

Erwartungen an eine stationäre Rehabilitation von Sprachentwicklungsstörungen im Kindesalter

Katrin Neumann

Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Münster



Das WHO Rehabilitationsprogramm

Rehabilitation erweitert den Fokus der Gesundheit über die präventive und kurative Versorgung hinaus, um sicherzustellen, dass die Menschen so unabhängig wie möglich bleiben und an Bildung, Arbeit und sinnvollen Lebensaufgaben teilnehmen können.

Weltweit leben schätzungsweise 2,4 Milliarden Menschen in einem Gesundheitszustand, der von einer Rehabilitation profitieren würde

Bedarf wird in den kommenden Jahren wegen Veränderungen des Gesundheitszustands u. der Merkmale der Bevölkerung steigen

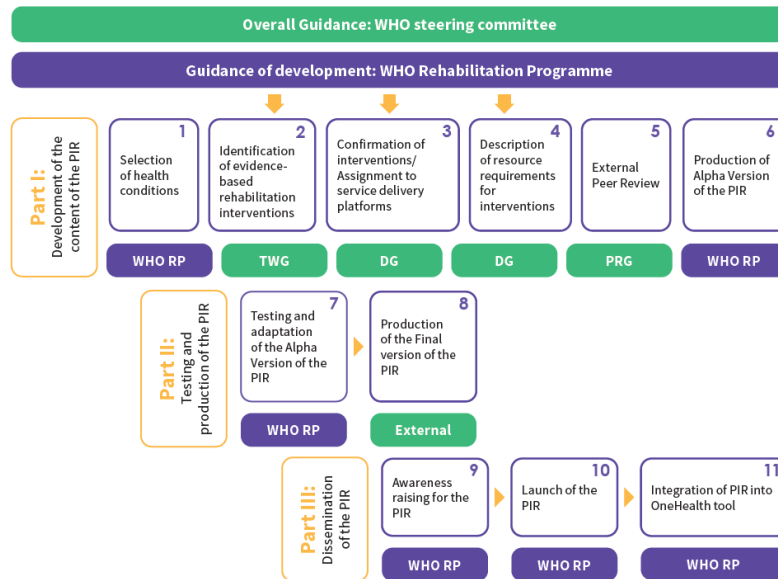
Menschen leben länger, haben aber mehr chronische Krankheiten und Behinderungen

WHO-Initiative "Rehabilitation 2030" im Jahr 2017 gestartet

WHO entwickelt ein Maßnahmenpaket für die Rehabilitation (PIR) - **Package of Interventions for Rehabilitation (PIR)**

Das PIR wird Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen bereitstellen, um die Gesundheitsministerien bei der Planung, Budgetierung und Integration evidenzbasierter Rehabilitation in die Gesundheitssysteme zu unterstützen.

WHO: Package of Interventions for Rehabilitation (PIR)



PIR = Package of Interventions for Rehabilitation; WHO RP = World Health Organization Rehabilitation Programme; TWG = Technical Working Group; DG = Development Group; PRG = Peer Review Group



Development

- Identification of evidence and resource requirements for selected health conditions
- Peer review process
- Alpha version



Testing and production

- Testing of alpha version
- Production of online tool and printed materials



Dissemination

- Awareness raising
- Launch

Für die Entwicklung des PIR wurden Gesundheitszustände ausgewählt, die sich auf verschiedene Krankheitsbereiche beziehen. Launch Herbst 2022 geplant.

Sprachentwicklungsstörungen (SES)

Bedeutsame Abweichungen von der unauffälligen Sprachentwicklung, die sich negativ auf soziale Interaktionen, den Bildungsverlauf und/oder die gesellschaftliche Teilhabe von Kindern auswirken können. Sie können in Zusammenhang mit einer anderen umfassenden Beeinträchtigung auftreten oder auch unabhängig von solchen Bedingungen.

unterteilbar in:

(Umschriebene) Sprachentwicklungsstörungen ((U)SES; ICD-10: F80.0; ICD-11: 6A01.2)

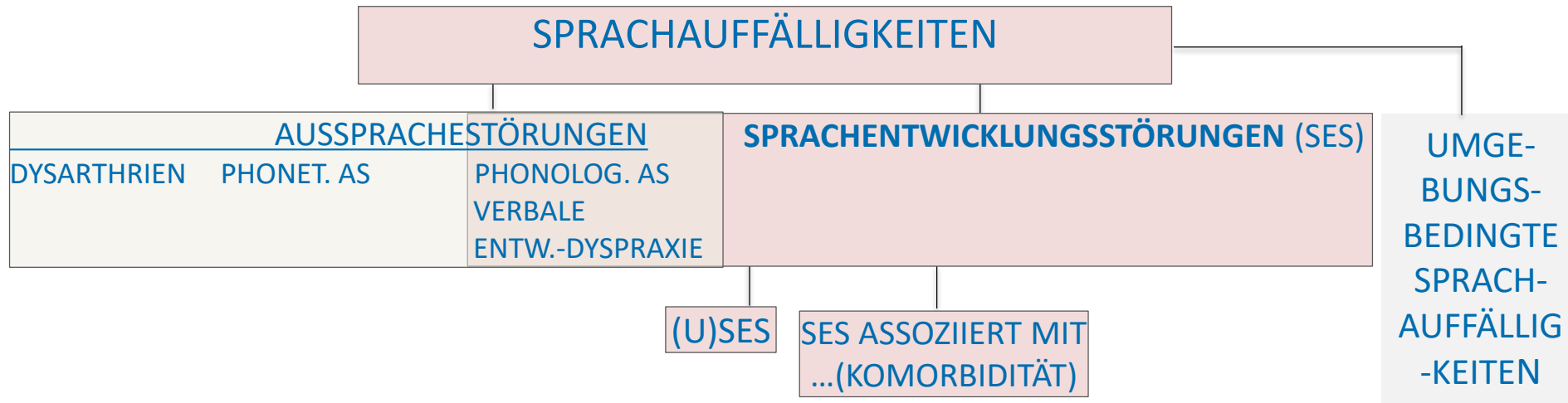
- Störungen, bei denen normale Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind
- nicht direkt neurologischen Störungen o. Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung o. Umweltfaktoren zuzuordnen
- ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen u. Rechtschreiben, Störungen in zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen u. Verhaltensbereich
- Prävalenz: 7,3-7,4% (Norbury et al. 2016, Tomblin et al. 1997)

und

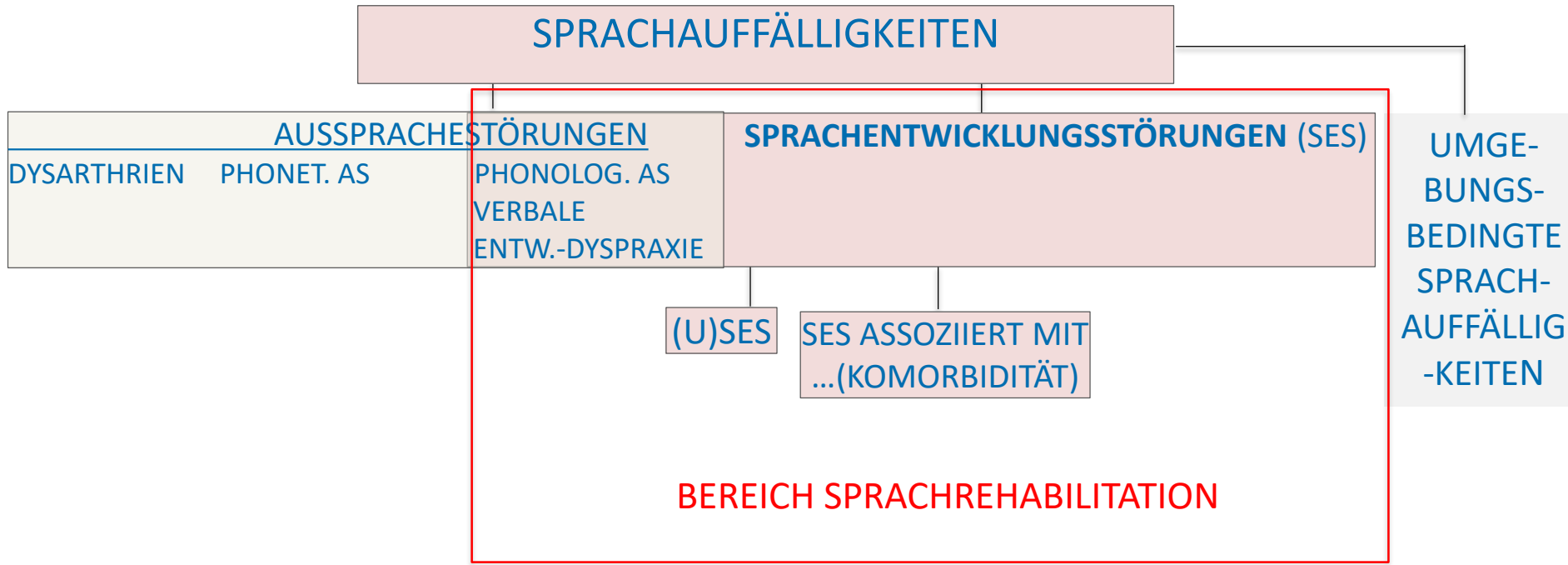
- **SES bei Komorbiditäten** wie Hör-, neurologischen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen oder soziokulturellen Umweltfaktoren
- Prävalenz: 2,3% (Norbury et al. 2016)

Prävalenz SES: 9,6-9,7%

Abzugrenzen von • Umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten



- Diagnose (U)SES basiert auf Diskrepanz d. Sprachkompetenzen eines Kindes u. seinem Alter + „Normalitätsannahme“
- **Ausschluss:** wesentliche neurolog., sensor., kognit. sprachrelevante Beeinträchtigungen oder Umweltfaktoren
- **Normalitätsannahme:** (U)SES - Kind bis auf die Sprache weitgehend altersgerecht entwickelt (subtile motorische, kognitive, auditive Störungen können vorliegen); keine wesentliche Intelligenzminderung (IQ <(77-)85, gemessen m. nonverbalem Intelligenztest)
- **Diskrepanzkriterium:** die mit standardisierten & normierten Tests erfassten rezeptiven/expressiven sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes liegen auf einer oder mehreren sprachlich-kommunikativen Ebenen deutlich (LL: **1,5-2 SD**) unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus (**Altersnorm**)

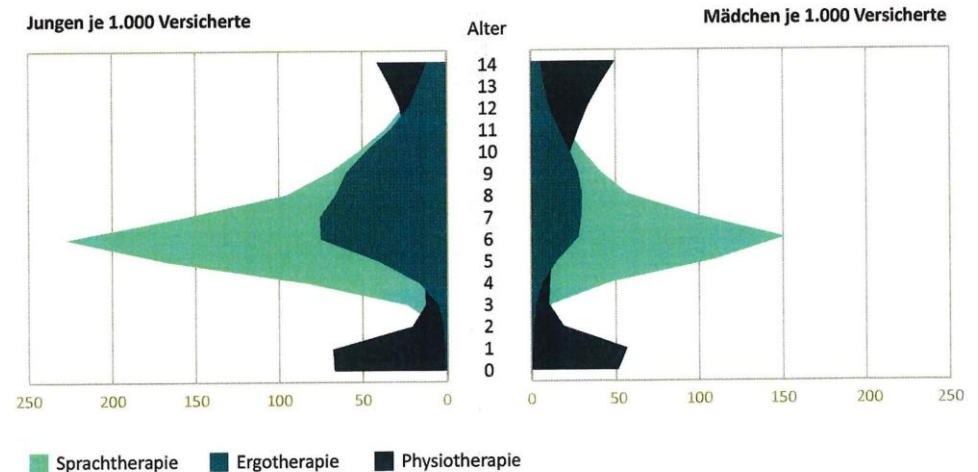


Behandlungssituation SES

- Sprachtherapie: eine der häufigsten Therapien im Kindesalter, zumeist wegen SES
- 2018 erhielt jedes 5. Kind im Alter von 6 Jahren Sprachtherapie: 24,1% d. Jungen, 15,2% d. Mädchen
- Bei Kindern bis 14 Jahre ist Sprachtherapie mit 47,9% häufigstes Heilmittel (Heilmittelbericht der AOK, Waltersbacher 2019)

Abbildung 28: Patientenrate bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2018)

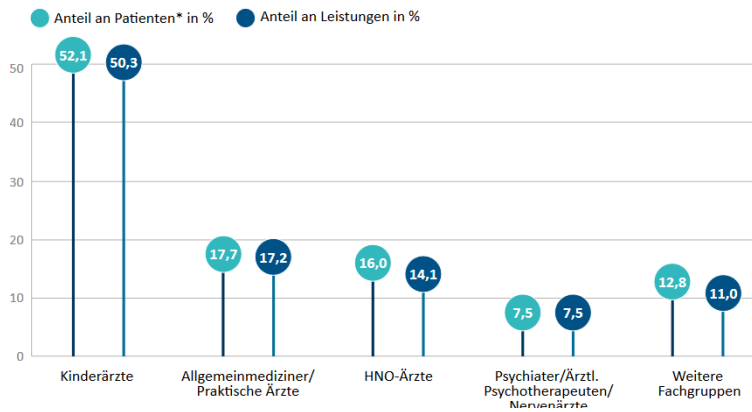
Quelle: AOK-HIS 2019



2020 erhielten 11,5% d. 5-9-Jährigen Sprachtherapie: 14,1% d. Jungen, 8,9% d. Mädchen (pandemiebedingter Rückgang um 2,2%) (Heilmittelbericht d. AOK: WiDO 2022)

Abbildung 28: Sprachtherapeutische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2020)

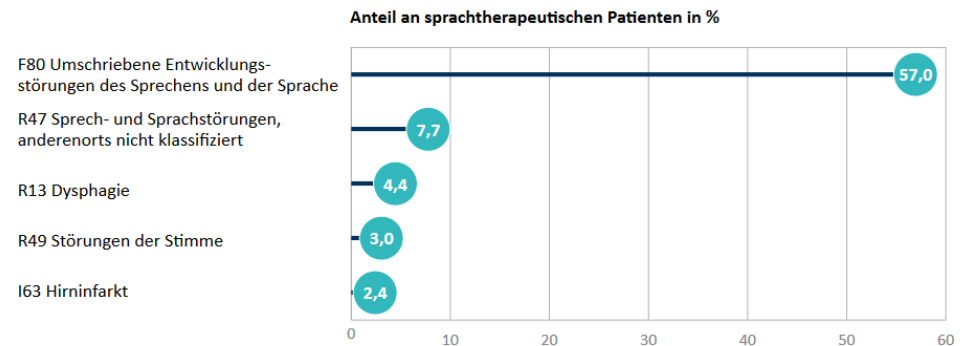
Quelle: AOK-HIS 2021



Kinderarzt*innen sind häufigste Verordner*innen von Sprachtherapie

Abbildung 29: Die fünf häufigsten Diagnosen bei sprachtherapeutischen Patienten (AOK, 2020)

Quelle: AOK-HIS 2021



SES sind die häufigsten Indikationen für Sprachtherapie (alle Altersklassen)

S3-Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ (AWMF-Register-Nr. 049-015): schließt 22 Fachgesellschaften + Patientenvertretung ein

- Arbeitsgemeinschaft Cochlear Implant (Re)Habilitation e.V. (ACIR)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und Sektion Klinische Psychologie im BDP
- **Bündnis Kinder- und Jugendreha (BKJR)**
- Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V. (DGHNO)
- Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA)
- Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)
- **Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention**
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
- Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)
- Deutsche Kinderhilfe
- Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie (BVPP)
- Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte (BV-HNO)
- Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS)
- Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen e.V. (GISKID)
- Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)
- Verband Sonderpädagogik e.V. (vds)

Ziel und Methode der Leitlinie

Bewertet Effektivität verschiedener Interventionsmethoden nach Evidenzleveln u. gibt Handlungsempfehlungen ab

Methode

- Systematischer Literaturreview zur Evaluation der gegenwärtigen Studienlage
- Berücksichtigung auch deutschsprachiger Arbeiten
- Sichtung auch Studien geringerer als üblicher Qualität mittels Handsuche

Beinhaltet auch ein Kapitel zur stationären Sprachrehabilitation



Stationäre medizinische Rehabilitation bei SES

Inhalte aus der noch nicht endgültig konsentierten S3-Leitlinie, Kapitelautorinnen: M. Schröder & C. Kiese-Himmel; unter Mitarbeit von J. Hauschild

- ...gehört neben ambulanten u. teilstationären Maßnahmen zu den Therapieoptionen von SES, insbesondere bei schweren SES
- **Ziel:** krankheitsbedingt drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen d. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung gebotener Rehabilitationsleistungen abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern
- **Indikationen:** früher nach BAR (Bundes-AG f. Rehabilitation 2008): wenn ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichen, nicht durchführbar sind oder ohne Erfolg durchgeführt wurden
- Jetzt nach Flexirentengesetz (2016): „Voraussetzung ist, dass hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.“ (§ 15a Absatz 1 SGB VI).
- Kinder- u. Jugendrehabilitation ist eine zu beantragende medizinische Leistung
- Kinder- u. Jugendärzt*innen, Phoniater*innen-Pädaudiolog*innen, Hausärzt*innen bzw. Kinder- und Jugendpsychiater*innen unterstützen den Antrag mit ärztlichen Befundberichten

Für erfolgsversprechende Maßnahme im Vorfeld zu prüfen (gem. BAR 2008)

- Rehabilitationsbedürftigkeit: Diese „...bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste *Beeinträchtigung der Teilhabe*, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht“.
- Rehabilitationsfähigkeit: Diese „...bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (z. B. Motivation bzw. Motivierbarkeit u. Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation“
- Rehabilitationsprognose in einem „notwendigen“ Zeitraum (mindestens 4 Wochen)

Elternbeteiligung

- Primär Vorschulkinder u. jüngere Schulkinder von SES betroffen → üblicherweise Elternbegleitung zur stationären Therapie (Anspruch, wenn zur Durchführung oder zum Erfolg der Reha-Maßnahme nötig)
- Daher zielt Therapie nicht nur auf Kind, sondern soll auch Familie befähigen, mit der SES förderlich u. den Alltag bewältigend umzugehen
- Positiver Einfluss von geschultem sprachförderndem Elternverhalten auf verzögerte (bis 3. Geburtstag) oder gestörte Sprachentwicklung nachgewiesen: z. B. Heidelberger Elterntraining Roberts et al. (2019): Metaanalyse mit 76 eingeschlossenen Studien u. 5848 Teilnehmenden → Training von Eltern, deren Kinder (Alter: bis zu 6 Jahre, Durchschnitt 3,5 Jahre) Sprachinterventionen erhielten, verbessert
 - Verhalten der Eltern (Verwendung unterstützender, sprachfördernder Strategien)
 - Sprachleistungen der Kinder
- Eltern sollten in die Intervention einbezogen werden sollten, um die Chancen der Kinder auf eine positive Sprachentwicklung zu erhöhen



Elternarbeit

- Elternunterstützung durch Beratung & Anleitung; Erarbeitung verbesserten elterlichen sprachlichen & kommunikativen Verhaltens
- Hauptort der (Bildungs-)Arbeit: Familie & deren Interaktionen untereinander; positive, von Wertschätzung getragene Beziehungen unterstützen Kindesentwicklungsprozess
- Unspezifische Wirkung der stationären Sprachreha auf begleitendes Elternteil: Steigerung des Wohlbefindens & verringerte Belastung durch:
 - Entlastung von häuslichen Verpflichtungen und anderen Belastungen
 - Reduzierung von Schuldgefühlen, Sorgen und Ängsten
 - Kontakt zu anderen betroffenen Eltern
 - Erleben anderer Kinder mit Entwicklungsstörungen
 - Transfer von Therapieergebnissen in die Familie
- Spezifische Elternangebote während stationärer Sprachreha:
 - Psychoedukative Elterngesprächskreise & Vorträge
 - Hospitationen während einzelner Therapien
 - Einzelberatungen
- Eltern lernen ihre Kinder und deren Entwicklungsstand „neu“ kennen
- Aktivierung sprach- und beziehungsförderlicher Kompetenzen → Eltern als Ko-Therapeuten (lernen z. B., Aufmerksamkeitsfokus des Kindes zu folgen, über „Turn-takings“ bewusst Emotionen & Intentionen in den Dialog einzubauen)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Regelmäßige Treffen der Therapeuten*innen: Ärzt*innen, Sprach-, Bewegungs-, Ergo-, Musik- & ggf. Psychotherapeut*innen, Heil- & Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen gewährleistet u. erhöht Rehabilitationserfolg
- Schulpflichtige Kinder erhalten i.d.R. 2 Unterrichtsstunden/Tag (Stützunterricht; Lehrkräfte d. Heimatschulen können im Vorfeld Schwerpunkte festlegen)
- In manchen Reha-Einrichtungen besuchen schulpflichtige Kinder auch Schule am Ort

Gesamtdauer und Transfer

- Junge Kinder können i.d.R. 4-wöchige Intensivtherapiephase gut bewältigen.
- Störungen, die hohe Repetitionsrate zum Einschleifen neuer neuromotorischer Programme benötigen, z. B. verbale Entwicklungsdyspraxie → ambulante Weiterbehandlung nach Rehaaufenthalt indiziert

Therapiebausteine und -dosis

- Stationäre Therapien erfordern interdisziplinäre Konzepte
- Therapieplanung individuell abgestimmt (Therapiefrequenz, Berücksichtigung Komorbiditäten)
- Interventionen beim Kind sind: multimodal, interdisziplinär u. intensiv
- Meist täglich 1 Sprachtherapie-Einheit als Einzeltherapie oder in Kleinstgruppen
- Sprachtherapie u. weitere Therapiebausteine sollen Sprachleistungen soziale Kompetenz, Selbstbewusstsein, Einhalten von Regeln, Aufmerksamkeit verbessern, Sprechfreude wecken, bei Schulkindern angemessenes Arbeitsverhalten aufbauen
- Sprachentwicklung ist eng mit Teilbereichen der Gesamtentwicklung verbunden: motorische, kognitive, emotional-sozialen Entwicklung, Assoziation zur *Theory of Mind* (Konzept, das Kind früh in der Entwicklung entwickelt; Fähigkeit, sich in Gedanken, Überzeugungen, Absichten, Gefühle & Erwartungen eines anderen Menschen hinzueindenken & dessen Perspektive zu übernehmen)
- Vor diesem Hintergrund weitere unterstützende Therapien:
 - tägliche Gruppen-Bewegungstherapie zielt auf Verbesserung von Sensomotorik, Motorik, Bewegungskoordination, Psychomotorik & Erhöhung des Selbstbewusstseins
 - Ergotherapie, Heilpädagogik, Musiktherapie (einzeln u. Gruppe) fördern Spiel-, Wahrnehmungs- & sozial-emotionale Entwicklung
 - Bedarfsweise ergänzende psychotherapeutische Maßnahmen

Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation bei SES

- Fermor (2017), Längsschnittstudie: durch stationäre Intensivtherapie Erweiterung d. gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten d. Kinder, besonders in expressiven u. motorischen Bereichen & in Pragmatik/Kommunikation
 - Keilmann & Kiese-Himmel (2011). Stationäre Sprachtherapie bei Kindern m. schweren spezif. SES. Laryngo-Rhino-Otol:
 - Block- & Intervalltherapie besserten rezeptiven Sprachfähigkeiten mit großem Effekt (B: $d=0,89$; I: $d=0,95$)
 - Mittlere Effekte bei expressivem Wortschatz (B: $d=0,60$; I: $d=0,79$),
 - Eher niedrigere Effekte bei phonologischer Verarbeitung (B: $d=0,37$; I: $d=0,48$)
 - Dippold et al. (2020), Langzeit-Schul- u. Sprachentwicklung nach stationärer Sprachtherapie: 193 Erwachsene mit ehemals schwerer spezifischer SES
 - Ca. die Hälfte besuchte in den ersten 4 Jahren Regelgrundschule, andere Hälfte Sprachheilschule
 - Schulabschluss: $\frac{1}{3}$ Abitur/Fachabitur, $\frac{1}{3}$ Realschul-, $\frac{1}{3}$ Hauptschul-, 3 sonderpädagog. Abschluss, 1 ohne Abschluss, d.h. >90% mit Regelschulabschluss
 - Keine sprachlichen Einschränkungen mehr empfanden 71%
- Günstiger Verlauf d. Schul- u. Sprachentwicklung nach stationärer Therapie bei schwerer SES

Vorgeschlagene Empfehlungen

Leistungen zur Kinderrehabilitation sollten dann erfolgen, wenn „...hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wieder-hergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.“

•Quellen: § 15a Absatz 1 SGB VI Leistungen zur Kinderrehabilitation (letzte Aktualisierung am 28.06.2022).

Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 08.12.2016, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 59, ausgegeben zu Bonn am 13. Dezember 2013.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation sollte für Kinder mit schweren Sprachentwicklungsstörungen erwogen werden.

•Quellen: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR.) Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche [Internet]. Frankfurt/Main; 2008.

Keilmann A & Kiese-Himmel (2011) Stationäre Sprachtherapie bei Kindern mit schweren spezifischen Sprachentwicklungsstörungen;

Dippold et al. (2022) Langzeitverlauf nach stationärer Sprachtherapie: schulische und sprachliche Entwicklung von Kindern mit schwerer spezifischer Sprachentwicklungsstörung (SES)

Fermor (2017) Effektivität stationärer Sprachtherapie bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. Sprachtherapie aktuell: Forschung-Wissen-Transfer: Schwerpunktthema: Intensive Sprachtherapie

Vorgeschlagene Statements und Empfehlungen

Der positive Einfluss von geschultem sprachförderndem Elternverhalten auf die verzögerte expressive Sprachentwicklung von Kleinkindern wurde nachgewiesen.

Der hauptsächliche Ort der Bildungsarbeit ist die Familie und deren Interaktionen untereinander.

- Quellen: Girolametto L, Pearce PS, Weitzmann E. Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. *J Speech Hear Res.* 1996;39:1274-83. doi: 10.1044/jshr.3906.1274. Buschmann A. Heidelberger Elternttraining zur frühen Sprachförderung – Beratung der Eltern von Late Talkers. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 2016;4:193-199. Buschmann A. Heidelberger Elternttraining frühe Sprachförderung: HET Late Talkers. Trainermanual (3. Aufl.). München: Elsevier; 2017. Moeller MP, Schick B. Relations between maternal input and theory of mind understanding in deaf children. *Child Dev.* 2006;77:751-66. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00901.x. Zierer K. Die Kompetenz der Eltern ist von zentraler Bedeutung. *Pädiatrie.* 2018;30:38-42. Hoffmann V, Hintermair M. Theory of mind bei hörgeschädigten Kindern: Vorstellung dreier Förderkontexte. *Hörpäd.* 2019;73:151-160.

Eltern sollten in der Sprachrehabilitation ihres Kindes zu sprachförderlichem Verhalten ihm gegenüber beraten und angeleitet werden.

- Quellen: Buschmann A. Heidelberger Elternttraining zur frühen Sprachförderung – Beratung der Eltern von Late Talkers. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 2016;4:193-199. Buschmann A. Heidelberger Elternttraining frühe Sprachförderung: HET Late Talkers. Trainermanual (3. Aufl.). München: Elsevier; 2017. Moeller MP, Schick B. Relations between maternal input and theory of mind understanding in deaf children. *Child Dev.* 2006;77:751-66. Zierer K. Die Kompetenz der Eltern ist von zentraler Bedeutung. *Pädiatrie.* 2018;30:38-42 (S.41). Hoffmann V, Hintermair M. Theory of mind bei hörgeschädigten Kindern: Vorstellung dreier Förderkontexte. *Hörpäd.* 2019;73:151-160.

Die stationäre Sprachtherapie soll durch ein multiprofessionelles Team erfolgen.

Quellen: Keilmann A, Kiese-Himmel C. Stationäre Sprachtherapie bei Kindern mit schweren spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. *Laryngo-Rhino-Otol.* 2011;90(11):677-82.

Behandlungssituation in Deutschland

- Standard: logopädische extensive Einzeltherapien á 45 Minuten 1 x/Woche
- Oft langwierig
- Finden im Durchschnitt nur 0,5-0,7mal pro Woche statt (Siemons-Lühring et al. 2021, Ritterfeld & Rindermann 2004)
- In Deutschland oft wenig evidenzbasiert (Effektivität?)
- Ausreichend große, gut designte, publizierte deutsche Therapiestudien sind rar
- 1. RCT zur Therapie v. Aussprachestörungen (Siemons-Lühring,..., Neumann. Children 2021)



Therapiestudie THESES (Therapie von Sprachentwicklungsstörungen): „Wirksamkeit der Behandlung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen in Deutschland“*, Leitung: Katrin Neumann, Koordination: Denise Siemons-Lühring

Alltagspraktische (*effectiveness*), prospektive, kontrollierte Kohorten- Parallelgruppenstudie

Studienarm 1:

Effektivität von Sprachtherapien könnten von ihrem Setting abhängen
(Einzel- vs. Gruppentherapien, Intensiv- vs. Extensiv- vs. Intervalltherapien,
stationäre vs. ambulante, online vs. Präsenztherapien)

Ziel: Untersucht an 306 monolingual deutschsprachigen Kindern (Alter 3;6-
5;11 J.) mit mittelschweren-schweren SES die Effektivität von
Sprachtherapien in Abhängigkeit von ihrer Häufigkeit in einem definierten
Zeitraum und ihrem Setting

- Extensive ambulante Einzeltherapie (logop. Standardtherapie)
- Stationäre Intensivtherapie
- Intensive Kleingruppentherapie (2-3 Kinder pro Gruppe, 3x pro Woche
über 6 Wochen, Auffrischungen)
- Extensive Online-Einzeltherapie

*Gefördert durch Metzler-Stiftung u. Leopold-Klinge-Stiftung

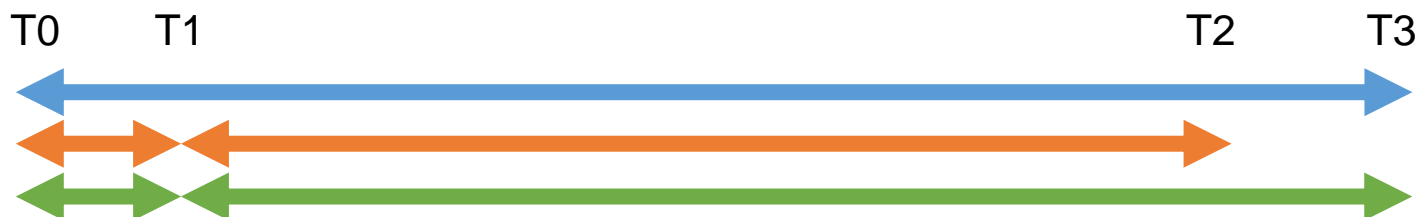
Studienarm 1

Therapien und Testungen

Jeweils 20 Therapieeinheiten pro Kind

T0: Studien-Einschluss: Testung für alle

- T1: Testungen 12 Wochen nach T0 für alle
- T2: Testung 12 Monate nach Therapiebeginn für die **Behandlungsgruppe** (T0)
- T3: Testung 12 Monate nach Therapiebeginn für die **Warte-Kontrollgruppe** (T1)
- **Gesamtstudie:**



Bei Studieneinschluss: phoniatriisch-pädaudiologische Untersuchung, audiometrischen Testung (Tonschwellenaudiometrie, Tympanometrie) Entwicklungs-/Intelligenzdiagnostik, Sprachdiagnostik mit altersgerechten Testverfahren

Stationäre Sprech- u. Sprachrehabilitation



Forschung zum Stottern:
Intensive stationäre Therapien mit
Nachsorgeprogramm wirksamer als
extensive ambulante Therapien
(Euler et al. 2014)

Fraglich:
Auf Therapien von SES übertragbar?

Studie THESES:
Intensive stationäre Sprachrehabilitation, die in der
ambulanten Therapie zu geringe Fortschritte
erzielen

- Können Kinder mit stagnierenden Therapieergebnissen durch eine intensive stationäre Sprachrehabilitation Fortschritte erzielen?
- Wenn ja, sind die Fortschritte vergleichbar mit den Fortschritten die Kinder üblicherweise in einer logopädischen Standardtherapie erzielen?
- **Heute:**
Kurzfristeffekte als Teilergebnisse der noch laufenden überregionalen Studie zur
- **Teilnehmende Zentren:**
 - Ambulante Einzeltherapie: Umkreis von Universitätsklinikum f. Phoniatrie u. Pädaudiologie Münster, Charité Berlin, HTZ Neuwied,
 - Stationäre Sprachrehabilitation: Eubios-Klinik Thalheim, CJD-Klinik Rügen, Klinik Werscherberg

- **3;0-6;11 Jahre**
- **Deutsch als Erst- oder Hauptsprache**
- **IQ ≥ 85**
- **Normakusis bds.** (ein prozentualer Hörverlust, ermittelt mit der 4-Frequenz-Tabelle nach Röser (Boenninghaus und Röser 1973) muss $< 20\%$ sein)
- **mittelschwere bis schwere SES** entsprechend folgender Kriterien:
 - Mittelschwere bis schwere Aussprachestörung: mindestens 3 verschiedene Phoneme und/oder phonologische Prozesse sind betroffen
 - Mindestens 1 Subtest aus den Bereichen Sprachverständnis, Semantik/Lexikon oder Syntax/Morphologie zeigt einen $T \leq 35$

Teilnehmer*innen

n=52:

- Extensive ambulante Einzeltherapie: n=16
- Stationäre Intensivtherapie: n=36

23 w, 29 m – Alter 3;7 – 6;6 Jahre

Stationäre Intensivtherapie: 15 w, 21 m - 4;5 - 6;6 Jahre

Extensive ambulante Einzeltherapie: 8 w, 8 m - 3;7 – 6;1 Jahre

Kurzfristeffekte nach 3 Monaten (Testzeitpunkte T0 - T1)

T0 (Studieneinschluss) T1 (3 Monate später)



Stationäre Intensivtherapie (n=36):

20 logopädische Sitzungen (Einzel- und Gruppentherapie)

Extensive ambulante Einzeltherapie (n=16):

6-8 Sitzungen (Einzel-Präsenztherapie)



Zielgrößen



Differenz der T-Werte zu je 1/4 von T1 zu T0:

Sprachverstehen

Phonologisches
Gedächtnis

Morphologie/Syntax

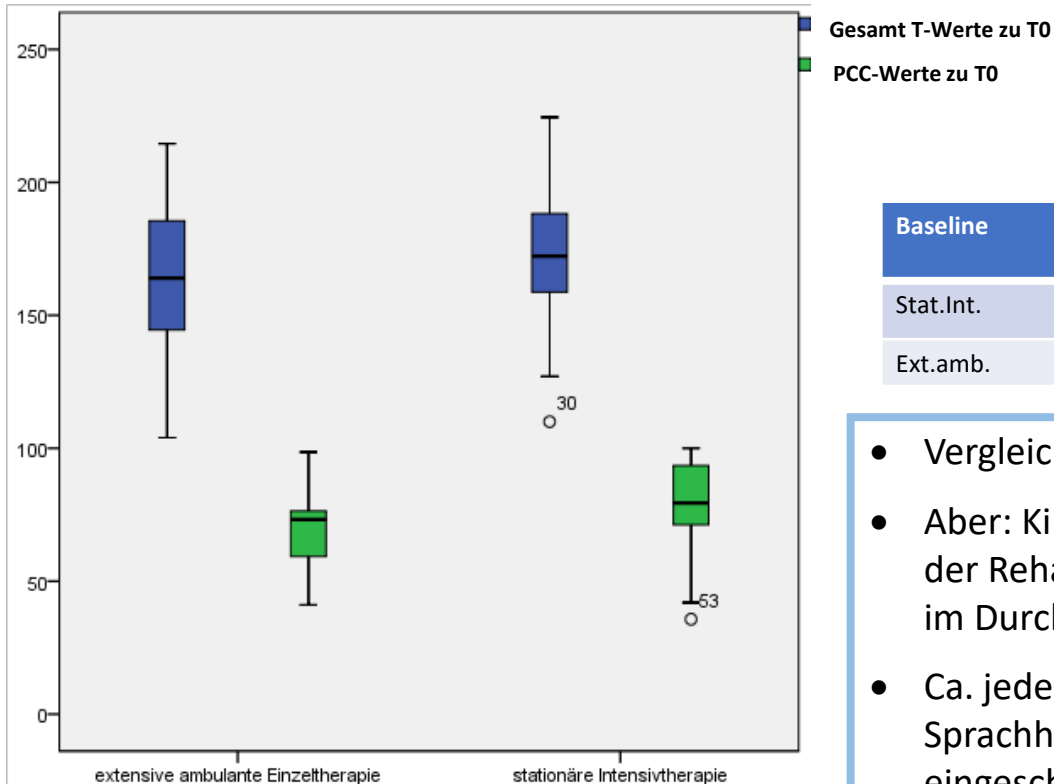
Aktiver Wortschatz

Hauptzielgröße:
Gesamtdifferenzskore

Differenz Prozentsatz
korrekt gebildeter
Konsonanten (PCC)
von T1 zu T0
(Benenntest)

Nebenzielgröße

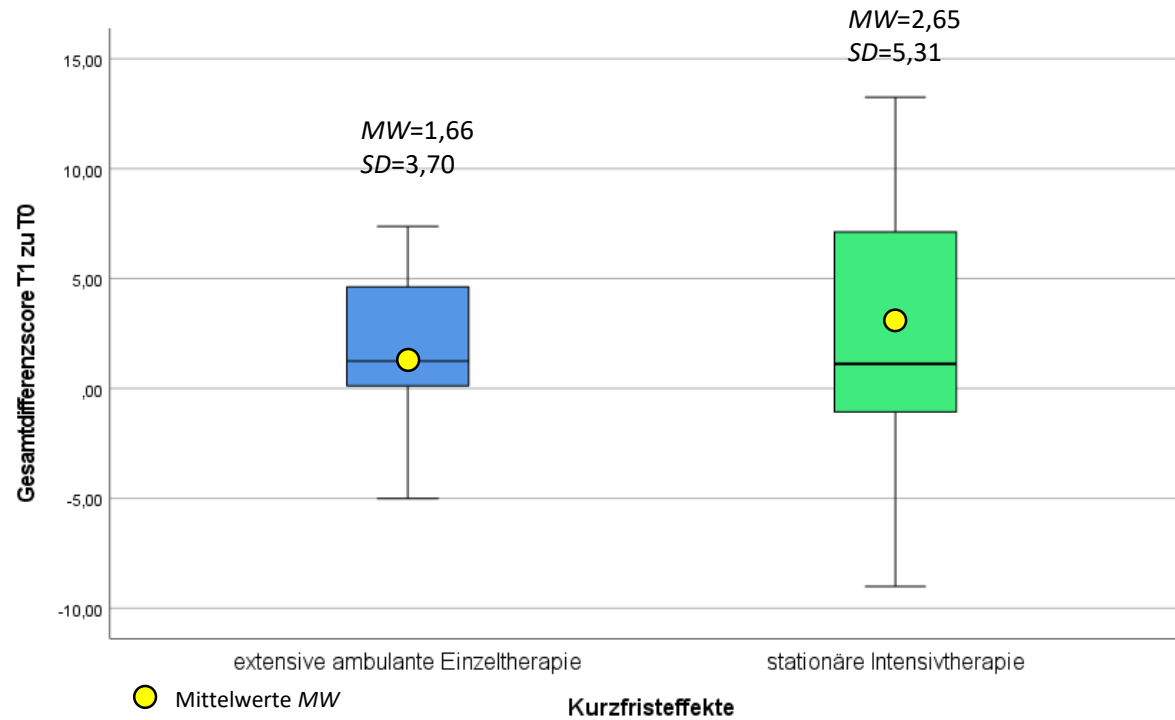
Sprachtestergebnisse zu Studieneinschluss (T0)



Baseline	T-Werte gesamt	¼ Gesamtscore	PCC
Stat.Int.	174,7	43,7	78,0
Ext.amb.	163,8	41,0	69,5

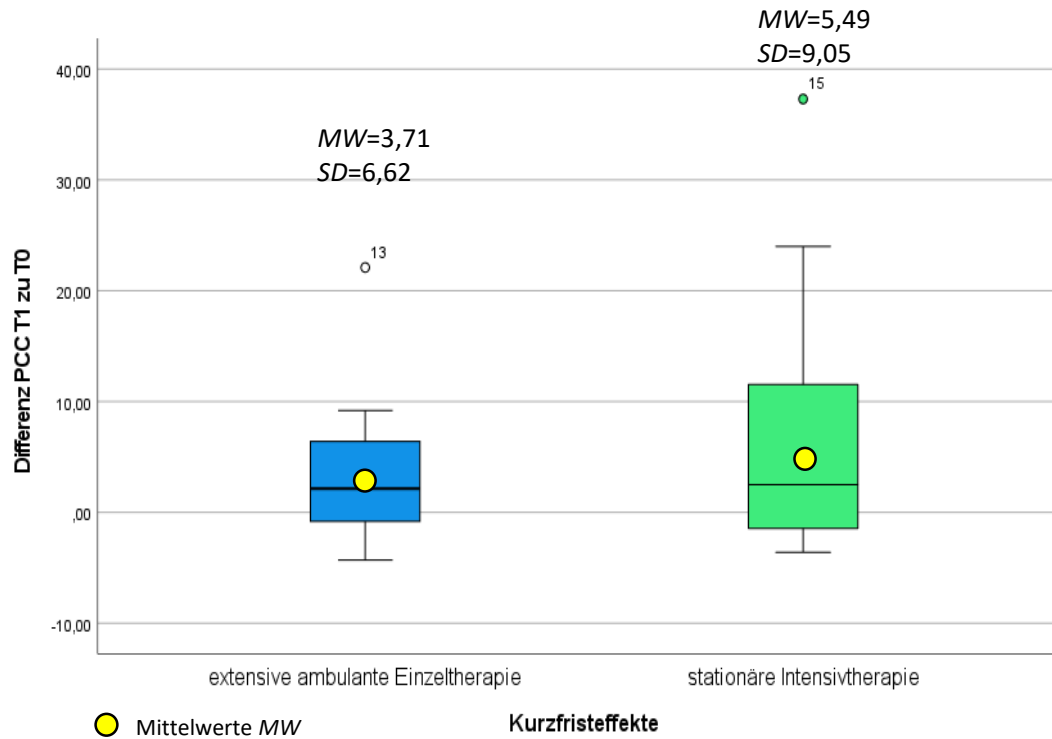
- Vergleichbare Sprachtest-Ausgangswerte
- Aber: Kinder der stationären Sprachreha hatten vor der Reha im Durchschnitt 30,5 Monate Therapie mit im Durchschnitt 94,6 Sitzungen
- Ca. jedes 7. dieser Kinder besucht eine Sprachheilschule oder wurde als Inklusionskind eingeschult
- **Damit unterschiedliche Ausgangslage der verglichenen Gruppen**

Hauptzielgröße: Gesamtdifferenzscore T1 zu T0



E
r
g
e
b
n
i
s
s
e

Nebenzielgröße: Differenz PCC T1 zu T0



E
r
g
e
b
n
i
s
s
e

Diskussion, Ausblick

- Probanden zeigen Fortschritte unter der stationären Intensivtherapie
- Fortschritte sind tendenziell für die stationäre Intensivtherapie etwas größer als für die extensive ambulante Therapie, aber eingeschränkte Vergleichbarkeit beider Gruppen: unterschiedliche Ausgangslage und bislang weniger Therapieeinheiten in der extensiven logopädischen Einzeltherapie als in der stationären Reha
- Zeitraum ist vergleichbar (3 Monate)

Wichtigste Frage: Kann der Effekt über die Reha hinaus erhalten bleiben?

- Langfristeffekte (12 Monate nach Therapiebeginn) müssen diese Ergebnisse bestätigen



Eine stationäre Intensivtherapie kann bei schweren SES kurzfristig die Sprachentwicklung wirkungsvoll unterstützen
und damit eventuell
das Risiko einer persistierenden SES bis ins Schulalter verringern

Fazit: Erwartungen an stationäre Sprachrehabilitation

- Überzeugender Beleg für ihre kurzfristige Wirksamkeit & eventuell Nachweis ihrer langfristigen Wirksamkeit durch hochwertige Therapiestudien
- Sprachreha darf Sprachreha sein (nicht psychosomatische Reha)
- Einsatz evidenzbasierter Therapieverfahren
- Fokus auf Elterneinbezug
- Ausreichendes Angebot

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Neue Studie THEON: „Wirksamkeit einer Online-Intervall-Kleingruppentherapie für Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen“

- Förderung v. G-BA-Innovationsfonds „Versorgungsforschung“ mit **1.347.550 €**
- Konsortialpartner: Essener Forschungsinstitut f. Medizinmanagement; Kompetenzzentrum f. Klinische Studien, Univ. Bremen; SPZ d. Heilpädagogisch Therapeutischen Zentrums Neuwied

Worum geht es in diesem Projekt?

- Therapie von USES wird i. d. R. als Einzel-Präsenztherapie einmal wöchentlich durchgeführt
- Dies kann während Pandemien wegen Kontaktbeschränkungen stark erschwert sein
- Online-Therapien werden von gesetzlichen Krankenkassen wegen nicht ausreichender Evidenz für ihre Qualität und Wirksamkeit nicht regulär erstattet
- Sprachtherapie in Kleingruppen kann effektiver sein als Einzeltherapien
- Intensive Therapien können wirksamer als extensive sein
- **Projekt vergleicht den Nutzen einer Online-Intervall-Kleingruppentherapie mit intensiven Therapieblöcken mit einer extensiven Einzel-Präsenz-Standardtherapie**



Neues Studie THEON: „Wirksamkeit einer Online-Intervall-Kleingruppen-therapie für Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen“

- Randomisiert-kontrollierte Studie: 212 Kinder mit USES (Alter 3 bis <7 Jahre) erhalten 10-12 Monate 30 x 45 min entweder Online-Intervall-Kleingruppen- oder Einzel-Präsenz-Therapie
- Sprachtestungen vor Therapiebeginn, 12 und 18 Monate später
- Begleitende Experteninterviews zu Akzeptanz, Termintreue, Machbarkeit und Fokusgruppen der Therapien
- Gesundheitsökonomischen Evaluation
- → Weißbuch mit Handlungsempfehlungen für den G-BA
- Sollte die Onlinetherapie ähnlich wirksam sein wie die Standardtherapie oder wirksamer, könnte sie Kindern mit (U)SES, besonders sozial benachteiligten, in Pandemien und darüber hinaus nützen und eine moderne, evidenzbasierter Sprachtherapie darstellen.

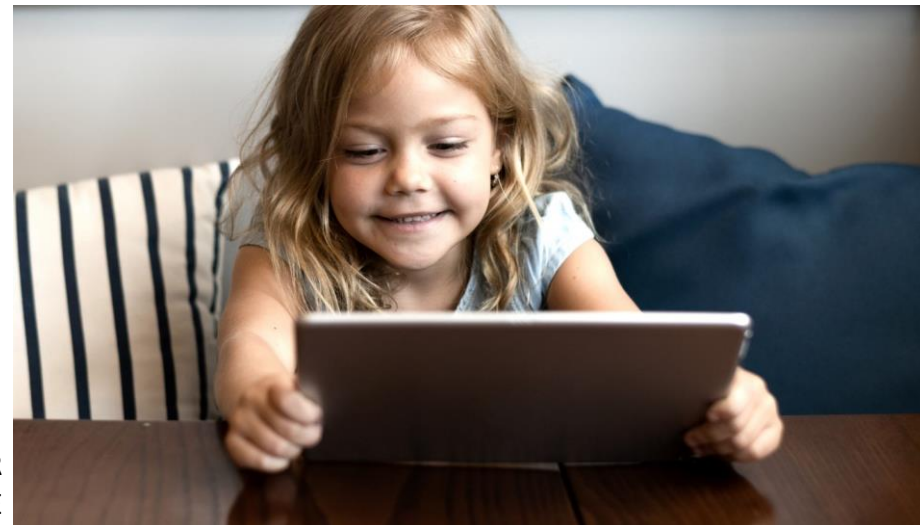


FOTO: LOGOPÄDIE-APP FÜR KINDER
VIACTIV KRANKENKASSE