating conditions“ aufführen, auch hier unzulässig auf die Entität „sensorineural hearing loss“ verkürzt, widmen sich Kauschke und Vogt (2019b) in ihrer Diskussion dem Thema Schwerhörigkeit primär in seiner Eigenschaft als Exklusionskriterium der USES. An anderer Stelle, wie auch bei Bishop et al. (2017), bleibt zwar unbestritten, dass Schwerhörigkeit als „differentiating condition“ kausale Bedeutung zukommen kann, es wird jedoch eine Definition umgangen, was relevante Einschränkungen des Gehörs sind.

Dies beginnt damit, dass aus der Vielfalt peripherer und zentraler Hörstörungen zwei unterschiedliche Hörstörungen undifferenzierend zusammen diskutiert werden, periphere Schallleitungsschwerhörigkeiten und Einschränkungen des auditiven Gedächtnisses. Indem bei Kauschke und Vogt (2019b) angeführt wird, dass "bei vielen Kinder mit USES/SES zwar keine durchgehende, schwerwiegende Hörminderung vorliegt, jedoch häufig von wiederkehrenden Mittelohrentzündungen berichtet wird (Ptok & Eysholdt, 2005)", wird einer nivellierenden Sichtweise von Schwerhörigkeiten Raum geschaffen, die befürchten lässt, dass differentialdiagnostische und -therapeutische Überlegungen unterbleiben. So werden Einschränkungen des auditiven Gedächtnisses nachfolgend als Begleiterscheinung benannt: "Da diese auditiven Defizite zwar häufig, aber nicht bei allen Kindern mit SES vorkommen und andererseits Aufmerksamkeits- und

Gedächtniseinschränkungen, wie sie z.B. auch bei Aufmerksamkeits- Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) vorliegen, nicht zwangsläufig mit Sprachproblemen gekoppelt sind, werden die auditiven Defizite als häufige und typische Begleiterscheinung, nicht aber als Ursache gewertet." Das sehen andere Autoren, z. B. Archibald und Gathercole (2006) und Bishop et al. (1996), allerdings anders. Damit würde zudem implizit suggeriert, die Diagnostik peripherer und zentraler Schwerhörigkeiten sei als Differentialdiagnostik entbehrlich.

Diese Befürchtung liegt umso näher, als es in der zusammenschauenden Bewertung der Exklusionskriterien bei Kauschke und Vogt (2019b) heißt: "Vielfältige Begleiterscheinungen, sogenannte Kookkurrenzen, sind möglich, wenn auch nicht zwingend. Diese nichtsprachlichen Probleme stellen keine Ursache, aber doch assoziierte, koexistierende Bedingungen im Sinne subklinischer Verarbeitungsschwächen dar (Ebert & Kohnert, 2011)." Es muss sehr bezweifelt werden, dass solche Veränderungen terminologischen Verständnisses nicht auch folgenswer das diagnostische Denken und therapeutische Handeln beeinträchtigen könnten und die Diagnostik und Therapie von Schwerhörigkeiten betroffener Kinder leiden wird.

Wie schwerwiegend Fehleinschätzungen sein können, die auf dem Boden dieser terminologischen Diskussion entstehen, zeigt das im Kommentar zu Statement 4 angeführt Beispiel zur Einordnung umgebungsbedingter Sprachauffälligkeiten (s.o.). Es kann kaum nur als unglückliches Missverständnis verstanden werden, dass eine wie früher bezeichnete „Taubstummheit“ in Folge einer Schwerhörigkeit mit primärem Gebärdenspracherwerb als umgebungsbedingte Sprachstörung anstatt als „*language disorder*“, treffenderweise „*associated with bilateral deafness*“, eingeordnet werden soll, sondern beleuchtet als beispielloser GAU die Tragweite dieser Terminologiediskussion.

Auch wenn man der in Kauschke und Vogt (2019b) abschließenden Position "Nicht zuletzt sollten vorliegende Begleitstörungen nicht den Bedarf an gezielten Interventionsmaßnahmen im Bereich Sprache und Kommunikation verdecken oder schmälern", zustimmen mag, stellt sich umgekehrt die Frage, wie sicher gestellt werden kann, dass nicht Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie, insbesondere durch Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Phoniatrie und Pädaudiologie unterbleiben. Eine Terminologie, die in einem multifaktoriellen Ursachengefüge die Bedeutung einzelner Ursache abstreitet und nivelliert, erscheint da nicht hilfreich.

Statement 7

Kernaussage: Der Begriff Developmental Language Disorder (DLD) (dt. Sprachentwicklungsstörung?!) wird als Bezeichnung für Sprachstörungen vorgeschlagen, die nicht im Rahmen einer differenzierenden Bedingung (Statement 6) auftreten. („*The term Developmental Language Disorder (DLD) is proposed to refer to cases of language disorder with no known differentiating condition (as defined in Statement 6). Distinguishing these cases is important when doing research on aetiology, and is likely also to have implications for prognosis and intervention.*“)

Stellungnahme: Zunächst ist gegen den Begriff „Sprachentwicklungsstörung“ nichts einzuwenden. Dadurch, dass er allerdings des Zusatzes „umschriebene“ entkleidet ist, wird Uneindeutigkeit hergestellt, denn nun wird er im dreifachen Sinne benutzt: Einmal wird er als Überbegriff für Sprachentwicklungsstörungen generell weiterverwendet werden, so wie das seit seinem Aufkommen der Fall ist. Zudem soll er nun für „umschriebene“ SES benutzt werden, denn um nichts anderes handelt es sich, wenn keine differenzierenden Bedingungen (sprich Komorbiditäten) vorliegen (nach denen man ja offenbar gesucht haben muss, sonst wüsste man ja nicht, dass sie nicht vorliegen). Drittens soll er mit dem Zusatz „...assoziiert mit (Komorbidität)“ benutzt werden. Verwechslungen, Missverständnisse und Nachfragen sind aus Sicht der Autoren damit vorprogrammiert. Ein weiteres

Missverständnis ist dadurch zu befürchten, dass in der Definition des Begriffs „Developmental language disorder“ der International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) wie bisher die Normalitätsannahme enthalten ist: *„The individual’s ability to understand, produce or use language is markedly below what would be expected given the individual’s age and level of intellectual functioning. The language deficits are not explained by another neurodevelopmental disorder or a sensory impairment or neurological condition, including the effects of brain injury or infection.“* (World Health Organization 2019). Da das internationale Konsortium (Bishop et al. 2017) diese ja gern beseitigt sehen möchte, meint derselbe Begriff in der Definition der WHO und der des Konsortiums etwas anderes. Die Autoren dieser Stellungnahme schlagen daher vor, beim Begriff „umschriebene“ SES zu bleiben, der so weit gefasst ist, dass er leichte nichtsprachliche Defizite durchaus nicht ausschließt.

Statement 8

Kernaussage: Ein Kind mit einer Sprachstörung hat möglicherweise ein niedriges Level nonverbaler Fähigkeiten. Dies schließt eine Diagnose der Sprachentwicklungsstörung (DLD) nicht aus. Ausgeschlossen von der Diagnose werden Kinder, die das Kriterium für eine geistige Behinderung erfüllen.

Stellungnahme: Dieses Kriterium ist bereits teilweise in der deutschen S2k-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (de Langen-Müller et al. 2011) umgesetzt, indem nämlich das für die ICD-10 vorgeschlagene doppelte Diskrepanzkriterium nicht mit in die Definition umschriebener Sprachentwicklungsstörungen einfließt. Diesem in Dillinger et al. (2008) vorgeschlagenen Kriterium zufolge hätte eine USES nur dann angenommen werden dürfen, wenn zusätzlich zum Umstand, dass sich die in standardisierten und normierten Tests erfassten expressiven und rezeptiven sprachlichen Leistungen eines Kindes mindestens 1,5 bis 2 Standardabweichungen unter dem Altersdurchschnitt finden müssen, diese auch, bei mindestens durchschnittlicher Intelligenz (IQ >84), 1 bis 1,5 Standardabweichungen unterhalb des nonverbalen IQ eines Kindes hätten liegen müssen. Dieses zweite Kriterium wurde damals von der Leitliniengruppe als problematisch angesehen in Anerkennung der engen Assoziation zwischen kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten und dem Bedürfnis, auch Kindern mit niedrigeren nonverbalen intellektuellen Fähigkeiten die Diagnose einer USES nicht vorenthalten zu wollen. Allerdings war eines der USES-Kriterien die sog. Normalitätsannahme, der zufolge für die Diagnose einer USES neben neurologischen, sensorischen, emotionalen, sozialen oder körperlichen Störungen, die die Sprachproblematik erklären könnten, auch eine Intelligenzminderung (IQ <85, gemessen mit einem nonverbalen Intelligenztest) ausgeschlossen sein sollte. Da Bishop et al. (2017) ebenso wie das Autorenteam der genannten S2-Leitlinie den Begriff der Sprachentwicklungsstörung allerdings nicht auf mit geistiger Behinderung einhergehende Sprachstörungen angewendet sehen möchten (IQ <70), wäre der einzige diskrepante Intelligenzbereich der einer Lernbehinderung (IQ 70-84), für den die erstgenannte Gruppe den Begriff einer Sprachentwicklungsstörung (nicht assoziiert mit einer Komorbidität) zulässt, die letztgenannte ihn aber nur assoziiert mit der Komorbidität einer kognitiven Einschränkung benutzt. Aus Sicht der Autoren dieser Stellungnahme wäre es allerdings auch weiterhin viel präziser, in diesen Fällen von „Sprachentwicklungsstörungen im Rahmen (oder vor dem Hintergrund) einer kognitiven (oder kombinierten) Entwicklungsstörung“ zu sprechen, denn dies macht den Bedarf an Sprachtherapie und ihr Anforderungsniveau viel besser im Kontext des (sonder)pädagogischen und Förderbedarfs und des zu präferierenden Beschulungsmodus bestimmbar als eine Verwischung der Grenzen, die, obschon als willkürliche Cutoffs in einem Kontinuum sprachlicher und intellektueller Fähigkeiten gesetzt, doch eine recht genaue Ressourcenzuteilung und Bestimmung der Interventionsmodi

gestatten. Eine solche Zuordnung erfordert zumindest in Grenzfällen allerdings eine Intelligenztestung, die, wenn auch mit Nachteilen behaftet, in den meisten Fällen von großem Nutzen für die Festlegung des weiteren Procedere ist.

Statement 9

Kernaussage: Gleichzeitig auftretende Störungen sind Beeinträchtigungen in der kognitiven, sensomotorischen oder Verhaltensdomäne, die parallel zu einer DLD auftreten können und möglicherweise das Muster der Störung und die Reaktion auf Intervention beeinflussen, ein kausaler Zusammenhang ist jedoch unklar. Hierzu zählen u.a. ADHS, LRS, Sprechstörungen oder emotionale und Verhaltensstörungen. („Co-occurring disorders are impairments in cognitive, sensori-motor or behavioural domains that can co-occur with DLD and may affect pattern of impairment and response to intervention, but whose causal relation to language problems is unclear. These include attentional problems (ADHD), motor problems (developmental coordination disorder or DCD), reading and spelling problems (developmental dyslexia), speech problems, limitations of adaptive behaviour and/or behavioural, and emotional disorders.“)

Stellungnahme: Als „gleichzeitig auftretende Störungen“ werden weitere Erkrankungen (bei Bishop et al. 2017 auch als „disorders“ bezeichnet) benannt, die ebenfalls den Komorbiditäten zugeordnet werden können, bei denen, anders als bei den „differenzierenden Bedingungen“, eine Kausalbeziehung zur Sprachentwicklungssymptomatik aber unklar ist. Da jedoch aus Sicht der Autoren dieser Stellungnahme einerseits auch bei einer „differenzierenden Bedingung“ die Kausalität nicht eindeutig herzustellen ist (z. B. kann eine Sprachentwicklungsstörung bei einer Hörstörung allein durch Letztere verursacht sein, sie kann aber auch aus denselben [genetischen] Ursachen heraus entstehen wie „umschriebene“ Sprachentwicklungsstörungen), andererseits auch bei den genannten „gleichzeitig auftretenden Störungen“ wie ADHS, LRS oder emotionalen Störungen vom Vorliegen biomedizinischer Bedingungen ausgegangen werden muss, hatten sich die Autoren der DGPP- und S2k-Leitlinien einer Ursachenzuschreibung enthalten, selbst dort, wo sie auf der Hand lag, und von „Sprachentwicklungsstörung assoziiert mit ...(Komorbidität)“ gesprochen. Wir sehen keinen zwingenden Grund, diese Begrifflichkeit zu verlassen.

Statement 10

Kernaussage: Risikofaktoren sind biologische oder Umweltfaktoren, die statistisch mit Sprachstörungen assoziiert werden, deren kausale Beziehung zu den Sprachstörungen aber unklar ist oder nur anteilig besteht. Hierzu gehören u.a. eine familiäre Prädisposition für Sprachstörungen oder LRS, das männliche Geschlecht und ein niedriger Bildungsgrad der Eltern. („Risk factors are biological or environmental factors that are statistically associated with language disorder, but whose causal relationship to the language problem is unclear or partial. Risk factors do not exclude a diagnosis of DLD.“)

Stellungnahme: Es ist sicher zu begrüßen, Risikofaktoren in der Anamnese einer vermuteten SES zu berücksichtigen. Eine positive Familienanamnese und männliches Geschlecht sind unzweifelhaft Risikofaktoren für Sprachentwicklungsstörungen, der Rang in einer Geschwisterfolge einer großen Familie ist als Risikofaktor nachvollziehbar. Das niedrige Bildungsniveau der Eltern, das bislang häufiger vermutet, aber in früheren Studien nicht als Risikofaktor bestätigt war, ist letztlich nicht verwunderlich, da ein niedriger Sprachstatus zumindest bei Männern auch mit einem niedrigen

Sozialstatus einhergeht und selten eine sozial höher stehende Frau einen sozial niedriger stehenden Partner wählt, so dass ein Trend zu einem niedrigeren elterlichen Bildungsniveau besteht.

Die Anerkennung und Berücksichtigung der Risikofaktoren bei der Festlegung von Beginn, Frequenz und Art einer Intervention ist allerdings aus Sicht der Autoren dieser Stellungnahme kein Grund für eine Terminologieänderung.

Statement 11

Kernaussage: DLD ist eine heterogene Kategorie, die eine große Bandbreite von Problemen umfasst. Trotzdem kann es für klinische Fachpersonen hilfreich sein, den Schwerpunkt für eine Intervention genau zu bestimmen. Wissenschaftler*innen mögen entscheiden, sich auf Kinder mit spezifischen Merkmalen zu fokussieren, um innerhalb von Studien homogenere Stichproben zu definieren. Das Panel schlägt hier Richtlinien für eine tiefere Analyse von Sprachstörungen vor. (*„Developmental language disorder is a heterogeneous category that encompasses a wide range of problems. Nevertheless, it can be helpful for clinicians to pinpoint the principal areas for intervention, and researchers may decide to focus on children with specific characteristics to define more homogeneous samples for study. We suggest here some guidelines for more in-depth analysis of language problems.“*)

Stellungnahme: Dieses Statement richtet sich nicht auf eine Terminologieänderung aus. Das „Trotzdem“ ist nicht zu verstehen: Sicherlich (und nicht trotzdem) muss angesichts der Heterogenität von SES ein Therapieschwerpunkt bestimmt werden.

Als begrüßenswert erachten die Autoren dieser Stellungnahme den vorgeschlagenen Verzicht auf eine Einteilung von SES in expressive und rezep tive Störungen zugunsten einer genaueren Beschreibung der Symptomatik.

Eine Schwierigkeit stellt sowohl in den Statements des internationalen Konsortiums als auch in der ICD-11 der Umgang mit Aussprachestörungen dar, einen Oberbegriff, der im Deutschen bereits angewendet und von den Autoren dieser Stellungnahme befürwortet wird. Während die ICD-11 bedauerlicher Weise *Developmental Speech Sound Disorders* und *Developmental language disorders* strikt als zwei unterschiedliche Entitäten betrachtet, schließen sich die Autoren dem Vorschlag des internationalen Konsortiums an, phonologische Störungen, wenn sie über das Alter von 5 Jahren hinaus persistieren, den SES zuzuschlagen, insbesondere, wenn sie dann doch mit weiteren Sprachentwicklungsstörungen-Symptomen kombiniert sind, motorisch bedingte (bzw. phonetische) organische oder funktionelle Störungen oder die verbale Entwicklungsdyspraxie aber nicht. Die hierzu in Figure 2 in Bishop et al. (2017) vorgeschlagene Lösung erscheint uns passend.

Statement 12

Kernaussage des Statements 12 auf Deutsch

Es ist sinnvoll einen Oberbegriff für Kinder mit besonderen Förderbedürfnissen in der Domäne von Sprechen, Sprache und Kommunikation zu haben, da hiermit Ressourcenansprüche verbunden sind. Für englischsprachige Länder wurde ein Begriff ausgewählt, welcher im Bildungswesen in Großbritannien genutzt wird.

Stellungnahme: Diesem Statement schließen sich die Autoren grundsätzlich an.

Allerdings wurden unter dem englischen Oberbegriff *children with specific needs in the domains of speech, language, and communication* (SLCN) sämtliche mögliche sprachgebundenen Schwierigkeiten von Kindern zusammengefasst (Bishop et al. 2017). Dazu zählen so unterschiedliche Störungsbilder wie Sprachentwicklungsstörungen, Stottern, Sigmatismus, umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten (Kauschke et al. 2019). Im Deutschen wurde dafür der Begriff „Kinder mit Unterstützungsbedarf Sprache/Kommunikation“ (KUSK) vorgeschlagen (Kauschke & Vogt 2019 b). Es stellt sich allerdings die Frage, inwiefern so ein Oberbegriff notwendig und sinnvoll ist, fasst er doch Störungsbilder unterschiedlichster Ursachengefüge, Natur, Symptomatik und Interventionskonsequenzen zusammen, die nicht notwendig zusammengehören. Bishop et al. (2017) gestehen auch ein, dass so ein Oberbegriff weder für Forschung noch für eine Erklärung gegenüber Eltern noch für die Festlegung von Behandlungspfaden nützlich erscheint, wohl aber, um den Bedarf an Services abzuschätzen („*It is not anticipated that this terminology will be useful for those doing research on the nature or causes of language disorders, nor will it be helpful in explaining a child's difficulties to parents or in determining a treatment pathway. It could, however, serve a purpose for those who need to plan services,...*“). Wenn der Begriff nicht suggerieren soll, dass all diese Kinder Therapiebedarf hätten, ist nichts gegen ihn einzuwenden. Er erscheint allerdings reichlich artifiziell (man spreche einmal „KUSK“ aus), und dass sich auch Stimmstörungen oder Sigmatismen (hat hier ein Kind wirklich Unterstützungsbedarf?) hinter ihm verbergen, ist ihm nicht anzusehen.

Zusammenfassende Beurteilung

Die Vertreter der DGPP haben keine Schwierigkeit damit, anzuerkennen, dass Kinder mit SES in leichter Form weitere, nichtsprachliche Auffälligkeiten aufweisen können, z. B. kognitiver, emotional-sozialer oder motorischer/mundmotorischer Art und dass der Übergang zu schwereren Formen, die dann als Komorbidität bezeichnet werden würden, durchaus ein gradueller sein kann. Die Autoren dieser Stellungnahme empfinden als problematisch, dass der Begriff SES für beide distinkten Kategorien benutzt wird, nämlich sowohl für die ehemals „spezifischen“ als auch für die mit Komorbiditäten. Das birgt Uneindeutigkeit in sich und wird zu Verwischungen, Nachfragen und Missverständnissen führen. Wir halten den Begriff der „umschriebenen“ SES eigentlich für sinnvoll, da er einerseits nicht so ausschließend ist wie „spezifisch“ und durchaus zulassen würde, dass leichte weitere nonverbale Auffälligkeiten vorhanden sind. Der Fokus liegt aber doch auf der SES. Ähnlich wird in der Humangenetik verfahren, wenn beispielsweise eine Hörstörung als „nichtsyndromal“ oder „syndromal“ eingeordnet wird. Ersteres schließt durchaus nicht aus, dass weitere Auffälligkeiten bestehen können, z. B. sprachliche, grenzt sie aber klar von mehreren nebeneinander bestehenden Erkrankungen mit vergleichbarem Stellenwert (Syndrom) ab.

Den Verzicht auf eine Diagnostik, die bislang zum Ausschluss oder zur Annahme der o.g. Komorbiditäten geführt hat, würden wir für sträflich halten. Eine solche Diagnostik dient ja nicht in erster Linie dazu, die Diagnose einer „umschriebenen“ SES zu stellen, sondern tatsächlich zu prüfen, ob nicht eine Hör-, neurologische, kognitive, motorische oder tiefgreifende emotionale oder soziale Entwicklungsstörung vorliegt, die entscheidend für den Interventionsweg wäre. Nach Ausschluss einer solchen Störung ist die Diagnose der „umschriebenen“ SES eher ein Nebenprodukt als das Ziel, besagt aber, dass bei der Intervention die Unterstützung der Sprachentwicklung im Fokus steht.

Dem Konzept, dass von nun an die Exklusionskriterien (wie erwähnt ging es bislang nicht um Exklusion sondern darum, wichtige weitere medizinische Störungsbilder nicht zu übersehen) durch eine Unterscheidung zwischen ursächlichen Faktoren, möglichen Begleiterscheinungen und Risikofaktoren ersetzt werden sollen, können wir als Mediziner nur bedingt folgen. Von den bisher als „spezifisch“ bezeichneten SES war bekannt, dass den überwiegenden Anteil im Ursachenpaket ihrer

Entstehung eine genetische Disposition ausmachte, nur in geringem Maße externe Einflüsse und dass es epigenetische Komponenten gab, z. B. in der Eltern-Kind-Interaktion, aber auch der Beeinflussung des elterlichen Sprachstils durch das Kind – beides teilweise erblich (Dale et al. 2015, Tosto et al. 2017). Man kennt zum Teil die Gene und hat Modelle des Vererbungsmodus erstellt. Diese wichtige Erkenntnis wird nun ersetzt durch die Wiedereinführung des Begriffes „multifaktorieller“ Ursachen (Bishop et al. 2017), was alles und nichts sagt, und die o.g. so wichtigen Erkenntnisse drohen in Vergessenheit zu geraten, wenn die Grenzen zwischen umschriebenen SES und mit Komorbiditäten assoziierten SES aufgeweicht werden. Wie oft kennt man denn die konkreten Ursachen in einem individuellen Fall wirklich, als dass man sie nun so in den Vordergrund rücken müsste?

Wenn nicht mehr zwischen SES ohne kognitive Einschränkung oder mit vorliegender Lernstörung differenziert werden sollte, halten wir das für sehr problematisch, denn damit würde für viele Kinder, deren Lernstörung unerkannt bliebe, der pädagogischen Förderbedarf oder ein adäquater Beschulungsmodus nicht erkannt und möglicher Weise ungerechtfertigt allein auf eine Sprachtherapie fokussiert werden.

Konsequenzen und Schwierigkeiten einer Terminologieänderung im deutschsprachigen Raum

Dohmen (2019) merkt an, dass „...die Neuausrichtung im englischen Sprachraum die deutschsprachigen WissenschaftlerInnen und KlinikerInnen in Zugzwang...“ brächte, „...sich als ‚Wissensgebiet Sprachentwicklungsstörungen‘ zu positionieren“. Diesen Zugzwang sehen die Autoren dieser Stellungnahme nicht, wohl aber einen Anlass, sich mit der Thematik genauer auseinanderzusetzen. Sollte die Terminologie so geändert werden wie von der Arbeitsgruppe vorgeschlagen, zieht das u. a. nach sich, dass die zur Überarbeitung anstehende Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen grundlegend umgestaltet werden müsste und in ihrer bislang stimmigen Nomenklatur verändert werden müsste. Dies trifft auch für die in weiten Teilen bereits fertiggestellte S3_Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ zu. Aus Perspektive der DGPP müssten die Weiterbildungsordnung und das Logbuch für die Facharztweiterbildung für Phoniatrie und Pädaudiologie in einem aufwändigen Prozess über die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern angepasst werden. Der gerade in Druck gegangene erste Band des European Manual „Phoniatrics“, ein großes zweibändiges Werk, Grundlage für die Weiterbildung zum Europäischen Facharzt für Phoniatrie, wäre noch vor seiner Erscheinung veraltet, weiterhin eine Vielzahl von Lehrbüchern der Phoniatrie und Pädaudiologie, ebenso wie die anderer Fachrichtungen, u. a. auch der Logopädie. Wir geben die ideellen und materiellen Kosten einer solchen Terminologieänderung zu bedenken.

Die neue Nomenklatur, die auf die Normalitätsannahme verzichtet, d. h. auf die Annahme, das Kind entwickle sich bis auf die Sprache weitgehend normal, steht zudem nicht im Einklang mit der Nomenklatur der kürzlich für die ärztliche Diagnosekodierung bindend gewordenen ICD-11. Hier gilt für den Begriff der *Developmental language disorder* noch die Normalitätsannahme: „***The individual's ability to understand, produce or use language is markedly below what would be expected given the individual's age and level of intellectual functioning. The language deficits are not explained by another neurodevelopmental disorder or a sensory impairment or neurological condition, including the effects of brain injury or infection.***“ Er stimmt damit inhaltlich nicht mit dem gleichen, in Bishop et al. (2017) vorgeschlagenen Begriff überein.

Wir, die Autoren dieser Stellungnahme versperren uns einer Terminologieänderung nicht grundsätzlich, sind aber noch nicht von ihrer zwingenden Notwendigkeit überzeugt. Unserer Auffassung nach

- ist der Begriff der „umschriebenen“ Sprachentwicklungsstörung weit genug, als dass er leichtere non-verbale Einschränkungen mit umfassen könnte,
- ist der Begriff der „umschriebenen“ Sprachentwicklungsstörung gleichzeitig eindeutiger, als drei, davon zwei einander ausschließende Arten der Sprachentwicklungsstörung mit ein und demselben Begriff der Sprachentwicklungsstörung zu belegen, nämlich SES generell, „umschriebene“ SES und SES, die eindeutig mit gravierenden Komorbiditäten assoziiert (und dann nur mit diesem Zusatz ergänzt) sind und der zudem noch der für eine Kodierung medizinischer Diagnosen bindenden ICD-11 inhaltlich widerspricht
- ist die Ausweitung des Verständnisses der bislang als umschriebene SES bezeichneten SES auf kognitive Einschränkungen im Bereich der Lernbehinderung mit der Gefahr einer Ursachenverwischung und der einer Fehlansichtung von Interventionen und Förderleistungen verbunden
- sollte der Begriff der „Sprachstörungen“ nur Störungen im medizinischen Sinne beinhalten
- sollte der Begriff der „Sprachentwicklungsauffälligkeiten“ Sprachentwicklungsstörungen plus umgebungsbedingte Sprachentwicklungsauffälligkeiten beinhalten
- ist bei Vorliegen einer Sprachentwicklungsauffälligkeit neben einer Sprachdiagnostik eine Diagnostik auf Komorbiditäten weiterhin zwingend erforderlich
- sollte der Begriff „Sprachentwicklungsstörung assoziiert mit ...(Komorbidität)“ nicht durch „differenzierende Bedingungen“ und „gleichzeitig auftretende Bedingungen“ ersetzt werden
- erfordert die explizite Beachtung von Risikofaktoren für eine Sprachentwicklungsstörung keine Terminologieänderung
- werden Kindern mit SES und weiteren Störungen keine Zusatzbehandlungen vorenthalten und Sprachtherapien schon gar nicht
- wäre der Begriff der „Kinder mit Unterstützungsbedarf Sprache/Kommunikation“ (KUSK) sinnvoller durch „Kinder mit Sprech- und Sprachauffälligkeiten“ (unter Weglassung der stimmlichen Auffälligkeiten) zu ersetzen.
- Wir halten zudem die im Einladungsschreiben der giskisd avisierte weitere Verfahrensweise einer Onlinebefragung (Wer soll befragt werden?) als Instrument der Diskussion nicht für günstig sondern plädieren für eine nötigenfalls weitere Plenardiskussion.

Literatur

- Archibald LM, Gathercole SE. Short-term and working memory in specific language impairment. *International journal of language & communication disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*. 2006;41(6):675-93.
- Bishop DV, North T, Donlan C. Nonword repetition as a behavioural marker for inherited language impairment: evidence from a twin study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1996;37(4):391-403.
- Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T; and the CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 Oct;58(10):1068-1080. doi: 10.1111/jcpp.12721. Epub 2017 Mar 30.
- Brunner M, Schöler H. HASE – Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung. 2002. Westra, Wertingen.
- Dale PS, Tosto MG, Hayiou-Thomas ME, Plomin R. Why does parental language input style predict child language development? A twin study of gene-environment correlation. *J Commun Disord*. 2015 Sep-Oct;57:106-17. doi: 10.1016/j.jcomdis.2015.07.004.
- de Langen-Müller U, Kiese-Himmel C, Neumann K, Noterdaeme M & Kauschke C (Hrsg. in equal authorship)*. Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-006, Version 2. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf; 2011. Gelesen am 27. 04. 2019 *im Auftrag der Leitliniengruppe
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 6. Aufl. 2008, Bern: Hans Huber.
- Dohmen A. Überlegungen zur Umsetzung der internationalen CATALISE-Studie im deutschen Sprachraum. *Logos*. 2019;27(3):30-35.
- Euler HA, Holler-Zittlau I, Minnen S, Sick U, Dux W, Zaretsky Y, Neumann K. Psychometrische Gütekriterien eines Kurztests zur Erfassung des Sprachstandes vierjähriger Kinder. [Validity criteria of a short test to assess speech and language competence in 4-year-olds]. *HNO*. 2010 Nov;58(11):1116-23. doi: 10.1007/s00106-010-2089-7.
- Kauschke C, Spreer M, Vogt S. Terminologie und Definition von Sprachentwicklungsstörungen – Berichte aus (inter-) nationalen Arbeitsgruppen. *Forschung Sprache*. 2019 2:3-8.
- Kauschke C, Vogt S. Neue Terminologie von Sprachentwicklungsstörungen. *Forum Logopädie*. 2019 Mar;33(2):3.
- Kauschke C, Vogt S. Positionspapier zur Terminologie und Definition von Sprachentwicklungsstörungen. *Logos*. 2019; 27(3): 174-181.
- Neumann K, Holler-Zittlau I, van Minnen S, Sick U, Zaretsky Y, Euler HA. Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität-Spezifität des Kindersprachscreenings (KiSS). [Fool's gold standards in language screening: Sensitivity and specificity of the Hessian child language screening test (Kindersprachscreening, KiSS).] *HNO*. 2011 Jan;59(1):97-109. doi: 10.1007/s00106-010-2231-6.

Schöler H. IDIS – Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten. 1999. Heidelberg: Edition S im Universitätsverlag C. Winter.

Tosto MG, Hayiou-Thomas ME, Harlaar N, Prom-Wormley E, Dale PS, Plomin R. The genetic architecture of oral language, reading fluency, and reading comprehension: A twin study from 7 to 16 years. *Dev Psychol.* 2017 Jun;53(6):1115-1129. doi: 10.1037/dev0000297.

World Health Organization. ICD-11 International classification of diseases 11th revision. 2019. <https://icd.who.int/en/>, accessed April 28, 2019

World Health Organization. International classification of functioning, disability and health : children & youth version : ICF-CY. 2007. World Health Organization, Geneva; Switzerland, ISBN 978 92 4 154732 1

Univ.-Prof. Dr. Katrin Neumann, Koordinatorin der S3-Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ und Mitautorin der S2k-Leitlinie „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)“ sowie medizinischer Beirat der giskid

Univ.-Prof. Dr. Annerose Keilmann, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie

Univ.-Prof. Dr. Peter Kummer, künftiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie