

Qualitätszirkel

Sprachtherapie bei Störungen des Sprechens und der Sprache in der Sozialpädiatrie

BAG SPZ

Mitglieder des Qualitätszirkels:

Dr. Christian Blank, Leiter des QZ	SPZ Landshut
Dr. Kai Lüdtke, Logopäde	SPZ Inn-Salzach / Altötting
Andrea Petrik, Logopädin	SPZ Cottbus
Birgitt Rösch, Logopädin	Kinderzentrum Maulbronn
Dr. Friedrich Voigt, Dipl.-Psychologe	Kinderzentrum München

Gliederung

1. Einführung
2. Differenzierte Befunderhebung bei Sprach- und Sprechauffälligkeiten
3. Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen
4. Bewertung des Einsatzes
5. Spezielle Behandlungsangebote im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)
6. Literatur
7. Anhang

1. Einführung in das Thema

Die Rahmenempfehlung „Logopädie“ beschreibt Qualitätsmerkmale der Sprachdiagnostik und Sprachtherapie bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen und Störungen des Sprechens entsprechend den Untergruppen SP1, SP3 SP5 und SP6 der Heilmittelrichtlinien sowie den entsprechenden ICD-10 Diagnosen.

Auf weitere Diagnosegruppen wie AVWS, der Ess-, Stimm- und Schluckstörungen wird in diesem Papier nicht eingegangen.

In Kap. 5 wird auf die Besonderheiten der Sprachtherapie in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) eingegangen. Das Papier stellt Qualitätsmerkmale der standardisierten Sprachdiagnostik und -therapie im Kontext der Sozialpädiatrie dar.

Die Empfehlungen sollen Ärzten und Therapeuten dazu dienen, die Diagnostik und Behandlung von Kindern mit o. g. Störungen effektiv und ressourcenorientiert planen zu können.

In der Behandlung bei Sprach- und Sprechstörungen sind verschiedene Berufsgruppen involviert. Neben Logopäden und Atem-, Sprech- und Stimmlehrern können Sprachheilpädagogen (Lehramt, Diplom, MA), klinische Linguisten, Sprechwissenschaftler, Patholinguisten und akademische Sprachtherapeuten mit Bachelor- bzw. Masterabschluss sprachtherapeutische Interventionen durchführen.

Sprachtherapeuten verfügen über Fachwissen aus der Linguistik (Psycholinguistik, Neurolinguistik, Sprachverarbeitung), der Sprachheilpädagogik, der Medizin und der Psychologie. Neben dem Erlernen von klinisch bewährten Therapiemethoden ist die Behandlung von Patienten unter Supervision Bestandteil der Ausbildung.

1.1. Ambulante Grundversorgung

Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und Störungen des Sprechens werden in Deutschland üblicherweise bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, für Allgemeinmedizin oder Praktischen Ärzten und im weiteren auch bei Fachärzten der HNO-Heilkunde/Phoniater und Pädaudiologen vorgestellt.

Nach entsprechender ärztlicher Diagnostik wird die Indikation für die logopädische Therapie gestellt, wobei die Indikation, Dauer und Umfang der Therapie durch die Heilmittelrichtlinien festgelegt sind.

Üblicherweise findet die Therapie in Praxen niedergelassener Logopäden statt, was den direkten Informationsaustausch durch regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen zwischen Arzt und Therapeut erschwert.

Bei kombinierten Entwicklungsstörungen oder bei schwierigen psychosozialen Rahmenbedingungen stehen im Rahmen der Komplexversorgung nach SGB IX SPZ und Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) zur Diagnostik und Therapie mit einem multiprofessionellen Angebot zur Verfügung.

Überregional gibt es spezielle Frühfördereinrichtungen für Kinder mit Hörstörungen.

1.2. Pädagogische Versorgung

Insbesondere Störungen der körperlichen und / oder geistigen Entwicklung (z.B. kombinierte Entwicklungsstörung) bei Kindern können sich in unterschiedlichem Ausprägungsgrad negativ auf den Spracherwerb auswirken.

Überwiegen solche Störungen, so besteht vom Säuglingsalter bis zum Schuleintritt die Indikation für eine pädagogische Förderung incl. Beratung der Eltern. Eine Sprachtherapie kann bei diesen Kindern als Ausnahme von der Regel medizinisch indiziert sein. Ob ein besonderer Therapiebedarf besteht, der mit pädagogischer Förderung nicht abgedeckt werden kann, muss zuvor im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik im SPZ ermittelt werden.

In manchen Bundesländern können Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und Störungen des Sprechens auch in Facheinrichtungen wie Sprachheilkindergärten oder Sprachheilschulen mit hoher Intensität mehrfach tgl. therapiert werden.

1.3. Spezialisierte ambulante Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum

SPZ sind interdisziplinär und multiprofessionell arbeitende Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Behandlung. Es wird Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen von 0-18 Jahren mit Entwicklungsstörungen, drohender oder manifester Behinderung sowie Verhaltens- oder seelischen Störungen jeglicher Ätiologie durchgeführt. Der Behandlungsauftrag für das sozialpädiatrische Zentrum wird im Sozialgesetzbuch V geregelt.

Im SPZ werden Kinder und Jugendliche mit komplexen Sprachentwicklungsstörungen behandelt, bei denen eine abgestimmte interdisziplinäre Therapieplanung indiziert ist. Dies betrifft Kinder und Jugendliche mit Funktionsstörungen auf verschiedenen sprachlichen Ebenen, mit kombinierten Entwicklungsstörungen oder unklarer Prognose der kognitiven Entwicklung, mit Mehrfachbehinderungen sowie mit erheblichen zusätzlichen psychosozialen Risiken. Es findet eine interdisziplinäre, mehrdimensionale Bereichsdiagnostik statt.

SPZ wirken an der Erstellung und Überprüfung von Behandlungsplänen für Kinder und Jugendliche und der Koordination der Behandlungsschritte aller beteiligten Facheinrichtungen mit.

Nach der Erstvorstellung mit Untersuchung durch den spezialisierten Arzt wird bei Bedarf ein interdisziplinärer Diagnostikplan (Dipl.-Psychologen und Sprachtherapeut) erstellt, um die erforderliche mehrdimensionale Diagnosestellung zu erreichen.

Spezialisierte Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin und ggf. weitere Mitarbeiter des SPZ übernehmen die Aufgabe der Komplexdiagnostik, um ein Gesamtbild der kindlichen Entwicklung unter Einschluss der kognitiven Entwicklung sowie anderer mit der Sprache assoziierter Entwicklungsfunktionen zu erhalten.

Weitere apparative Diagnostik wird in die Wege geleitet, falls diese nicht bereits im Vorfeld durchgeführt wurde. Eine exakte Hördiagnostik ist obligat. Die Indikation zu weiteren Untersuchungen ist individuell zu stellen.

Sprachtherapeuten sind im SPZ Teil des interdisziplinären Teams. Ihre Aufgabenbereiche umfassen die fachspezifische Befunderhebung der Sprachentwicklung sowie ggf. der sprechmotorischen und stimmspezifischen Zusatzsymptome einschließlich des Schluckens und der Mundmotorik. Die Beratung der Eltern und anderer Bezugspersonen, Beratung und Austausch mit beteiligten Fachkräften (Pädagogen, medizinisch-therapeutischen Fachleuten), probatorische Therapie mit Entwicklung eines Behandlungsplans und/oder die Durchführung einer kontinuierlichen Sprachtherapie wird ebenfalls von den Sprachtherapeuten übernommen.

Eine enge Abstimmung mit anderen Berufsgruppen ist sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapieplanung erforderlich. Die Schwerpunkte in den diagnostischen Aufgaben und Therapieangeboten werden zwischen den Fachgruppen abgestimmt und durch den Arzt gesteuert.

1.4. Spezialisierte stationäre Therapie

Eine stationäre Therapie von Kindern und Jugendlichen mit schweren Störungen der Sprache und des Sprechens ist vereinzelt in verschiedene Institutionen bundesweit möglich.

2. Differenzierte Befunderhebung

Die differenzierte sozialpädiatrische Diagnostik muss durch den speziell ausgebildeten Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin erfolgen, um die Therapieindikation zu stellen. Hierzu sollte die MBS (Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie) eingesetzt werden. Durch den Logopäden kann die Befunderhebung therapiebegleitend angepasst werden.

2.1. Befunderhebung bei Sprach- und Sprechauffälligkeiten

In der Befunderhebung werden die sprachlichen Leistungen des Kindes und Jugendlichen umfassend und linguistisch fundiert erfasst. Hierzu gehören folgende Bereiche:

Sprachentwicklungsanamnese:

- Spracherwerb (Verlauf der Sprachentwicklung, Eckdaten der Sprachentwicklung)
- Familienanamnese bezüglich Sprach- und Hörstörungen
- Vorsprachliche Entwicklung (Lallphasen, ggf. Gebrauch von Gesten/Gebärden)
- Ernährungsanamnese /Stillen, Umstellung auf verschiedene Nahrungskonsistenzen, Ernährungsgewohnheiten)
- Speichelfluss, Schluckprobleme, Habits
- Hörauffälligkeiten, bisherige Hördiagnostik
- Auftreten und Verlaufsmerkmale der sprachlichen Symptomatik
- Muttersprachlicher Hintergrund (Migrationshintergrund) /Mehrsprachlichkeit
- Spontansprache
- Rekurrende Erkrankungen im HNO-Bereich und deren Auswirkungen auf das Hörvermögen
- Interaktion und Kommunikation zwischen Eltern/ Kind
- Verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit des Kindes
- Familiäres und soziales Umfeld (Sozialer Status, peer group)
- Konzentration/Aufmerksamkeit
- Medienkonsum
- Bereits erfolgte Therapie

Klinische Beobachtung:

- Interaktion und Kommunikation zwischen Eltern/ Kind und Eltern/ Therapeut
- Konzentration/ Aufmerksamkeit (therapierelevantes Verhalten)
- Körperhaltung, Aufrichtung
- Spontansprache
- Bisherige motorische, kognitive, soziale und emotionale Entwicklung
- Orofaciale Motorik und Sensomotorik

Standardisierte und informelle Verfahren:

- vertiefende Bewertung der verschiedenen sprachlichen Funktionsbereiche

Eine Übersicht der häufig verwendeten standardisierten und halbstandardisierten diagnostischen Verfahren findet sich im Anhang.

Die spezielle Anamnese und Diagnostik des Sprechens und der Sprache strebt eine Bewertung der rezeptiven und expressiven Fähigkeiten auf folgenden linguistischen Ebenen an:

- lexikalisch-semantisch
- syntaktisch-morphologisch
- phonetisch-phonologisch
- pragmatisch-kommunikativ (inklusive der Einschätzung der vorsprachlichen Kommunikation und der Eltern-Kind-Interaktion).

5. Darüber hinaus werden beurteilt: (s. Punkt 5: Spezielle Behandlungsangebote im SPZ)
 - Redefluss (Stottern und Poltern)
 - Orofaciale Störungen (orale Nahrungsaufnahme, Sensorik)
 - Auditive Wahrnehmung und Verarbeitung
 - Stimme einschließlich Rhinophonien
 - Schlucken

Eine weitere Aufgabe dieser Befunderhebung besteht darin, aus der Zusammenstellung der verschiedenen sprachlichen Funktionsbereiche detaillierte Behandlungsziele abzuleiten bzw. die bereits erfolgte Behandlung zu bewerten.

2.2. Bewertung der Befunde

Eine systematische Bewertung der Untersuchungsergebnisse erfordert eine Einordnung in das allgemeine Entwicklungs- / Intelligenzprofil. Hieraus werden die Behandlungsziele abgeleitet. Falls eine orientierende Einschätzung nicht möglich ist, muss eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik erfolgen.

Eine Indikation für eine logopädische Behandlung ist immer gegeben, wenn einer oder mehrere sprachliche Funktionsbereiche signifikante Entwicklungsstörungen aufweisen (definiert durch entsprechende T-Wert-Unterschiede gegenüber dem Intelligenzniveau) oder sich die sprachlichen Funktionseinschränkungen erheblich auf Kommunikation und soziale Integration im Sinne der International Classification of Function of Children and Youth (ICF-CY) auswirken.

2.3. Dokumentation

Die Dokumentation der Befunderhebung muss aussagefähig und nachvollziehbar sein (siehe auch Band 2 der BAG:QZ-Papier „Dokumentation“).

2.4. Zieldefinition und Therapieplanung

Voraussetzung für die Festlegung der Ziele ist eine ausführliche logopädische Befunddokumentation. Diese wird mit den Eltern durch eine Befundbesprechung sowie eine anschauliche Vermittlung des Behandlungsplans als Therapieziel formuliert. Die Zielsetzung ergibt sich aus dem sprachspezifischen Befund, dem detaillierten Sprachprofil in Kenntnis des Entwicklungsstandes und der Intelligenzleistungen des Kindes. Im Alltag wird zwischen Fern- und Nahzielen unterschieden.

Beispiel für Definition von Behandlungszielen:

Die Zunahme der Äußerungslänge des Kindes unter der Therapie soll operationalisiert definiert werden

1. konkrete Beschreibung des Zielverhaltens:
Zunahme der Äußerungslänge
2. Beschreibung der Bedingungen unter denen das Verhalten gezeigt werden soll:
Protokoll der Spontansprache in einer strukturierten Spielsituation
3. Angabe des Beurteilungsmaßstabes:
nach 3 Monaten merkbare Zunahme der Äußerungslänge im Spontansprachprotokoll.

Kurzfristige Ziele können an Hand der Verlaufsdokumentation oder mittels Rating Scales bewertet werden. Für die Überprüfung langfristiger Ziele sollen objektivierbare bzw. standardisierte Methoden herangezogen werden (Siehe Kapitel 4).

3. Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen

3.1. Bandbreite der Sprachtherapie

Sprachtherapeuten verfügen über verschiedene Methoden, um ein bestimmtes Störungsbild zu behandeln. Die Auswahl der Methoden durch den Logopäden richtet sich nach Art und Ausprägungsgrad der Störung, den Möglichkeiten der Familien, der Leistungsfähigkeit des Kindes und der Kooperation der betreuenden Personen. Die Arbeit auf der pragmatisch-kommunikativen Ebene ist Bestandteil jeder logopädischen Therapie.

Üblicherweise wird eine Einzeltherapie durchgeführt, um auf das Kind individuell eingehen zu können. Kombinationstherapien können bei kombinierten Störungen sinnvoll sein. Intensivierung der Therapie sowie Therapiepausen sind weitere Variationsmöglichkeiten.

3.2. Besonderheiten im SPZ

Die besonderen Therapiemöglichkeiten der Logopäden im SPZ ergeben sich aus der interdisziplinären Arbeit, der häufig vorhandenen Spezialisierung der Therapeuten in der Behandlung umschriebener Störungsbilder von Kindern, deren Erfahrungen mit seltenen Krankheitsbildern, der Kenntnis von Langzeitverläufen bei spezifischen Behinderungen sowie der materiellen Ausstattung.

Bezogen auf die Diagnostik und Therapie komplexer Sprachentwicklungsstörungen ergeben sich aufgrund der Besonderheiten für den Bereich der Sprachtherapie innerhalb eines SPZ folgende Unterschiede zur Grundversorgung außerhalb des SPZ (siehe auch Kap 5):

- Entwicklung eines Therapieplans unter interdisziplinären Gesichtspunkten (mehrdimensionale Bereichsdiagnostik- MBS)
- Einleitung und Koordination spezieller Behandlungsmaßnahmen durch den spezialisierten Kinder- und Jugendfacharzt
- Nutzung der Interdisziplinarität eines SPZ für Anleitung, Beratung und Begleitung von Eltern und Bezugspersonen (sowie Einbeziehung von Elternselbsthilfegruppen)
- Durchführung von Elterngruppen (z.B. Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung)
- Kurzfristige und engmaschige Kontaktmöglichkeiten zu Ärzten und anderen Fachgruppen innerhalb des SPZ zur Überprüfung und Modifikation der Therapie
- Erfahrung mit Patienten mit seltenen und speziellen Krankheitsbildern, die meist einer komplexen Behandlung in Spezialsprechstunden bedürfen (z.B. Down-Syndrom, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Patienten mit fehlendem Lautspracherwerb im Rahmen primärer Störungsbilder)
- Im Vergleich zur Frühförderung Erfahrung in der Behandlung bei Kindern von Geburt bis zum Jugendalter. Damit Erfahrung im Langzeitverlauf und daraus resultierende hohe Kompetenz hinsichtlich Therapieplanung und Prognose (z.B. Kommunikationshilfen)
- Teilweise Möglichkeit des stationären Therapiebeginns in einigen SPZ, z. B. bei neurologisch bedingten Sprachstörungen (z.B. bei SHT mit kontinuierlicher Fortführung der Behandlung nach Entlassung (standortspezifisch)).
- Besondere und spezialisierte Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung (Kommunikationshilfsmittel)
- Ressourcen für Vernetzung, Zusammenarbeit und Informationsaustausch mit externen Behandlungs- und Betreuungsstellen
- Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Eltern und Kenntnisse in der Gesprächsführung

3.3. Kriterien für die Auswahl von Therapieverfahren

Bei der Auswahl von Therapieverfahren finden sich bislang kaum wissenschaftlich gestützte spezifische Indikationsstellungen für eine bestimmte Methode. In der Sprachtherapie wird des-

halb häufig eine Kombination von Therapiemethoden abgestimmt auf das individuelle Störungsbild angewandt.

Bei der Auswahl der Methodik spielen oft die speziellen fachlichen Vorkenntnisse der zuständigen Therapeuten eine entscheidende Rolle. Werden spezifische Therapiemethoden ausgeschlossen, so sollte dies im Therapiebericht ausdrücklich erwähnt und begründet werden.

4. Bewertung des Einsatzes

Zur Sicherung der Qualität der Therapie ist es notwendig, die aus der MBS abgeleiteten Therapieziele und die verwendeten Methoden sorgfältig zu dokumentieren. Nach einem angemessenen und vorher festgelegten Zeitraum wird schriftlich dokumentiert, in welchem Maß die Ziele erreicht wurden.

Im Verlauf der Therapie wird darauf geachtet, ob die Ziele und Methoden adäquat sind. Eine Revision des Therapieansatzes ist erforderlich, wenn die Therapie über eine längere Behandlungsphase keine Fortschritte zeigt.

Der Grad der Zielerreichung sollte durch den Sprachtherapeuten anhand konkreter Verhaltensbeschreibungen und Sprachbefunde belegt werden. Ergänzt wird die Bewertung durch die Einschätzung anderer Berufsgruppen und der Eltern. Eine Zwischendiagnostik durch psychometrische Testverfahren ist sinnvoll, um einen längeren Behandlungsverlauf zu evaluieren. Der Logopäde muss durch seine Dokumentation stets in der Lage sein, über den Stand der Therapie und deren Effektivität Auskunft zu geben.

Über die Überprüfung der Ziele und die Einschätzung der Zielerreichung hinaus ist es zur Qualitätssicherung ebenfalls notwendig, zu beurteilen und zu dokumentieren, ob die Therapie fortgesetzt werden soll, ob Pausen notwendig sind oder zusätzliche Maßnahmen eingeleitet werden müssen.

Bei der Therapieplanung hat sich das hypothesengeleitete Vorgehen bewährt.

Bei diesem Vorgehen wird die Lösung des klinischen Problems als Frage formuliert. Der Therapeut schafft möglichst günstige Bedingungen, um das klinische Problem effektiv zu lösen. Dazu müssen die Therapiefortschritte anhand einer speziellen Methode kontinuierlich hinsichtlich Wirksamkeit und Praktikabilität für den Patienten bewerten und ggf. die Methodik revidiert werden.

Die bei der Befunderhebung festgelegten Nah- und Fernziele (siehe Kap. 2) werden regelmäßig überprüft:

4.1. Stufe 1: Evaluation durch Patient bzw. Betreuungsperson

Evaluation des therapeutischen Prozesses nach Stufe 1 und 2 des AÖ-Papiers.

Welche qualitativen Verbesserungen wurden erreicht? Wurden konkrete Nah- oder Fernziele aus der Sicht des Patienten / der Bezugspersonen erreicht?

Die Bewertung kann anhand von konkreten Befragungen oder mittels Ratingskalen erfolgen.

4.2. Stufe 2: Evaluation durch den Therapeuten

Der Therapeut nimmt einen Vergleich zwischen Ausgangszustand und Ist-Zustand vor. Dazu kann er u.a. subjektiv bewerten, ob ein bestimmtes Ziel erreicht wurde (z.B. häufiger Gebrauch von Zweiwortsätzen durch das Kind). Weitere Bewertungen können mittels einer Ratingskala vorgenommen werden (goal attainment scale), in die einzelnen Ziele graduell bewertet werden. Die Bewertung sollte auch eine Einschätzung einbeziehen, wie gut erworbene sprachlichen Kompetenzen auf die Alltagskommunikation übertragen werden (Alltagstransfer).

4.3. Stufe 3: Bewertung durch den Arzt:

Evaluationen durch Verlaufsuntersuchungen. In der Verlaufsuntersuchung werden Entwicklungsfortschritte der sprachlichen Kompetenzen nach Ablauf von 3- 6 Monaten bewertet. Die Bewertung wird durch den zuständigen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin nach einer dif-

ferenzierten Diagnostik, ggf. multiprofessionell vorgenommen. Ein wesentlicher Aspekt ist die Überprüfung und gegebenenfalls Revision der definierten Therapieziele.

4.4. Evidenz bei sprachtherapeutischen Interventionen

Die Wirksamkeit sprachtherapeutischer Behandlungsmethoden wurde nur in einer begrenzten Zahl von Studien belegt. Die Metaanalyse von Therapiestudien belegt die Wirksamkeit der Sprachtherapie vor allem bei phonetisch-phonologischen und lexikalischen Störungen. Bei Störungen der Grammatik zeigen die Studien sehr divergierende Resultate, bei Sprachverständnisstörungen finden sich bislang kaum Belege.

In Deutschland gibt es bisher nur wenige Therapiestudien zur Wirksamkeit der logopädischen Behandlung. Dabei senken oft fehlende Kontrollgruppen und kleine Fallzahlen das Evidenzlevel. Kinder mit komplexeren Störungsbildern, wie sie im SPZ vorrangig vertreten sind, wurden sehr viel seltener in Therapiestudien einbezogen.

5. Ergänzende Behandlungsangebote im SPZ

5.1. Interdisziplinäres, multiprofessionelles Arbeiten bei seltenen Krankheiten

Das interdisziplinäre Team im SPZ ermöglicht prinzipiell spezifische therapeutische Angebote. Diese Angebote haben besondere Bedeutung bei sehr jungen Kindern und/ oder bei Patienten mit Sprach- und Sprechstörungen im Rahmen spezieller Störungsbilder. Es kann notwendig sein, dass die Dauer der Konsultationen, die Therapiefrequenz und/ oder die Gesamtbehandlungsdauer erheblich von Vorgaben der Heilmittelrichtlinien abweichen sowie Dipl.-Psychologen und/ oder Therapeuten verschiedener Fachrichtungen bei spezifischen Konzepten gemeinsam arbeiten. Für spezifische Angebote sind in der Regel Zusatzausbildungen der Therapeuten und besondere materielle und organisatorische Voraussetzungen notwendig.

Die folgenden speziellen Behandlungsangebote werden in Sozialpädiatrischen Zentren nur bei entsprechender personeller Ausstattung und bestehendem Versorgungsauftrag verfügbar sein. Die folgenden Auflistungen gelten deshalb nicht für alle Einrichtungen in gleichem Maße.

5.2. Weiterführende Behandlungsangebote im SPZ

Einsatz visueller Hilfen zur Sprachanbahnung:

Visuelle Signale unterstützen den Spracherwerb, z.B. Gebärdenunterstützte Kommunikation (GuK); Phonembestimmtes Manualsystem (PMS) u. a.

Unterstützte Kommunikation:

Vermittlung alternativer und ergänzender Kommunikationsmittel und -strategien und Erprobung der speziellen methodischen Hilfsmittel für nichtsprechende Patienten (Gebärden, Bildsymbole, elektronische Kommunikationshilfen).

Auswahl, Erprobung, Verordnung und Anpassung elektronischer Kommunikationshilfen und Alltagshilfen in Zusammenarbeit mit Hilfsmittelfirmen und verschiedenen Bezugspersonen (Eltern, Erzieherinnen, Pädagogen, Therapeuten) des Kindes.

Spezialsprechstunden mit externen Spezialisten:

Die Diagnostik und die Therapie wird durch spezifische Angebote ergänzt, wenn Kooperationen mit externen Spezialisten vorhanden sind, die über die Angebote des SPZ-Teams hinausgehen, z. B. Pädiatrische und phoniatriisch-pädaudiologische Dysphagiesprechstunde, Kieferorthopädische Sprechstunde.

Behandlung orofazialer Dysfunktionen:

Zur Behandlung von Störungen elementarer oraler Funktionen wie z. B. sensomotorisch bedingten Störungen der Nahrungsaufnahme, fehlendem Mundschluss, fehlender Speichelkontrolle sind vor allem bei Patienten mit komplexen Behinderungen (Körper- und Mehrfachbehinderungen) und sehr jungen Kindern (einschließlich Säuglinge, ehemalige Frühgeborene) spezifische Behandlungskonzepte mit einzubeziehen (z.B. Ansatz nach Castillo-Morales, strukturierte Dysphagietherapie, für ältere Kinder myofunktionelle Therapie).

Elterntraining:

Die elternzentrierte Arbeit ersetzt oder ergänzt für eine festgelegte Zeit die kind-zentrierte Arbeit etwa anhand des Heidelberger Elterntraining für entwicklungsverzögerte Kinder zur frühen Sprachförderung, in dem die Kompetenz der Eltern als Kommunikationspartner ihres Kindes gestärkt wird.

6. Literatur

Allemand I, Fox-Boyer A, Gumpert M (2008): Diagnostikverfahren bei kindlichen Aussprachestörungen – ein Überblick. Forum Logopädie Heft 1 (22); 14-21.

Beushausen U (2007): Testhandbuch Sprache, Diagnostikverfahren in Logopädie und Sprachtherapie, Huber, Bern.

Bode H (2001): Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter – ist die Behandlung effektiv? Kinderärztliche Praxis 72, 298-303.

Bode H (2008): Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache – Indikationen zur Verordnung von Sprachtherapie. www.dgspj.de.

Boyle J, et al. (2007): A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment, Health Technol Assess, 7; 1-139.

Buschmann A, Joos B, Rupp A, Dockter S, Blaschikowitz H, Heggen I, Pietz J (2008): Children with developmental language delay at 24 months: result of a diagnostik work-up. DMCN 50, 223-229.

Buschmann A, Joos B (2007): Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: "Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung". Forum Logopädie 21, 6-11.

Grimm H (2000): Entwicklungsdysphasie: Kinder mit spezifischen Sprachstörungen, in Grimm H, Sprachentwicklung, Band 3, Enzyklopädie der Psychologie, Sprache, Hogrefe, Göttingen.

Grimm H (2001): Störungen der Sprachentwicklung, Hogrefe, Göttingen, 2. Auflage.

Grohnfeldt M (2001): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 1-4, Kohlhammer, Stuttgart.

Hesketh A et al (2007): Teaching phoneme awareness to preliterate children with speech disorder: a randomized controlled trial. International Journal of Language and Communication Disorders, 42(3): 251-271.

Johnson C, Beitchman J (2006): Specific developmental disorders of speech and language, in: Gillberg, C., Harrington, R., Steinhausen, H.-C.: Clinician's handbook of child and adolescent psychiatry, Cambridge University Press, Cambridge, 2006, pp. 388-416.

Law J, Garrett Z, Nye C (2004): The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay / disorder: A meta-analysis, Journal of Speech, Language and Hearing Research 47, 924-943.

Leonard L (1998): Children with specific language impairment, MIT Press, Cambridge.

Leonard L et al (2008): The acquisition of tense and agreement morphemes by children with Specific Language Impairment during Intervention: Phase 3, Journal of Speech, Language and Hearing Research 51, 120-125, February 2008.

Nye C, Foster S, Seaman D (1987): Effectiveness of language intervention with language / learning disabled children. Journal of Speech and Hearing Research 52, 348-357.

Schöler H, Welling A (2007): Sonderpädagogik der Sprache, Handbuch der Sonderpädagogik, Band 1, 2007, Hogrefe, Göttingen.

Schrey-Dern D (2001): Logopädische Diagnostik und Therapie. Kinderärztliche Praxis, 282-289.

Straßburg H (2002): Differentialdiagnostik bei Sprachstörungen aus neuropädiatrischer Sicht. Kinderärztliche Praxis 162-175.

Suchodoletz Wv (2004): Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen, in Suchodoletz v., W. Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen, Hogrefe, Göttingen 155-199.

Weinert S (2006): Sprachdiagnostik, in Petermann, F., Eid, M.: Handbuch der psychologischen Diagnostik, Handbuch der Psychologie, Hogrefe, Göttingen 567-576.

Weinert S (2005): Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache in: Schlottke: Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf, Hogrefe, Göttingen 483-543.

7. Anhang

7.1. Untersuchungsverfahren zur Überprüfung des Sprechens und der Sprache in der logopädischen Befunderhebung (Auswahl)

In der folgenden Übersicht werden die gebräuchlichen standardisierten und halbstandardisierten Testverfahren dargestellt

Testverfahren	Inhaltlicher Schwerpunkt	Standardisierung
Phonetisch - Phonologische Ebene		
Analyseverfahren zu Ausspracheverfahren bei Kindern (AVAK) (Hacker & Wilgermein 1998)	Deskriptive Erfassung der Lautstruktur/ phonologischer Prozesse bei Kindern mit Artikulationsstörungen	Keine Normierung verfügbar
Logo Ausspracheprüfung (Wagner 1997)	Überprüfung Phonetisch-phonologischer Fähigkeiten	Keine Normierung Qualitative Auswertung
Heidelberger Vorschulscreening (HVS) (Brunner et al 2001)	Phonologische Bewusstheit	Normierung vorhanden
Bielefelder Screening zur Früherkennung von LRS (BISC) (Jansen et al)	Phonologische Bewusstheit	Normierung vorhanden
Psycholinguistische Analyse kindlicher Sprechstörungen (PLAKSS) (Fox 2002)	Qualitative und quantitative Erfassung phonologischer Prozesse und Lautbefund	Normdaten noch unvollständig
Lexikalische Ebene		
Aktiver Wortschatztest für drei bis fünfjährige Kinder (AWST-R) (Kiese & Kozielski 2005)	Erfassung des aktiven Wortschatzes im Altersbereich zwischen 3 und 5; 5 Jahren	Systematische Normierung nach Alterstufen
Wortschatz-Wortfindungstest (WWT 6-10) (Glück 2007)	Wortschatz und Wortfindung	Normierung vorhanden
Grammatikalische Ebene		
Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten (ESGRAF-R) (Motsch 2009)	Erfassung von grammatikalischen Fähigkeiten von sprachauffälligen Kindern	teilweise Normierung
Sprachverständnis		
Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses - Deutsch TROG-D (Fox 2006)	Quantitative und qualitative Analyse des Grammatikverständnis	Normierung für 3;0 bis 10;11 Jahre vorhanden
Marburger Sprachverständnis-test für Kinder (MSVK) (Elben & Lohaus 2000)	Erfassung des Sprachverständnisses	Normdaten für Kindergartenkinder und Erstklässler

Verschiedene linguistische Ebenen		
Entwicklungsprofil Zollinger 1995)	Orientierende Einschätzung rezeptiver und expressiver Fähigkeiten. (Einschätzung der Gesamtentwicklung)	Screeningverfahren
Elternfragebogen zur Früherkennung von Risiko-kindern (ELFRA1, ELFRA2) (Grimm & Doil 2001)	Screeningverfahren zur Erfassung von Risikokindern mit sprachlichen Auffälligkeiten	Normierung an begrenzter Stichprobe im Längsschnitt
Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET) (Grimm & Schöler 2001, 2. Auflage)	Differenzierte Erfassung sprachlicher Fähigkeiten auf der Ebenen von Satzstruktur, morphologischer Struktur, Satz- u. Wortbedeutung, pragmatische Fähigkeiten, Textgedächtnis	Veraltete Normierung aus den 70-er Jahren
Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten (IDIS) (Schöler 1999)	Inventar zur Diagnose / Differenzialdiagnose von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen	Normierung in Entwicklung
Kindersprachtest für das Vorschulalter (KISTE) (Häuser et al, 1994)	Erfassung der Semantik, der Grammatik und der Kommunikation	Normierung vorhanden
Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (Kauschke & Siegmüller 2002)	Individuelles Störungsprofil auf allen sprachsystematischen Ebenen	Normierung vorhanden, aber an kleinen Stichproben; Standardisierung und Normierung in Entwicklung
Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET) (Angermaier 1977)	Erfassung von sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten	Normierung ist stark veraltet
Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK 2) (Grimm, 2000)	Erfassung der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses	Aktuelle Normdaten vorhanden
Sprachentwicklungstest für drei bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5) (Grimm 2001)	Erfassung des Sprachverständnisses, der Sprachproduktion und des sprachlichen Gedächtnisses	Aktuelle Normdaten vorhanden
Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV) (2003)	Screeningaufgaben zur Sprachentwicklung	Normangaben unvollständig
Teddy-Test (Friedrich 1998)	Semantische Relationen im Sprachgebrauch	Normangaben unvollständig
Reynell Developmental Scales (RDLS) (1997)	Erfassung der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses	Normen sind nicht für den deutschsprachigen Raum adaptiert
Skalen zur Beurteilung der sozial-kommunikativen Fähigkeiten (Sarimski & Möller, 1991)	Beurteilung früher kommunikativer Fähigkeiten	

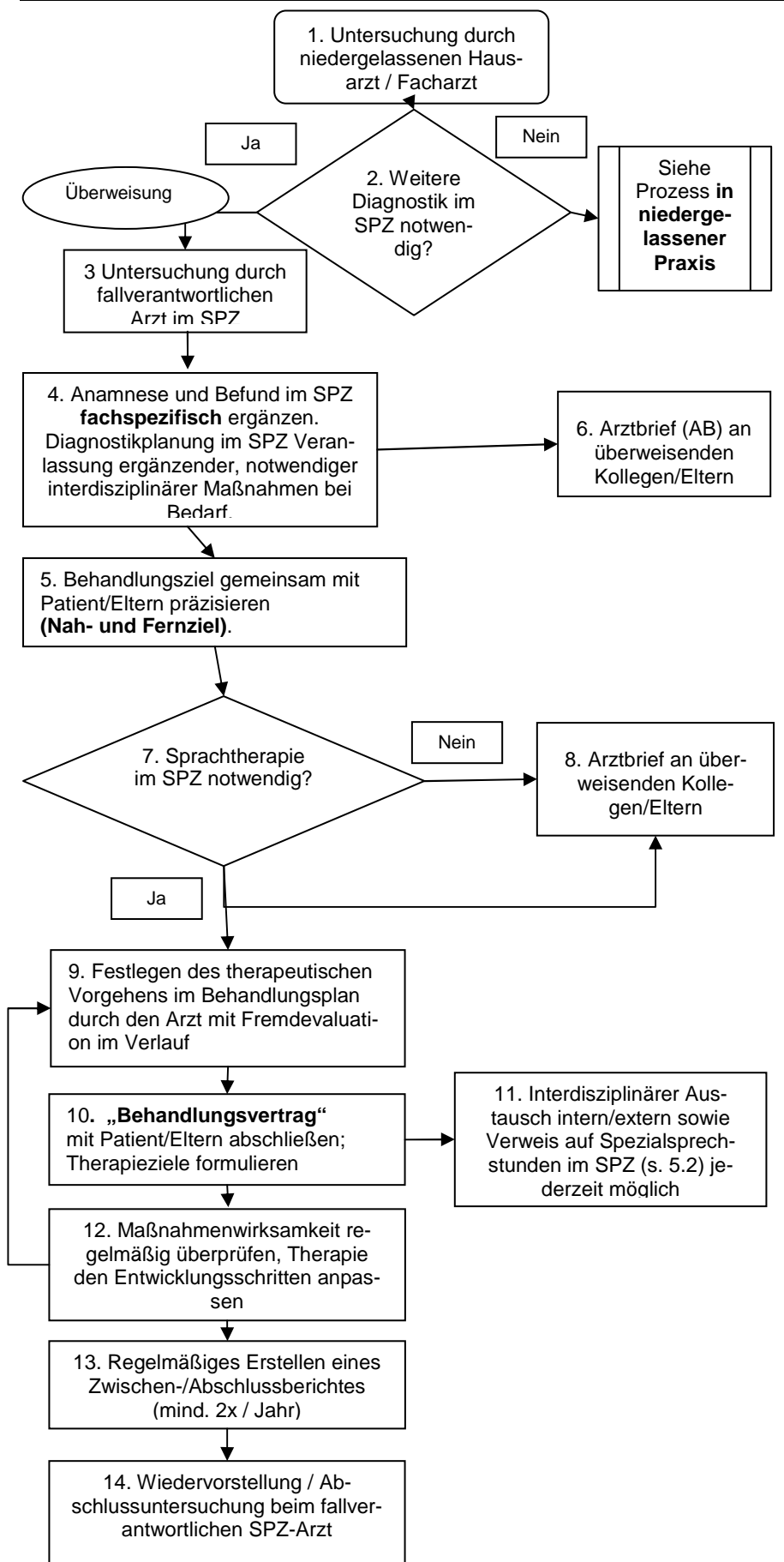
Nicht normierte Tests sind im Alltag notwendig, um eine qualitative Prozessbeschreibung zu erhalten. Zur sicheren Beurteilung der Tests bedarf es einer großen Erfahrung der Therapeuten.

7.2. Therapeutische Verfahren und Methoden

Behandlungsbereich	Behandlungsansatz	Behandlungseffekte
Semantisch-lexikalischer Bereich	- Patholinguistischer Ansatz von Kauschke und Siegmüller - Ansatz nach Zollinger, Wortfindungsstörung - Semantisch-phonologische Elaboration	1) signifikante Wortschatzzunahme (Werte nicht angegeben) 2) kurz- und mittelfristig starke Verbesserungen im Wortabrufverhalten
Syntaktisch-morphologischer Bereich	- Patholinguist. Therapieansatz nach Kauschke und Siegmüller - Entwicklungsproximaler Ansatz nach Dannenbauer - Kontextoptimierter Ansatz nach Motsch - Handlungsorientierter Ansatz nach Weigl und Reddemann-Tschaikner - Konstruktivistischer Ansatz nach Kruse	
Phonetisch-phonologischer Bereich	Artikulationsstörungen mit phonetischem Schwerpunkt - nach Van Riper - Assoziationsmethode nach McGinnis Phonembestimmtes Manualsystem nach K. Schulte Artikulationsstörungen mit phonologischem Schwerpunkt - Modellieren nach Hacker und Wilgermein - Metaphon nach Howell und Dean - psycholinguistisch orientierte Phonetiktherapie nach A. Fox	3) sowohl klassische als auch phonologische Therapie zeigt Effekte 4) Monographie
Pragmatisch-kommunikativer Bereich	Handlungsorientierter Ansatz nach Weigl und Redemann-Tschaikner - Entwicklungsproximaler Ansatz nach Dannenbauer - Ansatz nach B. Zollinger	

- 1) J. Siegmüller, A. Fröhling, Therapie der semantischen Kategorisierung als Entwicklungsauslöser für den Erwerb des produktiven Wortschatzes, Sprache Stimme Gehör 2003, 135-141 (Studie mit 6 Therapiekindern zwischen 2;2 und 2;10 Jahren, etwa 6 Monate lang)
- 2) C. W. Glück, Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Therapieformen und ihre Wirksamkeit, Sprache Stimme Gehör 2003, 27, 125-134.
- 3) A.V. Fox, A. Teutsch, Therapie bei Kindern mit Aussprachestörungen im deutschsprachigen Raum: was wirkt wann, wie und wann nicht? (Unterschied in der Effektivität zwischen „klassischer Artikulationstherapie“ und „phonologischer Therapie“ nicht nachweisbar. [Kleine Fallzahlen, kurze Therapiephase (8 Wochen)])
- 4) Studer-Eichenberger, E. Verbale Entwicklungsdyspraxie. Störungsbild, Abgrenzung zur erworbenen Sprechapraxie bei Erwachsenen und Interventionsstudie mittels der Behandlungstechnik des PROMPT-Systems (TAKTKIN). Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (Schweiz), 2004. zitiert in: Norina Lauer, Beate Birner-Janusch. Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007.
- (5) Schulte-Mäter, A. Verbale Entwicklungsdyspraxie, in Schöler, H. & Welling, A. Hrsg., Sonderpädagogik der Sprache, Göttingen, Hogrefe, 2008, S. 278-284

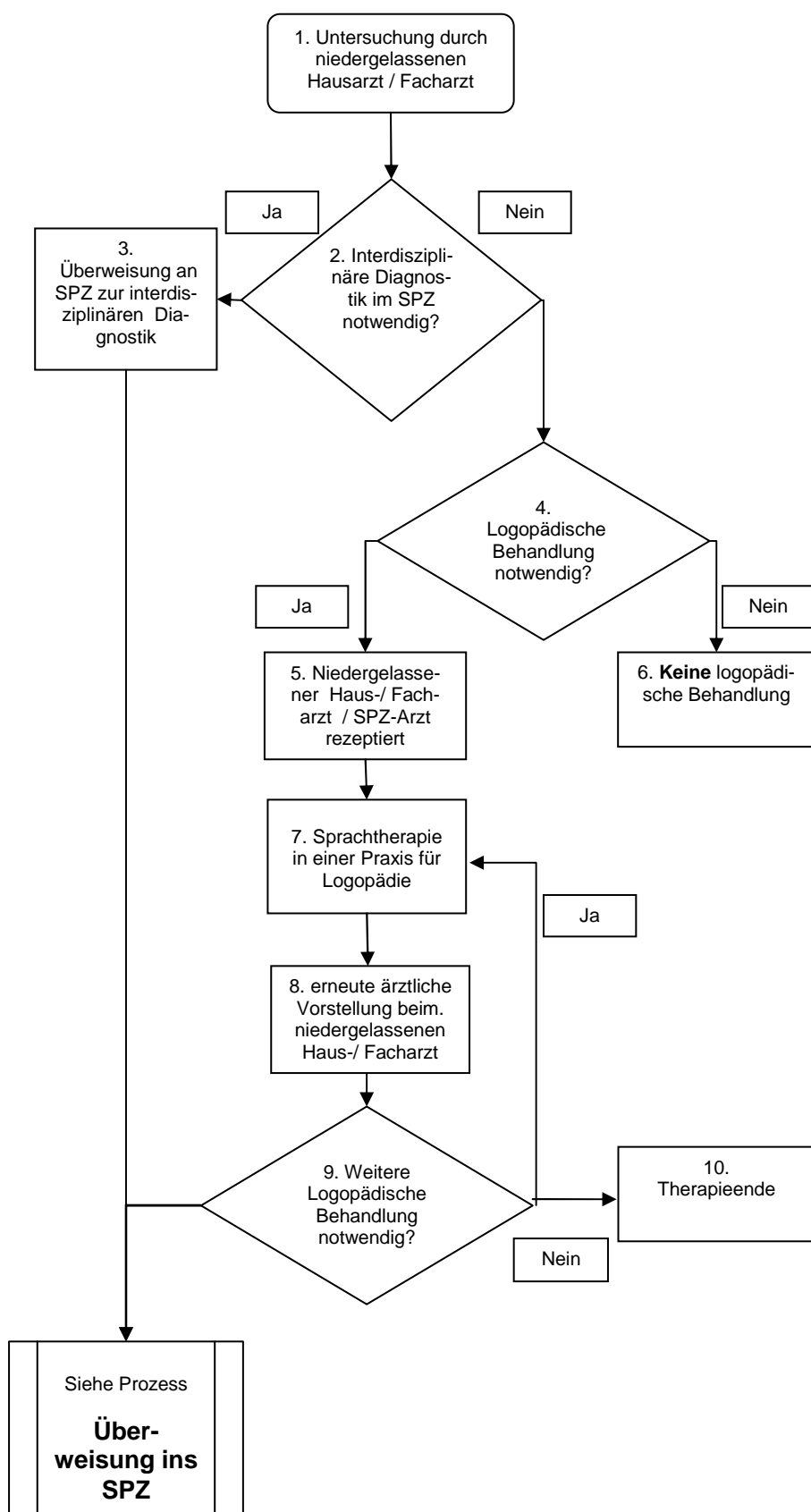
Flussdiagramm – Prozessdarstellung bei Überweisung ins SPZ



Raum für Hinweise und „Mini-Checklisten“

- 2. Überweisung an SPZ
- 3. Untersuchung umfasst Diagnostik zur Ätiologie und entwicklungsneurologische Diagnostik. Beurteilung der **Alltags-/Teilhabe einschließlich Abschätzung der Prognose**
- 4./5 Diagnostik umfasst logopädischen Befund und entwicklungspsychologische Befundung und ggf. weitere apparative Diagnostik.
- 6./8 Erstellen eines Arztbriefes. SPZ-Arzt ist fallverantwortlich.
- AB kann auch eine Empfehlung zur Wiedervorstellung im SPZ beim Arzt zur Kontrolle enthalten oder eine logopädische Therapie bei niedergelassenen Logopäden empfehlen
- 7. - In manchen Bundesländern wird in den SPZ ein Rezept für eine logopädische Therapie außerhalb des SPZ ausgestellt. Es findet eine **regelmäßige Therapieevaluation im SPZ** statt.
- 9. Arztbrief mit Behandlungsplan für Grundversorgung. Alltags- und Teilhaberelevanz beachten (Therapiedauer, -frequenz, -inhalt); dabei sind die Ressourcen von Patient und Eltern zu beachten (siehe Grundlagenpapier zu funktioneller Therapie)
- 10. Therapiebeginn, -dauer, -abbruchkriterien
Therapieeinheit umfasst:
- Behandlung des Patienten
- Anleitung der Eltern / Bezugsperson
- Dokumentation (45+15 Min.)
- 12. Kontakt mit fallführendem SPZ-Arzt, Therapeutenkollegen im SPZ, Spezialeinrichtungen (FF, Kiga, Schule)
- 13. Regelmäßige Rückmeldung an den fallführenden SPZ-Arzt im Rahmen der Teambesprechung (1x/Quartal).
Initiierung der Wiedervorstellung des Patienten beim SPZ-Arzt (2x/Jahr)
Verlauf, Zielvereinbarung, Compliance und begründeter Vorschlag des Procedere.
- 14. Kontrolluntersuchung und Entscheidung über Procedere, Arztbrief an Überweiser

Flussdiagramm – Prozessdarstellung bei Therapie in niedergelassener Praxis



Raum für Hinweise und „Mini-Checklisten“

1. Auf **Alltagsrelevanz** und **ICF - CY - Konformität** achten.

3. Überweisung an SPZ mit Diagnose nach ICD-10

5. Rezeptierung nach Kriterien der Heilmittelrichtlinien auch unter Berücksichtigung der **Alltagsrelevanz** und **ICF -CY- Konformität**.

8. Nach Ausführung der rezeptierten Therapiestunden Wiedervorstellung zur Verlaufsbeurteilung beim überweisenden Arzt mit aussagefähigem Therapiebericht. Bzgl. Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls siehe: www.heilmittelkatalog.de

9. Falls nach Erfüllung der Regelverordnungsgrenze weitere logopädische Behandlung notwendig oder falls Behandlungsverlauf / Therapieerfolg nicht erwartungsgemäß weitere Therapie bei niedergelassener Therapeutin, weitere Diagnostik im SPZ oder Abschluss der Therapie

10.

Siehe Prozess

Überweisung ins SPZ

Korrespondenzadresse:

Dr. Christian Blank
SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien
Grillparzerstrasse 9
84036 Landshut
Tel. 0871-852 1325
E-Mail: Christian.Blank@st-marien-la.de