Monatsschr Kinderheilkd 2021 · 169:837–842
<https://doi.org/10.1007/s00112-021-01148-2>
Angenommen: 17. Februar 2021
Online publiziert: 11. März 2021
© Der/die Autor(en) 2021

Redaktion

A. Borkhardt, Düsseldorf
S. Wirth, Wuppertal

K. Neumann¹ · B. Arnold² · A. Baumann³ · C. Bohr⁴ · H. A. Euler¹ · T. Fischbach⁵ · J. Hausschild⁶ · D. Heinrich⁷ · A. Keilmann⁸ · C. Köhler⁹ · I. Krägeloh-Mann¹⁰ · P. Kummer¹¹ · P. Mathmann¹ · M. Noterdaeme¹² · S. Plontke¹³ · R. Schliewenz¹⁴ · R. Schmid¹⁵ · C. Schmitz-Salue¹⁶ · M. Schröder¹⁷ · A. Seidel¹⁸ · J. Wichmann¹⁹ · C. Kiese-Himmel¹

¹ Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster, Deutschland; ² Gemeinschaftspraxis in München für Pädaudiologie, Phoniatrie und HNO Heilkunde, München, Deutschland; ³ Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V., Berlin, Deutschland; ⁴ Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland; ⁵ Kinderarztpraxis Solingen, Solingen, Deutschland; ⁶ Schwerpunkt Sprach- und Sprechstörungen, Psychosomatische Reha-Fachklinik EUBIOS, Thalheim, Deutschland; ⁷ HNO-Gemeinschaftspraxis in Horn und Rahlstedt, Hamburg, Deutschland; ⁸ Stimmheilzentrum Bad Rappenau, Bad Rappenau, Deutschland; ⁹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Katholisches Klinikum Bochum, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ¹⁰ Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie, Sozialpädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Tübingen, Deutschland; ¹¹ Sektion Phoniatrie und Pädaudiologie, HNO-Klinik, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland; ¹² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, KJF Klinik Josefinum gGmbH, Augsburg, Deutschland; ¹³ Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, Deutschland; ¹⁴ LWL-Tagesklinik und -Institutsambulanz, Soest, Deutschland; ¹⁵ Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendärzte am Inn, Altötting, Deutschland; ¹⁶ Praxis Dr. med. Christine Schmitz-Salue, Reutlingen, Deutschland; ¹⁷ Rehabilitationsklinik Werscherberg gGmbH, Bissendorf, Deutschland; ¹⁸ Hochschule Nordhausen, Nordhausen, Deutschland; ¹⁹ HNO Praxis Krefeld, Krefeld, Deutschland

Neue Terminologie für Sprachentwicklungsstörungen?

Dem Vorschlag eines internationalen, mehrheitlich sprachtherapeutisch besetzten Konsortiums folgend, haben sprachtherapeutische/linguistische Fachkreise auch für Deutschland eine Änderung der Terminologie von Sprachstörungen im Kindesalter vorgeschlagen. Da dies erhebliche Auswirkungen auf Verständnis, Diagnostik (entgegen aktuellen ICD (International Classification of Diseases der World Health Organisation)-Kriterien) und Versorgungspraxis von Sprachentwicklungsstörungen (SES) hätte, setzen sich nun ärztliche und psychologische Fachgruppen kritisch mit den Konsequenzen einer solchen Änderung auseinander.

Ausgangslage

Ein hoher Anteil von Kindern wird in pädiatrischen, phoniatriisch-pädaudiologischen, HNO-ärztlichen und psychologischen Sprechstunden wegen einer SES

oder anderer sprachlicher Auffälligkeiten vorgestellt. Neben einer logopädischen Abklärung ist es bislang eine wichtige ärztliche und psychologische Aufgabe, durch eine fachspezifische Diagnostik gleichzeitig auftretende Krankheiten, die eventuell mitverursachend für eine SES sein könnten (Komorbiditäten), zu diagnostizieren oder auszuschließen. Finden sich solche nicht, spricht man gemäß der deutschen Version der WHO (World Health Organization)-Klassifikation ICD-10-GM-21 [2], der auch die deutsche interdisziplinäre S2k-Leitlinie zur Diagnostik von SES [4] folgt, von *umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen* (USES). Liegen Komorbiditäten vor, werden sie als *SES assoziiert mit ...* (Komorbidität) bezeichnet [4]. Laut ICD-10 können USES nicht neurologischen oder sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderungen oder Umweltfaktoren (die Leitlinie nennt hier soziokulturelle Umweltfaktoren) zugeordnet werden, die daher *Exklusionskriterien* sind. Zudem

gilt die *Normalitätsannahme*, nach der ein mit USES diagnostiziertes Kind bis auf die Sprache weitgehend altersgerecht entwickelt ist. Weiterhin müssen seine sprachlichen Fähigkeiten deutlich – lt. Leitlinie 1,5–2 Standardabweichungen (SD) – unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegen [2, 4, 16], bezeichnet als *Diskrepanzkriterium*.

Das englischsprachige Panel CATALISE (*Criteria and Terminology Applied to Language Impairments Synthesizing the Evidence*) mit Vertretern aus sieben Industrieländern hat 2017 eine neue Nomenklatur sprachassoziierter Kommunikationsstörungen im Kindesalter vorgeschlagen [1]. Das auf britische Initiative hin entstandene Panel bestand überwiegend aus Speech-Language Therapists/Pathologists und ähnlichen Berufen (38 von 57 Teilnehmer*innen), enthielt aber nur drei Ärzt*innen und 8 Psycholog*innen. Es umfasste mehrheitlich britische Vertreter*innen (29 von 57), die übrigen aus Australien, Hongkong, Irland, Kanada, Neuseeland und

den USA, und agierte vor allem aus der Problemlage (mindestens z. T. spezifisch für Großbritannien und andere der Teilnehmerländer), dass Uneinheitlichkeit der internationalen Terminologie einen eingeschränkten Therapie-Zugang für Kindern mit SES bedeute. Zudem spräche die klinische Realität gegen die o.g. Ausschlusskriterien, weshalb das Konzept der USES zu verlassen sei.

International folgen vielerorts sprachtherapeutisch/linguistische Berufsgruppen dieser neuen Terminologie, und auch in Deutschland haben die Fachvertreter*innen, u. a. in einem Positionspapier, entsprechende Nomenklaturänderungen für Sprachstörungen im Kindesalter vorgeschlagen [5–7]. Eine Delphi-Befragung unter interdisziplinären Expert*innen soll unter Moderation der GISKID (Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum e. V.) nun helfen, im deutschsprachigen Raum diesbezügliche Trends einzuschätzen.

Wir Autor*innen des vorliegenden Beitrags, Vertreter*innen ärztlicher und psychologischer Fachgesellschaften, auch in zwei interdisziplinären Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von SES, halten die vorgeschlagenen Änderungen für problematisch und z. T. nicht annehmbar.

Vorab:

In Deutschland existiert eine eindeutige SES-Terminologie

Mit der o.g. S2k-Leitlinie existiert für Deutschland bereits eine einheitliche Terminologie [4, 8]. Diese unterscheidet SES (die einer medizinischen Therapie bedürfen) von umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten (die eine pädagogische Sprachförderung benötigen).

Die Subklassifikation von SES in *USES* und in *mit Komorbiditäten assoziierte SES* vermeidet den missverständlichen Begriff *spezifische SES*. Auch wird nicht wie vormals der Terminus *eingebettete SES* benutzt, der implizierte, dass allein die Zusatz- bzw. Grunderkrankung, z. B. eine Hörstörung, Ursache der SES sei. Stattdessen wird mit dem Wort *assoziiert* anerkannt, dass eine ausschließliche

Ursachenzuschreibung einer SES zu einer Komorbidität nicht gerechtfertigt ist, sondern dass neben einer Erkrankung ergänzend durchaus dieselben (vorwiegend genetisch determinierten) Ursachen vorliegen können wie für eine USES.

Abklärungsdiagnostik ist unabdingbar

Aus ärztlicher und psychologischer Sicht ist entscheidend, dass eine Diagnostik bzgl. zusätzlicher, eine SES möglicherweise mitverursachender Hör-, neurologische, motorische, kognitive, emotionale und soziale Störungen fachspezifisch durchgeführt wird, und zwar nicht, um damit eine Ausschlussdiagnose zu generieren, sondern eben um solche Störungen nicht zu übersehen und bei ihrem Vorliegen deren Therapie und die der SES entsprechend auszurichten zu können.

Ärzt*innen, (Klinische) Psycholog*innen und psychologische Psychotherapeut*innen sind an die ICD-Nomenklatur gebunden (*International Classification of Diseases* der WHO), das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem medizinischer Diagnosen.

In Deutschland werden Kindern keine Sprachtherapien vorenthalten

Die meistzitierten Prävalenzangaben für USES liegen bei 7,4 % und 7,5 % [11, 14], die für mit Komorbiditäten assoziierte SES bei 2,3 % [11], woraus eine Prävalenz von SES insgesamt von < 10 % resultiert. Dem steht in Deutschland ein hoher Anteil an Kindern gegenüber, der eine Sprachtherapie erhält, zumeist wegen einer SES. So erhielten im Jahr 2018 entsprechend dem neusten Heilmittelbericht der AOK 24,1 % der Jungen und 15,2 % der Mädchen im Alter von 6 Jahren Sprachtherapie. Bei Kindern bis 14 Jahre ist Sprachtherapie mit 47,9 % häufigstes Heilmittel [15].

Nachfolgend diskutieren wir den Vorschlag einer Terminologieänderung für Deutschland, deren Gründe und die mit ihr verbundenen, inhaltlich wie berufspolitisch weitreichenden Konsequenzen.

Für die Abschaffung der gültigen Terminologie werden in einem Positionspapier [7] folgende Gründe vorgetragen:

Ablehnung von Ausschlusskriterien

Die Autor*innen der vorgeschlagenen Nomenklaturänderung erkennen das ICD-Konzept einer USES als Ausschlussdiagnose nicht an; begründend verweisen sie auf häufige koexistente Funktionschwächen [1, 7]. So können etwa Kinder mit USES, selbst wenn eine durchgehende schwerwiegende Hörminderung ausgeschlossen wurde, wiederkehrende Mittelohrentzündungen haben oder Funktionsbeeinträchtigungen der auditiven Verarbeitung, insbesondere der auditiven Kurzzeitspeicherung. Insofern sei die Forderung nach Ausschluss einer Hörstörung unrealistisch [7].

Gerade an diesem Beispiel wird deutlich, dass es fachspezifisch medizinischen Wissens bedarf, um individuellen Gegebenheiten eines Kindes gerecht zu werden.

Mittelohrbelüftungsstörungen, Paukenergüsse, aber vor allem die Jahreshörbilanz eines Kindes sind für Entstehung und Verlauf einer SES entscheidender als rezidivierende Mittelohrentzündungen, und nicht nur schwere, sondern durchaus auch leichtere Hörminderungen gehen oft mit einer gestörten Sprachentwicklung einher. Ein Verzicht auf das Ausschlusskriterium einer Hörstörung birgt die Gefahr eines künftigen Verzichts auf eine dezidierte ärztlich-audiologische Diagnostik.

Das USES-Konzept schließt subtile nonverbale Defizite mitnichten aus, und die Leitlinie benennt eine ganze Reihe leichter organischer und entwicklungspsychopathologischer Probleme, mit denen eine USES assoziiert sein kann [4].

Verursachende Faktoren, Begleitscheinungen und Risikofaktoren statt Ausschlusskriterien?

An die Stelle von *auszuschließenden Komorbiditäten* soll künftig eine dreifache Unterteilung treten in: *verursachen-*

de Faktoren (CATALISE: *differentiating conditions*), *Begleiterscheinungen* (*co-occurring conditions*) und *Risikofaktoren* (*risk factors*) [1, 7].

Verursachende Faktoren seien eine „klare biomedizinische Bedingung“, wie „genetische Syndrome, Zerebralparesen, Hörstörungen oder Störungen aus dem autistischen Spektrum“ [7], bei denen die SES Teil eines umfassenderen, komplexen Störungsbildes ist und im Zusammenhang mit diesem zu betrachten sei. SES, bei denen solche Faktoren vorliegen, sollen *SES assoziiert mit X* (verursachender Faktor) genannt werden.

Als *Begleiterscheinungen* (also ohne klaren kausalen Zusammenhang) werden kognitive, sensomotorische oder verhaltensbezogene Entwicklungsauffälligkeiten wie ADHS, LRS, emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten und orofaziale Störungen bezeichnet, häufig assoziiert mit SES.

Risikofaktoren benennen Prädiktoren für eine „problematische Sprachentwicklung“, für die eine „statistische Korrelation mit Sprachstörungen“ belegt ist, ebenfalls ohne eindeutigen Kausalzusammenhang, z. B. männliches Geschlecht, familiäre Disposition für Sprachstörungen, hintere Stellung in der Geschwisterreihe oder niedriger elterlicher Bildungsstand [7, 12].

Von einer solchen Terminologie grenzen sich die Autor*innen dieses Artikels ab, denn sie bedient sich eines nicht-medizinischen Vokabulars mit entsprechend unscharf erscheinenden pathophysiologischen Konzepten. So nennt CATALISE lediglich sensorineurale Hörstörungen und ignoriert, dass nicht nur permanente Schallleitungs-, kombinierte und zentrale Hörstörungen, sondern auch rezidivierende Hörstörungen Komorbiditäten sind; zudem wird eine ungerechtfertigte Pathologisierung befürchtet: „... *that the term 'disorder' had medical connotations and placed the problem 'inside the child', when it might be contextually dependent*“ [1]. Im Übrigen entsprechen die verursachenden Faktoren weitgehend den in der Leitlinie und der ICD genannten Komorbiditäten [2, 4].

Monatsschr Kinderheilkd 2021 · 169:837–842 <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01148-2>
© Der/die Autor(en) 2021

K. Neumann · B. Arnold · A. Baumann · C. Bohr · H. A. Euler · T. Fischbach · J. Hausschild · D. Heinrich · A. Keilmann · C. Köhler · I. Krägeloh-Mann · P. Kummer · P. Mathmann · M. Noterdaeme · S. Plontke · R. Schliwenz · R. Schmid · C. Schmitz-Salue · M. Schröder · A. Seidel · J. Wichmann · C. Kiese-Himmel

Neue Terminologie für Sprachentwicklungsstörungen?

Zusammenfassung

Hintergrund. Sprachtherapeutisch-linguistische Fachkreise empfehlen die Anpassung einer von einem internationalen Konsortium empfohlenen Änderung der Nomenklatur für Sprachstörungen im Kindesalter, insbesondere für Sprachentwicklungsstörungen (SES), auch für den deutschsprachigen Raum.

Fragestellung. Ist eine solche Änderung in der Terminologie aus ärztlicher und psychologischer Sicht sinnvoll?

Material und Methode. Kritische Abwägung der Argumente für und gegen eine Nomenklaturänderung aus medizinischer und psychologischer Sicht eines Fachgesellschaften- und Leitliniengremiums.

Ergebnisse. Die ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) und eine S2k-Leitlinie unterteilen SES in *umschriebene SES* (USES) und *SES assoziiert mit anderen Erkrankungen* (Komorbiditäten). Die USES- wie auch die künftige SES-Definition der ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) fordern den Ausschluss von Sinnesbehinderungen, neurologischen Erkrankungen und einer bedeutsamen intellektuellen Einschränkung. Diese

Definition erscheint weit genug, um leichtere nonverbale Einschränkungen einzuschließen, birgt nicht die Gefahr, Kindern Sprach- und weitere Therapien vorzuenthalten und erkennt das ICD (International Classification of Disease)-Kriterium, nach dem der Sprachentwicklungsstand eines Kindes bedeutsam unter der Altersnorm und unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegen soll, an. Die intendierte Ersetzung des *Komorbiditäten*-Begriffs durch *verursachende Faktoren*, *Risikofaktoren* und *Begleiterscheinungen* könnte die Unterlassung einer dezidierten medizinischen Differenzialdiagnostik bedeuten.

Schlussfolgerungen. Die vorgeschlagene Terminologie birgt die Gefahr, ätiologisch bedeutsame Klassifikationen und differenzialdiagnostische Grenzen zu verwischen und auf wertvolles ärztliches und psychologisches Fachwissen in Diagnostik und Therapie sprachlicher Störungen im Kindesalter zu verzichten.

Schlüsselwörter

Sprachstörungen · Kinder · Nomenklatur · Konsortium · Konsens

New terminology for developmental language disorders

Abstract

Background. German speech-language professionals and linguists recommend the adoption of a nomenclature change for language-associated disorders in childhood, especially for developmental language disorders (DLD) for German-speaking countries.

Objective. Does the recommended terminology make sense from a medical and psychological perspective?

Methods. Evaluation of the arguments for and against a terminology change.

Results. The ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision) and a German guideline divide DLD into *circumscribed (specific) DLD* (CDLD) and *DLD with other disorders* (comorbidities). The CDLD as well as the future DLD definition of the ICD-11 require the exclusion of sensory impairments, neurological disorders, and intellectual limitations. This definition appears to be

broad enough to include milder nonverbal impairments, does not risk depriving children of speech and other therapies, and recognizes the ICD criterion that a child's level of language development should be markedly below what would be expected given age and level of intellectual functioning. The proposed replacement of the term *comorbidities* by *differentiating conditions*, *risk factors*, and *co-occurring conditions* prefigures the omission of a decided medical differential diagnosis. **Conclusion.** The proposed terminology risks blurring etiologically meaningful classifications and differential diagnostic boundaries and circumventing valuable medical and psychological expertise in the diagnosis and treatment of language disorders in children.

Keywords

Language impairment · Children · Nomenclature · Consortium · Consensus

Der Leitlinien-Begriff *assoziiert mit*... (Komorbidität) erscheint sorgfältiger gewählt als *verursachende Faktoren*, da er anerkennt, dass eine ausschließliche Ursachenzuschreibung einer SES zu einer Komorbidität ungerechtfertigt ist, da neben dieser dieselben, überwiegend genetische Ursachen bestehen können wie für USES. Deshalb, und da auch bei den genannten *Begleiterscheinungen* wie ADHS, LRS oder *Verhaltens- und emotionalen Störungen* vom Vorliegen „biomedizinischer Bedingungen“ auszugehen ist, sollte eine Ursachenzuschreibung unterbleiben. Die Erfragung und Berücksichtigung der genannten Risikofaktoren in der Anamnese einer vermuteten SES und bei der Festlegung von Beginn, Frequenz und Art einer Intervention sind zweifellos nötig, aber kein hinreichender Grund für eine Terminologieänderung. Wir Autor*innen empfehlen daher dringend, die Begrifflichkeit *SES assoziiert mit*... (Komorbidität) nicht zu verlassen, denn die Termini *verursachende Faktoren* und *differenzierende Bedingungen* verschleiern, dass es sich hierbei um Krankheiten handelt, die eine medizinische Therapie benötigen. Vielmehr erwächst aus einer dergestalt veränderten Begrifflichkeit die Gefahr, dass Diagnostik und Behandlung der zugrunde liegenden Krankheiten unterbleiben.

SES statt USES

In der CATALISE-Terminologie soll der Begriff *umschriebene SES* zugunsten eines einzigen Begriffs *Sprachentwicklungsstörung (Developmental Language Disorder)* [7] aufgegeben werden. Doch auch die gültige ICD-10-Nomenklatur [16] wird mit der ab 2022 (mit Übergangszeit) in Kraft tretenden ICD-11 zugunsten von *Developmental Language Disorder* verlassen [17]. Damit sind zwar beide DLD-Begriffe identisch, unterscheiden sich inhaltlich aber erheblich, was Missverständnisse bahnt.

CATALISE definiert eine SES zwar als Sprachstörung ohne bekannte verursachende Faktoren, verzichtet aber auf (a) die *Normalitätsannahme*, d.h. auf die Annahme, ein Kind entwickle sich bis auf die Sprache weitgehend al-

terstypisch, (b) Exklusionskriterien und (c) eine Diskrepanz zwischen intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten. Dies steht nicht im Einklang mit der ICD-11: „*The ... ability to understand, produce or use language is markedly below what would be expected given the ... age and level of intellectual functioning. The language deficits are not explained by another neurodevelopmental disorder or a sensory impairment or neurological condition*...“ [17]. Die Autor*innen bedauern die Aufgabe des Begriffes USES wegen der entstehenden Uneindeutigkeit, denn künftig würde SES im dreifachen Sinne benutzt werden: (1) als Oberbegriff für SES allgemein, (2) für die ehemals als USES bezeichneten *primären* SES und (3) versehen mit dem Zusatz... *assoziiert mit* (Komorbidität). Selbst neuere Arbeiten, die die CATALISE-Terminologie anerkennen, nutzen weiterhin Begriffe wie *primary DLD* [9].

Diskrepanzkriterium

Die ICD-10 und die S2k-Leitlinie setzen für die Diagnose *USES* ein mindestens durchschnittliches allgemeines Intelligenzniveau ($IQ \geq 85$) voraus. Eine kognitive Einschränkung im IQ-Bereich von >70 bis <85 (im deutschsprachigen Bereich „Lernbehinderung“) gilt als Komorbidität [2, 4]. Auch die ICD-11 fordert für eine SES-Diagnose eine bedeutsame Diskrepanz zwischen Intelligenzniveau und sprachlichen Leistungen [17]. Die CATALISE-Terminologie hingegen verzichtet auf eine solche und erkennt erst eine geistige Behinderung ($IQ < 70$, bei Kauschke und Vogt fälschlicherweise <75 [7]) als „*differentiating condition*“ an [1].

Die Nichtanerkennung des o.g. Diskrepanzkriteriums wird damit begründet, dass die kognitiven Fähigkeiten von Kindern mit (U)SES (USES: ICD-10, SES: ICD-11) oft im unteren Normbereich und unter denen Gleichaltriger liegen würden, dass subtile Probleme in den Bereichen Symbolisierungsfähigkeiten, Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeitssteuerung, Inhibition und kognitive Flexibilität nachgewiesen seien, dass SES allmählich ein Absinken des IQ bewirken können, und dass Dissoziationen zwischen

nonverbal-kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten vorkämen [7].

Die Studienlage zur Bedeutung der nonverbalen Intelligenz bei der Klassifikation von SES ist divergent. So stellte eine englische populationsbasierte Studie bei einem Drittel der Kinder mit SES unterdurchschnittliche nonverbale IQ-Werte fest, obgleich sie keine stärkeren sprachlichen Defizite, vermehrte Schulschwierigkeiten oder soziale, emotionale und Verhaltensprobleme aufwiesen als Kinder mit durchschnittlichem IQ und SES [11]. Dagegen belegten frühere (U)SES-Studien höhere sprachliche Fähigkeiten, einhergehend mit höheren nonverbalen Fähigkeiten [3], und einen niedrigen nonverbalen IQ als Marker für eine persistierende (U)SES [13].

ICD-10 und S2k-Leitlinie setzen für eine USES-Diagnose ein mindestens durchschnittliches Intelligenzniveau ($IQ \geq 85$) voraus, und eine kognitive Einschränkung im IQ-Bereich von >70 bis <85 (im deutschsprachigen Bereich „Lernbehinderung“), gilt als Komorbidität [2, 4]. Auch die ICD-11 fordert für eine SES-Diagnose eine deutliche Diskrepanz zwischen Intelligenzniveau und sprachlichen Leistungen [17]. Aus ärztlicher und psychologischer Sicht ist für eine (U)SES-Diagnose daher eine in ihrem Ausmaß diskutabile Diskrepanz (empfohlen werden 1,5 SD) zwischen sprachlichen und Intelligenzleistungen weiterhin nötig. Ein nonverbaler IQ von $85-77,5$ (-1 bis $-1,5$ SD) kann als Grenzbereich einer (U)SES gelten und erfordert Verlaufskontrollen für Sprache und Intelligenz, sollte aber weiter zu den Komorbiditäten zählen. Dies erscheint nötig, um, insbesondere bei therapieresistenten (U)SES, überhaupt eine Entwicklungs-, insbesondere Kognitionsdiagnostik zu indizieren, zur Erkennung leichter kognitiver Defizite und zur Veranlassung angepasster Interventionen (z. B. Sprach- und ggf. weitere Therapie-, Reha-, integrative und Inklusionsmaßnahmen, Anerkennung eines (sonder)pädagogischen Förderbedarfs, Beschulung).

Oberbegriff Kinder mit Unterstützungsbedarf Sprache/Kommunikation

CATALISE und das deutsche Positionspapier schlagen einen Oberbegriff für Kinder mit „Unterstützungsbedarf“ für sämtliche sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten vor [1, 7]. Kauschke und Vogt [7] empfehlen *Kinder mit Unterstützungsbedarf Sprache/Kommunikation* (KUSK) und subsumieren SES, Stottern, Stimmstörungen, Sigmatismus und umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten als entwicklungsbedingte Störungen der sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten von Kindern, was aber durchaus nicht alle sind. So sind Stimmstörungen nicht entwicklungsbedingt, und ein Sigmatismus wird die sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten eines Kindes i. d. R. nicht beeinträchtigen. Nach Bishop et al. [1] erscheint weder für Forschung noch für eine Erklärung gegenüber Eltern noch für die Festlegung von Behandlungspfaden ein Oberbegriff nützlich, wohl aber, um bei Politikern Ressourcenbedarf anzumahnen und Services zu planen. Das könnte aber einen steigenden Interventionsbedarf suggerieren, auch dort, wo er nicht zwingend besteht, z. B. für einen Teil von Stimmstörungen, Stottern oder Sigmatismus. Wenn also überhaupt ein Oberbegriff nötig ist, erscheint *Sprachauffälligkeiten* zutreffender, da er SES und umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten (aber auch erworbene Sprachstörungen, z. B. Aphasien) umfasst und damit die ärztliche Sprechstundensituation spiegelt, wo eine differenzierte Diagnostik die Problemfelder voneinander abzugrenzen hat.

Konsequenzen einer veränderten Terminologie im deutschsprachigen Raum

Erwähnt sei, dass mit der bisherigen Nomenklatur Kindern mit SES und weiteren Störungen in Deutschland weder Sprach- noch additive Behandlungen in größerem Stile vorenthalten werden. Die Autor*innen dieses Beitrags versperren sich nicht grundsätzlich einer Terminologieänderung, sehen aber doch eine Reihe

von Problemen. Abgesehen von der Unmöglichkeit, sich mit einer neuen Nomenklatur von den derzeit noch gültigen ICD-10-Kriterien zu entfernen, würde sie erhebliche inhaltliche Auswirkungen auf das Krankheitsverständnis von SES und seine Vermittlung in der Lehre haben. Die Prävalenz von SES würde durch eine Aufweichung bzw. Reduktion des nonverbalen-IQ-Kriteriums und den Verzicht auf die *Normalitätsannahme* massiv ansteigen (für die meistzitierten Prävalenzstudie von Tomblin et al. [14] um 50 %), was angesichts der 2021 in Kraft tretenden Blankoverordnung erhebliche Folgen für die Therapiesituation in Deutschland hätte. Der Ersatz des Komorbiditäten-Konzepts durch *verursachende Faktoren, Begleiterscheinungen und Risikofaktoren* würde medizinische Hintergründe verwischen und lässt einen künftigen Verzicht auf eine dezidierte Diagnostik und passgerechte Ressourcenallokation befürchten. Eine unterlassene Diagnostik auf kognitive Einschränkungen im Bereich der Lernbehinderung wäre mit der Gefahr ihrer Nichterkennung und der Fehlausrichtung von Interventionen und Förderleistungen verbunden.

Unbestritten ist zu wünschen, dass alle mit sprachauffälligen Kindern arbeitenden Berufsgruppen eine einheitliche Terminologie nutzen, doch einer solchen können nationale Eigenheiten der Gesundheitssysteme oder Evidenzbasierung von Leitlinien entgegenstehen. Da das Erreichen eines inhaltlich tragbaren Konsensus Ziel eines interdisziplinären Abstimmungsprozesses sein muss, schlagen die Autor*innen folgende Kompromisslösung vor:

Der Begriff *spezifische SES* wird verlassen. Bis zum Inkrafttreten der ICD-11 gelten weiter die Begriffe *USES* und *SES assoziiert mit ...* (Komorbiditäten). Der Terminus *USES* und der künftige ICD-11-Begriff *SES* sind weit genug, um leichtere nonverbale Einschränkungen einzuschließen. Der mit der ICD-11-Einführung verwendete Begriff *SES* wird dann auch mit den vorgesehenen Inhalten belegt. Hiernach wäre die *SES* das primäre Störungsbild, das nicht auf gravierende sensorische oder neurologische (Entwicklungs-)Störungen zurückgeführt werden kann, und

bei dem die Sprachfähigkeiten eines Kindes deutlich unter dem liegen, was angesichts seines Alters und seiner intellektuellen Fähigkeiten zu erwarten wäre. Kinder mit Sprachauffälligkeiten benötigen eine dezidierte medizinische und psychologische Abklärungsdiagnostik auf Komorbiditäten (zumindest bzgl. Hör- u. Intelligenzminderung) oder ungünstige Umweltfaktoren. Für eine umfassende Beschreibung des Gesundheitszustandes von Kindern mit *SES* kann komplementär zur ICD die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) mit ihrem biopsychosozialen Modell als gemeinsame Sprache für alle Fachkräfte Verwendung finden [10].

Fazit für die Praxis

- *USES* (ICD-10) und der gleichbedeutende Begriff *SES* (ab ICD-11-Gültigkeit) beschreiben *SES*, bei denen sprachkommunikative Leistungen bedeutsam ($-1,5$ bis -2 SD) unter dem liegen, was angesichts des Lebens- und mentalen Alters eines Kindes zu erwarten wäre, und die nicht durch neurologische, sensorische, intellektuelle Beeinträchtigungen oder Umweltfaktoren erklärt werden.
- Der nonverbale IQ liegt im Durchschnittsbereich. Leicht unterdurchschnittliche Werte (77,5–85) erfordern als (U)SES-Grenzbereich Verlaufskontrollen.
- Sprachentwicklungsauffälligkeiten erfordern neben einer Sprachdiagnostik auch eine medizinische und psychologische Abklärung auf Komorbiditäten und ungünstige Umwelteinflüsse.
- Das Komorbiditäten-Konzept soll nicht zugunsten von *verursachenden Faktoren* verlassen werden.
- Statt des Oberbegriffs *Kinder mit Unterstützungsbedarf Sprache/Kommunikation* ist die Eingrenzung auf *Kinder mit Sprachauffälligkeiten spezifischer* und impliziert nicht zwangsläufig eine Intervention.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K. Neumann

Klinik für Phoniatrie
und Pädaudiologie,
Universitätsklinikum Münster,
Westfälische Wilhelms-
Universität Münster
Kardinal-von Galen-Ring 10,
48149 Münster, Deutschland
katrin.neumann@
uni-muenster.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Neumann, B. Arnold, A. Bau-
mann, C. Bohr, H.A. Euler, T. Fischbach, J. Hausschild,
D. Heinrich, A. Keilmann, C. Köhler, I. Krägeloh-Mann,
P. Kummer, P. Mathmann, M. Noterdaeme, S. Plontke,
R. Schliwenz, R. Schmid, C. Schmitz-Salue, M. Schrö-
der, A. Seidel, J. Wichmann und C. Kiese-Himmel geben
an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine
Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.
Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort
angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative
Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz
veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung,
Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jegli-
chem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die
ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsge-
mäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz
beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenom-
men wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges
Drittmateriale unterliegen ebenfalls der genannten
Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbil-
dungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das be-
treffende Material nicht unter der genannten Creative
Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung
nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für
die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Ma-
terials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers
einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der
Lizenzinformation auf [http://creativecommons.org/
licenses/by/4.0/deed.de](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de).

Literatur

1. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA et al (2017) Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: terminology. *J Child Psychol Psychiatry* 58:1068–1080
2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020) ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. German Modification. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/>. Zugegriffen: 21. Jan. 2021
3. Conti-Ramsden G, St Clair MC, Pickles A et al (2012) Developmental trajectories of verbal and nonverbal skills in individuals with a history of specific language impairment: from childhood to adolescence. *J Speech Lang Hear Res* 55:1716–1735
4. Kiese-Himmel C, Neumann K, De Langen-Müller U et al (Hrsg) Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-006, Version 1. 2011; *im Auftrag der Leitliniengruppe. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-006.html>. Zugegriffen: 21. Jan. 2021
5. Dohmen A (2019) Überlegungen zur Umsetzung der internationalen CATALISE-Studie im deutschen Sprachraum. *Logos* 27:30–35
6. Kauschke C, Spreer M, Vogt S (2019) Terminologie und Definition von Sprachentwicklungsstörungen – Berichte aus (inter-) nationalen Arbeitsgruppen. *Forsch Sprache* 2:3–8
7. Kauschke C, Vogt S (2019) Positionspapier zur Terminologie und Definition von Sprachentwicklungsstörungen. *Logos* 27:174–181
8. Kiese-Himmel C (2020) Zwischen Klärung und Verwirrung? Terminologie von Sprachentwicklungsstörungen. *Rep Psychol* 5:22–28
9. Law J, Dennis JA, Charlton JJV (2017) Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012490>
10. McNeilly GL (2018) Using the international classification of functioning, disability and health framework to achieve interprofessional functional outcomes for young children: a speech-language pathology perspective. *Pediatr Clin North Am* 65:125–134
11. Norbury CF, Gooch D, Wray C et al (2016) The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *J Child Psychol Psychiatry* 57:1247–1257
12. Rudolph JM (2017) Case history risk factors for specific language impairment: a systematic review and meta-analysis. *Am J Speech Lang Pathol* 26:991–1010
13. Stothard SE, Snowling MJ, Bishop DV et al (1998) Language-impaired preschoolers: a follow-up into adolescence. *J Speech Lang Hear Res* 41:407–418
14. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P et al (1997) Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res* 40:1245–1260
15. Waltersbacher A, WiDO – Institut der AOK (2019) Heilmittelbericht 2019 Ergotherapie, Sprachtherapie Physiotherapie, Podologie. 2019. Berlin, Germany. https://www.wido.de/fileadmin/Daten/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf. Zugegriffen: 21. Jan. 2021
16. World Health Organization (2018) ICD-10 Version: 2019. International classification of diseases and health related problems 10th revision. 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F80-F89>. Zugegriffen: 21. Jan. 2021
17. World Health Organization (2020) ICD-11 International classification of diseases 11th revision. <https://icd.who.int/en/>. Zugegriffen: 21. Jan. 2021

Terminankündigung

Jahrestagung 2021 der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS)

21.–24. September 2021 im
Kongress Palais Kassel

Bei der diesjährigen APS-Jahrestagung stehen die **angeborenen Störungen der (synaptischen) Neurotransmission** im Fokus. Versierte nationale und internationale Wissenschaftler konnten als Redner gewonnen werden. Sie präsentieren u.a. die Mechanismen der synaptischen Funktion und Dysfunktion im Kontext angeborener Stoffwechselstörungen sowie neue Forschungsergebnisse zu den pathophysiologischen Konzepten und den daraus abgeleiteten (individuellen) Therapiestrategien. Die Erkrankungsgruppe der synaptischen Neurotransmission bildet eine vielseitige Schnittstelle zwischen der Stoffwechselmedizin, der Neuropädiatrie, der Genetik und anderen Disziplinen der Pädiatrie.

In diesem Jahr findet das APS-Stoffwechselseminar vor der Haupttagung statt. Vom 21. bis 22.9.2021 werden Übersichtsthemen zu angeborenen Stoffwechselstörungen und interessante Stoffwechselsfälle präsentiert. Ich freue mich darauf, Sie in Kassel zu begrüßen.

Weitere Informationen (Anmeldung, vollständiges Programm):
<https://www.events.aps-med.de/event/aps-jahrestagung-2021/>
Die Abstracts sind ab September unter <https://www.events.aps-med.de/abstracts.pdf> zu finden.

Prof. Dr. med. Thomas Opladen
(Tagungspräsident)