

Terminologie der Sprachentwicklungsstörung (SES)

Auf dem Weg zu einem internationalen Konsens

Wiebke Scharff Rethfeldt & Susan Ebbels

ZUSAMMENFASSUNG. Der vorliegende Beitrag soll LogopädInnen (klin. SprachtherapeutInnen sind in der Folge eingeschlossen) sowie an logopädischen Maßnahmen beteiligte Berufsgruppen unterstützen, sich über aktuelle internationale Entwicklungen zur Terminologie der Sprachentwicklungsstörung und damit verbundenen veränderten diagnostischen Kriterien zu informieren. Das derzeitige deutsche Klassifikationssystem zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen erscheint nicht hinreichend geeignet, da die Störungsformen und Kriterien nicht angemessen formuliert sind. In diesem Zusammenhang besteht die Gefahr diagnostischer Fehlentscheidungen. Das internationale CATALISE-Konsortium hat in den letzten Jahren verschiedene Bemühungen zur Verbesserung der Diagnostik unternommen und schließlich eine neue Terminologie und Kriterien vorgeschlagen. Grundlage der Änderungen, Unterschiede zur bislang in Deutschland geltenden Terminologie, diagnostische Kriterien sowie Implikationen werden skizziert.

Schlüsselwörter: Sprachentwicklungsstörungen – Terminologie – Diagnostik – Kriterien – Nomenklatur – Leitlinie – International

Hintergrund

Unterschiedliche Sichtweisen, Einteilungen und damit einhergehende Terminologien von Sprachentwicklungsstörungen (SES) bilden seit mehr als einhundert Jahren die Grundlage eines dynamischen Diskurses, der im Spannungsfeld zwischen theoretisch konstruierter und existenter Störungsform versucht, Klarheit und Eindeutigkeit in Bezug auf kindliche Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen zu suggerieren.

So wurde bspw. der in den 1980er Jahren in der deutschsprachigen Literatur verwendete Terminus *Dysgrammatismus* aufgrund der Erkenntnis vielfältiger Interdependenzen zwischen den linguistischen Sprachebenen abgelöst. Derlei Veränderungen gehen zumeist auf neue Forschungsansätze der angloamerikanischen Sprachpathologie zurück, die sich z.B. in der Übernahme des Begriffs *Entwicklungsdysphasie* in Anlehnung an *Developmental Dysphasia* (Wyke 1978) als Sammelbezeichnung für sprachbezogene Entwicklungsstörungen zeigen.

Schwieriger als die Übernahme eines Terminus gestaltet sich hingegen der Transfer der zugrunde gelegten theoretischen Konzepte, da zur Erklärung von Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern unterschiedliche Erklärungsansätze und deren Modelle herangezogen werden. So legt eine nach linguistischen

Sprachebenen getrennte Beschreibung die Vermutung nahe, dass sich sprachliche Auffälligkeiten genauer erfassen ließen. In der Folge bleiben jedoch Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen der sprachlichen Teilbereiche und damit ein umfassendes, repräsentatives Bild der kindlichen Sprachfähigkeiten häufig unberücksichtigt. Insbesondere aus Forschersicht ist es aber herausfordernd, wenn synergistische Sichtweisen zu Lasten der Genauigkeit gehen.

So setzte sich in den 1990er Jahren schließlich auch in Deutschland zunehmend der Terminus *Specific Language Impairment (SLI)* als *Spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES)* durch, der seine Ursprünge in der US-amerikanischen Literatur hat und in der deutschsprachigen klinischen Leitlinie in Anlehnung an die ICD-10 synonym als *Umschriebene Sprachentwicklungsstörung (USES)* Anwendung gefunden hat.

Dies ist bemerkenswert, da sich die ICD (International Classification of Functioning, Disability and Health) am DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) orientiert und der Terminus SLI laut Bishop (2004) niemals im DSM erwähnt wurde. ForscherInnen erhofften sich damit eine Möglichkeit, die sich scheinbar ausschließlich auf sprachlicher Ebene äußernden sprachlichen Defizite anhand der Unterteilung in sämtliche sprachsystematischen Ebenen

Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt ist Professorin für Logopädie und leitet den Studiengang Angewandte Therapiewissenschaften an der Hochschule Bremen. International vertritt sie das Fachgebiet der Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit und Interkulturalität. Sie vertritt den dbl international und ist Deputy Chair des Multilingual-Multicultural Affairs Committee der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP).



Dr. Susan Ebbels ist Speech & Language Therapist und Direktorin des Moor House Research & Training Institut an der Moor House Schule und College in Surrey, Großbritannien, einer Förderschule für Kinder und Jugendliche mit Sprachentwicklungsstörungen. Sie ist Mitglied der Editorial Boards des International Journal of Language and Communication Disorders und Child Language Teaching and Therapy sowie Fachberaterin des Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT).



detailliert beschreiben zu können. Eine allgemeine Akzeptanz fand diese Top-down Ausdifferenzierung der Sprachentwicklungsstörung jedoch nicht (Hansson et al. 2014, Wright 2014, Bishop 2004). So gab es im internationalen Forschungsraum bislang nie eine allgemein akzeptierte Klassifikation der Sprachentwicklungsstörungen. Im Zuge einer breiteren Studienlage mehrte sich die Kritik am Terminus SLI.

Als selbst im Jahr 2013 das diagnostische Label SLI keine Berücksichtigung im neu erschienenen DSM-5 fand, eröffneten Ebbels (2014), Bishop (2014), Reilly, Bishop & Tomblin (2014) die Debatte um eine geeignetere Terminologie für Kinder mit nicht erklärbar Sprachschwierigkeiten in einer Spezialausgabe zum Thema SLI des *International Journal of Language and Communication Disorders*.

Einem geschichtlichen Überblick und der Darstellung der Evidenzlage anhand kritischer Fragen folgend, kommentierten zahlreiche namhafte ForscherInnen und PraktikerInnen aus unterschiedlichen Disziplinen und Staaten den Status quo. Die ausgelöste Debatte fungierte als Katalysator, diese Problematik aufzugreifen.

Zwei Jahre später präsentierte ein mit 59 Personen unterschiedlicher Professionen (PädagogInnen, PsychologInnen, LogopädInnen/SprachtherapeutInnen, PädiaterInnen, KinderpsychiaterInnen) aus sechs englischsprachigen Ländern (Australien, Großbritannien, Irland, Kanada, Neuseeland, USA) besetztes ExpertInnenpanel zunächst einen im Delphi-Verfahren gefundenen Konsens hinsichtlich der diagnostischen Kriterien (Bishop et al. 2016), auf dessen Grundlage schließlich auch ein terminologischer Konsens (Bishop et al. 2017) mit Vorschlägen für eine einheitliche Definition und Nomenklatur erreicht wurde.

Nachfolgend werden die Kritik an der Terminologie und den diagnostischen Kriterien der SSES, die Empfehlungen dieses CATALISE-Konsortiums sowie die mit Bezug auf den deutschsprachigen Raum bedeutsamen Änderungen vorgestellt.

Kritik an SSES-Terminologie und diagnostischen Kriterien

Zur Aufgabe von LogopädInnen gehört die Untersuchung und Versorgung von Kindern unterschiedlichen Alters, die von einer Vielfalt von Beeinträchtigungen des Sprechens, der Sprache und der Kommunikation betroffen sind. Dabei ist die differenzialdiagnostische Klärung einer Sprachentwicklungsstörung nicht unkompliziert. Während sich in einigen Fällen die Beeinträchtigungen auf eine klare Ätiologie zurückführen lassen, scheint in anderen Fällen keine eindeutige Ursache für die vorhandenen Probleme erkennbar zu sein.

Anhand der in Studien vorauszusetzenden Formulierung von Ausschlusskriterien zur Beschreibung der zu untersuchenden Probanden wurde SSES gewählt, um sich explizit auf Kinder mit ausgewählten Sprachstörungen unklarer Genese bzw. ohne Komorbiditäten zu beziehen.

In der Folge wurde der Begriff auch in vielen therapeutischen Settings eingeführt und sogar Gegenstand der (abgelaufenen) deutschsprachigen *S2k-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen, unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)* (Synonym: *Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)*) (de Langen-Müller et al. 2011), deren Inhalte mit Ausnahme der diagnostischen Verfahren

zuletzt in 2016 als gültig bestätigt wurden. Da für ForscherInnen die Bestimmung konkreter Ein- und Ausschlusskriterien beispielsweise zur Beschreibung untersuchter ProbandInnen maßgeblich ist, mehrten sich vor allem in der klinischen, logopädischen Praxis starke Bedenken.

Ursprünglich sollte SSES eine eigenständige Klassifikation für Kinder mit Beeinträchtigungen auf primär linguistischen Ebenen darstellen. Der Begriff *spezifisch* galt und gilt aus logopädischer bzw. therapeutischer Sicht jedoch als realitätsfern (Belair et al. 2014, Gallagher 2014, Hansson et al. 2014) und lässt sich somit nicht mit den Anforderungen einer evidenzbasierten klinischen Urteilsbildung vereinbaren.

So suggeriert das Adjektiv *spezifisch* die Identifikation einer sprachspezifischen Entwicklungsstörung, deren Ätiologie, Art und Ausmaß sich nicht als Folge einer anderen Beeinträchtigung erklären lässt. Zu diesen Störungen zählen u.a. allgemeine Lernschwierigkeiten, kognitive Beeinträchtigungen, neurologische Defizite, sensorische Defizite, sowie psychosoziale und emotionale Faktoren.

Diese Definition der SSES hat einen eingeschränkten bzw. keinen Zugang zur logopädischen Versorgung sowie Konsequenzen für jene Kinder zur Folge, die ungeachtet ihrer sprachlichen Beeinträchtigungen bei unklarer Genese den eng formulierten Ausschlusskriterien nicht entsprechen (qualitativer Aspekt). Das damit verbundene erhöhte Risiko einer Fehlversorgung gilt aus Sicht der KritikerInnen als nicht tragbar.

Zudem stellt sich bei Kindern mit Sprachauffälligkeiten (zunächst) unklarer Genese die Frage, wie viel Zeit bis zum Abschluss des Ausschlussverfahrens durch die zwingend erforderliche Konsultation diverser Fachkräfte ethisch vertretbar ist, da sich zwischenzeitlich soziale Fehlentwicklungen aufgrund der beeinträchtigten Kommunikationsfähigkeit kumulativ verstärken können (quantitativer Aspekt).

Wer die Studien zu Entwicklungsverläufen von Kindern mit sprachlichen Beeinträchtigungen betrachtet oder auch Kinder mit einer diagnostizierten SSES aus der eigenen therapeutischen Praxis kennt, muss die sozialen, emotionalen und/oder kognitiven Auswirkungen ungeachtet einer erkennbaren Ursache anerkennen. So zeigen bereits Kleinkinder mit einer später diagnostizierten (S)SES im Vergleich zu sprachunauffälligen Kindern häufiger Verhaltensauffälligkeiten und sozio-emotionale Probleme (Maggio et al. 2014).

Bereits in 2001 wies Dannenbauer darauf hin: „Die massiven Beeinträchtigungen der Kommunikation bedingen häufig kompen-

satorische Verhaltensweisen bei Kindern, die von ihrer Umwelt als problematisch empfunden werden. Dies zeigt sich bereits zu einem erstaunlich frühen Zeitpunkt, bei dem eine zweifelsfreie Diagnose von SLI noch kaum möglich ist, z.B. bei 2 1/2-jährigen Kindern“ (S. 104).

Dieser Zusammenhang ist mit den in der deutschen Leitlinie beschriebenen diagnostischen Ausschlusskriterien kaum zu vereinbaren. Gleiches gilt für das in der deutschen Leitlinie formulierte Kriterium einer auszuschließenden Intelligenzminderung von $IQ < 85$. Die Messung erfordert den Einsatz eines nonverbalen Intelligenztests. Das Kriterium gilt jedoch als höchst umstritten, da der Zusammenhang zwischen nonverbalem IQ und Sprachfähigkeiten sowohl einer evidenzbasierten Grundlage entbehrt (Bishop 2004, Leonard 2014) als auch keinem schlüssigen Konzept folgt (Reilly et al. 2014). Zudem zeigt die Praxis, dass die Kriterien und damit die Diagnosestellung diesbezüglich inkonsistent angewendet wurden.

Überdies stellt sich in Anbetracht der zunehmend heterogenen Bevölkerung eine weitere Frage zur diagnostischen Validität. Durch den Einsatz von Intelligenztests können z.B. mehrsprachige Kinder aufgrund kulturell-linguistischer Bias irrtümlich als beeinträchtigt identifiziert werden. Auch das leitlinienorientierte Kriterium einer Standardabweichung von 1,5 bis 2 unterhalb der Altersnorm auf einer oder mehreren sprachlich kommunikativen Ebenen stellt die Möglichkeit einer aussagekräftigen Befunderhebung bei einem Großteil der in Deutschland lebenden kindlichen Bevölkerung infrage, da deren Leistungsmerkmale nicht der Bezugsnorm standardisierter und normierter Tests entsprechen.

Zudem sind selbst linguistische Analysen kritisch zu hinterfragen, da der diagnostische Fokus auf formale Sprachstrukturbereiche das Risiko einer Unterversorgung bei kulturell und linguistisch divers sowie in sozialen Problemlagen aufwachsenden Kindern erhöht (Scharff Rethfeldt 2016). Überdies sind statistische Cut-off-Werte umstritten, da sie von der jeweiligen Testkonstruktion sowie einer statistisch hinreichend repräsentativen Stichprobe abhängig und aufgrund unterschiedlicher Stichproben (-größe und -zusammensetzung) nicht durchgängig vergleichbar sind.

Zusammenfassend birgt die Definition der SSES daher das potenzielle hohe Risiko einer Fehl-, insbesondere einer Unterversorgung, da im Zusammenhang mit der stringenten Terminologie nur für eine ausgewählte Population und damit ein insgesamt eingeschränkter Zugang zu einer adäquaten Ver-

sorgung der kindlichen Bevölkerung besteht. In Anbetracht der seit Einführung der Terminologie inzwischen vorliegenden umfassenden Literatur ist der Terminus der SSES somit laut *Reilly et al.* (2014) nicht mehr haltbar. Vielmehr plädieren die AutorInnen (ebd.) für eine Lockerung der Ausschlusskriterien sowie ihre Ersetzung durch Einschlusskriterien, um den Zugang zur logopädischen Versorgung sicherzustellen.

Es zeigt sich also, dass die Termini USES und SSES zur Beschreibung ungeeignet sind und ihre Anwendung uneinheitlich erfolgt, sodass sich die Frage nach einer zielführenden Alternative stellt. Diese Frage wird international diskutiert (*Bishop et al.* 2017, *Archibald et al.* 2019). Die Arbeiten von *Bishop et al.* (2016) zur klinischen Urteilsbildung und *Bishop et al.* (2017) zur Terminologie erscheinen in diesem Zusammenhang richtungsweisend.

Ein Etikett ist unverzichtbar

Eine Klassifizierung und eine Terminologie sind unverzichtbar, da eine einheitliche Nomenklatur eine vereinfachte Kommunikation im Sinne einer verbalen Abkürzung erlaubt. So können die Merkmale einer komplexen Störung zuverlässig „transportiert“ werden – sofern die Abkürzung einheitlich verwendet und gleichermaßen verstanden wird.

Wenngleich die Weltgesundheitsorganisation den Fokus auf Funktionsfähigkeit und Teilhabe (ICF) richtet, um Etikettierungs- und

damit einhergehenden Stigmatisierungsprozessen entgegenzuwirken, bleibt ein Etiketten-Ressourcen-Dilemma bestehen. Etikettierungen können einerseits defizitär wirken, wenn sie Erwartungshaltungen auslösen oder stigmatisieren. Etikettierungen können andererseits das Verständnis, das Bewusstsein und die Legitimität eines Anspruchs unterstützen, um Zugang zu einer angemessenen Versorgung und ihre Verfügbarkeit zu erhalten und die Wirksamkeit von therapeutischen Maßnahmen zu verbessern.

Eine fundierte Diagnostik und im Ergebnis einheitliche Etikettierung können außerdem Sicherheit in der Erwartungshaltung geben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten deutlich machen, sowie Vertrauen in Zuweisungsprozesse schaffen, sofern individuell adäquate Maßnahmen in einem inklusiven System eingeleitet werden (können). Dies betrifft die Diagnosestellung im Spannungsfeld zwischen den getrennten Ressourcen des Gesundheits- und Bildungssystems in besonderem Maße.

Sprachstörungen vs. Sprech-, Sprach- und Kommunikationsauffälligkeiten

Auffälligkeiten in den Bereichen Sprechen, Sprache und Kommunikation können Kinder jeden Alters betreffen. Bei manchen Kindern treten sie vorübergehend oder in geringer Ausprägung auf, während sie für andere eine

ernst zu nehmende oder auch persistierende Beeinträchtigung darstellen, die sich bspw. als Störung des Lese- und Rechtschreibvermögens manifestieren kann.

In Anlehnung an *Bishop et al.* (2017) verwendet das Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) in diesem Zusammenhang *Speech, Language, Communication Needs* (SLCN) als übergeordneten Begriff für alle Sprech-, Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten, die unabhängig von Ursache, Schweregrad und Ausprägung einer besonderen Förderung oder Unterstützung bedürfen (Abb. 1).

Angesichts eines im deutschsprachigen Raum bislang fehlenden Äquivalents wird zunächst der Arbeitsbegriff der Sprech-, Sprach- und Kommunikationsauffälligkeiten im Sinne eines besonderen Förderbedarfs vorschlagen; nichtsdestotrotz sind in Deutschland die Maßnahmen (pädagogische) *Sprachförderung* und (logopädische) *Sprachtherapie* anhand ihrer gesetzlichen Regelungen und Verortung im primären bzw. im sekundären und tertiären Präventionsbereich konsequent zu unterscheiden (*Scharff Rethfeldt* 2013, 163). Hingegen sind LogopädInnen international überwiegend sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungssystem tätig.

Das Konzept SLCN bildet eine übergeordnete Kategorie, die eine Reihe von Formen einer beeinträchtigten Sprech-, Sprach- und Kommunikation umfasst. Im Englischen enthält sie u.a. die Teilmengen *Language Disorder*

■ **Abb. 1: Venn-Diagramm zur Darstellung der Sprach-, Sprech- und Kommunikationsauffälligkeiten unter Berücksichtigung von ICD-10 Diagnoseschlüssel sowie SGB V der Gesetzlichen Krankenversicherung und § 30 SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (in Anlehnung an *Bishop et al.* 2017)**



Internationaler Konsens zum Begriff Developmental Language Disorder (DLD)

Allgemein wird empfohlen, den Terminus DLD zu verwenden, wenn

- das Kind solche Sprachschwierigkeiten zeigt, die die Kommunikation oder das Lernen im Alltag beeinträchtigen, und
- anzunehmen ist, dass die Sprachschwierigkeiten auch nach Erreichen des fünften Lebensjahres bestehen bleiben, und
- die Sprachschwierigkeiten nicht direkt mit einer biomedizinischen Ursache in Verbindung gebracht werden können, wie z.B. Hirnschädigung, neurodegenerative Erkrankung, genetische oder Chromosomenstörung wie Trisomie 21, sensorineuraler Hörstörung, Autismus-Spektrum-Störung oder geistige Behinderung.

Der Begriff *Specific Language Impairment* (analog zu USES/SSES) wird aufgrund der o.a. Kritik als problematisch gesehen (Bishop et al. 2017). Weitere Termini wurden diskutiert, aber schließlich abgelehnt: *Primary Language Impairment*, *Language Learning Impairment* und *Developmental Dysphasia*.

und deren Untertypen *Language Disorder associated with biomedical condition X* und *Developmental Language Disorder* sowie *Speech Sound Disorder* und weiteren Schwierigkeiten wie u.a. *Lack of familiarity with ambient language* oder *Voice disorders* (RCSLT 2017).

Auf den deutschsprachigen Raum übertragen, bilden unter Berücksichtigung der o.a. gesetzlichen Notwendigkeit einer Differenzierung bei der Wahl der Maßnahmen also **Sprech-, Sprach- und Kommunikationsauffälligkeiten** die übergeordnete Kategorie. Sie werden unterteilt in *Sprachstörung* und deren Untertypen *Sprachstörung bei Komorbidität X* und *Sprachentwicklungsstörung*, weisen aber zudem weitere Formen wie z.B. *umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten* oder *Stimmstörungen* auf. Diese Differenzierung unterscheidet sich kategorisch von der deutschen Leitlinie (Abb. 1 und Abb. 2).

Der Begriff **Sprachstörung** beschreibt anhaltende Sprachschwierigkeiten mit erheblichen Auswirkungen auf die soziale und/oder schulische Funktion und alltagsorientierte

Teilhabe. Die Prävalenz von Sprachstörungen liegt bei 9,9% (Norbury et al. 2016). Der Oberbegriff umfasst nicht die *Late Talker*, deren Sprachdefizite sich innerhalb der ersten fünf Lebensjahre auflösen, unkomplizierte Aussprachestörungen bei Vorschulkindern sowie jene Kinder, die lediglich über unzureichende Kenntnisse der Unterrichtssprache verfügen.

Aufgrund ihrer guten Prognose zählen *Aussprachestörungen* mit phonologischen, jedoch ohne weitere sprachliche Auffälligkeiten nicht zur Sprachentwicklungsstörung. Es ist jedoch erforderlich, die Sprachfähigkeiten hinreichend zu untersuchen, da persistierende phonologische Störungen häufig von Sprachproblemen begleitet werden, die eine schlechte Prognose zeigen und damit die Diagnose einer SES befürworten (Hayiou-Thomas et al. 2017). Der Terminus *Sprachstörung* wird ebenfalls verwendet, sofern die Unterscheidung in nachfolgende Unterformen noch nicht erfolgt ist.

Der Begriff **Sprachentwicklungsstörung (SES)** wird für jene Kinder verwendet, deren Sprachstörung nicht mit einer biomedizini-

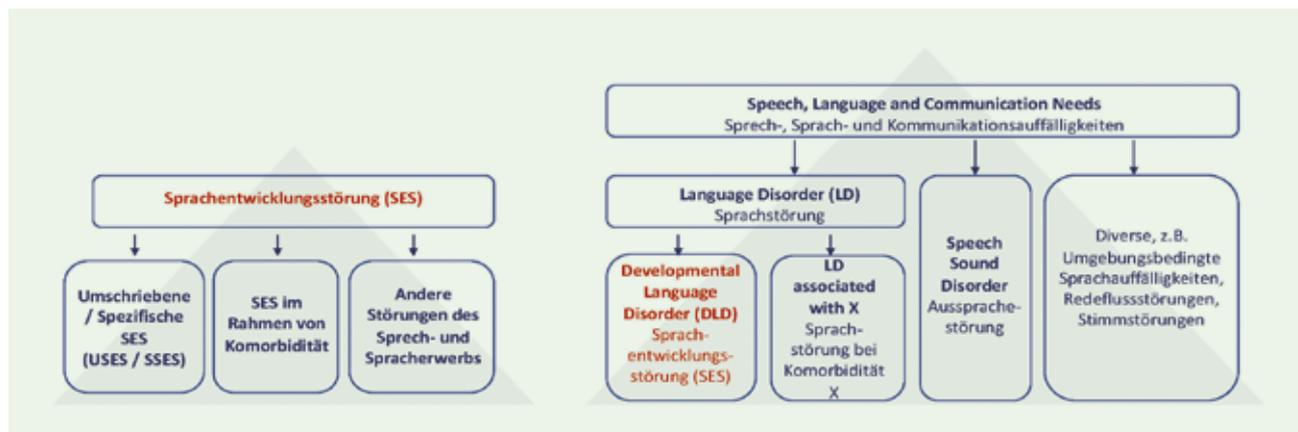
schen Ursache in Verbindung gebracht werden kann (Kasten). Sie betrifft ca. 7,6% aller Kinder (Norbury et al. 2016). Dabei können Beeinträchtigungen in geistigen oder motorischen Entwicklungsbereichen oder Verhaltensauffälligkeiten zusammen mit der SES auftreten und sollten entsprechend differenziert berücksichtigt werden. Ihr Vorliegen wird jedoch nicht als Ausschlusskriterium der SES-Diagnose verwendet.

Zu diesen parallel auftretenden Beeinträchtigungen zählen u.a. auch Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), motorische Beeinträchtigungen (inkl. Beeinträchtigungen der Bewegungsplanung und -koordination, Verbale Entwicklungsdyspraxie), Störungen der Schriftsprache bzw. Lese-Rechtschreib-Schwäche, Aussprachestörungen, externalisierende Verhaltensstörungen und/oder Verhaltens- und emotionale Störungen.

Die Versuche einer zuverlässigen Unterteilung nach Subtypen blieb erfolglos, da die SES eine Reihe von Sprachbereichen betreffen und der Grad der Beeinträchtigung in Umfang und Ausmaß im Laufe der Zeit individuell stark variieren kann. Stattdessen wird empfohlen, die Diagnose unter genauer Angabe der Art der Beeinträchtigung mit spezifischen Auswirkungen in nachfolgenden Bereichen unter Berücksichtigung ihrer Zusammenhänge konkret zu beschreiben: Phonologie, Morphologie und Syntax, Semantik, Lexikon, Pragmatik und Kommunikation, verbales Lernen und phonologisches Arbeitsgedächtnis.

Zur Diagnose einer SES ist keine Diskrepanz zwischen nonverbalen und verbalen Fähigkeiten erforderlich. So können Kinder mit geringen nonverbalen Fähigkeiten, die die Kriterien für eine geistige Behinderung nicht erfüllen, als PatientInnen mit SES versorgt werden (Harris 2013).

■ **Abb. 2: Kategorische Unterschiede der SES-Terminologie zwischen deutscher konsensbasierter S2k-Leitlinie und den evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen des CATALISE-Konsortiums**



Von einer **Sprachstörung bei Komorbidität X** sind ca. 2,3% der Kinder betroffen (Norbury et al. 2016). Der Begriff wird verwendet, wenn die Sprachstörung unabhängig neben einer komplexeren, biomedizinischen Beeinträchtigung auftritt. Hierzu gehören Hirnschädigung, erworbene kindliche Aphasie, neurodegenerative Zustände, genetische oder Chromosomenstörung wie Trisomie 21, Cerebralparese, verbalsprachliche Schwierigkeiten bei Hörstörung, Autismus-Spektrum-Störung, geistige Behinderung. Beispielsweise muss kein kausaler Zusammenhang zwischen einer Hörstörung und einer SES bestehen. So kann ein gehörloses Kind sehr

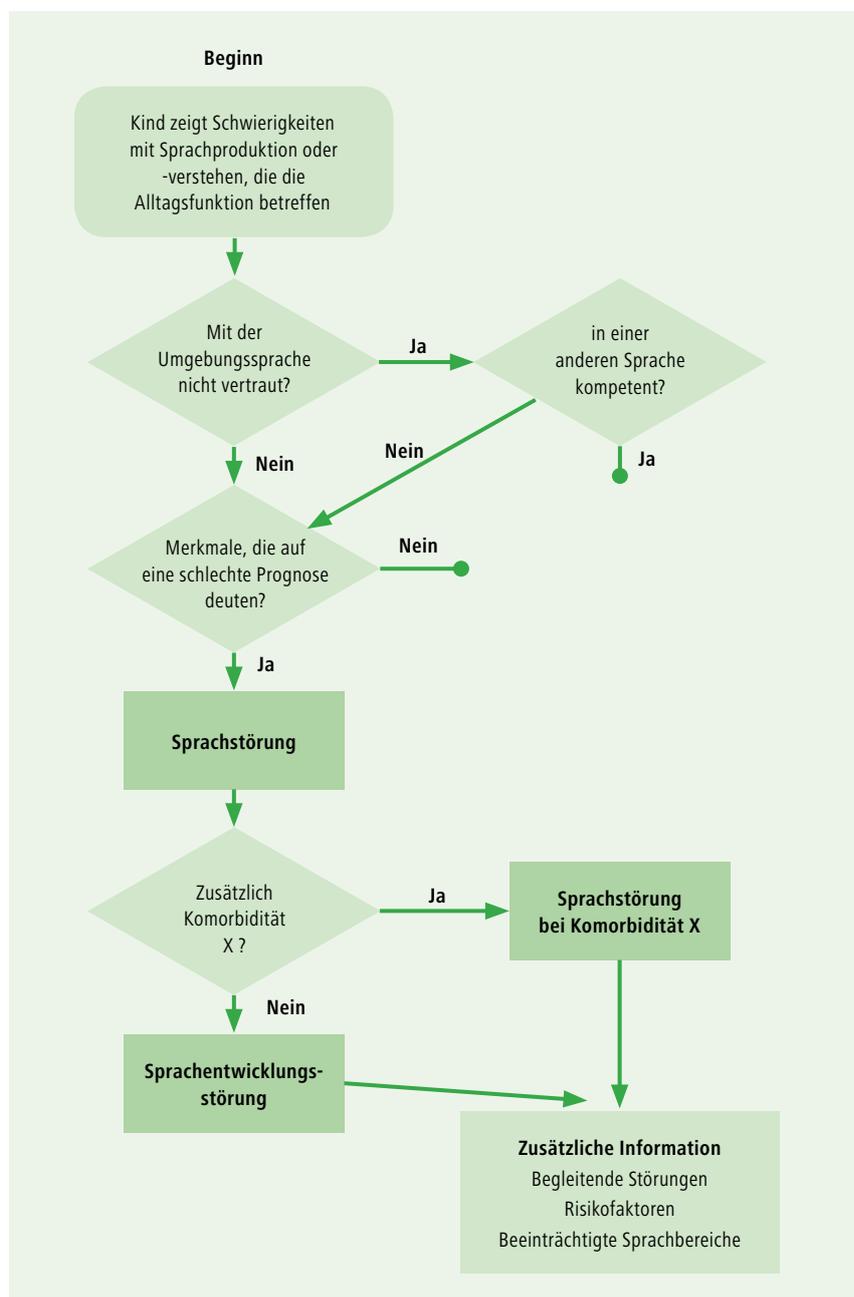
gute Sprachfähigkeiten in der Gebärdensprache zeigen; ein mit einem Cochlea-Implantat versorgtes Kind kann dennoch aufgrund einer genetischen Disposition eine SES entwickeln (Bishop 2017, 677).

Die nicht-sprachliche Intelligenz stellt zwar kein Ausschlusskriterium der SES dar, gilt jedoch als Differenzierungskriterium u.a. aufgrund ihrer prognostischen Bedeutung. So ist gemäß aktueller DSM-5-Definition der geistigen Behinderung erforderlich, dass das Kind sowohl intellektuelle als auch adaptive Störungen aufweist.

Wie bereits erwähnt ist eine prognostische Beurteilung bei jungen Kindern häufig

schwierig. So wird der Terminus *Verzögerung* selbst bei U5-Jährigen abgelehnt, da (a) eine Verzögerung nicht zuverlässig von einer Störung differenziert werden kann, (b) die Termini in der Vergangenheit fehlerhaft zur Interpretation von Entwicklungskurven verwendet wurden und (c) der Begriff einer Verzögerung falsche Erwartungen im Sinne eines Aufholens oder einer Spontanremission auslösen kann. Damit wird die Ernsthaftigkeit unterschätzt und das erforderliche elterliche Potenzial vernachlässigt (Archibald et al. 2019). In Anlehnung an die Klassifikation von Bishop et al. (2017) empfehlen Archibald et al. (2019) daher die Verwendung des Begriffs *Language Difficulty (Sprachschwierigkeiten: Sprachentwicklungsschwierigkeiten vs. Sprachschwierigkeiten bei X)* insbesondere für Kleinkinder, bei denen wenige Risikofaktoren vorliegen und die prognostische Einschätzung sehr unsicher ist. Sobald jedoch aus logopädischer Sicht selbst bei Kleinkindern von einer Manifestation auszugehen ist, sollte von einer *Sprachentwicklungsstörung* gesprochen werden (Anm.: Eine entsprechende Klassifikation wird derzeit von Cunningham & Cardy für das Ontario PSL Program vorbereitet).

■ **Abb. 3: Klinische Urteilsbildung zur Feststellung von Sprachentwicklungsstörung und Sprachstörungen im Rahmen von Komorbiditäten (in Anlehnung an Bishop et al. 2017)**



Diskussion und Empfehlungen

Spracherwerbsschwierigkeiten zeichnen sich durch eine große Heterogenität und hohe Komplexität aus, sodass zahlreiche und verschiedene Professionen mit den betroffenen Kindern und Angehörigen in unterschiedlichen Einrichtungen arbeiten. Ein unterschiedliches, in der jeweiligen Disziplin begründetes Verständnis der beteiligten Fachkräfte über Grundlagen, Modelle und Methoden in Diagnostik, Förderung und Therapie kann die interprofessionelle Kommunikation und Kooperation genauso erschweren wie eine uneinheitliche Verwendung und Auffassung der Terminologien, derer sie sich bedienen und anhand derer sie entsprechend abweichende Maßnahmen ableiten und begründen.

Darüber hinaus erschwert das parallele Vorhandensein unterschiedlicher Klassifikationssysteme und Nomenklaturen die Recherche, Replikation und Evaluation wissenschaftlicher Ergebnisse. Eine zukünftig international einheitlich verwendete Terminologie erleichtert die Planung von klinischen Studien und die Aufstellung national bzw. international vergleichender Versorgungsstatistiken.

Ein erfolgreiches Konzept zur Unterstützung und Versorgung von Kindern mit Sprech-, Sprach- und Kommunikationsproblemen setzt daher zwingend die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Fachbereich,

der Grundlage veränderter Terminologie und die Bereitschaft zur interdisziplinären und -professionellen Zusammenarbeit und Akzeptanz von Veränderungen voraus.

Legt man die nicht mehr aktuelle deutsche S2k-Leitlinie zugrunde, handelt es sich nicht um eine „Umbenennung, die im Deutschen lediglich eine Verkürzung von SSES/USES zu SES bedeutet“ (Kauschke & Vogt 2019, 31), sondern vielmehr um eine einschneidende Veränderung der gängigen, wenn auch nicht einheitlichen Nomenklatur mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen und entsprechend hohem Diskurspotenzial. Denn der internationale CATALISE-Konsens stellt die Terminologie der Sprachentwicklungsstörung, ihre Klassifikation, die diagnostischen Kriterien und folglich den diagnostischen Algorithmus infrage.

Aus deutscher Sicht kommt es zu einer Verschiebung der terminologischen Ebenen: Sprachstörung löst Sprachentwicklungsstörung als Oberbegriff ab (Abb. 2), verbunden mit den Erwartungen eines unmittelbaren Zugangs zur therapeutischen Versorgung und in Abgrenzung zu umgebungsbedingten Sprachschwierigkeiten mit dem Anspruch auf eine sprachpädagogische Förderung.

Im Laufe der bereits begonnenen logopädischen Versorgung erfolgt die differenzierte Sprachdiagnostik und schließlich die Feststellung, ob eine *Sprachentwicklungsstörung* oder eine *Sprachstörung bei einer Komorbidität* vorliegt (Abb. 3). Begründet wird der veränderte Algorithmus mit einer frühzeitigeren patientInnen gerechten und effizienten Versorgung, die die o.a. Risiken einer Fehlversorgung reduziert.

Auch kann die logopädische Behandlung bereits erfolgreich beginnen, da (a) keine differente Responsivität auf die logopädische Intervention zu erwarten ist, (b) bereits in der Vergangenheit kein Nachweis kausaler Faktoren (Ausschlussdiagnose) für die logopädische Therapie erforderlich war, (c) vielfältige Problemkombinationen und somit ggf. sämtliche Sprech-, Sprach- und Kommunikationsbereiche behandlungsbedürftig sind und (d) der Grad der Beeinträchtigung durch die Sprachstörung ohnehin in Umfang und Ausmaß individuell variiert und eine entsprechend individuelle Beschreibung erfordert. Schließlich (e) war eine Zuordnung und Definition nach Subtypen nicht unbedingt erfolgreich.

So bedarf auch der Stellenwert von bislang in Deutschland mehr oder weniger etablierten Ein- und Ausschlusskriterien einer SES wie bspw. soziale Problemlagen, Mehrsprachigkeit und Intelligenzminderung einer kritischen Reflexion. So ist z.B. die in der

deutschen Leitlinie formulierte Diskrepanz zwischen rezeptiven und expressiven Fähigkeiten nicht mehr erforderlich, sodass selbst Kinder mit einer niedrigen nicht-sprachlichen Intelligenz aufgrund einer SES behandelt werden können, obgleich eine Lernbehinderung keine SES darstellt. Überdies sind sozial-pragmatische Kommunikationsstörungen neu zu bewerten, um die Differenzialdiagnostik zur Abgrenzung einer Autismus-Spektrum-Störung zu verbessern.

Schließlich erscheint nicht nur die Überarbeitung der abgelaufenen konsensbasierten Leitlinie, sondern vielmehr eine neue, konsens- und zudem evidenzbasierte Leitlinie zur Diagnostik von Sprachstörungen unter Berücksichtigung von Sprachentwicklungsstörungen (SES) dringend erforderlich. Mit dem Ziel eines anwenderorientierten Nutzens wäre neben neuen, interprofessionell kooperierenden Fachkräften eine stärkere Einbindung von PatientenvertreterInnen wünschenswert.

Eine international ausgerichtete und somit wirksame Anpassung an die vorgeschlagene neue und einheitliche Terminologie bedarf daher eines sorgfältigen und umfassenden Diskurses auch in Deutschland, der im Interesse der betroffenen Kinder und ihrer Angehörigen geführt werden sollte und bei der die LogopädInnen nicht nur beratend teilnehmen sollten. Zugleich sollten weder systembezogene Unterschiede, noch berufspolitische Interessen die diagnostischen Kriterien einer SES beeinflussen.

Das DSM-5 verwendet bereits den Terminus *Language Disorder (Sprachstörung)* und die WHO überarbeitet derzeit die International Classification of Diseases (ICD-11) mit der Tendenz, *Developmental Language Disorder (Sprachentwicklungsstörung)* zu verwenden (WHO 2018). Bemerkenswert ist, dass in keinem dieser Systeme jemals der Terminus *Specific Language Impairment (Spezifische Sprachentwicklungsstörung)* verwendet wurde.

Den idealen Terminus wird es nicht geben – zumindest nicht einheitlich für klinisch-praktisch Tätige, ForscherInnen, KostenträgerInnen und Betroffene. Jedoch ist anzunehmen, dass ForscherInnen die flexibelste Interessensgruppe darstellen, da sie es gewohnt sind, Termini stets kritisch zu hinterfragen, Definitionen zu prüfen und sowohl die Theorie als auch insbesondere Methoden in ihren Arbeiten sorgfältig zu beschreiben. Schließlich waren sie Katalysator des aktuellen Diskurses. Es ist zu empfehlen, dass sie diesen beratend steuern und Impulse aus der Praxis annehmen.

In den vergangenen 30 Jahren sind die Evidenzlage und die zur Verfügung stehenden Informationen größer, die Barrieren einer globalen Kommunikation sind hingegen kleiner geworden. Selbst Angehörige betroffener Kinder holen sich nicht nur zunehmend eigenständig Informationen über Bezeichnungen oder Etikettierungen aus ÄrztIn-/TherapeutIn-PatientInngesprächen ein, sie verwenden hierzu neben einschlägigen Suchmaschinen auch zunehmend eine andere, die englische Sprache. Es wird Zeit für eine global einheitliche Nomenklatur – sind wir bereit?

LITERATUR

- Archibald, L.M.D., Cunningham, B.J. & Oram Cardy, J. (2019). *Developmental language disorder: steps toward implementation in Ontario*. (An OSLA working paper). www.osla.on.ca/controls/newsroom/news.aspx?id=1332 (09.06.2019)
- Belair, J., Clark, S. & Lynham, S. (2014). Can any label work for both intervention and research purposes? *International Journal of Language and Communication Disorders* 49 (4), 400-402
- Bishop, D.V.M. (2004). Specific language impairment: diagnostic dilemmas. In: Verhoeven, L. & van Balkom, H. (Hrsg.), *Classification of developmental language disorders* (309-326). Mahwah: Erlbaum
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. & CATALISE Consortium. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS ONE* 11 (7), e0158753
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. & CATALISE-2 Consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58 (10), 1068-1080
- Bishop, D.V.M. (2017). Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language and Communication Disorders* 52 (6), 671-680
- Cunningham, B.J., Kwok, E., Turkstra, L. & Oram Cardy, J. (Unveröffentlichte Studie). *Delphi study of Ontario SLPs on labels for under 5 years*.
- Dannenbauer, F.M. (2001). Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Die Sprachheilarbeit* 46 (3), 103-111
- de Langen-Müller U. et al. (2011): *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)*. AWMF Online, Register-Nr.049/006. Stand: 16.12.2011. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-006.html (10.02.2019)
- Ebbels, S. (2014) Introducing the SLI debate. *International Journal of Language and Communication Disorders* 49 (4), 377-380
- Gallagher, A. (2014). What's in a name? Some thoughts on Reilly et al. *International Journal of Language and Communication Disorders* 49 (4), 439-440
- Hansson, K., Sandgren, O. & Sahlen, B. (2014). Changing labels for a concept in change. Commentary on Bishop, D.V.M., ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language and Communication Disorders* 49 (4), 381-415
- Harris, J.C. (2013). New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Current Opinion in Psychiatry* 26 (3), 260-262
- Hayiou-Thomas, M.E., Carroll, J.M., Leavett, R., Hulme, C. & Snowling, M.J. (2017). When does speech sound disorder matter for literacy? The role of disordered speech sound disorder occurring language impairment and family risk of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58 (2), 197-205
- Kauschke, C. & Vogt, S. (2019). Neue Terminologie von Sprachentwicklungsstörungen. *Forum Logopädie* 33 (2), 31
- Leonard L.B. (2014). *Children with specific language impairment*. Cambridge, MA: MIT Press
- Maggio, V., Grañana, N.E., Richaudeau, A., Torres, S., Giannotti, A. & Suburo, A.M. (2014). Behavior problems in children with specific language impairment. *Journal of Child Neurology* 29 (2), 194-202

- Norbury, C.F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G. & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57 (11), 1247-1257
- Reilly, S., Bishop, D.V.M., & Tomblin, B. (2014). Terminological debate over language impairment in children: forward movement and sticking points. *International Journal of Language & Communication Disorders* 49 (4), 452-462
- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F.K., Morgan, A., Goldfield, S., Nicholson, J.M. & Wake, M. (2014). Specific language impairment: a convenient label for whom? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49 (4), 416-451
- Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) (2017). *RCSLT briefing paper on Language Disorder with a specific focus on Developmental Language Disorder*. www.rcslt.org/speech-and-language-therapy/clinical-information/developmental-language-disorder#section-3 (09.05.2019)
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit – Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Stuttgart: Thieme
- Scharff Rethfeldt, W. (2016). Kultursensible logopädische Versorgung in der Krise – Zur Relevanz sozialer Evidenz. *Forum Logopädie* 30 (5), 38-43
- Tomblin, J.B., Records, N. & Zhang, X. (1996). A system for the diagnosis of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research* 39 (6), 1284-1294
- World Health Organization (WHO) (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. https://icd.who.int/browse11/l-m/en (09.05.2019)
- Wright, E. (2014). Special educational needs provision in the real world. Commentary on Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F.K., Morgan, A., Goldfield, S., Nicholson, J.M. & Wake, M., Specific language impairment: a convenient label for whom? *International Journal of Language and Communication Disorders* 49 (4), 416-451
- Wyke, M.A. (1978). *Developmental dysphasia*. London: Academic Press

SUMMARY. Developmental Language Disorder (DLD) – Towards an international consensus in terminology

This article is intended to help Speech and Language Therapists (including related professions in Germany) as well as other professionals involved in speech and language therapy practice to learn about current international developments as regards terminology for Developmental Language Disorder and the associated amended diagnostic criteria. The current German classification system for the diagnosis of developmental language disorder appears to be unsatisfactory because the nature of the disorder and criteria are not sufficiently specified. In this context, there is a risk of incorrect diagnostic decisions. The international CATALISE consortium has made various efforts to improve diagnosis in recent years and has now proposed new terminology and criteria. We outline the reasons for the changes, the differences from the terminology and diagnostic criteria used to date in Germany and the implications.

KEY WORDS: Developmental Language Disorders – terminology – diagnostic criteria – guidelines – international

DOI dieses Beitrags (www.doi.org.)

10.2443/skv-s-2019-53020190404

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt
 Hochschule Bremen
 Fakultät 3 – Gesellschaftswissenschaften
 Angewandte Therapiewissenschaften – Logopädie
 Neustadtswall 30
 28199 Bremen
 w.scharff.rethfeldt@hs-bremen.de