

Indikationsschema nach Tigges-Zuzok

- Eine kritische Bewertung -

Von vielen Kinderärzten wird das Indikationsschema nach Tigges-Zuzok (2003) (Link: www.kinderarzt-niedermeier.de/texte/) zur Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten von Vorschulkindern eingesetzt. Es ordnet die „häufigsten kindlichen Lautfehlbildungen“ und „Sprachentwicklungsstörungen“ dem Entwicklungsalter von Kindern ab dem 3. Lebensjahr in Halbjahresschritten zu und nimmt eine Bewertung nach „frühestmöglicher spontaner Bildung“, „Normbereich“, „Toleranzbereich“ und „beginnender Therapiebedürftigkeit“ vor. Aufgrund zahlreicher Nachfragen von Mitgliedern wird nachfolgend eine kritische Bewertung des Schemas aus fachwissenschaftlicher Sicht vorgenommen.

- 1) „Häufigste kindliche Lautfehlbildungen“
Von 20 Konsonanten werden 9 Konsonanten: /sch/, /k/, /g/, [ç], /s/, [z], [x], /f/, v/ sowie eine Konsonantenverbindung „ZW“ (/tsv/?) aufgeführt. Vokale werden nicht erwähnt.
In Deutschland gibt es derzeit keine empirischen Studien, aus denen die Häufigkeit artikulatorischer Fehlbildungen hervorgeht. Die hier vorgelegte Zusammenstellung scheint auf Erfahrungswerte der Autorin zurück zu gehen.
Die Bezeichnung „fehlgebildeter Laut oder fehlgebildete Lautverbindung“ weist darauf hin, dass hier nur phonetisch-artikulatorische, aber keine phonologischen Störungen eingeschätzt werden sollen. Diese Unterscheidung ist nicht nur in Deutschland, sondern auch international Standard bei der Diagnostik (z.B. Fox & Dodd 1999) und Therapie (z.B. Jahn 2007) von Lautstörungen. Therapeutisch ist von großer Relevanz, ob ein Kind einen Laut fehlerhaft bildet oder ihn bedingt durch eine zugrunde liegende Sprachverarbeitungsstörung nicht erwirbt und damit nicht in der Lage ist, das Lautinventar der Sprache aufzubauen. Phonologische Störungen treten in ca. 65% aller Fälle von Sprachentwicklungsstörungen auf und erfordern therapeutisch andere Maßnahmen als Artikulationsstörungen (vgl. Floßmann et al. 2005).
- 2) „SEV (Sprechbeginn nach dem 2. Lebensjahr)“
In der Literatur wird mit Sprachentwicklungsverzögerung der verspätete Sprechbeginn bezeichnet. Gemeint sind hier „Late Talker“, die mit 24 Monaten keine 50 Wörter und keine Zweiwort-Kombinationen produzieren (AWMF 2011).
- 3) „Agrammatismus (Vokalisationen)“
Der Begriff wird üblicherweise bezogen auf aphasische Patienten eingesetzt und meint „die telegrammstilartige Redeweise mit Vereinfachung von Satzstrukturen“ und das „Weglassen von Artikeln, Fürwörtern und Endungen an Tätigkeits- und Hauptwörtern“ (vgl. Huber et al. 2006: 22). In diesem Kontext wird nicht von „Vokalisationen“ gesprochen. Eine kindliche Aphasie ist dadurch gekennzeichnet, dass sie erst nach Abschluss des Spracherwerbs infolge traumatischer oder entzündlicher Erkrankungen auftritt, doch diese Störung ist wahrscheinlich hier nicht gemeint.
- 4) „Schwerer Dygrammatismus“, „Leichter bis mittlerer Dysgrammatismus“
Die Einteilung des Dysgrammatismus (leichten, mittleren und schweren Grades) stammt aus den 70-er Jahren des vorigen Jahrhunderts, sie entspricht der Schweregradeinteilung von Becker & Sovak, die fachwissenschaftlich überholt ist. Zur Bezeichnung der Störung werden in der aktuellen Fachliteratur die Begriffe „grammatische Störungen“ (Kauschke 2012) oder „morphologisch-syntaktische Störung“ (Floßmann et al. 2005) verwendet.

5) „Sprachentwicklungsstörungen“

Das dem Schema zugrunde liegende Verständnis von Sprachentwicklungsstörung wird bezogen auf Artikulationsstörungen, „Dysgrammatismus“ und Stottern. Die Bereiche Lexikon (Wortschatzerwerb) und Pragmatik (Kommunikationsverhalten) bleiben unberücksichtigt. Eine Sprachentwicklungsstörung kann nur auf der Grundlage der Einschätzung der Fähigkeiten auf phonetisch-phonologischer, lexikalischer, morpho-syntaktischer und pragmatischer Ebene festgestellt werden, da per Definition immer mehrere Ebenen in unterschiedlicher Ausprägung betroffen sein können. (vgl. AWMF 2011)

6) „Physiologisches Stottern“

Die Bezeichnung „physiologisch“ ist irreführend, da sie suggeriert, dass die Symptomatik Teil des normalen Entwicklungsgeschehens ist. Dies ist nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen jedoch nicht der Fall, „da nur bei 5% aller Kinder stottertypische Unflüssigkeiten in 3% oder mehr aller Silben (Andrews und Harris 1964, Mansson 2000) auftreten“, daher „sind Begriffe wie „physiologisch“ oder „entwicklungsbedingt“ (Tigges-Zuzok und Kohns 1995, BAÄK 2000) nicht vertretbar“. (Sandrieser & Schneider 2008: 4). Kinder in der Entwicklung zeigen Symptome unflüssigen Sprechens, die sich deutlich von „stottertypischen Unflüssigkeiten“ unterscheiden.

7) „Chronisches Stottern“

„Derzeit werden stotternde Kinder in der Regel erst dann behandelt, wenn sich das Stottern schon über Jahre hinweg chronifiziert hat. Für die betroffenen Kinder erhöht sich so die Wahrscheinlichkeit, eine ausgeprägte Begleitsymptomatik und entsprechende Behandlungsresistenz zu entwickeln.“ (Sandrieser & Schneider 2008: 19) Dieses Problem wird auch deutlich daran, dass das Risiko zur Entstehung einer Redeflussstörung höher liegt als die Prävalenzrate von 1,07 (Enderby 1995): 2,8% im 2.-5.Lj, 3,4 % im 6.-10.Lj, 2,1% im 21.- 50. Lj (zitiert nach Craig 2002). Der Entwicklung eines „chronischen Stotterns“ sollte daher durch Früherkennung, umfangreiche Beratung der Eltern und falls erforderlich therapeutische Intervention im Vorschulalter begegnet werden (vgl. Sandrieser & Schneider 2008).

8) Bewertung: „Frühestmögliche spontane Bildung, Normbereich, Toleranzbereich“

Das in der Legende des Schemas angegebene Zeitfenster für „Toleranz-, Normbereich und frühestmögliche spontane Bildung“ entbehrt ausreichender fachwissenschaftlicher Fundierung. Es liegen keine empirischen Studien vor, die die vorgenommene Einteilung und Zuordnung der Störungen legitimieren könnten.

(1) Die Erwerbsreihenfolge der Laute entspricht nicht dem aktuellen Forschungsstand. Beispiel: Die Laute /k/ und /g/ werden bis zum 3. Lebensjahr phonetisch korrekt und als Phonem bis 3,5 Jahre erworben (Fox 1999). Einen Normbereich bis zum 5. Lebensjahr und eine Behandlungsbedürftigkeit erst ab 5,5 Jahre zu definieren, ist fachlich nicht angemessen.

(2) Die Behandlung stotternder Kinder im Vorschulalter ist nach diesem Schema nicht vorgesehen. Eine Stottertherapie beginnt erst ab dem 6. Lebensjahr, wenn das Stottern bereits chronifiziert ist. Aktuelle Untersuchungen zeigen die Notwendigkeit von Früherkennung und früher Intervention in Form von Elternarbeit und/oder direkter Arbeit



mit den Kindern in Einzel/Gruppentherapie (vgl. Sandrieser & Schneider 2008).

- (3) Das Indikationsschema sieht Interventionsmöglichkeiten frühestens ab dem 3. Lebensjahr vor. Mehrheitlich wird jedoch ein Therapiebeginn erst ab dem 5. Lebensjahr empfohlen. Die Annahme, dass Kinder erst ab dem 4. Lebensjahr therapiefähig seien, ist in zahlreichen Therapiestudien widerlegt worden (vgl. Law et al. 2003).
- (4) Die Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen bleibt unberücksichtigt, wird jedoch angesichts des Verordnungsgipfels zwischen dem 5. und 6. Lebensjahr in der Zwischenzeit selbst von den Krankenkassen gefordert: „Da bei umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in der Regel von einem frühzeitigen Beginn der Störung in der Kindheit auszugehen ist, wäre zu diskutieren, ob und wie die ambulante Versorgung durch eine noch frühzeitigere Diagnostik und insbesondere eine noch frühzeitigere Therapie der Störung optimiert werden könnte.“ (Barmer 2012: 199)

Fazit

Das Indikationsschema ist der Versuch die sprachliche Entwicklung vom 2. bis zum 6. Lebensjahr anhand ausgewählter Beobachtungskriterien, die lediglich im Bereich der Laute konkretisiert werden (Einschätzungskriterien für Agrammatismus, Dysgrammatismus oder Stottern sind nicht angeben), zu bewerten. Die Zusammenstellung ist fachlich unzureichend fundiert, führt zu einer Fehleinschätzung der sprachlichen Entwicklung von Kindern und begünstigt in der Umsetzung eine zu spät einsetzende Intervention mit der Folge, dass zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen 17% der Vorschulkinder in Sprachtherapie sind (vgl. Barmer 2012).

Daher wäre es wünschenswert, anstelle des Schemas die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen dahingehend zu überarbeiten, dass Kriterien zur Einschätzung der sprachlichen Entwicklung eingesetzt werden, die den Anforderungen der aktuellen Leitlinie „Sprachentwicklungsstörungen“ entsprechen. Mit Bezug zu den Vorsorgeuntersuchungen sind der Leitlinie die wesentlichen Symptome zu entnehmen, die auf eine nicht altersgemäße Entwicklung hinweisen (s. AWMF 2011: Tabelle 8).

Literatur

AWMF (Hrsg.) (2011): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES), (Synonym: spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)), Interdisziplinäre Leitlinie. Registernr: 049/006: Erstellungsdatum: 16.12.2011. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049

Barmer GEK: Barmer Arztreport 2012. URL: <https://www.barmer-gek.de>

Craig, A. et al. (2002): Epidemiology of Stuttering in the Community across the Entire Life Span. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Vol. 45. 1097-1105

dbi (Hrsg)(2011): Die kindliche Sprachentwicklung von der U3 bis zur U9. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbi).

Enderby, P. (1995). Epidemiology of Communication Disorders and Service Planning. in: Leahy, M. (ed): *Disorders of Communication. The Science of Intervention*. London: Whurr Publishers, 2nd edition

Floßmann, I., Schrey-Dern, D. & Tockuss, C. (2005): Therapie bei kindlichen Sprach- und Sprechstörungen. In: Böhme, G. (Hrsg): *Sprach-, Sprech- Stimm- und Schluckstörungen*. Bd 2: Therapie. 4. aktual. und erweiter. Auflage, München: Elsevier, S. 3-35.

Fox, A.V. & Dodd, B.J. (1999): Der Erwerb des phonologischen Systems in der deutschen Sprache. *Sprache-Stimme-Gehör* 23, S. 183-191.

Jahn, T. (2007): Phonologische Störungen bei Kindern. *Forum Logopädie*, Springer, L. & Schrey-Dern, D. (Hrsg). 2. überarb. Auflage, Stuttgart: Thieme.

Kauschke, C. (2012): Kindlicher Spracherwerb im Deutschen. *Verläufe, Forschungsmethoden, Erklärungsansätze*. Berlin: Walter de Gruyter

Law J., Garrett Z. & Nye C. (2003): Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD004110.

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2008): Stottern im Kindesalter. *Forum Logopädie*, Springer, L. & Schrey-Dern, D. (Hrsg). 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.

von Suchodoletz, W. (2012): Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. *Der SBE-2-KT und SBE-3-KT für zwei- bzw. dreijährige Kinder*. Stuttgart: Kohlhammer.

Tigges-Zuzok, C. (2003): Toleranzbereiche und beginnende Therapiebedürftigkeit der häufigsten kindlichen Lautfehlbildungen und Sprachentwicklungsstörungen. URL: www.kinderarzt-niedermeier.de/texte/logop.pdf

Autorin
Dietlinde Schrey-Dern
Referat Logopädie/Sprachförderung

