

Notwendigkeit und Wirksamkeit von Sprachtherapie weiter in der Kritik. GEK-Heil- und Hilfsmittelreport zitiert ungeeignete Studie.

von Ulrike de Langen-Müller

Der kürzlich erschienene Vorabdruck des GEK-Heil- und Hilfsmittelreports 2006 macht für den starken Anstieg der Ausgaben besonders in den Bereichen Ergo- und Sprachtherapie die fehlende Transparenz hinsichtlich Qualität, Effektivität und Effizienz der verordneten Maßnahmen verantwortlich, ebenso wie die zunehmende Medizinisierung von kindlichen Entwicklungsstörungen (kommentierte Zusammenfassung siehe www.dbs-ev.de).

Unter Verweis auf eine Studie aus Bristol (Glogowska et al. 2000) wird die Wirksamkeit von Sprachtherapie in Frage gestellt und eine Arbeit von Fegeler (2005) soll belegen, dass dem gesellschaftlichen Problem der Zunahme von Entwicklungsstörungen zu häufig mit medizinisch-therapeutischen Maßnahmen begegnet wird. Das ist fachlich nicht korrekt. Der Position Fegeler wurde aus Fach- und Betroffenenkreisen bereits umfassend auf einer breiten Literatur- und Forschungsbasis widersprochen (de Langen-Müller 2005, Hameister 2006). In Bezug auf die Bristol-Studie muss nun gefragt werden, warum der GEK-Heil- und Hilfsmittelreport - der an sich für den Bereich Sprachtherapie eine Reihe objektiver Daten und kluger nachdenklich stimmender Analysen liefert - die zur Verfügung stehende Literatur und das darin dokumentierte Fachwissen so einseitig nutzt. Die Bristol-Studie ist aus methodischen Gründen nicht dafür geeignet, die Wirksamkeit von Sprachtherapie in Frage zu stellen. Die folgende kommentierte Zusammenfassung der Studie soll dies erläutern.

Stichprobe

Die gemäß definierter und kontrollierter Auswahlkriterien in die Studie einbezogenen 159 Kinder im Alter von 2;6 bis 3;6 Jahren zeigten generelle Sprachentwicklungsprobleme, Störungen der expressiven Sprache sowie rein phonologische Störungen jeweils von unterschiedlicher Art und Ausmaß. Sie wurden zufällig je einer Therapie- und einer „Watchful-waiting“-Gruppe zugeteilt. Alle Eltern erhielten eine Beratung.

Sprachtherapie

Die Sprachtherapie der 71 behandelten Kinder wird in der Studie wie folgt beschrieben:

Quantitativ (Mittelwerte und Variationsbreite)

Therapiedauer in Monaten: 8,4 (0,9-12)
Therapiestunden gesamt: 6,2 (0-15)
Therapeutenkontakte: 8,1 (0-17)
Therapiefrequenz: 1x/Monat (1x/Woche – 1x/1,5 Monate)
Sitzungsdauer in Minuten: 47 (20-75)

Qualitativ

Die Kinder erhielten eine Einzeltherapie, die „routinemäßig“ vom Therapeuten durchgeführt (S.2) und auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes (S.2) zugeschnitten wurde. In der Therapie wurden verschiedene sprachliche Bereiche berücksichtigt. Die Therapietechniken enthielten „Derbyshire language scheme tasks“ – die im englischen Sprachraum offensichtlich keine weiteren Erläuterungen erfordern - ebenso wie alltägliches Frei- und Regelspiel als Kontexte für das Modellieren von Sprache. Die Ziele deckten eine Bandbreite von Sprachentwicklungsbereichen und -phasen ab, wie z.B. das Sprachverständnis, die Wortbildung, die Lautidentifikation in Wörtern sowie Erzählstrategien.

Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Bei den Kindern der Therapie-Gruppe zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe allein im Bereich Sprachverständnis statistisch signifikant größere Veränderungen nach 12 Monaten, alle anderen Veränderungen werden als Verbesserungen tendenziell zugunsten der Therapie-Gruppe bezeichnet.
2. In beiden Gruppen zeigt sich eine Reduktion der Rate phonologischer Fehler. In der Therapiegruppe um 31 und in der Kontrollgruppe um 26 Prozentpunkte.
3. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen zugunsten der Kinder der „Watchful-waiting-Gruppe“.
4. Die meisten Kinder der Studie zeigten auch nach 12 Monaten noch klinisch relevante Defizite – unabhängig von ihrer Gruppenzugehörigkeit.

Zusammenfassende Bewertung der Studie:

Ohne eine umfangreiche detaillierte methodische Analyse der zitierten Arbeit vorzunehmen, sei auf einige entscheidende Schwächen hinsichtlich ihrer Aussagekraft als *Therapiestudie* hingewiesen:

Eine Studie, die die Wirksamkeit von Sprachtherapie untersuchen will, darf sich nicht damit begnügen, die Auswahlkriterien der teilnehmenden Kinder zu definieren und zu kontrollieren. Sie muss ebenso gründlich definieren und standardisieren, von welcher Dauer, Intensität und Art die therapeutische Intervention ist und gemäß welcher Kriterien die Therapie beendet werden kann. Dies ist hier nicht erfolgt und es sei nur an einigen Beispielen verdeutlicht: Wenn Kinder, die über eine unbestimmte Dauer einmal in 6 Wochen zur Sprachtherapie gingen, ebenso in der Auswertung berücksichtigt wurden wie Kinder, die über 12 Monate einmal wöchentlich Sprachtherapie erhielten – welche Aussagekraft hat dann ein Mittelwert? Welche Wirksamkeit wird von durchschnittlich 6,2 Therapiestunden bei generellen Sprachentwicklungsstörungen erwartet? Auch verteilen sich die berücksichtigten Therapieinhalte und –methoden sehr breit über das mögliche Spektrum. Die Autoren schließen selbst: „Overall, the impact of therapy in this trial was small, perhaps because of the relatively low level of therapy provided (...). On the other hand, this trial aimed to evaluate routine therapy rather than a prescribed regimen“(S. 5). Es drängt sich die Frage auf, ob hier - wenn überhaupt Intervention im engeren Sinne systematisch kontrolliert wurde - dann nicht vielmehr die Wirkung von allgemeiner Sprachförderung als die spezifischer Sprachtherapie.

Schlussfolgern kann man aus der vorliegenden Studie, dass

1. sich kaum Hinweise für eine Spontanremission von kindlichen Sprachentwicklungsstörungen ergeben (S.5).
2. eine gewisse institutionalisierte sprachlich-kommunikative Förderung bei frühzeitig als sprachlich auffällig erkannten Kindern lediglich tendenziell größere Verbesserungen bewirkt als eine Elternberatung - statistisch signifikant größere Veränderungen bewirkt sie zumindest im Bereich Sprachverständnis.

3. eine „Watchful-waiting“-Haltung den Kindern mit sprachlichen Auffälligkeiten nicht mehr schadet als eine unspezifisch und wenig kontrollierte Form der sprachlichen Förderung.
4. eine deutliche Unterscheidung zwischen allgemeiner Sprachförderung und spezifischer Sprachtherapie erfolgen muss und somit die Merkmale von Sprachtherapie zu definieren sind.

Die Autoren empfehlen, die Sprachtherapie für Vorschulkinder hinsichtlich Spezifität, Zeitpunkt, Art, Inhalt und Intensität zu überdenken. Sie erachten weitere Forschung in Hinblick auf spezifische Therapiekonzepte und Subgruppen von Kindern für erforderlich, um gültige Aussagen zur Wirksamkeit von Sprachtherapie treffen zu können. Wird die Studie im GEK-Heil- und Hilfsmittelreport als einzige zitiert, um die Wirksamkeit von Sprachtherapie in Frage zu stellen, ist das fachlich nicht korrekt.

Literatur:

Fegeler U (2005): Pädagogik oder Therapie? Zunehmende Entwicklungsstörungen von Klein- und Vorschulkindern. Frühe Kindheit 8, 1, 32-35.

Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters T J (2000): Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. BMJ 14; 321 (7266). 923-6.

Grimm H (2003): Wie viele Vorschulkinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? Pressemitteilung der Universität Bielefeld, 30.9.2003.

Hameister R (2006): www.sprachbehinderungen.de

de Langen-Müller U (2005): Von der Ankunft des Leib-Seele-Problems in der Sprachtherapie. Kinder- und Jugendärzte warnen vor „Medikalisierung sprachentwicklungsgestörter Kinder“. Die Sprachheilarbeit 50, 4, 187-191.

Erschienen in: Die Sprachheilarbeit 6/2006