

**Früherkennungsuntersuchung
auf umschriebene
Entwicklungsstörungen des
Sprechens und der Sprache**

**Dokumentation und Würdigung der
Stellungnahmen zum Vorbericht**

Auftrag S06-01
Version 1.0
Stand: 06.04.2009

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

19.12.2006

Interne Auftragsnummer:

S06-01

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

Berichte@iqwig.de

www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation des Stellungnahmeprozesses	1
2 Würdigung der Stellungnahmen.....	2
3 Darlegung potenzieller Interessenkonflikte der Stellungnehmenden	3
3.1 Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen.....	3
3.2 Interessenkonflikte von stellungnehmenden Privatpersonen	5
3.3 Interessenkonflikte von weiteren Teilnehmern der wissenschaftlichen Erörterung (externe Sachverständige, externe Reviewer)	6
4 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll.....	9
4.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung	9
4.2 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung	11
4.3 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung.....	12
Anhang: Dokumentation der Stellungnahmen.....	68

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AWST-R	Aktiver Wortschatztest – Revision
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
EEG	Elektroenzephalogramm
FOXP2	Forkhead-Box P2
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HASE	Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsdiagnostik
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohren-Arzt
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest
ICD	International Classification of Diseases
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KiSS	Kindersprachscreening
PET	Psycholinguistischer Entwicklungstest
PISA	Programme for International Student Assessment
RATZ	Relativer Anstieg der Treffer gegenüber einer Zufallstrefferquote
RCT	randomised controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SETK	Sprachentwicklungstest für Kinder
SLI	Specific Language Impairment bzw. Specific Speech and Language Impairment
SSES	Spezifische Sprachentwicklungsstörung
SSV	Sprachscreening für das Vorschulalter
TOP	Tagesordnungspunkt

1 Dokumentation des Stellungnahmeprozesses

Am 06.11.2008 wurde der Vorbericht in der Version Nr. 1.0 vom 27.10.2008 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 04.12.2008 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 9 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet.

Unklare Aspekte in den schriftlichen Stellungnahmen wurden in einer wissenschaftlichen Erörterung am 20.01.2009 im IQWiG diskutiert. Das Wortprotokoll der Erörterung befindet sich in Kapitel 4.

Eine Würdigung der in der Anhörung vorgebrachten Aspekte befindet sich im Kapitel „Diskussion“ des Abschlussberichts. Im Abschlussbericht sind darüber hinaus Änderungen, die sich durch die Anhörung ergeben haben, zusammenfassend dargestellt. Der Abschlussbericht ist auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

2 Würdigung der Stellungnahmen

Die einzelnen Stellungnahmen wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Vorberichts überprüft. Die wesentlichen Argumente wurden im Kapitel „Diskussion“ des Abschlussberichts gewürdigt.

Der Abschlussbericht wurde auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht.

3 Darlegung potenzieller Interessenkonflikte der Stellungnehmenden

Im Folgenden sind die potenziellen Interessenkonflikte der Stellungnehmenden zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Darlegung potenzieller Interessenkonflikte“. Das Formblatt ist unter www.iqwig.de abrufbar. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

3.1 Interessenkonflikte von Stellungnehmenden aus Organisationen, Institutionen und Firmen

Organisation / Institution / Firma	Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7	Frage 8
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V., Sektion Klinische Psychologie	Kiese-Himmel, Christiane, Prof. Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.	Keilmann, Annerose, Prof. Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Rosenfeld, Jochen, Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Schmitz-Salue, Christine, Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.	de Langen-Müller, Ulrike, Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

(Fortsetzung)

Organisation / Institution / Firma	Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7	Frage 8
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.	Bootz, Friedrich, Prof. Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Schade, Götz, Prof. Dr.	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.	Am Zehnhoff-Dinnesen, Antoinette, Prof. Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e. V.	Schönweiler, Rainer, Prof. Dr.	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Gemeinsamer Bundesausschuss, Patientenvertreter AG Kinder	Schmid, Stephan	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Wejda, Simone	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Projekt „Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung für Vier- bis Viereinhalbjährige in Hessen“ (1) Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universität Frankfurt am Main (2) AG Kindersprache der DGPP (3)	Neumann, Katrin, Prof. Dr. (1-3)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Euler, Harald A., Prof. PhD (1)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

(Fortsetzung)

Organisation / Institution / Firma	Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7	Frage 8
Technische Universität Dortmund (1)	Hecking, Mascha, Dr. (1)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Philipps-Universität Marburg, Klinische Linguistik (2)	Kauschke, Christina, Prof. Dr. (2)	Darlegung potenzieller Interessenkonflikte liegt nicht vor							
Staatsinstitut für Frühpädagogik (3)	Schlesiger, Claudia (1)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Wirts, Claudia (3)	Darlegung potenzieller Interessenkonflikte liegt nicht vor							

3.2 Interessenkonflikte von stellungnehmenden Privatpersonen

Es wurden keine Stellungnahmen durch Privatpersonen abgegeben.

3.3 Interessenkonflikte von weiteren Teilnehmern der wissenschaftlichen Erörterung (externe Sachverständige, externe Reviewer)

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7	Frage 8
Kasper, Jürgen, Dr. (unmittelbar an der Berichterstellung beteiligt)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Möller, Delia (unmittelbar an der Berichterstellung beteiligt)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Schnell-Inderst, Petra, Dr. (externes Review)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Im „Formblatt zur Darlegung potenzieller Interessenkonflikte“ wurden folgende 8 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre bei einer Person, Institution oder Firma¹ abhängig (angestellt) beschäftigt, die von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut² finanziell profitieren könnte?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre eine Person, Institution oder Firma direkt oder indirekt³ beraten, die von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

Frage 3: Haben Sie abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb der letzten 3 Jahre im Auftrag einer Person, Institution oder Firma, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte, Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung und / oder Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen – oder für (populär-)wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?⁴

Frage 4: Haben Sie und / oder die Einrichtung, für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb der letzten 3 Jahre von einer Person, Institution oder Firma, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte, finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Haben Sie und / oder die Einrichtung, bei der Sie angestellt bzw. beschäftigt sind, innerhalb der letzten 3 Jahre sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einer Person, Institution oder Firma erhalten, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

¹ Mit solchen „Personen, Institutionen oder Firmen“ sind im Folgenden alle Einrichtungen gemeint, die direkt oder indirekt einen finanziellen oder geldwerten Vorteil aus dem Ergebnis Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut ziehen könnten. Hierzu gehören z. B. auch medizinische Einrichtungen, die eine zu bewertende medizinische Intervention durchführen und hierdurch Einkünfte erhalten.

² Mit „wissenschaftlicher Arbeit für das Institut“ sind im Folgenden alle von Ihnen für das Institut erbrachten oder zu erbringenden Leistungen und / oder an das Institut gerichteten mündlichen und schriftlichen Recherchen, Bewertungen, Berichte und Stellungnahmen gemeint.

³ „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang z. B. im Auftrag eines Institutes, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.

⁴ Sofern Sie von einer Person, Institution oder Firma im Verlauf der letzten 3 Jahre mehrfach Honorare erhalten haben, reicht es aus, diese für die jeweilige Art der Tätigkeit summiert anzugeben.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) von einer Firma oder Institution, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

Frage 7: Haben Sie persönliche Beziehungen zu einer Person, Firma oder Institution bzw. Mitarbeitern einer Firma oder Institution, welche von den Ergebnissen Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut finanziell profitieren könnte?

Frage 8: Gibt es andere bislang nicht dargestellte potenzielle Interessenkonflikte, die in Beziehung zu Ihrer wissenschaftlichen Arbeit für das Institut stehen könnten?

4 Dokumentation der wissenschaftlichen Erörterung – Teilnehmerliste, Tagesordnung und Protokoll

4.1 Teilnehmerliste der wissenschaftlichen Erörterung

Name	Organisation / Institution / Firma
Am Zehnhoff-Dinnesen, Antoinette, Prof. Dr.	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V. / Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (Vertretung)
Ernst, Stefan	Protokollant
Euler, Harald A., Prof. PhD	Projekt „Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung für Vier- bis Viereinhalbjährige in Hessen“
Hecking, Mascha, Dr.	Technische Universität Dortmund
Herrmann-Frank, Annegret, PD Dr.	IQWiG
Kasper, Jürgen, Dr.	Universität Hamburg
Keilmann, Annerose, Prof. Dr.	Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.
Kiese-Himmel, Christiane, Prof. Dr.	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V., Sektion Klinische Psychologie
Kreis, Julia	IQWiG
Kulig, Michael, PD Dr.	IQWiG
Lange, Stefan, PD Dr.	IQWiG
de Langen-Müller, Ulrike, Dr.	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.
Möller, Delia	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Neumann, Katrin, Prof. Dr.	Projekt „Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung für Vier- bis Viereinhalbjährige in Hessen“ / Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universität Frankfurt am Main / AG Kindersprache der DGPP
Sawicki, Peter T., Prof. Dr.	IQWiG (Moderation)
Scheibler, Fülöp, Dr.	IQWiG
Schlesiger, Claudia	Technische Universität Dortmund

Name	Organisation / Institution / Firma
Schmid, Stephan	Gemeinsamer Bundesausschuss, Patientenvertreter AG Kinder
Schnell-Inderst, Petra, Dr.	Universität Duisburg-Essen
Schönweiler, Rainer, Prof. Dr.	Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e. V.
Skipka, Guido, Dr.	IQWiG
Weijda, Simone	Gemeinsamer Bundesausschuss, Patientenvertreter AG Kinder

4.2 Tagesordnung der wissenschaftlichen Erörterung

	Begrüßung Einleitung
TOP 1	Studie zum Kindersprachscreening (KiSS)
TOP 1.a	Bildung des Referenzkriteriums: 4 Sprachtests vs. Expertenurteil
TOP 1.b	Festlegung der Grundrate im Referenztest
TOP 1.c	Überprüfung der Daten an neuer Stichprobe
TOP 1.d	Begriffsverwendung: „klinisch auffällig“
TOP 2	Referenzstandard
TOP 2.a	Vorstellungen zur Entwicklung eines Referenzstandards
TOP 2.b	Eignung eines Expertenkonsensus
TOP 2.c	Eignung eines Sprachentwicklungstests
TOP 3	Natürlicher Verlauf
TOP 4	Verschiedenes

4.3 Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung

- Datum: 20.01.2009, 14:00 bis 16:45 Uhr
- Ort: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
Dillenburger Straße 27, 51105 Köln
- Moderation: Prof. Dr. Peter T. Sawicki

Begrüßung

Einleitung

Moderator Peter T. Sawicki: Ich begrüße Sie ganz herzlich zur wissenschaftlichen Erörterung der Stellungnahmen zum Vorbericht S06-01 „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“.

Ich muss Sie darauf aufmerksam machen, dass eine elektronische und eine stenografische Aufnahme unseres Gesprächs erstellt werden. Daraus wird hinterher ein Wortprotokoll erstellt, das wir zusammen mit dem Abschlussbericht publizieren. Die Stellungnahmen werden ebenfalls, wie Sie wissen, mit einer Würdigung publiziert.

Die heutige Erörterung dient einzig und allein der Klärung unklarer Punkte in Ihren Stellungnahmen.

(Es folgen organisatorische Hinweise.)

Gibt es zum Ablauf Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann steigen wir in die Tagesordnung ein.

Tagesordnungspunkt 1:**Studie zum Kindersprachscreening (KiSS)**

1.a: Bildung des Referenzkriteriums: 4 Sprachtests vs. Expertenurteil

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kreis, was möchten Sie von den Stellungnehmenden wissen?

Julia Kreis: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde uns von Frau Prof. Neumann und Herrn Prof. Euler ein weiteres Manuskript zum Kindersprachscreening eingereicht. Das erste Manuskript dazu hatten wir schon während der Vorberichtserstellung erhalten – vielen Dank dafür. Im neuen Manuskript zum Kindersprachscreening sind Vierfeldertafeln zur Sensitivität und Spezifität des KiSS enthalten. Für uns sind dabei noch einige Fragen offengeblieben, die wir gern heute klären würden.

Zur Bildung des Referenzkriteriums möchten wir Sie bitten, uns das genauer zu erläutern. Uns wurde nicht ganz klar, warum als Referenzstandard nicht ein gemeinsamer Kennwert aus diesen vier Referenztests gebildet wurde, die Sie in der Studie verwendet haben. Stattdessen haben Sie auf das Expertenurteil zurückgegriffen. Wir hätten gern geklärt, was die Begründung dafür war, nicht die Referenztests zu verwenden, und ob die Verwendung des Expertenurteils vorab geplant war.

Moderator Peter T. Sawicki: Wer möchte dazu etwas sagen?

Harald A. Euler: Ich versuche, die Frage kurz zu beantworten. Wir haben die vier Referenztests theoriefrei gewählt, weil sie gleichgewichtet sind und weil wir uns auf keine andere Wichtungskonfiguration einigen konnten.

Bei der Testkonstruktion des KiSS haben wir sowohl interne als auch externe Trennschärferechnungen gemacht. Anhand dieser – aus der Frage des Schwierigkeitsgrades, der internen und der externen Trennschärfe – haben wir geschaut, wie wir das bei der Auswahl der Items maximieren, die schließlich in das KiSS eingehen.

Bei der externen Trennschärfebestimmung haben wir immer wieder einmal – nicht jedes Mal, aber wenn es angemessen schien – auf einen der vier Referenztests zurückgegriffen. Das heißt: Wenn wir nachher das globale Maß des KiSS mit diesem z-transformierten Mittelwert aus den vier Referenztests zusammenbringen, kapitalisieren wir einen Fehler. Wir haben einen Korrelationskoeffizienten von .85 erhalten. Für ein Validitätsmaß ist das eigentlich unglaublich hoch. Wir mussten annehmen, dass darin eine Inflation steckt, weil noch ein zweiter potenzieller inflationärer Faktor, also ein Verzerrungsfaktor, hätte hineinkommen können. Wir haben nämlich die einzelnen Items mit einem, zwei oder drei Punkten – je nach Trennschärfe – gewichtet. Hoch trennscharfe Items haben wir mit drei Punkten gewichtet; niedrig trennscharfe Items, die so eben an der Grenze waren, haben einen Punkt bekommen.

Dabei haben wir unterschiedliche Wichtungskonfigurationen ausprobiert. Sie lagen zwar alle über .80, aber wir haben uns immer am Referenzkriterium orientiert. Wenn wir nachher schauen, wie das mit dem Referenzkriterium übereinstimmt, müssen wir von einer Überschätzung des Validitätskoeffizienten ausgehen. Deswegen müssen wir auch woanders hinschauen.

Ich bin eigentlich fachfremd. Wir haben uns auf unsere Informantinnen bei der Auswahl der Tests verlassen, um verschiedene linguistische Ebenen zu erfassen. Das ist das, was sie uns gesagt haben. Weil es in der Praxis immer auf ein Urteil von irgendeinem ankommt, der sich als Experte versteht und der Testergebnisse hat, sich aber nicht streng an einen Auswertungs- oder Entscheidungsalgorithmus hält und ein klinisch intuitives Urteil drüberlegt, wollten wir schauen, wie die Ergebnisse des Tests mit einem externen Referenzkriterium korrelieren und welche Sensitivitäten, Spezifitäten, RATZ-Werte usw. das ergibt. Deswegen haben wir die Expertinnen hinzugezogen. Das war von Anfang an geplant.

Eine Sache haben wir nicht berücksichtigt. Wenn wir das noch einmal täten, müssten wir feststellen, dass drei Expertinnen zu wenig sind. Denn sie haben recht unterschiedliche Urteile abgegeben. Drei stellen keine angemessene Stichprobe dar, um an einen Wert heranzukommen, dessen Fehlervarianz geringer ist. Da haben wir das versucht, was in der Persönlichkeitspsychologie üblich ist. Wenn man ein externes Kriterium ohne ein objektives externes Kriterium und ohne einen etablierten, gut validierten externen Referenztest hat, bleiben noch drei Möglichkeiten übrig: Majorität, Konsens und Prädiktion.

Bei der Prädiktion muss man warten. Man verweist immer darauf und hofft, dass etwas kommt. Deswegen haben wir Majorität und Konsens genommen. Das heißt: Wir haben sie einstufen lassen und ihnen bestimmte Kriterien vorgegeben. Das Entscheidende war, ob wir ihnen eine Grundrate vorgeben oder nicht. Wir haben es ohne Grundrate versucht, aber die haben Grundraten, die variieren und zu hoch liegen – vergleichbar mit den Prävalenzen, die wir aus der Literatur kennen. Die kommen auf bis zu 20, 25, 30 oder 40 % auffällige Kinder – je nachdem, wie umfassend wir die Sprachstörungen definieren. Deswegen haben wir den Versuch gemacht und ihnen Prävalenzen vorgegeben. Wir schreiben ihnen vor, wie viel sie identifizieren dürfen.

Deswegen sind 35 bzw. 27 von 257 Kindern inklusiv klinisch auffällig. Bei den 27 Kindern haben wir Sensitivitäten, Spezifitäten, RATZ-Werte erreicht, bei denen wir sagen können: Na ja, das könnte vielleicht etwas sein.

Moderator Peter T. Sawicki: Haben wir den Unterpunkt 1.a abgeschlossen oder gibt es weitere Wortmeldungen? – Frau Neumann, bitte.

Katrin Neumann: Ich würde dazu gern ergänzen, dass wir es mit der Notwendigkeit einer Dichotomisierung zu tun hatten. Dabei konnten wir die einzelnen Referenztests nicht gut aggregieren. Wir hatten auch keinen umfassenden Test. – Dazu sagt Herr Euler noch etwas.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: Unsere vier Referenztests geben zum Teil Normen und Cut-off-Werte vor – eine oder zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Sie erreichen Selektionswerte, die mehr oder weniger akzeptabel sind. Wenn wir die vier Tests und die Normen zusammenfassen, die vorgegeben sind, oder wenn wir ein bis zwei Standardabweichungen nehmen, kommen wir zu einer Selektionsrate bzw. zu einer Grundrate von 66 %. Zwei Drittel unserer Kinder sind also auffällig. Das können wir nicht als Referenzkriterium in einer Konfundierungstabelle nehmen. Dann bekommen wir zu viel Abweichung – schon allein, weil Selektionsrate und Grundrate so stark voneinander abweichen.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Herr Skipka, haben Sie eine Nachfrage?

Guido Skipka: Ich möchte Folgendes trotzdem fragen: Es gibt vier Referenztests und vorgegebene Cut-off-Werte, die offensichtlich zu extrem hohen Auffälligkeitsraten führten. Dann sind Sie dazu übergegangen, Expertenurteile einzubeziehen. Was wäre denn gewesen, wenn man die Cut-off-Werte verändert hätte, um die Auffälligkeitsrate zu senken? Haben Sie darüber nachgedacht?

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: Darüber haben wir nachgedacht. Aber zunächst einmal können wir nur mit der Daumenregel darangehen. Wir könnten uns an Prävalenzen orientieren. Aber das verändert nicht das andere Problem, das ich eingangs angesprochen habe, dass wir nämlich dieselben Tests für die Konstruktion benutzt haben. Hinterher schauen wir, wie hoch Sensitivität und Spezifität gegenüber diesen Tests sind. Das war Grund, warum wir gesagt haben, dass wir etwas total Unabhängiges bräuchten.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Frau Neumann, möchten Sie noch etwas ergänzen?

Katrin Neumann: Dann haben wir noch folgenden Punkt – vielleicht kommen wir noch dazu –: Wir haben uns auf die Studie von Records und Tomblin bezogen. Darin hat man geschaut, wie Experten ihr Urteil bilden; das hat Herr Euler eben schon angesprochen. Das ist eine Studie, in der 27 Sprachtherapeutinnen die Ergebnisse aus vier Sprachtests – ähnlich wie bei uns –, aus Referenztests für die einzelnen linguistischen Ebenen und aus einem Intelligenztest vorgelegt wurden. Man hat geschaut, wie die Bewerterübereinstimmung war: Sie war extrem schlecht.

Harald A. Euler: Ein Phi-Koeffizient von .66 war die Intrarater-Übereinstimmung, das heißt die Übereinstimmung bei unerkannt untergeschobenen Befunddubletten. Eine Expertin

bewertet zweimal dasselbe Kind, ohne es zu merken. Sie hatte dabei nur eine Überstimmung von .66. Die Konkordanz lag etwa bei .14. Das ist inakzeptabel niedrig.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Und anhand einer Stepwise Regression wurde geschaut, wie viele Tests in die Urteilsbildung der Expertinnen und Experten eingehen. Dabei zeigte sich, dass in der Regel etwa zwei Tests ausreichen und dass sie unterschiedlich stark gewichtet wurden. Das haben wir auch bei uns gesehen. Alle Expertinnen wurden mit denselben Tests versorgt. Die Logopädin hat beispielsweise die Aussprache deutlich höher bewertet, während die Linguistinnen die Grammatik höher bewertet haben. Das müssen wir auch berücksichtigen.

Moderator Peter T. Sawicki: Ist damit der Unterpunkt 1.a abgeschlossen? Ist so weit alles klar? – Weitere Wortmeldungen zu diesem Unterpunkt sehe ich nicht. Damit können wir zum nächsten Unterpunkt wechseln.

1.b: Festlegung der Grundrate im Referenztest

Julia Kreis: Meine nächste Frage bezieht sich darauf, wie die Grundrate im Referenztest – hier: im Expertenurteil – festgelegt wurde. Wir möchten nachfragen: Haben wir es richtig verstanden, dass die Anzahl der Kinder, die im Expertenurteil auffällig waren, wenn den Experten eine feste Grundrate vorgegeben wurde, anhand der Kinder bestimmt wurde, die im Screeningtest auffällig waren?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Ja und nein. Wir haben die Cut-off-Kriterien für unser Screening an erwarteten Prävalenzen festgemacht. Wir hatten die Schwierigkeit, dass wir die Prävalenzraten für umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache relativ gut kennen: Das sind Angaben zwischen 4 % und 7 %, die sich auch international gut belegen lassen. Aber zu einer bestimmten Entität finden wir keine guten Prävalenzdaten, und zwar zu den Sprachentwicklungsstörungen mit assoziierten Komorbiditäten, wie Hörstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen oder Intelligenzminderungen.

Ein Sprachscreening kann schlechterdings nicht zwischen diesen spezifischen Sprachentwicklungsstörungen mit gut bekannten Prävalenzraten und den Sprachentwicklungsstörungen, die mit Komorbiditäten assoziiert sind, unterscheiden. Konservativste Schätzungen geben etwa 3 % an. Herr Schöler, der diese Rate genannt hat, hat sich an geistigen Behinderungen orientiert. Aber nicht jede geistige Behinderung ist mit einer Sprachstörung assoziiert. Für Hörstörungen haben wir viel höhere Prävalenzraten im entscheidenden Alter, sodass wir in einer groben Schätzung davon ausgegangen sind, dass wir etwa noch einmal 5 % bis 6 % Sprachentwicklungsstörungen zu erwarten haben, die mit

Komorbiditäten assoziiert sind. Das sind unsere exklusiven Auffälligkeitsraten oder Grundraten gewesen.

Dann hatten wir noch gesagt: Uns interessieren natürlich Störungen des Sprechens, der Sprache und der Stimme, die wir sozusagen als Abfallprodukte mitbekommen können, die aber auch eine Therapiebedürftigkeit mit sich bringen. Das ist zum Beispiel bei Redeflussstörungen der Fall, bei denen es in dem Alter eine Prävalenz von 4 % bis 5 % – später im Erwachsenenalter liegt sie bei 1 % – verbunden mit hohem Leidensdruck und mit lebenslangem Therapiebedarf gibt. Gute Heilungschancen bestehen bei Frühtherapie; schlechte Heilungschancen gibt es bei Spättherapie. Ähnlich ist die Situation bei kindlichen Stimmstörungen, bei denen konservative Prävalenzangaben bei 3 % liegen. Dabei besteht ebenfalls eine gute Heilungschance bei Frühtherapie und eine schlechte Heilungschance bei Chronifizierung.

Wir haben gesagt: Insgesamt dürfen wir bei unserem KiSS 13 % bis 15 % Auffällige haben. Das wäre unsere inklusive Grundrate. „Inklusiv“ haben wir genannt: Sprachentwicklungs-, Redefluss- und Stimmstörungen. „Exklusiv“ haben wir genannt: Sprachentwicklungsstörungen. Dabei sind wir etwa von 11 % bis 13 % ausgegangen.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Frau Kreis, haben Sie eine Nachfrage dazu?

Julia Kreis: Ich bin mir noch nicht ganz sicher, ob ich das verstanden habe. Denn nach der Formulierung im Manuskript habe ich verstanden, dass die Expertinnen 27 Kinder identifizieren sollten, da auch im KiSS 27 Kinder als auffällig eingestuft worden waren.

Harald A. Euler: Das ist schlecht formuliert; das muss ich korrigieren. Denn das hört sich so an, als würde das KiSS objektive Sachen feststellen, was es aber nicht kann. Wenn wir die Cut-off-Kriterien festlegen, sind wir auch auf Verteilungen angewiesen. Wir haben gewisse Prävalenzen im Kopf. Wie viele Auffälligkeiten wir bekommen, hängt ganz davon ab, wie wir den Auffälligkeitsalgorithmus in die Syntax schreiben. Wir müssen uns vorab fragen: Wie viele dürfen es sein? Entsprechend schreiben wir unseren Algorithmus. Das beruht auf diesen Überlegungen, die Frau Neumann eben dargelegt hat.

Was Sie angesprochen haben, ist schlecht formuliert. Es ist zwar richtig, dass es diese 27 bzw. 35 Fälle waren. Aber sie kommen nicht zustande, weil wir der Meinung waren: Das KiSS hat Recht; es gibt uns das wahre Ergebnis vor. – Nein, das ist genauso gut ein willkürliches Ergebnis, das ganz anders hätte sein können, wenn man andere Cut-off-Points dort hineindefiniert hätte.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Stefan Lange.

Stefan Lange: Ich habe eine Frage, die zwischen Unterpunkt 1.a und 1.b liegt; sie wurde halb eben schon abgehandelt und passt halb zu diesem Punkt. Sie haben gerade gesagt, das

Problem bestehe darin, dass Sie keinen gemeinsamen Referenzstandard aus den vier Tests bilden wollten, weil das Abhängigkeiten verursacht hätte. Aber das Problem haben Sie doch nicht damit gelöst, dass Sie die Tests irgendwelchen anderen Leuten geben, die trotzdem wieder auf Basis dieser Tests zu einer Einschätzung kommen. Eine Abhängigkeit besteht doch auch bei diesem Expertinnenurteil, wenn sie die vier Tests nehmen, um ihr Expertinnenurteil zu bilden, oder sehe ich das falsch?

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: Das sehen Sie vielleicht nicht falsch, aber das ist doch sehr stark vermittelt. In dem ersten Fall, in dem das sozusagen mit im Algorithmus drinsteckt, geht das natürlich direkt in die Validitätsbewertungen ein.

Im zweiten Fall haben wir es mit einem klinischen Urteil zu tun. Die Damen sehen sich die Tests an, kennen zum Teil die Kinder und können zur Not auch noch auf andere Tests zurückgreifen, wie auf den SSV, den HASE und einige andere Befragungen, in denen einzelne Items stehen. Daher würde ich sagen: Wenn da noch eine Verzerrung drinsteckt, wie Sie sie vielleicht stipulieren könnten, würde ich vermuten, dass sie sehr abgeschwächt ist.

Moderator Peter T. Sawicki: Müssen das immer nur Frauen sein, da Sie immer von Expertinnen sprechen?

Harald A. Euler: Es waren Expertinnen. Soll ich jetzt sagen: Expert(inn)en?

Moderator Peter T. Sawicki: Nein, ich habe mich das nur gefragt.

Harald A. Euler: Es waren drei Expertinnen.

Moderator Peter T. Sawicki: Okay, gut. – Bitte schön, Herr Kasper.

Jürgen Kasper: Habe ich das richtig verstanden? Bisher hatte ich es so verstanden: Die Expertinnen hatten diese vier Tests als einzige Informationsbasis. Für mich hätte das bedeutet, dass nur eine neue Fehlerquelle, aber keine neue Information hinzugekommen wäre. Aber jetzt höre ich: Sie haben die Kinder teilweise gekannt und hatten auch noch Zugang zu anderen Testdaten. Das entspricht einem logopädischen Urteil. Könnte man das so sagen?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Das würde ich gern beantworten. Das sind extrem gut untersuchte Kinder. Wir haben jedes Kind sechs bis sieben Stunden mit 1.600 Variablen untersucht. Das heißt: Wir haben eine Spontansprachanalyse und Hörtests durchgeführt. Wir haben ausführliche anamnestische Daten von den Eltern und von den Erziehern auch zum Sprachverhalten, zu assoziierten Störungen und zu eventuellen Vortherapien erhoben. Wir haben dann aber diese vier Referenztests als Referenzmaß genommen.

Aber den Expertinnen waren für ihre Bewertung alle diese Informationen zugänglich – bis auf das KiSS.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Lange.

Stefan Lange: Ich möchte auch nachfragen. Das lässt sich nicht alles unbedingt in einem Manuskript abbilden. Sie haben gesagt, diese Kinder seien sehr gut untersucht. Auf der einen Seite ist ein Wert der Untersuchung, dass es sich um unselektionierte Kinder handelt, wenn ich das richtig verstanden habe.

Katrin Neumann: Ja.

Stefan Lange: Andererseits wurden sie sechs bis sieben Stunden lang äußerst aufwendig einem Sprachtest unterzogen. Wie kann man das auf eine Versorgungsrealität übertragen? Besteht nicht die Gefahr – ich sage ganz offen, dass ich davon keine Ahnung habe –, dass es Lerneffekte gibt? Haben Sie die Reihenfolge der Tests irgendwie randomisiert? Ich kann mir vorstellen, dass sie, wenn sie drei Tests gemacht haben, ungefähr wissen, wo der Hase entlangläuft; ein Test heißt ja auch HASE.

(Heiterkeit)

Muss man dabei nicht ein bisschen aufpassen?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Wir haben die Testreihenfolge randomisiert und diese Tests auf ungefähr einen Monat verteilt, damit es keine Ermüdungseffekte gab. Die Lerneffekte halte ich für gering, da jeder Test etwas anderes getestet hat. Wir konnten auch keine internen Konsistenzen dadurch berechnen. Es soll ja überhaupt nicht die Versorgungslage abgebildet werden – dazu kommen wir noch ein paar Tagesordnungspunkte später –, sondern wir wollten ein Best-of an Referenz haben.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Gibt es weitere Nachfragen zum Unterpunkt 1.b? – Das ist nicht der Fall. Dann wechseln wir zum nächsten Unterpunkt.

1.c: Überprüfung der Daten an neuer Stichprobe

Julia Kreis: Dazu haben wir die folgende Frage: In einem der Manuskripte wurde angekündigt, dass Sie das noch einmal an einer neuen Stichprobe überprüfen wollen. Können Sie uns dazu schon etwas sagen?

Katrin Neumann: Da sich diese konkurrente Kriteriumsvalidität wahrscheinlich noch einmal etwas nach unten korrigiert, haben wir 50 Kinder in derselben Altersklasse ausgewählt und noch einmal untersucht. Die Datenauswertung ist ungefähr im April zu erwarten.

Julia Kreis: Ich möchte dazu nachfragen, ob es sich dabei um 50 zusätzliche Kinder handelte.

Katrin Neumann: Das waren 50 neue, zusätzliche Kinder.

Harald A. Euler: Ja, es handelt sich um eine neue Kohorte.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Gibt es noch weitere Wortmeldungen zu 1.c? – Das ist nicht der Fall. Somit kommen wir zum nächsten Unterpunkt.

1.d: Begriffsverwendung: „klinisch auffällig“

Julia Kreis: Wir würden gern nachfragen, ob wir die Begriffsverwendung bei Ihnen richtig verstanden haben. Und zwar sprechen Sie in diesem Manuskript auch bei einem positiven Ergebnis im Referenzstandard davon, dass dieses Kind „klinisch auffällig“ sei. – Wir haben uns gefragt, ob es einen Unterschied gibt, wenn Sie von „klinisch auffällig“ sprechen oder wenn man davon spricht, dass ein Kind „krank“ / „sprachentwicklungsgestört“ ist. Machen Sie bewusst eine Differenzierung oder könnte man diesen Begriff „klinisch auffällig“ als das Vorhandensein einer Diagnose ansehen?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Im Expertenurteil könnte man es im Prinzip als Diagnose ansehen. Wir haben das begrifflich angeglichen. Wir hatten so hohe Grundraten beim freien Expertenurteil, obwohl wir den Expertinnen vorgegeben haben, dass wir Sprachentwicklungsstörungen sehen möchten. Wir haben vorher ganz genau die Definition für Sprachentwicklungsstörungen festgelegt. Wir hatten eine Expertin mit 35 % bezüglich Sprachentwicklungsstörungen bzw. – das muss ich allerdings sagen – bezüglich Stimmstörungen und Redeflussstörungen als auffällig eingeschätzte Kinder. Expertinnen sagten zu uns: Na ja, es ist erst einmal ein Verdacht. Allerdings: Mehr gibt es in der Diagnostik auch nicht. Insofern gebe ich Ihnen recht, dass „klinisch auffällig“ eigentlich mit „Diagnose“ gleichzusetzen wäre; näher kommen wir nicht heran.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Lange.

Stefan Lange: Dabei müssen wir differenzieren; das ist wichtig. Sie haben von „Verdacht“ gesprochen. Unter Umständen würde man in der Klinik unterscheiden, dass es so etwas wie eine Verdachtsdiagnose und eine definitive Diagnose gibt. Wir kennen natürlich diagnostische

Tests, die mit ziemlich großer Sicherheit zu einer Diagnose führen. Denken wir beispielsweise an die Darstellung der Herzkranzgefäße, die Angiografie. Dabei würde man definitiv von einer Diagnose sprechen.

Habe ich richtig verstanden, dass Sie sagen: Nein, zwischen „klinisch auffällig“ und „Diagnose“ haben wir die Verdachtsdiagnose? Oder ist es doch eine definitive Diagnose?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Das ist eher eine definitive Diagnose. Wir haben in der klinischen Diagnostik ein bis zwei logopädische Behandlungs- bzw. Diagnostikeinheiten à 45 Minuten. Wir hatten Kinder, die sieben Stunden lang untersucht wurden, sodass man eigentlich von „definitiver Diagnose“ sprechen muss.

Moderator Peter T. Sawicki: Ist die Trennung denn scharf? – Frau Neumann.

Katrin Neumann: Nein.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: Nein. Ich kann mir vorstellen, hierbei würde so etwas wie Dynamic Assessment weiterhelfen, wobei ein Kind in die Therapie geschickt wird und dann geschaut wird, welche Erfolge es in der Therapie hat. Wenn es zügig Erfolge hat, war es vielleicht nur auffällig. Aber wenn es längerfristige Sachen waren, war es krank.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Herr Euler hatte vorhin erwähnt, dass die Prädiktion natürlich ein Validitätsmaß ist, das uns übrig bleibt. Wir haben die Einjahresdaten dieser Kinder erhoben. Sie sind in den nächsten zwei Monaten fertig ausgewertet. Dann können wir vielleicht retrospektiv sagen, inwiefern eine klinische Diagnose durch ähnliche Bewertungsalgorithmen bestätigt wurde oder nicht.

Moderator Peter T. Sawicki: Man kann natürlich unter Umständen eine Diagnose auch durch die Therapie verifizieren.

Katrin Neumann: Natürlich.

Moderator Peter T. Sawicki: Das ist theoretisch zumindest möglich. – Herr Lange.

Stefan Lange: Darauf möchte ich auch eingehen. Was Sie gerade gesagt haben, ist extrem spannend. Wir kennen die Bestätigung der Diagnose durch die Therapie, Stichwort: ex juvantibus. Aber dabei ist es genau umgekehrt. Die Diagnose wird bestätigt, weil die Therapie funktioniert und eine unmittelbare Besserung oder gar Heilung eintritt.

Sie sagen es gerade umgekehrt: Ich bestätige die Diagnose, weil die Therapie nicht funktioniert. Und wenn sich die Kinder in der Therapie deutlich verbessern, ist die Diagnose falsch – jedenfalls, wenn man das dichotomisiert. – Das finde ich interessant, aber gleichzeitig auch sehr schwierig. Denn ich denke natürlich – darauf kommen wir wahrscheinlich später noch zu sprechen –: Wenn man versucht, das in einem klinischen Setting zu operationalisieren, um von den ersten Auffälligkeiten zu einer Therapie zu kommen, muss man irgendwie Algorithmen finden und operationalisieren können. Was Sie gerade beschreiben, ist dabei sehr ungewöhnlich: Erst einmal werden alle in eine Therapie geschickt, um sie, wenn es gut läuft, abubrechen.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: So einfach ist das nicht. Aber ich habe eine schwerbehinderte Tochter, die einen Sauerstoffmangel bei der Geburt erlitten hat. Sie ist spastisch gelähmt und hat beispielsweise eine deutliche Aphasie, also Wortfindungsschwierigkeiten, und alle möglichen anderen Auffälligkeiten. Diese Tochter – ich bin Psychologe; die Mutter der Tochter ist Sonderpädagogin – hat, soweit ich das sagen kann, 20 Jahre ihres Lebens eine vergleichsweise optimale Therapie bekommen. An den Wortfindungsschwierigkeiten und an ihrer Unfähigkeit, Buchstaben zu schreiben oder über die Zahl fünf hinaus zu rechnen, hat sich in den 15 Jahren massiver Beschulung wirklich nichts geändert.

Moderator Peter T. Sawicki: Ich habe das so verstanden, dass Sie meinen: Die Diagnose ist relativ sicher, wenn es keine spontane Änderung gibt. Oder habe ich das falsch verstanden?

Harald A. Euler: Ja.

Moderator Peter T. Sawicki: Gut. – Frau Kiese-Himmel.

Christiane Kiese-Himmel: Ich möchte dafür plädieren, die Ergebnisse im Widerspruch zu Frau Neumann erst einmal als zu einer Verdachtsdiagnose und noch nicht zu einer klinischen Diagnose führend zu bezeichnen. Denn gemäß den Diagnosekriterien im ICD-10 haben wir eine Normalitätsannahme und eine Diskrepanzannahme. Das heißt, dass wir die Auffälligkeiten immer in Relation zur gemessenen Intelligenz sehen, sodass wir die Diskrepanz von der Sprachabweichung zum Intelligenzwert bewerten. Erst dann bekommen wir die definitive klinische Diagnose. Ich bin mir nicht sicher, ob die Kinder hinsichtlich der Intelligenz untersucht wurden. Es wäre spannend, wenn man das nachtragen könnte.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke. – Frau Keilmann.

Annerose Keilmann: Ich möchte beitragen, dass es bei Tests zur Sprachentwicklung sein kann, dass das Kind schlecht kooperiert. Der schlechte Wert wird dann dadurch erzielt, dass das Kind keine Lust hat. Dabei könnte schon denkbar sein, dass ein Kind bei solchen Tests schlecht abschneidet, in Wirklichkeit aber keine Sprachentwicklungsstörung hat. Das ist nach

unserer Erfahrung relativ selten. Wir haben in Mainz auch Tests gemacht. Die Kinder, die die Kooperation verweigert haben, waren in der Regel eher klinisch betroffene Kinder. Denkbar ist es aber schon, dass ein Kind nur aufgrund einer Verhaltensstörung schlechte Testwerte abliefern und sich in der ersten oder zweiten Therapiestunde als wenig gestörtes Kind erweist.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Bei der Beurteilung von Kindern und von Sprachentwicklungsstörungen kommt die Ätiologie als Schwierigkeit hinzu. Wir gehen davon aus, dass bei einem geringen Prozentsatz der Kinder tatsächlich der Spracherwerbsmechanismus gestört ist und dass tatsächlich eine Störung vorliegt.

Wir sehen aber auch viele Kinder, die aufgrund einer anrengungsarmen Umwelt Sprache schlecht erwerben. Sie zeigen zum Teil ähnliche Symptome. Auch hierbei können sich Fehler in der Diagnostik einschleichen. Zunächst könnte es eine Verdachtsdiagnose sein, wobei sich aber durch ein paar Therapiesitzungen zeigen kann: Solche Kinder, die aufgrund der Anrengungsarmut schlecht Sprache entwickeln, können relativ fix lernen und Entwicklungsansätze relativ schnell aufgreifen, während Kinder mit gestörten Spracherwerbsmechanismen sehr viel langwieriger lernen. Das zeigt sich nicht unbedingt schon im Test.

Moderator Peter T. Sawicki: Dazu möchte ich nachfragen. Es kann doch sein, dass es am Ansprechen auf die Therapie liegt. Bei allen Erkrankungen gibt es Menschen, die besser auf die Therapie ansprechen, während andere darauf schlechter ansprechen. Das ist eher die Prognose; das ist nicht die Diagnose – oder, Frau de Langen-Müller?

Ulrike de Langen-Müller: Bei Kindern, die sich noch in der Entwicklung befinden, gibt es genau diese Schwierigkeit, den Entwicklungsaspekt in der Diagnose zu berücksichtigen.

Wenn ich das richtig verfolgt habe, gibt es bei klar organischen Diagnosen ähnliche Probleme bei der Diagnostik von Kindern. Auch beim Asthma, das Sie kürzlich untersucht haben ...

Moderator Peter T. Sawicki: Bei Kindern unter fünf Jahren.

Ulrike de Langen-Müller: ... gibt es doch ähnliche Probleme bei der Stellung von gefestigten Diagnosen ...

Moderator Peter T. Sawicki: Richtig.

Ulrike de Langen-Müller: ... weil sich die Parameter anders als bei Erwachsenen darstellen und weil Entwicklung sowie Wachstum eine Rolle spielen.

Moderator Peter T. Sawicki: Richtig. – Frau Neumann.

Katrin Neumann: Ich möchte auf die Frage von Herrn Lange eingehen, wie es sich mit der Therapie verhält. Wir müssen verschiedene Fälle für die Erhebung der Einjahresdaten und für die Bestimmung der prädiktiven Validität des KiSS daraus unterscheiden. Kinder, die anfänglich keine Sprachentwicklungsstörung hatten oder die im KiSS nicht als klinisch auffällig erschienen sind und die ein Jahr später eine Sprachentwicklungsstörung haben, müssen wir als falsch Negative zählen. Sie können nicht erst jetzt diese Sprachentwicklungsstörung entwickelt haben. Das ist ein klarer Fall.

Den anderen Fall, dass wir Kinder haben, die durch das Screening als klinisch auffällig identifiziert worden sind und die dann Therapie erhalten haben, müssen wir zweiteilen. Diejenigen, die sich unter Therapie nicht gebessert haben, sind ganz sicher richtig positiv gewesen. Bei den Kindern, die sich unter Therapie verbessert haben, sind wir auf eine differenzierte Bewertung der Therapieberichte angewiesen, um zu entscheiden, ob sie eher falsch positiv oder richtig positiv waren. Das müssen wir noch algorithmisch entscheiden.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Herr Lange.

Stefan Lange: Ich möchte kurz darauf eingehen. Ich glaube, man braucht eine Nomenklatur. Sie haben von „klinisch auffällig im Screening“ gesprochen.

Katrin Neumann: Im Screening heißt es „klinisch auffällig“. Das ist ganz klar; das haben wir immer so genannt.

Stefan Lange: Aber Sie haben doch jetzt mit dem Expertinnenurteil einen Referenzstandard gehabt. Das ist doch nicht das Screening, oder soll das nach Ihrer Vorstellung als Screening eingesetzt werden?

(Kopfschütteln von Katrin Neumann und Harald A. Euler)

Das kann ich mir kaum vorstellen. Eine siebenstündige Untersuchung ist relativ aufwendig.

Ich fand es einen wichtigen Hinweis von Frau de Langen-Müller, was mit Kindern passiert, die sich in einer Entwicklung befinden. Sie haben auf organische Probleme wie Asthma hingewiesen. Es gibt meines Erachtens noch ein prominenteres Beispiel, was das im organischen Bereich noch besser verdeutlicht, nämlich das Neuroblastom. Man kann kaum glauben, dass sich Krebs wieder zurückentwickelt; dabei passiert es genau so. Deswegen hat man ein Problem, weil es unter Umständen zu einer Überdiagnose und zu einer Übertherapie kommt, wenn man dieses Phänomen nicht beachtet.

Offensichtlich gibt es hierbei die Parallele, dass man in Kauf nehmen muss, dass man, wenn zur richtigen Diagnosestellung auch der Verlauf gehört – so habe ich das verstanden –, einem gewissen Teil der Kinder – in Führungszeichen – „unnützlich“ dieses Label gibt und ihn entsprechend behandelt und therapiert, auch wenn sich das vielleicht auf zwei, drei, vier oder fünf Sitzungen beschränkt.

Man könnte dabei wahrscheinlich noch differenzieren. Vielleicht gibt es einen – in Anführungszeichen – „Kollateralnutzen“. Das heißt: Wenn sie vorher anregungsarm waren und jetzt schöne Anregungen bekommen, ist das etwas Sinnvolles und Nützliches. Aber es verkompliziert das Ganze natürlich enorm.

Moderator Peter T. Sawicki: Könnte es sein, dass auch nicht sprachgestörte Kinder von solchen Interventionen profitieren?

Stefan Lange: Das ist offensichtlich der Fall.

Moderator Peter T. Sawicki: Es könnte auch sein, dass es gut ist, Kinder anzuregen, die nicht auffällig, sondern vielleicht kontaktgestört sind. Aber ich wollte mich nicht einmischen. – Frau Kiese-Himmel hatte sich gemeldet.

Christiane Kiese-Himmel: Ich möchte die Ausführungen von Frau de Langen-Müller etwas ergänzen. Die gesamten Tests, die wir machen, beruhen auf der etwas problematischen Vorannahme, dass die Entwicklung nach einer gewissen Norm verläuft. Das ist aber eigentlich gar nicht der Fall. Es sind verschiedene Entwicklungsverläufe möglich. Entwicklung kann sich auf verschiedene Grundmodelle beziehen. Entwicklung kann in Stufen verlaufen. Entwicklung kann in Schüben verlaufen. Sie können ein Kind in einem Stadium kurz vor einem Entwicklungsschub testen. Sie haben es dann in der dritten oder vierten Stunde der Therapie, wenn es sich im Schub befindet. Die sehr variablen Ergebnisse hängen auch damit zusammen, dass Sie ganz verschiedene Grundannahmen zur Entwicklung und verschiedene Entwicklungsgeschwindigkeiten haben. Weiterhin ist bei den Aussagemöglichkeiten dieser Tests zu prüfen, auf welche Entwicklungstheorie sie sich beziehen. Wie sind die Korrelationen unter den vier Tests des KiSS, die zu einem Gesamtreferenzwert vereinigt werden?

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Nun hat Frau Neumann zum Unterpunkt 1.d „Begriffsverwendung: klinisch auffällig“ das Wort.

Katrin Neumann: Wir haben im Screening zwischen „unauffällig“, „klinisch auffällig“ und „sprachpädagogisch auffällig“ unterschieden, also: Spracherwerb profund gestört, Mustererwerb gestört oder Sprachsystemerwerb gestört ist „klinisch auffällig“. Leichtes Zurückbleiben oder noch nicht gut erworbene Zweitsprache ist „pädagogisch auffällig“.

Ich möchte auf das Argument von Frau Keilmann mit der Compliance der Kinder in der Testsituation eingehen. Pragmatikstörungen, wenn Kinder beispielsweise nicht geantwortet haben, haben wir zunächst als sprachförderbedürftig klassifiziert. Das ging mit in die Bewertung ein. Wir sehen in diesem Dynamic Assessment: Wenn sie in der Sprachförderung nicht profitieren, liegt möglicherweise etwas Schwereres zugrunde. Wenn sie allerdings eine schwere Pragmatikstörung hätten, würden sie auch in unseren restlichen Kriterien der

klinischen Auffälligkeit im KiSS nicht bestehen. Dann würden sie zunächst in die Therapie kommen.

Ich möchte noch auf Ihre Ausführungen eingehen, den Begriff „klinisch auffällig“ nicht zwischen Screening und Diagnostik zu vermischen. Ich weiß gar nicht, ob wir bei den Experten auch „klinische Auffälligkeit“ geschrieben haben.

Harald A. Euler: Für Psychologen ist das kein Unterschied.

Katrin Neumann: Doch, das haben wir gemacht. Ich gebe Ihnen recht: Im Screening ist das natürlich „klinisch auffällig“. Die Experten wollten wir auf möglichst dieselbe Entität einschwören. Aber eigentlich ist es die Diagnose; Sie haben recht.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Der Punkt, warum diese Begriffsverwirrung angefangen hat, liegt darin, dass in der Praxis inzwischen entschieden werden muss, ob ein Kind pädagogisch förderbedürftig oder ob es klinisch auffällig ist, in dem Sinne, dass es also eine klinische Therapie aus dem Leistungskatalog der GKV benötigt. Das Problem, dass wir mit den Begriffen herumeiern, wurde angesprochen. Zunächst einmal sieht man Kinder, die auffällig sind, die bei der Sprache nicht das tun, was ihre Vergleichsgruppe tut. Nun müssen wir Stellung nehmen, ob sich das durch ein pädagogisches Einwirken relativ unspezifisch im Kindergarten beheben lässt oder ob es sich um ein handfestes Problem handelt, das nur durch eine spezifische Sprachtherapie behoben werden kann. Das führt dazu, dass zwischen „pädagogisch auffällig“ oder „klinisch auffällig“ differenziert werden muss. Das ist ein Konstrukt.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön für die Klarstellung. – Herr Kasper.

Jürgen Kasper: Ich habe eine Nachfrage. Ich hatte eben herausgehört, dass die Art und Weise, wie die Expertinnen geurteilt haben und wie die Daten in die Vorlagen integriert wurden, aus Ihrer Sicht verbesserungsbedürftig gewesen sei. Sie hatten dies zum Beispiel bei den hohen Raten erwähnt. Die Expertinnen hatten ihren Auftrag vielleicht auch nicht so verstanden, dass sie aufgrund der siebenstündigen Untersuchungen eine Diagnose, sondern vielmehr ein Auffälligkeitsurteil stellen sollten.

Ich möchte fragen, ob Sie in Bezug auf das Vorgehen bei dieser neuen Kohorte, deren Daten nun zu erwarten sind, im Vergleich zu dem, was Sie im Bericht dargelegt haben, etwas geändert haben.

Moderator Peter T. Sawicki: Wer möchte darauf antworten? – Frau Neumann.

Katrin Neumann: Bei der Durchführung haben wir zunächst nichts geändert. Sie stellen eine Frage nach der Bewertung und der Auswertung unserer Ergebnisse. Wir beobachten bei

Professionellen, wenn wir die Grundrate freistellen und solange wir keine objektiven Tests haben, immer eine Pathologisierungstendenz. Wenn Ihnen eine Hals-Nasen-Ohren-Ärztin in die Nase schaut, sieht sie wahrscheinlich, dass die Nasenscheidewand wie bei 70 % aller Mitteleuropäer schief ist. Aber ein HNO-Arzt hat die Tendenz, sie gerade richten zu wollen, obwohl Sie das gar nicht stört.

So werden hierbei auch kleinere Sprachauffälligkeiten lieber als therapiewürdig eingeschätzt, obwohl Sprachexpertinnen eigentlich wissen, was eine Sprachentwicklungsstörung ist. Aber sie sagen sich natürlich: Dieses Kind würde auch von einer Therapie profitieren. – Insofern können wir die Grundraten nicht freistellen, wenn wir es noch einmal bewerten lassen.

Moderator Peter T. Sawicki: Nun hat Herr Kasper noch einmal das Wort.

Jürgen Kasper: Ich möchte meine Frage näher erklären. Ich hatte nicht bezogen auf die Auswertung, sondern bezogen auf das Vorgehen insbesondere der Expertinnen gefragt. Haben sie zum Beispiel ein anderes Training genossen? Denn etwas kann kein Referenzstandard werden, wenn es von der Vorgabe der Basisraten abhängig ist. Das heißt, sie müssten ein Training bekommen und unabhängig von der Kenntnis der Basisrate in dieser Stichprobe ein sicheres Urteil und kein Verdachtsurteil fällen. Man brauchte ein dichotomes Urteil. Die Frage ist: Haben Sie aufgrund dieser Erfahrungen dabei noch etwas geändert?

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: Nein. Wir wollen nicht in der Praxis drei bis fünf Expertinnen haben, die irgendetwas erreichen. Wir befinden uns jetzt im Forschungsstadium, in dem wir einen externen Standard finden, der vielleicht kein Goldstandard ist, aber zumindest ein Messingstandard. Zu diesem Zweck machen wir diese Angelegenheit.

Wir wollen eigentlich einen umfassenden Test haben oder ihn unter Beteiligung verschiedener Zentren entwickeln. Er soll die wichtigsten linguistischen Ebenen in möglichst 45 Minuten erfassen, weil das das Diagnose- und Abrechnungsschema ist. Er sollte aufgrund der vorherigen Forschung so gut sein, dass man ihn als externen Standard akzeptieren kann.

Bei diesem Test plädiere ich dafür, auch die Pragmatik zu überprüfen. Dies kann beispielsweise anhand einer standardisierten Spielsituation geschehen, in der drei Kinder bzw. Peers miteinander umgehen, die bewertet werden können. Dieser Test sollte relativ kurz sein und nicht hundert Items in einem Untertest haben. Er sollte sich auf zehn bis 15 Items beschränken, wie es bei den modernen Persönlichkeitstests der Fall ist, in denen die Big-Five-Dimensionen mit zehn oder zwölf Items hinreichend reliabel erfasst werden, um dann zu einem externen Referenzkriterium zu kommen, was nicht primär auf klinischem subjektivem Urteil beruht, sondern einen festen Auswertungsalgorithmus hat.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Das ist eine gute Überleitung zum Referenzstandard. Somit kann ich den Tagesordnungspunkt 1 als abgeschlossen betrachten.

Tagesordnungspunkt 2:**Referenzstandard**

2.a: Vorstellungen zur Entwicklung eines Referenzstandards

Julia Kreis: Bei diesem TOP geht es uns darum, dass in mehreren Stellungnahmen Äußerungen dazu gemacht wurden, was ein geeigneter Referenztest im Rahmen diagnostischer Studien wäre.

Beim Unterpunkt 2.a „Vorstellungen zur Entwicklung eines Referenzstandards“ möchten wir uns auch darauf beziehen, was Frau Prof. Neumann und Herr Prof. Euler in der Stellungnahme ausdrücklich gesagt hatten, dass es nämlich zurzeit keinen geeigneten Referenzstandard gäbe und dass sie für die Entwicklung eines solchen plädieren.

Sie haben gerade schon ein Vorgehen skizziert. Ist das Ihre Vorstellung, wie man einen solchen Referenzstandard entwickeln würde? Welche weiteren Vorstellungen haben Sie für dieses Gebiet?

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: Ich habe sie eben grob umrissen. Mein Hintergrund ist die Psychologie und ich arbeite hiermit, weil ich mich in Statistik und Testkonstruktion auskenne. Ich bin aber inhaltlich auf den Input von anderen Expertinnen und Experten angewiesen.

Wenn wir einen Test erreichen können, der die Hauptebenen einschließlich der phonologischen Bewusstheit umfasst – ich sage das deswegen, weil das Screening von Frau Grimm, das SSV, in unseren Daten von allen Tests, die wir überprüft haben, relativ gut abgeschnitten hat –, haben wir eine bessere Möglichkeit, den Nutzen eines Screenings in Sachen Sensitivität und Spezifität bewerten zu können. Das ist unbenommen der Frage, ob nachher eine effektive Therapie überhaupt langfristig wirksam ist; das ist eine ganz andere Frage.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Ist damit die Frage beantwortet? Herr Lange, bitte.

Stefan Lange: Ich finde es wichtig zu versuchen, eine Struktur zu haben. Man braucht eigentlich einen festen diagnostischen Test als Referenzstandard, um hinterher diejenigen, die im Screening auffällig sind, entsprechend abklären zu können. Ihre Vorstellung, die Sie gerade skizziert haben, betrifft tatsächlich die Feststellung der Diagnose. Auch das sei möglichst zu vereinfachen: weg von siebenstündigen Prozeduren hin zu Untersuchungen, die eine knappe Stunde dauerten. Innerhalb dieser Stunde solle die Diagnostik durchgeführt werden.

Dann ging es um die Frage: Was kann ein geeigneter Screeningtest sein, den man in einem Setting von zehn Minuten oder einer Viertelstunde wo auch immer machen kann? Er würde dann wiederum an diesem 45- bis 60-minütigen Test evaluiert werden.

Harald A. Euler: Ja, genau. Aber diese Idee war unausgegoren.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Dabei müsste man auch diese prognostischen Faktoren in so ein Screeningverfahren einbeziehen. Man müsste tatsächlich einige wenige Fragentests finden, die diese Kinder zuverlässig identifizieren, und trennen, ob sie vorübergehend auffällig sind oder ob es sich tatsächlich um eine manifeste behandlungsbedürftige Störung handelt. Das ist kritisch. Dieser prognostische Faktor müsste in solche Fragen einbezogen werden. Solange das nicht geht, ist fraglich, ob wir das mit drei oder vier Testverfahren hinbekommen oder ob wir die eine oder andere Beobachtungsgröße, Anamnese oder Spontansprachprobe dazunehmen müssen.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Frau Neumann, Sie hatten sich gemeldet.

Katrin Neumann: In unsere Vorstellungen über das zu entwickelnde Referenzverfahren, die schon sehr klar sind, kommt so eine prognostische Komponente hinein. Wir schlagen vor, dass der Test die Untertests Sprachverstehen, Sprachverständnis, Wortschatz, Grammatik, Aussprache, Pragmatik und phonologische Bewusstheit bzw. phonologisches Arbeitsgedächtnis, also zum Beispiel das Nachsprechen von Kunstwörtern oder von Sätzen, enthält. Das hat sich als gutes prognostisches Maß für den Schriftspracherwerb erwiesen. Das ist bereits nachgewiesen, sodass eine prognostische Komponente enthalten sein wird.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Herr Kulig.

Michael Kulig: Ich möchte zu Ihrer Aussage nachfragen, Herr Euler, die Sie vorhin gemacht haben, dass bei einer Beurteilung eigentlich immer klinische intuitive Information einfließe. Sie haben aber gefordert, aus verschiedenen Tests oder Fragestellungen einen standardisierten und operationalisierten Test zu entwickeln. Fließt das immer noch dabei ein? Das ist ein bisschen widersprüchlich zu dem, was Sie jetzt sagen. Haben Sie trotzdem noch so viel Vertrauen bei der Entwicklung, dass Sie sagen: Okay, wir können das so standardisieren und operationalisieren, dass das mit Blick auf die Testbatterie oder die Antwortfragen genügt? Oder ist trotzdem noch intuitive klinische Expertise vonnöten?

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Euler.

Harald A. Euler: Das letzte Wort hat sowieso immer der Mensch. Ich kann mir nicht vorstellen, dass eine Logopädin oder ein Arzt der Beurteilung blind vertraut. Wir müssen auch sehen, dass so ein Testverfahren – sei es ein Screening, sei es ein Diagnostest – nicht alle

Konstellationen und alle Komorbiditäten erfassen kann, die dabei von Bedeutung sein könnten.

Ein Kind hat vielleicht ein Krankheitsbild, das überhaupt nicht erfasst ist und gar nicht in einen Algorithmus hineingeschrieben werden kann. Wenn feststeht, was es hat, muss derjenige, der das Testergebnis „auffällig“ bekommt, sagen können: Das ist auffällig aufgrund der sonstigen Probleme, die das Kind hat. Aber erst einmal soll ein Ergebnis durch den Computer herausgegeben werden, das natürlich begründet revidiert werden kann.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Herr Kulig, Sie haben eine Nachfrage dazu?

Michael Kulig: Ja, ich möchte zur Praktikabilität nachfragen. Wenn der Screeningtest breit angewandt wird – das sind nicht nur ein paar Expertinnen und Experten –, stellt sich die Frage, wie gut sie geschult sind. Je breiter sie geschult sind, desto mehr kann so etwas wie subjektive Beurteilung einfließen. Wie reliabel sind Ergebnisse, die vielleicht in einer Screeningstudie entstehen? Wie viel muss man bei einer weiteren Evaluierung berücksichtigen?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Dazu möchte ich zwei Aspekte anmerken:

Erstens: Dieses Screening ist schon eingeführt bzw. wird in Hessen eingeführt. Es wird in großer Breite angewendet, nachdem Erzieherinnen in den Kindertageseinrichtungen nach einem bestimmten Algorithmus geschult worden sind. Wir begleiten das fortlaufend. Sie haben ein ganz klares Auswertungsschema. Jedes Mal wird von einem Sprachexperten überprüft, wie viele Falschnegative oder wie viele Falschpositive wir damit haben werden.

Zweitens: Wir unterfüttern unsere Auffälligkeitskriterien durch elektrophysiologische Untersuchungen, die wir seit einem Jahr durchführen. Zunächst haben wir sie bei Erwachsenen mit phonologischen Störungen gemacht; jetzt fangen wir bei Kindern an, Stichwort: behaviorale Tests, also psychophysische Tests versus elektrophysiologische Tests – Stichwort: Mismatch-Negativity-Messungen. Das sind ereigniskorrelierte Potenziale. Wenn eine Struktur erworben wurde bzw. im Hirn angekommen ist, sehen wir die entsprechenden evozierten Potenziale, auch wenn sie auf behavioraler Ebene noch nicht vorhanden sind. Das könnte uns einen Hinweis auf Förderbedürftigkeit geben. Wenn es weder in der behavioralen noch in der elektrophysiologischen Antwort liegt, könnte das einen Hinweis auf wirklich tief greifende strukturelle Störungen geben.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Lange.

Stefan Lange: Ich gestehe, dass ich ein bisschen irritiert bin. Denn Sie haben gerade gesagt, in Hessen sei bereits ein Screening eingeführt worden. Wie ich die Diskussion gerade verstehe, feilen Sie noch an den Grundbedingungen. Eine ganz wesentliche Grundbedingung

ist die Frage nach einer effektiven Therapie. Wir haben gefragt, wie man einen Referenzstandard konstruieren kann und wie er definiert ist.

Aus meiner Sicht ist die einfachste Definition: Das ist ein zuverlässiges Verfahren, das Menschen identifiziert, die von einer Therapie profitieren. Umgekehrt gibt es die restlichen Personen, bei denen man relativ sicher ist, dass sie von der Therapie nicht profitieren. Nur dann ist die Differenzierung sinnvoll. Wenn man keine Therapie hat, wird man unnötig behandelt, und umgekehrt: Wenn alle von der Therapie profitieren, würde man Menschen eine sinnvolle Therapie vorenthalten, was auch nicht so schön ist.

Herr Prof. Euler hatte eben gesagt, das sei „unbenommen der Frage“. Sie hatten den Nutzen eines Screenings im Hinblick auf Sensitivität und Spezifität angesprochen. Wir sind ein bisschen zurückhaltender und sagen, dass das eher ein Surrogat ist. Der Nutzen muss sich so entfalten, dass hinterher patientenrelevante Outcomes verbessert werden. Beide Grundbedingungen sind noch nicht so klar. Trotzdem haben Sie bereits ein Screening eingeführt. Wie kann das funktionieren?

Harald A. Euler: Nicht wir!

Stefan Lange: Ich hatte das so verstanden. – In Hessen ist ein Screening eingeführt worden – von wem auch immer.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Ich gebe Ihnen völlig recht, Herr Lange: Hätte man uns aussuchen lassen, wie wir so etwas entwickeln, wären wir so vorgegangen, wie Sie es gesagt haben. Die Politik hat uns aber überholt. Sie wissen: Seit den Pisa-Studien äußert man sich breit dazu; die Politik gibt Gelder, um solche Projekte aufzulegen. Ich bin die wissenschaftliche Projektleiterin für Hessen geworden. Weil es mit dem Hörscreening funktioniert hat, hat man gedacht, das werde mit dem Sprachstandsscreening auch funktionieren, obwohl es unvergleichlich viel schwieriger ist. Aber die Realität ist, dass irgendwie irgendwer therapiert wird und dass die ganze Zeit diagnostische Entscheidungen getroffen sowie Therapien von den Krankenkassen bezahlt werden. Wir versuchen, ein Feld von zwei Seiten aufzurollen, um einen Optimierungsprozess hinzubekommen: von unten – Grassroot – und vom top-down-politischen Modell. Ich denke, wir kommen auch auf Förderung und auf Therapieeffizienz, aber erst einmal müssen wir das Assessment klarkommen.

Für uns war es eine Chance, dass uns Vorgaben gemacht wurden, dieses Screening einzuführen und Daten zu erheben, um diese Studie zu machen.

Moderator Peter T. Sawicki: Für eine Nachfrage dazu hat Stefan Lange das Wort.

Stefan Lange: Ich möchte nachfragen, weil ich glaube, dass man das trennen muss. Ich habe es folgendermaßen verstanden: Pisa ist eine Frage der Pädagogik. Aber Pädagogik ist keine

Leistung der GKV. Wir sprechen bewusst davon abgegrenzt von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, was tatsächlich GKV-Gegenstand werden kann.

Aber es ist nicht unkritisch, beides zu vermengen. Ich verstehe, wie Sie das skizziert haben, den Druck vonseiten der Politik. Daran schließen sich weitere Fragen an, wie das zum Beispiel mit Migrantinnen und Migranten ist. Das ist auch nicht unkritisch.

Moderator Peter T. Sawicki: Möchten Sie noch etwas zum Referenzstandard anmerken? – Bitte, Frau Am Zehnhoff-Dinnesen.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Ich möchte auf die elektrophysiologischen Untersuchungen verweisen, auf die ich hingewiesen hatte, damit Sie keinen ganz nebulösen Eindruck von physiologischer oder pathologischer Sprachentwicklung bekommen. Man kann diese Prozesse inzwischen mit diesen Methoden schon sehr früh objektivieren. Schon bei Säuglingen kann man pathologische Abläufe sehen. Man kann damit auch, wenn Kinder therapiert werden, dokumentieren, ob Therapieerfolge stattfinden. Das wäre eine Möglichkeit eines Referenzstandards. Es wird Sie vielleicht ein bisschen erstaunen, bei den Kindern ein EEG zu machen; dagegen wehrt man sich erst einmal. Das könnte unangenehm sein. Wir machen in Münster zusammen mit Prof. Pantev solche Untersuchungen. Das ist bei Kindern durchaus durchführbar. Man kann Therapieeffektivitätsstudien und -kohorten durchaus im Kindesalter durchführen.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Herr Kulig, ich wollte auf Ihre Frage bezüglich des intuitiven Urteils eingehen. Wenn so ein Screening durchgeführt wird, muss ein Kind, das darin auffällig wird, auf jeden Fall einer ausführlichen Diagnostik zugeführt werden, um eine Diagnose zu erhärten oder zu falsifizieren. Deshalb sind die Werte, die bei so einem Screening herauskommen, rein algorithmisch und rechnerisch ein Kriterium, um zu entscheiden, ob das Kind einer ausführlichen Diagnostik zugeführt werden muss oder nicht. Ein anderes Kriterium ist ganz sicher nicht nur ein intuitives Expertenurteil, sondern – noch schlimmer – ein Laienurteil, nämlich die Sorge einer nahestehenden Bezugsperson, meist der Mutter oder der Erzieherin. Sie sind zunächst einmal mindestens genauso ernst zu nehmen, solange es um die Frage geht, ob ein Kind ausführlich untersucht werden muss oder nicht. Sie sind genauso ausschlaggebend wie ein Punktwert in einem Screeningverfahren. Das sagt mir die klinische Erfahrung.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Kulig.

Michael Kulig: Ich möchte darauf erwidern, dass ich verstehe, was Sie sagen. Mir ging es aber um die Bewertung von einem Screeningtest und darum, wie man ihn misst und wie man in der Anwendungspraxis mit anderen Auswertern eine Verfälschung hineinbekommen

könnte. Man hat Testgütekriterien und denkt, der Screeningtest sei gut. Aber vielleicht sieht es in einem anderen Sample anders aus.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Ich beziehe mich auf Studien, die in anderen Bereichen zeigen, dass Laienrater unter Umständen zu ähnlichen Aussagen wie manche Testverfahren hinsichtlich der Kommunikationsfähigkeit oder Verständlichkeit von Sprachgestörten kommen.

Moderator Peter T. Sawicki: Dazu gibt es eine Nachfrage von Stefan Lange.

Stefan Lange: Frau de Langen-Müller, ich habe es doch nicht richtig verstanden. Ich hatte eben den Eindruck, dass wir gesagt hätten, es solle einen Screeningtest geben, der in einem Screeningsetting wie zum Beispiel im Kindergarten in fünf bis zehn Minuten einfach durchführbar sein sollte. Weiterhin gibt es den Referenzstandard. Da stellt man die Diagnose – so die Vision – mit einem 45-minütigen Test.

Sie haben aber trotzdem noch eine dritte Ebene hineingebracht. Das wäre eher ein Intermediärstandard. Diejenigen, die dabei auffällig sind, müssen noch einmal einer ausführlichen Diagnostik unterzogen werden. – Habe ich das richtig verstanden? War das Ihr Szenario, das Sie gerade geschildert haben?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Ein Screening stellt zunächst einmal nur eine Auffälligkeit fest, die man verifizieren muss. Das ist immer so.

Stefan Lange: Richtig.

Ulrike de Langen-Müller: Wenn ich zum Beispiel mit einem Teststreifen aus der Apotheke meinen Blutzuckerspiegel messe, habe ich das gescreent und muss trotzdem zum Arzt gehen, um zu prüfen, ob ich einen behandlungsbedürftigen Diabetes habe.

Stefan Lange: Richtig.

Ulrike de Langen-Müller: Mehr sollte zunächst einmal ein Screening für Sprachentwicklungsstörungen auch nicht können. Wir haben dieses wunderbare Instrument offensichtlich noch nicht; das zeigt auch Ihr Vorbericht. Es soll zunächst einmal für eine bestimmte Altersgruppe entwickelt werden. Wir haben zum Beispiel noch gar nicht die Dreijährigen angesprochen. Die Frage ist, wann Sie an eine Einführung denken. Soll das jetzt bald passieren oder hat das Zeit, bis wir mit der Forschung hinterher sind?

Moderator Peter T. Sawicki: Ich glaube, das meint Herr Lange nicht.

Ulrike de Langen-Müller: Wenn es bald passieren soll, möchte ich ergänzen, dass dabei ein intuitives Experten- bzw. Laienurteil gültig sein muss.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Lange.

Stefan Lange: Wir müssen aufpassen, dass wir nicht aneinander vorbeireden. Dort ist nicht die Entwicklung eines Screeningtests, wenn ich das richtig verstanden habe, sondern die Entwicklung eines Goldstandards vorgeschlagen worden.

Ich habe Sie folgendermaßen verstanden: Nach diesem Goldstandard müsse mit dem Expertinnenurteil noch ein Supergoldstandard gemacht werden. Wir müssen sehr aufpassen, dass wir alle über das Gleiche sprechen.

Ulrike de Langen-Müller: Okay.

Stefan Lange: Den Screeningtest hat man schon ein bisschen im Blick. Dabei gibt es Kurztests usw. Das ist eben auch machbar. „Screening“ heißt, dass man alle Kinder in den entsprechenden Altersgruppen untersuchen muss. Das muss also schnell und unaufwendig sein.

Moderator Peter T. Sawicki: Ohne Verdacht.

Stefan Lange: Ohne Verdacht, genau. – Ferner gibt es zur Verifikation den zu entwickelnden Referenzstandard, der deutlich aufwendiger ist. Daran müsste sich eigentlich schon die Therapie anschließen. Aber die Frage stellt sich, ob das wirklich so ist. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie sagen, eigentlich müsse sich daran noch das Expertinnenurteil anschließen.

Das könnte man sich auch überlegen; das ist gar kein Problem. Man könnte sich auch so ein dreischrittiges Verfahren vorstellen. Aber ich möchte es richtig verstanden wissen, weil das auch für entsprechende Empfehlungen wichtig ist.

(Simone Wejda und Stephan Schmid betreten den Raum und werden begrüßt.)

Moderator Peter T. Sawicki: Sie wissen, dass diese Erörterung aufgezeichnet wird?

Simone Wejda: Ich habe Herrn Schmid schon informiert und ihm alle Instruktionen gegeben.

Moderator Peter T. Sawicki: Sind Sie damit einverstanden?

Simone Wejda: Ja.

Stephan Schmid: Das ist okay.

Moderator Peter T. Sawicki: Wir sind mitten in der Erörterung und momentan beim Tagesordnungspunkt 2. – Frau Neumann.

Katrin Neumann: Frau de Langen-Müller hat neben dem Screening auch angesprochen, Eltern- und Erzieherurteil in die Kurzbewertung des Kindes eingehen zu lassen. Im KiSS sind ein Eltern- und ein Erzieherfragebogen enthalten, die algorithmisch mit den Ergebnissen des Tests verbunden werden. Insofern ist das gelöst. Wir können nicht sagen, dass wir kein Screening hätten. Wir haben schon einige Screenings. Ich denke auch, das KiSS hat sich als valide erwiesen.

Im Moment haben wir – das verbessert die Validität und auch die augenblickliche Konstruktvalidität – den Untertest „Sätze und Kunstwörter nachsprechen“ eingeführt. Bei einer Simulation mit dem SSV, bei der wir diesen noch in unser Ergebnis eingeführt haben, haben wir eine deutliche Verbesserung der Sensitivität bekommen. Jetzt haben wir eigene Kunstwörter und -sätze eingeführt und validiert. Ich denke daher: Ein Screening haben wir vielleicht; ein Referenztest ist noch zu entwickeln.

Wir haben zwei umfassende Referenztests in Deutschland. Wir haben den HSET, den Heidelberger Sprachentwicklungstest, und den PET, den Psycholinguistischen Entwicklungstest. Beides sind umfassende und gute Tests. Sie sind aber mit 40 bis 80 Minuten in der Durchführung sehr lang. Zum Teil sind sie in der Normierung nicht mehr aktuell. Der PET hat den Nachteil, dass er zu stark kognitive Leistungen im Vergleich zu Sprachleistungen testet. Das Ergebnis ist zu stark intelligenzabhängig. Beide haben den Nachteil, dass sie Aussprachestörungen, die eigentlich die hauptsächlichen bzw. die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Störungen im Sprachbereich sind, entweder gar nicht testen – beim Heidelberger Test – oder sie nur unzureichend testen – beim PET.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kiese-Himmel.

Christiane Kiese-Himmel: Mein Beitrag hat sich nahezu erübrigt. Ich wollte Herrn Lange beipflichten. Ich habe es so verstanden, dass KiSS bislang der Katzensgoldstandard ist – ich fand, das war eine sehr hübsche Bezeichnung –, der in einen Goldstandard überführt werden soll.

Für mich stellt sich in erster Linie die Frage nach der prädiktiven Validität. Das heißt: Ist ein Expertenkonsensus überhaupt ein Beweis für prognostische Validität? Im Moment möchte ich mich gar nicht zu sehr beim Referenzstandard aufhalten. Denn die beiden genannten Verfahren werden sicherlich in der Praxis sehr häufig benutzt. Aber der PET kann meiner Meinung nach nicht als Referenzstandard verwendet werden. Aus dem HSET kann ich nur wenige Subtests als Referenz empfehlen.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Kasper.

Jürgen Kasper: Wir hatten diese Verwechslung noch einmal: Nicht KiSS ist der Katzensgoldstandard, sondern KiSS ist der Screeningtest, wenn ich es richtig verstehe. Der Goldstandard oder der entsprechende Referenztest ist das vorhin diskutierte Verfahren der Auswertung und Integration verschiedener Testwerte. Man muss immer dazu denken: Solange wir dabei nicht etwas Valides haben, kann man auch den Screeningtest nicht validieren. Deswegen frage ich mich: Auf welcher Basis können Sie sich sicher sein, dass das KiSS schon gut validiert ist, wenn es auf der anderen Seite noch keinen Referenztest gibt?

Die andere Möglichkeit, das herauszufinden, wäre – man würde sagen, dass es keinen Goldstandard gibt; das ist schwierig –, eine Screeningstudie zu machen. Das kann man in Hessen schon nicht mehr machen. Dort hat man keine Kinder mehr, die nicht mit dem Screening kontaminiert sind. Man könnte keine Kontrollgruppe hinbekommen.

Moderator Peter T. Sawicki: Nicht dass wir jetzt über etwas anderes diskutieren, als auf der Tagesordnung steht. – Frau Neumann, Sie wollten wahrscheinlich auf die Möglichkeit der Studie oder auf die tatsächliche Entwicklung des Referenzstandards antworten? Bitte schön.

Katrin Neumann: Ich möchte etwas zu diesem Referenzverfahren ausführen. Wir haben bislang, wie ich schon gesagt habe, therapiert und diagnostiziert. Unsere bisherigen Referenzverfahren sind mehr oder weniger gute Näherungsverfahren. So haben wir jetzt versucht, diesen Referenzstandard zu optimieren. Wenn wir feststellen, es gäbe keinen Goldstandard, können wir nicht feststellen, es gäbe keinen Standard bzw. es gäbe überhaupt kein Referenzverfahren. Es gibt mehr oder weniger gute Verfahren.

Die Bildung eines Konsens- oder eines Majoritätsurteils von Experten auf Grundlage validierter Tests, wie wir es gemacht haben, ist eine gute Näherung. Wir kommen durch das neu zu entwickelnde Referenzverfahren noch besser heran. Man kann nicht sagen, dass wir keinen Referenztest hätten. In Hessen sind wir übrigens bei der Implementation; wir haben gerade angefangen.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Lange.

Stefan Lange: Da muss ich noch einmal nachfragen, denn damit kommen wir zu des Pudels Kern. Sie sagen, es gäbe einen Referenzstandard. Das kann ich verstehen, denn wenn man die Aussage, es gäbe keinen Referenzstandard – das haben Sie gerade angesprochen –, tatsächlich ernst nimmt, stellt sich die Frage, wer überhaupt therapiert wird. Das ist nicht ganz unkritisch.

Ich schränke das wiederum ein, denn wir haben die besondere Schwierigkeit, dass es um umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache geht und nicht um sekundär verursachte Entwicklungsstörungen, zum Beispiel durch eine Hörstörung, durch eine Intelligenzminderung usw. Das macht vielleicht auch die besondere Schwierigkeit aus. Aber wenn es tatsächlich einen Referenzstandard gibt, verstehe ich nicht, warum Sie ihn nicht genommen haben.

Moderator Peter T. Sawicki: Die Frage richtet sich an Herrn Euler.

Harald A. Euler: Die Frage des Referenzstandards lautet nicht: Gibt es einen oder gibt es keinen? Die Frage ist vielmehr: Womit gibt man sich zufrieden? Man fragt sich normalerweise in meinem Fach der Psychologie: Was ist das externe Validitätskriterium? Dabei muss man immer Kompromisse machen. Wir haben keine Biopsie, mit der man direkt die gestörten Zellen sehen kann. Wir haben so etwas in der Regel nicht.

Das heißt, wir müssen nehmen, was wir haben, um gleichsam mit Triangulation zu einem Urteil zu kommen: Was wir haben, ist soundso viel wert. Wenn wir das mit einem externen Kriterium und vielleicht noch mit einem anderen Kriterium, das schlecht und recht ist, machen, müssen wir in der Zusammenschau zu einem Urteil kommen. Wir müssen mit dieser Ungewissheit und mit dieser Unsicherheit erst einmal leben; ich glaube auch, dass wir damit lange leben müssen.

Moderator Peter T. Sawicki: Sie wären wahrscheinlich überrascht, wie häufig es bei Biopsien eine Ungewissheit gibt.

Harald A. Euler: Ah, ja.

(Heiterkeit)

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Schönweiler.

Rainer Schönweiler: Um das vorzuführen, müssen wir uns überlegen, was wir mit „Referenzstandard“ meinen. Meinen wir einen Referenztest, der vielleicht etwas ausführlicher als der Screeningtest ist – als Untersuchungsset unter Berücksichtigung verschiedenster sprachlicher Ebenen? Oder meinen wir detaillierte Daten zu diesen einzelnen Ebenen? Dabei gibt es sehr wohl Referenztests wie beispielsweise zum Lauterwerb. Es gibt Statistiken, bis zu welchem Alter Kinder Phoneme erwerben und welche Wortklassen und Wortgruppen mit welchem Alter geäußert werden. Das alles sind Testverfahren mit, wenn man sie klinisch einsetzt, einer Untersuchungszeit von 30 Minuten.

Wir müssen überlegen, ob wir als Referenz fordern, dass bei einem klinisch auffälligen Kind im Test alle diese Normwertbezüge hergestellt werden, oder ob wir nur einen Referenztest nehmen, der wiederum nicht voll repräsentativ ist. Das ist gemeint, wenn wir darüber sprechen, ob wir einen Referenztest brauchen. Wir meinen die Zwischenstufe zwischen der Diagnostik und der Therapie, die klinisch anwendbar ist und die man nachschalten kann.

Letztlich gibt es sehr viele Daten zum Spracherwerb für alle sprachlichen Ebenen: zum Wortschatz, zum Satzbau, zur Grammatik, zur morphologischen Regelbildung und zum Phoneminventar. Ganz leer stehen wir nicht da. Unser Problem ist dieser klinisch anwendbare Test, der sich in einer Stunde bis in anderthalb Stunden durchführen lässt.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Lange.

Stefan Lange: Ich habe eine sehr klare Vorstellung davon, was ich unter „Referenzstandard“ verstehe. Ich kann versuchen, das anhand anderer Screeningsituationen zu erläutern. Beim Brustkrebsscreening ist der Screeningtest die Mammografie. Der sogenannte Goldstandard ist die Biopsie; dann steht die Diagnose Brustkrebs. Dann behandelt man.

So würde ich das gern verstanden wissen. Gibt es einen Test oder ein diagnostisches Verfahren – nach dem Motto: Jetzt habe ich die Diagnose „umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“, sodass sich die Handlungsanweisung anschließt, dass im positiven Fall therapiert wird, während im negativen Fall das Kind entweder etwas anderes hat oder gar nicht gestört ist.

Das sollte man unter „Referenzstandard“ oder „Goldstandard“ verstehen. Denn irgendwann kommt diese binäre Entscheidungssituation. Das ist der Punkt, an dem dieser Referenzstandard ansetzen muss.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Am Zehnhoff-Dinnesen.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Ich habe auch das Problem, wie das verstanden werden soll. Man macht ein Sprachscreening. Die Kinder sind auffällig und werden zu einem Fachmann geschickt. Das kann ein Logopäde oder ein Phoniater sein, die ihre Untersuchungen machen. Daraufhin bestätigen sie den Verdacht oder nicht.

Moderator Peter T. Sawicki: Aber wie?

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Es gibt für jede sprachliche linguistische Ebene sehr gute Verfahren; das machen wir im Alltag.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Schönweiler.

Rainer Schönweiler: Darauf möchte ich antworten. Ich darf mich nicht wiederholen, denn ich habe das in meiner Stellungnahme erörtert.

Wir haben es nicht mit einer Diagnose zu tun, die außer dem Differenzierungsgrad vielleicht noch Wachstumsgeschwindigkeit usw. berücksichtigt, wie es bei Tumoren der Fall ist, wobei wenige Dimensionen den Krebs beschreiben.

Das ist leider bei der Sprache anders. Wir haben sehr viele Dimensionen, die die Störung in der Qualität und in der Quantität beschreiben. Das macht diese Sache so komplex, und deswegen lässt sie sich eben nicht mit sehr wenigen Merkmalen und mit einer einzigen Untersuchung, der Histologie, die diese Merkmale beschreibt, darstellen. Es muss eine Entscheidung dazwischen sein, welche dieser sehr vielen qualitativ hochwertigen Tests wir benutzen, um im Einzelfall das Störungsbild zu beschreiben. Das heißt: Soll ich mich eine

Stunde lang mit der Phonologie beschäftigen? Dafür gibt es Tests. Ist der Schwerpunkt die Wortschatzentwicklung? Soll ich den AWST machen? Ist es morphologische Regelbildung, läuft es also auf Dysgrammatismus hinaus?

All diese Untergruppen von Sprachstörungen sind im Screening und der Fragestellung dabei. Das Problem muss gelöst werden. Wir können nicht davor kapitulieren und sagen: Das ist so komplex; das geht nicht. – Wir müssen uns dem stellen und die Weichen so ausrichten, dass sie in ein Gleis münden.

Das geht nicht so schnell wie bei der Histologie und bei bösartigen Tumoren, sondern dabei ist, um es mit der Bahn zu vergleichen, ein Stellwerk notwendig, das Weichen stellt, um das auf das Gleis zu bringen. Das ist unser Problem. In diesem Punkt unterscheidet sich das vom Vorgehen im Falle der Tumore, der klinischen Chemie und anderen.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Lange.

Stefan Lange: Nur zur Klarstellung: Ich wollte gar nicht, dass Sie mir etwas zur Histologie präsentieren; darum geht es nicht. Ich verstehe sehr gut, dass das sehr komplex ist, aber es muss trotzdem operationalisiert werden.

Rainer Schönweiler: Ja.

Stefan Lange: Man muss es aufschreiben und sagen können: So machen wir es. – An diesem Punkt entscheidet sich, ob das Kind behandelt wird oder nicht. Denn sonst ist das wenig sinnvoll. Damit sind wir in der Diskussion, wie man das aufschreibt.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Das Missverständnis vorhin hat mir gezeigt, dass ich nicht mehr so ganz weiß, an welcher Stelle der Diskussion wir sind.

Moderator Peter T. Sawicki: Wir sind völlig abgewichen.

Ulrike de Langen-Müller: Aber ich würde gern Ihre Frage beantworten. Bitte unterbrechen Sie mich, wenn ich nicht Ihre Frage beantworte. Ich weiß nicht, ob wir uns auf den Vorbericht oder auf KiSS beziehen.

Stefan Lange: Auf den Vorbericht.

Ulrike de Langen-Müller: Ihre Frage lautete: Wie machen wir das im Moment? Durch eine Kombination verschiedener Untersuchungsschritte. Im Moment wird an irgendeiner Stelle ein Kind auffällig. Irgendjemand sagt, das Kind entwickle sich nicht so wie seine Altersgenossen. Dann schickt jemand, der diese Beobachtung ernst nimmt, das Kind zu einem Spezialisten,

wie zu einem Kinderarzt, zu einem Phoniater, zu einem Sprachtherapeuten usw. Ich kann für die Sprachtherapeuten sprechen, die dann eine mehrschrittige Untersuchung durchführen.

Wir haben gerade eine Umfrage in unserem Verband durchgeführt, um einen Eindruck zu bekommen, wie das gemacht wird und was Sprachtherapeuten verwenden. Wir haben also genau das getan, wonach Sie fragen. Wir haben insgesamt 250 Rückläufe und sind gerade dabei, die Daten einzugeben. Wir haben erst 90 ausgewertete Datensätze. Aber fast alle sagen, sie machten eine Anamnese. Zwei Drittel führen auf jeden Fall eine Spontansprachprobe durch und werten sie linguistisch aus. Das heißt, sie hören nicht nur einfach hin, sondern machen eine Spontansprachprobe. Dann verteilen sich die Diagnostiken fallspezifisch über sehr viele verschiedene Testverfahren mit Spitzen bei bestimmten Testbatterien. Zum einen wird der SETK, zum anderen die Patholinguistische Diagnostik aus Potsdam von Kauschke und Siegmüller sehr häufig angewendet. Ansonsten werden eine Vielzahl von Untersuchungs- und Testverfahren angewendet, was wir mit Sorge betrachten. Dabei geht es oft darum, schon eine Therapie zu entwickeln. Dabei hat man andere Fragestellungen.

Moderator Peter T. Sawicki: Also gibt es keinen Standard?

Ulrike de Langen-Müller: Nein. – Ich sage: Es gibt den folgenden Standard ...

Moderator Peter T. Sawicki: „Nein“ heißt: Es gibt keinen Standard? Oder gibt es einen?

Ulrike de Langen-Müller: Es gibt keinen Standard, wie Sie ihn möchten.

(Heiterkeit)

Moderator Peter T. Sawicki: Es gibt keinen eindeutigen Standard.

Ulrike de Langen-Müller: Der Standard ist die Anamnese, also das Laienurteil der Mutter oder einer anderen Person. Es gibt eine Spontansprachprobe, also eine linguistische Analyse. Und es gibt ein bis zwei Testverfahren. Bei denen werden in Deutschland bestimmte Tests häufiger als andere verwendet. Der Standard ist also die mehrschrittige Untersuchung.

Moderator Peter T. Sawicki: Das gibt es bei jeder Erkrankung: Anamnese – Verdacht – und hinterher ... Ich verstehe das auch nicht. – Herr Lange.

Stefan Lange: Es geht nicht darum, was wir wollen.

Moderator Peter T. Sawicki: Auf keinen Fall!

Stefan Lange: Das ist völlig uninteressant; das meine ich wirklich ernst. Es geht darum, wie man das machen kann. Man kann natürlich Folgendes aufschreiben: Wir führen ein Screening ein. Dafür nehmen wir einen bestimmten Test. Wenn er auffällig ist, muss dieses auffällige Kind zu einem Experten oder einer Expertin.

Aber wie soll man so etwas evaluieren? Wie soll das so durchgeführt werden, wenn das die entsprechende Vorschrift ist? Es muss doch ein eindeutig standardisiertes Vorgehen geben. Es tut mir leid, den Brustkrebs als Beispiel zu bemühen, aber beim Brustkrebs ist es so einfach; da ist es klar. Wenn eine Mammografie auffällig ist, muss eine Histologie gemacht werden. Wenn sie entsprechend pathologisch ist, wird typischerweise je nach Befund mehr oder weniger eingreifend operiert. Ähnliches haben wir beim Koloskopiescreening oder bei anderen diagnostischen Verfahren oder Screeningverfahren. Man muss doch aufschreiben können, was in welcher Situation gemacht wird, und zwar nicht, weil wir das wollen, sondern damit es wirklich ...

Moderator Peter T. Sawicki: Das ist ein allgemein akzeptiertes Verfahren, das übrigens nicht nur bei Histologien, sondern auch bei ganz komplexen Erkrankungen angewendet wird, die komplexer als Sprachstörungen sind wie zum Beispiel Schizophrenie oder Depressionen. Dabei gibt es eindeutige Vorgehensweisen, wie die Diagnose bestätigt wird. Natürlich schließt das Anamnese, Expertenurteil etc. und trotzdem auch eine Diagnosstellung ein. – Frau Keilmann.

Annerose Keilmann: Wir sollten zwischen dem trennen, was wir im Moment suchen, nämlich ein Referenzkriterium für irgendwelche Tests, die eingeführt werden sollen wie zum Beispiel KiSS, und dem, was in der Wirklichkeit geschieht. Die Wirklichkeit ist geprägt durch wirtschaftliche Bedingungen. Wie lange hat eine Universitätsklinik Zeit, ein Kind zu diagnostizieren? Oder wie viel Zeit hat eine Therapeutin für eine Diagnostik, die 20 Übungseinheiten aufgeschrieben bekommt?

In der klinischen Wirklichkeit ist dieses pragmatische Vorgehen im Moment gerechtfertigt. Es ist unmöglich, jedes Kind, das irgendwann Sprachtherapie bekommt, so umfassend zu diagnostizieren, wie es nötig sein wird, um eine Referenz für ein neu zu entwickelndes Verfahren zu haben. Im Moment wird sich die Expertin das Kind anschauen und informell sagen, wo dieses Kind wahrscheinlich Probleme hat. Sie wird das standardisiert überprüfen. Aber sie wird in der Regel beim Durchschnittskind nicht alle standardisierten Tests bzw. zumindest einen Test für jede linguistische Ebene durchführen können, weil es dafür keine finanzielle Grundlage gibt.

Moderator Peter T. Sawicki: Aber so wie ich es verstanden habe, geht es hierbei nicht um die Abbildung der Wirklichkeit, sondern es geht darum, ob die Einführung eines Screenings sinnvoll ist. Das ist die grundlegende Fragestellung. – Jetzt hat sich Frau de Langen-Müller zu Wort gemeldet.

Ulrike de Langen-Müller: Sie wollten ein Ja oder ein Nein.

Moderator Peter T. Sawicki: Ja!

(Heiterkeit)

Ulrike de Langen-Müller: Ja, es gibt ein Vorgehen, das einzuhalten ist, wenn man zu einer Aussage kommen möchte. Das ist – das wollte ich vorhin auf Ihre Frage sagen – zunächst einmal der Wert in einem Screeningverfahren, das wir suchen; so habe ich den Vorbericht verstanden. Dieser Wert muss eingehen. Es muss aber auch die Beobachtung der Bezugsperson eingehen. Das sind klare Forderungen, die so ein Screening berücksichtigen müsste. Das Screening müsste die Frage an die Mutter bzw. an die Bezugsperson enthalten und dann zu einer ausführlichen Diagnostik führen.

Moderator Peter T. Sawicki: Und wenn die Mutter keine Zeit hat, sich darum zu kümmern: Ist das Kind dann nicht sprachgestört?

Ulrike de Langen-Müller: Ich habe extra andere Bezugspersonen erwähnt. Das sind häufig Erzieherinnen. – Der Weg sollte ernst genommen werden, auch wenn er vielleicht nicht ausreichend sein sollte. Im Moment wird nach einem Screeningverfahren gesucht, das zu einem Wert führt. Es soll möglichst sicher sein, damit es nicht zu viele Falschpositive gibt, wenn diese Kinder in die Diagnostik kommen. Dieses Problem bei einem einfachen Screening sprechen wir an.

Deswegen lauten unser Vorschlag und unsere Ergänzung – so wird es auch gemacht –: Wenn eine Bezugsperson Sorgen äußert, sind sie ernst zu nehmen, bis die Diagnostik gelaufen ist. Sie ist genauso wie ein Messwert zu berücksichtigen.

Moderator Peter T. Sawicki: Das schließt ein Screening nicht aus. – Bei einem Brustkrebscreening kann man auch sagen: Ich habe einen Knoten getastet. Trotzdem wird die Diagnostik durchgeführt.

Ulrike de Langen-Müller: Genau.

Moderator Peter T. Sawicki: Das ist etwas ganz anderes als ein flächendeckendes Brustkrebscreening. Das schließt es ja nicht aus – nicht, dass Sie Angst haben, dadurch würde etwas ausgeschlossen.

Ulrike de Langen-Müller: Okay.

Moderator Peter T. Sawicki: Wir müssen jetzt weitermachen. Fast alles wurde schon gesagt, nur noch nicht von jedem.

(Heiterkeit)

Frau Wejda.

Simone Wejda: Ich möchte auf die Ausgangsfrage des Auftrags vom G-BA zurückkommen. Momentan stehen in den U-Untersuchungsheften Fragen oder Beobachtungen, die nur sehr wenige der tatsächlichen Fragestellungen des Sprachstandes des Kindes abbilden. Wir suchen

nach einem Screening oder einem Verfahren, das wir in die U-Untersuchungen implementieren können, um die auffälligen Kinder zu entdecken und um im zweiten Schritt eine Diagnose erstellen zu können.

Moderator Peter T. Sawicki: Eigentlich nicht. Eigentlich sind wir jetzt beim Referenzstandard.

Simone Wejda: Ich weiß, aber es geht um folgende Frage: Gibt es eine bessere Möglichkeit als das, was wir momentan haben, um die Kinder herauszufiltern? Diese Frage hat der G-BA als Auftrag gestellt. Natürlich ist das mit der Frage verbunden, ob es ein Screening gibt. Deswegen verstehe ich die Diskussion momentan nicht – dabei drehen wir uns im Kreis –, warum wir einen Referenzstandard für KiSS brauchen.

Beim Mammografiescreening, das Sie als Beispiel gebracht haben, war es vorher ähnlich. Vor dem Mammografiescreening gab es auch keinen Referenztest.

Moderator Peter T. Sawicki: Es gab schon immer Biopsien.

Simone Wejda: Ja, natürlich. Aber es gab kein anderes Screeningverfahren, kein anderes diagnostisches System, keinen anderen Referenzstandard als das Mammografiescreening, wie es derzeit besteht. Deswegen möchte ich das vom Mammografiescreening trennen.

Es geht um die Frage, was wir jetzt in den U-Untersuchungen haben. Welches Verfahren gibt es auf dem Markt, das wir implementieren können, um die Kinder erst einmal sauber als sprachauffällig zu erkennen? Wenn Sie heute zu drei Kinderärzten gehen, sagen alle drei etwas Unterschiedliches zum gleichen Kind. Diese Situation muss verändert werden; darum geht es.

Moderator Peter T. Sawicki: Wir müssen vor allen Dingen zurück zu unserer Tagesordnung. Es gibt jetzt ganz viele Wortmeldungen; so werden wir nicht fertig. Es geht um den Referenzstandard. Frau Kreis hat eine klare Frage zu Vorstellungen zur Entwicklung eines Referenzstandards gestellt. Ich möchte darum bitten, dass diejenigen, die sich melden, auf diese Frage eingehen und thematisch dazu Stellung nehmen. Beim Tagesordnungspunkt „Verschiedenes“ gibt es die Möglichkeit, alles zu sagen, was man gerne sagen möchte. – Herr Lange, bitte.

Stefan Lange: Ich möchte auf etwas ganz Wichtiges hinweisen, weil im Augenblick ein sehr großes Missverständnis besteht. Frau Wejda hat die zugrunde liegende Frage des G-BA angesprochen. Die Voraussetzung dafür ist das Wissen, dass ein Screeninginstrument eingesetzt wird. Wir meinen mit „Referenz“ nicht ein konkurrierendes Screeningverfahren.

Simone Wejda: Okay.

Stefan Lange: Wenn wir nach „Referenz“ fragen, interessiert uns, wie man die Diagnose stellen kann, wenn man in einem Screeningverfahren Kinder zunächst als auffällig kennzeichnet. Wie kann man wirklich sicher sein, dass das Kind etwas hat oder nicht?

Moderator Peter T. Sawicki: Darüber sprechen wir gerade.

Simone Wejda: Das habe ich missverstanden.

Stefan Lange: Ja, eben. Das wollte ich klären.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Kulig.

Michael Kulig: Ich möchte nach den Ausführungen von Herrn Lange auch auf die Fragen von Frau Wejda antworten. Es geht nicht nur darum, Kinder besser zu erkennen, sondern letztlich geht es auch um den Nutzen und nicht allein um die Erkennung. Das wollen wir mit dem Auftrag, der etwas breiter als auf die bloße Erkennung angelegt ist.

Die Diskussion zum Referenzstandard ist wichtig. Sie wäre vielleicht etwas weniger wichtig, wenn es eine Screeningstudie gäbe und wenn wir einen Test hätten, um dann zu kategorisieren: ja, auffällig – nein, auffällig. Dann passiert, was Sie erklärt haben: Mit verschiedenen anderen Tests wird das Kind diagnostiziert und bekommt eine Therapie. Wenn man eine saubere, randomisierte Screeningstudie hätte, könnte man sehen: Okay, die sind in der Routineversorgung, wo gemacht wird, was sonst üblich ist, die haben den Test gemacht.

Dann ist es vielleicht etwas weniger wichtig, genau zu wissen, was zwischendurch gemacht wird und was dabei passiert, wenn man hinterher die beiden Outcomes vergleichen kann. Diese Situation haben wir aber nicht. Deswegen ist die Diskussion für einen Referenzstandard nicht unwichtig. Deshalb hat es sich ergeben, das jetzt zu diskutieren.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Auch wir als Entwickler eines Screenings sehen die Frage nach dem Referenzstandard als zentral an. Wir müssen sagen, was es gibt und was wir überhaupt erreichen können.

Im Moment gibt es folgende Situation: Kinder kommen in eine Therapeutenpraxis. Man muss innerhalb von 45 Minuten oder zweimal 45 Minuten eine Diagnostik durchführen. Es gibt die Tests, die wir verwendet haben. Dabei stellt jeder für sich einen ganz guten Referenztest dar – manche sind sehr gut, manche sind weniger gut. Reynell und AWST-R sind ausgezeichnete Tests, um beispielsweise Wortschatz oder Sprachverständnis zu testen. Das sind wirklich gute Referenzverfahren. Aber wenn wir ihre Ergebnisse aggregieren würden, hätten wir zu viele Auffällige. Außerdem sind sie, wenn man sie in Gänze durchführt, zu lang.

Was passiert also tatsächlich? Logopädinnen oder Sprachtherapeutinnen nehmen sich oft Teile daraus, um damit ihr eigenes Screening zusammenzubauen, um so die linguistischen Ebenen abzutesten. Das ergibt einen relativ guten, aber nicht sehr guten Referenzstandard.

Sie dürfen nicht denken, dass ein Experten-, ein Konsens- oder ein Majoritätsurteil schlechte Referenzstandards sind. Für viele komplexe Dinge ist der Mensch das beste Messinstrument. Ich habe nicht die Angst, dass sehr viele falsch Negative bei einer Expertenbewertung herauskommen. Wir müssen das Expertenurteil durch die vorhandenen Tests beschränken.

Im Moment baut man sich eigene Screenings oder Kurzttests, indem man sich Untertests aus den vorhandenen Tests nimmt. Das ist nicht schlecht. Aber die Entwicklung eines von uns vorgeschlagenen Referenzverfahrens wäre besser. Nur, womit bewerten wir das? Dabei denken wir an eine Untersuchung von Kindern mit Videoaufzeichnungen in einer standardisierten Spielsituation, in der sie mit Peers spielen, um sie durch eine größere Menge von Experten erst frei und dann in einem Konsensurteil bewerten zu lassen. Das soll unser Goldstandard für den Referenztest sein. Wir sind fest davon überzeugt, dass wir nicht besser daran herankommen.

Moderator Peter T. Sawicki: In der vergangenen halben Stunde haben wir sehr viele Aspekte angesprochen wie zum Beispiel den Expertenkonsensus. Welche Fragen stehen denn noch offen? – Frau Kreis.

Julia Kreis: Zum Expertenkonsensus ist meiner Meinung nach keine Frage offengeblieben.

Moderator Peter T. Sawicki: Und zum Unterpunkt 2.c, den Sprachentwicklungstests?

Julia Kreis: Frau Kiese-Himmel, ich habe noch eine Frage, die Sie gerade schon kurz angedeutet haben. In Ihrer Stellungnahme hatten Sie darauf hingewiesen, dass es mit den vorliegenden deutschsprachigen Entwicklungstests Probleme gibt, wenn man sie zur Identifikation sprachentwicklungsgestörter Kinder einsetzt. Sie hatten insbesondere darauf hingewiesen, dass die Normen teilweise nicht mehr ausreichen. Können Sie vielleicht kurz erklären, was Sie damit meinen?

Christiane Kiese-Himmel: Es gibt spezifische Sprachentwicklungstests, die also nur auf eine linguistische Dimension wie beispielsweise den Wortschatz oder die Syntax abheben, und umfassendere wie etwa den Heidelberger Sprachentwicklungstest oder den SETK 3-5.

Der Heidelberger Sprachentwicklungstest ist 1991 in zweiter Auflage erschienen, aber schon Ende der 70er-Jahre in erster Auflage. Er verwendet Normen, die im Prinzip nahezu 40 Jahre alt sind. Das kann man wirklich nur noch als inaktuell bezeichnen. Man geht davon aus, dass spätestens alle 10 bis 15 Jahre eine Neueichung vorgenommen werden muss. Das heißt, wir haben unter den allgemeinen Sprachentwicklungstests eigentlich keinen Referenzstandard.

Was den AWST-R betrifft, haben wir beispielsweise einen Referenzstandard für den expressiven Wortschatz, für die Benennungsfähigkeit. Das birgt vielleicht auch einen weiterführenden Gedanken in sich, indem man bei den Referenzen an Vorausläuferfähigkeiten für die Sprachentwicklung denkt wie etwa an das phonologische Arbeitsgedächtnis und an die Benennungsfähigkeit. Dabei handelt es sich um ganz wesentliche Voraussetzungen, um Sprache zu erwerben.

Wenn wir screenen, benutzen wir nur diese beiden Fähigkeiten. Wenn wir diagnostisch untersuchen, nehmen wir verschiedene spezifische Sprachentwicklungstests, weil wir hier zurzeit in der Tat mehr und neuere haben, obwohl manche sicherlich nicht die Qualität eines Testinstruments im teststatistischen Sinne erfüllen. Damit kämen wir aber weiter.

Das ist eigentlich auch das Erfolgsrezept des Screenings aus dem SETK 3-5. Denn für Dreijährige nimmt man das phonologische Arbeitsgedächtnis und die morphologische Regelbildung, für Vier- und Fünfjährige wiederum das phonologische Arbeitsgedächtnis und das Satzgedächtnis. Man benutzt also nur die Gedächtnisfähigkeit. Man weiß, dass das inzwischen das relevanteste Siebkriterium für den primären wie auch den sekundären Spracherwerb ist, was internationale Studien betrifft.

Ich würde also zwei Siebfunktionen nehmen, die sich an die entwicklungsphysiologische Sprachentwicklungsvoraussetzung anlehnen und mit entsprechenden Tests bestimmte Dinge spezifisch weiter untersuchen. Dort gehört ganz klar auch die phoniatisch-pädaudiologische Untersuchung als Referenzstandard hinein, also die Untersuchung, ob ein Kind richtig hören kann. Das ist ein ganz wichtiger Standard.

Letztlich wäre zu den Sprachentwicklungstests überhaupt noch zu sagen, dass die neueren eigentlich eine ganz gute Sensitivität, aber natürlich eine schlechte Spezifität besitzen, weil sie nicht dafür konstruiert worden sind, klinisch auffällige Kinder zu identifizieren.

Moderator Peter T. Sawicki: Ist das damit ausreichend geklärt? Gibt es weitere Nachfragen? – Das ist nicht der Fall. Damit schließe ich Tagesordnungspunkt 2 ab.

**Tagesordnungspunkt 3:
Natürlicher Verlauf**

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kreis.

Julia Kreis: Dazu wollten wir die Patientenvertreter des G-BA befragen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme angemerkt, dass der Bericht keine Darstellung des natürlichen Verlaufs erkennen lasse. Wir wollten nachfragen, ob wir Sie richtig verstanden haben. Denn aus unserer Sicht wird der natürliche Verlauf an mehreren Stellen adressiert. So geht er in die unbehandelten Kontrollgruppen ein, wir beschäftigen uns im Rahmen der Diskussion damit und sagen auch, warum es so schwierig ist, definitive Aussagen zum natürlichen Verlauf zu machen – genauso wie zu den sekundären Folgen, die ein Aspekt des natürlichen Verlaufs sind.

Die Diskussion zum Referenzstandard hat verdeutlicht, wie schwierig die Diagnosestellung am Anfang ist, was die Schwierigkeiten bezüglich der Aussagen zum natürlichen Verlauf nach sich zieht. Sehen Sie vor diesem Hintergrund immer noch offene Fragen?

Moderator Peter T. Sawicki: Es geht also darum, warum es nicht so ausreicht, wie es dargestellt worden ist. – Frau Wejda.

Simone Wejda: Uns interessiert vor allen Dingen der natürliche Verlauf der Sprachentwicklung, welche Meilensteine es also zu welchem Alterszeitpunkt gibt. Denn es stellt sich natürlich die Frage, zu welchen U-Untersuchungen alternativ bessere Fragen gestellt werden können als momentan.

Darüber hinaus geht es auch um die Frage, was mit den Kindern passiert, wenn sie weiterhin sprachauffällig bleiben und sprachentwicklungsverzögert sind. Beides ist uns im Bericht zu wenig dargestellt.

Mit unserem Kritikpunkt an der Rotterdamstudie geht einher, dass uns die Aussage darüber fehlt, an welchen Schulen die Kinder momentan landen.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kreis.

Julia Kreis: Meinen Sie Kinder, die vorher schon eine Therapie wegen ihrer Sprachentwicklungsstörung bekommen haben? Denn dies wäre nicht genau das, was man landläufig unter dem natürlichen Verlauf versteht, bei dem es eigentlich um unbehandelte Kinder geht.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Wejda.

Simone Wejda: Es geht uns um beide Fälle, also um alle Kinder, die als sprachentwicklungsverzögert gelten. Wir haben zum einen Kinder, bei denen eine

Sprachentwicklungsverzögerung diagnostiziert worden ist und die zurzeit in der entsprechenden Sonderschule eingeschult werden. Zum anderen haben wir die Kinder, die zunächst einmal die Regelschule besuchen und dann an die Förderschule überwiesen werden. Es gibt aber auch Kinder, bei denen die Diagnose der Sprachentwicklungsstörung noch gar nicht klar ist. Das fehlt uns ein bisschen im Vergleich zu den Kindern, die keine Auffälligkeiten haben.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Scheibler.

Fülöp Scheibler: Dazu habe ich eine Nachfrage. Was Sie beschreiben, klingt für mich eher nach der Versorgungssituation in Deutschland.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Wejda.

Simone Wejda: Na ja. Es geht natürlich um die Frage, ob wir die Situation für die Kinder verbessern könnten, wenn die Sprachentwicklungsverzögerung mit einem guten Verfahren – ohne jetzt zu sagen: mit einem Screening – früher erkannt würde. Mir geht es darum, ob sie überhaupt nicht in eine Förderschule eingeschult werden müssen, wenn wir sie früher in die Therapie bekommen – mit oder ohne Screening.

Verstehen Sie die Situation: Eltern gehen zum Kinderarzt und besuchen einige U-Untersuchungen nacheinander. Die Fragen, die momentan im gelben Heft stehen, sind nicht zielgenau. Es wird häufig gesagt: Warten Sie ab. – Plötzlich steht die Einschulung bevor, das Kind ist sprachauffällig und kommt in die Förderschule. Wenn wir diese Kinder früher filtern können – ob mit oder ohne Screening; das ist völlig egal –, werden sie der Therapie früher zugeführt. Deshalb ist diese Frage ganz wichtig und hat einen sehr hohen patientenrelevanten Endpunkt, nämlich den patientenrelevanten Nutzen für das Kind. Dabei geht es um die Frage: Welche Schule besuche ich – eine Regelschule oder eine Förderschule?

Moderator Peter T. Sawicki: Wie kann man das denn ohne Screening erreichen? Denn Sie sagten immer: mit oder ohne Screening.

Simone Wejda: Aus unserer Sicht sind die Fragestellungen zur Sprachüberprüfung und zur Erfragung der sprachlichen Entwicklung im gelben Heft im Moment einfach unbefriedigend. Wenn wir kein Screening implementieren können, geht es natürlich darum, welche Fragen im Heft verbessert werden könnten.

Moderator Peter T. Sawicki: Aber das wäre doch ein Screening.

Simone Wejda: Es wäre kein Test. Die Frage ist ja, ob man einen Screeningtest implementiert oder ob man die Fragestellungen im gelben Heft gezielter formuliert und abbildet. Die Meilensteine sind im Bericht einfach nicht so klar, dass wir diese Informationen nutzen können, um das im G-BA entsprechend zu diskutieren.

Moderator Peter T. Sawicki: Stefan Lange.

Stefan Lange: Das betrifft im Prinzip die gesamte Runde. Ich hatte es bisher auch so verstanden, dass wir uns im Bericht bemüht haben darzustellen, dass man das gar nicht so genau sagen kann. Darin liegt das Grundproblem. Wir haben jetzt ungefähr zwei Stunden über einen Referenzstandard gesprochen. Wie ist das überhaupt definiert? Wenn man keine gute Vorstellung von der Definition der Zielerkrankung hat, kann man auch herzlich wenig zum natürlichen Verlauf aussagen.

Selbst wenn es das gäbe, stellte sich noch ein weiteres Problem, das Frau Kreis gerade angesprochen hat: Natürlicher Verlauf beschreibt im strengen Wortsinn eigentlich, was mit einer Person passiert, die an der Zielerkrankung erkrankt ist, wenn man nicht interveniert. Solche Informationen werden Sie heutzutage aus gutem Grund nicht mehr bekommen. Denn in anderen Bereichen hat man in der Vergangenheit Menschen mit einer Diagnose einfach stehen lassen und geschaut, was mit ihnen über die nächsten zehn Jahre passiert. Das ist heftigst kritisiert worden. Solche Informationen wird man in dieser – in Anführungszeichen – sauberen Art und Weise gar nicht identifizieren können.

Wir müssen uns einfach von hinten annähern, indem wir versuchen, die Erkrankung mit all den Schwierigkeiten gut und sauber zu definieren. Dafür sitzen wir unter anderem hier. Nicht umsonst sind in der Literatur berichtete Prävalenzen unglaublich unterschiedlich. Auch das ist ein Zeichen dafür, dass verschiedene Expertinnen und Experten darunter ganz verschiedene Dinge verstehen. Das ist eigentlich der absolut erste Schritt. Wenn man sich darüber klar ist und eine gewisse Einigkeit erzielt hat, kommen die nächsten Schritte.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Wejda.

Simone Wejda: Ich habe eine Frage an die Experten: Kann man denn keine Meilensteine festlegen?

Moderator Peter T. Sawicki: Kommen wir jetzt bitte nicht wieder zurück zu dieser Diskussion.

Simone Wejda: Wir sind später eingestiegen. Wenn Sie sagen, dass wir es im Protokoll nachlesen können, bin ich damit völlig zufrieden.

Moderator Peter T. Sawicki: Nein, Sie bekommen darauf aus dem Protokoll keine Antwort. Wir haben uns bemüht, das einzukreisen. Es ist ganz schwierig.

Simone Wejda: Dann ziehe ich die Frage zurück, wenn Sie sagen, das ist beantwortet.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann bitte. Ich möchte die Diskussion aber nicht erneut führen.

Katrin Neumann: Wir haben in den Leitlinien zu den Sprachentwicklungsstörungen Grenzsteine – so würden wir sagen – publiziert, die wir aus der Datenbasis von Frau Brandt, von Frau Kauschke und anderen zusammentragen konnten. Diese Daten gibt es. Viele Referenztests orientieren sich bei ihren Auffälligkeitskriterien an der ersten oder zweiten Standardabweichung von der Verteilung bezüglich des Erreichens dieser Grenzkriterien.

Moderator Peter T. Sawicki: Stefan Lange.

Stefan Lange: Darf ich an dieser Stelle nachfragen, denn das ist für uns für die Beantwortung dieser Frage sehr essenziell, zumal ich es noch nicht so richtig verstanden habe. Frau Kiese-Himmel sagte gerade, wir haben einen Test, dessen Normwerte 40 Jahre alt sind. So etwas kann man bei einer solchen Entwicklung der Gesellschaft schlecht heranziehen, um heutzutage Aussagen über Meilensteine zu machen. Das finde ich, ehrlich gesagt, schwierig.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kiese-Himmel.

Christiane Kiese-Himmel: Grundsätzlich ist das Meilensteinkonzept, das aus dem vergangenen Jahrhundert stammt und einen Mittelwert plus / minus 1 Standardabweichung festlegt, inzwischen nicht mehr gebräuchlich. Es ist durch das Grenzsteinprinzip ersetzt worden, das davon ausgeht, wie viele Prozent der Kinder einer Altersgruppe eine bestimmte Entwicklungsleistung erbringen. Dann kann man sich auf 90 oder gar 95 % festlegen.

In Deutschland gibt es durch die Übersetzung und Adaptierung der Griffiths-Entwicklungsskalen durch Ingeborg Brandt nur für die ersten zwei Lebensjahre Grenzsteine für die Sprachleistungen. Jenseits des zweiten Lebensjahres haben wir gar keine. Dort gibt es wieder nur die spezifischen Sprachentwicklungstests und zwei schlechte allgemeine Sprachentwicklungstests, nämlich PET und HSET. Die spezifischen Sprachentwicklungstests geben uns, wenn sie normiert sind, natürlich Informationen darüber, was ein Kind können sollte. Insbesondere, wenn sie auch noch ein 95-prozentiges Vertrauensintervall berechnet haben, gewinnen wir dadurch ganz klare Anhaltspunkte.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kreis.

Julia Kreis: Ich habe noch eine Frage zu den Grenzsteinen, die in der neuen DGPP-Leitlinie genannt werden. Ich wüsste gerne genauer, wie sie so, wie sie jetzt beschrieben sind, zustande gekommen sind. Denn ich war mir nicht überall sicher, auf welcher Literatur das basiert.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kiese-Himmel.

Christiane Kiese-Himmel: Ich habe die Literatur dafür herausgesucht. Das war die Referenz, die ich eben schon genannt habe, nämlich Ingeborg Brandt und ihre Übersetzung der Griffiths-Entwicklungsskalen.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Kasper.

Jürgen Kasper: Ich möchte Frau Wejda noch eine kurze Antwort geben. Die Sache mit den Grenz- oder Meilensteinen hätte für den Vorbericht in zweierlei Hinsicht Bedeutung gehabt: Die Grenzsteine informieren die Testentwicklung als theoretische Basis, wie das eben diskutiert worden ist. Nach diesen Tests haben wir gesucht; insofern ist das da berücksichtigt.

Im Hinblick auf die Nutzenbewertung beim Screening ist es hingegen natürlich so, dass verschiedene Fragen zu beantworten sind. Eine lautet, ob die Krankheit überhaupt schlimm genug ist. Darüber besteht kein Zweifel; es ist aber diskutiert worden. Es geht also um die Frage, ob die Krankheit überhaupt behandlungsbedürftig ist. Ist das Leiden groß genug? Ist die Prävalenz in der Bevölkerung groß genug, dass man das machen könnte? Das ist auch mit Ja beantwortet worden. Daran scheitert es nicht. Das war kein strittiger Punkt.

Die Schwierigkeit liegt in der Diagnostik. Deswegen ist es vielleicht nicht so breit diskutiert worden, aber es steht explizit drin, dass die sekundären Folgen der Sprachentwicklungsstörung erheblich sind. Dabei geht es um das, worauf Sie hingewiesen haben, also um die Beschulung und so etwas.

Moderator Peter T. Sawicki: Stefan Lange.

Stefan Lange: Frau Kiese-Himmel, Sie sprachen von Grenz- und Meilensteinen. Den Unterschied habe ich noch nicht richtig verstanden; das müssen wir heute aber vielleicht nicht klären. Sie sagten, Grenzsteine leiteten sich aus Verteilungen ab. Das ist nicht unkritisch: Man impliziert, dass normal ist, was 90 % ausmacht. Daraus folgt, dass pathologisch ist, was den Rest ausmacht.

Wendet man das auf Laborwerte an, wenn Menschen ins Krankenhaus aufgenommen werden, hat man ein gewisses Problem, dass nahezu alle irgendeinen pathologischen Wert aufweisen. Das ist nur ein Hilfskonstrukt, ohne dass man wirklich weiß, ob es ein echtes Problem darstellt, wenn man am Schwanz der Verteilung ist. Ich weiß nicht genau, inwieweit geklärt ist, dass es wirklich krankheitswertig ist.

Beim natürlichen Verlauf geht es zum einen um die Frage, die Herr Kasper berührt hat: Wie häufig ist die Erkrankung? Wir haben festgestellt, dass es sehr unterschiedliche Schätzungen gibt, weil es unterschiedlich definiert ist oder ein unterschiedliches Verständnis gibt.

Bei der Schwere der Folgen wird es auch schwierig, weil eine ganz entscheidende Voraussetzung für ein Screening ist, dass man das Verständnis hat, wie der Verlauf der Erkrankung eigentlich ist, was die Folgen sind und wie man das gegebenenfalls beeinflussen kann. Hier gibt es das Problem, das auch im Bericht angesprochen ist, nämlich Late Talkers, Late Bloomers usw. Ich weiß nicht, ob das noch unter dem Tagesordnungspunkt „Verschiedenes“ auftaucht: Es gibt auch nur einfache Entwicklungsverzögerungen, die sich gegebenenfalls spontan bessern.

All das muss man verstehen können. Dafür muss man es aber definiert haben. Hier beißt sich die Katze also in den Schwanz. Das stellt hier eine besondere Schwierigkeit dar.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Schlesiger.

Claudia Schlesiger: Ich habe noch eine Nachfrage zu den Grenzsteinen. Sie werden nicht nur durch Tests, sondern gerade im Vergleich zur normalen unauffälligen Entwicklung definiert. Es geht also darum, ob eben 95 % einer bestimmten Altersstufe ein gewisses Stadium erreicht haben, wenn ich das richtig verstanden habe.

Für das Deutsche gibt es inzwischen sehr viele Daten – so ist zum Beispiel von Frau Szagun ein neuer Test in Vorbereitung –, ab welchem Alter ein bestimmter Wortschatz zu erwarten ist. Von Frau Kauschke haben wir das in einer ganz exzellenten Untersuchung vorgelegt bekommen. Für den vorsprachlichen Bereich haben wir die Daten zum frühsprachlichen Erwerb von Frau Papousek, von Clahsen die Daten zum Grammatikerwerb und von Frau Fox die Daten zur Artikulation. Das sind empirisch gute Studien zum unauffälligen Verlauf.

Anhand dieser Studien kann man bestimmte Grenz- und Meilensteine bestimmen. Ich finde es sehr wichtig, dass das in den Bericht aufgenommen wird, weil man genau das für das gelbe Heft brauchen könnte. Wir wissen, was 95 % der Kinder in einem bestimmten Alter lexikalisch, grammatisch und phonetisch-phonologisch können. Das können wir für das Deutsche mittlerweile belegen.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Hecking.

Mascha Hecking: Dem stimme ich zu.

Moderator Peter T. Sawicki: Ich sah nur, dass Sie etwas sagen wollten.

Christiane Kiese-Himmel: Das ist völlig richtig. Gerade aus dem Bereich der klinischen Linguisten gibt es relativ viele Studien. Man muss bei diesen Studien feststellen, welche Altersgruppen zu welcher sprachlichen Zieldimension untersucht worden sind und in welchem Alter 90 oder 95 % die jeweilige Entwicklungsleistung erbringen.

Der Knackpunkt ist nur: Handelt es sich dabei um repräsentative Stichproben? Daran habe ich teilweise Zweifel. Das ist aber einfach eine Frage der gründlichen Recherche.

Moderator Peter T. Sawicki: Diese Anregung nehmen wir auf. – Stefan Lange.

Stefan Lange: Wir können die Anregung natürlich aufnehmen.

Moderator Peter T. Sawicki: Wir müssen sie auch aufnehmen.

Stefan Lange: Aber ganz so einfach ist es nicht. Ich habe es trotzdem noch nicht verstanden. Die Frage gerade lautete: Um was für ein Sample handelt es sich überhaupt? 95 % der Kinder

können dieses und jenes. Das sagt noch gar nichts darüber aus, was mit den restlichen 5 % ist. Sie können zwar nicht so viel wie die 95 %, aber sie könnten es im nächsten halben oder ganzen Jahr aufholen. Sie sagen: Nein. – Gibt es denn Untersuchungen, die das zeigen? Sind das die gleichen Untersuchungen, die Sie gerade zitiert haben? Hat man also ein Follow-up gemacht?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Schlesiger.

Claudia Schlesiger: Wenn man die spezifische oder umschriebene Sprachentwicklungsstörung linguistisch beschreibt, ist das asynchrone Profil typisch, dass wir eben Verzögerungen auf der ganzen Linie haben, bestimmte Bereiche aber besonders verzögert sind. Es gibt im angloamerikanischen und im deutschsprachigen Raum schon Studien, die beschreiben, dass es sich nicht einfach nur um eine Verzögerung handelt, sondern sich in bestimmten Bereichen – meistens ist es der grammatische Bereich – so auswirkt, dass es zu einer Stagnation und zu asynchronen und untypischen Profilen kommt.

Stefan Lange: Immer bei diesen 5 % am Schwanz? Das war meine Frage. Ist das sicher pathologisch?

Claudia Schlesiger: Nein. Wenn man das statistisch mit Prozenträngen und Ähnlichem aufbereitet, kann man es nicht für Tausende von Kindern beschreiben. Aber es gibt wirklich viele Einzelfallstudien, die das typische Profil qualitativ beschreiben.

Moderator Peter T. Sawicki: Die Frage von Herrn Lange ist, ob man das benutzen kann, um bei einem bestimmten Kind zu sagen: Es ist pathologisch oder nicht. – Oder ist es eine Beschreibung eines Verlaufs in Gruppen?

Claudia Schlesiger: Es trifft auf die Gruppe der spezifisch oder umschrieben sprachentwicklungsgestörten Kinder zu.

Moderator Peter T. Sawicki: Das verstehe ich. Aber kann man es als diagnostisches Kriterium benutzen, um scharf zwischen krank und gesund zu trennen?

Claudia Schlesiger: So weit wurde das in den klinischen Tests noch nie ...

Moderator Peter T. Sawicki: Okay. – Frau Am Zehnhoff-Dinnesen.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: So wie ich es verstanden habe, soll das Sprachscreening im Alter von 4 Jahren durchgeführt werden.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kreis.

Julia Kreis: Es gibt keine Vorgabe für uns.

(Katrin Neumann und Harald A. Euler: Unseres!)

Das war einfach nur eine Studie, die eingereicht worden ist, zu der wir Nachfragen hatten, die zufälligerweise bei dem Alter ansetzt.

Moderator Peter T. Sawicki: Es handelt sich um einen offenen Auftrag.

Stefan Lange: Die entscheidende Frage ist, ob überhaupt ein Screening eingeführt werden soll.

Moderator Peter T. Sawicki: Falls wir feststellen, dass es nur in einem bestimmten Alter sinnvoll ist, könnte man das zusätzlich beschreiben. – Frau Am Zehnhoff-Dinnesen.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Ich kam nur darauf, weil Sie ansprachen, es könne sich auch alles von alleine gut entwickeln. In dieser Altersstufe wäre das eher nicht zu erwarten. Erst im Alter von 4 Jahren zu untersuchen, ist recht spät, weil wir schon sehr viel darüber wissen, was schon im ersten Lebensjahr passiert und was dort an Vorläuferfunktionen vorhanden sein muss. Das hat man elektrophysiologisch nachweisen können. Daraus kann man wiederum prädiktiv auf Störungen schließen.

Das Zeitfenster von 4 bis 6 Jahren bis zur Einschulung ist schon knapp. Als Kliniker haben wir immer gesagt: Spätestens mit 4 Jahren muss die Therapie beginnen, damit das Kind eine Chance hat, bis zur Einschulung eine einigermaßen normale Sprache zu haben, nicht gehänselt zu werden und nicht direkt Nachteile zu erfahren. Die Kinder haben zudem oft auch Schwierigkeiten beim Schriftspracherwerb. Es hat erhebliche Konsequenzen, wenn sie nicht früh genug erkannt werden.

So, wie ich es verstanden habe, fangen die Sprachtherapien und die logopädischen Therapien in Deutschland im Schnitt erst mit 5 bis 6 Jahren an. Dann hat man natürlich ein sehr knappes Zeitfenster. Dafür sitzen wir eigentlich hier.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kiese-Himmel.

Christiane Kiese-Himmel: Ich wollte auf den Einwand von Frau Schlesiger ergänzen, dass es sich letztlich auf die Frage verkürzt, ob wir uns auf statistische oder auf klinische Signifikanzen beziehen. Denn wenn wir solche Studien groß genug machen und zwei Gruppen haben, bekommen wir beispielsweise immer Signifikanzen zwischen zwei Gruppen in Bezug auf die 95-%-Marken. Wenn wir aber etwas zur Klinik aussagen wollen, müssen wir uns in der Tat nur auf rein qualitative Kriterien konzentrieren. Da könnten uns möglicherweise die gesamten linguistischen Arbeiten schon weiterhelfen.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Herr Schönweiler.

Rainer Schönweiler: Nur ganz kurz zu Herrn Lange: Die hohe Variabilität der Sprachentwicklung beim Kind betrifft überwiegend die Gruppe zwischen 0 und 3 Jahren, beispielsweise beim Wortschatzspurt etwa in einem Alter von 1,5 bis 2 Jahren. Jenseits von

3,5 bis 4 Jahren gibt es diese Selbstheilung selten. Das ist das Problem. Davor stimmt es also: Ja, es wäre ein großes Problem bei einem solchen Screening; danach relativiert sich das aber sehr schnell.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Herr Schmid.

Stephan Schmid: Zu der Anmerkung von Frau Am Zehnhoff-Dinnesen bezüglich des Beginns der Intervention möchte ich sagen, dass in Deutschland heute tatsächlich frühestens im Alter von 4 Jahren interveniert wird.

Das ist sicherlich auch die Grundlage eines allgemeinen Problems in der Gesamtdiskussion, weil dieser Zeitpunkt für den Schuleintritt und für die richtige Laufbahnbildung beziehungsweise Anbahnung eigentlich zu spät ist, wie Frau Wejda eben sagte, da sich relevante Punkte an den Meilensteinen orientieren und damit irgendwann ganz relevante Zeitpunkte überschritten sind. Darüber hinaus ist eine valide Studienlage auf Basis deutscher Daten eben aufgrund dieser späten Interventionen nur schwerlich möglich.

Moderator Peter T. Sawicki: Das ist unbenommen. Es ist ganz klar, dass das sinnvoll wäre; das habe ich verstanden. Aber die Frage lautet eben, ob man Kinder vorher identifizieren kann, die sicher diese Störung haben und von einer Therapie profitieren würden. Ist es sinnvoll, eine solche Siebuntersuchung durchzuführen? Das ist die Frage. Dass es sinnvoll ist, ist klar. Es betrifft mehr die Frage, ob es geht.

Stephan Schmid: Wenn die Meilensteine mit einer gewissen Varianz entsprechend überschritten sind, weiß ich, dass der Zeitpunkt im natürlich positiven Verlauf für eine weiterführende Entwicklung überschritten ist.

Moderator Peter T. Sawicki: Aber woher wissen Sie das? – Herr Lange.

Stefan Lange: Eben, das ist immer das Problem in der Diskussion. Dann kommt der Punkt, an dem gesagt wird: Wir wissen doch, dass dann nichts mehr passiert. – Dann fehlt aber ein bisschen die Unterfütterung mit den entsprechenden Studiendaten. Denn das ist genau das Kennzeichen eines Screenings: Nützt es, dass man alle untersucht, um einige wenige herauszufiltern, die dann von der frühzeitigeren Intervention profitieren? Das ist die ganz entscheidende Fragestellung.

Ich habe gerade zwei Botschaften verstanden: Zum einen geht es bis zum Alter von bis zu 3 Jahren; das ist sehr variabel. Das heißt, wenn man solche Reihenuntersuchungen implementierte, würde man eine relativ hohe Rate an Falschpositiven bekommen. Dann stellt sich – wie immer beim Kinderscreening – sofort die nächste Frage: Schadet man Kindern damit eventuell auch?

Zum anderen ist es dann schon fast wieder zu spät, weil es sich in diesem Alter schon manifestiert hat. Gerade dafür brauchte man relativ substanziierte ... Das ist auch unser Bestreben in diesem Bericht gewesen. Denn es hat ja zwei Komponenten:

Erstens: Man kann es überhaupt behandeln. Es könnte ja auch sein, dass es eine Störung ist, die einfach nicht gut oder gar nicht behandelbar ist. Vielleicht kann man auf bestimmten Ebenen ein bisschen erreichen, sodass ein paar Wörter mehr gesprochen werden können oder es zu einer etwas besseren Grammatik kommt. Bitte verstehen Sie mich dabei nicht falsch: Ich meine das ein bisschen übertrieben, denn ich bin völliger Laie. An der grundsätzlichen Problematik ändert sich aber gar nichts, weil das Kind trotzdem eine besondere Art der Schule besuchen muss oder bestimmte Schulabschlüsse nicht schafft, auch wenn es besonders gefördert wird. In diesem Fall wäre die Therapie nicht nützlich. Das wäre blöd, weil man dann nicht frühzeitig zu diagnostizieren brauchte.

Zweitens: Umgekehrt könnte das Problem bestehen, dass man immer noch eine sehr hohe Spontanheilungsrate hat, sodass man deshalb nicht zu behandeln braucht.

Diese beiden Möglichkeiten existieren. Wir haben versucht, sie im Bericht zu adressieren. Ich muss gestehen, dass wir nicht viel schlauer geworden sind. Aber damit kommen wir wieder an den Kern.

Moderator Peter T. Sawicki: Vor allen Dingen verlassen wir jetzt wieder Tagesordnungspunkt 3 zum „natürlichen Verlauf“. Ich würde diesen Tagesordnungspunkt gerne abschließen. Es geht mir nicht darum, die sehr spannende Diskussion zu unterbinden. Sie passt aber nicht so richtig zu diesem Tagesordnungspunkt, weil vieles gesagt wird, das darüber hinausgeht.

Tagesordnungspunkt 4:**Verschiedenes**

Moderator Peter T. Sawicki: Jetzt gibt es überhaupt keine Themenbindung mehr. Sie können jetzt alles, was Sie schon immer zum Screening sagen wollten, sagen. – Bitte schön, Frau Neumann.

Katrin Neumann: Ich möchte in Bezug auf die verteilungsbedingten 5 % der Auffälligen über die Grenze des Tagesordnungspunktes hinaus auf Herrn Lange eingehen. Sie haben recht: Es wäre natürlich viel besser, ätiologiebegründete Entscheidungskriterien zu finden. Wir wissen um die hohe Heredität von Sprachentwicklungsstörungen.

Wir wissen aber auch, dass nicht alles nur am FOXP2-Gen hängt, sondern dass es sich um ein polygenes Geschehen handelt. Die exogenen Einflussfaktoren, die sich wirklich belegen ließen, sind verschwindend beziehungsweise relativ gering. Wenn wir also über ein genetisches Screening darankämen, wäre es viel schöner, weil wir dann eine gewisse Musterstörung im Spracherwerb wirklich gewissen genetischen Mustern zuordnen könnten. Vielleicht kommen wir dort irgendwann einmal hin; aber solange wir das nicht haben, ist die verteilungsbedingte Entscheidung die beste.

Darin ist natürlich das Problem impliziert, dass einige – nämlich diejenigen, die diese Patternstörung haben – höchstwahrscheinlich schwerer auf eine Therapie ansprechen als andere, die zwar zu den 5 %, nicht aber zu dieser Entität gehören.

Aber auch, wenn eine Therapie nicht zu einer Heilung führt, kommt es doch zu gewissen Verbesserungen, zu einer Besserung des Lebensgefühls und zu Erfolgsstrategien, die man hat, um mit dem Problem umzugehen. Das kenne ich beispielsweise sehr gut vom Stottern im Erwachsenenalter. Deshalb ist eine Therapie nicht ungerechtfertigt.

Moderator Peter T. Sawicki: Man müsste dann halt nur messen, dass die Therapie dazu führt.

Katrin Neumann: Richtig.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau de Langen-Müller.

Ulrike de Langen-Müller: Ich möchte auch auf Ihre Frage eingehen. Eigentlich handelt es sich doch um eine Frage der Methodik und der Evidenzebenen. Lässt man nur eine Evidenz gelten, die wirklich auf RCT-Studien basiert? Nach denen fragen Sie eigentlich, wenn von Grenzsteinen und Einzelfallanalysen berichtet wird. Dann kommt eigentlich immer die einschränkende Frage ...

Stefan Lange: Das ist immer das Gleiche. Wenn Sie sich den Bericht ansehen, stellen Sie fest, dass wir bei der Evidenzstufe ziemlich in den Keller gegangen sind.

Ulrike de Langen-Müller: Genau. Das meine ich.

Stefan Lange: Ich wollte nur darauf hinweisen, weil Sie sagen, wir würden nur nach RCT sehen. Das stimmt aber nicht; wir haben nach allen möglichen Studien gesucht. Aber irgendwann sagt man: Jetzt ist das Ende der Fahnenstange erreicht. Bei vielen Studientypen, die es hier gibt, haben wir interpretatorische Bauchschmerzen. Wir sprechen davon, dass das Verzerrungspotenzial relativ hoch ist oder dass man die Studien einfach nicht gut interpretieren kann. Irgendwann geht es jedoch gar nicht mehr.

Wir haben durchaus Studien einbeziehen wollen, die tatsächlich den Verlauf abbilden, also letztlich Prognosestudien. Aber so, wie ich den Bericht verstanden habe, konnten wir solche Studien gar nicht in entsprechender Güte und Zahl finden. Es gibt möglicherweise kursorische Einzelfälle.

Moderator Peter T. Sawicki: Für das Screening?

Stefan Lange: Nein, für die Frage, wie sich ein Kind entwickelt.

Ulrike de Langen-Müller: Das sind aber die Meilensteine.

Stefan Lange: Ich habe Sie aber gerade so verstanden: Es gibt Einzelfallbeobachtungen ...

Claudia Schlesiger: Das sind aber keine Einzelfälle, sondern Gruppenstudien.

Moderator Peter T. Sawicki: Eigentlich war Frau de Langen-Müller dran. Oder sind Sie fertig?

Stefan Lange: Entschuldigung, ich hatte Sie unterbrochen.

Ulrike de Langen-Müller: Ich denke noch einmal darüber nach und melde mich gleich noch einmal.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Schlesiger, möchten Sie dazu einen direkten Einwurf machen?

Claudia Schlesiger: Es handelt sich um Einzelfallstudien, aber auch um Gruppenstudien mit mehreren Hundert Kindern.

Stefan Lange: Dann habe ich Sie falsch verstanden.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kiese-Himmel.

Christiane Kiese-Himmel: Herr Schönweiler sagte vorhin, dass man die Kinder frühzeitig therapieren müsse, weil beispielsweise der Wortschatzspurt eine ganz wesentliche Entwicklungsmarke sei, die mit 3 oder 3,5 Jahren nicht mehr vollzogen werden könnte. Das

ist zwar richtig; man muss aber sagen, dass der Vokabelspurt kein obligatorisches Element des Entwicklungsprozesses ist, denn nicht alle Kinder machen das durch.

Es ist beides richtig: Wir haben also eine relativ hohe Spontanremission bei sprachentwicklungsauffälligen Kindern, ohne dass sie behandelt werden. Wir haben es aber auch mit dem genauen Gegenteil zu tun, nämlich mit Kindern, die früh auffallen und hartnäckig gestört bleiben.

Eine Entwicklungsprognose im Kleinkind- und Vorschulalter zu erstellen, ist sehr schwierig. Das geben die Entwicklungstests nicht her. Ich muss nochmals für eine Intelligenzuntersuchung plädieren, um den Abstand vom Intelligenzergbnis zum Sprachentwicklungstestergebnis festzustellen.

Darüber hinaus kommt mir in der Diskussion immer zu kurz, dass wir uns nicht auf ein bestimmtes Entwicklungsmodell beziehen. Denn je nach Modell gibt es kritische Entwicklungsperioden, die ein ganz klar begrenztes Zeitfenster mit einem Anfang und einem Ende haben, oder optimale Perioden. Wir müssen uns vielleicht anhand der internationalen Literatur festlegen, was wir für die Sprachentwicklung sehen: Verorten wir sie mehr in Form optimaler oder in Form kritischer Entwicklungsperioden? Ich meine, eher in optimalen, was wiederum diese recht widersprüchlichen Ergebnisse hoher Remission, aber auch hoher Persistenz erklären würde.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Frau Schlesiger.

Claudia Schlesiger: Ich möchte das Stichwort Intelligenz aufgreifen und damit verbinden, dass es für die umschriebene Sprachentwicklungsstörung typisch ist, dass sich die Symptome im Lauf der Zeit ändern. Am Anfang steht der langsame Wortschatzerwerb, dann finden sich Auffälligkeiten bei der Aussprache und bei der Grammatik.

Die Arbeitsgruppe um Schöler hat im Projekt Dysgrammatismus – soweit ich weiß, ist das schon mehr als 10 Jahre her – herausgefunden, dass gerade der Intelligenzquotient bei diesen Kindern schon im Vorschulalter und bei Beginn des Schulalters mit der Zeit sinkt. Wenn man erst mit 6 Jahren eine Diagnostik durchführt, ist der Intelligenzquotient vielleicht schon so weit gesunken, dass man diese spezifische Sprachentwicklungsstörung gar nicht mehr diagnostizieren kann, weil es einfach nicht mehr in die diagnostischen Kriterien passt.

Das ist das Gefährliche an dieser Störung, weshalb sie oft vermutlich gar nicht erkannt wird, weil im Schulalter Lernbeeinträchtigungen viel stärker in den Vordergrund treten. Ich halte es für ein ganz wichtiges Kriterium, dass man das wirklich in dieser Entwicklungsdynamik beobachtet.

Moderator Peter T. Sawicki: Ich habe verstanden, was Sie meinen. – Stefan Lange.

Stefan Lange: Ich möchte nur nachfragen, ob Sie die von Ihnen zitierten Studien mit den mehreren Hundert Kindern auch in Ihrer Stellungnahme genannt haben oder ob Sie sie uns noch nennen können. Denn wir haben sie offensichtlich nicht so leicht gefunden. Das wäre sehr hilfreich.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Neumann.

Katrin Neumann: Ich möchte noch zwei Punkte ansprechen. Den Auftrag des IQWiG, den Nutzen eines Screenings auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache zu bewerten, muss man kritisch aufnehmen. Das geht nicht, sondern nur in Bezug auf Sprachentwicklungsstörungen.

Herr Lange, Sie haben vorhin Begriffe verwendet, wie es häufig geschieht: Sie sprachen von sekundären Sprachentwicklungsstörungen, also Störungen aufgrund einer Hörstörung oder so etwas. Sie müssen aber bedenken, dass diese Sprachentwicklungsstörungen, die Sie als sekundär bezeichnen, auch nur mit einer Komorbidität assoziiert sein können, ohne durch sie verursacht worden zu sein. Denn genau dieselben genetischen Grundlagen für SSES gelten natürlich auch für die anderen. Deshalb sprechen wir in unseren Leitlinien nicht von „eingebettet“ und „sekundär“, sondern von „assoziiert mit Komorbiditäten“, sodass man sagt: Das geht offensichtlich und ist auch sinnvoll.

Darüber hinaus sprachen Sie vorhin PISA und die politisch motivierten Screenings an. Das sind pädagogische Probleme. Ich bin dankbar, dass das Thema aufgekommen ist. Wahrscheinlich hätte sich keiner so sehr um ein medizinisch begründbares Sprachscreening gekümmert, oder man hätte es nicht durchsetzen können, wenn die politische Aufmerksamkeit nicht für das Gesamtproblem entstanden wäre.

Aber zu unseren Selektionsraten müssen wir sagen, dass es kein wirkliches Kriterium für eine pädagogische Auffälligkeit gibt. Es ist einfach ein Ausschlusskriterium: Die Unauffälligen können wir relativ klar bestimmen. Die klinisch Auffälligen können wir mit Einschränkungen bestimmen. Die pädagogisch Auffälligen liegen dazwischen, bei denen Tester oder Experten einfach das Gefühl haben, dass sie nicht von alleine zu einem ungestörten Schriftspracherwerb kommen oder sich später ungestört entwickeln, wenn nicht noch ein Surplus und irgendetwas an Förderung hinzukommt.

Nach unseren Selektionsraten waren ziemlich stabil 11 % bis 12 % der Kinder klinisch auffällig. Das gilt auch für Migrantenkinder verglichen mit deutschsprachigen Kindern. Ungefähr 20 % der deutschsprachigen und knapp 50 % der Migrantenkinder erschienen pädagogisch förderbedürftig. Die Migrantenkinder haben meist einen sukzessiven Bilingualismus, das heißt, sie kommen in den Erwerb der deutschen Sprache erst so richtig hinein, wenn sie mit 3 bis 3,5 Jahren in den Kindergarten gehen. Deshalb ist ein früheres Sprachscreening wenig sinnvoll, wenn wir diese große Gruppe eben auch noch auf Sprachentwicklungsstörungen hin untersuchen wollen.

Moderator Peter T. Sawicki: Ich mache darauf aufmerksam, dass wir ziemlich überziehen. – Herr Scheibler.

Fülöp Scheibler: Ich habe eine grundsätzliche Frage bezüglich der Meilensteine, die ich unbedingt noch klären muss, denn diese Diskussion habe ich überhaupt noch nicht so richtig verstanden. Was würden uns diese Meilensteine bringen? Wenn man sie definiert und Kinder sie in einem gewissen Alter nicht erreichen, müsste ein Handlungsbedarf entstehen.

Im Prinzip könnte man diese Meilensteine also genauso einsetzen wie einen Screeningtest. Dann müsste es für die Meilensteine wiederum diagnostische Studien geben, aus denen sich die diagnostische Güte der Meilensteine ableiten lässt. In diesem Fall hätten wir solche Studien gefunden.

Wenn es solche Studien aber nicht gibt, handelt es sich um eine Grundlagenforschung mit bestimmten Mustern. So, wie ich Sie verstanden habe, hat man ein Profil der verschiedenen sprachlichen Kompetenzen in bestimmten Altersstufen. Wenn sich das Profil verändert, hat man ein quasi pathologisches, ein auffälliges Muster. Diese Kinder kann man dann weiterbeobachten. Es zeigt sich in einigen Fällen in bestimmten Assoziationen, dass zum Beispiel ein Einbruch in einer bestimmten linguistischen Ebene mit späteren Problemen in irgendeiner Form assoziiert ist.

Aber das würde uns noch nicht als Screeningmethode ausreichen. Denn dann würden wir eine Paralleldiskussion eröffnen. Wir können nicht sagen, dass wir auf der einen Seite ganz strenge Kriterien für die diagnostische Güte haben und auf der anderen Seite bei den Meilensteinen vage Vermutungen ausreichen lassen. Wenn wir also die Meilensteine nutzen wollten – sei es als Screeningtest oder auch als Referenzmethode, über die wir lang und breit diskutiert haben –, müssen für dieses Verfahren die gleichen Kriterien der diagnostischen Güte gelten wie für die Tests, die wir heute besprochen haben. Dafür fehlen mir einfach die Studien. Vielleicht gibt es sie; aber uns sind sie nicht bekannt.

Moderator Peter T. Sawicki: Wir bekommen sie zugeschickt, wenn es sie gibt. – Frau Am Zehnhoff-Dinnesen.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Ich habe hier eine Übersichtsarbeit, deren Autor einen koreanischen Namen trägt, nämlich Prathanee et al.

Stefan Lange: Hatten Sie sie in Ihrer Stellungnahme genannt?

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Nein. Ich bin nicht ganz sicher, ob Sie sie erfasst haben, gehe aber davon aus.

Julia Kreis: Ja.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Dort hat man ein umfangreiches Review geschrieben, nach dem es Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung gibt, die zwischendurch spontan Erholungen zeigen. In Langzeitbeobachtungen zeigte sich aber, dass die Kinder nachher doch Schäden aufwiesen, die im schulischen und beruflichen Werdegang ganz erheblich waren. Die Verfasser gehen davon aus, dass mindestens 50 % der Kinder überhaupt keine spontanen Verbesserungen zeigen, sondern die Störung wirklich persistiert.

Wenn wir den genetischen Hintergrund sehen, dass es sich also um genetisch fixierte Erwerbsstörungen handelt, kann man nicht erwarten, dass das von alleine weggeht. Die Kinder brauchen wirklich diese Hilfestellung – je früher, desto besser.

Stefan Lange: Das ist unsere Frage.

Moderator Peter T. Sawicki: Das ist eine Überzeugung.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Ich hatte versucht, aufgrund der funktionellen Bildgebung darzulegen, dass sogar das Gehirn anders strukturiert ist. Die Kinder mit SLI haben keine solche Lateralisierung im Gehirn, keine Spezialisierung auf die linke Hirnhälfte. Wenn sie vom Gehirn Höchstleistungen fordern, muss es spezialisierte Zonen geben. Wenn man diese Störung also nicht früh genug erkennt und therapiert, hat das wirklich organstrukturelle Konsequenzen, die man in der Bildgebung nachweisen kann. Das ist auch noch im Erwachsenenalter so. Die Probleme bestehen auch dann noch, wenn man nichts macht.

Mit den elektrophysiologischen Methoden kann man die Parameter, die Christiane Kiese-Himmel vorhin genannt hat, schon im ersten Lebensjahr nachweisen und sagen: Diese Kinder haben Probleme mit der prosodischen Mustererkennung. Das werden die Kinder sein, die sich so pathologisch entwickeln.

Stefan Lange: Dann könnte man das doch als Screening machen.

Moderator Peter T. Sawicki: Nicht als Screening, sondern als Standard.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Man könnte zumindest Therapieeffektivitätsstudien durchführen, damit man sieht, wie sich das Gehirn in der elektrophysiologischen Messung oder in der funktionellen Bildgebung durch die Therapie normalisiert. Das kann man auch sehr früh machen.

Moderator Peter T. Sawicki: Warum haben Sie das nicht als Referenzstandard genannt?

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Unter dem Kapitel Referenzstandard habe ich auf die elektrophysiologischen Studien hingewiesen und auch in meiner Ausarbeitung als möglichen Referenzstandard empfohlen.

Moderator Peter T. Sawicki: Wenn es so ist, wie Sie sagen – das werden wir prüfen –, wenn man damit eindeutig feststellen kann, wer eine solche Sprachentwicklungsstörung hat und wer nicht, wäre das ja ein Referenzstandard.

Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen: Das hatte ich versucht, in meinen Ausarbeitungen darzulegen.

Moderator Peter T. Sawicki: Jetzt gibt es wieder sehr viele Wortmeldungen. – Frau Hecking.

Mascha Hecking: Ich möchte auch für die Früherkennung plädieren: Je älter die Kinder sind, desto komplexer wird das Störungsbild. Anhand verschiedener Studien aus dem angloamerikanischen Raum können wir diese Meilensteine nachweisen. Weil es sich um eine sehr junge Forschung handelt, muss sie sich noch in Deutschland etablieren. Alle Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung haben eine Late-Talker-Vergangenheit, was wir mit 2 Jahren feststellen können. Diese Perspektive mag vielleicht noch nicht genügend abgesichert sein.

Moderator Peter T. Sawicki: Danke schön. – Herr Schmid.

Stephan Schmid: Meine Meldung bezieht sich auf den Wortbeitrag von Herrn Scheibler zu den Meilensteinen. Es ging um die Frage, was man daran fixieren kann beziehungsweise ob man Projekte wie zum Beispiel KiSS negieren und sagen kann, man macht entweder das eine oder das andere. – Man sieht es in der Kombination.

KiSS war ein Projekt, bei dem Kinder im Alter von 4 bis 4,5 Jahren wissenschaftlich auf ihre Sprachkompetenz hin untersucht worden sind. Auf der anderen Seite gibt es die Meilensteine, die besagen, an welcher Stelle und im welchem Alter welche sprachrelevanten Faktoren im normalen Verlauf erworben werden oder eben auch nicht. Das zusammengenommen kann am Ende dazu führen, dass man auf den passenden Zeitpunkt für ein Screening kommt. Liegt er tatsächlich bei 4 bis 4,5 Jahren oder gegebenenfalls früher?

Vorhin hatten wir gesehen, dass davon zum Beispiel der Verlauf der schulischen Laufbahn ganz wesentlich abhängt und dass eine sprachtherapeutische Intervention eine lange Zeit benötigt, bis sie bei Kindern mit schwerwiegenden Störungen in diesem Bereich überhaupt zum entsprechenden Erfolg führt. Damit lässt sich an den Meilensteinen ablesen, zu welchem Zeitpunkt ein Screening am effektivsten ist, um die patientenrelevanten Endpunkte nach hinten am effektivsten zu unterstützen.

Moderator Peter T. Sawicki: Stefan Lange.

Stefan Lange: Das ist der entscheidende Punkt: Wir haben keine entsprechenden Untersuchungen gefunden. Wir stellen fest, dass die Kinder zumindest teilweise ein echtes Problem haben. Das hängt davon ab, wann man ansetzt. Wenn man früh ansetzt, hat man auch

Falschpositive. Wir haben uns die Interventionsstudien angesehen. Soviel ich weiß, wird dort meistens danach geschaut, ob sich die Zahl bestimmter Wörter, die Grammatik oder die Phonetik verbessert. Die entscheidende Frage nach der Effektivität, ob das wirklich zu den dramatisch besseren Schulleistungen führt oder soziale Auswirkungen hat, ist noch gar nicht beantwortet; das wissen wir doch gar nicht.

Moderator Peter T. Sawicki: Herr Schmid.

Stephan Schmid: Sie können es heute nicht in irgendeiner Art und Weise an Studien festmachen, weil zumindest in Deutschland der Zeitpunkt für logopädische oder sprachtherapeutische Interventionen in der kindlichen Entwicklung und in der Entwicklung des Spracherwerbs so weit hinten liegt. Kinder werden heute im Regelfall frühestens mit 4 Jahren in eine sprachtherapeutische Behandlung überführt, teilweise sogar noch erheblich später.

Es ist zwar eine reine Subgruppe, aber Kinder mit Deletionssyndrom 22q11 haben zu 100 % eine expressive Sprachstörung. Wir führen die Kinder seit über drei Jahren massiv frühzeitig im zweiten Lebensjahr – teilweise sogar früher – in eine gezielte sprachtherapeutische Behandlung und Interventionen. Wir stellen in der klinischen Überprüfung fest – dabei handelt es sich um klinische Ergebnisse, die in keinen Studien stehen –, dass sich die Kinder in allen nachfolgenden Faktoren wie Sozialverhalten und schulischer Kompetenz deutlich besser entwickeln als Kinder, die Jahre zuvor mit der gleichen Diagnose zur Welt gekommen sind, aber nicht entsprechend behandelt wurden. Es entsteht ein klarer, klinisch sichtbarer Effekt einer frühzeitigen sprachtherapeutischen Intervention.

Stefan Lange: Ist das publiziert?

Stephan Schmid: Ich sagte ja, es sind keine wissenschaftlichen Arbeiten, sondern klinisches Wissen.

Stefan Lange: Schade.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kiese-Himmel.

Christiane Kiese-Himmel: Es stellt sich immer die Frage nach der Validität des klinischen Urteils und des klinischen Wissens. Wir könnten das, was Sie berichten, allenfalls als Prescreening verwenden und aufgrund dieser Erfahrungen ein Screening konstruieren, das wir wieder validieren müssten.

Moderator Peter T. Sawicki: Aber man kann es natürlich auch retrospektiv beschreiben. Klinisches Wissen ist ja kein Widerspruch zur Studie; das wird jetzt so nebeneinandergestellt. Denn eine Studie ist ja klinisches Wissen, das nur eben strukturiert erhoben wird, indem man nicht nur die Kinder sieht, die wiederkommen, weil sie mit der Therapie so zufrieden sind.

Ärzte oder vielleicht auch Therapeuten insgesamt neigen zu einer Fehlwahrnehmung, weil nur diejenigen wiederkommen, die gut behandelt worden sind. Deswegen denkt jeder von sich: Ich bin der beste Arzt. Das bestätigen die Patienten einem ja immer. – Es gibt also eine immanente Fehlwahrnehmung der eigenen Effektivität. Daher soll man die Erhebung strukturiert durchführen.

Ich würde diese Diskussion jetzt sehr gerne zum Ende führen, auch wenn sie noch so interessant ist. Gibt es konkret zu dieser Fragestellung, ob man den Nutzen der Früherkennungsuntersuchung durch objektive Daten positiv oder negativ beschreiben kann, noch Wortmeldungen? – Frau Wejda.

Simone Wejda: Meine Wortmeldung bezieht sich nicht genau auf diesen Punkt, sondern betrifft eine andere Frage. Wie kam es dazu, dass die Rotterdamstudie eingeschlossen worden ist, die wirklich nicht auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist?

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kreis.

Julia Kreis: Wir hatten die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien schon bei der Erörterung zum Berichtsplan diskutiert. Beim Teilziel 2 „Bewertung diagnostischer Verfahren“ kann es nur sinnvoll sein, deutschsprachige Studien heranzuziehen, weil es darum geht, ein Instrument zu identifizieren, das man später auch verwenden kann.

Für die anderen beiden Teilziele haben wir uns dafür entschieden, auch internationale Literatur heranzuziehen. Dabei müssen wir schon sicherstellen, dass der Sprachraum ähnlich ist. Deswegen haben wir uns bei den Teilzielen 1 und 3 auf Studien aus dem indogermanischen Sprachraum beschränkt. Sonst wäre bei den Therapiestudien nur eine Studie eingeschlossen worden. Das sage ich, um klarzustellen, dass sich die Frage nach der Übertragbarkeit auch für die Therapiestudien stellen könnte.

Wir haben uns die Rotterdamstudie also für das Teilziel 1 angesehen, weil sie eben die einzige vergleichende Screeningstudie war, die wir identifizieren konnten. Dazu muss man aber auch sagen, dass wir hier zum Ergebnis gekommen sind, dass die dort erhobenen patientenrelevanten Endpunkte der Studie – also zum Beispiel die Leistung in der Schule – nicht separat für die Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen ausgewiesen wurden.

Deswegen haben wir uns dafür entschieden, diese Studie darzustellen und zu beschreiben, weil sie auf diesem Gebiet alleine steht. Wir haben aber auch deutlich gesagt, dass wir daraus keine Ableitung für die Kinder mit umschriebener Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache vornehmen können. Daher wird die Frage, inwieweit das alles 1:1 auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar ist, relativiert und rückt in den Hintergrund.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Wejda.

Simone Wejda: Aber wenn Sie diese Studie auf dieser Evidenzstufe nicht gefunden hätten, hätten Sie eine Stufe nach unten gehen müssen.

Moderator Peter T. Sawicki: Frau Kreis.

Julia Kreis: Das haben wir auch so gemacht.

Moderator Peter T. Sawicki: Stefan Lange.

Stefan Lange: Das habe ich eben versucht anzudeuten. Da es überhaupt nur eine solche Studie gibt, sind wir ja schon bei der Evidenz heruntergegangen, indem wir versucht haben, daraus indirekte Schlüsse beispielsweise über Interventionsstudien zu ziehen. Das gilt auch für die Tatsache, dass wir versuchen, mit den Diagnosestudien die Screeningkette zu schließen. Wir bewegen uns auf einem Evidenzlevel, das weit unter der Evidenzstufe 1 liegt, die man klassischerweise heranzieht, wenn man sich Fragestellungen zur Effektivität von Therapien nähert.

Ich muss gestehen, ich bin ein bisschen erstaunt über Ihre Frage, denn sonst wird uns immer vorgeworfen, wir würden zu wenige Studien einschließen. Wenn wir – wie jetzt – welche einschließen, ist das auch falsch. Langsam weiß ich auch nicht mehr, wie man es machen soll.

Moderator Peter T. Sawicki: So, wie wir es machen.

Stefan Lange: Das verwirrt etwas.

Ich habe Ihre Stellungnahme gelesen und glaube, man darf nicht den falschen Schluss ziehen: Wir bewerten diese Studie unter anderem aus den Gründen, die Frau Kreis gerade genannt hat, kritisch, weil sie unsere spezifische Fragestellung leider nicht berührt. Das ist schwierig; darüber haben wir auch schon beim Berichtsplan diskutiert. So lautet aber nun einmal der Auftrag vom G-BA. Sie hat auch noch etwas andere Probleme.

Aber nicht nur deshalb, weil sie schwierig zu interpretieren und die Ergebnisse nicht überragend sind, behaupten wir nicht, es gäbe keinen Nutzen. Er ist für uns aufgrund dieser Studie allerdings nicht nachgewiesen. Das ist zwar ein sehr feiner, in seinen Auswirkungen aber ganz erheblicher Unterschied. So viel möchte ich nur zur Erläuterung sagen.

Moderator Peter T. Sawicki: Vielen Dank. – Wir haben einige Aspekte, die vor allen Dingen für uns von großer Bedeutung waren, diskutiert. Ich möchte mich ganz ausdrücklich dafür bedanken, dass Sie hierhergekommen sind und das so ausführlich gemacht haben.

Ich glaube, dass auch Sie alles sagen konnten, was Sie sagen wollten. Ich danke Ihnen ebenfalls dafür, dass Sie sich mit unserem Vorbericht so detailliert auseinandergesetzt haben, was sicherlich sehr hilfreich ist. – Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

(Beifall)

Anhang: Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A 1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A 1.1 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V., Sektion Klinische Psychologie	A 2
A 1.2 Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.	A 6
A 1.3 Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.	A 10
A 1.4 Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.	A 14
A 1.5 Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.	A 17
A 1.6 Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e. V.	A 24
A 1.7 Gemeinsamer Bundesausschuss, Patientenvertreter AG Kinder	A 28
A 1.8 Projekt „Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung für Vier- bis Viereinhalbjährige in Hessen“ (1) / Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universität Frankfurt am Main (2) / AG Kindersprache der DGPP (3)	A 35
A 1.9 Technische Universität Dortmund (1) / Philipps-Universität Marburg, Klinische Linguistik (2) / Staatsinstitut für Frühpädagogik (3)	A 39
A 2 Stellungnahmen von Privatpersonen.....	A 48

A 1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A 1.1 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V., Sektion Klinische Psychologie

Autoren:

Kiese-Himmel, Christiane, Prof. Dr.

Adresse:

Prof. Dr. Christiane Kiese-Himmel
HNO-Klinik, Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

Universitätsmedizin Göttingen, 37099 Göttingen
Phoniatry / Pädaudiologie: Psychologie (Leiterin: Prof. Dr. C. Kiese-Himmel)

Zentrum Augenheilkunde und HNO-Heilkunde
Klinik für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde
Direktor: Prof. Dr. med. Ch. Matthias

An das
Institut für Qualität und
Prof. Dr. med. P.T. Sawicki
Dillenburgerstr. 27

51105 KÖLN

EINGEGANGEN
02. Dez. 2008

Prof. Dr. rer. nat. Christiane Kiese-Himmel
37099 Göttingen Briefpost
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen Adresse
0551 / 39-22811 Telefon
0551 / 39-22812 Fax
ckiese@med.uni-goettingen.de E-Mail
Prof. Kiese / Ros. Aktenzeichen .
06.11.08 Datum

Stellungnahme zum Vorbericht S 06-01: Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Sehr geehrter Herr Sawicki,

ich beanstande folgende Formulierung im Kap. 1 Hintergrund - Störungsklassifikation (S.2) – des Vorberichts:

„Sowohl F80.1 als auch F80.2 ist oftmals mit phonologischen Störungen verbunden. Treten diese jedoch isoliert auf und sind Sprachproduktion und –rezeption ansonsten unauffällig, spricht man von einer Artikulationsstörung (F80.0)“.

Phonologische Störungen, die isoliert auftreten, sind im ICD-10 (F8) nicht kodiert, doch es handelt sich bei ihnen nicht um reine Artikulationsstörungen. Artikulationsstörungen sind phonetische Störungen (Lautbildungsstörungen). Daneben gibt es phonologische Störungen sowie phonetisch-phonologische Störungen.

Die defizitäre Darstellung von Aussprachestörungen im ICD-10 – missverständlich unter Artikulationsstörung verschlüsselt - sollte im Vorbericht nicht unkritisch übernommen werden.

Des Weiteren sende ich Ihnen Sonderdrucke, die zur Bearbeitung der vorliegenden Thematik für Sie möglicherweise von Interesse sind:

Seite 2 zu Stellungnahme S 06/01

1. Ein Beitrag zur prognostischen Validität des ELANs an sog. normal gesunden Kindern (über einen Zeitraum von 6 Jahren) gewonnen (für Tab. 7 bzw. 8):
Bockmann AK (2008). ELAN – mit Schwung bis ins Grundschulalter: Die Vorhersagekraft des frühen Wortschatzes für spätere Sprachleistungen. Forum Logopädie 22: 20-23
2. Ein Beitrag zur Beurteilung des PETs (für Tab. 28, Anhang D):
Henze KH & Kiese C (1991). Empirische Analysen zur Struktur des Psycholinguistischen Entwicklungstests und zur Apriori-Evaluation der Clusterbarkeit eines Datensatzes. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 12: 193-201
3. Eine Überblicksarbeit zur Sprachentwicklungsstörung und ihrer Konsequenzen auf die Entwicklung eines Kindes:
Kiese-Himmel C (2008). Entwicklung sprach- und kommunikationsgestörter Kinder, am Beispiel von Late-Talkers sowie Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. In: Enzyklopädie der Psychologie (hrsg. von M. Hasselhorn & R.K. Silbereisen), Bd. 4: Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kindesalters. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 695-730
4. Zum Punkt Langzeitauswirkung von Sprachentwicklungsstörungen möchte ich verweisen auf:
Kiese-Himmel C & Kruse E (1998). A follow-up report of German kindergarten children and preschoolers with expressive developmental language disorders. Logopedics, Phoniatrics, Vocology 23: 69-77
5. und zum Punkt Diagnostik auf:
Glascow FP (1991). Can clinical judgement detect children with speech language problems? Pediatrics 87(3): 317-322.-

Zur Diagnostik von umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache wird im ersten Schritt ein Screening als Kurzverfahren zur Grobeinschätzung „sprachentwicklungsauffällig“ vs. „unauffällig“ eingesetzt, dem im Falle von „auffällig“ eine detaillierte, interdisziplinäre Diagnostik / Differentialdiagnostik (einschl. Entwicklungstestungen) zu folgen hat. Der Entwicklungstest ist aber kein diagnostisches Instrument zur Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit. Entwicklungstests haben i.d.R. nicht den Anspruch, qualitative Abweichungen (Störungen) zu entdecken und die Testaufgaben sind daher auch nicht hierfür legitimiert. Das primäre Anliegen eines Entwicklungstests ist es, entwicklungsbezogene Leistungsdaten zu erheben (aktuelle Statusmessung bestimmter Entwicklungszustände i.S. quantitativer Abweichungen von der Entwicklungsnorm). Die vorliegenden deutschsprachigen *allgemeinen wie auch speziellen Sprachentwicklungstests* wurden nicht zur Identifikation von Sprachentwicklungsstörungen konstruiert, wenngleich sie in der Klinischen

2/4

Seite 3 zu Stellungnahme S 06/01

Entwicklungspsychologie Anwendung finden. Das erklärt Ihr Fazit in der Zusammenfassung 5.2.3 auf S. 49.

Hinzu kommt, dass die Tests für die Entdeckung von Störungen und der daraus abzuleitenden Indikation von Frühförderung über differenziertere Normen verfügen müssten.

Symptome einer SSES sind anhand einer qualitativen Testauswertung zu gewinnen, die selten standardisiert angeboten wird (z. B. lexikalisch-semantic sowie morphologische Defizite durch die qualitative Auswertung des AWST-R [siehe Testmanual S. 72-95; die Seiten könnte ich Ihnen bei Bedarf als Kopie zukommen lassen]).

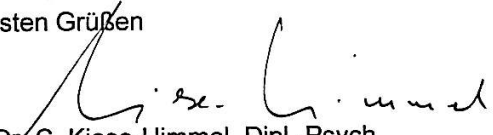
Für Ihre bibliographische Handsuche mache ich noch auf folgende Zeitschriften aufmerksam:

- *Frühförderung Interdisziplinär*,
- die interdisziplinäre Zeitschrift Klinischer Kinderpsychologen: *Kindheit und Entwicklung*,
- *Heilpädagogische Forschung*,

die Themenhefte zur *Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im Säuglingsalter* vorgelegt haben, die einschlägige diagnostische Beiträge enthalten (z. B. *Kindheit und Entwicklung* in 1996: M. Papoušek; *Frühförderung Interdisziplinär* in 2006: Penner et al.).--

Im Literaturverzeichnis des Vorberichts ist unter 57 = Sachse ein Fehler, da die Zweitautorin nicht mit Nachnamen Anke und Initial B heißt, sondern Buschmann, A.

Mit besten Grüßen



Prof. Dr. C. Kiese-Himmel, Dipl.-Psych.
Klinische Psychologin BDP
Psychologische Psychotherapeutin

Anlagen: 5 Zeitschriftenartikel

3/4

A 1.2 Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.

Autoren:

Keilmann, Annerose, Prof. Dr.

Rosenfeld, Jochen, Dr.

Schmitz-Salue, Christine, Dr.

Adresse:

Dr. Christine Schmitz-Salue

Obere Wässere 3–7

72764 Reutlingen

BV PHONIATRIE - PÄDAUDIOLOGIE, OBERE WÄSSERE 3-7, 72764 REUTLINGEN

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Stellungnahme zum Vorbericht S06-01
Prof. Dr. Peter T. Sawicki
Dillenburger Str. 27

51105 Köln

Reutlingen, 1. Dezember 2008

Vorbericht S06-01

Bewertung diagnostischer Verfahren zur Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend möchte ich als Mitglied des Vorstandes des Deutschen Berufsverbandes der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie zu o. g. Vorbericht Stellung nehmen. Mitgewirkt haben an dieser Stellungnahme Frau Prof. Annerose Keilmann, Mainz, und Dr. Jochen Rosenfeld, Berlin.

Ziel einer Diagnosestudie (Diagnostic accuracy study) ist eine Beurteilung, wie gut ein Test erkrankte bzw. gesunde Patienten identifizieren kann. Die Validität eines Tests kann durch Angaben zu Sensitivität und Spezifität (Vierfeldertafel) bestimmt werden. Dazu ist es erforderlich, dass mehrere Fälle mit bekanntem Krankheitsstatus vorliegen, an denen die Güte des diagnostischen Verfahrens überprüft wird.

Bei Durchführung einer solchen Studie wird der Krankheitsstatus in der Regel über einen Referenztest definiert. Dieser Referenztest sollte die bestmögliche Methode sein (Goldstandard), um den Krankheitsstatus zu ermitteln (Bossuyt & Leeflang, 2008).

Bezüglich diagnostischer Verfahren zur Beurteilung umschriebener Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache gibt es weder in Deutschland noch in anderen deutschsprachigen Ländern einen Goldstandard. Vor Bestehen eines Goldstandards als Referenzmethode kann der Krankheitsstatus im Rahmen eines Expertenkonsensus definiert werden (S. 284; Weiß, 2002) unter Vorbehalt aller damit verbundenen Einschränkungen (Records & Tomblin, 1994).

Von Seiten der Phoniatrie und Pädaudiologie gibt es mehrere Ansätze im Rahmen von Diagnosestudien zu umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens bei durch einen Expertenkonsensus festgelegtem Krankheitsstatus die Aussagekraft von deutschsprachigen, normierten, standardisierten Sprachtests hinsichtlich Sensitivität und Spezifität zu überprüfen (Keilmann & Schöler, 2007; Rosenfeld et al., 2005; Rosenfeld et al., 2008).

Beim physiologischen Spracherwerb wie bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen zeigen sich Sprachfortschritte auf den 4 linguistischen Ebenen, (phonetisch-phonologisch, lexikalisch-semantisch, morphologisch-syntaktisch, pragmatisch). Bei Kindern im zweiten Lebensjahr wird die Sprachentwicklung vor allem am wachsenden Wortschatz, in den folgenden Lebensjahren vor allem an der zunehmenden Beherrschung grammatischer Strukturen deutlich. Zudem müssen jeweils rezeptive und produktive Leistungen betrachtet werden. Die umfassende Diagnostik („Goldstandard“) ist also sehr zeitaufwändig und muss für das Alter der zu untersuchenden Kinder definiert werden. Für die angestrebte Frühdiagnostik sind Diagnostika für 2-, 3- oder 4jährige Kinder erforderlich.

Zumindest für das produktive Lexikon liegen für die betrachtete Altersgruppe standardisierte Fragebogen bzw. Tests (ELFRA 2 (Grimm und Doil, 2006), SBE-2-KT (v. Suchodoletz und Sachse, 2008), AWST-R (Kiese-Himmel, 2005)) vor.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christine Schmitz-Salue

Prof. Dr. Annerose Keilmann

Dr. J. Rosenfeld

Literatur

Bossuyt PM, Leeflang MM. Chapter 6: Developing Criteria for Including Studies. In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Diagnostic Test Accuracy Version 0.4 [updated September 2008]. The Cochrane Collaboration, 2008.

Grimm, H. & Doil, H. (2006). *Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA)* (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Keilmann A, Scholer H. Zeitökonomische validierte Diagnostik des Dysgrammatismus HNO. 2007 Mar;55(3):217-24. German.

Kiese-Himmel, C. (2005). *Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder (AWST-R)*. Göttingen: Beltz.

Record N, Tomblin B. Clinical Decision Making: Describing the Decision Rules of Practicing Speech-Language Pathologists. Journal of Speech and Hearing Research, 37, 144-156, 1994.

Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M (2005) Eine Methode zur Phänotypisierung der spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei 4- bis 5jährigen deutschsprachigen Kindern. <http://www.egms.de/en/meetings/dgpp2005/05dgpp048.shtml>

Rosenfeld J, Wohlleben B, Gross M (2008) Diagnostische Genauigkeit des SETK 3-5 zur dichotomen Einschätzung von sprachlichen Leistungen
<http://www.egms.de/en/meetings/dgpp2008/08dgpp45.shtml>

von Suchodoletz, W. & Sachse, S. (2008). SBE-2-KT: Sprachbeurteilung durch Eltern - Kurzttest für die U7. Gelesen unter www.kjp.med.uni-muenchen.de/Forschung/Sprachst?rungen/SBE-2KT.php

Weiß C. Basiswissen Medizinische Statistik. 2. überarb. und erw. Aufl. Springer, 2002.

A 1.3 Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.

Autoren:

de Langen-Müller, Ulrike, Dr.

Adresse:

Dr. Ulrike de Langen-Müller

Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V.

Goethestr. 16

47441 Moers



dbs – Goethestraße 16 – 47441 Moers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
- Stellungnahme zum Vorbericht S06-01 -
Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Bundesgeschäftsstelle
Goethestraße 16
47441 Moers
Fon: 02841/98 89 19
Fax: 02841/ 98 89 14
E-Mail: info@dbs-ev.de
Homepage: www.dbs-ev.de

Moers, 04.12.2008

**Schriftliche Stellungnahme des
Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)
zum Vorbericht
Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen
des Sprechens und der Sprache (UESS)
Auftrag S06-01 vom 6.11.08**

1. Bewertung und Interpretation der im Vorbericht eingeschlossenen Studien

Zusammenhang: Das IQWiG-Papier „Allgemeine Methoden“ (Version 3.0 vom 27.5.08), das die methodische Vorgehensweise bei der Nutzen- und Schadensbewertung medizinischer Interventionen festlegt, definiert u.a. die Anforderungen an einen „Beleg“. Diese legen fest, dass wenn keine Meta-Analyse von Studien mit endpunktbezogen geringer Ergebnisunsicherheit durchführbar ist, mindestens zwei voneinander unabhängig durchgeführte Studien vorliegen sollten, deren Ergebnis nicht durch weitere Studien infrage gestellt wird (Konsistenz der Ergebnisse). Aus Gründen der Replizierbarkeit wissenschaftlicher Ergebnisse muss es sich bei diesen Studien um solche mit exakt identischem Design handeln. Soll aus lediglich einer Studie im Ausnahmefall ein Nutzenbeleg abgeleitet werden, so sind besondere Anforderungen an die interne und externe Validität der Studie zu stellen (vgl. IQWiG: „Allgemeine Methoden“, Version 3.0 vom 27.5.08, S. 37f und CPMP (2001): Points to consider on application with 1. Meta-analyses; 2. One pivotal study. S. 5f London: EMEA)

Bewertung: Für keine der drei Teilfragestellungen des Vorberichtes (Screening, Diagnostik, Therapie) wurde diese Anforderung erfüllt. Gemäß den IQWiG-eigenen Richtlinien erscheint eine Nutzenbewertung allein auf der Basis von Studien der höchsten Evidenzstufe deshalb für die vorliegende Fragestellung nicht richtig.

Begründung: Bei der Nutzenbewertung von Screening-Verfahren (Kap. 5.1 des Vorberichtes) erbrachte die Literaturrecherche zwei relevante Publikationen, die sich jedoch auf dieselbe Studie bezogen, weshalb in die Nutzenbewertung bei der Teilfragestellung „Screening“ lediglich eine einzige Studie eingeschlossen werden konnte (vgl. S.20 des Vorberichtes).

- Die - bei Einschluss nur einer Studie geforderte - externe Validität muss aber in Frage gestellt werden. Die genannte „Rotterdamstudie“ wurde in den Niederlanden durchgeführt, deren Vorschul- und Sprachfördersystem nicht mit

dem in Deutschland vergleichbar ist. Außerdem bezog sich die Studie nicht allein auf die relevante Population (Kinder mit UESS), sondern allgemein auf Kinder mit SES.

In die Nutzenbewertung von Studien zu patientenrelevanten Effekten von Interventionen (Kap. 5.3) konnten zwar 16 (19) Studien eingeschlossen werden. Diese sind jedoch alle aufgrund der Heterogenität der Fragestellungen, der untersuchten Altersgruppen, Störungskonstellationen und Therapiemethoden keinesfalls als identisch im Sinne der Replizierbarkeit der Ergebnisse anzusehen, so dass sie für ihr jeweiliges Forschungsanliegen und -konzept als „one pivotal study“ zu bewerten sind.

- Die - bei Einschluss nur einer Studie geforderte - interne Validität und besondere Qualität der Daten wird für die meisten der hier eingeschlossenen Studien, zumindest hinsichtlich der höchsten Evidenzstufe, vom IQWiG selbst in Frage gestellt.

Hieraus ergibt sich ein grundsätzliches methodisches Problem der Evaluation von Interventionsmethoden im Bereich (U)ESS, wenn nur der Maßstab der höchsten Evidenzstufe angesetzt wird. Auf dieses Problem wird unter 4. noch eingegangen.

2. Benennung von zusätzlichen, im Vorbericht nicht genannten, relevanten Studien

Zusammenhang: Phonologische Fähigkeiten und phonologische Bewusstheit sind Teilbereiche der Sprachfunktion. Sie werden in der Fachliteratur als Vorläufer der schriftsprachlichen Fähigkeiten betrachtet und ihre Störung im Zusammenhang mit Störungen der Schriftsprache im Schulalter gesehen. Auch bei UESS können die phonologischen Fähigkeiten beeinträchtigt sein.

Bewertung: Im Vorbericht nicht berücksichtigt wurde das „Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten“ (BISC) von Jansen, H., Mannheim, G., Marx, H., Skowronek, H., Göttingen: Hogrefe 1999. Hieraus ergibt sich die Frage, ob die Untersuchung der phonologischen Bewusstheit und die Behandlung ihrer Störungen bei der Literaturrecherche ausreichend einbezogen wurden.

Begründung: Die Prävention von Störungen der Schriftsprache muss als patientenrelevanter Endpunkt bei der Nutzenbewertung von Screening-, Diagnostik- und Interventionsverfahren bei UESS berücksichtigt werden.

3. Verweise auf andere qualitativ angemessene Unterlagen, einschließlich einer Begründung für ihre jeweilige fragestellungsbezogene Eignung und Validität

Verweis: Die Einbeziehung von Einzelfallstudien und Leitlinien als Expertenmeinungen erscheint notwendig. Es liegen drei z.T. widersprüchliche AWMF-gelistete Leitlinien zu (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen vor, die derzeit von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Mitwirkung der AWMF zu einer gemeinsamen Leitlinie harmonisiert werden. Die Fertigstellung des ersten Teils „Definitionen, Leitsymptome und diagnostische Leitlinien“ ist für Mitte 2009 geplant (siehe http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_list.htm und <http://forum.dbs-ev.de>).

Begründung: Das Fehlen von Level1-Studien im Bereich UESS ist Wissenschaftlern und Klinikern im Fachbereich schon länger bewusst. Die klinische Erfahrung und die Publikation von Einzelfallstudien zeigen aber, dass Kinder in ihrer sprachlichen Symptomatik bzw. Entwicklung sehr spezifisch auf sprachtherapeutisches Vorgehen reagieren.

4. Anmerkungen zur projektspezifischen Methodik unter jeweiliger Angabe wissenschaftlicher Literatur zur Begründung der Anmerkung

Die Forschungslage zu Screening, Diagnostik und Therapie von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache erscheint im Hinblick auf das Anforderungsprofil des IQWiG desolat. Die sorgfältige Studiensuche und –analyse des IQWiG liefert eine elaborierte Methodenkritik an den vorliegenden Studien und vermutet zudem einen erheblichen Publikationsbias. Der Vorbericht scheint zu Tage zu bringen, was Fachleute nicht anders erwartet hätten – zumindest, was die höchste Stufe wissenschaftlicher Evidenz, die RCT-Studien, betrifft. Hieraus ergeben sich eine Menge hilfreiche Hinweise für die weitere Forschungsarbeit im Themengebiet.

Andererseits machen die unter 1. und 3. genannten Einwände aber deutlich, dass bei Studien zur Untersuchung und Behandlung UESS derart viele Variablen zu berücksichtigen sind, dass die Zusammenstellung ausreichend großer homogener Probanden-, Behandler- und Methodengruppen als Voraussetzung für methodisch einwandfreie und vergleichbare RCT-Studien als ökologisch utopische Zielsetzung erscheint. Eine Nutzenbewertung allein nach Maßstäben der höchsten Evidenzstufe erscheint dem Gegenstand nicht angemessen.

Dem IQWiG kommt eine erhebliche Autorität bei Entscheidungen im Gesundheitswesen zu. Es ist wünschenswert, dass es in seinem Bericht verstärkt auf folgende Punkte hinweist:

- Die Beschränkung des Vorberichtes auf UESS, die keine Rückschlüsse auf allgemeine SES zulassen. Die Gefahr der Generalisierung der Aussagen des Vorberichtes auf Störungsbilder und therapeutische Interventionen, die davon gar nicht erfasst werden, erscheint gegeben.
- Die eingeschränkte Aussagekraft des Vorberichtes. Bislang wurde nur eine eingeschränkte Auswahl therapeutischer Methoden wissenschaftlich evaluiert und diese weisen eine enorme Heterogenität hinsichtlich Methodik, Zielgruppe, Frequenz, Dauer, Behandlungssetting und Behandlerkompetenzen auf.
- Den derzeitigen Konsens der Spracherwerbsforschung hinsichtlich einer biologisch determinierten sensiblen Phase der Sprachentwicklung. Auf die Gefahren der diagnostischen Unschärfe, der „Spontanremission“, der falsch positiven Diagnosen und der Übertherapie im Zusammenhang mit frühen Diagnostik- und Interventionszeitpunkten wird im Bericht hingewiesen. Es gibt aber auch klinisch berechtigten Grund zu der Annahme, dass Kinder v.a. in kritischen Phasen der Sprachentwicklung spezifisch auf sprachtherapeutische Interventionen reagieren (vgl. z.B. Friederici, A./Hahne, A. (2000): Neurokognitive Aspekte der Sprachentwicklung. In: Grimm, H. (Hrsg.): Sprachentwicklung. Göttingen, Hogrefe, 273-310; Kauschke, Chr. (2003): Sprachtherapie bei Kindern zwischen 2 und 4 Jahren. In: de Langen-Müller, U./Iven, C./Maihack, V. (Hrsg.): Früh genug, zu früh, zu spät? Köln, Prolog, 152-175) Deshalb können besorgte Eltern mit ihren sprachbeeinträchtigten Kindern aus wissenschaftlichen wie ethischen Gründen nicht beliebig und willkürlich lange vertröstet werden: In Folge einer falsch negativen Diagnose werden entscheidende Interventionsmöglichkeiten unwiederbringlich versäumt. Eine wait-and-see-Haltung erweist sich also im Laufe der Zeit in vielen Fällen als falsch.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Ulrike de Langen-Müller
Öffentlichkeitsreferentin des dbs

A 1.4 Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.

Autoren:

Bootz, Friedrich, Prof. Dr.

Schade, Götz, Prof. Dr.

Adresse:

Prof. Dr. Friedrich Bootz

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.

Hittorfstr. 7

53129 Bonn

An den
Past-Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für
HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Herrn Prof. Dr. med. F. Bootz
Universitäts-HNO-Klinik Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25

53105 Bonn

Ansprechpartner:
Prof. Dr. med. Götz Schade
Postanschrift: 53105 Bonn
Sitz: Sigmund-Freud-Str. 25
Tel.: 0228/287-11280
Fax: 0228/287-11934
Goetz.Schade@ukb.uni-
bonn.de

www.hno.uniklinik-bonn.de

Bonn, 01.12.2008

**Stellungnahme zum Berichtsplan (S06-01, Vorbericht) des IQWiG zum Thema:
„Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des
Sprechens und der Sprache“**

EINGEGANGEN
02. Dez. 2008

Sehr geehrter Herr Bootz,

das IQWiG kommt nach umfassender Literaturrecherche zu dem Schluss, dass „in Deutschland zur Zeit wesentliche methodische Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachstörungen...fehlen“. Der „potentielle Nutzen und potentielle Schaden eines Screenings“ könne erst nach Schaffung der methodischen Grundlagen geklärt werden.

Das IQWiG weist in seinem Vorbericht darauf hin, dass nach einer Studie von Ritterfeld eine falsch positive Diagnose einer Sprachstörung zu einem gestörten Interaktionsmuster der Eltern und Umgebung zu einem Kind führen können. Dieser Interaktionsstil, der ein rigides und gesteigertes Sprachlehrverhalten der Umwelt gegenüber dem vermeintlich betroffenen Kind aufweise, könne sich per se entwicklungshemmend auswirken.

Auf der anderen Seite weist das IQWiG aber auch darauf hin, dass „in den 16 randomisierten Therapiestudien die überwiegende Anzahl von Vergleichen eine Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber den nicht behandelten Gruppen...“ aufweise.

Das IQWiG geht jedoch nicht auf aktuelle neurobiologische und neurophysiologische Erkenntnisse (z. B. Friederici et al) ein, die – analog zum Zeitfenster der Seh- und Hörbahnreifeung – auf eine spezifische frühkindliche zentrale Entwicklungsphase der neuronalen Verknüpfung im Rahmen der Sprachentwicklung hinweisen. Dies entspricht dem klinischen Eindruck vieler Fachleute, dass eine möglichst frühe Behandlung sprachauffälliger Kinder (möglichst schon vor dem 4. Geburtstag) die sprachliche Kompetenz verbessern kann und damit die Bildungschancen der betroffenen Kinder optimiert.

Es wird aber auch in Zukunft schwierig bleiben, hierfür gesicherte und methodisch einwandfreie Studienergebnisse zu präsentieren. Die Gründe hierfür liegen darin, dass die Merkmale der Sprachkompetenz eines Kindes äußerst vielfältig sind, so dass Lautprüfungen immer nur einen kleinen – und damit möglicherweise im Einzelfall nicht repräsentativen Sprachanteil der Kinder

überprüfen. Auch aus ethischen Abwägungen wird es schwierig bleiben, ausreichende Gruppengrößen für randomisierte Studien betroffener Kinder unterschiedlichen Alters bei Therapiebeginn (Kindergarten- gegen Einschulalter) zu gewinnen.

Die Tatsache, dass sich Expertenmeinungen bezüglich der Therapie von sprachentwicklungsverzögerten Kindern nicht unbedingt in den momentan vorliegenden klinischen Studien widerspiegeln, bedeutet aber natürlich nicht, dass diese Expertenmeinungen falsch sind. Selbstverständlich erschwert dies aber die Entscheidung des G-BA, wie bei diesem Thema zu entscheiden ist. Aus Sicht der deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie bedeutet dies nicht, eine Aufschiebung der Entscheidung über den Beginn von Früherkennungsuntersuchungen zu befürworten – auch wenn evidenzbasierte Studien zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in gewünschtem Umfang vorliegen. Störungen des Spracherwerbs werden genetisch determiniert oder durch anderweitige Krankheiten (Komorbiditäten) verursacht und sind damit eine medizinische Störung, die umgehend einer Therapie zugeführt werden sollten. Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung dieser Störungsbilder wird die Bildungschancen der betroffenen Kinder und ihre Entwicklungsmöglichkeiten in unserer Gesellschaft nachhaltig verbessern können. Nebenbefundlich würde diese empfohlene Testung der Kinder im Alter von 4 Jahren auch dazu beitragen können, dass diejenigen ca. 20% der Kinder mit einer später im Kindesalter auftretenden Innenohrschwerhörigkeit, die zum Zeitpunkt des universellen Neugeborenenhörscreenings (UNGHS) noch nicht erfasst werden können, nochmals eine pädaudiologischen Diagnostik - und damit auch Therapie - unterzogen werden können.

Mit besten Grüßen

Ihr



Götz Schade

A 1.5 Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e. V.

Autoren:

Am Zehnhoff-Dinnesen, Antoinette, Prof. Dr.

Adresse:

Prof. Dr. Antoinette Am Zehnhoff-Dinnesen
Klinik und Poliklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie
Kardinal-von-Galen-Ring 10
48149 Münster



Frau Prof. Dr. Antoinette am Zehnhoff-Dinnesen, Klinik und Poliklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Universitätsklinikum Münster, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster

EINGEGANGEN
03. Dez. 2008

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Stellungnahme zum Vorbericht S06-01
Herr Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Münster, 01.12.2008

Betr.: Vorbericht S06-01
Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur
Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des
Sprechens und der Sprache

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend möchte ich als Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu o. g. Vorbericht Stellung nehmen. Zunächst möchte ich Sie auf die überarbeitete Leitlinie Sprachentwicklungsstörung (in Lang- und Kurzfassung) unserer Fachgesellschaft aufmerksam machen, die aktuell von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ins Netz gestellt wurde und um Berücksichtigung der Inhalte bei der Erstellung des endgültigen Berichts bitten. Von grundlegender Bedeutung sind in der Diskussion der Wertigkeit einer Früherkennung und Frühbehandlung umschriebener Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens [Analogon specific language impairment (SLI)/spezifische Sprachentwicklungsstörungen] die neurobiologischen und neurophysiologischen Grundlagen des Spracherwerbs, auf die im Vorbericht nicht eingegangen wurde. Dazu wurde mit Hilfe meiner Mitarbeiterin Frau Dipl.-Log. Karen Reichmuth ein aktueller Überblick der relevanten Literatur zusammengestellt (s. Veröffentlichungen als Originalarbeiten in der Anlage und Verweise auf 2 Lehrbuchkapitel) und abschließend kommentiert:

Die frühe Sprachentwicklung vollzieht sich in einem Gehirn, das sich unter dem Input

Präsidentin: Univ.-Prof. Dr. A. am Zehnhoff-Dinnesen, Klinik und Poliklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Münster,
Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster, Tel. 0251/8356-859 Fax: 0251/8356-889. E-mail: am.zehnhoff@uni-muenster.de

Schriftführerin: Univ.-Prof. Dr. A. Keilmann, Klinik und Poliklinik für Kommunikationsstörungen, Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität,
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz, Tel. 06131/17-2473, Fax: 06131/17-6623, E-Mail: keilmann@kommunikation.klinik.uni-mainz.de

Schatzmeister: Univ.-Prof. Dr. P. Zorowka, Univ.-Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstr. 35,
A-6020 Innsbruck/Österreich, Tel. 0043/512-5043218 Fax: 0043/512-5043217. E-mail: partick.zorowka@i-med.ac.at

aus der Umwelt selbst organisiert wie neurobiologische Untersuchungen u.a. mittels Magnetresonanztomographie (MRT) (Dick et al., 2008) belegen.

Wie im Vorbericht ausgeführt, liegt der durchschnittliche Beginn der logopädischen Therapie in Deutschland bei 4,9- 6,5 Jahren, speziell bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen bei 4,6-5,5 Jahren und damit vermutlich nach den sog. sensiblen Phasen des Spracherwerbs. Für den Grammatikerwerb wird ein enges zeitliches Entwicklungsfenster angenommen, ansonsten sind die genauen oberen Grenzen dieser sensiblen Phasen bisher nicht geklärt, die sprachliche Lernfähigkeit nimmt aber im Verlauf des Kindesalters ab. Einflussfaktoren sind für die neurophysiologische Reifung das Alter und Umwelterfahrungen (Szagun, 2006).

Neurostrukturelle und neurofunktionelle Unterschiede, die sich u.a. in strukturellen MRT-Untersuchungen zwischen Kindern mit Sprachentwicklungsstörung und normaler Entwicklung nachweisen lassen, sind relativ subtiler und eher quantitativer als qualitativer Art (s.u.). Dabei ist die Frage von besonderer Bedeutung, ob strukturelle Änderungen, die der Störung zugrunde liegende Ursache sind oder sie sich aus dem gestörten Sprachgebrauch und dessen Effekt auf die sprachliche Umwelt ergeben haben (Dick et al. 2008). In diesem Fall hat eine Frühbehandlung präventiven Charakter zur Unterstützung der neurobiologischen Organisation, da durch veränderten spezifischen Input früh Einfluss auf die sprachliche Umwelt genommen wird. Genauso bei den neurofunktionellen Unterschieden: Sind sie Ergebnis von fehlender struktureller Vernetzung oder sind sie vielleicht Teil der Ursache der fehlenden Vernetzung (Dick et al. 2008)?

Dick et al. (2008) betonen, dass die Synthese der Ergebnisse, die durch neurobiologische Verfahren (wie z.B. MRT, aber auch z.B. EEG) und Verhaltensbeobachtung (wie z.B. Sprachtests) vorliegen, nicht nur helfen, die klinisch zugrunde liegenden Phänomene von Sprachentwicklungsstörungen besser zu verstehen, sondern auch zu neuen Ideen für Therapie und Frühförderung führen.

Sprachgesunde Erwachsene zeigen in der Regel eine linkshemisphärische Dominanz für die Sprachverarbeitung. Die linkshemisphärische Spezialisierung von Sprache entsteht erst allmählich im frühen Spracherwerb (Szagun, 2006). Bei erwachsenen Patienten mit SLI kann mithilfe functional transcranial Doppler ultrasonography (fTCD) gezeigt werden, dass anders als Sprachgesunde die Mehrheit der SLI-Patienten (mit weiterhin bestehenden Sprachauffälligkeiten) eine atypische Hirndominanz der Sprachverarbeitung aufweisen. 54,5% verarbeiten Sprache rechtshemisphärisch und 27,3% zeigen eine gestreute bilaterale Lateralisation (Whitehouse & Bishop, 2008).

Strukturelle MRT Studien zeigen bei sprachentwicklungsgestörten Kindern:

- Regionen abnormaler Asymmetrie, besonders im Planum temporale, der Region für Verarbeitung von gesprochener und akustischer Information (Griffiths & Warren, 2002)
- Abweichende Strukturen der linken Hemisphäre (Gaughan et al, 1997)
- Im Alter von 5-11 jährigen Kindern mit SES oder Autismus ist das Volumen der weißen Substanz im Cortex selektiv vergrößert im Vergleich zu Kontrollkindern (Herbert et al., 2004). Das Ergebnis wird diskutiert als Hinweis auf einen übergeordneten neuronalen Entwicklungsprozess, der nicht spezifisch ist

sondern in die Ätiologie beider Störungen (Autismus und Sprachentwicklungsstörungen) hineinspielt.

Neurobiologische Studien zur linkshemisphärischen Spezialisierung

- Die linkshemisphärische Spezialisierung von Sprache entsteht erst allmählich.
- Die linkshemisphärische Spezialisierung ist nicht allein vom Alter abhängig sondern von Erfahrung mit Sprache:
 - o Eine elektrophysiologische Untersuchung bei 13-20 Monate alten Kindern zum Verstehen vertrauter und neuer Wörter (Mills & Neville, 1997; Mills et al. 1997, in: Szagun 2006; S. 245) zeigt einerseits altersabhängige Unterschiede (bei 13 Mo: beidseitig Aktivierung in vorderen und hinteren Cortexregionen, mit 20 Monaten: laterale und parietale Regionen links aktiviert). Diese elektrophysiologische Veränderung war jedoch auch von der Größe des Wortschatzes und nicht nur vom Alter abhängig: Bei 13 Monate alten Kindern mit größerem Vokabular war das temporal/parietal linkshemisphärische Aktivierungsmuster schon stärker ausgeprägt als bei gleichaltrigen Kindern mit kleinerem Vokabular.
- Zu Beginn des Spracherwerbs, bei Ein- bis Zweijährigen, gibt es eine beidseitige Aktivierung neuronaler Muster bei der Verarbeitung von Sprache. Ebenso gibt es noch keine getrennte Lokalisierung bei der Verarbeitung von grammatischer und semantischer Information.
- Bei Drei- bis Vierjährigen zeigt sich beginnend eine linkshemisphärische Aktivierung bei der Verarbeitung von Sprache und eine linkshemisphärische frontaltemporale Verarbeitung von grammatischer Information. Die linkshemisphärische Spezialisierung für Sprache, sowie die Spezialisierungen für die Verarbeitung grammatischer und semantischer Information sind das Produkt eines Entwicklungsweges, der unter dem Einfluss von genetischer Information und von Erfahrung mit Sprache durchlaufen wird (Szagun, 2006). Für die Verarbeitung semantischer und syntaktischer Prozesse konnten Brauer und Friederici (2007) mithilfe von funktionellem MRT (fMRT) zeigen, dass bei Kindern im Alter von fünf bis sechs Jahren die linkshemisphärische Spezialisierung noch nicht endgültig abgeschlossen ist.
- Die notwendige interhemisphärische Spezialisierung (Sprache linkshemisphärisch, Musik und Prosodie rechtshemisphärisch) ist ein kontinuierlicher Prozess im Rahmen der frühen Sprachentwicklung (Wartenburger et al, 2007).

Mills & Neville (1997) sehen in den veränderten elektrophysiologischen Aktivitäten der frühen abnormen Verläufe der Lateralisationsentwicklung bereits einen Prädiktor dafür, welche sprachlichen Spätentwickler (Late-talker) aufholen können und welche eine spezifische Sprachentwicklungsstörung entwickeln werden.

Friederici (2005) und ihre Arbeitsgruppe (s.u.) geben einen Überblick über Studien zu weiteren neurophysiologischen Markern des frühen Spracherwerbs, die u.a. durch elektrophysiologische Untersuchungen nachgewiesen werden können. Ereigniskorrelierte Potentiale (ERPs) spiegeln die Gehirnaktivität als Antwort auf ein spezielles Reizereignis. Veränderungen in den Dimensionen der einzelnen reizspezifischen ERPs lassen Rückschlüsse auf zugrunde liegende kognitive Mechanismen zu (zur Methode siehe Friederici, 2005).

So lassen sich nahezu von Geburt an bisher folgende neurophysiologische Korrelate des Spracherwerbs nachweisen:

- In den ersten zwei Lebensmonaten unterscheidet der Säugling Sprachlaute (Phoneme)
- Mit 5-12 Monaten hat das Kind Wissen über Betonungsmuster (prosodischer Aspekt) und phonotaktische Regeln (Regeln zur Lautanordnung in Wörtern der Muttersprache) etabliert
- Mit 12-14 Monaten verknüpft es das phonotaktische Wissen mit der Wortverarbeitung
- Mit 14 Monaten ist Wortverarbeitung anhand von Bildkontexten nachweisbar
- Mit 19 Monaten ist semantische Integration von Wörtern nachweisbar (Friedrich & Friederici, 2005)
- Mit 30 Monaten ist Wortverarbeitung im Satzkontext nachweisbar
- Mit 32 Monaten zeigen Kinder eine Erwachsenen vergleichbare elektro-physiologische Antwort auf syntaktische Verstöße
- Mit 4 Jahren ist interhemisphärische Spezialisierung von prosodischer und sprachlicher Verarbeitung mittels Infrarotspektroskopie nachweisbar (Wartenburger et al. 2007). Die Verarbeitung von Prosodie (Sprachmelodie) gilt als wesentlich für erfolgreichen Spracherwerb und wird wie Musik rechtshemisphärisch verarbeitet.

Diese neurophysiologischen Erkenntnisse des normalen Spracherwerbs sind bedeutsam für die Früherkennung abweichender Entwicklungsverläufe:

- Frühe elektro-physiologische Hinweise auf beeinträchtigte/ veränderte auditorische Verarbeitung als Marker für eine SLI:
 - Friedrich, Weber und Friederici (2004) zeigen bei zwei Monate alten Säuglingen mit familiär erhöhtem Risiko zur Ausbildung einer SLI verlängerte Latenzen in den elektro-physiologischen Antworten bei der auditiven Unterscheidung von Vokallängen im Vergleich zu Kindern ohne familiäres Risiko für eine SLI.
 - Weber, Hahne, Friedrich und Friederici (2005) können in einer elektro-physiologischen Langzeitstudie (Messungen 5, 12 und 24 Monaten) zeigen, dass Kinder, die mit 5 Monaten den kritischen prosodischen Cue der Betonungsmustererkennung nicht wahrnehmen, später, verglichen mit den Kontrollkindern einen verlangsamten Wortschatzerwerb zeigen. Weber et al. (2005) bewerten diese frühe Störung der prosodischen Fähigkeiten als frühen Risikoindikator zur Ausbildung einer SLI, da sprachrelevante akustische Cues weniger effektiv verarbeitet werden.
 - Jentschke, Koelsch, Sallat, Friederici (2008) belegen mit ERP-Untersuchungen, dass SLI Kinder (untersucht im Alter von 4;8-5;11 J.) neben den bekannten Problemen der syntaktischen Verarbeitung auch Probleme in der Syntaxverarbeitung von Musik haben. Sie postulieren, dass Musik daher einen wesentlichen Aspekt in der Therapie von SLI darstellen könnte.

- Es gibt frühe elektro-physiologische Hinweise auf beeinträchtigte/ veränderte Wortverarbeitung/ Worterwerb als Marker für eine SLI:

- Friedrich & Friederici (2006) können in einer elektrophysiologischen Langzeitstudie an Kleinstkindern zur Entwicklung der Wortverarbeitung zeigen, dass retrospektiv betrachtet, die Kinder, die mit 30 Monaten in Sprachtests nachweislich Defizite aufweisen, sich bereits mit 19 Monaten elektrophysiologisch (hier N400 für semantische Integration) von Kontrollkindern, die mit 30 Monaten keine Defizite zeigen, unterscheiden und so bereits eine Beeinträchtigung der Wortverarbeitung mit 19 Monaten nachweisbar war.

Aufgrund der vorgestellten neurobiologischen und neurophysiologischen Erkenntnisse

- Unterstützung der Organisation der neurobiologischen Grundlagen des Spracherwerbs durch Frühbehandlung,
- atypische Hirndominanz der Sprachverarbeitung bei Patienten mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung,
- Abhängigkeit der linkshemisphärischen Spezialisierung von der Erfahrung mit Sprache,
- frühe neurophysiologische Korrelate des Spracherwerbs als Grundlage für die Früherkennung abweichender Entwicklungsverläufe,
- daraus Ableitung von Frühförderkonzepten,
- Möglichkeit der Überprüfung der Güte eines möglichen Screeningtests und der Frühbehandlung mithilfe elektrophysiologischer Evidenzen (als Referenzmethode (s. S. 40 im Vorbericht), z.B. durch begleitende Studien

halten wir im Namen der DGPP die Früherkennung und Frühbehandlung spezifischer Sprachentwicklungsstörungen für begründbar und begründet und ein Sprachscreening für sinnvoll und notwendig.

Für Rücksprache stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,


Univ.-Prof. Dr. med. Antoinette am Zehnhoff-Dinnesen
Präsidentin der DGPP

Literaturverzeichnis

Brauer J, Friederici AD. Functional neural networks of semantic and syntactic processes in the developing brain. J Cogn Neurosci 2007; 9 (10): 1609-23.

Jentschke S, Koelsch S, Sallat S, Friederici AD. Children with specific language impairment also show impairment of music-syntactic processing. J Cogn Neuroscience 2008; 20 (11): 1940-5.

Dick F, Richardson F, Saccuman MC (2008) Using magnetic resonance imaging to investigate developmental language disorders. In: CF Norbury; JB Tomblin, DVM Bishop (eds): Understanding developmental language disorders. Psychology Press Taylor & Francis: Hove & New York. Chap. 4, p 53-66

Friederici A. Neurophysiological markers of early language acquisition: from syllables to sentences. *Trends Cogn Sci* 2005; 9(10): 481-488.

Friedrich M, Friederici AD. Phonotactic Knowledge and lexical-Semantic Processing in one-year-olds: Brain responses to words and nonsense words in picture contexts. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2005; 17 (11): 1785-1802

Friedrich M, Friederici AD. Early N400 development and later language acquisition. *Psychophysiology* 2006; 43(1): 1-12.

Friedrich M, Weber C, Friederici AD. Electrophysiological evidence for delayed mismatch response in infants at-risk specific language impairment. *Psychophysiology* 2004; 41(5): 772-782.

Gaugher L, Lombardino LJ, Leonard CM. Brain morphology in children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40: 1272-1284.

Griffiths TD, Warren JD. The planum temporale as a computational hub. *Trends in Neuroscience* 2002; 25:348-353.

Herbert MR, Ziegler DA, Makris N, Filipek PA, Kemper TL, Normandin JJ et al. Localisation of white matter volume increase in autism and developmental language disorder. *Annals of Neurology* 2004; 55: 530-540.

Mills DL, Neville HJ. Electrophysiological studies of language and language impairment. *Semin Pediatr Neurol.* 1997; 4 (2): 125-34.

Mills DL, Coffey-Corina SA, Neville HJ. Language comprehension and cerebral specialization from 13 to 20 months. *Developmental Neuropsychology* 1997; 13: 397-445.

Szagan G (2006): Neurobiologische und entwicklungsmaßige Grundlagen und Lernmechanismen. In: Sprachentwicklung beim Kind-ein Lehrbuch. Beltz Verlag: Weinheim & Basel. Chap.9, p 241- 266.]

Wartenburger I, Steinbrink J, Telkemeyer S, Friedrich M, Friederici AD, Obrig H. The processing of prosody: Evidence of interhemispheric specialization at the age of four. *Neuroimage* 2007; 34(1): 416-425.

Weber C, Hahne A, Friedrich M, Friederici AD. Reduced stress pattern discrimination in 5-month-olds as a marker of risk for later language impairment: neurophysiological evidence. *Brain Res Cogn Brain Res* 2005; 25(1): 180-187.

Whitehouse AJ, Bishop DV. Cerebral dominance for language function in adults with specific language impairment or autism. *Brain* 2008, Oct. 25, Epub ahead of print.

A 1.6 Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e. V.

Autoren:

Schönweiler, Rainer, Prof. Dr.

Adresse:

Prof. Dr. Rainer Schönweiler
Universität zu Lübeck
Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
UK-SH
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein
Campus Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · D-23538 Lübeck

An das
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

EINGEGANGEN
02. Dez. 2008

Lübeck, den 28.11.2008

**Auftrag S06-01, „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen
des Sprechens und der Sprache“
Kommentar zum Vorbericht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich nehme als Präsident der Deutschen Sprach- und Stimmheilkunde Stellung zu o. g. Vorbericht.

1. Bewertung und Interpretation der im Vorbericht eingeschlossenen Studien

Störungen des Spracherwerbs werden als genetisch determinierte Krankheiten aufgefasst oder durch Krankheiten (Komorbiditäten) verursacht. Sie gehören daher zu Recht in den Bereich der Medizin (und nicht etwa in den Bereich der Erziehungs- oder Gesellschaftswissenschaften). Aufgrund von Untersuchungen, die eine zunehmende Prävalenz von Spracherwerbsstörungen nachweisen, war zu prüfen, ob eine Prophylaxe oder Frühbehandlung notwendig wird, um diese Tendenz aufzuhalten und damit die Bildungschancen der Kinder abzusichern.

Speziell war zu prüfen, ob eine Früherkennungsuntersuchung im Vorschulalter, z.B. im Rahmen pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen, die Sprachkompetenz von Kindern dauerhaft verbessern kann. Dies wäre nur dann möglich, wenn ersten Screeningtests mit hoher Spezifität und Sensitivität, zweitens zuverlässige diagnostische Tests und drittens wirksame Therapieverfahren für das Vorschulalter verfügbar sind.

Aufgrund der Heterogenität der Studien konnte kein Data Pooling und daher auch keine Metaanalyse durchgeführt werden. Einzelne Studien wiesen eine Verbesserung sprachlicher Leistungen nach Sprachübungstherapie im Vorschulalter gegenüber einer Kontrollgruppe nach, die entweder einige Monate später behandelt oder mit einer unspezifischen Therapie (Sham-Therapie) behandelt wurden. Es gab auch Studien, die keinen Wirkungsnachweis

erbringen konnten, wobei im Vorbericht auch ein publication bias vermutet wurde. Die qualitative Bewertung der Studien zeigte so starke methodische Schwächen, dass alle ggf. festgestellten Wirksamkeitsnachweise in Frage gestellt werden mussten.

Die Argumentation ist schlüssig und angemessen. Daher ist es unangemessen, auf die dargestellten Argumente einzugehen oder sie gar in Frage zu stellen. Die Argumentation ist allerdings nicht vollständig, da einige grundsätzliche Probleme der Methodik nicht berücksichtigt wurden.

2. und 3. Benennung von zusätzlichen, im Vorbericht nicht genannten, relevanten Studien sowie Verweise auf andere, qualitativ angemessene Unterlagen

Die Literaturrecherche ist umfassend und vollständig. Dabei wurden auch laufende Untersuchungen mit berücksichtigt, teilweise unveröffentlichte Daten erfragt und sogar statistische Bewertung nachgerechnet. Zur Beurteilung wurden entscheidende Kriterien der gefundenen Studien hinsichtlich methodischer Qualität (z.B. RCT-Design, Kontrollgruppen, Sham-Therapie, Anfälligkeit für Verzerrungen) und Ergebnisparameter (Verbesserung der Sprachleistungen in verschiedenen Ebenen) zugrunde gelegt. Eine eigene Literaturrecherche ergab keine weiteren relevanten Studien zu dem Thema.

4. Anmerkungen zur projektspezifischen Methodik

Das Dilemma besteht darin, dass die Merkmale der Sprachkompetenz eines Kindes außerordentlich vielfältig sind. Dies betrifft nicht nur die Betrachtung der Sprachebenen, sondern besonders die individuelle Vielfalt vorhandener Leistungen und Fehlleistungen der Kinder, die prinzipiell nicht durch standardisierte Tests abgebildet werden können. Beispielsweise ist bei einem Test der phonetisch-phonologischen Ebene einem vierjährigen Kind in der Regel eine Lautprüfung mit 40-50 Items pro Sitzung zumutbar. Die Lautprüfung kann daher nur Stichproben einer großen Zahl von Permutationen der Vokale, Konsonanten und Konsonantverbindungen in Wortbeginn- Wortmitte- und Wortendposition berücksichtigen. Auch im Bereich der syntaktischen und morphologischen Ebene ist eine nahezu unendliche Zahl von Permutationen möglich, die ebenfalls nur mit Stichproben geprüft werden kann. Individuelle Fähigkeiten und Störungen, die zur Abklärung und zur Indikation einer Übungstherapie führen, fallen nur beim permanenten Umgang mit dem Kind oder mit bei therapiebegleitender Diagnostik auf. Die im Vorbericht bewerteten Therapieverfahren sind aber in der Regel auf ein individuelles Störungsmuster ausgerichtet. Das gilt sogar für verschiedene Verfahren des im Vorbericht zitierten Elterntrainings, da die Eltern geschult werden, auf spezielle Fähigkeiten und Störungen der Kinder in der beobachteten Spontansprache zu reagieren. Fortschritte, die durch individuelle Abstimmung einer Übungstherapie entstanden, lassen sich durch Stichprobentests, auch wenn sie gut validiert sind, nicht abbilden.

Die Betrachtung kann für alle anderen Sprachebenen sinngemäß erweitert werden. Dies dürfte einer der Hauptgründe dafür sein, dass eine Vielzahl der bewerteten Studien keine

Wirksamkeit übungstherapeutischer Verfahren nachweisen konnte. Die Komplexität und Vielfalt der Beeinflussungsmöglichkeiten, der Kofaktoren und der Ergebnisparameter bei kindlichen Spracherwerb bedeutet gleichzeitig, dass wissenschaftliche Verfahren, sonst sich sonst zur Bewertung medizinischer Diagnostik und Therapie eignen, bisher im Bereich des kindlichen Spracherwerbs nicht angewendet werden können, sondern erst, wenn für die zukünftigen Studien den Vorschlägen des Vorberichts gefolgt wird; dies sollte unterstützt und vorangetrieben werden, was aber nicht bedeuten darf, dass die Entscheidung über eine Früherkennungsuntersuchung aufgeschoben werden sollte.

Das zweite Dilemma besteht darin, dass seit den 1970er Jahren unter einer Frühtherapie nicht ein Therapiebeginn im Vorschulalter gegenüber einem Therapiebeginn im Schulalter verstanden wird, sondern ein Therapiebeginn vor Vollendung des 4. Lebensjahres gegenüber einem Therapiebeginn im Alter von 5-6 Jahren. Daher fanden sich auch keine Studien, die die Fragestellung des G-BA direkt beantworten konnten, weder aus dem deutschsprachigen noch aus dem internationalen Raum, denn es gilt heute aufgrund der vorherrschenden Expertenmeinung als obsolet, den Beginn einer Sprachübungstherapie in das Schulalter zu legen und beispielsweise so eine Kontrollgruppe zu bilden. Man versäumte damals allerdings Studien, die heutigen Qualitätsmaßstäben genügen, als sich die Expertenmeinung in den 1970er Jahren bildete. Die jetzt zu recht gestellte Frage nach der Wirksamkeit kann heute aus ethischen Gründen nicht mehr beantwortet werden, zumal die klinische Erfahrung, die durchaus auf Beobachtung des individuellen Störungsbild beruht, eine Wirksamkeit vieler Verfahren der Übungstherapie nahelegt.

Diese beiden Probleme kommen in der zitierten Literatur bereits zur Sprache.

Das dritte Dilemma besteht darin, dass der klinische Eindruck eindeutig für eine Frühbehandlung zumindest im Alter 4-6 Jahren, wenn nicht 3-4 Jahren, statt im Schulalter spricht, obwohl er sich bisher durch Studien nicht beweisen ließ und insofern auch kein belegendes Zitat angegeben werden kann. Wenn man also zu dem Schluss kommen würde, dass eine Sprachübungstherapie im Vorschulalter unwirksam ist, würde dies der täglichen Erfahrung widersprechen. Wohl kein Experte würde annehmen, dass es sinnvoll ist, wieder zum Behandlungsbeginn ab 6 Lebensjahren zurückzukehren. Die Tatsache, dass sich eine Expertenmeinung nicht in Studienergebnissen widerfindet, bedeutet aber nicht, dass sie unbegründet und/oder unwahr ist. Die Probleme mit dem Studiendesign, den erforderlichen hohen und kaum zu verwirklichenden Patientenzahlen und den ethisch nicht vertretbaren Kontrollgruppen verhindern derzeit eine Untersuchung des Problems. Das erschwert eine Entscheidung des G-BA speziell zu diesem Thema enorm, ganz Gegensatz zu vielen anderen medizinischen oder chirurgischen Themen.



Prof. Dr. R. Schönweiler

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e.V. (DGSS)

Leiter der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

A 1.7 Gemeinsamer Bundesausschuss, Patientenvertreter AG Kinder

Autoren:

Schmid, Stephan

Wejda, Simone

Adresse:

Simone Wejda

Am Pfad 1d

97297 Waldbüttelbrunn

EINGEGANGEN

02. Dez. 2008

Simone Wejda
Am Pfad 1d
97297 Waldbüttelbrunn

Stephan Schmid
Blumenweg 2
87448 Waltenhofen

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Stellungnahme zum Vorbericht S06-01 -
Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Waldbüttelbrunn/Waltenhofen, 01.12.2008

Sehr geehrter Herr Prof. Sawicki,

bezugnehmend auf den Vorbericht zur Früherkennung auf umschriebene
Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache möchten wir im Folgenden
Stellung nehmen.

TOP 1 Bewertung und Interpretation der im Vorbericht eingeschlossenen Studien

Vgl. hierzu auch Anmerkungen TOP 3

TOP 2 Benennung von zusätzlichen, im Vorbericht nicht genannten, relevanten Studien

In der Literaturrecherche zu den Teilzielen 1 und 2 (Screening / diagnostische
Verfahren) wurde das Testinstrument „HASE - Heidelberger Auditives Screening in
der Einschulungsdiagnostik“ von H. Schöler und M. Brunner nicht berücksichtigt. Das
Verfahren ist neben der Erkennung von Lese- und Rechtschreibstörungen für die
Früherkennung von Kindern mit Sprach- bzw. Schriftspracherwerbsstörungen
entwickelt worden und eignet sich insbesondere bei flächendeckenden
Untersuchungen für die gesundheitsärztlichen Dienste. Das Screening enthält vier
Aufgabengruppen: Nachsprechen von Sätzen (NS), Nachsprechen von Kunstwörtern

(KN), Wiederholen von Zahlenfolgen (WZ) und Erkennen von Wortfamilien (EW). Diese Aufgaben haben sich als reliable und valide Indikatoren, neben anderen, für die Erkennung von Spracherwerbsstörungen als relevant erwiesen. Der Test ist entweder über CD-Player oder über PC mit Soundkarte und üblichen Lautsprechern (PC-Version) durchzuführen. Auswertung und Profilerstellung erfolgen manuell auf Auswertebögen oder rechnergestützt. Die interne Konsistenz variiert je nach Aufgabengruppe zwischen $\alpha = .71$ und $.83$. Die prognostische Validität wurde durch eine Längsschnittstudie vom Vorschulalter bis zum Ende der 3. Grundschulklasse bestimmt. Dabei wurde die Schriftsprachentwicklung als patientenrelevanter Endpunkt von über 1.000 Kindern verfolgt. In Abhängigkeit vom jeweiligen Kriterium variieren die RAZ-Indizes zwischen 39 und 72. Inhaltliche Validität ist gegeben, Korrelationsstudien zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen den HASE-Aufgaben im Vorschulalter und den Lese-/Rechtschreibleistungen (patientenrelevanter Endpunkt) in den Grundschulklassen bis Ende der 3. Klasse. Kritische Punktwerte für jede Aufgabengruppe und Risikowerte liegen für 4- bis 6-jährige vor. Zusätzlich werden Altersnormen (Prozentränge und T-Werte) für 4- bis 6-jährige in Halbjahresschritten angegeben (N = 3.581). Die Zielgruppe befindet sich somit in der für den Bericht erfolgten Fragestellung vorgesehenen Altersgruppe. Durchführung und Auswertung betragen in der PC-Version ca. 10 Minuten und eignen sich daher zum Einsatz als Screeninginstrument in der Kinderuntersuchung. Das Testverfahren ist in 2., überarbeiteter und erweiterter Auflage seit 2008 in Anwendung. Das Testverfahren ist zu beziehen bei Hogrefe. Den Abschlussbericht über die prognostische Validitätsstudie finden Sie auf folgender Seite <http://www.ph-heidelberg.de/wp/schoeler/seiten/EVER.htm>.

TOP 3 Anmerkungen zur projektspezifischen Methodik

Nichtberücksichtigung patientenrelevanter Endpunkte

Im Vorbericht wird unter dem Kapitel 4.1.2 *Intervention und Vergleichsbehandlung* darauf hingewiesen, dass die Vergleichsintervention, die in der jeweiligen Studie verwendete Referenzmethode darstellte, auch in der Beobachtung des natürlichen Verlaufs bestehen konnte. Im Bericht lässt sich jedoch an keiner Stelle eine Darstellung des natürlichen Verlaufs erkennen. In diesem Zusammenhang stehen auch Fragen zu bestimmaren Meilensteinen in der sprachlichen Entwicklung sowie

Kriterien zur Differenzierung zwischen normaler und auffälliger bzw. gestörter Sprachentwicklung. Offen ist auch die Darstellung patientenrelevanter Endpunkte, die mit einer nicht behandelten Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache einhergehen. Eine geeignete Suchstrategie mit entsprechenden Suchwörtern erfolgte nicht. Die Stellungnahmen der DG f. Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie der DG für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, gehen von einem deutlich gesteigerten Niveau in den Bereichen gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychosoziale, emotionaler oder kognitiver Parameter der positiv diagnostizierten Kinder bei (frühzeitiger) Intervention aus. Hier sollte ein wesentlicher Focus liegen, da tatsächlich die Parameter Interventionszeitpunkt, Intensität und Dauer wesentliche Auswirkungen auf die Entwicklung haben. Hinzuweisen ist hier auch auf die weiteren bereits vorliegenden, aber unberücksichtigt belassenen, eingegangenen Stellungnahmen zum Berichtsplan, einschließlich der dort aufgeführten Literaturhinweise zum natürlichen Verlauf der Sprachentwicklungsstörungen. Unter anderem wurden Literaturquellen, die darüber Auskünfte geben, im Bericht im Vorhinein ausgeschlossen.

Aus Patientensicht völlig unverständlich und nicht akzeptierbar ist die Aussage auf Seite 32 des Berichts: „Die Ergebnisse zur erwarteten Erhöhung der Entdeckungsrate von Sprachentwicklungsdiagnosen (de Koning 2004) sowie zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Sprachtherapien (van Agt 2007) werden hier jedoch nicht weiter ausgeführt, da es sich hierbei nicht um patientenrelevante Endpunkte im Sinne des Berichtsplans handelt.“ Selbstverständlich ist die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Therapien ein zentraler patientenrelevanter Endpunkt.

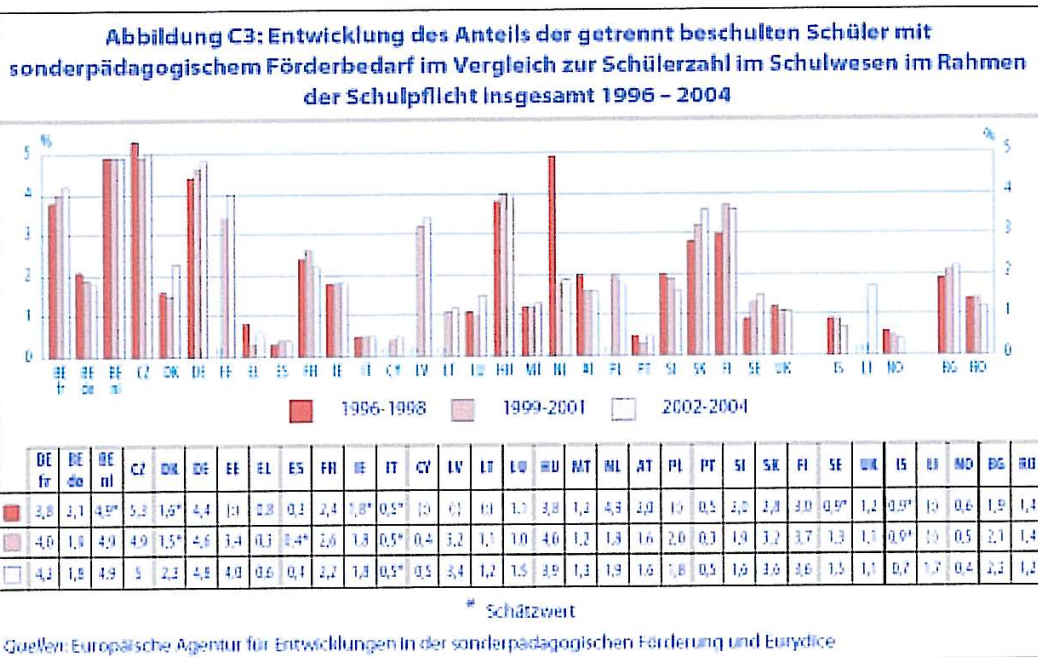
Ungeeignete Literaturgrundlage zur Nutzenbewertung der Teilfragen „Screening“ und „Diagnostik“ – Notwendigkeit der Hinzuziehung von Studien niedrigerer Evidenzklasse

Gegebenheiten des jeweiligen Kulturkreises sowie der ihr eigenen Phonetik und Semantik sind wesentliche Parameter der die Sprachentwicklung unterlegen ist. Es kann daher nur äußerst bedingt richtig sein, wenn der Interventionserfolg internationaler Studien auf den deutschen Sprachraum übertragen wird. Die Aussagengewichtung des Berichtes bezieht sich überwiegend (fast ausschließlich) auf solche Studien und kann in seiner Erfolgsbewertung daher nur eingeschränkt

richtig sein. Laut dem Methodenpapier des IQWiG soll ein Nutzenbeleg aus lediglich einer Studie nur im Ausnahmefall abgeleitet werden. Dies ist trotz hoher Bedenken unsererseits im vorliegenden Bericht geschehen. Die Nutzenbewertung auf Grundlage einer nur eingeschlossenen niederländischen Studie (Rotterdamstudie) kann nicht akzeptiert werden. Die niederländische Studie hat als patientenrelevanten Endpunkt den Schulerfolg „zum einen als die Häufigkeit der Sonderbeschulung operationalisiert, zum anderen als die Häufigkeit, mit der Kinder im Alter von 8 Jahren bereits eine Klasse hatten wiederholen müssen“ (vgl. IQWiG-Vorbericht, S. 23). Die Ergebnisse können jedoch nicht auf den deutschen Versorgungskontext übertragen werden. Das niederländische Schulsystem unterscheidet sich in der Frage der Integrationsbewegung sprachbeeinträchtigter Schüler in deutlichem Umfang vom deutschen Schulsystem. „Bevor Kinder am Unterricht teilnehmen, müssen sie die niederländische Sprache beherrschen. Entsprechende Sprachkurse, die auf den schulischen Unterricht abgestimmt sind, werden überall angeboten und den Kindern steht in den ersten Wochen in der Schule auch ein Mentor zur Seite, der bei Sprachschwierigkeiten weiterhilft“

(<http://grenzerfahrungen.blogspot.com/2008/03/das-schulsystem-der-niederlande.html>).

Aussagen zum Nutzen bzw. Schaden können daher für die deutsche Situation nicht getroffen werden. Niederländische Rechts- und Verwaltungsvorschriften entsprechen nicht den deutschen Vorgaben. Schüler mit Sprachproblemen jeglicher Art sowie Schüler mit leichten Lernschwierigkeiten oder sogar leichten geistigen Behinderungen sind Teil des allgemeinen Schulwesens. Dies lässt sich auch der folgenden Abbildung entnehmen:



Quelle der Abbildung:

<http://eacea.ec.europa.eu/portal/page/portal/Eurydice/FigurePage?pubid=052DE&figCode=052C3>

Die Eurydice Datenbank Eurybase (www.eurydice.org) bietet ausführliche Informationen über Bildungssysteme und stellt über jedes teilnehmende Land ein Kapitel zur sonderpädagogischen Förderung bereit.

Der IQWiG-Bericht lässt die Beschreibung vermissen, in wie weit die berücksichtigte und eingeschlossene Rotterdamstudie Ergebnissicherheit für den deutschen Versorgungskontext liefert. Es ist Tatsache, dass sich das Studienergebnis nicht auf die deutsche Versorgung (Schülerpopulation, schulische Versorgung/Beschulungsart) übertragen lässt. Die Nutzenbewertung muss daher erneut auf nächst niedrigerer Evidenzstufe erfolgen. Die Nutzenbewertung auf niedrigerer Evidenzstufe ist laut Methodenpapier des IQWiG möglich, denn „Um überhaupt Aussagen zum Stellenwert einer bestimmten nichtmedikamentösen therapeutischen Intervention treffen zu können, kann es deshalb erforderlich sein, auch nicht randomisierte Studien in die Bewertung einzubeziehen. Auch an diese sind allerdings Qualitätsanforderungen zu stellen, insbesondere bezüglich der Maßnahmen zur Sicherung der Strukturgleichheit“ (Methodenpapier 3.0, S. 47). Die einbezogene Rotterdamstudie entspricht jedoch keiner Strukturgleichheit.

Wir erwarten eine Korrektur der ein- und auszuschließenden Studien sowie den Einbezug eventuell noch ausstehender (Vorab-)Veröffentlichungen (Neumann, Buschmann, Schlesiger) zur korrigierten Nutzenbewertung für den Abschlussbericht.

Mit freundlichem Gruß

Simone Wejda

Simone Wejda

*i. A. Formblätter gehen
gehend per Post zu.*

Stephan Schmid

Patientenvertreter AG Kinder, Gemeinsamer Bundesausschuss

A 1.8 Projekt „Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung für Vier- bis Viereinhalbjährige in Hessen“ (1) / Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie der Universität Frankfurt am Main (2) / AG Kindersprache der DGPP (3)

Autoren:

Neumann, Katrin, Prof. Dr. (1–3)

Euler, Harald A., Prof. PhD (1)

Adresse:

Prof. Dr. Katrin Neumann

Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Theodor-Stern-Kai 7, Haus 7a

60590 Frankfurt am Main



Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie
Klinikum der Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 7A, D-60590 Frankfurt/M

Zentrum der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie
Leiterin: Prof. Dr. med. K. Neumann
Katrin.Neumann@em.uni-frankfurt.de
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 7A
D-60590 Frankfurt / M.
Tel.: (069) 6301 5775
Fax (069) 6301 5002

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Stellungnahme zum Vorbericht S06-01
Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki
Dillenburger Str. 27
51105 Köln

Frankfurt, 30. 11. 2008

EINGEGANGEN

03. Dez. 2008

Sehr geehrter Herr Kollege Sawicki,

anbei finden Sie unsere

Stellungnahme zum Vorbericht des Auftrags S06-01, Version 1.0; Stand 27. 10. 2008

„Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur

**Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens
und der Sprache“** nach der vom IQWiG vorgegebenen Strukturierung.

1. Bewertung und Interpretation der im Vorbericht eingeschlossenen Studien:

Die Suche des IQWiG nach Studien, die Effekte eines Sprachscreenings von Vorschulkindern auf Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS) untersuchen, blieb erfolglos, womit keine Rückschlüsse auf den Nutzen eines solchen Screenings im Sinne der Fragestellung des vorliegenden Berichts gezogen werden konnten. Die einzige randomisierte Evaluationsstudie zu einem Sprachscreening mit patientenrelevanten Endpunkten, die Rotterdamstudie (de Koning 2004, van Agt 2007), musste in ihrer Ergebnissicherheit wegen eines hohen Verzerrungspotenzials kritisch bewertet werden, dass die Ergebnisse der Studie nicht klar interpretierbar erschienen. Das IQWiG erwähnt in seinem Vorbericht zudem, dass diese Studie keine Aussagen über die möglichen Auswirkungen des Screenings für Gruppe der Kinder mit UESS macht. Im Rahmen der Follow-up-Untersuchung wurden zudem keine verlässlichen Angaben über entsprechende Diagnosen der Kinder erhoben, sodass die Teilgruppe der UESS-Kinder nicht identifizierbar war.

Dieser zusammenfassenden Bewertung zu den Screeningstudien schließen sich die Stellungnehmenden im Wesentlichen an.

2. Benennung von zusätzlichen, im Vorbericht nicht genannten, relevanten Studien:

Das IQWiG hat die hessische Studie zur flächendeckenden Einführung eines Sprachstandsscreenings bei Vier- bis Viereinhalbjährigen mit dem eigens dafür entwickelten Kindersprachscreening (KiSS) in seinem Vorbericht zitiert. Allerdings lagen zum Zeitpunkt der Abfassung des Vorberichts noch keine Sensitivitäts-/ Spezifitätsberechnungen und weitere Gütekriterien des auf dichotomen Entscheidungen basierenden Screenings vor, auch wenn die Testkonstruktion und die konkurrente Kriteriumsvalidität auf Grund intervallskalierter Korrelationsmaße bereits in einem im Vorbericht zitierten Manuskript (Euler et al., Manuskript eingereicht) dargestellt wurden. Zu den fehlenden Daten liegt jetzt ein ausführliches Manuskript vor, das anbei als Bericht an das IQWiG überstellt wird. Dieses Manuskript fokussiert u.a. auf die Fragestellungen des Berichtsplans zum o.g. IQWiG-Auftrag. Es wird derzeit in verkürzter Form zur Publikation bei einer Fachzeitschrift eingereicht (Folia phoniatica et logopaedica angefragt).

Das KiSS sollte zwar nicht auf UESS screenen, was schlechterdings unmöglich ist, da die Trennung zwischen spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (entspricht im wesentlichen UESS) und Sprachentwicklungsstörungen (SES) mit Komorbiditäten Leistung einer Differentialdiagnostik und nicht eines Screenings sein muss. Es sollte jedoch Kinder mit SES identifizieren, wozu es sehr gut geeignet war (Sensitivität 84%). Ein Screening auf SES ist somit realistisch und sinnvoll bei einer Prävalenzrate von mindestens 10% (4-7% UESS und mindestens 3% für SES mit Komorbiditäten, Kany & Schöler, 2007) und auch im deutschen Sprachraum möglich. Das IQWiG bemängelt das Fehlen von Referenzverfahren für ein Sprachscreening. Wir schließen uns dieser Bewertung mit Nachdruck an. Bei der Sensitivitäts- und Spezifitätsbewertung des KiSS wurde bei der empirischen Überprüfung mit derzeit üblichen Sprachtests festgestellt, dass die Objektivität der differenzierten Konfirmations-Sprachdiagnostik den testtheoretischen und damit auch praktischen Gütekriterien eines brauchbaren Referenzverfahrens nicht entspricht. Daher wurden hilfsweise auf Sprachtests basierende majorisierte bzw. konsenterte Expertenurteile als Referenz beigezogen.

Die Stellungnehmenden betrachten die Entwicklung eines zeiteffizienten, alle linguistischen Ebenen berücksichtigenden, algorithmisierten deutschsprachigen Referenzverfahrens als vordringliche Aufgabe.

3. Verweise auf andere qualitativ angemessene Unterlagen, einschließlich einer Begründung für ihre jeweilige fragestellungsbezogene Eignung und Qualität:

s. Pkt. 2

4. Anmerkungen zur projektspezifischen Methodik unter jeweiliger Angabe wissenschaftlicher Literatur zur Begründung der Anmerkung:

Die ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich im unter Pkt. 2 genannten Manuskript, weiterhin in dem im IQWiG-Vorbericht bereits zitierten Manuskript von Euler et al. (eingereicht).

Zudem werden die ausführliche und die Kurzfassung der vollständig überarbeiteten AWMF-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie beigelegt. Sie wurden dem IQWiG schon vor einigen Wochen elektronisch zugesandt, sind jetzt noch einmal in einigen Punkten korrigiert und bei der AWMF unter folgender URL zu finden:
<http://leitlinien.net/049-006.htm>

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Katrin Neumann



Prof. Harald A. Euler



Anlagen:

Formblatt zur schriftlichen Stellungnahme zum Vorbericht

Formblatt zur Darlegung potenzieller Interessenskonflikte

*Neumann K, Euler HA (2008) Bericht an das IQWiG. Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreening (KiSS). Frankfurt am Main: Universität Frankfurt am Main.

*Die Autoren behalten sich vor, bei Einreichung des gekürzten Manuskripts zur Publikation in einer Fachzeitschrift, Manuskript und Referenz wegen der besseren Zitierbarkeit noch an das IQWiG nachzureichen.

Ausführliche und Kurzform folgender Leitlinien:

Neumann, K., Keilmann, A., Kiese-Himmel, C., Rosenfeld, J. & Schönweiler, R. (2008). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Gelesen am 24. 11. 2008 unter <http://leitlinien.net/049-006.htm>

A 1.9 Technische Universität Dortmund (1) / Philipps-Universität Marburg, Klinische Linguistik (2) / Staatsinstitut für Frühpädagogik (3)

Autoren:

Hecking, Mascha, Dr. (1)

Kauschke, Christina, Prof. Dr. (2)

Schlesiger, Claudia (1)

Wirts, Claudia (3)

Adresse:

Dipl.-Päd. Claudia Schlesiger

Technische Universität Dortmund, FB 13

Emil-Figge-Str. 50

44227 Dortmund

Stellungnahme

Dr. Mascha Hecking, Technische Universität Dortmund

Prof. Dr. Christina Kauschke, Philipps-Universität Marburg

Claudia Schlesiger, Technische Universität Dortmund

Claudia Wirts, Staatsinstitut für Frühpädagogik

03.12.2008

Betrifft: Vorbericht „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“, vom 27.10.2008, Auftragsnummer S06-01

Stellungnahme zu Bewertung und Interpretation der im Vorbericht eingeschlossenen Studien

Insgesamt halten wir den Vorbericht zu „Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ für einen äußerst sorgfältig recherchierten systematischen Review. Zur Bewertung und Interpretation der Punkte „Diagnostik“ und „Therapie“ möchten wir jedoch einige Aspekte hinzufügen.

Stellungnahme zu Punkt 5.2 des Vorberichts: Diagnostik

Die Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (Kauschke & Siegmüller 2002) wurde im Vorbericht aufgrund der fehlenden Validierung von der Bewertung ausgeschlossen. Wir möchten darauf hinweisen, dass dieses Verfahren zur Zeit standardisiert und validiert wird und 2009 in einer Neuauflage erscheint, die den Gütekriterien entspricht.

Stellungnahme zu Punkt 5.3 des Vorberichts: Therapie

Der Vorbericht zitiert Therapiestudien, die die Effektivität einer Therapie bei umschriebener Sprachentwicklungsstörung evaluieren. Bei der Auswahl und Interpretation der Studien wurde nicht berücksichtigt, dass eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung, wie in der Diskussion des Vorberichts angemerkt, nicht vor dem dritten Geburtstag eines Kindes diagnostiziert werden kann (von Suchodoletz 2004). Bei den Studien, die Kinder mit einem Durchschnittsalter von 2;0 bis 2;6 Jahren untersuchen, handelt es sich um Studien zu Late talkers. Late talkers werden definiert als Kinder mit einem unterdurchschnittlich geringen aktiven Wortschatz (weniger als 50 Wörter oder unter der 10. Perzentile) mit den gleichen Ausschlusskriterien wie bei einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung. Der geringe Wortschatz bei Zweijährigen stellt zurzeit den am besten untersuchten und prognostisch aussagekräftigsten Frühindikator für umschriebene Sprachentwicklungsstörungen dar. Late talkers haben ein hohes Risiko, eine umschrie-

bene Sprachentwicklungsstörung auszubilden. Aber nur ein Teil der Late talkers bildet im Vorschulalter eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung aus. Ein anderer Teil der Late talkers kann bis zum dritten Geburtstag den Rückstand in den spontansprachlichen Kompetenzen aufholen (Late bloomers). Empirisch begründete Aussagen darüber, wie hoch der Anteil der aufholenden Kinder tatsächlich ist, sind bislang uneinheitlich, zumal sie von der Definition und den Messmethoden des Aufholens abhängen. Bei sprachlich komplexeren Kompetenzen, wie beispielsweise dem Text- bzw. Leseverständnis, zeigen Late bloomers auch mit 13 Jahren noch signifikant schlechtere Leistungen als Kinder ohne Late-talker-Vergangenheit (von Suchodoletz 2004). Festzuhalten bleibt, dass zweijährige Late talkers und Kinder ab drei Jahren mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen zunächst zwei unterschiedliche Gruppen sind und sich erst im Entwicklungsverlauf zeigt, welches Kind welcher Gruppe angehört. Nahezu alle Kinder mit umschriebener Sprachentwicklungsstörung haben eine Late-talker-Vergangenheit, aber nicht alle Late talkers entwickeln eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung.

Folglich muss auch in der Analyse von Therapiestudien zwischen Late-talker-Studien und Studien zur umschriebenen Sprachentwicklungsstörung getrennt werden. Dies führt uns bei der Betrachtung der im Vorbericht zitierten 16 Therapiestudien zu folgender Bewertung und Interpretation der Studien: Fünf der 16 Therapiestudien sind definitiv keine Studien zur Therapieeffektivität bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen sondern zur Effektivität einer Frühintervention bei Late talkers (Buschmann 2008; Gibbard 1994; Girolametto 1996; Girolametto 1997; Robertson 1999). Die Studie von Glogowska (2000) ist schwierig zu interpretieren, da sie zum einen sowohl einjährige und zweijährige Late talkers als auch dreijährige Kinder mit umschriebener Sprachentwicklungsstörung einbezieht und zum anderen die Behandlungsfrequenz dermaßen gering ist (acht Therapiesitzungen in einem Jahr), dass nicht von einer Therapie, zu der auch eine gewisse Intensität und Kontinuität gehört, gesprochen werden kann. Aus diesen Gründen kann die Studie von Glogowska (2000) zur Bewertung der Effektivität von Sprachtherapie im Folgenden nicht mehr herangezogen werden. Letztendlich verbleiben noch zehn Studien, die tatsächlich die Wirksamkeit von Sprachtherapie bei umschriebener Sprachentwicklungsstörung evaluieren (Almost 1998; Denne 2005; Ebbels 2007; Gillam 2008; Maggiolo 2003; Robertson 1997; Rvachew 1994; Tufts 1959; Wilcox 1978; Yoder 2005).

Die Hauptergebnisse der Studien zur umschriebenen Sprachentwicklungsstörung möchten wir den Hauptergebnissen der Late-talker-Studien gegenüberstellen, und zwar getrennt nach linguistischen Ebenen analog zu Punkt 5.3.5 des Vorberichts zum indirekten Altersvergleich.

Es werden vier Studien mit vergleichbaren morpho-syntaktischen Endpunkten genannt. In beiden Late-talker-Studien wurde ein signifikanter positiver Effekt auf die morpho-syntaktische Ebene gefunden (Robertson 1999; Gibbard 1994), in beiden Studien mit umschrieben sprachentwicklungsgestörten Kindern dagegen nicht (Almost 1998; Yoder 2005). Daraus folgern wir, dass in Bezug auf die Grammatik für die Wirksamkeit der sprachtherapeutischen Frühintervention bei zweijährigen Late talkers starke Evidenz vorliegt. Dies muss besonders hervorgehoben werden, da der Dysgrammatismus ein Leitsymptom der umschriebenen Sprachentwicklungsstörung darstellt, der, falls er bis zum Schuleintritt nicht überwunden sein sollte, in der Regel zu einer Beschulung auf einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache oder Lernen führt, da die fehlenden sprachlichen Fähigkeiten den schulischen Lernerfolg und Wissenserwerb erheblich behindern.

Ähnliche Schlussfolgerungen gelten für den semantisch-lexikalischen Bereich. Die Studien, die positive Effekte auf den Wortschatz der Kinder belegen (Buschmann 2008; Gibbard 1994; Girolametto 1997; Robertson 1999), sind bis auf die Studie von Robertson (1997) ebenfalls Late-talker-Studien und keine Studien mit umschrieben sprachentwicklungsgestörten Kindern. Auch hieraus folgern wir, dass starke Evidenz dafür vorliegt, dass Wortschatzdefizite durch eine Frühintervention bei Zweijährigen behoben werden können.

Im Gegensatz zu den Ebenen Grammatik und Wortschatz überzeugen für die phonetisch-phonologische Ebene die Ergebnisse der Studien zu dreijährigen und etwas älteren Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. Es zeigen sich im Kindergarten- und Vorschulalter hochsignifikante Effekte zugunsten der Therapiekinder (Almost 1998). Die einzige Late-talker-Studie, die die phonetisch-phonologische Ebene überhaupt berücksichtigt, findet für die Artikulationskorrektheit (Prozentsatz der korrekten Konsonanten) keine Effekte. Auch die im Bereich genannte Meta-Analyse von Law (2004) kommt zu dem Ergebnis, dass für die Wirksamkeit einer phonetisch-phonologischen Therapie im Kindergarten- und Vorschulalter bei umschrieben sprachentwicklungsgestörten Kindern (im Vergleich beispielsweise zur Therapie auf der morpho-syntaktischen Ebene) starke Evidenz vorliegt.

Die Analyse zur pragmatisch-kommunikativen Ebene zeigt abschließend, dass hier auch für die Late-talker-Studie (Robertson 1999), jedoch nicht für die Studie mit älteren umschrieben sprachentwicklungsgestörten Kindern (Yoder 2005), ein positiver Therapieeffekt auf die Verständlichkeit in der Kommunikation gefunden wird.

Zusammenfassend können wir in einem Vergleich der Studien mit zweijährigen Late talkers einerseits und Studien mit umschrieben sprachentwicklungsgestörten Kindern ab einem Alter von drei Jahren andererseits folgende Schlussfolgerungen ziehen: Es liegt starke Evidenz dafür vor, dass die Grammatik- und Wortschatzentwicklung sowie die allgemeine Kommunikationsfähigkeit (gemessen an der Verständlichkeit der Äußerungen) insbesondere durch eine sprachtherapeutische Frühintervention bei zweijährigen Late talkers positiv beeinflusst werden kann. Dies trifft nicht auf die phonetisch-phonologische Ebene zu. Hier zeigen Studien zu Kindern ab drei Jahren, bei denen bereits eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert werden kann, hochsignifikante Therapieeffekte.

Fazit

Aufgrund der bisherigen empirischen Datenbasis plädieren wir bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen für eine frühe Therapie bei zweijährigen Late talkers, wenn Störungen im Bereich des Wortschatzes oder der Grammatik auftreten. Um eine Übertherapie der Late bloomers, also der Kinder, die spontan aufholen, zu vermindern, empfehlen sich beim heutigen Forschungsstand drei Maßnahmen:

1.

Der Therapiebeginn ist indiziert, wenn neben dem Late-talker-Profil (d. h. der Einschränkungen im produktiven Lexikon) weitere sprachliche Auffälligkeiten oder zusätzliche Risikofaktoren auftreten. Im sprachlichen Bereich sind insbesondere rezepptive Auffälligkeiten (eingeschränktes Wort- oder Satzverstehen) relevant. Weitere negative Prädiktoren, die einen frühen Therapiebeginn nahe legen, sind ein geringer elterlicher Bildungshintergrund sowie ein schwacher nonverbaler Entwicklungsstand.

2.

Eine frühe Intervention sollte als Intervalltherapie geplant werden, in der zunächst die lexikalisch-semantischen Fähigkeiten und der Einstieg in die Grammatik fokussiert werden. Erst in einem späteren Alter sollten noch bestehende phonetisch-phonologische Störungen behandelt werden.

3.

Um die Gefahr einer unnötigen Therapie bei späteren Late bloomers abzuwenden, besteht die Möglichkeit, die Frühintervention erst ab einem Alter von 2;6 Jahren aufzunehmen, wenn sich in der Phase zwischen 2;0 und 2;6 Jahren keine Aufholtendenzen gezeigt haben.

Kontaktdaten

Dr. Mascha Hecking, Technische Universität Dortmund

Claudia Schlesiger, Technische Universität Dortmund

Fakultät Rehabilitationswissenschaften

Rehabilitation und Pädagogik bei Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen

Emil-Figge-Str. 50

44227 Dortmund

Mail: mascha.hecking@tu-dortmund.de

claudia.schlesiger@tu-dortmund.de

Prof. Dr. Christina Kauschke, Philipps-Universität Marburg

Fachbereich 09

Institut für Germanistische Sprachwissenschaft

Wilhelm-Röpke-Straße 6A

35032 Marburg

Mail: kauschke@staff.uni-marburg.de

Claudia Wirts

Staatsinstitut für Frühpädagogik

Eckbau Nord

Winzerstraße 9

80797 München

Mail: claudia.wirts@ifp.bayern.de

Literatur

Almost 1998

Almost D, Rosenbaum P. Effectiveness of speech intervention for phonological disorders: A randomized controlled trial. *Dev Med Child Neurol* 1998; 40(5): 319-325.

Buschmann 2008

Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J, Philippi H. Parent-based language intervention for two-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. [Epub ahead of print] doi:10.1136/adc.2008.141572. *Arch Dis Child* 2008.

Buschmann A, Jooss B, Blaschikowitz H, Koch-Graus A, Schumacher D, Heggen I et al. Frühe Sprachförderung. In: Karch D, Pietz J (Eds). *Aktuelle Neuropädiatrie* 2006. Nürnberg: Novartis Pharma; 2007.

De Koning 2004

De Koning HJ, De Ridder-Sluite JG, Van Agt HM, Reep-Van den Bergh CM, Van der Stege HA, Korfage IJ et al. A cluster-randomised trial of screening for language disorders in toddlers. *J Med Screen* 2004; 11(3): 109-116.

Denne 2005

Denne M, Langdown N, Pring T, Roy P. Treating children with expressive phonological disorders: Does phonological awareness therapy work in the clinic. *Int J Lang Commun Disord* 2005; 40(4): 493-504.

Ebbels 2007

Ebbels SH, van der Lely HK, Dockrell JE. Intervention for verb argument structure in children with persistent SLI: a randomized control trial. *J Speech Lang Hear Res* 2007; 50(5): 1330-1349.

Gibbard 1994

Gibbard D. Parental-based intervention with pre-school language-delayed children. *Eur J Disord Commun* 1994; 29(2): 131-150.

Gillam 2008

Gillam RB, Loeb DF, Hoffman LM, Bohman T, Champlin CA, Thibodeau L et al. The efficacy of Fast ForWord language intervention in school-age children with language impairment: A randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* 2008 51(1): 97-119

Girolametto 1996 (Pilotstudie)

Girolametto L, Steig Pearce P., Weitzman E. The effects of focused stimulation for promoting vocabulary in young children with delays: A pilot study. *J Child Commun Dev* 1996; 17(2): 39-49.

Girolametto 1997

Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. *J Speech Hear Res* 1996; 39(6): 1274-1283.

Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(2): 338-348.

Glogowska 2000

Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters TJ. Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ* 2000; 321(7266): 923-926.

Kauschke & Siegmüller 2002

Kauschke C, Siegmüller, J. *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier.

Law 2004

Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res* 2004; 47(4): 924-943.

Maggiolo 2003

Maggiolo M, Pavez MM, Coloma CJ. Narrative intervention for children with specific language impairment [Spanish]. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiologia* 2003; 23(2): 98-108.

Robertson 1997

Robertson SB & Weismer SE. The influence of peer models on play scripts of children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40(1):49-61.

Robertson 1999

Robertson SB, Weismer SE. Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42(5): 1234-1248.

Rvachew 1994

Rvachew S. Speech perception training can facilitate sound production learning. *J Speech Hear Res* 1994; 37(2): 347-357.

Tufts 1959

Tufts LC, Holliday AR. Effectiveness of trained parents as speech therapists. *J Speech Hear Disord* 1959; 24(4): 395-401.

Van Agt 2007

Van Agt HM, Van der Stege HA, De Ridder-Sluiters H, Verhoeven LT, De Koning HJ. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: Effects on school performance and language development at age 8. *Pediatrics* 2007; 120(6): 1317-1325.

Von Suchodoletz 2004

Von Suchodoletz W. Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In: Von Suchodoletz W (Ed). *Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen?* Göttingen: Hogrefe; 2004. S. 155-199.

Wilcox 1978

Wilcox MJ & Leonard LB. Experimental acquisition of Wh-questions in language-disordered children. *J Speech Hear Res* 1978; 21(2): 220-39.

Yoder 2005

Yoder PJ, Camarata S, Gardner E. Treatment effects on speech intelligibility and length of utterance in children with specific language and intelligibility impairments. *J Early Interv* 2005; 28(1): 34-49.

A 2 Stellungnahmen von Privatpersonen

Es lagen keine Stellungnahmen von Privatpersonen vor.