

# I Einführung



# Überlegungen zur Häufigkeit und Klassifikation von Sprachstörungen

Manfred Grohnfeldt

## 1 Einleitung

Schon die einfache und unverfänglich erscheinende Frage nach der Häufigkeit von Sprach(entwicklungs-)störungen zeigt uns die Komplexität der damit verbundenen Thematik, wobei die genannten Zahlen mehr über die subjektive Erwartungsnorm des Verfassers bzw. Diagnostikers aussagen als eine ›objektive‹ Eingrenzung einer Wissenschaft vermuten lassen. Ebenso vermittelt ein Blick in die gängigen Handbücher, dass erstaunlich unterschiedliche Einteilungen von Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen innerhalb des weiten Bereiches kommunikativer Auffälligkeiten vorgenommen werden. Im Zusammenhang damit stehen verschiedenartige Perspektiven der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen. Ebenso sind kulturelle und epochale Einflüsse zu beachten. Was in einer deutschen Großstadt als auffällig eingeschätzt wird, kann in der afrikanischen Steppe nur ein Kopfschütteln hervorrufen. Und ebenso erstaunlich (?) ist es, dass sich

diese unterschiedlichen Einschätzungen in nur wenigen Jahrzehnten erheblich wandeln können.

Im Folgenden sollen zunächst

- vor dem Hintergrund der stark variierenden Häufigkeitsangaben zu Sprachstörungen Überlegungen zum Normbegriff (Was ist ›normal‹?) angestellt werden.
- Dabei zeigt sich, dass unterschiedliche Klassifikationssysteme damit in einem engen Zusammenhang stehen.

Beide Themenbereiche hängen voneinander ab und vermitteln einen Eindruck über ›dahinter liegende‹ Grundmuster unserer Wahrnehmung. Sie zeigen uns einerseits die Relativität sprachlicher Auffälligkeiten, andererseits vermitteln sie die Notwendigkeit, sein Handeln gerade vor dem Hintergrund der unklaren Hintergründe in ein Bezugssystem zu stellen und zu begründen.

## 2 Häufigkeiten und Normalitäten

Schon seit Jahrzehnten werden ganz unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von Sprach(entwicklungs-)störungen angegeben. So zeigt eine Sichtung der damaligen Literatur Werte von 4 % bis über 40 % im Vorschulalter sowie von 0,7 % bis 30 % im

Grundschulalter (Grohnfeldt 1982, 67; überarbeitet: Grohnfeldt 1993, 62). Auch neuere Literatur bestätigt diese breite Varianz mit 3 % bis über 20 % (Schöler et al. 1998, 25 ff.) bzw. 2 % bis 30 % (Suchodoletz 2013, 17).

Diese Zahlen sind vorwiegend auf kindliche Sprachentwicklungsstörungen ohne Berücksichtigung von vorwiegend neurogenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter sowie von Stimmstörungen in allen Altersstufen bezogen. Sie zeigen uns dabei eine generelle Problematik auf und führen zu beunruhigenden Fragen: Was ist ›normal‹? Wo beginnt die Grenze zu sprachlichen Auffälligkeiten? Gibt es überhaupt eine genaue ›objektive‹ Abgrenzung?

Offensichtlich gibt es fließende Übergänge zwischen einem ›normalen‹ und als auffällig erlebten Sprachverhalten, wobei sich dies nicht nur auf Sprachentwicklungsstörungen, sondern auch auf Stottern, Stimmstörungen sowie auf zentrale Sprach- und Sprechstörungen bezieht. Dadurch ist es nicht eindeutig, von welchen quantitativen oder qualitativen Abweichungen an man von einer ›Störung‹ sprechen kann oder sollte. Dieses prinzipielle Dilemma ist Grundlage der Relativität von Erwartungsnormen des Einzelnen, findet sich aber auch bei standardisierten Testverfahren, die sich ja letztlich aus der Einschätzung einer Vielzahl von Einzelpersonen zusammensetzen.

*Zu fragen ist, wie man mit der Relativität von Sprachstörungen umgeht.*

Generell sollte man sich bei aller Kenntnis wissenschaftlicher Daten immer auf den Einzelfall beziehen. Einerseits ist es dabei unzulässig, sich ausschließlich auf (fiktive) statistische Durchschnittswerte zu berufen, da man nicht von Mittelwerten allein auf den Einzelfall schließen darf. Andererseits kann die Kenntnis von Erfahrungswerten eine Orientierung bei der diagnostischen Entscheidung im Rahmen von *Expertenurteilen* bieten. Neben der Erhebung durch diagnostische Testverfahren sind dabei Variablen wie

- die Kenntnis der individuellen Situation der Betroffenen und ihr persönlicher Leidensdruck,
- die Einschätzung durch die Umwelt (Störungsbewusstsein und Stigmatisierung) und

- die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im epochalen Wandel von Bedeutung.

Abgesehen von diesen prinzipiellen Unsicherheiten wird jedoch übereinstimmend von differierenden Zahlenwerte im Hinblick auf

- »die Geschlechtsverteilung (Jungen sind häufiger als Mädchen sprachgestört),
- den Status (schichtspezifische Besonderheiten),
- Mehrsprachigkeit (bei einer Bezugnahme auf deutsche Normen erhöhte Auffälligkeit, z. B. Holler-Zittlau et al. 2004) und
- eine altersspezifische Variation berichtet, die Ausdruck des natürlichen Sprachentwicklungsverlaufs im Vorschulalter ist.« (Grohnfeldt 2012, 71)

*Zu fragen ist weiterhin, inwieweit die Häufigkeit von Sprach(entwicklungs-)störungen in den letzten Jahren zugenommen hat bzw. weiterhin zunimmt.*

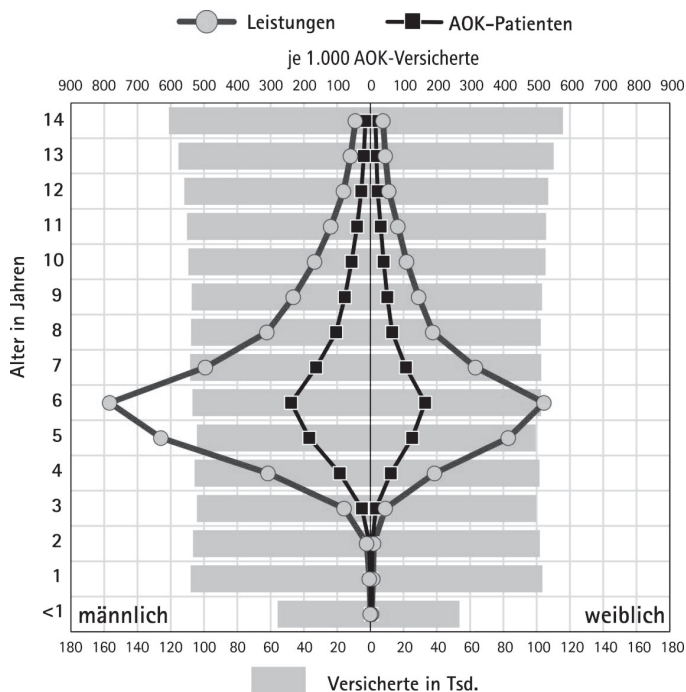
Bekannt geworden ist in diesem Zusammenhang die Veröffentlichung von Heineemann (1996), der von einer Zunahme von kindlichen Sprachentwicklungsstörungen auf 25 % berichtet und diese Zahl als Grundlage für einen Ausbau der logopädischen Versorgung heranzieht. Das Ansinnen mag loblich sein, hält aber der wissenschaftlichen Analyse nicht stand. So wenden sich Dannenbauer (1999), Schöler et al. (1998) und zuletzt Suchodoletz (2013) vehement gegen diese Behauptung und belegen in einer historischen Analyse weitgehend konstante, wenn auch variierende Zahlen über Jahrzehnte.

*Zu unterscheiden ist hier offensichtlich zwischen der Prävalenz und der Nachfrage nach Therapie.*

Beide Bereiche dürfen nicht verwechselt werden!

Wie die Verordnungszahlen der AOK in ihren jährlichen Heilmittelberichten zeigen, steigt die Nachfrage nach Sprachtherapie kontinuierlich. Die größte Nachfrage ist bei Jungen im Alter von 6 Jahren. Während im Jahre 2005 noch 18 % der Jungen und 12 %

der Mädchen in logopädischer Behandlung waren (Schröder & Waltersbacher 2006), war dieser Anteil im Jahr 2015 auf 24,1 % bei den Jungen und 16,7 % bei den Mädchen gestiegen (Waltersbacher 2015, 37; ► Abb. 1).



**Abb. 1:** Sprachtherapeutische Leistungen der AOK für Kinder und Jugendliche (Waltersbacher 2015, 37); [http://www.wido.de/fileadmin/wido/download/pdf\\_heil\\_hilfsmittel/wido\\_hei\\_hmb2015\\_1512.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/download/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_hmb2015_1512.pdf)

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist davon auszugehen, dass sie *nicht* Ausdruck einer zunehmenden Häufigkeit an sich sind, schwerpunktmäßig Aussprachestörungen (vor allem Sigmatismen) betroffen sein dürften und nicht vergessen werden darf, dass auch das Angebot die Nachfrage steuern kann. So ist in den letzten Jahren die Anzahl der Kinder bei der Einschulung deutlich zurückgegangen, während sich die Anzahl der Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen vervielfachte (Grohnfeldt 2008, 136).

*Schließlich ist zu fragen, mit welchem Prozentsatz an Sprachstörungen in einer bestimmten Altersstufe seriös zu rechnen ist.*

Häufig wird dabei auf eine Studie von Tomblin et al. (1997) verwiesen, bei der 7218 Kindergartenkinder einem Screening unterzogen wurden und eine Prävalenzrate von 6 % bei den Mädchen und 8 % bei Jungen für spezifische Sprachentwicklungsstörungen ermittelt wurde. Dies deckt sich weitgehend mit einer aufwändigen epidemiologischen Untersuchung von Walter (2007a, 2007b), bei der von 60.000 Adressen der Einwohnermeldeämter in Bayern 2000 Familien nach dem Zufallsprinzip angeschrieben wurden. Davon konnten 316 Kinder im Alter von 3.0 bis 5.11 Jahren mit dem SETK 3–5, der PLAKSS sowie Screeningbögen zu myofunktionellen

Störungen, kindlichen Dysphonien, Sprechunflüssigkeiten und dem Wortschatz untersucht wurden.

Dabei wurden folgende Ergebnisse ermittelt:

- Bei ca. 7 % der Kinder wurden schwerwiegende Sprachstörungen festgestellt, die eine Sprach*therapie* im engeren Sinne notwendig machten.
- Ca. 22 % der Kinder wurden im weitesten Sinne als sprachlich *förderbedürftig* eingeschätzt.

Auf diese Zahlen soll im Folgenden zurückgegriffen werden. Dabei zeigt es sich, dass der Anteil der Kinder, die eine fachspezifische Sprachtherapie benötigen, deutlich geringer ist als der Kinder, die durch allgemeine Fördermaßnahmen und Stimulation in ihrer Sprachentwicklung unterstützt werden können. Dies hat weitreichende Folgen für das Selbstverständnis der beteiligten Fachdisziplinen und ihr Vorgehen in einem inklusiven Kontext.

### 3 Klassifikation und fachspezifische Sichtweisen

Generell erstreckt sich das Aufgabengebiet der akademischen Sprachtherapie und Logopädie auf alle Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen bei Menschen aller Altersgruppen (Grohnfeldt 2012). Aus der damit verbundenen Vielfalt ergibt sich die Notwendigkeit von Unterteilungen, um in einer Figur-Grund-Unterscheidung Gemeinsamkeiten spezifischer Störungsbilder und Erscheinungsformen hervorzuheben. Bedenken sollte man dabei, dass jede Klassifikation unser Denken zu strukturieren vermag, prinzipiell aber mit einer Einschränkung der Wahrnehmung einhergeht, indem man vornehmlich das sieht (und diagnostiziert), was man zu kennen glaubt und in bekannten Klassifikationsschemata wiedererkennt. Jede Einteilung hat also Vor- und Nachteile gleichermaßen: Sie macht die Vielfalt überschaubar, nivelliert aber die Variation an Querverbindungen und muss durch eine Einzelfallbetrachtung spezifiziert werden. Zudem sollte man sich darüber im Klaren sein, dass jede Klassifikation Ausdruck des gesellschaftlichen und epochalen Wandels ist. Wer spricht heute noch von dem bis in die 1980er Jahre

gängigen Störungsbild ›Stammeln‹, wer benannte zu dieser Zeit eine Sprachverständnisstörung als eigenständiges Störungsbild?

Übergreifend soll vor diesem Hintergrund folgende Definition vorgenommen werden:

»Klassifikationen sind keine gültigen, starren Einteilungen, sondern notwendige Gebrauch- und Hilfsmittel, um die Vielfalt an möglichen Erscheinungsformen und Störungsbildern überschaubar zu machen. Sie dienen als Ansatz für eine genaue Beschreibung des Phänomens selbst und des jeweiligen Kontextes (Teil und Ganzes), wobei prozessuale Veränderungen eine Verlaufsbeobachtung notwendig machen. Man sollte sich der prinzipiellen Grenzen stets bewusst sein und Stigmatisierungen vermeiden.« (Grohnfeldt 2012, 73 f.)

Typischerweise spiegeln dabei die meisten Klassifikationsmuster die Sichtweise und Schwerpunktsetzung bestimmter Fachdisziplinen und Berufsgruppen wider. So werden

aus der Sicht von Medizinern seit jeher (z. B. Böhme 2006, Pascher & Bauer 1998, Luchsinger & Arnold 1948) Stimmstörungen sehr genau unterteilt und in ihrer Diagnose dargestellt, während Linguisten (z. B. Siegmüller & Bartels 2006) eine viel genauere Spezifi-

zierung im Hinblick auf die einzelnen Sprachebenen vornehmen. An dieser Stelle soll eine interdisziplinäre Sichtweise bevorzugt werden, um eine Synopse der Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen zu erstellen (► Tab. 1).

**Tab. 1:** Klassifikation von Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen aus interdisziplinärer Sicht

<b>Störungen der Sprachentwicklung</b>	
1. Aussprachestörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• phonetische Störungen (einschließlich bei myofunktionellen Störungen);</li> <li>• phonologische Störungen;</li> </ul>
2. Spezifische Sprachentwicklungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaufsform: verspäteter Sprechbeginn, phonologische Störungen (s. o.), semantisch-lexikalische Störungen (s. u.); syntaktisch-morphologische Störungen als Schwerpunkt;</li> <li>• fakultativ: Störungen des Schriftspracherwerbs;</li> </ul>
3. Semantisch-lexikalische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungen der Bedeutungsentwicklung, Wortfindung und des mentalen Lexikons;</li> </ul>
4. Pragmatische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungen der Sprachverwendung und des kommunikativen Gebrauchs.</li> </ul>
<b>Sprachentwicklungsstörungen im Zusammenhang mit spezifischen Entwicklungsbedingungen bei</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitiven und/oder emotional-sozialen Beeinträchtigungen,</li> <li>• Mehrsprachigkeit und Migrationshintergrund,</li> <li>• umschriebenen rezeptiven Sprachstörungen (Sprachverständnisstörungen),</li> <li>• Störungen der auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung (AVWS),</li> <li>• hochgradiger Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit.</li> </ul>
<b>Störungen der Redefähigkeit</b>	
Stottern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stottern bei Kindern;</li> <li>• Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen.</li> </ul>
Poltern	
Mutismus	
Logophobien	
<b>Zentrale Sprach- und Sprechstörungen</b>	
Aphasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aphasien bei Erwachsenen,</li> <li>• Aphasien bei Kindern.</li> </ul>
Sprachabbau bei Demenz	
Störungen der Sprechmotorik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysarthrien/Dysarthrophonien im Erwachsenenalter,</li> <li>• Dysarthrien/Dysarthrophonien im Kindesalter,</li> <li>• Sprechapraxien,</li> <li>• verbale Entwicklungsdyspraxien.</li> </ul>

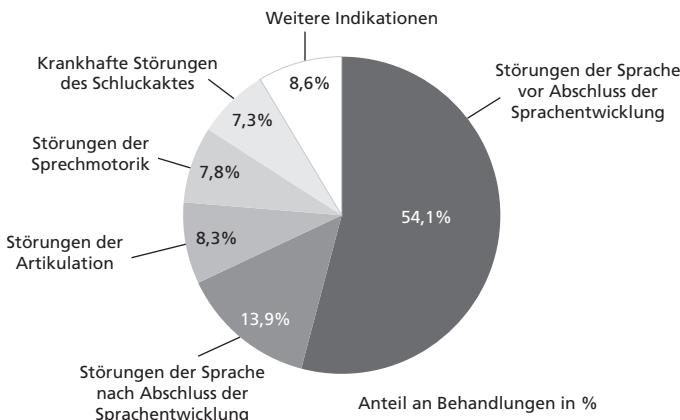
**Tab. 1:** Klassifikation von Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen aus interdisziplinärer Sicht – Fortsetzung

<b>Rhinophonien</b>
<b>Dysphonien</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• organisch,</li> <li>• funktionell,</li> <li>• psychogen,</li> <li>• Zustand nach Laryngektomie.</li> </ul>
<b>Dysphagien</b>

Zu beachten ist dabei, dass es sich vorwiegend um die reinen Oberflächenphänomene im kommunikativen Bereich handelt, die in Kombination untereinander (Beispiel: Sprachentwicklungsstörung bei gleichzeitiger Stimmstörung) oder innerhalb eines komplexen Zusammenhangs mit anderen Entwicklungsdimensionen (► Beitrag »Zur Komplexität von Sprachentwicklungsstörungen, kognitiven und sozial-emotionalen Störungen«) auftreten können. Zudem ist zu bedenken, dass Fragen des subjektiven Störungserlebens, biographische Besonderheiten, interaktionale Einflüsse sowie die Einbettung in das soziale Umfeld (Familie, Peer-Group ...) das äußere Erscheinungsbild erheblich überlagern können.

*Erst die Gesamtheit aller Faktoren ergibt die für den Einzelfall zutreffende Einschätzung und Kennzeichnung, die dann Grundlage für die Art des therapeutischen Vorgehens wird.*

Weiterhin sollte man sich vor Augen halten, dass Klassifikationen einerseits Spiegel des wissenschaftlichen Fortschritts unter Zugrundelegung der internationalen Literatur sind, andererseits aber ihre Wirkung vorwiegend im nationalen Bereich entfalten. Von daher versteht es sich, dass diese im und für den deutschsprachigen Raum entwickelte Klassifikation deutliche Zuordnungen zu dem System der Krankenkassenabrechnungen in Deutschland erlaubt. Sonst wäre sie zumindest in Deutschland nicht praxistgerecht. Interessant ist dabei die Frage, wie häufig bestimmte Indikationen zu bestimmten Störungsbildern auftreten (► Abb. 2), wobei noch einmal daran erinnert werden soll, dass die Häufigkeit der jeweiligen Sprachstörung nicht mit der Nachfrage nach Therapie verwechselt werden darf:



**Abb. 2:** Die Indikationen der Sprachtherapie 2014 (Waltersbacher 2015, 34); [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_heil\\_hilfsmittel/wido\\_hei\\_hmb2015\\_1512.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_hmb2015_1512.pdf)



Eine erste Sichtung der prozentualen Anteile verweist darauf, dass »Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprache« erwartungsgemäß den größten Anteil ausmachen. Zusammen mit »Störungen der Artikulation« entsprechen sie den kindlichen Sprachentwicklungsstörungen. »Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung« machen zusammen mit »Störungen der Sprechmotorik« (Dysarthrien) und »Krankhaften Störungen des Schluckaktes« (Dysphagien)

einen erstaunlich großen Anteil aus, wobei zu fragen ist, ob dieser Anteil in den letzten Jahren aufgrund des demographischen Wandels gestiegen ist. Aber wo bleibt das Stottern, die bei der Bevölkerung wahrscheinlich am meisten bekannte Sprachstörung?

Dazu ergab eine Nachfrage bei der AOK in Bonn folgende Aufteilung nach Indikationen, die zudem für die Jahre 2009 und 2014 im Hinblick auf einen Verlauf zu interpretieren ist (► Tab. 2).

**Tab. 2:** Sprachtherapeutische Behandlungen für AOK – Versicherte nach Indikationen (Quelle: AOK – Heilmittel-Informationssystem im WIdO 2016)

Indikation		2009		2014	
		Anzahl der Behandlungen	Anteil in %	Anzahl der Behandlungen	Anteil in %
<b>Störungen der Sprachentwicklung</b>					
SP	Sprachstörungen	4043	0,1	1498	0,0
SP1	Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung	2.863.951	56,1	3.493.038	54,1
SP2	Störung der auditiven Wahrnehmung	54.701	1,1	60.564	0,9
SP3	Störung der Artikulation	544.052	10,7	533.649	8,3
SP4	Störung der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit	36.291	0,7	50.371	0,8
<b>Störungen der Redefähigkeit</b>					
RE1	Störung des Redeflusses, Stottern	94.317	1,8	103.377	1,6
RE2	Störung des Redeflusses, Poltern	11.281	0,2	13.640	0,2
<b>Zentrale Sprach- und Sprechstörungen</b>					
SP5	Störungen nach Abschluss der Sprachentwicklung (Aphasien)	709.517	13,9	899.587	13,9
SP6	Störung der Sprechmotorik: Dysarthrien	313.499	6,1	502.521	7,8
<b>Rhinophonien</b>					
SF	Störungen der Stimm- und Sprechfunktion: Rhinophonien	12.385	0,2	24.240	0,4

**Tab. 2:** Sprachtherapeutische Behandlungen für AOK – Versicherte nach Indikationen (Quelle: AOK – Heilmittel-Informationssystem im WIdO 2016) – Fortsetzung

Indikation		2009		2014	
		Anzahl der Behandlungen	Anteil in %	Anzahl der Behandlungen	Anteil in %
<b>Dysphonien</b>					
ST1	Organisch bedingte Stimmstörungen	105.208	2,1	118.411	1,9
ST2	Funktionell bedingte Stimmstörungen	90.870	1,8	120.760	1,9
ST3	Psychogene Aphonien	1326	0,0	1374	0,0
ST4	Psychogene Dysphonien	7746	0,2	9829	0,2
<b>Dysphagien</b>					
SC	Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich	297	0,0	212	0,0
SC1	Krankhafte Störung des Schluckaktes: Dysphagien	211.160	4,1	473.663	7,3
SC2	Schädigungen im Hals-Kopf-Bereich	19.299	0,4	38.384	0,6
Weitere Indikationen		21.241	0,4	6887	0,1
<b>Summe</b>		<b>5.101.184</b>	<b>100,0</b>	<b>6.452.005</b>	<b>100,0</b>

Eine Interpretation der Zahlen verweist

- in nahezu allen Störungsbereichen auf eine Zunahme der Häufigkeit an sprachtherapeutischen Interventionen zwischen den Jahren 2009 und 2014, wobei sich eine schon seit Jahren beobachtete Tendenz fortsetzt (Grohnfeldt 2008).
- Von besonderer Bedeutung ist dies für die Bereiche der Dysarthrien und vor allem Dysphagien, die zusammen mit dem hohen Anteil an Aphasien die steigende Bedeutung von Sprachstörungen im höheren Lebensalter verdeutlichen. Die Therapie von kindlichen Sprachentwicklungsstörungen nimmt absolut gesehen zwar zu, prozentual aber im Gesamtkontext eher ab.
- Die größte Steigerung ergibt sich bei Dysphagien, die vor zwei Jahrzehnten nur einem kleinen Teil der Fachdisziplinen bekannt war. Die damit verbundenen Störungsbilder werden heute fünf Mal so häufig therapiert wie Stottern!
- Die Häufigkeit der Sprachtherapien bei Stottern ist mit 1,6 % der sprachtherapeutischen Behandlungen im Rahmen aller jährlichen Therapien angesichts der Bekanntheit und offensichtlich auch Verbreitung geradezu marginal. Zur Häufigkeit werden von Johannsen (2009) 4 % bis 5 % im Kindesalter und 1 % im Erwachsenenalter genannt.
- Bezieht man dies auf die jeweiligen altersspezifischen Einwohnerzahlen in Deutschland, so ist der Anteil der The-