



publiziert bei

**Leitlinienreport zur Interdisziplinären S3-Leitlinie
Therapie von Sprachentwicklungsstörungen**

AWMF-Registernr.: 049-015

Version 1. v. 20. 12. 2022

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Geltungsbereich und Zweck	4
1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas	4
1.2 Ziel der Leitlinie	7
1.3 Zielgruppe der Leitlinie	7
1.4 Versorgungsbereich	8
1.5 Anwenderzielgruppe	9
2. Methodisches Vorgehen	9
2.1 Berücksichtigung der DELBI-Kriterien	9
2.2 Formulierung der klinischen Schlüsselfrage	11
2.3 Berücksichtigung existierender Leitlinien zum Thema	12
2.4 Erstellung eines systematischen Reviews zur Effektivität von Interventionen bei (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen und ihren Vorformen, den Sprachentwicklungsverzögerungen	21
2.4.1 Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Datenbank-Recherchen	21
2.4.2 Datenbank-Recherchen	23
2.4.3 Integration der Ergebnisse aller Datenbankabfragen	25
2.4.4 Zusammenstellung der ausgewählten Publikationen zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen	31
2.5 Bewertung von Evidenz und Studienqualität	42
2.6 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Empfehlungsgraden	49
3. Erstellung der Leitlinie und Konsensusverfahren	50
3.1 Rekrutierung der Fachgesellschaften, Verfahren der Leitlinienerstellung und Konsentierung	50
3.2 Änderungen, Diskussionen und Abstimmungen der einzelnen Empfehlungen	58
4. Finanzielle Förderung	140
5. Darlegung von Interessenskonflikten und Umgang mit ihnen	140
5.1. Einholung von Interessenerklärungen	140

5.2. Bewertung von Interessenkonflikten	140
6. Gültigkeitsdauer und Aktualisierung	143
6.1 Gültigkeitsdauer der aktuellen Leitlinie	143
6.2. Aktualisierung der Leitlinie	143
Literatur	144
Anhang	150

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Sprachentwicklungsstörungen (SES) gehören zu häufigsten Erkrankungen im Kindesalter mit negativen Auswirkungen in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter hinein. Ihre Prävalenz liegt bei etwa 9,9 % (Norbury et al. 2016). Schwere Formen betreffen ca. 1 % der Kinder (Thomson & Polnay 2002). Bei der Mehrzahl der SES, mit Prävalenzangaben um 7,4 - 7,6 %, finden sich keine zusätzlichen gravierenden sprachrelevanten Störungen (Norbury et al. 2016, Tomblin et al. 1997); sie wurden daher bislang entsprechend der ICD-10 (World Health Organization 2019) als umschriebene Sprachentwicklungsstörungen (USES) bezeichnet und werden, da sie entsprechend der ICD-11 (World Health Organization 2020) künftig lediglich Sprachentwicklungsstörungen genannt werden, in der vorliegenden Leitlinie übergangsweise mit (U)SES bezeichnet. Bei weiteren ca. 2,3 % der Kinder liegen weitere sprachrelevante Störungen (Komorbiditäten) vor, die auch mitverursachend für die Sprachentwicklungsstörung sein können, wie Hörstörungen, Autismus-Spektrumstörungen, neurologische Störungen oder geistige Behinderungen (Norbury et al. 2016). Sie werden als „SES assoziiert mit...“ oder als „SES bei...“ (Komorbidität) bezeichnet (Kauschke et al., Manuskript eingereicht, Lüke et al. manuscript submitted, Neumann et al. 2021). Insbesondere stellen phonologische Aussprachestörungen, die zu den Sprachentwicklungsstörungen zählen, die häufigsten Kommunikationsstörungen bei Vorschulkindern dar und sind im Schulalter oft mit Lese- und Rechtschreibschwächen oder -störungen (Legasthenie) verbunden (Gallagher et al. 2000, Lewis 1996), was sich negativ auf den Bildungserfolg und den sozialen Status der Betroffenen auswirken kann (McCormack et al. 2011). Obwohl die meisten dieser Aussprachestörungen vor dem Schuleintritt behoben werden, können die zugrundeliegenden kognitiv-linguistischen Defizite, die aus einer unzureichenden phonologischen Sprachverarbeitung resultieren (Dodd et al. 2005), die Entwicklung des Schriftspracherwerbs behindern (Stackhouse 2006). Zu Risikofaktoren für Lese- und /oder Rechtschreibstörungen gehören zudem eine familiäre Veranlagung oder ein Sprachdefizit in einem oder mehreren der Bereiche Lexikon/Semantik und Morphologie/Syntax (Hayiou-Thomas et al. 2017, Lewis et al. 2000, Peterson et al. 2009). Sprachentwicklungsstörungen stellen ein Langzeitproblem für die Betroffenen dar (Conti-Ramsden & Botting 1999). Etwa 40 - 80 % der Kinder, die im Vorschulalter mit einer (U)SES diagnostiziert wurden, haben auch 4 - 5 Jahre später noch Restsymptome einer (Aram & Nation 1980, Aram et al. 1984, Kiese-Himmel 1997, Kiese-Himmel & Kruse 1998, Stark et al.

1984). 40 - 75 % der Kinder mit (U)SES haben später Probleme im Schriftspracherwerb. In Langzeitstudien wurde nachgewiesen, dass sie sich bis in das Adoleszenten- und Erwachsenenalter auswirken und den Schul- und beruflichen Werdegang negativ beeinflussen (Conti-Ramsden et al. 2009, Durkin et al. 2009, Wadman et al. 2008). Restdefekte bei behandelten und unbehandelten (U)SES wurden bis zu 28 Jahre nach Erstdiagnose nachgewiesen (Felsenfeld et al. 1992, 1994). Es handelt sich somit um ein relevantes, langfristig wirksames Problem, das sich entsprechend dem modernen Krankheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ihrer *Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth* (ICF-CY), häufig nachhaltig auf die Lebensaktivität und soziale Teilhabe der Betroffenen auswirkt (World Health Organization 2014, deutsche Version: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2005).

Sprachentwicklungsstörungen zählen zu den am häufigsten behandelten Störungen im Kindesalter und Sprachtherapien zu den am häufigsten verordneten Behandlungen in diesem Alter. So erhielten im Jahr 2020 – vorwiegend wegen einer Sprachentwicklungsstörung – knapp 12 % der 5- bis 9-jährigen AOK-versicherten Kinder Sprachtherapie, 14 % der Jungen, 9 % der Mädchen (Waltersbacher 2022). Pandemiebedingt gab es hier sogar ein Rückgang zu den Vorjahren; im Jahr 2018 hatten 24 % der Jungen und 15 % der Mädchen im Alter von 6 Jahren Sprachtherapie erhalten, und bei Kindern bis 14 Jahre stellten Sprachtherapien mit 48 % das häufigste Heilmittel dar (Waltersbacher 2019). Damit zieht dieses Störungsbild einen großen Behandlungsbedarf nach sich und bindet erhebliche Ressourcen des Gesundheitssystems.

Die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen muss der Besonderheit Rechnung tragen, dass sich der kindliche Lautspracherwerb in verschiedenen linguistischen und metalinguistischen Domänen abspielt, nämlich der phonologischen (Erwerb, Speicherung und Abruf von Lauten einer Zielsprache aus dem zerebralen Sprachsystem), der lexikalisch-semanticen (Wortschatz und Wortbedeutung), der morphologisch-syntaktischen (Wort- und Satzgrammatik) und der pragmatischen (situations- und kontextangemessenem Gebrauch von Sprache für Kommunikation und Interaktion). Jede dieser Domänen kann isoliert oder in Kombination mit anderen Störungen aufweisen. Diese müssen in einer Sprachtherapie gewichtet nach individuellem Profil und Schwere sequenziell oder in Kombination adressiert werden. Dabei spielen die verwendeten Therapiemethoden sowie ihre Reihenfolge und Kombination eine entscheidende Rolle. Mehr und mehr in den Fokus geraten aber auch die Bedeutung

von Therapiesettings (Einzel- vs. Gruppentherapie, extensive vs. intensive vs. Intervall-Therapie, ggf. mit Auffrischungsbehandlungen, ambulante vs. stationäre vs. tagesklinische Therapie, Präsenz- vs. Onlinetherapie) sowie -frequenz, -dauer und „Dosisform“ (verschiedene inhaltliche Einheiten pro Therapieeinheit) (Frizelle et al. 2021a, 2022). Sprachtherapie wird außerdem zunehmend nicht nur hinsichtlich der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden, sondern auch bezüglich der Effizienz ihrer praktischen Umsetzung bewertet, die stark von der Intensität bzw. „Dosierung“ (*dosage*), abhängt (Frizelle et al. 2021a,b, 2022).

International wird Sprachtherapie in den letzten Jahren zunehmend gut beforscht. Das belegt die große Zahl an systematischen Reviews, Metaanalysen und *randomized controlled trials* (RCTs), die in diese Leitlinie eingeflossen sind. In Deutschland ist diese Art der Sprachforschung allerdings stark unterrepräsentiert. Hier herrschen Einzelfallstudien oder Studien mit kleinem Stichprobenumfang und qualitative Analysen vor, und unter den hochwertigen, in Fachzeitschriften publizierten RCTs und dazugehörigen Follow-up-Untersuchungen, die zur Evidenzfindung des systematischen Reviews dieser Leitlinie als beitragsfähig identifiziert wurden, fanden sich nur fünf deutsche RCTs aus insgesamt drei Arbeitsgruppen. Auch werden in Deutschland internationale Standards nur schleppend umgesetzt. So werden als hocheffektiv angesehene Elterntrainings und Online-Therapien nicht regelhaft von Krankenkassen als erstattungsfähig anerkannt, Kleingruppentherapien finden in der ambulanten Sprachtherapie kaum statt und Frühtherapien bei Sprachentwicklungsverzögerungen oder (U)SES sind eher die Ausnahme als die Regel. Das Gros an Sprachtherapien bei Kindern findet bei Sechsjährigen statt (Waltersbacher 2019, Abb. 1), einem Alter, in dem der grundlegende Spracherwerb bereits abgeschlossen ist. Zu Therapiesettings und -dosis beginnt eine systematische Forschung erst derzeit (Neumann et al. 2022, Rieger et al. 2022, Siemons-Lühning et al. 2022).

Aus all den genannten Gründen, vor allem aber, um evidenzbasierte Empfehlungen für effektive Interventionen bei Sprachentwicklungsstörungen abzugeben, die den neusten wissenschaftlichen Kenntnisstand berücksichtigen, und um eine diesbezügliche Forschung in Deutschland zu stimulieren, wurde diese Leitlinie erstellt. Dabei wurde zur Wirksamkeit von Therapien von (U)SES in ihrer Gesamtheit und entsprechend der einzelnen linguistischen Domänen sowie zum (U)SES vorausgehenden Risikostadium, den Sprachentwicklungsverzögerungen, ein systematischer Review erstellt.

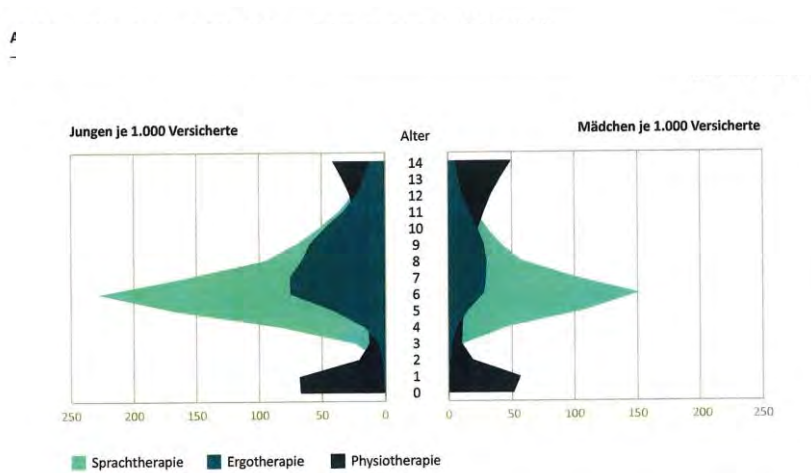


Abb. 1. Patient*innenrate bis 14 Jahre nach Heilmittel-Leistungsbereichen der AOK 2018 (Quelle: Waltersbacher 2019)

1.2 Ziel der Leitlinie

Ziel dieser Leitlinie ist es, klare, empirisch begründete Handlungsanweisungen für effektive Sprachtherapien in Deutschland zu geben, für deren Wirksamkeit eine ausreichende Evidenz vorliegt. Gleichzeitig soll die Leitlinie hochwertige Therapieforschung in größerem Rahmen in Deutschland anregen, die Interventionsmethoden unter Berücksichtigung deutscher Sprachspezifika, den Einbezug der Eltern sowie Therapiesettings und -dosierungen (Frequenz, Dauer, inhaltliche Module pro Therapieeinheit) auf ihre Wirksamkeit und Effizienz untersucht.

1.3 Zielgruppe der Leitlinie

Die Leitlinie bezieht sich auf Kinder, bei denen eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt (nach DSM-5 kodiert mit 315.39; American Psychiatric Association 2020, 2022). Hierbei kann es sich gemäß ICD-10-GM-22 um eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung handeln, kodiert mit F80.- (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2022), bzw. synonym nach ICD-11 um eine *Developmental language disorder* (DLD), kodiert mit 6A01.2 (World Health Organization 2020; die Einführung der ICD-11 zur Morbiditätskodierung in Deutschland wird voraussichtlich noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen). Es kann sich aber auch um eine Sprachentwicklungsstörung beim Vorliegen einer sprachrelevanten Komorbidität wie einer Hörstörung oder einer Intelligenzminderung handeln; dann

gilt die Kodierung der Komorbidität. Die Leitlinie adressiert auch Jugendliche mit persistierender Sprachentwicklungsstörung oder mit Restsymptomen einer solchen, z. B. bei vorliegender Intelligenzminderung oder syndrombedingter Mehrfachbehinderung. Zudem sind unter dem dem Oberbegriff der ICD-11 *Developmental speech or language disorder* (6A01) auch Aussprachestörungen – *Developmental speech sound disorder* (6A01.1) – erfasst, von denen phonologische Aussprachestörungen zu den Sprachentwicklungsstörungen gehören. (Die ICD-10 fasst Aussprachestörung noch unter dem Begriff Artikulationsstörung (*specific speech articulation disorders*), kodiert als F80.0 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2022, World Health Organization 2019), was eher eine periphere Problematik der Artikulationsorgane nahelegt und die sprachsystematische Problematik phonologischer Aussprachestörungen weniger gut erfasst als die ICD-11. Eine weitere Entität, die verbale Entwicklungsdyspraxie, bei denen Kinder spezielle schwere Aussprachestörungen aufweisen, deren nosologische Einordnung noch nicht ganz klar ist, gehört ebenfalls am ehesten zu Sprachentwicklungsstörungen und wird in dieser Leitlinie mit adressiert.

„... den klinisch-therapeutischen ambulanten, teilstationären und stationären Bereich einer in erster Linie sprachtherapeutischen, jedoch auch neurologischen, Hals-Nasen-ohrenärztlichen, psychiatrischen, pädiatrischen und psychotherapeutischen Therapie sowie den (Sonder-)pädagogischen Bereich... „

1.4 Versorgungsbereich

Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Intervention bei Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen eingesetzt werden. Sie betrifft damit den klinisch-therapeutischen ambulanten, stationären und teilstationären Bereich einer in erster Linie sprachtherapeutischen, aber auch medizinischen, insbesondere pädiatrischen, phoniatriisch-pädaudiologischen, Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen (z. B. Parazentesen, Einlage von Paukenröhrchen), neurologischen, psychiatrischen, weiterhin einer medizintechnischen (z. B. Hörgeräte-, Cochlea-Implantat-Versorgung), ggf. auch einer psychotherapeutischen und/oder (neuro-)psychologischen Therapie. Die Leitlinie soll aber auch im pädagogischen Bereich i. S. einer Mitwirkung an einer frühen Identifikation und Förderung, der Aufklärung und Sensibilisierung von Bezugspersonen, pädagogischen Fachkräften und der Öffentlichkeit, eines angemessenen Umganges mit den Betroffenen und der Schaffung einer sprachförderlichen und barrierearmen Lernumgebung

und Arbeitsatmosphäre für sie angewendet werden. Weiterhin soll sie der Verhinderung und Zurückdrängung von Sprachentwicklungsstörungen dienen, indem sie eltern- und familienzentrierte Interventionen adressiert, für die Eltern ein spezielles Training und Beratungen benötigen.

1.5 Anwenderzielgruppe

Die Leitlinie soll Ärzt*innen, insbesondere Fachärzt*innen oder Ärzt*innen in Weiterbildung für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Phoniatrie und Pädaudiologie (Synonym: Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen), Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Logopäd*innen, akademischen Sprachtherapeut*innen, Psycholog*innen, u. a. Neuropsycholog*innen und Schulpsycholog*innen, Psycholog*innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen, Pädagog*innen, insbesondere Sonderpädagog*innen (z. B. Sprachbehindertenpädagog*innen und Hörbehindertenpädagog*innen), und weiteren Berufsgruppen, die an der Therapie sowie der sprachlichen Förderung und Bildung von Kindern und ggf. Jugendlichen mit Sprachentwicklungsstörungen beteiligt sind, als Entscheidungsgrundlage für eine adäquate Behandlung, elternzentrierte Intervention und Elternberatung dienen. Die Leitlinie steht auch für die Aus- und Weiterbildung der mit Sprachentwicklungsstörungen befassten Fachgruppen zur Verfügung. In einer allgemein verständlich formulierten Version soll sie zudem betroffenen Kindern, Jugendlichen und/oder deren Eltern, Angehörige, Selbsthilfegruppen sowie Pädagog*innen einschließlich Sonder-, Heil- und Sozialpädagog*innen Informationen liefern. Insbesondere die Einbindung der Deutschen Kinderhilfestiftung e.V. in die Leitlinienerstellung stellt die Berücksichtigung der Perspektive Betroffener sicher. Die Leitlinien dient auch zur Information für Zahnärzt*innen, Kieferorthopäd*innen, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg*innen, klinische Linguist*innen und weitere Sprachtherapeut*innen, Neuropsycholog*innen und Schulpsycholog*innen sowie Heil- und Sozialpädagog*innen.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Berücksichtigung der DELBI-Kriterien

Bei der Erstellung von Leitlinie, Evidenztabellen und Leitlinienreport wurde darauf geachtet, dass alle Aspekte, die inhaltlich durch das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-

Bewertung (DELBI) in seiner Fassung 2005/2006 einschließlich Domäne 8 (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2008) erfasst und geprüft werden, mit den Antwortkategorien 3 oder 4 erfüllt sind. Lediglich das DELBI-Kriterium 7 („Die Leitlinie wurde in einer Pilotstudie von Mitgliedern der Anwenderzielgruppe getestet.“) wurde nicht erfüllt. Zusammen mit den Inhalten der Leitlinie wird so den Nutzer*innen die Möglichkeit gegeben, die Entscheidungen der Autor*innengruppen nachzuvollziehen.

Im Einzelnen

- ist die Leitliniengruppe repräsentativ für den Adressat*innenkreis einschließlich der Patient*innenvertreter*innen (DELBI-Kriterium 4, Antwortkategorie 3), und Vertreter*innen der beteiligten beteiligenden Fachgesellschaften und Organisationen wurden frühzeitig in die Leitlinienentwicklung eingebunden (DELBI-Kriterium 5, Antwortkategorie 4)
- wurde für die Untersuchung der Evidenzlage eine für eine S3-Leitlinie notwendige systematische Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege zu relevanten klinischen Fragestellungen durchgeführt (DELBI-Kriterium 30, Antwortkategorie 4). Dabei erfolgte nach Formulierung der Schlüsselfrage zunächst eine systematische Suche nach Leitlinien (Quelleleitlinien) zum gleichen Thema und Prüfung, ob einzelne Empfehlungen daraus übernommen bzw. adaptiert werden konnten (DELBI-Kriterien 31-34, Antwortkategorie 4).
- erfolgte danach eine eigene Literaturrecherche nach einer standardisierten Methodik (DELBI-Kriterium 8, Antwortkategorie 4)
- wurden zur Suche nach der Evidenz systematische Methoden angewendet, und die Suchstrategie wurde detailliert beschrieben einschließlich der Auflistung der verwendeten Suchbegriffe und Quellen (DELBI-Kriterium 8, Antwortkategorie 4)
- wurden die Auswahlkriterien für die Evidenz explizit dargelegt, insbesondere die Ausschlussgründe (DELBI-Kriterium 9, Antwortkategorie 4)
- wurde die nach a priori festgelegten Kriterien recherchierte und ausgewählte Evidenz hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet, und die Ergebnisse wurden in Evidenztabellen zusammengefasst

- führte das Ergebnis der Bewertung zur Feststellung der Stärke der Evidenz (Evidenzgrad)
- sind die Methoden zur Formulierung der Empfehlungen klar beschrieben, ebenso die angewendeten formalen Konsensustechniken (Konsensuskonferenzen, Nominaler Gruppenprozess und Delphi-Verfahren (DELBI-Kriterium 10, Antwortkategorie 4))
- wurde jede Empfehlung im Rahmen einer strukturierten Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt. Ziele dieser strukturierten Konsensfindung waren die Lösung noch offener Entscheidungsprobleme, eine abschließende Bewertung der Empfehlungen und die Messung der Konsensstärke.
- führte das Ergebnis der strukturierten Konsensfindung zur Festlegung der Empfehlungsgrade A (starke Empfehlung), B (Empfehlung) oder O (offene Empfehlung)
- wurden in der fertigen Leitlinie zu jeder Empfehlung Evidenz- und Empfehlungsgrad angegeben (DELBI-Kriterium 12, Antwortkategorie 4)
- wurde der Leitlinie eine Beschreibung zum methodischen Vorgehen im hier vorliegenden Leitlinienreport) hinterlegt (DELBI-Kriterium 29, Antwortkategorie 4).

2.2 Formulierung der klinischen Schlüsselfrage

Zur systematischen Aufarbeitung des Forschungsstandes wurde zum Bereich der Therapie von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (im Leitlinientext zur Anpassung an die ICD-11 übergangsweise (umschriebene) Sprachentwicklungsstörungen, (U)SES, genannt) und Interventionen ihres Vorstadiums, der Sprachentwicklungsverzögerungen (Late Talkers), eine klinische Schlüsselfrage formuliert, die durch einen systematischen Review der existierenden Fachliteratur beantwortet werden sollte. Dabei wurde der Empfehlung der *Cochrane Collaboration* gefolgt, bei der Formulierung der klinischen Fragestellung entsprechend dem PICO(**P**articipants, **I**nterventions, **C**omparisons and **O**utcomes)-Konzept vier Schlüsselkomponenten berücksichtigt, nämlich die Untersuchungspopulation, die Art der Interventionen, deren Vergleiche und das mögliche Outcome (Higgins & Green 2011).

Klinische Schlüsselfrage: Welche sprachtherapeutischen und anderweitigen medizinischen, technischen und psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungen sowie elternzentrierten Interventionen sind in welchem Maße wirksam bezüglich der Beseitigung, Reduktion und

Abmilderung (umschriebener) Sprachentwicklungsstörungen und ihrer Vorform, der Sprachentwicklungsverzögerungen im Vergleich zueinander und im Vergleich zur Nichtbehandlung und sind somit geeignet – entsprechend den ICF-Kriterien – die negativen sozio-emotionalen Folgen dieser Störungsbilder für Kinder und Jugendliche zu verhindern oder reduzieren? Welche Interventionen sind außerdem in welchem Maße wirksam bei Sprachentwicklungsstörungen, die mit Komorbiditäten assoziiert sind wie Hörstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Intelligenzminderungen sowie sprachrelevanten Mehrfachbehinderungen und Syndromen? Welche Empfehlungen lassen sich zur Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern mit nicht-deutscher Erstsprache ableiten? Welche pädagogischen Maßnahmen sind zudem beim Vorliegen von Sprachentwicklungsstörungen zur Sicherung von Bildungserfolg und sozialer Teilhabe zu empfehlen? Wie lassen sich sprachtherapeutische Inhalte und Ziele auch in KiTa und schulischem Unterricht umsetzen? Lassen sich störungsbildbezogene Aussagen zu Beginn und Ende von Interventionen und ggf. zu Settings treffen?

Da ein systematischer Review nur eine oder wenige Fragestellungen beantworten kann, wurde er für die Behandlungswirksamkeit bei (U)SES allgemein und bezogen auf ihre linguistisch abgrenzbaren Domänen der phonologischen Aussprachestörungen, der lexikalischen-semantic Störungen und der morphologisch-syntaktischen Störungen, erstellt. Zudem schließt er auch Sprachentwicklungsverzögerungen (Late Talkers) als wichtiges Vorstadium von SES ein, in dem sich Präventivmaßnahmen als wirksam erwiesen haben. Für SES, die mit sprachrelevanten Komorbiditäten assoziiert sind, wurde zwar auch systematisch nach Evidenzen gesucht, sie wurden aber wegen der Vielgestaltigkeit der Komorbiditäten (z. B. sprachentwicklungsrelevante Syndrome, unterschiedliche Arten und Ausprägungen von Hörstörungen) und der begrenzten Zahl der Fragestellungen eines systematischen Reviews nicht in diesen einbezogen.

2.3 Berücksichtigung existierender Leitlinien zum Thema

Zu Beginn der systematischen Literaturrecherche wurde nach vorhandenen themenbezogenen Leitlinien gesucht, die spezifisch für Sprachentwicklungsstörungen entwickelt wurden. Es wurde ausschließlich nach Leitlinien gesucht, die in englischer oder deutscher Sprache verfasst wurden. Ein weiteres Einschlusskriterium war die Erfüllung methodischer Standards,

d. h. es wurde systematisch recherchiert, und das methodische Vorgehen wurde präzise beschrieben. Für einen Einschluss mussten weiterhin die in Tab. 1 genannten Kriterien erfüllt sein.

Einschlusskriterien
Die Leitlinie wurde spezifisch für Sprachentwicklungsstörungen entwickelt
Die Leitlinie behandelt den Versorgungsaspekt der Therapie
Die Leitlinie gibt Empfehlungen für die Versorgung in Deutschland oder in einer anderen Industrienation
Die Empfehlungen sind eindeutig zu identifizieren (Textform oder Algorithmus)
Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch
Publikationszeitpunkt ab Dez 2015
Leitlinie ist aktuell (Überarbeitungsdatum ist nicht überschritten)
Es handelt sich um eine evidenzbasierte Leitlinie

Tab. 1. Einschlusskriterien der systematischen Literaturrecherche nach existierenden Leitlinien zu Sprachentwicklungsstörungen

Es erfolgte eine Recherche bei deutschen und internationalen Leitlinienanbietern. Tab. 2 gibt die abgefragten Datenbanken und die dazugehörige Suchstrategie wieder. Weiterhin wurde im Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nach Leitlinien gesucht, in der einer der in Tab. 2 für die AWMF aufgeführten Suchbegriffe vorkam.

Datenbank	Suchstrategie
<p>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)</p> <p>http://www.awmf.org/leitlinien/leitliniensuche.html</p>	<p>Englische Suchbegriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • developmental speech and language disorder • developmental language disorder • language impairment • language delay • late talker <p>MeSH-Terms:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • language disorder Deutsche Suchbegriffe: <ul style="list-style-type: none"> • Sprachentwicklungsstörung • Sprachentwicklungsverzögerung
<i>Guidelines International Network (GIN)</i> http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library/	Suchbegriffe: <ul style="list-style-type: none"> • developmental speech and language disorder • developmental language disorder • language impairment • language delay • late talker MeSH-Terms: <ul style="list-style-type: none"> • language disorder
<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)</i> https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/	Suchbegriffe: <ul style="list-style-type: none"> • developmental speech and language disorder • developmental language disorder • language impairment • language delay • late talker MeSH-Terms: <ul style="list-style-type: none"> • language disorder
Handsuche	Websites <ul style="list-style-type: none"> • American Speech-Language-Hearing Association • Royal College of Speech & Language Therapists

Tab. 2. Datenbanken und Suchkriterien zur Suche existierender evidenzbasierter Leitlinien zur Intervention bei Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen

Die Leitliniensuche wurde am 10. 12. 2022 durch die Koordinatorin durchgeführt, und es konnten folgende Leitlinien zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen identifiziert werden:

Über das *GIN* konnte keine englisch- oder deutschsprachige Leitlinie zum Thema Sprachentwicklungsstörung gefunden werden.

Auf der *AWMF-Website* wurden folgende Leitlinien identifiziert, die einen Bezug zur hier vorliegenden Leitlinie haben:

- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP) (Hrsg.) [Internet] S3-Leitlinie Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES); AWMF-Register Nr. 049 – 006 [zitiert Sept 2022]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-006>

Angemeldete Leitlinie S3-Leitlinie „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)“ der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie gefunden. Diese soll am 31.12.2023 fertiggestellt werden und mit der hier vorliegenden Leitlinie Therapie von Sprachentwicklungsstörungen zu einer großen S3-Leitlinie „Sprachentwicklungsstörungen“ vereinigt werden. Die o.g. Diagnostik-Leitlinie, die auf einer abgelaufenen S2k-Leitlinie gleichen Titels aufbaut, hat die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen zum Ziel, nicht aber deren Therapie im Sinne der hier gestellten Schlüsselfrage(n). Sie wird aber die Therapieindikationen und die zu diesen führenden diagnostischen Schritte klären. Teile der hier vorliegenden Leitlinie, z. B. die Identifikationsinstrumente für Late Talkers, werden dann in die Diagnostik-Leitlinie verschoben werden.

- Lautermann J, Begall K, Hilger G, Wilhelm T, Mir-Salim P, Kaschke O, Tigges M, Berner R, Popert U, Zahnert T, Martha-Maria HD (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC) (Hrsg.) [Internet] S2k-Leitlinie Seromukotympanon (ICD 10: H65. 2/H65. 3), AWMF-Registernummer 017 – 00 [zitiert 17. Nov 2022]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-004l_S2k_Seromukotympanum_2018-12.pdf

In dieser Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass ein Hörverlust von 20-30 dB und in diesem Zusammenhang ein persistierender Paukenerguss bei Kindern zu einer Sprachentwicklungsstörung führen kann. Andererseits wird auf eine ältere, kritisch diskutierte Metaanalyse von Roberts et al. (2004) hingewiesen, die die klinische Relevanz eines frühkindlichen Paukenergusses, insbesondere eines gesunden Kindes, auf die spätere Sprachentwicklung als ungewiss eingestuft hatte. In der Anamnese von Kindern, soll nach dem

Sprachentwicklungsstand gefragt werden; wobei Sprachentwicklungsstörungen als Risiko-Konstellation in den Therapieindikationen für Paukenergüsse gelten. Folgende Empfehlungen der Leitlinie betreffen die Sprachentwicklung der Kinder:

„Kinder mit Paukenerguss bei einem erhöhten Risiko von Sprech-, Sprach- oder Lernproblemen sollten identifiziert, behandelt und engmaschig kontrolliert werden.“

„Bei Kindern mit Verdacht auf Paukenerguss sollten anamnestisch erfasst werden: mögliche Ursachen, Dauer und Ausmaß der Hörstörung, Risikofaktoren wie Fehlbildungen und Folgen, insbesondere Sprech-, Sprach-, Lernprobleme und Entwicklungsstörungen.“

„Familienangehörige von Kindern mit persistierendem bilateralem Paukenerguss und begleitendem Hörverlust sollten über den Einfluss des Hörens auf die Entwicklung des Sprach- und Sprechvermögens aufgeklärt werden.“

- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP). [Internet] S1-Leitlinie: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS); AWMF-Register Nr. 049 – 012; 2013 [zitiert Sept 2022]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-012>

In dieser Leitlinie wird an mehreren Stellen auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) und Sprachentwicklungsstörungen hingewiesen. In Bezug auf eine Sprachtherapie wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

„Komorbide expressive und/oder rezeptive Sprachentwicklungsstörungen können gleichzeitig und unter Gewichtung der relativen Schwere der Symptome behandelt werden. Bei einer vorrangigen Sprachentwicklungsstörung sollte die Diagnose einer AVWS (ICD 10 F80.20) in die übergeordnete Diagnose „rezeptiv-expressive Sprachentwicklungsstörung“ (F80.2) einbezogen und als Behandlungsindikation nach den Heilmittelrichtlinien SP1 (statt wie bei AVWS: SP2) gewählt werden.“

- Neumann K, Euler HA, Bosshardt HG, Cook S, Sandrieser P, Schneider P, Sommer M, Thum G (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)). Pa-

thogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049 – 013, Version 1. 2016 [zitiert 17. Nov 2022]. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>.

In dieser Leitlinie wird die Notwendigkeit betont, bei stotternden Kindern zum Ausschluss einer Sprachentwicklungsstörung den Sprachstand zu erheben. Auch sollen normale Sprechunflüssigkeiten bei der Diagnostik stotternder Kinder zum Ausschluss einer parallelen Sprachentwicklungsstörung beachtet werden, da sie bei für Kinder mit expressiven Sprachentwicklungsstörungen charakteristisch Defiziten in der lexikalischen (Wortschatz) und syntaktischen (Satzgrammatik) Entwicklung zunehmen (Guo et al. 2008). Zudem soll bei gleichzeitigem Vorliegen von Stottern und einer Sprachentwicklungsstörung eine (in der Praxis häufig zuerst durchgeführte) Behandlung Letzterer eine indizierte Stottertherapie nicht verzögern:

„Empfehlung 49: Das gleichzeitige Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung soll nicht zum Aufschieben einer indizierten Stottertherapie führen. Ggf. können zwei simultan laufende Therapien verordnet werden.

Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)“

Herausgeber der folgenden beiden Leitlinien sind die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN):

- DGKJP, DGPPN et al. Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen Langversion. AWMF Registernummer: 028 – 018 [Internet]. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [Stand: 13. Mai 2016; zitiert: 18. Sept. 2022]. verfügbar: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05-abgelaufen.pdf
- DGKJP, DGPPN et al. Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie

der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen Langversion. AWMF Registernummer: 028 – 047 [Internet]. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [Stand: 2. Mai 2021; zitiert: 02. Sept. 2022]. verfügbar: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-047l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf.

Beide Leitlinienteile behandeln u.a. den Zusammenhang von Autismus-Spektrums-Störungen und Sprachentwicklungsstörungen. In der vorliegenden Leitlinie zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen wird in Kap. 3.2.4. „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bei Autismus-Spektrum-Störungen“ auf die Empfehlungen zur Therapie und Förderung der rezeptiven und expressiven Sprache bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus-Spektrums-Störungen der oben genannten Leitlinie zur Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen verwiesen, und diese wurden übernommen.

- Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) (Hrsg.). S2k Praxisleitlinie „Intelligenzminderung“, AWMF-Register Nr. 028 – 042. [Internet]. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [zitiert: 06.09.2022]. verfügbar: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf.

In dieser Leitlinie wird zur Evidenz von Heilmitteltherapien eine unklare Datenlage konstatiert, was vor allem der äußerst heterogenen Patientengruppe zuzuschreiben ist. Viele betroffene Kinder und Jugendliche würden Ergotherapie, Logopädie und/oder Physiotherapie erhalten, oft auch über sehr lange Zeiträume. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung, die an Förderzentren beschult werden, würden zum Teil dort behandelt und erhielten in diesem Rahmen oft über Jahre Ergotherapie, Logopädie und/oder Physiotherapie. Ein Nutzen dieser jahrelangen Behandlungen sei jedoch nicht belegt, auch seien die Nachteile nicht ausreichend untersucht. Die Leitlinie geht inhaltlich nicht auf sprachtherapeutische Interventionen ein, so dass diesbezüglich vorhandene Erkenntnisse aus empirischen Studien und Reviews in der genannten Leitlinie fehlen. Entsprechend fehlen auch klare Hinweise und Empfehlungen zu Therapiedauer und Therapiefrequenz von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen bei Intelligenzminderung. Auf die Leitlinie

wird in Kap. 3.2.1. „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bei Intelligenzminde-
rung“ verwiesen, allerdings ohne einen Bezug zu ihren Empfehlungen.

- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP) (Hrsg.). [Internet] S2k-Leitlinie: Periphere Hörstörungen im Kindesalter-Langform; AWMF-Register Nr. 049 – 010; 2013 [updated Sept 2013, in revision]. Available from: www.dgpp.de/cms/media/download_gallery/Hoerstoerungen%20Kinder%20lang.pdf

Diese Leitlinie nimmt an verschiedenen Stellen auf Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern mit Hörstörungen. Sie ist abgelaufen und befindet sich derzeit in Überarbeitung. Sie wird dabei die Empfehlungen und Statements der vorliegenden Leitlinie aus Kap. 3.2.2. „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bei Hörstörungen“ übernehmen.

In *SIGN* wurden keine Leitlinien zu den in Tab. 2 aufgeführten Suchbegriffen gefunden.

Des Weiteren konnten mittels Handsuche Leitlinien der *ASHA (American Speech-Language-Hearing Association)* und Leitlinien des britischen *Royal College of Speech & Language Therapists* identifiziert werden. Die aufgefundenen Leitlinien entsprechen allerdings nicht den Einschlusskriterien in Tab. 1 (keine erkennbare Evidenzbasierung). Inhalte dieser Leitlinien wurden zu Kenntnis genommen, jedoch nicht zitiert, da im Vergleich zu diesen Leitlinien ein anderer methodischer und inhaltlicher Ansatz zur Beschreibung der relevanten Sachverhalte verwendet wurde.

- Royal College of Speech & Language Therapists. [Internet] Clinical Guidelines. Clinical information on developmental language disorder (DLD) [zitiert: 18. Sept. 2022]. verfügbar: <https://www.rcslt.org/speech-and-language-therapy/clinical-information/developmental-language-disorder/>

Wie oben erwähnt, ist keine evidenzbasierte Strategie der Erstellung der Leitlinie zu erkennen, weshalb keine spezifische Zitation und Einarbeitung im Leitlinientext erfolgte.

Allerdings werden folgende Empfehlungen in den *Guidence or delivering SLT [speech and language therapists] services* zu Outcomemessungen abgegeben, die in die Methodik der

Evidenzbewertung der potenziell beitragsfähigen Publikationen eingingen

(<https://www.rcslt.org/speech-and-language-therapy/guidance-for-delivering-slt-services/outcome-measurement/#section-3>):

- Um bewährte Verfahren in Bezug auf die Ergebnismessung zu unterstützen, wird empfohlen, dass Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen sich der Bedeutung folgender Punkte bewusst sind:
 - Die routinemäßige Messung der Therapieergebnisse unter Verwendung eines geeigneten Ansatzes und geeigneter Instrumente
 - Die Verwendung von validierten Instrumenten zur Ergebnismessung
 - Erfassen der Perspektive des/der Betroffenen [*oder der seiner/ihrer Eltern bzw. Bezugspersonen*] in Bezug auf ihre Ergebnisse und seine/ihre [*oder deren*] Erfahrungen mit der Behandlung
 - Verwendung von Ergebnisdaten im Zusammenhang mit anderen Daten und zusammen mit anderen verfügbaren Instrumenten, Rahmen und Ressourcen, um die Erbringung hochwertiger Interventionen zu unterstützen
 - Einbettung der Ergebnismessung in ein Arbeitsmodell, das die Notwendigkeit der Reflexion unterstreicht und das den Begriff des gesundheitlichen Nutzens und der Ergebnisse als integralen Bestandteil der Praxis betrachtet

Bezug genommen wird ebenfalls auf eine vorgeschlagene neue Terminologie und Definition von Sprachentwicklungsstörungen mit Auswirkungen auf deren Therapie, hervorgegangen aus dem CATALISE-Konsortium, einem vorwiegend auf britische Initiative hin entstandenen internationalen Konsortium von vorwiegend Speech-Language Pathologists und verwandten Berufsgruppen aus acht westlichen Industrienationen (u. a. Bishop et al. 2017). Hierzu hat sich ein entsprechendes Konsortium aus deutschsprachigen Ländern (D.A.CH.-Konsortium SES) positioniert und nimmt zum Teil abweichende Positionen ein (Kauschke et al. Manuskript eingereicht, Lüke et al. manuscript submitted), was in den Leitlinientext eingegangen ist.

- American Speech-Language-Hearing Association. [Internet] Speech-language pathology medical review guidelines [zitiert: 18. Sept. 2022]. verfügbar: <http://www.asha.org/uploadedFiles/SLP-Medical-Review-Guidelines.pdf#search=%22Guidelines%22>

Auch dieser Leitlinie, obwohl durch den Titel nahegelegt, liegt keine systematische Prozedur zur Darlegung von Evidenzen zugrunde. Das Thema Sprachentwicklungsstörungen und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen wird in mehreren kurzen Absätzen behandelt. Spezielle Therapien werden nicht benannt, lediglich Therapiekomponenten in allgemeiner Form, die in der vorliegenden Leitlinie präziser beschrieben sind.

Die so identifizierten Leitlinien wurden von den einzelnen Arbeitsgruppen nach thematischen Kriterien gesichtet und, wie oben aufgeführt, nach Möglichkeit in die vorliegende Leitlinie eingearbeitet, zum Teil wörtlich (Kap. 3.2.4.), zum Teil orientierend im jeweiligen Kontext.

2.4 Erstellung eines systematischen Reviews zur Effektivität von Interventionen bei (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen und ihren Vorformen, den Sprachentwicklungsverzögerungen

Für die Leitlinie wurde ein systematischer Review zur Wirksamkeit von Interventionen bei (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen und ihren Vorformen, den Sprachentwicklungsverzögerungen erstellt (betrifft Kap. 1., 2., 3.1.1., 3.1.2. und 3.1.3. des Leitlinientextes).

2.4.1 Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Datenbank-Recherchen

Vor Beginn der Datenbanksrecherchen für den systematischen Review wurden bei einem zweiten Treffen der Leitliniegruppe am 25. 02. 2015 im Konsensverfahren nachfolgende Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme von Studien in die Evidenztabellen der Leitlinie erarbeitet.

Einschlusskriterien:

- (1) Die Stichprobengröße einer in einer Studie untersuchten Gruppe soll mindestens 12 Teilnehmer umfassen. Diese minimale Fallzahl wurde mit G*Power bestimmt, unter folgendem Ansatz: t-test one-tailed, $\alpha = 5\%$, power = .80, Effektstärke Cohen's d = 0,80 (es

wurde ein großer Effekt angesetzt, um die kleinstmögliche akzeptable Stichprobengröße zu ermitteln).

- (2) Eine Kontrollgruppe oder Kontrollbedingung ist vorhanden.
- (3) Objektive“ Erfolgskriterien sind vorhanden (z. B. Testscores vor und nach einer Therapie).
- (4) Effektstärken sind berichtet oder aus den angegebenen Daten berechenbar.
- (5) Die Studie informiert über die Wirkung von Maßnahmen, die eine Sprachentwicklungsstörung oder ihre Vorform, eine Sprachentwicklungsverzögerung (Late-Talker-Stadium) verhindern, beheben, in ihrem Ausmaß reduzieren oder abmildern.
- (6) Ein Erfolgsnachweis basiert auf wiederholten Messungen (prä- und mindestens einmal posttherapeutisch).
- (7) Die Ergebnisse einer Intervention müssen mindestens 6 Monate nachbeobachtet werden. Dieser Nachbeobachtungszeitraum darf nur in begründeten Ausnahmefällen bei ansonsten guter Studienqualität, unterschritten werden.
- (8) Die Intervention ist in einem Manual oder anderweitig klar beschrieben.
- (9) Folgende weitere Bewertungskriterien stellten zwar kein Einschlusskriterium dar, wurden aber zur Beschreibung der Stärken oder Schwächen einer Studie bei Vorliegen hinzugezogen:

Die Repräsentativität der Stichprobe ist gewährleistet.

Drop-outs sind berichtet.

Eine Gleichbehandlung der Gruppen bis auf die Therapien ist gewährleistet.

Ausschlusskriterien:

- (1) Die Stichprobengröße einer in einer Studie untersuchten Gruppe unterschreitet 12 Teilnehmer.
- (2) Eine Kontrollgruppe oder Kontrollbedingung fehlt.
- (3) Objektive“ Erfolgskriterien sind nicht vorhanden (z. B. Testscores vor und nach einer Therapie).
- (4) Es sind keine Effektstärken berichtet oder berechenbar.

- (5) Die Studie informiert über andere Aspekte von Interventionsmaßnahmen als über ihre Wirksamkeit, eine Sprachentwicklungsstörung oder -verzögerung zu verhindern, zu beheben, in ihrem Ausmaß zu reduzieren oder abzumildern, , z. B. Elternzufriedenheit.
- (6) Sprachtestwerte werden nur zu einem Zeitpunkt oder gar nicht erhoben.
- (7) Der Nachbeobachtungszeitraum beträgt weniger als 6 Monate (Ausnahme s. Einschlusskriterien).
- (8) Die Intervention ist nicht in einem Manual oder anderweitig klar beschrieben.
- (9) Die Studienqualität ist eingeschränkt, z. B. bei Auswertung durch die Therapeut*innen selbst oder Drop-outs sind nicht berichtet oder eine Gleichbehandlung der Gruppen bis auf die Therapie ist nicht gewährleistet

2.4.2 Datenbank-Recherchen

Zwischen Mai und Juni 2015 wurden erstmals die Datenbanken *PubMed*, *PubPsych*, *Cochrane Library* und *Web of Science* abgefragt. Drei Personen recherchierten unabhängig voneinander in jeweils unterschiedliche Datenbanken. Da sich die Leitlinienerstellung über einen längeren Zeitraum hinzog, wurde als Update eine zweite Datenbankrecherche nach denselben Suchstrategien und mit denselben Suchformeln von ebenfalls drei Personen im Dezember 2021 durchgeführt.

Datenbankabfrage *PubMed*

Eine erste Abfrage wurde am 01. 12. 2015 von Natalja Bolotina mit folgender Abfrage-Formel durchgeführt: (((language*) OR (speech*)) AND ((therapy) OR (treat*) OR (manag*) OR (interven*)) AND ((Outcome*) OR (Effect*) OR (Efficien*))) AND child*. Die Abfrageergebnisse wurden weiter eingeschränkt durch die PubMed-Filter „*Clinical Trials*“, „*Meta-Analysis*“ und „*Systematic Review*“. Diese Filter sind eingehend dokumentiert auf der ncbi Homepage http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.Clinical_Queries_Filters. Die Abfrage wurde zudem gefiltert nach Publikationen, die vom 01. 01. 1999 bis 01. 12. 2015 erschienen waren. Die Recherche lieferte 2951 Referenzen, die einzeln auf ihre Eignung durchgesehen wurden.

Eine zweite Abfrage wurde im Dezember 2021 durch Natalja Botolina mit derselben Suchstrategie durchgeführt und für den Zeitraum vom 01. 01. 1999 bis 20. 12. 2021 erschienen waren. Sie erbrachte 5012 Referenzen, die ebenfalls bezüglich des Einschusses in den systematischen Review geprüft wurden.

Datenbankabfrage *Web of Science*

Die erste Abfrage wurde im September 2015 von Dr. Jessica Melzer vorgenommen, und zwar in allen im *Web of Science* verfügbaren Datenbanken. Die Abfrage wurde gefiltert nach Publikationen, die vom 01. 01. 1999 bis 01. 12. 2015 erschienen waren.

Hier wurde ein iteratives Vorgehen gewählt, indem mehrere Abfragen mit jeweils verbessertem Suchalgorithmus erfolgten, wobei Abfrageergebnisse und offensichtliche Lücken des vorhergehenden Algorithmus in die Neuformulierung des Suchalgorithmus eingingen. Hierbei wurden Suchergebnisse in „*title*“ durch Suchergebnisse in „*topic*“ ergänzt. Die finale Abfrage-Formel („*title*“) lautete wie folgt: TI=(language* OR speech*) AND TI=(therapy OR treat* OR manage* OR interven*) AND TI=(outcome* OR effect* OR efficien*) AND TI=child* NOT TI=aphasia. Die finale Abfrage lieferte 3184 Zitationen, die einzeln auf Eignung durchgesehen wurden.

Eine zweite Abfrage wurde im Dezember 2021 durch Natalja Bolotina mit derselben Suchstrategie und nachderselben Suchformel durchgeführt und umfasste Publikationen, die vom 01. 01. 1999 bis 20. 12. 2021 erschienen waren. Sie erbrachte 6007 Zitationen, die auf Einschlussfähigkeit geprüft wurden.

Datenbankabfrage *Cochrane Library*

Diese Abfrage wurde von Prof. Dr. Katrin Neumann im Dezember 2015 mit folgendem Algorithmus durchgeführt: Suchformel: (((language*) OR (speech*)) AND ((therapy) OR (treat*) OR (manag*) OR (interven*)) AND ((Outcome*) OR (Effect*) OR (Efficien*))) AND child* in PubMed. Auch sie umfasste einen Zeitraum vom 01. 01. 1999 bis 01. 12. 2015. Die Abfrage lieferte 45 Ergebnisse, die auf Eignung durchgesehen wurden.

Eine weitere Abfrage wurde im Dezember 2021 ebenfalls durch Prof. Dr. Katrin Neumann mit derselben Suchstrategie und nachderselben Suchformel durchgeführt und umfasste Publikationen, die vom 01. 01. 1999 bis 20. 12. 2021 erschienen waren. Sie erbrachte 63 Zitationen, die auf Einschlussfähigkeit geprüft wurden.

Datenbankabfrage *PubPsych*

Diese Datenbanksuche wurde im Dezember 2015 von Prof. Harald A. Euler durchgeführt mit dem Ziel, auch deutschsprachige Artikel vollständiger einzubeziehen. *PubPsych* greift auf folgende Datenbanken zu: *PSYINDEX*, *Pascal*, *MEDLINE*, *ERIC* und *NARCIS*.

Der Abfrage-Algorithmus war: (((language*) OR (speech*)) AND ((therapy) OR (treat*) OR (manag*) OR (interven*)) AND ((Outcome*) OR (Effect*) OR (Efficien*))). Auch hier wurde für den Zeitraum vom 01. 01. 1999 bis 01. 12. 2015 gesucht. Nach Filterung von Einträgen, die nach 1999 erschienen waren und nach Beseitigung von irrelevanter Literatur und Doppelseinträgen mit denen aus *Web of Science* blieben 225 Zitationen übrig, die einzeln durchgesehen wurden.

Eine zweite Abfrage im Dezember 2021 wurde ebenfalls durch Prof. Harald A. Euler vorgenommen und betraf den Zeitraum vom 01. 01. 1999 bis 20. 12. 2021. Nach Filterung auch hier der Einträge, die nach 1999 erschienen waren und nach Beseitigung von irrelevanter Literatur und Doppelseinträgen mit denen aus *Web of Science* verblieben 327 Zitationen, die einzeln durchgesehen wurden.

2.4.3 Integration der Ergebnisse aller Datenbankabfragen

Durch Natalja Bolotina und Prof. Harald A. Euler wurden nach beiden Abfragen alle Abfrage-Ergebnisse zusammengestellt, Doubletten entfernt und die verbleibenden Publikationen auf die Erfüllung der obengenannten Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Von den Zitationen, die die Kriterien erfüllten sowie von grenzwertigen Zitationen wurden die Volltexte der Publikationen besorgt, um eine eingehende Prüfung vornehmen zu können. Nach dieser Überprüfung verblieben 56 Publikationen nach der ersten Abfrage und 71 nach der zweiten.

In Absprache mit der Steuergruppe und dem Team, das an den Evidenztabelle und dem systematischen Review arbeitete (s. Leitlinintext), wurden zu diesen letzten Literaturangaben

mittels **Handsuche** nach der ersten 12 und der zweiten Suche 11 folgende hinzugefügt: (1) Ältere Untersuchungen und Review-Artikel, die Mitgliedern beider Gruppen zusätzlich bekannt waren, (2) Artikel, die in neueren systematischen Literatur-Recherchen zitiert wurden, aber im Bestand noch fehlten, (3) Artikel, die in den ausgewählten vorhandenen Publikationen zitiert wurden, aber im Bestand noch fehlten, sowie (4) neue Publikation seit Dezember 2021, einschließlich Publikationen in Druck, die Mitgliedern der Steuergruppe bekannt waren. Dabei wurden neben englischsprachigen auch deutschsprachige Publikationen berücksichtigt. Auf diese Weise konnten bis zur ersten Fertigstellung der Evidenztabelle im Jahr 2016 12 und bis zur Finalisierung der Leitlinie weitere 12 Publikationen dem Bestand zugefügt werden. Somit ergab die erste Recherche 68 Publikationen, die zweite 82 Publikationen, die in nachfolgender Tab. 4 aufgeführt sind. Diese Tabelle enthält also alle den Autor*innen bis zum 22. 11. 2022 (Datum der Aussendung der als Grundlage für die Konsensuskonferenzen dienenden Evidenztabelle an die Fachgesellschaften und Verbände) bekannten Studien, die empirische Wirkungsnachweise zur Behandlung von (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen liefern. Die Volltexte dieser 82 Publikationen wurden angeschafft und bedarfsweise den Mitgliedern der Steuergruppe- und Konsensusgruppe sowie themenspezifisch den jeweiligen Autor*innengruppen zur Verfügung gestellt.

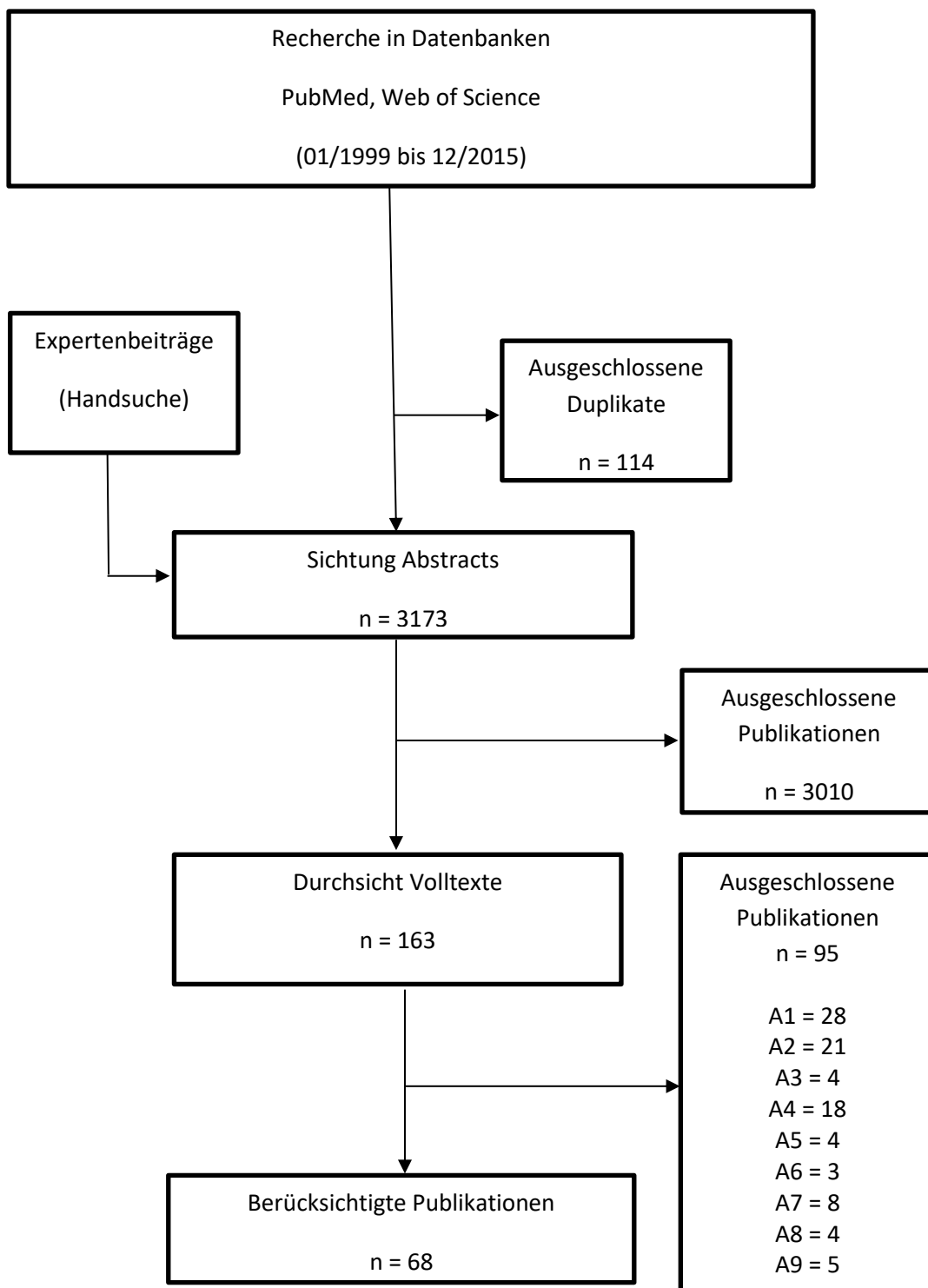
Die in Tab. 4 in Fettschrift aufgelisteten Publikationen erfüllten weitgehend die oben genannten Einschlusskriterien für den systematischen Review. Einige Publikationen wurden einbezogen, obwohl sie die Einschlusskriterien nicht ausreichend erfüllten, z. B. kritisch kleine Stichproben – hier könnte zum Beispiel eine große Effektstärke zum Einschluss geführt haben oder eine spezifische sprachtherapeutische Methode. Auch fehlte häufiger eine Follow-up-Untersuchung oder ein Nachbeobachtungszeitraum von 6 Monaten wurde unterschritten. Das Kriterium einer Follow-up-Untersuchung spielte außer für den Bereich der Sprachentwicklungsverzögerung (da es sich hier um eine Risikogruppe und nicht bereits um Kinder mit manifesten Sprachentwicklungsstörungen handelt, ist hier die Prognose infolge einer Intervention besonders wichtig), eine untergeordnete Rolle für diese Leitlinie. Dies begründet sich darin, dass eine einmal erworbene sprachliche Fähigkeit (z. B. einer grammatischen Struktur) bis auf seltene Störungsbilder (z. B. Rett-Syndrom) als persistent erworben gelten kann und durch eine Follow-up-Untersuchung lediglich der weitere sprachliche Fortschritt zu bewerten wäre. Auch wurden Publikationen einbezogen in die Beantwortung der

klinischen Schlüsselfrage des systematischen Reviews einbezogen, die Fragen nach Dosisform, Frequenz und Dauer beantwortete (z. B. Frizelle et al. 2021a,b in Tab. 4). Damit wurden letztlich 98 Referenzen zur Beantwortung der klinischen Schlüsselfrage des systematischen Reviews beigezogen (s. Tab. 4)

Zudem finden sich in den erstellten Evidenztabelle(n) (s. dort) Publikationen, die zwar die Einschlusskriterien weitgehend erfüllten, sich aber nach detaillierter kritischer Prüfung als nicht ausreichend beitragsfähig für die Leitlinie erwiesen. Diese Publikationen wurden in den Evidenztabelle(n) mit aufgeführt, fanden aber keinen Eingang in die Leitlinie oder nur in ihren Hintergrundtext und trugen nicht zur Evidenzbegründung bei.

Die in Tab. 4 aufgeführten, nicht fett geschriebenen Publikationen sind solche, die zur Evidenzgewinnung für andere Bereiche der Leitlinie (nicht aber für den systematischen Review) dienten, nämlich für die Interventionen bei Sprachentwicklungsstörungen mit Störung pragmatischer Fähigkeiten (Kap. 3.1.4.) oder bei Mehrsprachigkeit (Kap. 3.1.5.), bei mit Komorbiditäten assoziierten Sprachentwicklungsstörungen (Kap. 3.2.) und an der Schnittstelle zwischen sprachtherapeutischen und pädagogischen Interventionsbereichen (Kap. 1.5. und 4.). Sie wurden nach systematischer (z. B. Kap. 3.2.2. „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bei Hörstörungen“) oder nicht systematischer Suche aufgefunden und als Evidenznach

(a)



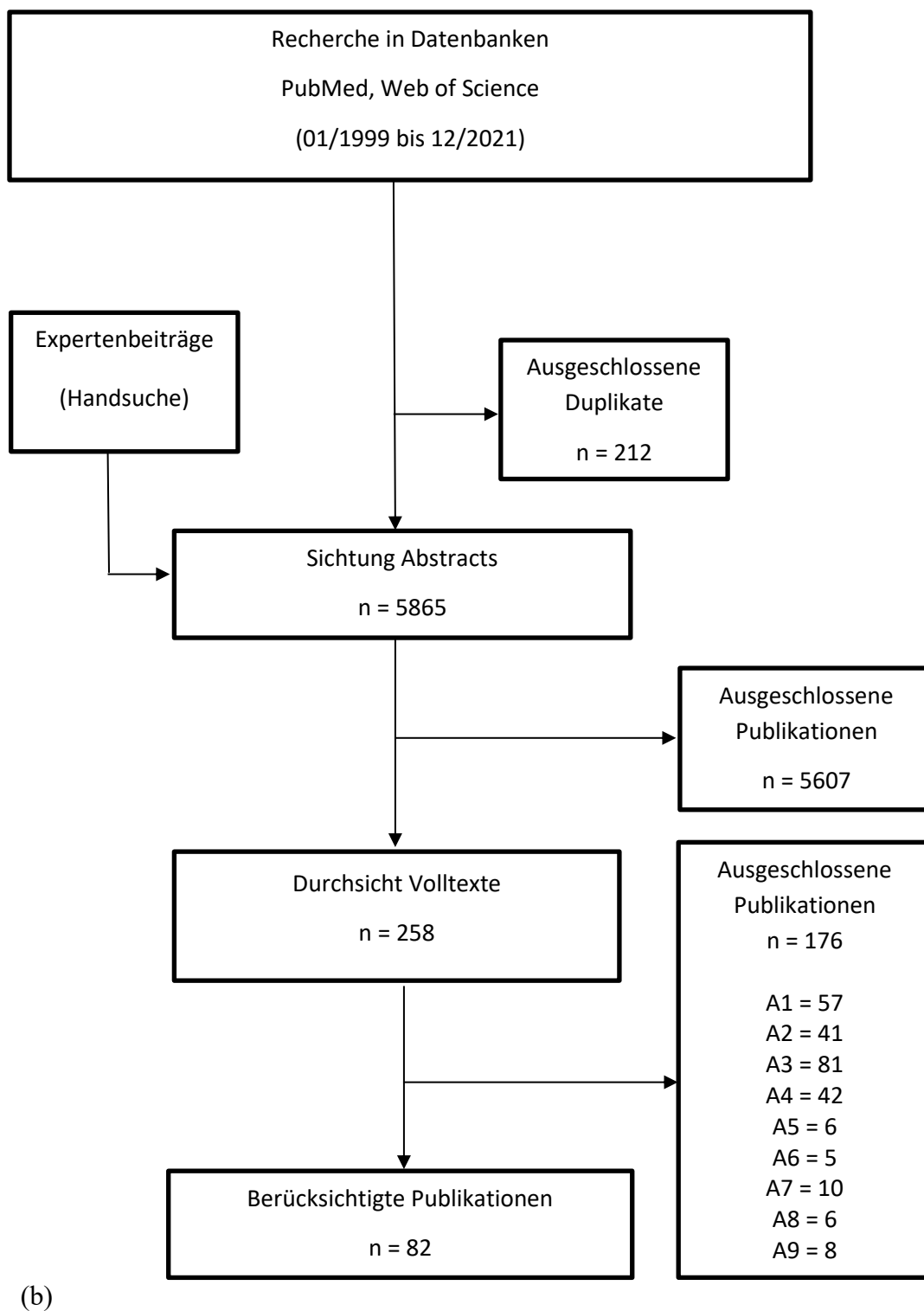


Abb. 2: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) Flow-Diagramm des Prozesses der Studienselektion (a) nach erster Recherche 2015, (b) nach zweiter Recherche (Legende für Ausschlusskriterien s. Tab. 3)

Einschluss- und daraus abgeleitete Ausschlusskriterien (s. Abb. 2)	
E1	Stichprobenumfang mindestens N=12 (nur in begründeten Ausnahmen kleiner)
E2	Kontrollgruppe oder Kontrollbedingung ist vorhanden
E3	„Objektive“ Erfolgskriterien einer Therapie werden berichtet (z. B. Testwerte von Sprachtests vor und nach einer Therapie)
E4	Effektstärken sind berichtet oder aus den angegebenen Daten berechenbar
E5	Erfolgsnachweis basiert auf wiederholten Messungen (prä- und mindestens einmal posttherapeutisch)
E6	Nachbeobachtungszeitraum nach Ende der Therapie mindestens 6 Monate (in begründeten Ausnahmen auch kürzer)
E7	Therapie ist in einem Manual oder anderweitig klar beschrieben
E8	Erwünscht, aber nicht zwingend: Repräsentativität der Stichprobe ist gewährleistet, Drop-outs sind berichtet, Gleichbehandlung der Gruppen bis auf die Therapien sind gewährleistet
Ausschlusskriterien	
A1	Stichprobengröße in mindestens einer der Gruppen zu klein ($n < 12$)
A2	Keine Kontrollgruppe oder Kontrollbedingung vorhanden
A3	Keine „objektiven“ Erfolgskriterien vorhanden (z. B. Testwerte vor und nach einer Therapie)
A4	Keine Effektstärken berechnet oder berechenbar
A5	Studie informiert über andere Aspekte von Interventionsmaßnahmen als über ihre Wirksamkeit
A6	Sprachtestwerte werden nur zu einem Zeitpunkt oder gar nicht erhoben
A7	Follow-up fehlend oder kürzer als 6 Monate (Ausnahmen s. Einschlusskriterien)
A8	Therapie ist weder in einem Manual noch anderweitig klar beschrieben
A9	Geringe Studienqualität, z. B. Auswertung durch die Therapeut*innen selbst oder Drop-outs nicht berichtet oder Gleichbehandlung der Gruppen bis auf Therapie nicht gewährleistet

Tab. 3. Ein- und Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche

2.4.4 Zusammenstellung der ausgewählten Publikationen zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen

Nr	Zitation (Alphabetisch geordnet)
1	Abbeduto L, Boudreau D. Theoretical influences on research on language development and intervention in individuals with mental retardation. <i>Ment Retard Dev Disabil Res Rev.</i> 2004;10(3):184-92. doi: 10.1002/mrdd.20032.
2	Ab Shukor NF, Han W, Lee J, Seo YJ. Crucial music components needed for speech perception enhancement of pediatric cochlear implant users: a systematic review and meta-analysis. <i>Audiol Neurotol.</i> 2021;26(6):389-413. doi: 10.1159/000515136.
3	Ab Shukor NF, Lee J, Seo YJ, Han W. Efficacy of music training in hearing aid and cochlear implant users: a systematic review and meta-analysis. <i>Clin Exp Otorhinolaryngol.</i> 2021;14(1):15-28. doi: 10.21053/ceo.2020.00101.
4	Adnams CM, Sorour P, Kalberg WO, Kodituwakku P, Perold MD, Kotze A, September S, Castle B, Gossage J, May PA. Language and literacy outcomes from a pilot intervention study for children with fetal alcohol spectrum disorders in South Africa. <i>Alcohol.</i> 2007;41(6):403-14. doi: 10.1016/j.alcohol.2007.07.005.
5	Allen MM. Intervention efficacy and intensity for children with speech sound disorder. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2013;56(3):865-77. doi: 10.1044/1092-4388(2012/11-0076).
6	Almost D, Rosenbaum P. Effectiveness of speech intervention for phonological disorders: a randomized controlled trial. <i>Dev Med Child Neurol.</i> 1998;40(5):319-2
7	Alt M, Figueroa CR, Mettler HM, Evans-Reitz N, Erikson JA. A Vocabulary Acquisition and Usage for Late Talkers Treatment Efficacy Study: The Effect of Input Utterance Length and Identification of Responder Profiles. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2021;14;64(4):1235-1255. doi: 10.1044/2020_JSLHR-20-0052
8	Alt M, Mettler HM, Erikson JA, Figueroa CR, Ethers-Thomas SE, Arizmendi GD, Oglivie T. Exploring Input Parameters in an Expressive Vocabulary Treatment With Late Talkers. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2020;16;63(1):216-233. doi: 10.1044/2019_JSLHR-19-00219
9	Ambrose SE, Walker EA, Unflat-Berry LM, Oleson JJ, Moeller MP. Quantity and quality of caregivers' linguistic input to 18-month and 3-year-old children who are hard of hearing. <i>Ear Hear.</i> 2015;36 Suppl 1(01):48-59. doi: 10.1097/AUD.0000000000000209.
10	ASHA: American Speech-Language-Hearing Association. [Internet]. Rockville, MD: ASHA; c1997-2022. Childhood apraxia of speech: technical report; 2007b [cited 2022 Sep 05]; [ASHA practice policy, technical report]. Available from: http://www.asha.org/policy/TR2007-00278
11	Bäckman B, Grevér-Sjölander AC, Bengtsson K, Persson J, Johansson I. Children with Down syndrome: oral development and morphology after use of palatal plates between 6 and 48 months of age. <i>Int J Paediatr Dent.</i> 2007;17(1):19-28. doi: 10.1111/j.1365-263X.2006.00781.x.
12	Bagner DM, Garcia D, Hill R. Direct and indirect effects of behavioral parent training on infant language production. <i>Behav Ther.</i> 2016;47(2):184-97. doi: 10.1016/j.beth.2015.11.001.
13	Baker B, Bruce H, Hill K, Devylder R. Core vocabulary is the same across environments. In: California State University at Northridge Conference. 2000. S. 3-8
14	Baker E, McLeod S. Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 1 narrative review. <i>Lang Speech Hear Serv Sch.</i> 2011;42(2):102-39. doi: 10.1044/0161-1461(2010/09-0075).
15	Baxter R, Rees R, Perovic A, Hulme C. The nature and causes of children's grammatical difficulties: Evidence from an intervention to improve past tense marking in children with Down syndrome. <i>Dev Sci.</i> 2022;25(4):e13220. doi: 10.1111/desc.13220.
16	Bekteshi S, Konings M, Karlsson P, Crieckinge TV, Dan B, Monbaliu E. Teleintervention for users of augmentative and alternative communication devices: A systematic review. <i>Dev Med Child Neurol.</i> 2022;00:1-14. doi: 10.1111/dmcn.15387.
17	Beukelman D, McGinnis J, Morrow D. Vocabulary selection in augmentative and alternative communication.

	Augment Altern Commun. 1991;7(3):171-85. doi: 10.1080/07434619112331275883.
18	Bialystok E, Luk G, Peets KF, Yang S. Receptive vocabulary differences in monolingual and bilingual children. <i>Biling (Camb Engl)</i> . 2010;13(4):525-531. doi: 10.1017/S1366728909990423.
19	Binos P, Nirgianaki E, Psillas G. How effective is auditory-verbal therapy (AVT) for building language development of children with cochlear implants? A systematic review. <i>Life (Basel)</i> . 2021;11(3):239. doi: 10.3390/life11030239.
20	Bishop DV, Adams CV, Rosen S. Resistance of grammatical impairment to computerized comprehension training in children with specific and non-specific language impairments. <i>Int J Lang Commun Disord</i>. 2006;41(1):19-40. doi: 10.1080/13682820500144000.
21	Boons T, De Raeve L, Langereis M, Peeraer L, Wouters J, van Wieringen A. Expressive vocabulary, morphology, syntax and narrative skills in profoundly deaf children after early cochlear implantation. <i>Res Dev Disabil</i> . 2013;34(6):2008-22. doi: 10.1016/j.ridd.2013.03.003.
22	Bowers LM. Auditory-verbal therapy as an intervention approach for children who are deaf: a review of the evidence. <i>EBP Briefs</i> . 2016;11(6):1-8. Bloomington, MN: NCS Pearson, Inc.
23	Boyle JM, McCartney E, O'Hare A, Forbes J. Direct versus indirect and individual versus group modes of language therapy for children with primary language impairment: principal outcomes from a randomized controlled trial and economic evaluation. <i>Int J Lang Commun Disord</i>. 2009;44(6):826-46. doi: 10.1080/13682820802371848.
24	Brennan-Jones CG, White J, Rush RW, Law J. Auditory-verbal therapy for promoting spoken language development in children with permanent hearing impairments. <i>Cochrane Db Syst Rev</i> . 2014;(3):CD010100. doi: 10.1002/14651858.CD010100.pub2.
25	Broomfield J, Dodd B. Clinical effectiveness. In: Dodd B, ed. <i>Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder</i>. London: Whurr; 2013. p. 211-29
26	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Frankfurt/M: BAR. Rehabilitation und Teilhabe: Ein Wegweiser; 2022 [zitiert 5. Nov 2022]. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/WegweiserHandbuch2020.RZweb.pdf
27	Burgoyne K, Duff FJ, Clarke PJ, Buckley S, Snowling MJ, Hulme C. Efficacy of a reading and language intervention for children with Down syndrome: a randomized controlled trial. <i>J Child Psychol Psychiatry</i> . 2012;53(10):1044-53. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02557.x.
28	Buschmann A. Frühe Sprachförderung bei Late Talkers. Effektivität des Heidelberger Elterntrainings bei rezeptiv-expressiver Sprachentwicklungsverzögerung. <i>Pädiat Prax</i>. 2012;78(3):377-89
29	Buschmann A, Gertje C. Sprachentwicklung von Late Talkers bis ins Schulalter: Langzeiteffekte einer frühen systematischen Elternanleitung. <i>Logos</i> . 2021;29: 4-16
30	Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J, Philippi H. Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. <i>Arch Dis Child</i>. 2009;94(2):110-6. doi: 10.1136/adc.2008.141572.
31	Buschmann A, Multhaus B, Hasselhorn M, Pietz J. Long-term effects of a parent-based language intervention on language outcomes and working memory for late-talking toddlers. <i>J Early Interven</i>. 2015;37(3):175-89. doi: 10.1177/1053815115609384.
32	Cable AL, Domsch C. Systematic review of the literature on the treatment of children with late language emergence. <i>Int J Lang Commun Disord</i>. 2011;46(2):138-54. doi: 10.3109/13682822.2010.487883.
33	Calder SD, Claessen M, Ebbels S, Leitão S. The efficacy of an explicit intervention approach to improve past tense marking for early school-age children with developmental language disorder. <i>J Speech Lang Hear Res</i>. 2021;64(1):91-104. doi: 10.1044/2020_JSLHR-20-00132.
34	Camarata S, Yoder P, Camarata M. Simultaneous treatment of grammatical and speech-comprehensibility deficits in children with Down syndrome. <i>Downs Syndr Res Pract</i> . 2006;11(1):9-17. doi: 10.3104/reports.314.
35	Carlstedt K, Henningsson G, Dahllöf G. A four-year longitudinal study of palatal plate therapy in children with Down syndrome: effects on oral motor function, articulation and communication preferences. <i>Acta Odontol</i>

	Scand. 2003;61(1):39-46. doi: 10.1080/ode.61.1.39.46.
36	Casoojee A, Kanji A, Khoza-Shangase K. Therapeutic approaches to early intervention in audiology: a systematic review. <i>Int J Pediatr Otorhinolaryngol.</i> 2021;150:110918. doi: 10.1016/j.ijporl.2021.110918.
37	Chilla S. Mehrsprachige Entwicklung. In: Sachse S, Bockmann AK, Buschmann A, Hrsg. Sprachentwicklung. Entwicklung - Diagnostik - Förderung im Kleinkind- und Vorschulalter. Berlin: Springer; 2020. S. 109-30
38	Cirrin FM, Gillam RB. Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: a systematic review. <i>Lang Speech Hear Serv Sch.</i> 2008;39(1):S110-37. doi: 10.1044/0161-1461(2008/012).
39	Cleave PL, Becker SD, Curran MK, Van Horne AJ, Fey ME. The efficacy of recasts in language intervention: a systematic review and meta-analysis. <i>Am J Speech Lang Pathol.</i> 2015;24(2):237-55. doi: 10.1044/2015_AJSLP-14-0105.
40	Cohen-Mimran R, Reznik-Nevet L, Korona-Gaon S. An activity-based language intervention program for kindergarten children: a retrospective evaluation. <i>Early Child Educ J.</i> 2016;44(1):69-78
41	Costa EA, Day L, Caverly C, Mellon N, Ouellette M, Wilson OS. Parent-child interaction therapy as a behavior and spoken language intervention for young children with hearing loss. <i>Lang Speech Hear Serv Sch.</i> 2019;50(1):34-52. doi: 10.1044/2018_LSHSS-18-0054.
42	Costantino MA, Bonati M. A scoping review of interventions to supplement spoken communication for children with limited speech or language skills. <i>PLoS One.</i> 2014;9(3):e90744. doi: 10.1371/journal.pone.0090744.
43	Cress CJ, Marvin CA. Common questions about AAC services in early intervention. <i>Augment Altern Comm.</i> 2003;19(4):264-72. doi: 10.1080/07434610310001598242.
44	Crosbie S, Holm A, Dodd BC. Intervention for children with severe speech disorder: a comparison of two approaches. <i>Int J Lang Commun Disord.</i> 2005;40(4):467-91. doi: 10.1080/13682820500126049.
45	De Langen-Müller U, Kauschke C, Kiese-Himmel C, Neumann K, Noterdaeme M. Diagnostik von (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen. Eine interdisziplinäre Leitlinie. In Kiese-Himmel C, Hrsg. Sprachentwicklung - Verlauf, Störung, Diagnostik, Intervention. Frankfurt/M: Peter Lang; 2012.
46	Demers D, Bergeron F. Effectiveness of rehabilitation approaches proposed to children with severe-to-profound prelinguistic deafness on the development of auditory, speech, and language skills: a systematic review. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2019;62(11):4196-230. doi: 10.1044/2019_JSLHR-H-18-0137.
47	DesJardin JL, Doll ER, Stika CJ, Eisenberg LS, Johnson KJ, Ganguly DH, Colson BG, Henning SC. Parental support for language development during joint book reading for young children with hearing loss. <i>Commun Disord Q.</i> 2014;35(3):167-81. doi: 10.1177/1525740113518062.
48	Dettman S, Wall E, Constantinescu G, Dowell R. Communication outcomes for groups of children using cochlear implants enrolled in auditory-verbal, aural-oral, and bilingual-bicultural early intervention programs. <i>Otol Neurotol.</i> 2013;34(3):451-9. doi: 10.1097/MAO.0b013e3182839650.
49	DeVeney SL, Hagaman JL, Bjornsen AL. Parent-implemented versus clinician-directed interventions for late-talking toddlers: a systematic review of the literature. <i>Comm Disord Q.</i> 2017;39(1):293-302. doi: 10.1177/1525740117705116.
50	Dippold S, Wolf-Mühlbauer J, Lässig A, Kainz M-A, Echternach M, Keilmann A. Langzeitverlauf nach stationärer Sprachtherapie: schulische und sprachliche Entwicklung von Kindern mit schwerer spezifischer Sprachentwicklungsstörung (SES). <i>HNO.</i> 2021;69(12):978-86. doi: 10.1007/s00106-021-01005-4.
51	Dirks E, Wauters L. It takes two to read: Interactive reading with young deaf and hard-of-hearing children. <i>J Deaf Stud Deaf Educ.</i> 2018;23(3):261-70. doi: 10.1093/deafed/eny005.
52	Dyer K, Santarcangelo S, Luce SC. Developmental influences in teaching language forms to individual with developmental disabilities. <i>J Speech Hear Disord.</i> 1987;52(4):335-47. doi: 10.1044/jshd.5204.335.
53	Ebbels SH. Effectiveness of intervention for grammar in school-aged children with primary language impairments: a review of the evidence. <i>Child Lang Teach Ther.</i> 2014;30(1):7-40. doi: 10.1177/0265659013512321.

54	Ebbels SH, Maric N, Murphy A, Turner G. Improving comprehension in adolescents with severe receptive language impairments: a randomized control trial of intervention for coordinating conjunctions. <i>Int J Lang Commun Disord</i> 2014;49(1):30-48. doi: 10.1111/1460-6984.12047.
55	Ebbels SH, Nicoll H, Clark B, Eachus B, Gallagher AL, Horniman K, Jennings M, McEvoy K, Nimmo L, Turner G. Effectiveness of semantic therapy for word-finding difficulties in pupils with persistent language impairments: a randomized control trial. <i>Int J Lang Commun Disord</i> . 2012;47(1):35-51. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00073.x.
56	Ebbels SH, van der Lely HKJ, Dockrell JE. Intervention for verb argument structure in children with persistent SLI: a randomized control trial. <i>J Speech Lang Hear R</i> . 2007;50:1330-49. doi: 1092-4388/07/5005-1330
57	Ebert KD, Kohnert K, Pham G, Rentmeester Disher J, Payesteh B. Three treatments for bilingual children with primary language impairment: examining cross-linguistic and cross-domain effects. <i>J Speech Lang Hear Res</i> . 2014;57(1):172-86. doi: 10.1044/1092-4388(2013/12-0388).
58	Felsenfeld S, Broen PA, McGue M. A 28-year follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: educational and occupational results. <i>J Speech Hear Res</i> . 1994;37(6):1341-53. doi: 10.1044/jshr.3706.1341.
59	Felsenfeld S, Broen PA, McGue M. A 28-year-follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: linguistic and personality results. <i>J Speech Hear Res</i> . 1992;35(5):1114-25. doi: 10.1044/jshr.3505.1114.
60	Fermor C. Effektivität stationärer Sprachtherapie bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. Sprachtherapie aktuell: Forschung-Wissen-Transfer: Schwerpunktthema: Intensive Sprachtherapie 2017;(4)1,e2017-02. doi: 10.14620/stadbs171102.
61	Fey ME, Yoder PJ, Warren SF, Bredin-Oja SL. Is more better? Milieu communication teaching in toddlers with intellectual disabilities. <i>J Speech Lang Hear Res</i> . 2013;56(2):679-93. doi: 10.1044/1092-4388(2012/12-0061).
62	Fidler DJ, Philofsky A, Hephurn SL. Language phenotypes and intervention planning: bridging research and practice. <i>Ment Retard Dev Disabil Res Rev</i> . 2007;13(1):47-57. doi: 10.1002/mrdd.20132.
63	Fitzpatrick EM, Hamel C, Stevens A, Pratt M, Moher D, Doucet SP, Neuss D, Bernstein A, Na E. Sign language and spoken language for children with hearing loss: a systematic review. <i>Pediatrics</i> . 2015;137(1). doi: 10.1542/peds.2015-1974.
64	Fox-Boyer AV, Hild U, Schulte-Mäter A. Therapie von Aussprachestörungen. In: Fox-Boyer A, Ringmann S, Siegmüller J, Hrsg. Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen: Kindergartenphase. München: Elsevier; 2014
65	Frizelle P, Tolonen AK, Tulip J, Murphy CA, Saldana D, McKean C. The impact of intervention dose form on oral language outcomes for children with developmental language disorder. <i>J Speech Lang Hear Res</i> . 2021a;64(8):3253-88. doi: 10.1044/2021_JSLHR-20-00734.
66	Frizelle P, Tolonen AK, Tulip J, Murphy CA, Saldana D, McKean C. The influence of quantitative intervention dosage on oral language outcomes for children with developmental language disorder: a systematic review and narrative synthesis. <i>Lang Speech Hear Serv Sch</i> . 2021b;52(2):738-54. doi: 10.1044/2020_LSHSS-20-00058.
67	Fung PC, Chow BW, McBride-Chang C. The impact of a dialogic reading program on deaf and hard-of-hearing kindergarten and early primary school-aged students in Hong Kong. <i>J Deaf Stud Deaf Educ</i> . 2005;10(1):82-95. doi: 10.1093/deafed/eni005.
68	Fürgang CR. Language therapy in fragile X syndrome. <i>Rev Neurol</i> . 2001;33 Suppl 1:82-7
69	Geers AE, Nicholas J, Tobey E, Davidson L. Persistent language delay versus late language emergence in children with early cochlear implantation. <i>J Speech Lang Hear Res</i> . 2016;59(1):155-70. doi: 10.1044/2015_JSLHR-H-14-0173.
70	German DJ, Schwanke JH, Ravid R. Word finding difficulties: differentiated vocabulary instruction in the speech and language room. Commun Disord Q. 2012;33(3):146-56. doi: 10.1177/1525740111405840.
71	Gfeller K. Music-based training for pediatric CI recipients: a systematic analysis of published studies. <i>Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis</i> . 2016;133 Suppl 1(Suppl 1):50-6. doi: 10.1016/j.anorl.2016.01.010.

72	Giallini I, Nicastrì M, Mariani L, Turchetta R, Ruoppolo G, de Vincentiis M, Vito C, Sciurti A, Baccolini V, Mancini P. Benefits of parent training in the rehabilitation of deaf or hard of hearing children of hearing parents: a systematic review. <i>Audiol Res.</i> 2021;11(4):653-72. doi: 10.3390/audiolres11040060.
73	Glanemann R, Reichmuth K, Matulat P, Zehnhoff-Dinnesen AA. Muenster parental programm empowers parents in communicating with their infant with hearing loss. <i>Int J Pediatr Otorhinolaryngol.</i> 2013;77(12):2023-9. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.10.001.
74	Glück CW. Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Therapieformen und ihre Wirksamkeit. Sprache - Stimme - Gehör. 2003;27:125-34. doi: 10.1055/s-2003-42534.
75	Hahn LJ, Zimmer BJ, Brady NC, Swinburne Romine RE, Fleming KK. Role of maternal gesture use in speech use by children with fragile X syndrome. <i>Am J Speech Lang Pathol.</i> 2014;23(2):146-59. doi: 10.1044/2013_AJSLP-13-0046.
76	Hampton LH, Kaiser AP, Roberts MY. One-year language outcomes in toddlers with language delays: an RCT follow-up. Pediatrics. 2017;140(5). doi: 10.1542/peds.2016-3646.
77	Häßler F, Eggers C. Intelligenzminderung. In: Fegert JM, Eggers C, Resch F, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012
78	Hesketh A, Adams C, Nightingale C, Hall R. Phonological awareness therapy and articulatory training approaches for children with phonological disorders: a comparative outcome study. Int J Lang Commun Disord. 2000;35(3):337-54. doi: 10.1080/136828200410618.
79	Hildebrand MS, Jackson VE, Scerri TS, Van Reyk O, Coleman M, Braden RO, Turner S, Rigbye KA, Boys A, Barton S, Webster R, Fahey M, Saunders K, Parry-Fielder B, Paxton G, Hayman M, Coman D, Goel H, Baxter A, Ma A, Davis N, Reilly S, Delatycki M, Liégeois FJ, Connelly A, Gez J, Fisher SE, Amor DJ, Scheffer IE, Bahlo M, Morgan AT. Severe childhood speech disorder: Gene discovery highlights transcriptional dysregulation. <i>Neurology.</i> 2020;94(20):e2148-67. doi: 10.1212/WNL.0000000000009441.
80	Holzinger D, Dall M, Sanduvete-Chaves S, Saldaña D, Chacón-Moscoso S, Fellingner J. The impact of family environment on language development of children with cochlear implants: a systematic review and meta-analysis. <i>Ear Hear.</i> 2020;41(5):1077-91. doi: 10.1097/AUD.0000000000000852.
81	Jesus LMT, Martinez J, Santos J, Hall A, Joffe V. Comparing traditional and tablet-based intervention for children with speech sound disorders: a randomized controlled trial. J Speech Lang Hear Res. 2019;62(11):4045-61. doi: 10.1044/2019_JSLHR-S-18-0301.
82	Justice LM, Logan J, Jiang H, Schmitt MB. Algorithm-driven dosage decisions (AD3): optimizing treatment for children with language impairment. Am J Speech Lang Pathol. 2017;26(1):57-68. doi: 10.1044/2016_AJSLP-15-0058.
83	Kaipa R, Danser ML. Efficacy of auditory-verbal therapy in children with hearing impairment: a systematic review from 1993 to 2015. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016;86:124-34. doi: 10.1016/j.ijporl.2016.04.033.
84	Kang C, Drayna D. Genetics of speech and language disorders. Annu Rev Genomics Hum Genet. 2011;12:145-64. doi: 10.1146/annurev-genom-090810-183119.
85	Katz G, Lazcano-Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. <i>Salud Publica Mex</i> 2008;50 Suppl 2:s132-41. doi: 10.1590/s0036-36342008000800005.
86	Keilmann A, Kiese-Himmel C. Stationäre Sprachtherapie bei Kindern mit schweren spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Laryngo-Rhino-Otol. 2011;90(11):677-82. doi: 10.1055/s-0031-1277209.
87	Kelley ES, Goldstein H, Spencer TD, Sherman A. Effects of automated Tier 2 storybook intervention on vocabulary and comprehension learning in preschool children with limited oral language skills. Early Child Res Q. 2015;31:47-61. doi: 10.1016/j.ecresq.2014.12.004.
88	Klein ES. Phonological/Traditional approaches to articulation therapy: A Retrospective Group Comparison. LSHSS. 1996;27(4):314-23. doi: 10.1044/0161-1461.2704.314.
89	Kover ST. Distributional cues to language learning in children with intellectual disabilities. <i>Lang Speech Hear Serv Sch.</i> 2018;49(3S):653-67. doi: 10.1044/2018_LSHSS-STLT1-17-0128.
90	Kruythoff-Broekman A, Wiefferink C, Rieffe C, Uilenburg N. Parent-implemented early language intervention

	programme for late talkers: parental communicative behaviour change and child language outcomes at 3 and 4 years of age. Int J Lang Commun Disord. 2019;54(3):451-64. doi: 10.1111/1460-6984.12451.
91	Kühn P, Sachse S, v. Suchodoletz W. Sprachentwicklung bei Late Talkern. Logos. 2016;24(4):256-65. doi: 10.7345/prolog-1604256.
92	Langarika-Rocafort A, Mondragon NI, Etxebarrieta GR. A systematic review of research on augmentative and alternative communication interventions for children aged 6-10 in the last decade. Lang Speech Hear Serv Sch. 2021;52(3):899-916. doi: 10.1044/2021_LSHSS-20-00005.
93	Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Db Syst Rev. 2003(3):CD004110. doi: 10.1002/14651858.CD004110.
94	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):924-43. doi: 10.1044/1092-4388(2004/069).
95	Law J, Huby G, Irving AM, Pringle AM, Conochie D, Haworth C, Burston A. Reconciling the perspective of practitioner and service user: findings from The Aphasia in Scotland study. Int J Lang Commun Disord. 2010;45(5):551-60. doi: 10.3109/13682820903308509.
96	Lee ASY, Gibbon FE. Non-speech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders. Cochrane Db Syst Rev. 2015(3):CD009383. doi: 10.1002/14651858.CD009383.pub2.
97	Leonet O, Orcasitas-Vicandi M, Langarika-Rocafort A, Mondragon NI, Etxebarrieta GR. A systematic review of augmentative and alternative communication interventions for children aged from 0 to 6 years. Lang Speech Hear Serv Sch. 2022;53(3):894-920. doi: 10.1044/2022_LSHSS-21-00191.
98	Leonhartsberger S, Huber E, Brandstötter G, Stoeckel R, Baas B, Weber C, Holzinger D. Efficacy of treatment intensity in German-speaking children with childhood apraxia of speech. Child Lang Teach Ther. 2022;38(1):43-58. doi: 10.1177/02656590211035156.
99	Lousada M, Jesus LMT, Capelas S, Margaça C, Simões D, Valente A, Hall A, Joffe VL. Phonological and articulation treatment approaches in Portuguese children with speech and language impairments: a randomized controlled intervention study. Int J Lang Commun Disord. 2013;48(2):172-87. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00191.x.
100	Lousada M, Jesus LMT, Hall A, Joffe V. Intelligibility as a clinical outcome measure following intervention with children with phonologically based speech-sound disorders. Int J Lang Commun Disord. 2014;49(5):584-601. doi: 10.1111/1460-6984.12095.
101	Lowe H, Henry L, Müller LM, Joffe V. Vocabulary intervention for adolescents with language disorder: a systematic review. Int J Lang Commun Disord. 2018;53(2):199-217. doi: 10.1111/1460-6984.12355.
102	Lüke C, Ritterfeld U, Biewener A. Impact of family input pattern on bilingual students' language dominance and language favouritism. Germ For Lang. 2020a(1):1-4
103	Lüke C, Starke A, Ritterfeld U. Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern. In: Sachse S, Bockmann AK, Buschmann A, Hrsg. Sprachentwicklung. Entwicklung, Diagnostik – Förderung im Kleinkind- und Vorschulalter. Berlin: Springer; 2020. S.221-37
104	Marrus N, Hall L. Intellectual disability and language disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2017;26:539-54. doi: 10.1016/j.chc.2017.03.001.
105	Marulis L, Neuman S. The effects of vocabulary intervention on young children's word learning: a meta-analysis. Rev Educ Res. 2010;80(3):300-35. doi: 10.3102/0034654310377087.
106	McGregor KK, Duff D. Promoting diverse and deep vocabulary development. In: Ukrainetz T, ed. School-age language intervention: evidence-based practices. Austin, TX: PRO-ED; 2015. p. 247-77
107	McKechnie J, Ahmed B, Gutierrez-Osuna R, Murray E, McCabe P, Ballard KJ. The influence of type of feedback during tablet-based delivery of intensive treatment for childhood apraxia of speech. J Commun Disord. 2020;87:106026. doi: 10.1016/j.jcomdis.2020.106026.
108	McLeod S, Baker E, McCormack J, Wren Y, Roulstone S, Crowe K, Masso S, White P, Howland C. Cluster-randomized controlled trial evaluating the effectiveness of computer-assisted intervention delivered by

	educators for children with speech sound disorders. J Speech Lang Hear Res. 2017;60(7):1891-910. doi: 10.1044/2017_jslhr-s-16-0385.
109	Meinzen-Derr J, Sheldon R, Altaye M, Lane L, Mays L, Wiley S. A technology-assisted language intervention for children who are deaf or hard of hearing: a randomized clinical trial. <i>Pediatrics</i> . 2021;147(2):e2020025734. doi: 10.1542/peds.2020-025734.
110	Millar DC, Light JC, Schlosser RW. The impact of augmentative and alternative communication interventions on the speech production of individuals with developmental disabilities: a research review. <i>J Speech Lang Hear Res</i> . 2006;49(2):248-64. doi: 10.1044/1092-4388(2006/021).
111	Mishra SK, Boddupally SP. Auditory cognitive training for pediatric cochlear implant recipients. <i>Ear Hear</i> . 2018;39(1):48-59. doi: 10.1097/AUD.0000000000000462.
112	Moeller MP, Carr G, Seaver L, Stredler-Brown A, Holzinger D. Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: an international consensus statement. <i>J Deaf Stud Deaf Edu</i> . 2013;18(4):429-45. doi: 10.1093/deafed/ent034.
113	Moeller P. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. <i>Pediatrics</i> . 2000;106(3):e43. doi: 10.1542/peds.106.3.e43
114	Moraleda Sepúlveda E, López-Resca P, Pulido-García N, Delgado-Matute S, Simón-Medina N. Language intervention in Down syndrome: a systematic literature review. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2022;19(10):6043. doi: 10.3390/ijerph19106043.
115	Moraleda Sepúlveda EM, López-Villaseñor ML, Heinze EG. Can individuals with Down syndrome improve their grammar? <i>Int J Lang Commun Disord</i> . 2013;48(3):343-9. doi: 10.1111/1460-6984.12002.
116	Morgan AT, Murray E, Liégeois FJ. Interventions for childhood apraxia of speech. Cochrane Db Syst Rev. 2018;5(5):CD006278. doi: 10.1002/14651858.CD006278.pub3.
117	Morgan AT, Vogel AP. A Cochrane review of treatment for childhood apraxia of speech. Eur J Phys Rehabil Med. 2009;45(1):103-10.
118	Motsch HJ. Diagnostik und Therapie mehrsprachiger Kinder mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung. LOGOS 2013;21(4):255-263 DOI 10.7345/prolog-1304255
119	Motsch HJ, Marks D. Efficacy of the lexicon pirate strategy therapy for improving lexical learning in school-age children: a randomized controlled trial. <i>Child Lang Teach Ther</i> . 2015;31(2):237-55. doi: 10.1177/0265659014564678.
120	Motsch HJ, Riehemann S. Effects of 'Context-Optimization' on the acquisition of grammatical case in children with specific language impairment: an experimental evaluation in the classroom. <i>Int J Lang Commun Disord</i> . 2008;43(6):683-98. doi: 10.1080/13682820701794728.
121	Motsch HJ, Schmidt M. Effektivität kontextoptimierter Gruppentherapie als Frühtherapie spezifisch spracherwerbsgestörter Kinder – Interventionsstudie im luxemburgischen Sonderschulkindergarten. <i>Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und Nachbargebiete</i> . 2009b;78(1):66-8
122	Motsch HJ, Schmidt M. Frühtherapie grammatisch gestörter Kinder in Gruppen – Interventionsstudie in Luxemburg. <i>Frühförderung interdisziplinär</i> . 2009a;28(3):115-23
123	Motsch HJ, Ulrich T. „Wortschatzsammler“ und „Wortschatzfinder“. Effektivität neuer Therapieformate bei lexikalischen Störungen im Vorschulalter. <i>Sprachheilarbeit</i> . 2012b;57(2):70-8
124	Motsch HJ, Ulrich T. Effects of the strategy therapy "lexicon pirate" on lexical deficits in preschool age: a randomized controlled trial. <i>Child Lang Teach Ther</i> . 2012a;28(2):159-75. doi: 10.1177/0265659011432943.
125	Murray E, McCabe P, Ballard KJ. A randomized controlled trial for children with childhood apraxia of speech comparing rapid syllable transition treatment and the Nuffield Dyspraxia Programme-Third Edition. <i>J Speech Lang Hear Res</i> . 2015;58(3):669-86. doi: 10.1044/2015_JSLHR-S-13-0179.
126	Murray E, McCabe P, Ballard KJ. A systematic review of treatment outcomes for children with childhood apraxia of speech. <i>Am J Speech Lang Pathol</i> . 2014;23(3):486-504. doi: 10.1044/2014_AJSLP-13-0035.
127	Namasivayam AK, Huynh A, Granata F, Law V, van Lieshout P. PROMPT - intervention for children with

	severe speech motor delay: a randomized control trial. <i>Pediatr Res.</i> 2021;89(3):613-21. doi: 10.1038/s41390-020-0924-4.
128	Neil N, Jones EA. Communication intervention for individuals with Down syndrome: systematic review and meta-analysis. <i>Dev Neurorehabil.</i> 2018;21(1):1-12. doi: 10.1080/17518423.2016.1212947.
129	Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. <i>Pediatrics.</i> 2006;117(2):e298-319 [erratum in: <i>Pediatrics.</i> 2006;117(6):2336-7]. doi: 10.1542/peds.2005-1467.
130	Neumann K, Chadha S, Euler HA, Mathmann P, White KR. Global status of newborn and infant hearing screening. In: Yoshinaga-Itano C, ed. <i>Fast facts: early hearing detection and intervention.</i> Basel: Karger; 2022. p. 37-46
131	Nicastri M, Giallini I, Ruoppolo G, Prosperini L, de Vincentiis M, Lauriello M, Rea M, Traisci G, Mancini P. Parent training and communication empowerment of children with cochlear implant. <i>J Early Intervention.</i> 2020;43(2):117-34. doi: 10.1177/1053815120922908.
132	Noll D, DiFabio D, Moodie S, Graham ID, Potter B, Grandpierre V, Fitzpatrick EM. Coaching caregivers of children who are deaf or hard of hearing: a scoping review. <i>J Deaf Stud Deaf Educ.</i> 2021;26(4):453-68. doi: 10.1093/deafed/enab018.
133	Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, Vamvakas G, Pickles A. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. <i>J Child Psychol Psychiatry.</i> 2016;57(11):1247-57. doi: 10.1111/jcpp.12573.
134	O'Hare A, Bremner L. Management of developmental speech and language disorders: Part 1. <i>Arch Dis Child.</i> 2016;101(3):272-7. doi: 10.1136/archdischild-2014-307394.
135	Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry.</i> 2018;27(8):997-1009. doi: 10.1007/s00787-018-1110-7.
136	Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T, Langsrud Ø, Kristensen H. A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism – defocused communication and behavioural techniques. <i>Child Adolesc Ment Health.</i> 2014;19(3):192-98. doi: 10.1111/camh.12045.
137	Owen van Horne AJ, Fey M, Curran M. Do the hard things first: a randomized controlled trial testing the effects of exemplar selection on generalization following therapy for grammatical morphology. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2017;60(9):2569-88. doi: 10.1044/2017_JSLHR-L-17-0001.
138	Pamplona MC, Ysunza A, Espinosa J. A comparative trial of two modalities of speech intervention for compensatory articulation in cleft palate children, phonologic approach versus articulatory approach. <i>Int J Pediatr Otorhinolaryngology.</i> 1999;49(1):21-6. doi: 10.1016/S0165-5876(99)00040-3.
139	Peadon E, Rhys-Jones B, Bower C, Elliott EJ. Systematic review of interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders. <i>BMC Pediatr.</i> 2009;9:35. doi: 10.1186/1471-2431-9-35.
140	Peters B, Eddy B, Galvin-McLaughlin D, Betz G, Oken B, Fried-Oken M. A systematic review of research on augmentative and alternative communication brain-computer interface systems for individuals with disabilities. <i>Front Hum Neurosci.</i> 2022;16:952380. doi: 10.3389/fnhum.2022.952380.
141	Petersen DB, Thompsen B, Guiberson MM, Spencer TD. Cross-linguistic interactions from second language to first language as the result of individualized narrative language intervention with children with and without language impairment. <i>App Psycholinguist.</i> 2016;37(3):703-24 doi: 10.1017/S0142716415000211.
142	Pham G, Ebert KD, Kohnert K. Bilingual children with primary language impairment: 3 months after treatment. <i>Int J Lang Comm Dis.</i> 2015;50(1):94-105. doi: 10.1111/1460-6984.12123.
143	Pina S, Canellas M, Prazeres R, Lopes J, Marcelino T, Reis D, Ferrito C. Augmentative and alternative communication in ventilated patients: a scoping review. <i>Rev Bras Enferm.</i> 2020;73(5):e20190562. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0562.
144	Preston J, Leece M. Articulation interventions. In: Williams A, McLeod S, McCauley R, eds. <i>Interventions for children with speech sound disorders.</i> Baltimore, MD: Brooks; 2021. p. 526-58
145	Rayes H, Al-Malky G, Vickers D. Systematic review of auditory training in pediatric cochlear implant recipients. <i>J</i>

	Speech Lang Hear Res. 2019;62(5):1574-93. doi: 10.1044/2019_JSLHR-H-18-0252.
146	RCSLT - Royal College of Speech and Language Therapists. Policy statement: developmental verbal dyspraxia [Internet]; London: Royal College of Speech and Language Therapists; 2011 [cited 2022 Sep 05]. Available from: http://www.ndp3.org/documents/rcslt2011dvdPolicyStatement.pdf
147	Rescorla L. Entwicklungswege von Late Talkern. In: Sachse S, Hrsg. Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kleinkindphase. München: Elsevier; 2015. S. 101-11
148	Restrepo MA, Morgan GP, Thompson MS. The efficacy of a vocabulary intervention for dual-language learners with language impairment. J Speech Lang Hear Res. 2013;56(2):748-65. doi: 10.1044/1092-4388(2012/11-0173)x.
149	Riehl C. Mehrsprachigkeit: eine Einführung. Darmstadt: WBG; 2014
150	Roberts JE, Chapman RS, Warren SF. Speech and language development and intervention in Down syndrome and fragile X syndrome. Baltimore, MD: Brookes; 2008
151	Roberts JE, Mankowski JB, Sideris J, Goldman BD, Hatton DD, Mirrett PL, Baranek GT, Reznick JS, Long AC, Bailey DB Jr. Trajectories and predictors of the development of very young boys with fragile X syndrome. J Pediatr Psychol. 2009;34(8):827-36. doi: 10.1093/jpepsy/jsn129.
152	Roberts MY. Parent-implemented communication treatment for infants and toddlers with hearing loss: a randomized pilot trial. J Speech Lang Hear Res. 2019;62(1):143-52. doi: 10.1044/2018_JSLHR-L-18-0079.
153	Roberts MY, Curtis PR, Sone BJ, Hampton LH. Association of parent training with child language development: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2019;173(7):671-80. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.1197.
154	Roberts MY, Kaiser AP. Early intervention for toddlers with language delays: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2015;135(4):686-93. doi: 10.1542/peds.2014-2134.
155	Roberts MY, Kaiser AP. The effectiveness of parent-implemented language interventions: a meta-analysis. Am J Speech Lang Pathol. 2011;20(3):180-99. doi: 10.1044/1058-0360(2011/10-0055).
156	Rodrigues Pereira C, Ensink JBM, Güldner MG, Kan KJ, de Jonge MV, Lindauer RJJ, Utens EMWJ. Effectiveness of a behavioral treatment protocol for selective mutism in children: design of a randomized controlled trial. Contemp Clin Trials Commun. 2020;19:100644. doi: 10.1016/j.conctc.2020.100644.
157	Roman S, Rochette F, Triglia JM, Schön D, Bigand, E. Auditory training improves auditory performance in cochlear implanted children. Hearing Research. 2016;337:89-95. doi: 10.1016/j.heares.2016.05.003.
158	Roth F, Worthington CK. Treatment resource manual for speech-language pathology. Clifton Park, NY: Cengage Learning; 2015
159	Sachse S, Buschmann A. Frühe sprachliche Auffälligkeiten und Frühdiagnostik. In: Sachse S, Bockmann AK, Buschmann A, Hrsg. Sprachentwicklung. Berlin, Heidelberg Springer; 2020
160	Samango-Sprouse CA, Lasutschinkow PC, McLeod M, Porter GF, Powell S, St Laurent J, Sadeghin T, Gropman AL. Speech and language development in children with 49,XXXXY syndrome. Am J Med Genet A. 2021;185(12):3567-75. doi: 10.1002/ajmg.a.61767.
161	Scharff Rethfeld W. Evidenzen zu Empfehlungen und Ansätzen in der Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern. Forum Logopädie. 2017;31(6):18-23. doi: 10.2443/skv-s-2017-53020170603.
162	Schlesiger C. Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers: eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Effektivität eines direkten und kindzentrierten Konzeptes. Idstein: Schulz-Kirchner; 2009
163	Schlosser R, Lee D. Promoting generalization and maintenance in augmentative and alternative communication: a meta-analysis of 20 years of effectiveness research. Augment Altern Comm. 2000;16(4):208-26. doi: 10.1080/07434610012331279074.
164	Seager E, Sampson S, Sin J, Pagnamenta E, Stojanovik V. A systematic review of speech, language and communication interventions for children with Down syndrome from 0 to 6 years. Int J Lang Commun Disord. 2022;57(2):441-63. doi: 10.1111/1460-6984.12699.
165	Shriberg LD, Potter NL, Strand EA. Prevalence and phenotype of childhood apraxia of speech in youth with

	galactosemia. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2011;54(2):487-519. doi: 10.1044/1092-4388(2010/10-0068).
166	Siemons-Lühning DI, Euler HA, Mathmann P, Suchan B, Neumann K. The effectiveness of an integrated treatment for functional speech sound disorders: a randomized controlled trial. <i>Children (Basel).</i> 2021;8(12):1190. doi: 10.3390/children8121190.
167	Siemons-Lühning DI, Euler HA, Suchan B, Neumann K. Long-term outcome of the PhonoSens treatment of phonological speech sound disorders in children. A follow-up of a randomized controlled trial. Manuscript submitted.
168	Sigafoos J, Green VA, Schlosser RW, O'Reilly MF, Lancioni GE, Rispoli M, Lang R. Communication intervention in Rett syndrome: a systematic review. <i>Res. Autism Spectr. Disord.</i> 2009;3:304-18. doi: 10.1016/j.rasd.2008.09.006.
169	Sigafoos J, O'Reilly MF, Ledbetter-Cho K, Lim N, Lancioni GE, Marschik PB. Addressing sequelae of developmental regression associated with developmental disabilities: a systematic review of behavioral and educational intervention studies. <i>Neurosci Biobehav Rev.</i> 2019;96:56-71. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.11.014.
170	Smith E, Hokstad S, Næss KB. Children with Down syndrome can benefit from language interventions; Results from a systematic review and meta-analysis. <i>J Commun Disord.</i> 2020;85:105992. doi: 10.1016/j.jcomdis.2020.105992.
171	Smith-Lock KM, Leitao S, Lambert L, Nickels L. Effective intervention for expressive grammar in children with specific language impairment. <i>Int J Lang Commun Disord.</i> 2013;48(3):265-82. doi: 10.1111/1460-6984.12003.
172	Smith-Lock KM, Leitão S, Prior P, Nickels L. The effectiveness of two grammar treatment procedures for children with SLI: a randomized clinical trial. <i>Lang Speech Hear Serv Sch.</i> 2015;46(4):312-24. doi: 10.1044/2015_LSHSS-14-0041.
173	Sommers RK, Furlong AK, Rhodes FE, Fichter GR, Bowser DC, Copetas FG, Saunders ZG. Effects of maternal attitudes upon improvement in articulation when mothers are trained to assist in speech correction. <i>J Speech Hear Disord.</i> 1964;29:126-32. doi: 10.1044/jshd.2902.126
174	Steains SY, Malouff JM, Schutte NS. Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Child: Care Health Dev.</i> 2021;47(6):771-81. doi: 10.1111/cch.12895.
175	Steele SC, Mills MT. Vocabulary intervention for school-age children with language impairment: a review of evidence and good practice. <i>Child Lang Teach Ther.</i> 2011;27(3):354-70. doi: 10.1177/0265659011412247.
176	Suskind DL, Graf E, Leffel KR, Hernandez MW, Suskind E, Webber R, Tannenbaum S, Nevins ME. Project ASPIRE: spoken language intervention curriculum for parents of low-socioeconomic status and their deaf and hard-of-hearing children. <i>Otol Neurotol.</i> 2016;37(2):e110-7. doi: 10.1097/MAO.0000000000000931.
177	Tamas D, Marcović, Milankov V. Systemic multimodal approach to speech therapy treatment in autistic children. <i>Med Pregl.</i> 2013;66(5-6):233-9. doi: 10.2298/mpns1306233t.
178	Tellegen CL, Sanders MR. Stepping Stones Triple P - positive parenting program for children with disability: a systematic review and meta-analysis. <i>Res Dev Disabil.</i> 2013;34(5):1556-71. doi: 10.1016/j.ridd.2013.01.022.
179	Teutsch A, Fox AV. Vergleich der Effektivität von artikulatorischer vs. phonologischer Therapie in der Behandlung kindlicher phonologischer Störungen: eine Pilotstudie. <i>Sprache - Stimme - Gehör.</i> 2004;28(4):178-85. doi: 10.1055/s-2004-835864.
180	Thomas MSC, Fedor A, Davis R, Yang J, Alireza H, Charman T, Masterson J, Best W. Computational modeling of interventions for developmental disorders. <i>Psychol Rev.</i> 2019;126(5):693-726. doi: 10.1037/rev0000151.
181	Thordardottir E, Cloutier G, Ménard S, Pelland-Blais E, Rvachew, S. Monolingual or bilingual intervention for primary language impairment? A randomized control trial. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 2015;58(2):287-300. doi: 10.1044/2014_JSLHR-L-13-0277.
182	Tomas E, Vissers C. Behind the scenes of developmental language disorder: time to call neuropsychology back on stage. <i>Front Hum Neurosci.</i> 2019;12:517. doi: 10.3389/fnhum.2018.00517.
183	Tomblin J, Harrison M, Ambrose S, Walker EA, Oleson J, Moeller MP. Language outcomes in young children

	with mild to severe hearing loss. Ear & Hearing. 2015;36(Suppl. 1):76-91. doi: 10.1097/AUD.000000000000219.
184	Tomblin JB, Oleson J, Ambrose SE, Walker EA, Moeller MP. Early literacy predictors and second-grade outcomes in children who are hard of hearing. <i>Child Dev.</i> 2020;91(1):e179-e197. doi: 10.1111/cdev.13158.
185	Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. <i>J Speech Lang Hear Res.</i> 1997;40(6):1245-60. doi: 10.1044/jslhr.4006.1245.
186	Tseng V, Fuligni AJ. Parent-adolescent language use and relationships among immigrant families with East Asian, Filipino, and Latin American backgrounds. <i>J Marriage and Family.</i> 2000;62(2):465-76. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00465.x.
187	Tyler AA, Gillon G, Macrae T, Johnson RL. Direct and indirect effects of stimulating phoneme awareness vs. other linguistic skills in preschoolers with co-occurring speech and language impairments. Top Lang Disord. 2012;31(2):128-44. doi: 10.1097/TLD.0b013e318217d473.
188	Tyler AA, Lewis KE, Haskill A, Tolbert LC. Efficacy and cross-domain effects of a morphosyntax and a phonology intervention. Lang Speech Hear Serv Sch. 2002;33(1):52-66. doi: 10.1044/0161-1461(2002/005).
189	Tyler AA, Lewis KE, Haskill A, Tolbert LC. Outcomes of different speech and language goal attack strategies. J Speech Lang Hear Res. 2003;46(5):1077-94. doi: 10.1044/1092-4388(2003/085).
190	van Balkom H, Verhoeven L, Weerdenburg Mv, Stoep J. Effects of parent-based video home training in children with developmental language delay. Child Lang Teach The. 2010;26:221-37
191	van Bysterveldt AK, Gillon G, Foster-Cohen S. Integrated speech and phonological awareness intervention for pre-school children with Down syndrome. <i>Int J Lang Commun Disord.</i> 2010;45(3):320-35. doi: 10.3109/13682820903003514.
192	van Wieringen A, Wouters J. What can we expect of normally developing children implanted at a young age with respect to their auditory, linguistic and cognitive skills? <i>Hear Res.</i> 2015;322:171-9. doi: 10.1016/j.heares.2014.09.002.
193	Walker VL, Snell ME. Effects of augmentative and alternative communication on challenging behavior: a meta-analysis. <i>Augment Altern Comm.</i> 2013;29(2):117-31. doi: 10.3109/07434618.2013.785020.
194	Ward S. An investigation into the effectiveness of an early intervention method for delayed language development in young children. Int J Lang Commun Disord. 1999;34(3):243-64. doi: 10.1080/136828299247405.
195	Warren SF, Brady N, Sterling A, Fleming K, Marquis J. Maternal responsivity predicts language development in young children with fragile X syndrome. <i>Am J Intellect Dev Disabil.</i> 2010;115(1):54-75. doi: 10.1352/1944-7558-115.1.54.
196	Wasik BA, Hindman AH, Snell EK. Book reading and vocabulary development: a systematic review. Early Child Res Q. 2016;37:39-57. doi: 10.1016/j.ecresq.2016.04.003.
197	Werner NS, Trunk J. Operante Verfahren: Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim, Basel: Beltz; 2017
198	Wiggin M, Sedey AL, Yoshinaga-Itano C, Mason CA, Gaffney M, Chung W. Frequency of early intervention sessions and vocabulary skills in children with hearing loss. <i>Journal of Clinical Medicine.</i> 2021;10(21):5025. doi: 10.3390/jcm10215025.
199	Wilson J, Aldersley A, Dobson C, Edgar S, Harding C, Luckins C, Wiseman F. The effectiveness of semantic therapy for the word finding difficulties of children with severe and complex speech, language and communication needs. Child Lang Teach Ther. 2015;31(1):7-17. doi: 10.1177/0265659014523299.
200	World Health Organization. World report on hearing [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited Nov 17]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing
201	Wright B, Hargate R, Garside M, Carr G, Wakefield T, Swanwick R, Noon I, Simpson P. A systematic scoping review of early interventions for parents of deaf infants. <i>BMC Pediatr.</i> 2021;21(1):467. doi: 10.1186/s12887-021-02893-9.

202	Wright L, Prings T, Ebbels S. Effectiveness of vocabulary intervention for older children with (developmental) language disorder. Int J Lang Commun Disord. 2018;53(3):480-94. doi: 10.1111/1460-6984.12361.
203	Yanbay E, Hickson L, Scarinci N, Constantinescu G, Dettman SJ. Language outcomes for children with cochlear implants enrolled in different communication programs. Cochlear Implants Int. 2014;15(3):121-35. doi: 10.1179/1754762813Y.0000000062.
204	Yoder P, Camarata S, Gardner E. Treatment Effects on Speech Intelligibility and Length of Utterance in Children with Specific Language and Intelligibility Impairments. Journal of Early Intervention. 2005;28(1):34-49. doi: 10.1177/105381510502800105.
205	Yoder P, Woynaroski T, Fey M, Warren S. Effects of dose frequency of early communication intervention in young children with and without Down syndrome. Am J Intellect Dev Disabil. 2014;119(1):17-32. doi: 10.1352/1944-7558-119.1.17.
206	Yoder PJ, Woynaroski T, Fey ME, Warren SF, Gardner E. Why dose frequency affects spoken vocabulary in preschoolers with Down syndrome. Am J Intellect Dev Disabil. 2015;120(4):302-14. doi: 10.1352/1944-7558-120.4.302.
207	Yoshinaga-Itano C, Manchaiah V, Hunnicutt C. Outcomes of universal newborn screening programs: systematic review. J Clin Med. 2021;10(13):2784. doi: 10.3390/jcm10132784.
208	Yoshinaga-Itano C, Manchaiah V, Hunnicutt C. Rationale for UNHS/EHDI programs. In: Yoshinaga-Itano C, ed. Fast Facts: early hearing detection and intervention. Basel: Karger; 2022. p. 21-7
209	Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Mason CA, Wiggin M, Chung W. Early intervention, parent talk, and pragmatic language in children with hearing loss. Pediatrics. 2020;146(Suppl 3):S270-7. doi: 10.1542/peds.2020-0242F.
210	Yoshinaga-Itano C, Baca RL, Sedey AL. Describing the trajectory of language development in the presence of severe-to-profound hearing loss: a closer look at children with cochlear implants versus hearing aids. Otol Neurotol. 2010 Oct;31(8):1268-74. doi: 10.1097/MAO.0b013e3181f1ce07.
211	Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Wiggin M, Mason CA. Language outcomes improved through early hearing detection and earlier cochlear implantation. Otol Neurotol. 2018;39(10):1256-63. doi: 10.1097/MAO.0000000000001976.
212	Zamani P, Soleymani Z, Jalaie S, Zarandy MM. The effects of narrative-based language intervention (NBLI) on spoken narrative structures in Persian-speaking cochlear implanted children: a prospective randomized control trial. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;112:141-50. doi: 10.1016/j.ijporl.2018.06.048.
213	Zaretsky E, van Minnen S, Lange B, Hey C. Sprachtherapeutische Versorgung 4-jähriger Kinder in Hessen: ein Überblick. Monatsschr Kinderheilkd. 2021. doi: 10.1007/s00112-021-01376-6.
214	Zussino J, Zupan B, Preston R. Speech, language, and literacy outcomes for children with mild to moderate hearing loss: a systematic review. J Commun Disord. 2022;99:106248. doi: 10.1016/j.jcomdis.2022.106248.
215	Zwitserlood R, Wijnen F, van Weerdenburg M, Verhoeven L. 'MetaTaal': enhancing complex syntax in children with specific language impairment--a metalinguistic and multimodal approach. Int J Lang Commun Disord. 2015;50(3):273-97. doi: 10.1111/1460-6984.12131.

Tab. 4. Zusammenstellung der zur Evidenzfindung für die Wirksamkeit, Settings und Dosierung von Interventionen bei Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen ausgewählten Publikationen; die für den systematischen Review zur Wirksamkeit von Interventionen bei (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen identifizierten Studien sind fett gedruckt.

2.5 Bewertung von Evidenz und Studienqualität

Bei Erfüllung der Einschlusskriterien erfolgte eine Bewertung der methodischen Qualität der in den systematischen Review eingegangenen Metaanalysen, systematischen Reviews und

Einzelstudien. Zunächst wurden alle Publikationen, die als Evidenzgrundlage in die Leitlinie eingingen, anhand der selbst erstellten, spezifisch auf Interventionen bei (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen zugeschnittenen Ein- und Ausschlusskriterien durch die Mitglieder der Steuergruppe und das gesamte Team der Erstellung der Evidenztabellen und des systematischen Reviews in mehreren Videokonferenzen auf ihre Evidenzgrade und Studienqualität geprüft und anschließend anhand strukturierter Checklisten von zwei Mitgliedern der Steuergruppe nochmals überprüft. Am Ende dieses Prozesses wurde die endgültige Festlegung der Evidenzgrade und Bewertung der Studienqualität noch einmal innerhalb der gesamten Auro*innengruppe jedes Kapitels abgestimmt.

Die Evidenzgrade der in den systematischen Review dieser Leitlinie eingegangenen Arbeiten erfolgte entsprechend der Klassifikation der *Levels of Evidence* der *OCEBM Levels of Evidence Working Group* (2011) des *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM, Tab. 5). Diese Klassifikation wird für AWMF-Leitlinien empfohlen und ist international weit verbreitet und anerkannt.

Die methodische Qualitätsbewertung der in die Leitlinie aufgenommenen und in den Evidenztabellen dokumentierten systematischen Reviews und Meta-Analysen basiert auf den Empfehlungen zur Qualitätsbewertung von systematischen Reviews und Metaanalysen des *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) und des von ihm verwendeten *AMSTAR tools* (Shea et al. 2007), (<https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/>), der Checkliste für Systematische Reviews „*Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses*“ (Tab. 6; in den Evidenztabellen mit * gekennzeichnet). Die methodische Qualität randomisierter kontrollierter Studien (*randomized controlled trials*, RCTs) und nicht randomisierter kontrollierter und nicht kontrollierte prospektiver Fallstudien, retrospektiver Therapiestudien, der Follow-up-Studie eines RCTs sowie narrativer Reviews wurde anhand zweier modifizierte Checklisten nach SIGN bewertet (Tab. 7 und Tab. 8; in den Evidenztabellen mit ** gekennzeichnet). Die einzelnen Items der Checklisten finden sich in den Evidenztabellen unter Methodische Bewertung - Allgemeine Kriterien in den entsprechenden Evidenztabellen. Ihnen wurden unter *spezifische Kriterien* drei weitere, für Sprachentwicklungsstörungen und -verzögerungen relevante Items hinzugefügt.

Die Bewertung erfolgte in den Kopfzeilen der entsprechenden Evidenztabellen

- für systematische Reviews und Metaanalysen entsprechend den SIGN-Vorgaben: ++ hohe Qualität, + akzeptabel, - mindere Qualität, 0 unakzeptabel, abzulehnen und
- für die nach SIGN zu bewertenden Studien: ++ hohe Qualität, + akzeptabel, - mindere Qualität, -- unakzeptabel, abzulehnen

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 2 (Level 2*)	Step 3 (Level 3*)	Step 4 (Level 4*)	Step 5 (Level 5)
How common is the problem?	Local and current random sample surveys (or censuses)	Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances**	Local non-random sample**	Case-series**	n/a
Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis)	Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards**	Case-control studies, or *poor or non-independent reference standard**	Mechanism-based reasoning
What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort study or control arm of randomized trial*	Case-series or case-control studies, or poor quality prognostic cohort study**	n/a
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, <i>n</i> -of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect			
Is this (early detection) test worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

** As always, a systematic review is generally better than an individual study.

Tab. 5. Klassifikation der Evidenzgrade nach den *Levels of Evidence* der *OCEBM Levels of Evidence Working Group* (2011) des *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM)



SIGN

Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses

SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: *Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C., et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10> [cited 10 Sep 2012]*

Study identification (Include author, title, year of publication, journal title, pages)

Guideline topic:

Key Question No:

Before completing this checklist, consider:

Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO reject. IF YES complete the checklist.

Checklist completed by:

Section 1: Internal validity

<i>In a well conducted systematic review:</i>		Does this study do it?	
1.1	The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> If no reject
1.2	A comprehensive literature search is carried out.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> If no reject
1.3	At least two people should have selected studies.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.4	At least two people should have extracted data.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>

1.5	The status of publication was not used as an inclusion criterion.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.6	The excluded studies are listed.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.7	The relevant characteristics of the included studies are provided.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed and reported.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.9	Was the scientific quality of the included studies used appropriately?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.10	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/>
1.11	The likelihood of publication bias was assessed appropriately.	Yes <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.12	Conflicts of interest are declared.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY

2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality (++) <input type="checkbox"/> Acceptable (+) <input type="checkbox"/> Low quality (-) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>	
2.2	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2.3	Notes:		

--	--

Tab. 6. Checkliste zur Bewertung der Qualität von systematischen Reviews und Metaanalysen des *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) und des von ihm verwendeten *AMSTAR tools* (Shea et al. 2007), (<https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/>)

Bewertung des Risikos für Bias in randomisierten Studien

Fragen zur Studienqualität	Ja		Nein	
1. Wurden die Probanden den Gruppen randomisiert zugeordnet?				
2. Waren die Probanden und Untersucher bezüglich der Zuordnung verblindet?				
3. Wurde die Randomisierung geheim gehalten (allocation concealment)?				
4. Wurden die Ein-/ und Ausschlusskriterien eindeutig definiert?				
5. Waren die Patientencharakteristika in der Interventions- und Kontrollgruppe zu Studienbeginn vergleichbar?				
6. Wurden die Zielkriterien (Endpunkte, Outcomes) der Studie eindeutig definiert und adäquat erhoben?				
7. Wurden die Gruppen, mit Ausnahme der Prüf-Intervention, gleich behandelt?				
8. Wurden alle Probanden in der Gruppe ausgewertet, der sie ursprünglich zugeordnet waren (intention-to-treat-Regel)?				
Gesamtbeurteilung	++ +	++	--	---

Tab. 7. Nach SIGN modifizierte Checkliste zur Bewertung der Qualität randomisierter Studien

Bewertung des Risikos für Bias in nicht-randomisierten Studien

Fragen zur Studienqualität	Ja	Nein
1. Wurde ein prospektives Design verwendet?		
2. Wurden die Ein-/ und Ausschlusskriterien eindeutig definiert?		

3. Wurden alle Patienten, die die Einschlusskriterien im Einschlusszeitraum erfüllten, konsekutiv rekrutiert (lt. Autorenangabe/Einschätzung des Bewerter)				
4. Lag der Studienbeginn (Beginn der Beobachtung) zeitgleich mit dem Interventionsbeginn (Behandlungsbeginn)?				
5. Waren die Patientencharakteristika in der Interventions- und Kontrollgruppe zu Studienbeginn vergleichbar?				
6. Wurden die Zielkriterien (Endpunkte, Outcomes) der Studie eindeutig definiert und adäquat erhoben?				
7. Wurden die Gruppen, mit Ausnahme der Prüf-Intervention, gleich behandelt?				
8. War die Rate der Studienabbrecher gering und in der Interventions- und Kontrollgruppe vergleichbar?				
Gesamtbeurteilung	++ +	++	--	---

Tab. 8. Nach SIGN modifizierte Checkliste zur Bewertung der Qualität nicht-randomisierter Studien

2.6 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Empfehlungsgraden

Als Grundlage für den nominalen Gruppenprozess der Erstellung der Empfehlungen dieser Leitlinie wurden von der Steuergruppe Empfehlungen formuliert, basierend entweder auf dem Leitlinientext und von der Leitliniengruppe als klinische Konsenspunkte abzustimmen oder, bezüglich der Schlüsselfrage zur Therapie des Stotterns, auf den in den Evidenztabelle festgelegten Evidenzgraden und Bewertungen der Studienqualität. Die Evidenzgrade und Studienqualitätsbewertungen dienten der Festlegung eines Empfehlungsgrades und der Formulierung der Empfehlungen entsprechend des Regelwerks der AWMF. Tab. 9 stellt den Zusammenhang zwischen Empfehlungsgrad und -formulierung dar.

Evidenzgrad	Empfehlungsgrad	Empfehlung
1 oder 2	A	„soll“ oder „soll nicht“ Starke Empfehlung
3 oder 4	B	„sollte“ oder „sollte nicht“

		Empfehlung
5	0	„kann“ oder „kann verzichtet werden“
		Offene Empfehlung

Tab. 9. Verbindung von Evidenzgrad, Empfehlungsgrad und Formulierung der Empfehlung

3. Erstellung der Leitlinie und Konsensusverfahren

3.1 Rekrutierung der Fachgesellschaften, Verfahren der Leitlinienerstellung und Konsentierung

Eine Anmeldung einer interdisziplinären Leitlinie zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen) erfolgte am 21. 02. 2015, damals noch als S2k-Leitlinie, durch die Koordinatorin dieser Leitlinie, Frau Prof. Katrin Neumann, Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP), weiterhin durch Frau Prof. Dr. Christiane Kiese-Himmel, spätere Ko-Kordinatorin der Leitlinie, Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und Sektion Klinische Psychologie im BDP, Frau Prof. Dr. Michele Noterdaeme, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP) und Herrn Prof. Dr. Volker Maihack, Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs). Diese Fachgesellschaften bzw. Verbände waren federführend, außerdem auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKM). Diese Zusammensetzung erklärte sich teilweise aus der Historie folgender vorangegangener diesbezüglicher Leitlinien einzelner Fachgesellschaften:

- Neumann K, Keilmann A, Kiese-Himmel C, Rosenfeld J, Schönweiler R (equal contribution). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie zu Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. 2. Revision. Langfassung: ehem. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 049/006. 2008 (abgelaufen)

publiziert unter

Neumann K*, Keilmann A*, Rosenfeld J, Zaretsky Y, Kiese-Himmel C. Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und

Pädaudiologie (gekürzte Fassung). *Kindh Entwickl.* 2009;18(4):222-31.

<https://doi.org/10.1026/0942-5403.18.4.222>. *geteilte Autorschaft

- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2004). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin Indikationen zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und Zweisprachigkeit (F80.0, F80.1, F80.3). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 071/010. (abgelaufen)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/016. (abgelaufen)

Die Autor*innen dieser Leitlinien und Vertreter*innen weiterer Fachgesellschaften hatten sich darauf geeinigt, eine gemeinsame interdisziplinäre Leitlinie zu Sprachentwicklungsstörungen zu erstellen. Da das Thema allerdings sehr umfänglich erschien, wurde in einem konstituierenden Treffen zunächst beschlossen, eine interdisziplinäre Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen zu verfassen. Diese wurde in den nächsten Jahren erarbeitet als:

- de Langen-Müller U, Kauschke C, Kiese-Himmel C, Neumann K, Noterdaeme M. Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-006. 2011; abgelaufen, Überarbeitung angemeldet: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/049-006.html>,

publiziert unter

De Langen-Müller U, Kauschke C, Kiese-Himmel C, Neumann K, Noterdaeme M. Diagnostik von (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen. Eine interdisziplinäre Leitlinie. In Kiese-Himmel C, Hrsg. *Sprachentwicklung - Verlauf, Störung, Diagnostik, Intervention*. Frankfurt/M: Peter Lang; 2012.

Im Jahr 2014 hatte der Vorstand der DGPP die Koordinatorin der Leitlinie gebeten, nunmehr die Erstellung einer interdisziplinären Leitlinie zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen anzumelden und zu koordinieren.

Daraufhin wurden im Jahr 2014 von der Koordinatorin medizinische, psychologische, sprachtherapeutische, pädagogische und sprachwissenschaftliche-linguistische Fachgesellschaften identifiziert, die in irgendeiner Weise mit Sprachentwicklungsstörungen befasst waren bzw. sind. Ihre Präsidien bzw. Vorstände wurden von der Koordinatorin über die Geschäftsstelle der DGPP schriftlich und in einigen Fällen zusätzlich telefonisch zur Teilnahme an der Verfassung der Leitlinie eingeladen. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) bekundete kein Interesse an der Mitarbeit an der Leitlinie. In den Folgejahren kamen einige Fachgesellschaften zur ursprünglichen Gruppe hinzu, nämlich die Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA), die Arbeitsgemeinschaft Cochlear Implant (Re)Habilitation e.V. (ACIR), der Berufsverband Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen (BDH), das Bündnis Kinder- und Jugendreha (BKJR), die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP), und der Verband Sonderpädagogik e.V. (vds). Ein erstes konstituierendes Treffen erfolgte am 24. 09. 2014 im St.-Elisabeth-Hospital des Katholischen Klinikums Bochum der Ruhr-Universität Bochum. Ein zweites Treffen erfolgte daselbst am 25. 02. 2015 nach Anmeldung der Leitlinie.

Entsprechend dem Regelwerk Leitlinien wurde das Leitlinienvorhaben frühzeitig offiziell bei der AWMF angemeldet, nämlich am 21. 02. 2015. Insgesamt sagten die in Tab. 10 aufgeführten 24 Fachgesellschaften und Organisationen mit den ebenfalls benannten Mandatsträger*innen ihre Teilnahme zu. Diese sind als repräsentativ für den Adressat*innenkreis der Leitlinie zu betrachten, und die Vertreter*innen der Fachgesellschaften wurden damit frühzeitig in die Leitlinienentwicklung eingebunden (DELBI-Kriterium 4, Antwortkategorie 3). Die Ansichten und Präferenzen der Patient*innen und ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten wurden zunächst durch die Einbindung der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung (BAG Selbsthilfe) berücksichtigt. Deren Vorstand beschloss aber im Jahr 2022, befragt nach dem/der neu zu benennenden Mandatsträger*in, von einer weiteren Beteiligung aus Kapazitätsgründen abzusehen. Erfreulicher Weise konnte 2022 aber die Deutsche Kinderhilfe e.V. zur Mitarbeit an der Leitlinie gewonnen werden, womit die Ansichten und Präferenzen der Patient*innen und ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten berücksichtigt sind (DELBI-Kriterium 5, Antwortkategorie 4).

Fachgesellschaft/Verband	Mandatsträger*in
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) (federführende Fachgesellschaft)	Univ.-Prof. Dr. med. Katrin Neumann
Arbeitsgemeinschaft Cochlear Implant (Re)Habilitation e.V. (ACIR)	Dipl.-Log. Karen Reichmuth
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)	Prof. Dr. med. Roland Schmid und Dr. med. Klaus Rodens
Berufsverband Deutscher Hörgeschädigtenpädagogen (BDH)	Dr. phil. Markus Westerheide
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und Sektion Klinische Psychologie im BDP	Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Christiane Kiese-Himmel
Bündnis Kinder- und Jugendreha (BKJR)	Dr. med. Monika Schröder
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V. (DGHNO)	Prof. Dr. med. Christopher Bohr
Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA)	Prof. Dr. phil. Vanessa Hoffmann
Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)	Prof. Dr. phil. Susanne van Minnen
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Dr. med. Cornelia Köhler
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. med. Michele Noterdaeme und Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine Freitag

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGPRP)	Dr. med. Julia Hauschild
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Prof. Dr. phil. Franz Petermann † Prof. Dr. phil. Sabine Weinert
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)	Prof. Dr. med. Andreas Seidel
Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)	Prof. Dr. phil. Stephan Sallat
Deutschsprachige Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS)	Prof. Harald A. Euler, PhD, und Dr. med. Sabrina Regele
Deutsche Kinderhilfe e.V.	Heino Qualmann
Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie (DBVPP)	Dr. med. Barbara Arnold, Prof. Dr. med. Christine Schmitz-Salue und Prof. Dr. med. Rainer Schönweiler
Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte (BV-HNO)	Dr. med. Wichmann
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs)	Prof. Dr. phil. Christina Kauschke und Prof. Dr. phil. Volker Maihack
Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl)	PD Annette Fox-Boyer, PhD, MSc
Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen e.V. (GISKID)	Dr. phil. Katharina Albrecht
Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)	Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Verband Sonderpädagogik e.V. (vds)

Prof. Dr. phil. Carina Lüke

Tab. 10. An der Erstellung der Leitlinie beteiligte Fachgesellschaften und Verbände mit Mandatsträger*innen

Die fachliche Beratung während der Leitlinienerstellung seitens der AWMF und die Moderation von fünf abschließenden Konsensuskonferenzen oblag Frau Prof. Dr. med. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement, unterstützt von ihren Mitarbeiterinnen, Frau Dipl.-Biol. Simone Witzel, Frau Dr. rer. Medic Susanne Blödt und Frau Simone Bucher.

Die Leitlinie war zunächst als S2k-Leitlinie geplant. Am 06. 02. 2018 warb die Koordinatorin allerdings in einem Treffen in der Geschäftsstelle der DGPP bei den Mitgliedern der Leitliniengruppe darum, sie doch als S3-Leitlinie zu konzipieren. Nachdem der größere Teil der Gruppe zugestimmt hatte, erging in der Folgezeit über die Geschäftsstelle der DGPP eine schriftliche Bitte zum Zustimmung zur Neuanschreibung der Leitlinie als S3-Leitlinie. Alle Fachgesellschaften und Verbände stimmten dem zu, und die Neuanschreibung als S3-Leitlinie erfolgte am 05.10. 2020 mit einem Update am 01.06.2021.

Die Einladung zur Teilnahme an der Erstellung der Leitlinie enthielt auch die Frage, ob eine Fachgesellschaft eher an der Mitarbeit in der Steuergruppe oder in der Konsensusgruppe interessiert war. Nach Rücklauf der Antworten und den beiden o. g. Treffen der Leitliniengruppe sowie durch die spätere praktische Mitarbeit an der Leitlinie wurde die Steuergruppe zusammengestellt und enthielt die Mandatsträger*innen der ACIR, des (BDP) und seiner Sektion Klinische Psychologie, des BKJR, des dbs, des DBVPP, der DGA, der DGfE, der DGKJP, der DGPP, der DGPRP, der DGPs, der dgs, der DGSPJ, der DGSS, des dbl, der GISKID und des vds. Die restlichen in Tabelle 10 genannten Fachgesellschaften und Verbände waren in der Konsensusgruppe vertreten. Zudem konstituierte sich ein Team, das die systematische Literaturrecherche durchführte, die Konsensuskonferenzen protokollierte, die Evidenztabellen und den systematischen Review erstellte und am Leitlinienreport mitarbeitete (Mitglieder s. Leitlinientext, S. 2).

Der Leitlinientext wurde in einer mehrjährigen Arbeit von der Steuergruppe erstellt. Er wurde in mehr als 30 Video-/bzw. Telefonkonferenzen in den jeweiligen Autor*innengruppen und mehrfach auch in der gesamten Gruppe abgestimmt.

Am 02. 08. 2022 erging durch die Koordinatorin und anschließend zudem über die Geschäftsstelle der DGPP die Einladung an alle Fachgesellschaften zu einer ersten Konsensuskonferenz. Diese fand am 09. 09. 2022 in der Station Lounge in Frankfurt am Main als Hybridveranstaltung unter Moderation von Frau Prof. Dr. med. Ina Kopp statt. Hier wurden in einem nominalen Gruppenprozess die Empfehlungen der Kapitel 1., 2. und 3.1.1. diskutiert und abgestimmt. Die Mandatsträger*innen von 15 Fachgesellschaften nahmen teil. In den Wochen zuvor waren den o. g. Mandatsträger*innen aller beteiligten Fachgesellschaften die einzelnen Kapitel der Leitlinie und am 01. 09. 2022 eine vorläufige Version der Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ nebst Evidenztabelle zur internen Diskussion und Kommentierung innerhalb der Fachgesellschaften durch die Koordinatorin zugegangen. Eine upgedatete Version war außerdem direkt vor der ersten Konsensuskonferenz am 09. 09. 2022 versendet worden, gleichzeitig mit den upgedateten Evidenztabelle.

Da in der ersten Konsensuskonferenz nicht alle Mandatsträger*innen teilnehmen und nicht alle Empfehlungen diskutiert und abgestimmt werden konnten, wurde ein Online-Befragungstool für sämtliche Statements und Empfehlungen erstellt, und alle Mandatsträger*innen erhielten einen individuellen Teilnahme-Code. Fünf Mandatsträger*innen nahmen an der Online-Befragung teil. Hier wurde im Sinne eines Delphi-Verfahrens nach Zustimmung, Enthaltung aus inhaltlichen Gründen oder wegen eines *Conflict of Interest* (CoI) oder Ablehnung gefragt und im Falle Letzterer nach einem begründeten Änderungsantrag, durch den das Statement oder die Empfehlung dem Befragten annehmbar erscheinen würde. Außerdem waren bereits am 09. 09. 2022 zwei weitere virtuelle Konsensuskonferenzen für den 23. 09. und den 26. 09. anberaumt worden.

Bei der virtuellen Konferenz am 23. 09. 2022 fand allerdings keine Abstimmung statt, sondern es ergaben sich Diskussionen mit dem Mandatsträger des BVKJ, der um mehr Zeit und Gelegenheit zu inhaltlichen Stellungnahmen bat. Daher einigte man sich auf drei weitere Termine virtueller Konsensuskonferenzen und die dabei abzustimmenden Kapitel für den 26. 10., den 12. und den 16. 11. 2022. Am 24. 09. erging die Einladung dazu an alle Vertreter*innen der Fachgesellschaften und Verbände. Diese Konsensuskonferenzen und eine weitere

am 18. 11. 2022 fanden statt, und alle Statements und Empfehlungen wurden unter Moderation von Frau Prof. Kopp in einem nominellen Gruppenprozess abgestimmt. In der Woche vor der letzten Konsensuskonferenz nahmen die Mandatsträger*innen aller Fachgesellschaften und Verbände an einer zweiten Online-Abstimmung aller verbliebenen Statements und Empfehlungen teil, so dass bei der letzten Konsensuskonferenzen nur noch die Statements und Empfehlungen abgestimmt wurden, für die Änderungsanträge bzw. sich keine einstimmige Zustimmung ergeben hatten.

Der in den Konsensuskonferenzen für die Abstimmungen der Empfehlungen genutzte nominale Gruppenprozess gliederte sich in folgende Schritte:

1. Präsentation der zu konsentierenden Empfehlungen durch Frau Prof. Kopp
2. Stille Notiz: Welcher Empfehlung/welchem Empfehlungsgrad stimmen Sie nicht zu? Ergänzung, Alternative?
3. Registrierung der Stellungnahmen im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch die Moderatorin
4. Diskussion der zu klärenden Aspekte und Formulierungen
5. Abstimmung über jede Empfehlung und alle Änderungsanträge

Auch wenn mehrere Vertreter/innen einer Fachgesellschaft oder eines Verbandes anwesend waren, so hatte jede Gesellschaft und jeder Verband nur eine Stimme. Eine Stimmenthaltung war ebenfalls möglich. Wurden lediglich Statements als Empfehlung formuliert oder wurden zu einer bestimmten Empfehlung keine Studien im Rahmen des Review-Verfahrens recherchiert und identifiziert, wurden diese Empfehlungen als Klinische Konsensuspunkte abgestimmt. Im Abstimmungsverfahren galt eine Zustimmung von mehr als 95 % als „starker Konsens“, eine Zustimmung von > 75 % bis 95 % als „Konsens“ und eine Zustimmung zwischen 50 bis 75 % als „mehrheitliche Zustimmung“. Bei einer geringeren Zustimmung als 50 % kommt entsprechend dem AWMF-Regelwerk kein Konsens zustande. Für alle Empfehlungen dieser Leitlinie konnte aber ein Konsens erzielt werden.

Bei Statements und Empfehlungen, für die potenzielle Interessenskonflikte identifiziert wurden, wurde zunächst durch die Moderatorin eruiert, bei welchen Teilnehmer*innen Interessenskonflikte bestanden und welcher Art diese waren. Dann wurde die Abstimmung unter

Enthaltung dieser Teilnehmer*innen. Der veröffentlichten Leitlinienversion sind die Abstimmungsergebnisse, die Konsensusstärken, der Empfehlungsgrad und der Level of Evidenz (LoE) nebst Bezugsquellen für die einzelnen Statements und Empfehlungen zu entnehmen.

Nach der fünften Konsensuskonferenz fand die umfängliche Endredaktion der Leitlinie einschließlich Erstellung des Leitlinienreports statt, in der alle noch eingegangenen Kommentare berücksichtigt und eine Reihe redaktioneller Anpassungen vorgenommen wurden. Am 22. 11. 2022 wurde die vorläufige Endversion der Leitlinie nebst Evidenztabelle durch die Geschäftsstelle der DGPP an die Präsidien und Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Verbände ausgesendet mit einer empfohlenen Frist bis zum 16. 12. 2022 zur Freigabe der Leitlinie durch die Fachgesellschaften und Verbände. Die Vorstände aller Fachgesellschaften und Verbände stimmten sämtlichen Empfehlungen und Statements zu wie in den Konsensuskonferenzen durch ihre Mandatsträger*innen abgestimmt. Die Verabschiedung der finalen Version der Leitlinie konnte damit am 21. 12. 2022 erfolgen. Es ergaben sich lediglich redaktionelle Hinweise, die in den Leitlinien-Hintergrundtext eingearbeitet wurden. Die veröffentlichte Fassung der Leitlinie wurde am 21. 12. 2022 fertiggestellt, so dass die Leitlinie am 22. 12. 2022 auf der AWMF-Website eingestellt wurde.

3.2 Änderungen, Diskussionen und Abstimmungen der einzelnen Empfehlungen

Nachfolgend werden in Tab. 11 die Änderungen (sowohl infolge von Änderungsanträgen als auch von redaktionellen Veränderungen) an den Formulierungen der Statements und Empfehlungen gegenüber dem ursprünglichen, am 09. 09. 2022 ausgesendeten Leitlinientext dargestellt, und das Abstimmungsverhalten sowie die Abstimmungsergebnisse für jedes Statement und jede Empfehlung der Leitlinie, für die sich eine Änderung ergab, werden offengelegt. Hierbei ist zu beachten, dass einige Statements und Empfehlungen doppelt abgestimmt wurden, nämlich die der Kapiteln 1, 2 und 3.1.1., die bereits bei der ersten Konsensuskonferenz am 09. 09. 2022 (15 Abstimmende) und dem danach stattfindenden Online-Delphi-Verfahren (5 Abstimmende) abgestimmt worden waren und in den Konsensuskonferenzen vom 26. 10. und 16. 11. 2022 von den Vertretern aller 24 Fachgesellschaften und Verbände noch einmal abgestimmt wurden. So erklärt sich, dass sich für eine Reihe von Statements und Empfehlungen zwei Tabellenzeilen finden. Auch wurden einige Statements und Empfehlungen hinzugefügt, gestrichen oder in mehrere aufgeteilt, so dass sich im Verlauf

der fünf Konsensuskonferenzen und zwei Online-Abstimmungen mitunter die ursprüngliche Nummerierung der Statements und Empfehlungen änderte, was aus der Tabelle nachvollzogen werden kann. Statements und Empfehlungen, die ohne Änderungen angenommen wurden, sind in der Tabelle nicht aufgeführt. Die finalen Abstimmungsergebnisse finden sich im Leitlinientext.

Empfehlung/Statement	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Änderungsantrag bzw. redaktionelle Änderungen	Begründung (wenn verfügbar, mit Literatur)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierete Entscheidung	Begründung der Entscheidung
S1	Kap. 1.4.5.	Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend): Etwa 7,3-7,4 % aller Kinder leiden an (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen ohne gravierende Zusatzbeeinträchtigungen, wobei geringe oder subklinische Beeinträchtigungen in motorischen, sozio-emotionalen oder kognitiven Bereichen möglich sind; etwa 2,3 % Kinder weisen sprachrelevante Komorbiditäten wie Hörstörungen, Intelligenzminderungen oder Syndrome/Mehrfachbehinderungen auf.	Kein Änderungsantrag	-	-	Etwa 7,3-7,4 % aller Kinder leiden an (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen ohne gravierende Zusatzbeeinträchtigungen, wobei geringe oder subklinische Beeinträchtigungen in motorischen, sozio-emotionalen oder kognitiven Bereichen möglich sind; etwa 2,3% Kinder weisen sprachrelevante Komorbiditäten wie Hörstörungen, Intelligenzminderungen oder Syndrome/Mehrfachbehinderungen auf. Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 15/0/0	-
		Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt): Etwa 7,3-7,4 % aller Kinder haben	Änderungsantrag 1: „Etwa 7,5 %“ Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 22/1/0			Etwa 7,5 % aller Kinder haben (umschriebene) Sprachentwicklungsstörungen ohne gravierende Zusatzbeeinträchtigun-	

		(umschriebene) Sprachentwicklungsstörungen ohne gravierende Zusatzbeeinträchtigungen, wobei geringe oder subklinische Beeinträchtigungen in der nonverbalen Intelligenz und weiteren kognitiven, motorischen oder sozial-emotionalen Bereichen möglich sind; zudem weisen etwa 2,3 % Kinder eine SES mit sprachrelevanten Komorbiditäten wie Hörstörungen, Intelligenzminderungen oder Syndrome/Mehrfachbehinderungen auf.	<p>Änderungsantrag 2: „wobei geringe oder subklinische auch andere, nicht-mitverursachende Beeinträchtigungen [...]“</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 17/5/0</p> <p>Abstimmungsverhalten in zweiter Abstimmung nach Diskussion - Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 8/15/0</p>		<p>Änderungsantrag 2 nach Abstimmung abgelehnt.</p> <p>gen, wobei geringe oder subklinische Beeinträchtigungen in der nonverbalen Intelligenz und weiteren kognitiven, motorischen oder sozial-emotionalen Bereichen möglich sind; zudem weisen etwa 2,3 % Kinder eine SES mit sprachrelevanten Komorbiditäten wie Hörstörungen, Intelligenzminderungen oder Syndrome/Mehrfachbehinderungen auf.</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</p>	
E1	Kap. 1.4.5.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sollen eine Sprachtherapie erhalten, um möglichen negativen sozialen, psychoemotionalen, schulischen und beruflichen Folgen vorzubeugen. Das Vorgehen in der Sprachtherapie soll entwicklungspsychologisch geleitet sein und sich so-</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>„Entwicklungsorientiert statt Entwicklungspsychologisch“</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 15/0/0</p> <p>Änderungsantrag 2:</p> <p>„Alterstypisch statt physiologisch“</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 1/13/1</p>		<p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sollen eine Sprachtherapie erhalten, um möglichen negativen sozialen, psychoemotionalen, schulischen und beruflichen Folgen vorzubeugen. Das Vorgehen in der Sprachtherapie soll entwicklungsorientiert geleitet sein und sich sowohl an der ungestörten Sprachentwicklung als auch an</p>	

	<p>wohl an der physiologischen Sprachentwicklung als auch an den individuellen Entwicklungsvoraussetzungen eines Kindes und möglichen Komorbiditäten orientieren.</p>	<p>Änderungsantrag 3: „Ungestört statt physiologisch.“ Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 14/1/0</p>			<p>den individuellen Entwicklungsvoraussetzungen eines Kindes und möglichen Komorbiditäten orientieren. Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 15/0/0</p>	
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u> Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sollen eine Sprachtherapie erhalten, um möglichen negativen sozialen, psychoemotionalen, schulischen und beruflichen Folgen vorzubeugen. Das Vorgehen in der Sprachtherapie soll entwicklungsorientiert geleitet sein und sich sowohl an der ungestörten Sprachentwicklung als auch an den individuellen</p>	<p>Änderungsantrag 1: Ergänzen als zusätzliche Empfehlung: „Bei einer Sprachentwicklungsstörung assoziiert mit einer Komorbidität soll unter Beachtung von sprachtherapeutischen Erfordernissen ein multiprofessioneller Behandlungsplan erstellt werden.“ (Klinischer Konsenspunkt) Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 18/5/0</p>			<p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sollen eine evidenzbasierte, störungsspezifische, eltern- oder kindzentrierte Sprachtherapie erhalten. Sie soll dem Aufbau einer altersgerechten Sprachkompetenz und -performanz dienen und/oder möglichen negativen psychoemotionalen, sozialen, kognitiven, schulischen und beruflichen Folgen vorbeugen. Das Vorgehen in der Sprachtherapie soll entwick-</p>	

		<p>Entwicklungsvoraussetzungen eines Kindes und möglichen Komorbiditäten orientieren.</p>	<p>Änderungsantrag 2: Ergänzen: „ohne andere Entwicklungsstörungen“ Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 5/18/0</p>			<p>lungsorientiert sein und sich sowohl an der ungestörten Sprachentwicklung als auch an den individuellen Entwicklungsvoraussetzungen eines Kindes und möglichen Komorbiditäten ausrichten. Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 23/1/0</p>	
			<p>Änderungsantrag 3: Ergänzen als zusätzliche Empfehlung: „Altersgrenzen, auch ein korrigiertes Entwicklungsalter sollen beachtet werden und die Anforderungen sollen darauf abgestimmt werden.“ Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 17/6/0</p>	<p>(Begründung bei Änderungsantrag 3: Berücksichtigung Frühgeburtlichkeit)</p>			
			<p>Änderungsantrag 4: „Sprachtherapie soll evidenzbasiert, störungsspezifisch und eltern- oder kindzentriert sein. Sie soll...“ Ausgesetzt</p>				

			<p>Änderungsantrag 5:</p> <p>„dienen und/oder möglichen negativen“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>23/0/0</p>			
E2	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u></p> <p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sollen eine Sprachtherapie erhalten, um möglichen negativen sozialen, psychoemotionalen, schulischen und beruflichen Folgen vorzubeugen. Das Vorgehen in der Sprachtherapie soll entwicklungsorientiert geleitet sein und sich sowohl an der ungestörten Sprachentwicklung als auch an den individuellen Entwicklungsvoraussetzungen eines Kindes und möglichen Komorbiditäten orientieren.</p>	<p>Siehe E1: Änderungsantrag 1:</p> <p>Ergänzen als zusätzliche Empfehlung: „Bei einer Sprachentwicklungsstörung assoziiert mit einer Komorbidität soll unter Beachtung von sprachtherapeutischen Erfordernissen ein multiprofessioneller Behandlungsplan erstellt werden.“</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</p> <p>19/5/0</p>			<p>Bei einer Sprachentwicklungsstörung assoziiert mit einer Komorbidität soll unter Beachtung von sprachtherapeutischen Erfordernissen ein multiprofessioneller Behandlungsplan erstellt werden.</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</p> <p>19/5/0</p>	
E3	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u></p> <p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sollen eine Sprachtherapie erhalten, um möglichen negativen sozialen, psychoemotionalen, schuli-</p>	<p>Siehe E1: Änderungsantrag 3:</p> <p>Ergänzen als zusätzliche Empfehlung:</p> <p>„Altersgrenzen, auch ein korrigiertes Entwicklungsalter sollen beachtet werden und die Anforder-</p>			<p>Altersgrenzen, auch ein korrigiertes Entwicklungsalter sollen beachtet werden und die Anforderungen sollen darauf abgestimmt werden.</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</p>	

		<p>schen und beruflichen Folgen vorzubeugen. Das Vorgehen in der Sprachtherapie soll entwicklungsorientiert geleitet sein und sich sowohl an der ungestörten Sprachentwicklung als auch an den individuellen Entwicklungsvoraussetzungen eines Kindes und möglichen Komorbiditäten orientieren.</p>	<p>derungen sollen darauf abgestimmt werden.“</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</p> <p>18/6/0</p>			18/6/0	
E4	Kap. 1.4.5.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Aufgaben zum Sprachverstehen sollten solchen der Sprachproduktion vorausgehen.</p> <p>Zusätzlich sollten pädagogische und lernpsychologische Prinzipien wie Verstärkung, Prompting, Shaping und Fading angewendet werden.</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>„In der Sprachtherapie sollte auch pädagogische und lernpsychologische Prinzipien wie Verstärkung, Prompting, Shaping und Fading angewendet werden.“</p>		Nach Diskussion zurückgezogen		In der Sprachtherapie sollten neben sprachtherapiespezifischen Ansätzen zur Verbesserung von Sprachverstehen und Sprachproduktion pädagogische und lernpsychologische Prinzipien (z.B. Verstärkung, Prompting, Shaping und Fading) angewendet werden.

		<p>Änderungsantrag 2:</p> <p>„In der Sprachtherapie sollten neben sprachtherapiespezifischen Ansätzen zur Verbesserung von Sprachverstehen und Sprachproduktion auch pädagogische und lernpsychologische Prinzipien (z.B. Verstärkung, Prompting, Shaping und Fading) angewendet werden.“</p>		<p>Nach Diskussion zurückgezogen</p>	<p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 14/0/1</p>	
		<p>Änderungsantrag 3:</p> <p>„In der Sprachtherapie sollten neben sprachtherapiespezifischen Ansätzen zur Verbesserung von Sprachverstehen und Sprachproduktion pädagogische und lernpsychologische Prinzipien (z.B. Verstärkung, Prompting, Shaping und Fading) angewendet werden.“</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 14/0/1</p>				

		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u> In der Sprachtherapie sollten neben sprachtherapiespezifischen Ansätzen zur Verbesserung von Sprachverstehen und Sprachproduktion pädagogische und lernpsychologische Prinzipien (z.B. Verstärkung, Prompting, Shaping und Fading) angewendet werden.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>In der Sprachtherapie sollten neben sprachtherapiespezifischen Ansätzen zur Verbesserung von Sprachverstehen und Sprachproduktion pädagogische und lernpsychologische Prinzipien (z. B. Verstärkung, Prompting, Shaping) angewendet werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0</p>	
E5	Kap. 1.4.5.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u> Ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungssettings, Einzel- oder Gruppentherapien, intensive (hochfrequente), Intervalltherapien oder extensive Therapieformen können erwogen werden und sollen dem individuellen Therapiebedarf eines Kindes angepasst werden.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungssettings, Einzel- oder Gruppentherapien, intensive (hochfrequente), Intervalltherapien oder extensive Therapieformen können erwogen werden und sollen dem individuellen Therapiebedarf eines Kindes angepasst werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0</p>	
		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u> Ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungssettings, Einzel-</p>	<p>Änderungsantrag 1: Ergänzen als zusätzliche Empfehlung: „Die bio-psycho-sozialen Rah-</p>		Ausgesetzt zugunsten von Änderungsantrag 2	<p>Ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungssettings, Einzel- oder Gruppentherapien,</p>	

		oder Gruppentherapien, intensive (hochfrequente), Intervalltherapien oder extensive Therapieformen können erwogen werden und sollen dem individuellen Therapiebedarf eines Kindes angepasst werden	menbedingungen, Überforderung und Nebenwirkungen sollten beachtet werden und ggf. eine Änderung des therapeutischen Settings zur Folge haben.“ Änderungsantrag 2: Ergänzen als zusätzliche Empfehlung: „Die bio-psycho-sozialen Rahmenbedingungen sowie potentielle Überforderung und Nebenwirkungen sollten beachtet werden.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung</u> : 23/0/0			intensive (hochfrequente), Intervalltherapien oder extensive Therapieformen können erwogen werden und sollen dem individuellen Therapiebedarf eines Kindes angepasst werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung</u> : 24/0/0	
E6		<u>Siehe hierzu E5: Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u> Die bio-psycho-sozialen Rahmenbedingungen sowie potentielle Überforderung und Nebenwirkungen sollten beachtet werden.	Redaktionelle Änderung zur Konkretisierung: „Die bio-psycho-sozialen Rahmenbedingungen des Kindes und seine potentielle Überforderung sowie weitere Nebenwirkungen der Sprachintervention(en) sollten beachtet werden.“			Die bio-psycho-sozialen Rahmenbedingungen des Kindes und seine potentielle Überforderung sowie weitere Nebenwirkungen der Sprachintervention(en) sollten beachtet werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung</u> : 24/0/0	
E7	Kap. 1.4.5.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u> Eine Sprachtherapie soll beendet	Änderungsantrag: „Eine Sprachtherapie soll beendet werden, wenn die individuellen Therapieziele erreicht sind			Eine Sprachtherapie soll beendet werden, wenn die individuellen Therapieziele erreicht sind oder das Kind altersgemäße Leistungen in Sprechen, Sprache	

	<p>werden, wenn die individuellen Therapieziele erreicht sind und das Kind alters- bzw. individuell altersgemäße Leistungen in Sprechen, Sprache und verbaler Kommunikation zeigt.</p>	<p>oder das Kind altersgemäße Leistungen in Sprechen, Sprache und verbaler Kommunikation zeigt.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0</p>			<p>und verbaler Kommunikation zeigt.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0</p>	
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u> Eine Sprachtherapie soll beendet werden, wenn die individuellen Therapieziele erreicht sind oder das Kind altersgemäße Leistungen in Sprechen, Sprache und verbaler Kommunikation zeigt.</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>Ergänzung als zusätzliche Empfehlung: „Bei Nicht-Erreichen des Therapiezieles sollte eine vertiefte mehrdimensionale Diagnostik durchgeführt und daraus ein Behandlungsplan unter Beachtung des bio-psycho-sozialen Modells erstellt werden.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 23/0/0</p>			<p>Eine Sprachtherapie soll beendet werden, wenn die individuellen Therapieziele erreicht sind oder das Kind stabile, (nahezu) altersgemäße Leistungen in Sprechen, Sprache und verbaler Kommunikation zeigt.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0</p>	
		<p>Änderungsantrag 2:</p> <p>Ergänzen: „Therapieziele erreicht sind, das Kind stabile (nahezu) altersgemäße Leistungen in Sprechen, Sprache und verbaler Kommunikation zeigt oder die primäre Sprachentwicklung abgeschlossen ist.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p>				

			5/17/1				
E8		<p><u>Siehe hierzu E7: Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u></p> <p>Bei Nicht-Erreichen des Therapiezieles sollte eine vertiefte mehrdimensionale Diagnostik durchgeführt und daraus ein Behandlungsplan unter Beachtung des bio-psycho-sozialen Modells erstellt werden.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Bei Nicht-Erreichen des Therapiezieles sollte eine vertiefte mehrdimensionale Diagnostik durchgeführt und daraus ein Behandlungsplan unter Beachtung des bio-psycho-sozialen Modells erstellt werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
S2	Kap. 1.5.1.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sind Risikokinder für die Ausbildung vielfältiger Folgeprobleme im kognitiven, sozial-kognitiven und sozial-emotionalen Bereich.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>„Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen tragen das Risiko für die Ausbildung vielfältiger Folgeprobleme im (sozial-) kognitiven, schulischen (Schriftsprachleistungen, mathematische Leistungen) und sozial-emotionalen Bereich.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>			<p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen tragen das Risiko für die Ausbildung vielfältiger Folgeprobleme im (sozial-) kognitiven, schulischen (Schriftsprachleistungen, mathematische Leistungen) und sozial-emotionalen Bereich.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>	

		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 12.10.2022 (23 Stimmberechtigte anwesend; + BDP hat nachträglich abgestimmt):</u></p> <p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen tragen das Risiko für die Ausbildung vielfältiger Folgeprobleme im (sozial-) kognitiven, schulischen (Schriftspracheleistungen, mathematische Leistungen) und sozial-emotionalen Bereich.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen tragen das Risiko für die Ausbildung vielfältiger Folgeprobleme im (sozial-) kognitiven, schulischen (Schriftspracheleistungen, mathematische Leistungen) und sozial-emotionalen Bereich.</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</p> <p>24/0/0</p>	
S5	Kap. 2.3.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Das Hauptkriterium für eine Sprachentwicklungsverzögerung im Alter von 24 Monaten ist ein deutlich eingeschränkter aktiver Wortschatz. Liegen keine erkennbaren Primärbeeinträchtigungen vor, werden diese Kinder als Late Talker bezeichnet. Mit welchem exakten Wert der Wortschatzumfang eines Kindes als auffällig zu bewerten ist, hängt vom Geschlecht und vom verwendeten Ermittlungsverfahren ab (siehe Tabelle 1). Neben dem geringen aktiven Wortschatz sind diese Kinder mit 24 Monaten zumeist noch nicht in der</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Das Hauptkriterium für eine Sprachentwicklungsverzögerung im Alter von 24 Monaten ist ein deutlich eingeschränkter expressiver Wortschatz (ca. < 50 Wörter). Liegen keine erkennbaren Primärbeeinträchtigungen vor, werden diese Kinder als Late Talker bezeichnet. Mit welchem exakten Wert der Wortschatzumfang eines Kindes als auffällig zu bewerten ist, hängt vom Geschlecht und vom verwendeten Ermittlungsverfahren ab (siehe Tabelle 1). Neben dem geringen expressiven Wortschatz sind diese Kinder mit 24 Monaten zumeist noch nicht in der Lage,</p>	

	<p>Lage, Zweiwortkombinationen zu bilden (s. Sachse & Buschmann 2020).</p> <p>Die Prävalenzangaben variieren je nach Definition und liegen um 15 % der Kinder eines Jahrgangs.</p>				<p>Zweiwortkombinationen zu bilden (s. Sachse & Buschmann 2020).</p> <p>Die Prävalenzangaben variieren je nach Definition und liegen um 15 % der Kinder eines Jahrgangs.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>14/0/1 (Enthaltung aufgrund von COI)</p>	
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 26.10.2022</u></p> <p>Das Hauptkriterium für eine Sprachentwicklungsverzögerung im Alter von 24 Monaten ist ein deutlich eingeschränkter expressiver Wortschatz. Liegen keine erkennbaren Primärbeeinträchtigungen vor, werden diese Kinder als Late Talker bezeichnet. Mit welchem exakten Wert der Wortschatzumfang eines Kindes als auffällig zu bewerten ist, hängt vom Geschlecht und vom verwendeten Ermittlungsverfahren ab (siehe Tabelle 1). Neben dem geringen expressiven Wortschatz sind diese Kinder mit 24 Monaten zumeist noch nicht in der Lage, Zweiwortkombinationen zu bilden (s. Sachse & Buschmann 2020).</p>	<p>Redaktionelle Änderung: „Talker“ zu „Talkers“</p>		<p>angepasst</p>	<p>Das Hauptkriterium für eine Sprachentwicklungsverzögerung im Alter von 24 Monaten ist ein deutlich eingeschränkter expressiver Wortschatz. Liegen keine erkennbaren Primärbeeinträchtigungen vor, werden diese Kinder als Late Talkers bezeichnet. Mit welchem exakten Wert der Wortschatzumfang eines Kindes als auffällig zu bewerten ist, hängt vom Geschlecht und vom verwendeten Ermittlungsverfahren ab (siehe Tabelle 1). Neben dem geringen expressiven Wortschatz sind diese Kinder mit 24 Monaten zumeist noch nicht in der Lage, Zweiwortkombinationen zu bilden (s. Sachse & Buschmann 2020).</p>	

						<u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung</u> 23/0/1	
E11	Kap. 2.3.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Da nur etwa ein reichliches Drittel der sprachentwicklungsverzögerten Kinder ihre Defizite bis zum dritten Geburtstag aufholen, während sich bei einem knappen Drittel Sprachentwicklungsstörungen und bei einem weiteren Drittel Sprachschwächen zeigen, sollten Interventionen früh im dritten Lebensjahr zum Einsatz kommen.</p> <p>Eine Frühintervention kann die Wortschatzentwicklung anregen und zum Wortschatzspurt führen, die Sprechfreudigkeit erhöhen, den Einstieg in die Bildung syntaktischer Strukturen erleichtern (Überwinden der Einwortphase, Anstieg der Äußerungslänge durch Produktion von Wortkombinationen) und damit den Anschluss an sprachunauffällige Kinder ermöglichen.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Da nur etwa ein Drittel der Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerung ihre Defizite bis zum dritten Geburtstag aufholen, während sich bei etwa einem Drittel Sprachentwicklungsstörungen und bei einem weiteren Drittel Sprachschwächen zeigen, sollten Interventionen im dritten Lebensjahr zum Einsatz kommen.</p> <p>Eine Frühintervention kann die Wortschatzentwicklung anregen und zum Wortschatzspurt führen, die Sprechfreudigkeit erhöhen, den Einstieg in die Bildung syntaktischer Strukturen erleichtern (Überwinden der Einwortphase, Anstieg der Äußerungslänge durch Produktion von Wortkombinationen) und damit den Anschluss an sprachunauffällige Kinder ermöglichen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p>	

						15/0/0	
		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 26.10.2022</u></p> <p>Da nur etwa ein Drittel der Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerung seine Defizite bis zum dritten Geburtstag aufholt, während sich bei etwa einem Drittel Sprachentwicklungsstörungen und bei einem weiteren Drittel Sprachschwächen zeigen, sollten Interventionen im dritten Lebensjahr zum Einsatz kommen.</p> <p>Eine Frühintervention kann die Wortschatzentwicklung anregen und zum Wortschatzspurt führen, die Sprechfreudigkeit erhöhen, den Einstieg in die Bildung syntaktischer Strukturen erleichtern (Überwinden der Einwortphase, Anstieg der Äußerungslänge durch Produktion von Wortkombinationen) und damit den Anschluss an sprachunauffällige Kinder ermöglichen.</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>„...bei einem weiteren Drittel Sprachschwächen zeigen, können Interventionen im dritten Lebensjahr erwogen werden.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 3/19/0</u></p>		abgelehnt	Da nur etwa ein Drittel der Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerung seine Defizite bis zum dritten Geburtstag aufholt, während sich bei etwa einem Drittel Sprachentwicklungsstörungen und bei einem weiteren Drittel Sprachschwächen zeigen, sollten Interventionen im dritten Lebensjahr zum Einsatz kommen.	
			<p>Änderungsantrag 2: Streichen erwünscht von:</p> <p>„Eine Frühintervention kann die Wortschatzentwicklung anregen und zum Wortschatzspurt führen, die Sprechfreudigkeit erhöhen, den Einstieg in die Bildung syntaktischer Strukturen erleichtern (Überwinden der Einwortphase, Anstieg der Äußerungslänge durch Produktion von Wortkombinationen) und damit den Anschluss an sprach-</p>		abgelehnt	Eine Frühintervention kann die Wortschatzentwicklung anregen und zum Wortschatzspurt führen, die Sprechfreudigkeit erhöhen, den Einstieg in die Bildung syntaktischer Strukturen erleichtern (Überwinden der Einwortphase, Anstieg der Äußerungslänge durch Produktion von Wortkombinationen) und damit den Anschluss an sprachunauffällige Kinder ermöglichen.	

			unauffällige Kinder ermöglichen.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 1/19/1 (Enthaltung aus Inhaltlichen Gründen)			<u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 18/3/1 (Enthaltung aus Inhaltlichen Gründen)	
			Änderungsantrag 3: Empfehlungsgrad: „sollen“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 14/8/0 (Enthaltung aus Inhaltlichen Gründen)	Begründung: Qualität der Evidenz	Kein Konsens gem. Definition		
E12	Kap. 2.3.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u> Ein strukturiertes, intensives Elterntraining für Eltern von Late Talkers im dritten Lebensjahr kann positive Auswirkungen auf die weitere Sprachentwicklung der Kinder haben. Die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern, deren Eltern an einem Elterntraining teilgenommen haben, sind kurzfristig besser als bei Kindern von	Änderungsantrag: „Ein strukturiertes Elterntraining (z.B. das Heidelberger Elterntraining) für Eltern von Late Talkers...“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 12/0/3 (Enthaltungen aus inhaltlichen Gründen)			Ein strukturiertes Elterntraining für Eltern von Late Talkers im dritten Lebensjahr kann positive Auswirkungen auf die weitere Sprachentwicklung der Kinder haben. Die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern, deren Eltern an einem Elterntraining teilgenommen haben, sind kurzfristig besser als bei Kindern von Eltern ohne Anleitung. Zu langfristigen	

	<p>Eltern ohne Anleitung. Zu langfristigen Effekten ist die Studienlage uneinheitlich. Eine Wirksamkeit ist vor allem bei Kindern mit altersgemäßen Sprachverständnisseleistungen zu erwarten. Bei Kindern mit rein expressiver Sprachentwicklungsverzögerung soll somit zunächst ein Elterntraining mit anschließender weiterer Beobachtung und Diagnostik der Sprachfähigkeiten des Kindes erfolgen.</p>				<p>Effekten ist die Studienlage uneinheitlich. Eine Wirksamkeit ist vor allem bei Kindern mit altersgemäßen Sprachverständnisseleistungen zu erwarten. Bei Kindern mit vor allem expressiver Sprachentwicklungsverzögerung soll somit zunächst ein Elterntraining mit anschließender weiterer Beobachtung und Diagnostik der Sprachfähigkeiten des Kindes erfolgen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>	
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 26.10.2022</u></p> <p>Ein strukturiertes Elterntraining (z. B. das Heidelberger Elterntraining) für Eltern von Late Talkers im dritten Lebensjahr kann positive Auswirkungen auf die weitere Sprachentwicklung der Kinder haben. Die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern, deren Eltern an einem Elterntraining teilgenommen haben, sind kurzfristig besser als bei Kindern von Eltern ohne Anleitung. Zu langfristigen Effekten ist die Studienlage uneinheitlich.</p>	<p>Änderungsantrag 1: Einfügen: „...kann positive Auswirkungen auf die weitere Sprachentwicklung der Kinder haben, wobei die Nachhaltigkeit der Intervention nicht belegt ist. Die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern....“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>2/19/0</p>		<p>abgelehnt</p>	<p>Ein strukturiertes Elterntraining (z. B. das Heidelberger Elterntraining) für Eltern von Late Talkers im dritten Lebensjahr kann positive Auswirkungen auf die weitere Sprachentwicklung der Kinder haben. Die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern, deren Eltern an einem Elterntraining teilgenommen haben, sind kurzfristig besser als bei Kindern von Eltern ohne Anleitung. Zu langfristigen Effekten ist die Studienlage uneinheitlich.</p>	

		<p>Eine Wirksamkeit ist vor allem bei Kindern mit altersgemäßen Sprachverständnisleistungen zu erwarten. Bei Kindern mit vor allem expressiver Sprachentwicklungsverzögerung soll somit zunächst ein Elterntaining mit anschließender weiterer Beobachtung und Diagnostik der Sprachfähigkeiten des Kindes erfolgen.</p>	<p>Änderungsantrag 2: Löschen gewünscht: „Eine Wirksamkeit ist vor allem bei Kindern mit altersgemäßen Sprachverständnisleistungen zu erwarten.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 1/19/1</p>		<p>abgelehnt</p>	<p>Eine Wirksamkeit ist vor allem bei Kindern mit altersgemäßen Sprachverständnisleistungen zu erwarten. Bei Kindern mit vor allem expressiver Sprachentwicklungsverzögerung soll somit zunächst ein Elterntaining mit anschließender weiterer Beobachtung und Diagnostik der Sprachfähigkeiten des Kindes erfolgen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 22/0/0</p>	
			<p>Änderungsantrag 3: Einfügen gewünscht (am Ende der Empfehlung): „Der Effekt unerwünschter Nebenwirkungen ist nicht ausreichend untersucht.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 1/20/0</p>		<p>abgelehnt</p>		
E13	Kap. 2.3.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Eine kindzentrierte Frühintervention im dritten Lebensjahr sollte unter folgenden Bedingungen angeboten werden:</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Eine kindzentrierte Frühintervention (Sprachtherapie) im dritten Lebensjahr sollte unter folgenden Bedingungen angeboten werden:</p> <p>a) wenn sich bei Kindern mit vor</p>	

	<p>a) wenn sich bei Kindern mit ausschließlich expressiven Sprachentwicklungsverzögerungen nach einer elternzentrierten Maßnahme keine eindeutigen Verbesserungen zeigen,</p> <p>b) wenn das Kind zusätzliche rezep-tive Defizite (Sprachverständnis) zeigt, da die Wirksamkeit von eltern-zentrierten Interventionsmaßnah-men bei Kindern mit rezeptiven Schwierigkeiten der Studienlage zu-folge gering ist,</p> <p>c) wenn weitere Risikofaktoren vor-liegen (z.B. familiäre Disposition für Sprachstörungen, geringer elterlicher Bildungsgrad, schwache nonverbal-kognitive Fähigkeiten).</p>				<p>allem expressiven Sprachent-wicklungsverzögerungen nach einer elternzentrierten Interven-tion keine eindeutigen Verbes-serungen zeigen,</p> <p>b) wenn das Kind zusätzliche re-zep-tive Defizite (Sprachver-ständnis) zeigt, da die Wirksam-keit von elternzentrierten Inter-ventionen bei Kindern mit re-zeptiven Schwierigkeiten der Studienlage zufolge gering ist,</p> <p>c) wenn weitere Risikofaktoren vorliegen (z.B. familiäre Disposi-tion für Sprachstörungen, gerin-ger elterlicher Bildungsgrad, schwache nonverbal-kognitive Fähigkeiten).</p> <p>Zustimmung/Ablehnung/Enthal-tung: 15/0/0</p>	
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskon-ferenz vom 26.10.2022</u></p> <p>Eine kindzentrierte Frühintervention (Sprachtherapie) im dritten Lebens-jahr wurde als wirksam nachgewie-sen. Sie sollte unter folgenden Bedin-gungen angeboten werden:</p>	<p>Änderungsantrag 1: Einfügen „a)...vor allem expressiven Spra-chenentwicklungsverzögerungen <i>sechs Monate nach Beginn</i> ei-ner elternzentrierten Interven-tion</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Ent-haltung:</u></p>		<p>abgelehnt</p>	<p>Eine kindzentrierte Frühinter-vention (Sprachtherapie) im dritten Lebensjahr wurde als wirksam nachgewiesen. Sie sollte unter folgenden Bedin-gungen angeboten werden:</p> <p>a) wenn sich bei Kindern mit vor</p>	

	<p>a) wenn sich bei Kindern mit vor allem expressiven Sprachentwicklungsverzögerungen nach einer elternzentrierten Intervention keine eindeutigen Verbesserungen zeigen,</p> <p>b) wenn das Kind zusätzliche rezep-tive Defizite (Sprachverständnis), da die Wirksamkeit von elternzentrierten Interventionen bei Kindern mit rezeptiven Schwierigkeiten der Studienlage zufolge geringer ist,</p> <p>c) wenn weitere Risikofaktoren vorliegen (z.B. familiäre Disposition für Sprachstörungen, geringer elterlicher Bildungsgrad, schwache nonverbal-kognitive Fähigkeiten).</p>	<p>9/13/0</p>			<p>allem expressiven Sprachent-wicklungsverzögerungen nach einer elternzentrierten Interven-tion keine eindeutigen Verbes-serungen zeigen,</p>	
		<p>Änderungsantrag 2: Einfügen</p> <p>b) wenn das Kind zusätzliche re-zep-tive Defizite (Sprachver-ständnis) zeigt <i>und eine kom-plexe Entwicklungsstörung aus-geschlossen ist</i>, da die Wirksam-keit von elternzentrierten Inter-ventionen bei Kindern mit re-zep-tiven Schwierigkeiten der Studienlage zufolge geringer ist als bei Kindern mit expressiven Schwierigkeiten</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Ent-haltung:</u></p> <p>4/18/0</p>		<p>abgelehnt</p>	<p>b) wenn das Kind zusätzliche re-zep-tive Defizite (Sprachver-ständnis) hat, da die Wirksam-keit von elternzentrierten Inter-ventionen bei Kindern mit re-zep-tiven Schwierigkeiten der Studienlage zufolge geringer ist als bei Kindern mit expressiven Schwierigkeiten,</p> <p>c) wenn weitere Risikofaktoren vorliegen (z. B. familiäre Disposi-tion für Sprachstörungen, gerin-ger elterlicher Bildungsgrad, schwache nonverbal-kognitive Fähigkeiten)</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthal-tung:</u></p> <p>16/7/0.</p>	

			<p>Änderungsantrag 3: Einfügen</p> <p>„c) wenn weitere Risikofaktoren vorliegen (z. B. familiäre Disposition für Sprachstörungen, geringer elterlicher Bildungsgrad, schwache nonverbal-kognitive Fähigkeiten) <i>und eine komplexe Entwicklungsstörung ausgeschlossen ist.</i>“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>7/17/0</p>	<p>Begründung:</p> <p>Buschmann et al. (2008)</p>	<p>abgelehnt</p>		
E14	Kap. 2.3.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Eine kindzentrierte Intervention kann in den Fällen b) und c) ggf. zusätzlich zum bzw. kombiniert mit einem Elterntertraining erfolgen.</p>	<p>Kein Änderungsantrag</p>			<p>Eine kindzentrierte Intervention (Sprachtherapie) kann in den Fällen b) und c) ggf. zusätzlich zum bzw. kombiniert mit einem Elterntertraining erfolgen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>	
		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 26.10.2022</u></p> <p>Eine kindzentrierte Intervention (Sprachtherapie) kann in den Fällen b) und c) ggf. zusätzlich zum bzw. kombiniert mit einem Elterntertraining erfolgen.</p>	-			<p>Eine kindzentrierte Intervention (Sprachtherapie) kann in den Fällen b) und c) ggf. zusätzlich zum bzw. kombiniert mit einem Elterntertraining erfolgen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p>	

						24/0/0	
E15	Kap. 2.3.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Eine kindzentrierte Frühtherapie sollte vor allem auf rezeptionsorientierte Methoden (wie die Inputanreicherung, focused stimulation) fokussieren, wobei der sprachliche Input durch prägnante und hochfrequente Präsentation von Zielwörtern und grammatischen Strukturen angereichert wird. Produktionsorientierte Methoden (wie elizitiertes Benennen) können im Verlauf der Therapie im Rahmen kommunikationsanregender Interaktionssituationen zusätzlich eingeführt und durch nachfolgende Modellierungstechniken (recasting) ergänzt werden.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Eine kindzentrierte Frühintervention (Sprachtherapie) sollte vor allem auf rezeptionsorientierte Methoden (wie die Inputanreicherung, focused stimulation) fokussieren, wobei der sprachliche Input durch prägnante und hochfrequente Präsentation von Zielwörtern und grammatischen Strukturen angereichert wird. Produktionsorientierte Methoden (wie elizitiertes Benennen) können im Verlauf der Therapie im Rahmen kommunikationsanregender Interaktionssituationen zusätzlich eingeführt und durch nachfolgende Modellierungstechniken (recasting) ergänzt werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>	

	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 26.10.2022</u></p> <p>Eine kindzentrierte Frühintervention (Sprachtherapie) sollte vor allem auf rezeptionsorientierte Methoden (wie die Inputanreicherung, focused stimulation) fokussieren, wobei der sprachliche Input durch prägnante und hochfrequente Präsentation von Zielwörtern und grammatischen Strukturen angereichert wird. Produktionsorientierte Methoden (wie elizitiertes Benennen) können im Verlauf der Therapie im Rahmen kommunikationsanregender Interaktionssituationen zusätzlich eingeführt und durch nachfolgende Modellierungstechniken (recasting) ergänzt werden.</p>	-			<p>Eine kindzentrierte Frühintervention (Sprachtherapie) sollte vor allem auf rezeptionsorientierte Methoden (wie die Inputanreicherung, focused stimulation) fokussieren, wobei der sprachliche Input durch prägnante und hochfrequente Präsentation von Zielwörtern und grammatischen Strukturen angereichert wird. Produktionsorientierte Methoden (wie elizitiertes Benennen) können im Verlauf der Therapie im Rahmen kommunikationsanregender Interaktionssituationen zusätzlich eingeführt und durch nachfolgende Modellierungstechniken (recasting) ergänzt werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung</u></p> <p>19/5/0</p>	
--	---	---	--	--	---	--

S6 (EB)	Kap. 2.3.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Bei einem Teil der Late Talkers erreichen die Sprachfähigkeiten des Kindes mit 3 Jahren mit oder ohne Intervention die Entwicklungsnorm. Dennoch weisen diese Kinder bei späteren komplexeren sprachlichen Anforderungen oftmals Einschränkungen auf. Durch eine Frühintervention ist erwartbar, dass sich die Sprachfähigkeiten der Kinder verbessern, jedoch nicht bei allen Kindern bis auf ein altersentsprechendes Niveau mit drei Jahren. Liegt ab dem dritten Geburtstag eine (U)SES vor, so ist ein geringerer Schweregrad zu erwarten, wenn im dritten Lebensjahr eine Frühinterventionsmaßnahme stattgefunden hat. Eine erfolgreiche Frühintervention schließt somit nicht aus, dass im weiteren Verlauf noch Therapiebedarf besteht, allerdings kann der weitere Therapiebedarf durch die Frühintervention reduziert werden.</p>	<p>Kein Änderungsantrag</p> <p>Merkpunkt: ergänzendes Statement zu Monitoring</p>			<p>Bei einem Teil der Late Talkers erreichen die Sprachfähigkeiten des Kindes mit 3 Jahren mit oder ohne Intervention die Entwicklungsnorm. Dennoch weisen diese Kinder bei späteren komplexeren sprachlichen Anforderungen oftmals Einschränkungen auf. Durch eine Frühintervention ist erwartbar, dass sich die Sprachfähigkeiten der Kinder verbessern, jedoch nicht bei allen Kindern bis auf ein altersentsprechendes Niveau mit drei Jahren. Liegt ab dem dritten Geburtstag eine (U)SES vor, so ist ein geringerer Schweregrad zu erwarten, wenn im dritten Lebensjahr eine Frühintervention stattgefunden hat. Eine erfolgreiche Frühintervention schließt somit nicht aus, dass im weiteren Verlauf noch Therapiebedarf besteht, allerdings kann der weitere Therapiebedarf durch die Frühintervention reduziert werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>	
---------	-----------	---	---	--	--	--	--

	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 26.10.2022</u></p> <p>Bei einem Teil der Late Talkers erreichen die Sprachfähigkeiten des Kindes mit 3 Jahren mit oder ohne Intervention die Entwicklungsnorm. Dennoch weisen diese Kinder bei späteren komplexeren sprachlichen Anforderungen oftmals Einschränkungen auf. Durch eine Frühintervention ist erwartbar, dass sich die Sprachfähigkeiten der Kinder verbessern, jedoch nicht bei allen Kindern bis auf ein altersentsprechendes Niveau mit drei Jahren. Liegt ab dem dritten Geburtstag eine (U)SES vor, so ist ein geringerer Schweregrad zu erwarten, wenn im dritten Lebensjahr eine Frühintervention stattgefunden hat. Eine erfolgreiche Frühintervention schließt somit nicht aus, dass im weiteren Verlauf noch Therapiebedarf besteht, allerdings kann der weitere Therapiebedarf durch die Frühintervention reduziert werden.</p>	<p>Änderungsantrag 1: Umformulierung:</p> <p>Bei einem Teil der Late Talkers erreichen die Sprachfähigkeiten des Kindes mit 3 Jahren mit oder ohne Intervention die Entwicklungsnorm. Dennoch weist ein Teil dieser Kinder bei späteren komplexeren sprachlichen Anforderungen Einschränkungen auf.</p> <p>Eine erfolgreiche Frühintervention schließt nicht aus, dass im weiteren Verlauf noch Therapiebedarf besteht; allerdings kann dieser durch die Frühintervention reduziert werden.</p> <p>Der Fokus einer kindzentrierten Intervention ist bevorzugt ab dem vierten Lebensjahr zu prüfen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>6/17/0</p>			<p>Ein Teil der Late Talkers erreicht bzgl. der Sprachfähigkeiten im Alter von 3 Jahren die Entwicklungsnorm. In diesem Fall kann eine Frühintervention beendet werden.</p> <p>Late Talkers haben jedoch ein Risiko für spätere Einschränkungen bei komplexen sprachlichen Anforderungen.</p> <p>Durch eine Frühintervention ist erwartbar, dass sich die Sprachfähigkeiten der Kinder verbessern, jedoch nicht bei allen Kindern bis auf ein altersentsprechendes Niveau mit 3 Jahren. Liegt ab dem dritten Geburtstag eine (U)SES vor, so ist ein geringerer Schweregrad zu erwarten, wenn im dritten Lebensjahr eine Frühintervention stattgefunden hat. Eine erfolgreiche Frühintervention schließt somit nicht aus, dass im weiteren Verlauf noch</p>	
--	---	---	--	--	--	--

		<p>Änderungsantrag 2: Umformulierung:</p> <p>Ein Teil der Late Talkers erreicht bzgl. der Sprachfähigkeiten im Alter von 3 Jahren die Entwicklungsnorm. In diesem Fall kann eine Frühintervention beendet werden.</p> <p>Late Talkers haben jedoch ein Risiko für spätere Einschränkungen bei komplexen sprachlichen Anforderungen.</p> <p>Durch eine Frühintervention ist erwartbar, dass sich die Sprachfähigkeiten der Kinder verbessern, jedoch nicht bei allen Kindern bis auf ein altersentsprechendes Niveau mit 3 Jahren. Liegt ab dem dritten Geburtstag eine (U)SES vor, so ist ein geringerer Schweregrad zu erwarten, wenn im dritten Lebensjahr eine Frühintervention stattgefunden hat. Eine erfolgreiche Frühintervention schließt somit nicht aus, dass im weiteren Verlauf noch Therapiebedarf besteht; allerdings kann dieser durch die Frühintervention reduziert werden.</p>		angenommen	<p>Therapiebedarf besteht; allerdings kann dieser durch die Frühintervention reduziert werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>19/5/0</p>	
--	--	--	--	------------	---	--

			<u>Zustimmung/Ablehnung/Ent-</u> <u>haltung:</u> 21/1/0				
S7	Kap. 3.1.1.2.3	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Aussprachestörungen gehören zu den am häufigsten behandelten Entwicklungsstörungen des Kindesalters. Sie bezeichnen Abweichungen in der Aussprache, die dem Entwicklungsalter eines Kindes nicht entsprechen. Aussprachestörungen im Deutschen sind gekennzeichnet durch konsequente oder inkonsequente Fehlbildungen, Ersetzungen oder Auslassungen von Lauten und/oder Silben und führen zu einer geringen bis vollständigen Einschränkung der Verständlichkeit des Kindes. Prävalenzangaben sind altersabhängig und liegen meist zwischen 6 und 16 %, zuungunsten des männlichen Geschlechts (3:1). Multilingual aufwachsende Kinder unterscheiden sich in</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Aussprachestörungen gehören zu den am häufigsten behandelten Entwicklungsstörungen des Kindesalters. Sie bezeichnen Abweichungen in der Aussprache, die dem Entwicklungsalter eines Kindes nicht entsprechen. Aussprachestörungen im Deutschen sind gekennzeichnet durch konsequente oder inkonsequente Fehlbildungen, Ersetzungen oder Auslassungen von Lauten und/oder Silben und führen zu einer geringen bis vollständigen Einschränkung der Verständlichkeit des Kindes. Prävalenzangaben sind altersabhängig und liegen meist zwischen 6 und 16 %, zuungunsten des männlichen Geschlechts (3:1). Multilingual aufwachsende Kinder unterscheiden sich in ihrer Prävalenz von Aussprachestörungen nicht von einsprachig aufwachsenden</p>	

	<p>ihrer Prävalenz von Aussprachestörungen nicht von einsprachig aufwachsenden Kindern.</p>				<p>Kindern. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0</p>
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Aussprachestörungen gehören zu den am häufigsten behandelten Entwicklungsstörungen des Kindesalters. Sie bezeichnen Abweichungen in der Aussprache, die dem Entwicklungsalter eines Kindes nicht entsprechen. Aussprachestörungen im Deutschen sind gekennzeichnet durch konsequente oder inkonsequente Fehlbildungen, Ersetzungen oder Auslassungen von Lauten und/oder Silben und führen zu einer geringen bis vollständigen Einschränkung der Verständlichkeit des Kindes. Prävalenzangaben sind altersabhängig und liegen meist zwischen 6 und 16 %,</p>	<p>Änderungsantrag: „Zwischen 3,8 und 16 % zugunsten des männlichen Geschlechtes (3:1) mit fallender Inzidenz zwischen 3,6 und 6 Jahren“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 23/0/1 (aus inhaltlichen Gründen)</p>		<p>angenommen</p>	<p>Aussprachestörungen gehören zu den am häufigsten behandelten Entwicklungsstörungen des Kindesalters. Sie bezeichnen Abweichungen in der Aussprache, die dem Entwicklungsalter eines Kindes nicht entsprechen. Aussprachestörungen im Deutschen sind gekennzeichnet durch konsequente oder inkonsequente Fehlbildungen, Ersetzungen oder Auslassungen von Lauten und/oder Silben und führen zu einer geringen bis vollständigen Einschränkung der Verständlichkeit des Kindes. Prävalenzangaben sind altersabhängig und liegen meist zwischen 3,8 und</p>

		zuungunsten des männlichen Geschlechts (3:1). Multilingual aufwachsende Kinder unterscheiden sich in der Prävalenz von Aussprachestörungen nicht von einsprachig aufwachsenden Kindern.				16 %, zuungunsten des männlichen Geschlechts (3:1) mit fallender Inzidenz zwischen 3,6 und 6 Jahren. Multilingual aufwachsende Kinder unterscheiden sich in der Prävalenz von Aussprachestörungen nicht von einsprachig aufwachsenden Kindern. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 23/0/1 (aus inhaltlichen Gründen)
S8	Kap. 3.1.1.2.3	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u> Aussprachestörungen können isoliert oder in Verbindung mit Auffälligkeiten auf anderen Sprachebenen (semantisch-lexikalisch, syntaktisch-morphologisch, pragmatisch) auftreten, dann als Teilsymptomatik einer (U)SES. Häufig stellt eine Aussprachestörung das markanteste Symptom einer Sprachentwicklungsstörung dar, da sie oft mit einer eingeschränkten Verständlichkeit der Sprache des betroffenen Kindes und damit einhergehenden sozioemotionalen Beeinträchtigungen assoziiert	Änderungsantrag: „Eine Aussprachestörung geht oft mit einer eingeschränkten Verständlichkeit des betroffenen Kindes und damit assoziierten sozioemotionalen Beeinträchtigungen einher.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 14/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen		angenommen	Aussprachestörungen können isoliert oder in Verbindung mit Auffälligkeiten auf anderen Sprachebenen (semantisch-lexikalisch, syntaktisch-morphologisch, pragmatisch) auftreten, dann als Teilsymptomatik einer (U)SES. Eine Aussprachestörung geht oft mit einer eingeschränkten Verständlichkeit des betroffenen Kindes und damit assoziierten sozioemotionalen Beeinträchtigungen einher. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0

	ist.					
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Aussprachestörungen können isoliert oder in Verbindung mit Auffälligkeiten auf anderen Sprachebenen (semantisch-lexikalisch, syntaktisch-morphologisch, pragmatisch) auftreten, dann als Teilsymptomatik einer (U)SES. Eine Aussprachestörung geht oft mit einer eingeschränkten Verständlichkeit des betroffenen Kindes und damit assoziierten sozioemotionalen Beeinträchtigungen einher.</p>	Kein Änderungsantrag				<p>Aussprachestörungen können isoliert oder in Verbindung mit Auffälligkeiten auf anderen Sprachebenen (semantisch-lexikalisch, syntaktisch-morphologisch, pragmatisch) auftreten, dann als Teilsymptomatik einer (U)SES. Eine Aussprachestörung geht oft mit einer eingeschränkten Verständlichkeit des betroffenen Kindes und damit assoziierten sozioemotionalen Beeinträchtigungen einher.</p> <p>Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>

S9	Kap. 3.1.1.2.3	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Physiologische phonologische Prozesse sind regelhafte Abweichungen von der Erwachsenensprache, die bei sich typisch entwickelnden Kindern in bestimmten Lebensaltern während der Sprachentwicklung auftreten. Erst, wenn sie nach dem für die jeweilige Sprache als typisch beschrieben Überwindungsalter noch auftreten, handelt es sich hierbei um eine Aussprachestörung.</p> <p>Phonologische Prozesse werden als pathologisch bezeichnet, wenn sie nicht den physiologischen Prozessen entsprechen, d.h. wenn sie nicht Teil der physiologischen Sprachentwicklung sind.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Physiologische phonologische Prozesse sind regelhafte Abweichungen von der Erwachsenensprache, die bei sich typisch entwickelnden Kindern in bestimmten Lebensaltern während der Sprachentwicklung auftreten. Erst, wenn sie nach dem für die jeweilige Sprache als typisch beschrieben Überwindungsalter noch auftreten, handelt es sich hierbei um eine Aussprachestörung.</p> <p>Phonologische Prozesse werden als pathologisch bezeichnet, wenn sie nicht den physiologischen Prozessen entsprechen, d.h. wenn sie nicht Teil der physiologischen Sprachentwicklung sind.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>14/0/1 (aus inhaltlichen Gründen)</p>	
----	-------------------	---	----------------------	--	--	--	--

		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Physiologische phonologische Prozesse sind regelhafte Abweichungen von der Erwachsenensprache, die bei typisch entwickelnden Kindern in bestimmten Lebensaltern während der Sprachentwicklung auftreten. Erst wenn sie 6 Monate nach dem für die jeweilige Sprache als typisch beschrieben Überwindungsalter noch auftreten, handelt es sich um eine Aussprachestörung.</p> <p>Phonologische Prozesse werden als pathologisch bezeichnet, wenn sie nicht den physiologischen Prozessen entsprechen, d. h., wenn sie nicht Teil der typischen Sprachentwicklung sind.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Überwindungsalter ist zu schwammig. Einsetzen eines Prozentranges (Zustimmung bei Annahme)</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>		<p>angenommen</p>	<p>Physiologische phonologische Prozesse sind regelhafte Abweichungen von der Erwachsenensprache, die bei typisch entwickelnden Kindern in bestimmten Lebensaltern während der Sprachentwicklung auftreten. Erst wenn sie 6 Monate nach dem für die jeweilige Sprache als typisch beschrieben Überwindungsalter (s. Definition in Kap. 3.1.1.2.1) noch auftreten, handelt es sich um eine Aussprachestörung. Phonologische Prozesse werden als pathologisch bezeichnet, wenn sie nicht den physiologischen Prozessen entsprechen, d. h., wenn sie nicht Teil der typischen Sprachentwicklung sind. Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
S11	Kap. 3.1.1.2.3	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Für funktionelle Aussprachestörungen</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>„1. phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung) betreffen das sprachliche Wis-</p>		<p>angenommen</p>	<p>Für funktionelle Aussprachestörungen ist folgende Einteilung gebräuchlich:</p> <p>1. phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung)</p>	

	<p>gen ist folgende Einteilung gebräuchlich:</p> <p>1. phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung) als Stagnation der regel-rechten Entwicklung (phonologische Verzögerung) oder als pathologische Entwicklung (konsequente phonologische Störung). In beiden Fällen ist das sprachliche Wissen (phonologisches Regelsystem) betroffen, so dass Laute, Lautverbindungen oder Silben regelartig (phonologische Prozesse) ersetzt oder ausgelassen werden und es zur Aufhebung von Bedeutungsunterscheidungen kommen kann.</p> <p>2. inkonsequente phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung): Hier können Kinder wegen eines eingeschränkten phonologischen Arbeitsgedächtnisses keine automatisierten Wortproduktionspläne erstellen, die eine konsequente, d. h. immer gleiche, Wortproduktion ermöglichen.</p> <p>3. phonetische Störung (SPRECHstörung) = die Artikulation ist betroffen, d.h. es kommt zu einer motorischen Lautfehlbildung, wobei der Laut pho-</p>	<p>sen (phonologisches Regelsystem), so dass Laute, Lautverbindungen oder Silben regelartig (phonologische Prozesse) ersetzt oder ausgelassen werden und es zur Aufhebung von Bedeutungsunterscheidungen kommen kann.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 14/0/1</p> <p>Änderungsantrag 2: „2. inkonsequente phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung): Hier haben Kinder wegen eines eingeschränkten phonologischen Arbeitsgedächtnisses einen mangelhaften Zugang zu den phonologischen Repräsentationen und können daher keine automatisierten Wortproduktionspläne erstellen, die eine konsequente, d. h. immer gleiche, Wortproduktion ermöglichen.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0</p>			<p>betreffen das sprachliche Wissen (phonologisches Regelsystem), so dass Laute, Lautverbindungen oder Silben regelartig (phonologische Prozesse) ersetzt oder ausgelassen werden und es zur Aufhebung von Bedeutungsunterscheidungen kommen kann.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 14/0/1</p> <p>angenommen</p> <p>2. inkonsequente phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung): Hier haben Kinder wegen eines eingeschränkten phonologischen Arbeitsgedächtnisses einen mangelhaften Zugang zu den phonologischen Repräsentationen und können daher keine automatisierten Wortproduktionspläne erstellen, die eine konsequente, d. h. immer gleiche, Wortproduktion ermöglichen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0</p>	
--	---	---	--	--	--	--

	<p>nemisch korrekt ist, d. h. an korrekter Stelle im Wort eingesetzt wird, z. B. beim Sigmatismus interdentalis. Eine phonetische Störung kann parallel zu anderen Formen von Aussprachestörungen auftreten.</p>	<p>Änderungsantrag 3 - Abstimmung isoliert zu Punkt 3 von S11:</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>		<p>angenommen</p>	<p>3. phonetische Störung (SPRECHstörung) = die Artikulation ist betroffen, d.h. es kommt zu einer motorischen Lautfehlbildung, wobei der Laut phonemisch korrekt ist, d. h. an korrekter Stelle im Wort eingesetzt wird, z. B. beim Sigmatismus interdentalis. Eine phonetische Störung kann parallel zu anderen Formen von Aussprachestörungen auftreten.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>	
	<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Für funktionelle Aussprachestörungen ist folgende Einteilung gebräuchlich:</p> <p>1. Phonologische Störungen (SPRACHentwicklungsstörung) betreffen das sprachliche Wissen (phonologisches Regelsystem), so dass Laute, Lautverbindungen oder Silben regelartig (phonologische Prozesse) ersetzt oder ausgelassen werden und es zur Aufhebung von Bedeutungsunterscheidungen kommen kann.</p>	<p>Kein Änderungsantrag</p>			<p>Für funktionelle Aussprachestörungen ist folgende Einteilung gebräuchlich:</p> <p>1. Phonologische Störungen (SPRACHentwicklungsstörung) betreffen das sprachliche Wissen (phonologisches Regelsystem), so dass Laute, Lautverbindungen oder Silben regelartig (phonologische Prozesse) ersetzt oder ausgelassen werden und es zur Aufhebung von Bedeutungsunterscheidungen kommen kann.</p>	

	<p>2. Inkonsequente phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung): Hier haben Kinder einen mangelhaften Zugang zu den phonologischen Repräsentationen und können daher keine automatisierten Wortproduktionspläne erstellen, die eine konsequente, d. h. immer gleiche, Wortproduktion ermöglichen. Dies geht häufig mit einem eingeschränkten phonologischen Arbeitsgedächtnis einher.</p> <p>3. Phonetische Störung (auch Artikulationsstörung; SPRECHstörung), d. h. die Artikulation ist betroffen; es kommt zu einer motorischen Lautfehlbildung, wobei der</p> <p>Laut phonemisch korrekt ist, d. h. an korrekter Stelle im Wort eingesetzt wird, z. B. der fehlgebildete /s/-Laut beim Sigmatismus interdentalis. Eine phonetische Störung kann parallel zu anderen Formen von Aussprachestörungen auftreten.</p>				<p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p> <p>2. Inkonsequente phonologische Störung (SPRACHentwicklungsstörung): Hier haben Kinder einen mangelhaften Zugang zu den phonologischen Repräsentationen und können daher keine automatisierten Wortproduktionspläne erstellen, die eine konsequente, d. h. immer gleiche, Wortproduktion ermöglichen. Dies geht häufig mit einem eingeschränkten phonologischen Arbeitsgedächtnis einher.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p> <p>3. Phonetische Störung (auch Artikulationsstörung; SPRECHstörung), d. h. die Artikulation ist betroffen; es kommt zu einer motorischen Lautfehlbildung, wobei der</p> <p>Laut phonemisch korrekt ist, d. h. an korrekter Stelle im Wort</p>	
--	--	--	--	--	--	--

						eingesetzt wird, z. B. der fehlgebildete /s/-Laut beim Sigmatis-mus interdentalis. Eine phoneti-sche Störung kann parallel zu anderen Formen von Ausspra- chestörungen auftreten. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthal- tung:</u> 24/0/0	
S13	Kap. 3.1.1.2.3 .	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonfe- renz vom 09.09.2022 (15 Stimmbe- rechtigte anwesend):</u> Die phonologischen Formen der Aus- sprachestörung zählen als einzige zu den Sprachentwicklungsstörungen, wobei auch eine VED mit einer SES einhergeht.	Änderungsantrag: „Die phonologischen Formen der Aussprachestörung zählen zu den Sprachentwicklungsstö- rungen.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Ent- haltung:</u> 15/0/0		angenommen	„Die phonologischen Formen der Aussprachestörung zählen zu den Sprachentwicklungsstö- rungen.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthal- tung:</u> 15/0/0	
		<u>Zweite Abstimmung Konsensuskon- ferenz vom 18.11.2022:</u> Die phonologischen Formen der Aus- sprachestörung zählen zu den Spra- chentwicklungsstörungen.	Kein Änderungsantrag			Die phonologischen Formen der Aussprachestörung zählen zu den Sprachentwicklungsstörun- gen. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthal- tung:</u> 24/0/0	

S14	Kap. 3.1.1.2.3	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Andere Begriffe: (funktionelle) Dyslalie bzw. (funktionelles) Stammeln (traditionelle Terminologie ohne Unterscheidung in phonetische und phonologische Störungen), Artikulationsstörung (bezieht sich nur auf phonetische Aspekte), Lautbildungsstörung (ebenso) sollten nicht mehr verwendet werden.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>„Andere Begriffe: (funktionelle) Dyslalie bzw. (funktionelles) Stammeln (traditionelle Terminologie ohne Unterscheidung in phonetische und phonologische Störungen) und Lautbildungsstörung sollten nicht mehr verwendet werden.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>		angenommen	<p>Andere Begriffe: (funktionelle) Dyslalie bzw. (funktionelles) Stammeln (traditionelle Terminologie ohne Unterscheidung in phonetische und phonologische Störungen) und Lautbildungsstörung sollten nicht mehr verwendet werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>
		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Andere Begriffe: (funktionelle) Dyslalie bzw. (funktionelles) Stammeln (traditionelle Terminologie ohne Unterscheidung in phonetische und phonologische Störungen) und Lautbildungsstörung sollten nicht mehr verwendet werden.</p>	<p>Kein Änderungsantrag</p>			<p>Andere Begriffe: (funktionelle) Dyslalie bzw. (funktionelles) Stammeln (traditionelle Terminologie ohne Unterscheidung in phonetische und phonologische Störungen) und Lautbildungsstörung sollten nicht mehr verwendet werden.</p> <p>Klinischer Konsensuspunkt: starker Konsens (100 % Zustimmung)</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0</p>

S15	Kap. 3.1.1.2.3	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u> Es kann davon ausgegangen werden, dass die klassische Artikulationstherapie für die Behandlung phonetischer Störungen eine sprachenunabhängige Gültigkeit besitzt, d. h., dass sie für phonetische Störungen unabhängig von der zu erwerbenden Sprache wirksam ist, da es hierbei um das Erlernen und Generalisieren einer korrekten Lautproduktion geht, die unabhängig vom phonologischen System einer zu erwerbenden Sprache ist.	Kein Änderungsantrag			Es kann davon ausgegangen werden, dass die klassische Artikulationstherapie für die Behandlung phonetischer Störungen eine sprachenunabhängige Gültigkeit besitzt, d. h., dass sie für phonetische Störungen unabhängig von der zu erwerbenden Sprache wirksam ist, da es hierbei um das Erlernen und Generalisieren einer korrekten Lautproduktion geht, die unabhängig vom phonologischen System einer zu erwerbenden Sprache ist. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0
		<u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022 (nach Überarbeitung zwischen den Konsensuskonferenzen):</u> Die klassische Artikulationstherapie scheint für die Behandlung phonetischer Störungen eine sprachenunabhängige Gültigkeit zu besitzen, d. h., dass sie für phonetische Störungen unabhängig von der zu erwerbenden Sprache wirksam ist, da es hierbei um das Erlernen und Generalisieren	Kein Änderungsantrag			Die klassische Artikulationstherapie scheint für die Behandlung phonetischer Störungen eine sprachenunabhängige Gültigkeit zu besitzen, d. h., dass sie für phonetische Störungen unabhängig von der zu erwerbenden Sprache wirksam ist, da es hierbei um das Erlernen und Generalisieren einer korrekten Lautproduktion geht, die unabhängig vom phonologischen System

		einer korrekten Lautproduktion geht, die unabhängig vom phonologischen System einer zu erwerbenden Sprache ist.				einer zu erwerbenden Sprache ist. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
S16	Kap. 3.1.1.2.3	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u> Inwieweit die Behandlung einer phonetischen Störung vor oder nach dem Zahnwechsel der Frontzähne stattfinden soll, ist ungeklärt. Es ist aufgrund der Störungsebene im Sprachverarbeitungsprozess kein negativer Einfluss auf den Sprach- und Schriftspracherwerb erwartbar.	Kein Änderungsantrag			Inwieweit die Behandlung einer phonetischen Störung vor oder nach dem Zahnwechsel der Frontzähne stattfinden soll, ist ungeklärt. Es ist aufgrund der Störungsebene im Sprachverarbeitungsprozess kein negativer Einfluss auf den Sprach- und Schriftspracherwerb erwartbar. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0	
		<u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Inwieweit die Behandlung einer phonetischen Störung vor oder nach dem Zahnwechsel der Frontzähne stattfinden soll, ist ungeklärt. Es ist	Redaktionelle Anpassung und Auftrennung der Teilaspekte des Statements in 2 Statements (S16 und S17)		angepasst	Inwieweit die Behandlung einer phonetischen Störung vor oder nach dem Zahnwechsel der Frontzähne stattfinden soll, ist ungeklärt. Der Therapiebeginn kann daher vor oder nach dem	

		aufgrund der Störungsebene im Sprachverarbeitungsprozess kein negativer Einfluss auf den Sprach- und Schriftspracherwerb erwartbar.				Zahnwechsel individuell gewählt werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 23/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen)	
S17	Kap. 3.1.1.2.3 .	<u>Nach Anpassung von S16 (s.o.) - zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Phonetische Störungen beeinflussen die Sprachentwicklung und den Schriftspracherwerb nicht.	Kein Änderungsantrag			Phonetische Störungen beeinflussen die Sprachentwicklung und den Schriftspracherwerb nicht. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 23/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen)	
E16	Kap. 3.1.1.2.3 .	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u> Bei rein phonetischen (artikulatorischen) Störungen (z. B. Sigmatismus, Schetismus lateralis) kann ein traditionelles motorisch-orientiertes Vorgehen (Van-Riper-Ansatz und Modifikationen) erwogen werden.	Änderungsantrag: „Empfehlungsgrad B (klinischer Konsens); sollte angeboten werden“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0	Empfehlungsgrad B bei LoE 5: Begründung: Anwendungserfahrung bei mangelnder Evidenz; kein Hinweis auf Schädlichkeit	angenommen	Bei rein phonetischen (artikulatorischen) Störungen (z. B. Sigmatismus, Schetismus lateralis) sollte ein traditionelles motorisch-orientiertes Vorgehen (Van-Riper-Ansatz und Modifikationen) angeboten werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 15/0/0	

		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Bei rein phonetischen (artikulatorischen) Störungen (z. B. Sigmatismus, Schetismus lateralis) sollte ein traditionelles motorisch-orientiertes Vorgehen (Van-Riper-Ansatz und Modifikationen) angeboten werden.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>„Bei LoE5 kein "sollte"“</p>		<p>Nach Diskussion zurückgezogen</p>	<p>Bei rein phonetischen (artikulatorischen) Störungen (z. B. Sigmatismus, Schetismus lateralis) sollte ein traditionelles motorisch-orientiertes Vorgehen (Van-Riper-Ansatz und Modifikationen) angeboten werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
E17	Kap. 3.1.1.2.3	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Die Anwendung einer Artikulationstherapie bei Kindern mit anderen Formen von Aussprachestörungen sollte als alleiniger oder primärer Therapieansatz nicht durchgeführt werden.</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Die Anwendung einer Artikulationstherapie bei Kindern mit anderen Formen von Aussprachestörungen sollte als alleiniger oder primärer Therapieansatz nicht durchgeführt werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>15/0/0</p>	
		<p><u>Zweite Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022 (nach Überarbeitung zwischen den Konsensuskonferenzen):</u></p> <p>Eine Artikulationstherapie sollte bei Kindern mit anderen als phonetischen Formen von Aussprachestörungen als alleiniger oder primärer Therapieansatz nicht durchgeführt</p>	Kein Änderungsantrag			<p>Eine Artikulationstherapie sollte bei Kindern mit anderen als phonetischen Formen von Aussprachestörungen als alleiniger oder primärer Therapieansatz nicht durchgeführt werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p>	

		werden.				23/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen)	
(ehem. S14)	Kap. 3.1.1.4.4 .	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 (15 Stimmberechtigte anwesend):</u></p> <p>Kinder mit phonologischen Aussprachestörungen stellen keine homogene Gruppe dar. Unterschiedliche Subtypen lassen sich mit spezifischen Störungsebenen im Sprachverarbeitungsprozess assoziieren. Eine störungsspezifische Intervention soll durchgeführt werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>1/14/0</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Statement Ersatzlos streichen.</p>		<p>Abstimmung entfällt aufgrund der Ablehnung des gesamten Statements</p>	entfallen	
E18	Kap. 3.1.1.4.4 .	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Da Kinder mit Aussprachestörungen in ihrer Kommunikationsfähigkeit aufgrund mangelnder Verständlichkeit z. T. gravierend eingeschränkt sind und Aussprachestörungen sich</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>Der Begriff "frühzeitig" im ersten Absatz ist zu allgemein.</p>		<p>Nach Diskussion zurückgezogen</p>	<p>Da Kinder mit Aussprachestörungen in ihrer Kommunikationsfähigkeit aufgrund mangelnder Verständlichkeit z. T. gravierend eingeschränkt sind und Aussprachestörungen sich negativ auf den Lese-Rechtschreib-</p>	

		<p>negativ auf den Lese-Rechtschreib-Erwerb, den gesamtschulischen Erfolg und die sozio-emotionale Entwicklung auswirken können, sollten Aussprachestörungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.</p> <p>Interventionen bei Kindern mit einer phonologischen Störung bei konsequenter oder inkonsequenter Wortproduktion sollten bereits im vierten Lebensjahr zum Einsatz kommen. Falls nur stagnierende Prozesse vorliegen, sollte das typische Überwindungsalter der jeweiligen Prozesse den Behandlungsbeginn bestimmen (frühestens 6 Monate später).</p>	<p>Änderungsantrag 2:</p> <p>Streichung der Empfehlung, da keine Evidenz für eine Empfehlung des optimalen Alters für den Beginn einer Intervention bei Kindern mit einer phonologischen Störung gibt. Bei konsequenter oder inkonsequenter Wortproduktion sollten bereits im vierten Lebensjahr zum Einsatz kommen. Falls nur stagnierende Prozesse vorliegen, sollte das typische Überwindungsalter der jeweiligen Prozesse den Behandlungsbeginn bestimmen (frühestens 6 Monate später).</p>		<p>Nach Diskussion zurückgezogen</p>	<p>Erwerb, den gesamtschulischen Erfolg und die sozio-emotionale Entwicklung auswirken können, sollten Aussprachestörungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.</p> <p>Interventionen bei Kindern mit einer phonologischen Störung bei konsequenter oder inkonsequenter Wortproduktion sollten bereits im vierten Lebensjahr zum Einsatz kommen. Falls nur stagnierende Prozesse vorliegen, sollte das typische Überwindungsalter der jeweiligen Prozesse den Behandlungsbeginn bestimmen (frühestens 6 Monate später).</p>	
			<p>Änderungsantrag 3:</p> <p>Streichung der Empfehlung, da es keine Evidenz für eine Empfehlung des optimalen Alters für den Beginn der Interventionen bei Kindern mit einer phonologischen Störung gibt.</p>		<p>Nach Diskussion zurückgezogen</p>	<p>(Überwindungsalter: Ein Prozess gilt als überwunden, wenn er bei weniger als 10 % der Kinder einer Altersgruppe nicht mehr zu beobachten ist. Eine Alters-</p>	

			Redaktionelle Änderung: Ergänzungstext zur Definition von „Überwindungsalter“ ergänzen.		Wurde ergänzt	<p>gruppe umfasst ein halbes Lebensjahr. Therapiebeginn wäre dann frühestens 6 Monate nach dieser nicht mehr den Prozess zeigenden Altersgruppe; z. B. wird die Vorverlagerung von /k/ und /g/ zuletzt in der Altersgruppe 3;0-3;6 Jahren beobachtet. Daraus leitet sich ein Therapiebeginn im Alter von > 4;0 Jahren ab).</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>22/0/2 (Enthaltung 1x inhaltlich, 1x COI)</p>	
E19	Kap. 3.1.1.4.4	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Bei Kindern mit einer phonologischen Störung bei vorliegender konsequenter Wortproduktion (stagnierende physiologische phonologische Prozesse und /oder pathologische phonologische Prozesse) soll ein phonologischer Therapieansatz zum Einsatz kommen.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Einreichung einer Formulierung, die die Ausschließlichkeit einer phonologischen Methode vorschreibt: „Bei Kindern mit einer phonologischen Störung (stagnierende physiologische phonologische Prozesse und /oder pathologische phonologische Prozesse) und vorliegender konsequenter Wortproduktion sollte <i>bevorzugt</i> ein phonologischer Therapieansatz zum Einsatz kommen.“</p>		abgelehnt	<p>Bei Kindern mit einer phonologischen Störung (stagnierende physiologische phonologische Prozesse und / oder pathologische phonologische Prozesse) bei vorliegender konsequenter Wortproduktion soll ein phonologischer Therapieansatz zum Einsatz kommen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>19/4/1 (Enthaltung aus COI)</p>	

			<u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 8/15/1</u> (Enthaltung aus COI)				
S19 (EB)	Kap. 3.1.1.4.4	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Im Gegensatz zur kindlichen Sprechapraxie liegt einer VED keine bekannte neurologische Ätiologie zugrunde. Es tritt als idiopathische neurogene Sprachlautstörung auf, bei Fehlen bekannter neurologischer oder komplexer neurologischer Verhaltensstörungen. Als mögliche Ursache einer VED wird vor allem eine genetische Veranlagung vermutet. Zudem kann eine VED als Folge der Stoffwechselerkrankung Galaktosämie (Störung des Milchzuckerstoffwechsels) auftreten.</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>„Im Gegensatz zur erworbenen Sprechapraxie im Kindesalter liegt einer verbalen Entwicklungsdyspraxie keine bekannte neurologische Ätiologie zugrunde. Als mögliche Ursachen von verbalen Entwicklungsdyspraxien sind vor allem genetische Syndrome, wie z.B. Geschlechtschromosomenaneuploidien oder Mutationen in unterschiedlichen Genen beschrieben.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</u></p>		angenommen	<p>Gegensatz zur erworbenen Sprechapraxie im Kindesalter liegt einer verbalen Entwicklungsdyspraxie keine bekannte neurologische Ätiologie zugrunde. Als mögliche Ursachen von verbalen Entwicklungsdyspraxien sind vor allem genetische Syndrome, wie z. B. Geschlechtschromosomenaneuploidien (Samango-Sprouse et al. 2021) oder Mutationen in unterschiedlichen Genen (Hildebrand et al. 2020, Kang & Drayna 2011, Shriberg et al. 2011) beschrieben.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</u></p>	
			<p>Änderungsantrag vds: VED und kindliche Sprechapraxie (engl. Childhood apraxia of speech) werden oft synonym verwendet. Wie klar ist hier die Datenlage? Ggf. Streichung oder Erläuterung zur Evidenzlage →</p>		Nach Diskussion und Umsetzung von Änderungsantrag 1 zurückgezogen		

			<p>Änderungsantrag</p> <p>Satz 2 im Statement 16 passt nicht zu Satz 4 (entweder idopathisch oder infolge von einer bekannten Erkrankung). Vorschlag: Satz 4 ändern: „Im Rahmen einer behandelten Galaktosämie ist das Auftreten einer VED beschrieben. Ein möglicher Phänotyp wirklich eine isolierte VED ohne andere neurologische Symptome?“</p>		<p>Nach Diskussion und Umsetzung von Änderungsantrag 1 zurückgezogen</p>	
E22	Kap. 3.1.1.4.4	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Kinder mit einer Verbalen Entwicklungsdyspraxie sollen möglichst frühzeitig eine Sprachtherapie mit Therapieverfahren, die hochrepetitive Übungseinheiten zum Erlernen von Sprechbewegungsabläufen beinhalten, erhalten.</p>	<p>Redaktionelle Änderung 1:</p> <p>Hier fehlt eine breitere Diagnostik. Kinder mit verbaler Entwicklungsdyspraxie zeigen diese nicht isoliert, deshalb muss diese Therapie eingebunden in einen umfassenden Förderplan erfolgen. Kinder mit einer verbalen Entwicklungsdyspraxie sollten nach Abklärung weiterer kognitiver, emotionaler, motorischer und sprachlicher Fertigkeiten</p>		<p>Übernahme in den Hintergrundtext</p>	<p>Kinder mit einer Verbalen Entwicklungsdyspraxie sollen möglichst frühzeitig eine Sprachtherapie mit Therapieverfahren, die hochrepetitive Übungseinheiten zum Erlernen von Sprechbewegungsabläufen beinhalten, erhalten.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</u></p>

			keiten eine komplexe Förderung aller notwendigen Bereiche erhalten, die hierarchisch aufeinander abgestimmt sein sollte. Spezifische Techniken zur Verbesserung der Dyspraxie sind hochrepetitive Übungseinheiten zum Erlernen von Sprechbewegungsabläufen.				
			Redaktionelle Änderung 2: Der Begriff "frühzeitig" ist zu wage. „Frühzeitig“ sollte aus pragmatischen Gründen in Analogie zu den anderen Kapiteln im Hintergrundtext noch ausgeführt/eingegrenzt werden		Ergänzung im Hintergrundtext		
			Redaktionelle Änderung 3: Kommentar Schönweiler ² im Hintergrundtext zu erwähnen		Siehe Änderungsantrag 2		
			Redaktionelle Änderung 4: Relativierung der Frühzeitigkeit, weil es dafür keine übereinstimmenden Evidenzen gibt, und der Risiken, da diese durch die Methodik vergleichsweise hoch sind.		Siehe Änderungsantrag 2		

E23	Kap. 3.1.1.4.4 .	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>International haben sich die Ansätze NDP3, ResT und PROMPT bei Verbaler Entwicklungs-dyspraxie als wirksam erwiesen, sie sollten angewendet werden, sobald in Deutschland verfügbar.</p>	<p>Redaktionelle Änderung:</p> <p>Es ist unklar, auf was sich das Statement bezieht. Bezüglich der spezifischen Intervention bei verbaler Entwicklungs-dyspraxie sind die Ansätze NDP3, ResT und PROMPT wirksam. Sobald diese in Deutschland zur Verfügung stehen, sollten sie angewendet werden.</p>		Wurde angepasst	<p>International haben sich bei Verbaler Entwicklungs-dyspraxie die Ansätze NDP3, ResT und PROMPT als wirksam erwiesen. Sobald sie in Deutschland zur Verfügung stehen, sollten sie angewendet werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
E24	Kap. 3.1.1.4.4 .	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Im deutschsprachigen Raum können folgende Behandlungsmethoden bei Kindern mit einer Verbalen Entwicklungs-dyspraxie in Betracht gezogen werden: ReST, VEDiT.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Deutschsprachige Verfahren, die zur spezifischen Therapie der verbalen Entwicklungs-dyspraxie eingesetzt werden können, sind ReST und VEDiT.</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Im deutschsprachigen Raum können folgende Behandlungsmethoden bei Kindern mit einer Verbalen Entwicklungs-dyspraxie in Betracht gezogen werden: DTTC, VEDiT.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>23/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen)</p>	

E26	Kap. 3.1.2.6.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Bei lexikalisch-semanticen Störungen ist eine gezielte Therapie im Kindergarten- und Schulalter effektiv und soll durchgeführt werden.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Inhalt der Therapie fehlt und sollte ergänzt werden.</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Bei lexikalisch-semanticen Störungen ist eine gezielte Therapie im Kindergarten- und Schulalter effektiv und soll durchgeführt werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
E31	Kap. 3.1.2.6.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Therapiebeginn: Wird ab dem Alter von 3 Jahren eine Sprachentwicklungsstörung mit Defiziten auf der lexikalisch-semanticen Ebene diagnostiziert, sollte eine Therapie mit Einschluss lexikalisch-semanticer Anteile durchgeführt werden.</p> <p>Hinweis: Fallen Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen (Late Talkers) bereits im dritten Lebensjahr durch einen deutlich eingeschränkten Wortschatz auf, können zuvor Interventionsmaßnahmen im Sinne einer Frühintervention indiziert sein (s. Empfehlungen in Kapitel 2 dieser Leitlinie).</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>Mangelnde Evidenz, hohe Nebenwirkungsrate</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Therapiebeginn: Wird ab dem Alter von 3 Jahren eine Sprachentwicklungsstörung mit Defiziten auf der lexikalisch-semanticen Ebene diagnostiziert, soll eine Therapie mit Einschluss lexikalisch-semanticer Anteile durchgeführt werden.</p>	
			<p>Änderungsantrag 2:</p> <p>Siehe Änderungsantrag 1.</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Hinweis: Fallen Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen (Late Talkers) bereits im dritten Lebensjahr durch einen deutlich eingeschränkten Wortschatz auf, können zuvor Interventionsmaßnahmen im Sinne einer Frühintervention indiziert sein (s. Empfehlungen in Kapitel 2 dieser Leitlinie).</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	

E32	Kap. 3.1.2.6.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Beendigung der Therapie: Die Lexikontherapie sollte beendet werden, wenn das Kind altersentsprechende lexikalisch-semantiche Fähigkeiten zeigt und in alltäglichen Situationen sicher auf Wörter zugreifen kann. Die Diagnostik soll standardisierte Wortschatztests, weitere Kontrollen der Therapieeffektivität (Lernfortschritte bei geübten und ungeübten Wörtern) und die strukturierte Beobachtung der Wortverwendung in der Spontansprache umfassen. Ggf. ist weitere Sprachtherapie zur Behandlung von Symptomen auf anderen sprachlichen Ebenen indiziert.</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>letzten Satz streichen</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>23/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen)</p>		angenommen	<p>Beendigung der Therapie: Die Lexikontherapie sollte beendet werden, wenn das Kind altersentsprechende lexikalisch-semantiche Fähigkeiten zeigt und in alltäglichen Situationen sicher auf Wörter zugreifen kann. Die Diagnostik soll standardisierte Wortschatztests, weitere Kontrollen der Therapieeffektivität (Lernfortschritte bei geübten und ungeübten Wörtern) und die strukturierte Beobachtung der Wortverwendung in der Spontansprache umfassen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>23/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen)</p>
			<p>Änderungsantrag 2:</p> <p>Beendigung der Therapie: Die Lexikontherapie sollte beendet werden, wenn das Kind altersentsprechende lexikalisch-semantiche Fähigkeiten zeigt und in alltäglichen Situationen sicher auf Wörter zugreifen kann. Dieses Ziel wird bei einem Teil der Kinder nicht erreichbar sein. In diesem Fall sollten nach individuellen Maßstäben Pausierungen bzw. Beendigungen der Therapie erwogen werden.</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	
			<p>Änderungsantrag 3: Die Therapie sollte beendet werden, wenn die Sprachentwicklung abgeschlossen ist.</p>	keine Evidenzen für diese Änderung	Nach Diskussion zurückgezogen	

E39	Kap. 3.1.3.5.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Es sollen Therapiemethoden eingesetzt werden, die sich international als effektiv erwiesen haben. Dies sind die Inputanreicherung, Modellierungstechniken, Elizitationsmethoden zur Schaffung von Produktionsgelegenheiten und der Einsatz von Metasprache und Visualisierungen. Dabei sollte bevorzugt eine Methodenkombination eingesetzt werden. Die Methoden sollen in kindgerechten kommunikativen Kontexten angeboten werden, wobei die Aufmerksamkeit des Kindes sichergestellt werden soll.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>"sollen" in "sollten" ändern</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 23/1/0</u></p>		Angenommen und redaktionell angepasst	<p>Therapiemethoden, die sich international als effektiv erwiesen haben, sollten eingesetzt werden. Dies sind die Inputanreicherung, Modellierungstechniken, Elizitationsmethoden zur Schaffung von Produktionsgelegenheiten und der Einsatz von Metasprache und Visualisierungen. Bevorzugt sollte eine Methodenkombination eingesetzt werden. Die Methoden</p> <p>sollten in kindgerechten kommunikativen Kontexten angeboten werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</u></p>	
E41	Kap. 3.1.4.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Die inhaltlichen Schwerpunkte in Therapie und Förderung können bei pragmatisch-kommunikativen Störungen auf die Bereiche Kommunikationsverhalten und Gesprächsführung, Textverarbeitung und Textproduktion sowie Situations- und Kontextverhalten gelegt werden. Dabei wird zwischen der intrapersonellen Ebene, mit dem Verstehen und Er-</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>„[...] Textproduktion sowie Missverständnisklärung und Sprachverständissicherung und Situations- und Kontextverhalten[...]"</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Die inhaltlichen Schwerpunkte in Therapie und Förderung können bei pragmatisch-kommunikativen Störungen auf die Bereiche Kommunikationsverhalten und Gesprächsführung, Textverarbeitung und Textproduktion sowie Situations- und Kontextverhalten gelegt werden. Dabei wird zwischen der intrapersonellen Ebene, mit dem Verstehen und Erkennen von pragma-</p>	

		kennen von pragmatisch-kommunikativen Informationen beim Kommunikationspartner, und der interpersonellen Ebene, mit dem eigenen Produzieren und Anwenden pragmatisch-kommunikativer Funktionen unterschieden.				tisch-kommunikativen Informationen beim Kommunikationspartner, und der interpersonellen Ebene, mit dem eigenen Produzieren und Anwenden pragmatischkommunikativer Funktionen unterschieden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
S24 (EB)	Kap. 3.1.5.4.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Eine Sprachentwicklungsstörung bei einem mehrsprachig aufwachsenden Kind betrifft immer alle Sprachen.	Änderungsantrag: Ergänzungsantrag: Die SES sollte daher in der Muttersprache bzw. in der im häuslichen Umfeld überwiegend gesprochen Sprache diagnostiziert werden.		Nach Diskussion zurückgezogen	Eine Sprachentwicklungsstörung bei einem mehrsprachig aufwachsenden Kind betrifft immer alle Sprachen. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
			Redaktionelle Änderung: Die Quellen müssen hier noch angepasst werden. Die bisher aufgeführten Quellen sind keine Originalstudien oder systematische Reviews.		Wurde angepasst		

E42	Kap. 3.1.5.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Mehrsprachige Kinder zeigen in der Spracherwerbsphase häufig linguistische Besonderheiten, die aus Interferenzen der Sprachen resultieren. Diese werden als umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten von Sprachentwicklungsstörungen abgegrenzt, denen sie auf der sprachlichen Oberfläche in der Symptomatik ähneln können. Im Unterschied zu Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen benötigen sie keine Therapie. Bei für den Alltag und für Bildungskontexte wie Kita und Schule nicht ausreichenden Deutschkenntnissen sollten jedoch additive Förderangebote und/oder alltags- und unterrichtsintegrierte Sprachförderung angeboten werden (siehe Kapitel 4).</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>"sind geboten" ersetzen durch "sollten angeboten werden"</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</u></p>		angenommen	<p>Mehrsprachige Kinder zeigen in der Spracherwerbsphase häufig linguistische Besonderheiten, die aus Interferenzen der Sprachen resultieren. Diese werden als umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten von Sprachentwicklungsstörungen abgegrenzt, denen sie auf der sprachlichen Oberfläche in der Symptomatik ähneln können. Im Unterschied zu Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen benötigen sie keine Therapie. Bei für den Alltag und für Bildungskontexte wie Kita und Schule nicht ausreichenden Deutschkenntnissen sollten jedoch additive Förderangebote und/oder alltags- und unterrichtsintegrierte Sprachförderung angeboten werden (s. Kapitel 4).</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</u></p>	
-----	------------------	---	---	--	------------	--	--

S25 (EB)	Kap. 3.1.5.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Mehrsprachige Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen laufen Gefahr, sprachtherapeutisch fehl- oder unterversorgt zu sein, weil ihre Sprachauffälligkeiten im Deutschen als eine bei Mehrsprachigkeit reguläre Phase im Lernprozess fehlinterpretiert werden. Eine sprachtherapeutische Fehl- oder Unterversorgung setzt mehrsprachige Kinder dem Risiko einer langfristig persistierenden Sprachentwicklungsstörung aus, die sich in deutlich eingeschränkten Sprachkompetenzen bezüglich z. B. der Wortschatz- und Grammatikebene, sowie der Schrift- und Lesekompetenz bis hin zum Textverständnis zeigen. Hieraus können sich negative Konsequenzen für andere Entwicklungsbereiche (kognitiv, sozio-kognitiv, sozial-emotional) sowie für die weitere Bildungsbiographie und die gesamte Persönlichkeitsentwicklung ergeben.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Der zweite und dritte Satz ist auf alle Kinder mit einer SES übertragbar und betrifft nicht besonders Kinder mit einer Mehrsprachigkeit. Dieser Zusammenhang muss klarer formuliert sein. Ansonsten entsteht der Eindruck, dass mehrsprachige Kinder hier mehr als einsprachige Kinder gefährdet sind.</p>		<p>Nach Diskussion zurückgezogen; zur Berücksichtigung im LL-Update</p>	<p>ehrsprachige Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen laufen Gefahr, sprachtherapeutisch fehl- oder unterversorgt zu sein, weil ihre Sprachauffälligkeiten im Deutschen als eine bei Mehrsprachigkeit reguläre Phase im Lernprozess fehlinterpretiert werden. Eine sprachtherapeutische Fehl- oder Unterversorgung setzt mehrsprachige Kinder dem Risiko einer langfristig persistierenden Sprachentwicklungsstörung aus, die sich in deutlich eingeschränkten Sprachkompetenzen bezüglich z. B. der Wortschatz- und Grammatikebene, sowie der Schrift- und Lesekompetenz bis hin zum Textverständnis zeigen. Hieraus können</p> <p>sich negative Konsequenzen für andere Entwicklungsbereiche (kognitiv, sozio-kognitiv, sozial-emotional) sowie für die weitere Bildungsbiographie und die gesamte Persönlichkeitsentwicklung ergeben.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p>	
-------------	------------------	---	---	--	---	--	--

						23/1/0	
E44	Kap. 3.1.5.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Sprachmischungen in mehrsprachigen Familien sind im Alltag der Regelfall. Mit Berücksichtigung des sprachlich-kulturellen Hintergrundes der jeweiligen Familie und mit Blick auf den situativen Kommunikationskontext (Eltern in der Rolle als Sprachvorbild des pragmatisch-kommunikativen Handelns, als Sprachvorbild oder in Erfüllung weiterer Aufgaben und Anforderungen der sozialen Elternschaft) sollte in medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Kontexten die situative Verwendung der Sprachen behutsam abgewogen werden. Eltern sollten dahingehend beraten werden, jeweils in der Sprache mit ihrem Kind zu sprechen, in der sie sich wohlfühlen.</p>	<p>Redaktionelle Änderung:</p> <p>Qualität der Inputsprache muss berücksichtigt werden: Die Sprachkompetenz in der ausgewählten Sprache muss ausreichend gut sein.</p>		Ergänzung im Hintergrundtext	<p>Sprachmischungen in mehrsprachigen Familien sind im Alltag der Regelfall. Mit Berücksichtigung des sprachlich-kulturellen Hintergrundes der jeweiligen Familie und mit Blick auf den situativen Kommunikationskontext (Eltern in der Rolle als Sprachvorbild des pragmatisch-kommunikativen Handelns, als Sprachvorbild oder in Erfüllung weiterer Aufgaben und Anforderungen der sozialen Elternschaft) sollte in medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Kontexten die situative Verwendung der Sprachen behutsam abgewogen werden. Eltern sollten dahingehend beraten werden, jeweils in der Sprache mit ihrem Kind zu sprechen, in der sie sich wohlfühlen.</p>	

						<u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 23/0/1 (Enthaltung aus inhaltlichen Gründen)	
(ehem. E35)	Kap. 3.1.5.4.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> In der Sprachtherapie sollten sprachunspezifische Fähigkeiten wie z. B. Aufmerksamkeit, Symbol- und Diskriminationsfähigkeiten, die als Voraussetzungen für einen erfolgreichen Spracherwerb gelten, als Therapieinhalte aufgenommen werden.	Änderungsantrag: Empfehlung 35 ist sehr unspezifisch und sollte gestrichen werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0		Statement ersatzlos gestrichen	entfallen	
E46	Kap. 3.1.5.4.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Es sollte durch eine ICF-basierte Therapie eine Orientierung an den Ressourcen des Kindes, eine (Wieder-) Herstellung der Aktivitäten, ein Einbezug des sprachlich-kulturellen Lebensumfeldes und damit die Verbesserung der sozialen Teilhabe an Bildung und Gesellschaft ermöglicht werden.	Redaktionelle Änderung: „Durch eine ICF-basierte Therapie, die sich an den Ressourcen des Kindes orientiert, sollte eine (Wieder-) Herstellung der Aktivitäten, ein Einbezug des sprachlich-kulturellen Lebensumfeldes und damit die Verbesserung der sozialen Teilhabe an Bildung und Gesellschaft ermöglicht werden.“		Wurde angepasst	Durch eine ICF-basierte Therapie, die sich an den Ressourcen des Kindes orientiert, sollte eine (Wieder-) Herstellung der Aktivitäten, ein Einbezug des sprachlich-kulturellen Lebensumfeldes und damit die Verbesserung der sozialen Teilhabe an Bildung und Gesellschaft ermöglicht werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u>	

						24/0/0	
S27	Kap. 3.2.1.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Unter einer Intelligenzminderung ist eine irreversible, sich in der individuellen Entwicklung manifestierende Beeinträchtigung von Fähigkeiten zu verstehen, die zur Höhe des allgemeinen Intelligenzniveaus einer Person beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische, alltagspraktische und soziale Fähigkeiten.</p> <p>Sozialrechtlich besteht die gängige Übereinkunft, dass für eine Intelligenzminderung das allgemeine Intelligenzniveau mehr als 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert von 100 (Standardabweichung 15) liegt. Das heißt, eine Intelligenzminderung liegt bei einem IQ von ≤ 70 vor, im Falle einer manifesten oder vermuteten Sprachentwicklungsstö-</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>Die letzten beiden Sätze haben eher Empfehlungscharakter und sollten eine eigene Empfehlung bilden.</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Unter einer Intelligenzminderung ist eine sich in der individuellen Entwicklung manifestierende Beeinträchtigung von intellektuellen Fähigkeiten zu verstehen, die zur Höhe des allgemeinen Intelligenzniveaus einer Person beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische, alltagspraktische und soziale Fähigkeiten.</p> <p>Sozialrechtlich besteht die gängige Übereinkunft, dass für eine Intelligenzminderung das allgemeine Intelligenzniveau mehr als 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert von 100 (Standardabweichung 15) liegt. Das heißt, eine Intelligenzminderung liegt bei einem IQ von ≤ 70 vor, ermittelt durch einen standardisierten, im Falle einer</p>	
			<p>Änderungsantrag 2: Intelligenzminderungen zeigen dynamische Verläufe. Das Wort „irreversible“ streichen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>		angenommen		
			<p>Änderungsantrag 3:</p> <p>Satz 1 ist in dieser Verkürzung missverständlich: „Unter einer Intelligenzminderung ist eine, sich in der individuellen Entwicklung manifestierende Beeinträchtigung von kognitiven</p>		angenommen		

	<p>rung ermittelt durch einen standardisierten, nonverbalen Intelligenztest mit aktuellen Normen (s. ICD-10-GM-2022, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)). Die ICD-11 (World Health Organization 2020) übernimmt diese Definition und ordnet die Intelligenzminderung (Disorders of intellectual development; Code 6A00.Z) in die umfassendere Klassifikation der neurologischen Entwicklungsstörungen ein, wobei wie in der ICD-10 der Zeitraum der frühen Entwicklung des Gehirns als Zeitpunkt des Auftretens der Beeinträchtigung anerkannt und eine lebenslange Perspektive angenommen wird.</p> <p>Die Prävalenz wird zwischen 1 und 1,8 % angegeben, mit einem Geschlechterverhältnis von ca. 1,6 männlichen: 1 weiblichen Betroffenen. Zu berücksichtigen ist, dass Prävalenzangaben studienabhängig sind, da sie z. B. unterschiedliche Lebensalter bzw. Altersbereiche in einer Population erfassen; sie sind im Schulalter (bis 15 Jahre) am höchsten.</p> <p>Sprachentwicklungsstörungen treten häufig bei Kindern mit einer Intelli-</p>	<p>Fähigkeiten zu verstehen, die zur Höhe des allgemeinen Intelligenzniveaus einer Person beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische, alltagspraktische und soziale Fähigkeiten.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>		<p>manifesten oder vermuteten Sprachentwicklungsstörung nonverbalen Intelligenztest mit aktuellen Normen (s. ICD-10-GM-2022, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)). Die ICD-11 (World Health Organization 2020) übernimmt diese Definition und ordnet die Intelligenzminderung (Disorders of intellectual development, unspecified; Code 6A00.Z) in die umfassendere Klassifikation der neurologischen Entwicklungsstörungen ein, wobei (wie in der ICD-10) der Zeitraum der frühen Entwicklung des Gehirns als Zeitpunkt des Auftretens der Beeinträchtigung anerkannt und eine lebenslange Perspektive angenommen wird.</p> <p>Die Prävalenz wird zwischen 1 und 1,8 % angegeben, mit einem Geschlechterverhältnis von ca. 1,6 männlichen: 1 weiblichen Betroffenen. Zu berücksichtigen ist, dass Prävalenzangaben studienabhängig sind, da sie z. B. unterschiedliche Lebensalter bzw. Altersbereiche in</p>	
--	---	--	--	--	--

		genzminderung auf. Betroffene Kinder profitieren nachweislich von einer frühen sprachtherapeutischen Intervention. Zudem erscheinen förderpädagogische Maßnahmen sinnvoll.				einer Population erfassen; sie sind im Schulalter (bis 15 Jahre) am höchsten. Sprachentwicklungsstörungen treten häufig bei Kindern mit einer Intelligenzminderung auf. Betroffene Kinder profitieren nachweislich von einer frühen sprachtherapeutischen Intervention. Zudem erscheinen förderpädagogische Maßnahmen sinnvoll. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung: 24/0/0</u>	
E50	Kap. 3.2.1.4.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen, die mit einer Intelligenzminderung assoziiert sind, sollten entsprechend ihrem kognitiven und allgemeinen Entwicklungsniveau eine frühe sprachtherapeutische Intervention erhalten im Rahmen eines multiprofessionellen Settings.	Redaktionelle Änderung 1: Katz & Lazcano-Ponce (2008) ist kein RCT, sondern eine Übersichtsarbeit. Nach Überprüfung sollte bei narrativem Review ggf. das Evidenzlevel angepasst werden.	Nach Überprüfung sollte bei narrativem Review ggf. das Evidenzlevel angepasst werden.	Anpassung erfolgt	Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen, die mit einer Intelligenzminderung assoziiert sind, sollten entsprechend ihrem kognitiven und allgemeinen Entwicklungsniveau eine frühe sprachtherapeutische Intervention erhalten im Rahmen eines multiprofessionellen Settings.	
		Die Therapie und Förderung der Sprachentwicklung sollte bei Kindern mit Intelligenzminderung bzw. einer globalen Entwicklungsstörung kom-	Redaktionelle Änderung 2: Streichung des nicht definierten Begriffs „früh“, zumal auch keine Daten im Textteil diskutiert werden, die das optimale Entwicklungsalter des Beginns adressiert haben: Kinder mit	Im Hintergrundtext noch den Begriff des Entwicklungsalters und die Ge-	Anpassung im Hintergrundtext	Die Therapie und Förderung der Sprachentwicklung sollte bei Kindern mit Intelligenzminderung bzw. einer globalen Entwicklungsstörung kommunikationszentriert, das Entwicklungs-	

		<p>munikationszentriert, das Entwicklungsniveau und die zugrundeliegende Ätiologie beachtend, eingebunden in ein umfassendes Therapie- und Förderkonzept und abgestimmt im interdisziplinären Behandlungsteam erfolgen.</p>	<p>Sprachentwicklungsstörungen, die mit einer Intelligenzmindering assoziiert sind, sollten entsprechend ihrem kognitiven und allgemeinen Entwicklungsniveau eine sprachtherapeutische Intervention erhalten. ☒ Im Hintergrundtext noch den Begriff des Entwicklungsalters und die Gesamtkonstellation berücksichtigen</p>	<p>samtkonstellation berücksichtigen</p>		<p>niveau und die zugrundeliegende Ätiologie beachtend, eingebunden in ein umfassendes Therapie- und Förderkonzept und abgestimmt im interdisziplinären Behandlungsteam erfolgen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
			<p>Änderungsantrag:</p> <p>Streichung des nicht definierten Begriffs „früh“, zumal auch keine Daten im Textteil diskutiert werden, die das optimale Entwicklungsalters des Beginns adressiert haben: Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen, die mit einer Intelligenzmindering assoziiert sind, sollten entsprechend ihrem kognitiven und allgemeinen Entwicklungsniveau eine sprachtherapeutische Intervention erhalten.</p>		<p>Nach Diskussion zurückgezogen</p>		

<p>S29</p>	<p>Kap. 3.2.2.2.</p>	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Das Ziel einer CI-Versorgung ist, entsprechend des individuellen Entwicklungspotenzials eines Kindes, eine erfolgreiche Kommunikationsfähigkeit und soziale Teilhabe am Leben sowie eine gesteigerte Lebensqualität.</p> <p>Bei Kindern ohne Zusatzbeeinträchtigung kann dies, nach früher CI-Versorgung und familienzentrierter Rehabilitation mithilfe von Lautsprache, bis hin zu altersgerechten rezeptiven und expressiven Sprachleistungen erreicht werden.</p> <p>Bei Kindern mit Zusatzbeeinträchtigungen sollen Eltern je nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigung präoperativ zu individuellen Rehabilitationszielen beraten werden, die dann auch den Einbezug von lautsprachbegleitenden Gebärden und den Einsatz von Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation beinhalten sollten (s. Kapitel 3.2.3; Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie & Pädaudiologie, 2013).</p> <p>Kinder nach früher CI-Versorgung (≤</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>Letzten Absatz streichen oder umformulieren. Fachpersonen sollten LBG vermitteln. Aufgrund unterschiedlicher Verankerung dieser Themen in den Studiengängen finden sich diese Fachpersonen in unterschiedlichen Disziplinen. Vorschlag letzter Absatz: Die Förderung mit LBG sollte durch Fachpersonen, möglichst im multidisziplinären Team erfolgen. Der Erwerb der Gebärdensprache kann parallel zum Lautspracherwerb verfolgt werden (s. Statements 26 und 27).</p> <p>Änderungsantrag 2: Rückfrage: Warum wird bei Kindern mit früher CI Versorgung ohne Zusatzbeeinträchtigung keine Gebärdensprache erwogen, wenn sich keine oder langsame Fortschritte in der Lautsprachentwicklung zeigen (trotz sprachtherapeutischer Behandlung)? Folgen für z.B. die sozial-kognitive Entwicklung sind wahrscheinlich (z.B. Studien zu Ein-</p>		<p>Nach Diskussion Rückstellung des betreffenden Teiles des Statements zur Berücksichtigung in Update der LL bzw. in der LL zur Diagnostik-von SES</p> <p>Nach Diskussion Rückstellung des betreffenden Teiles des Statements zur Berücksichtigung in Update der LL bzw. in der LL zur Diagnostik-von SES</p>	<p>Das Ziel einer CI-Versorgung ist, entsprechend des individuellen Entwicklungspotenzials eines Kindes, eine erfolgreiche Kommunikationsfähigkeit und soziale Teilhabe am Leben sowie eine gesteigerte Lebensqualität.</p> <p>Bei Kindern ohne Zusatzbeeinträchtigung kann dies, nach früher CI-Versorgung und familienzentrierter Rehabilitation mithilfe von Lautsprache, bis hin zu altersgerechten rezeptiven und expressiven Sprachleistungen erreicht werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
------------	--------------------------	--	--	--	---	---	--

	<p>18 Monate) ohne Zusatzbeeinträchtigungen, die nach 12-18 Monaten Hörfähigkeit mit Cochlea Implantaten nur sehr langsame oder keine Fortschritte in der Lautsprachentwicklung zeigen, auch nach spezifischer sprachtherapeutischer Behandlung nicht (s. Kapitel 3.2.2.5.4.), sollten zusätzlich eine systematische Sprachförderung mit lautsprachbegleitender Gebärde (LBG) erhalten.</p> <p>Die Förderung mit LBG soll durch Fachpädagogen für Hören und Kommunikation erfolgen und ist keine Aufgabe der Sprachtherapie. Bei Ausbleiben der Lautsprache soll der Erwerb der Gebärdensprache angestrebt werden. (zum Thema Gebärden siehe auch Statements 26 und 27).</p>	<p>schränkungen in der ToM-Entwicklung bei Kindern, die erst spät die Gebärdensprache erwerben im Vergleich zu solchen, die diese früh erwerben). Führt LBG zum Erwerb entsprechender grammatischer Strukturen in der Lautsprache?). Die Statements sind überwiegend sehr lang mit vielen Teilaspekten - es wäre für den Konsens günstig, separate Statements separat abzustimmen. Rückfrage siehe zuvor. Änderungsantrag: im entsprechenden Absatz ergänzen: Der Erwerb der Gebärdensprache sollte erwogen werden.</p>				
		<p>Änderungsantrag 3:</p> <p>Änderungsantrag zum o.g. Expertenstatement 21 Grad der Empfehlung senken: Die Förderung mit LBG sollte durch Fachpädagogen für Hören und Kommunikation erfolgen und ist keine Aufgabe der Sprachtherapie. Bei Ausbleiben der Lautsprache soll der Erwerb der Ge-</p>		<p>Nach Diskussion Rückstellung des betreffenden Teiles des Statements zur Berücksichtigung in Update der LL bzw. in der LL zur Diagnostik-von SES</p>		

			bärdensprache angestrebt werden. (zum Thema Gebärden siehe auch Statements 26 und 27).				
			<p>Änderungsantrag 4:</p> <p>Grad der Empfehlung senken: Die Förderung mit LBG sollte durch Fachpädagogen für Hören und Kommunikation erfolgen und ist keine Aufgabe der Sprachtherapie. Bei Ausbleiben der Lautsprache soll der Erwerb der Gebärdensprache angestrebt werden. (zum Thema Gebärden siehe auch Statements 26 und 27).Änderungsantrag GISKID: Unterschied LBG und LUG sollte im Hintergrundtext erläutert werden. S. Kommentar Lüke (vds) späteres Item</p>			Nach Diskussion Rückstellung des betreffenden Teiles des Statements zur Berücksichtigung in Update der LL bzw. in der LL zur Diagnostik-von SES	

E60	Kap. 3.2.2.2.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Nach Diagnoseeröffnung einer Hörstörung soll eine familienzentrierte (Früh-)intervention eingeleitet werden. Diese soll durch dafür qualifizierte Fachkräfte durchgeführt werden. Das Angebot sollte regelmäßig (möglichst 3-4 mal monatlich) erfolgen. Alle Fachkräfte in der Frühintervention von Kindern mit Hörstörung sollen Kenntnisse über Methoden familienzentrierter Interventionen und ihrer Wirksamkeit haben.</p> <p>Frühintervention bei Kindern mit Hörstörung (insbesondere nach CI-Versorgung) gehört zum Tätigkeitsfeld der Sprachtherapie.</p> <p>Zur Absicherung von Qualität und Quantität der Frühintervention – auch bei Kindern mit hörgerätversorgter Hörstörung – kann die Durchführung durch dafür qualifizierten Sprachtherapeut*innen erwogen werden.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>„Nach Diagnoseeröffnung einer Hörstörung soll eine familienzentrierte (Früh-)intervention eingeleitet werden. Diese soll durch dafür qualifizierte Fachkräfte durchgeführt werden.</p> <p>Das Angebot sollte regelmäßig (möglichst 3-4 mal monatlich) erfolgen. Eine höhere Frequenz der Interventionseinheiten pro Monat korreliert mit besseren Ergebnissen in der Hör-Sprachentwicklung. Alle Fachkräfte in der Frühintervention von Kindern mit Hörstörung sollen Kenntnisse über Methoden familienzentrierter Interventionen und ihrer Wirksamkeit haben.</p> <p>Frühintervention bei Kindern mit Hörstörung (insbesondere nach CI-Versorgung) gehört zum Tätigkeitsfeld der Sprachtherapie.</p> <p>Zur Absicherung von Qualität und Quantität der Frühintervention – auch bei Kindern mit hörgerätversorgter Hörstörung – kann die Durchführung durch</p>		<p>Nach Diagnoseeröffnung einer Hörstörung soll eine familienzentrierte (Früh-)intervention eingeleitet werden. Diese soll durch dafür qualifizierte Fachkräfte durchgeführt werden.</p> <p>Das Angebot sollte regelmäßig erfolgen. Eine höhere Frequenz der Interventionseinheiten pro Monat korreliert mit besseren Ergebnissen in der Hör-Sprachentwicklung. Alle Fachkräfte in der Frühintervention von Kindern mit Hörstörung sollen Kenntnisse über Methoden familienzentrierter Interventionen und ihrer Wirksamkeit haben.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
-----	------------------	---	---	--	---	--

			<p>dafür qualifizierten Sprachtherapeut*innen erwo- gen werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Ent- haltung:</u></p> <p>24/0/0</p>			
(ehem. E47)		<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonfe- renz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Das Coaching von Eltern zur Verbes- serung der Eltern-Kind-Interaktion bezüglich der Qualität und Quantität der Sprachanregung sollte ein Haupt- fokus der Frühintervention bei Kin- dern mit Hörstörung sein. Elterliche Sprachangebote und -strategien, die als prädiktiv günstig für die weitere Sprachentwicklung bewertet wer- den, sollten im Fokus der Interven- tion stehen. Diese beinhalten einen regen dialogischen Austausch, sprachliche Erweiterungen, insbe- sondere auf morphologischer Ebene, ein modellierendes korrekatives Feed- back (recasting), ein responsives Rea- gieren auf den aktuellen Aufmerk- samkeitsfokus des Kindes und auf seine Interessen mit Kommentaren</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Letzten Satz streichen, da spä- ter kindzentrierte Ansätze vor- gestellt und empfohlen werden, hier klingt es nach Ausschluss.</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Das Coaching von Eltern zur Verbesserung der Eltern-Kind- Interaktion bezüglich der Quali- tät und Quantität der Sprachan- regung sollte ein Hauptfokus der Frühintervention bei Kin- dern mit Hörstörung sein. Elter- liche Sprachangebote und -stra- tegien, die als prädiktiv günstig für die weitere Sprachentwick- lung bewertet werden, sollten im Fokus der Intervention ste- hen. Diese beinhalten einen re- gen dialogischen Austausch, sprachliche Erweiterungen, ins- besondere auf morphologischer Ebene, ein modellierendes kor- rekatives Feed-back (recasting), ein responsives Reagieren auf den aktuellen Aufmerksamkeits- fokus des Kindes und auf seine Interessen mit Kommentaren</p>

		und Beschreibungen, die Verwendung offener Fragen, u. a. beim Bilderbuchbetrachten, und die Benutzung eines konversations-fördernden statt eines direktiven Kommunikationsstils. Eine rein kindzentrierte (sprachtherapeutische) Intervention ohne Einbezug der Eltern sollte vermieden werden.				und Beschreibungen, die Verwendung offener Fragen, u. a. beim Bilderbuchbetrachten, und die Benutzung eines konversations-fördernden statt eines direktiven Kommunikationsstils. Eine rein kindzentrierte (sprachtherapeutische) Intervention ohne Einbezug der Eltern sollte vermieden werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
S31	Kap. 3.2.2.3.2	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Die Auditiv-Verbale Therapie (AVT) erfüllt die geforderten Prinzipien familienzentrierter Intervention. Die Autor*innen systematischer Reviews, insbesondere eines Cochrane-Reviews, und retrospektiver Kohortenstudien bewerten die Studienlage zur AVT übereinstimmend so, dass sie mangels randomisierter kontrollierter Studien und qualitativ hochwertiger kontrollierter nicht-randomisierter Studien keine ausreichende empirische Evidenz ergibt, um die</p>	<p>Redaktionelle Änderung 1:</p> <p>Der erste Satz des zweiten Absatzes müsste sprachlich überarbeitet werden.</p>		angepasst	<p>Die Auditiv-Verbale Therapie (AVT) erfüllt die geforderten Prinzipien familienzentrierter Intervention. Die Autor*innen systematischer Reviews, insbesondere eines Cochrane-Reviews, und retrospektiver Kohortenstudien bewerten die Studienlage zur AVT übereinstimmend so, dass sie mangels randomisierter kontrollierter Studien und qualitativ hochwertiger kontrollierter nicht-randomisierter Studien keine ausreichende empirische Evidenz</p>	
			<p>Redaktionelle Änderung 2:</p> <p>Mitte zweiter Absatz: Streichung oder Umformulierung "...und dass sie erfolgreich in die Gesellschaft integriert werden können." Alle Kinder können integriert werden und es ist in erster Linie nicht am Individuum, sondern an der Gesellschaft gelegen, wie inklusiv diese ist.</p>		angepasst		

	<p>Wirksamkeit der AVT sicher nachzuweisen. Damit können publizierte Ergebnisse zu positiven Entwicklungsverläufen nicht allein auf die AVT zurückgeführt und nicht uneingeschränkt generalisiert werden.</p> <p>Eingedenk dieser methodischen Einschränkungen weist die Studienlage darauf hin, dass eine AVT Kindern mit Hörstörung helfen kann, altersgemäße rezeptive und expressive Sprachfähigkeiten zu entwickeln und mit ihren hörenden Altersgenossen gleichzuziehen, sogar, wenn sie erst nach dem 3. Geburtstag damit beginnen, dass sie mithilfe von AVT lernen können, Wörter auch bei Hintergrundgeräuschen richtig zu erkennen und dass sie erfolgreich in die Gesellschaft integriert werden können. Die beste Wirksamkeit von AVT auf die Sprech- und Sprachfähigkeiten von CI-versorgten Kindern wurde berichtet, wenn die AVT mit einer frühen Erkennung und Hörgeräte- oder CI-Versorgung kindlicher Hörstörungen einherging und als Frühintervention angeboten wurde. Ein ausreichender Nachweis für eine Überlegenheit der AVT gegenüber anderen hörgerichteten Ansätzen liegt nicht vor. In</p>	<p>Redaktionelle Änderung 3:</p> <p>Formulierungsfehler: Einschränkungen dieser methodischen Einwände weist... im Textdokument heißt es: Eingedenk dieser methodischen Einwände...</p>		angepasst	<p>ergibt, um die Wirksamkeit der AVT sicher nachzuweisen. Damit können publizierte Ergebnisse zu positiven Entwicklungsverläufen nicht allein auf die AVT zurückgeführt und nicht uneingeschränkt generalisiert werden.</p> <p>Trotz dieser methodischen Einschränkungen weist die Studienlage darauf hin, dass eine AVT Kindern mit Hörstörung helfen kann, altersgemäße rezeptive und expressive Sprachfähigkeiten zu entwickeln und mit ihren hörenden Altersgenossen gleichzuziehen. Auch wenn sie erst nach dem 3. Geburtstag AVT erhalten, können Kinder mit Hörstörung lernen, Wörter bei Hintergrundgeräuschen richtig zu erkennen Die beste Wirksamkeit von AVT auf die Sprech- und Sprachfähigkeiten von CI-versorgten Kindern wurde berichtet, wenn die AVT mit einer frühen Erkennung und Hörgeräte- oder CI-Versorgung kindlicher Hörstörungen einherging und als Frühintervention angeboten wurde. Ein ausreichender</p>	
--	--	--	--	-----------	---	--

		<p>Deutschland bestehen regionale, aber keine flächendeckenden Angebote für AVT (zertifizierte Therapeut*innen/Pädagog*innen) für betroffene Familien.</p> <p>Es gibt Evidenzen dafür, dass Kombinationen von AVT-Strategien in Adaptationen des Hanen Program (s. Elternprogramme) für Kinder mit Hörstörung wirksam sind, weiterhin einzelne AVT-Methoden (Bilderbuchbetrachten, Singen) (s. Musiktraining).</p>				<p>Nachweis für eine Überlegenheit der AVT gegenüber anderen hörgerichteten Ansätzen liegt nicht vor. In Deutschland bestehen regionale, aber keine flächendeckenden Angebote für AVT (zertifizierte Therapeut*innen/Pädagog*innen) für betroffene Familien.</p> <p>Es gibt Evidenzen dafür, dass Kombinationen von AVT-Strategien in Adaptationen des Hanen Program (s. Elternprogramme) für Kinder mit Hörstörung wirksam sind, weiterhin einzelne AVT-Methoden (Bilderbuchbetrachten, Singen) (s. Musiktraining).</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0</p>	
E63	Kap. 3.2.2.3.2 .	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Der Natürliche Hörgerichtete Ansatz kann als familienzentrierte (Früh-)Intervention für hörgeräte- und/oder CI-versorgte Kinder bei direktem Einbezug der Eltern in die Frühintervention erwogen werden.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Die Evidenz reicht selbst für diesen Empfehlungsgrad nicht aus</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Der Natürliche Hörgerichtete Ansatz kann als familienzentrierte (Früh-) Intervention für hörgeräte- und/oder CI-versorgte Kinder bei direktem Einbezug der Eltern in die Frühintervention erwogen werden.</p>	

						<u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
S35	Kap. 3.2.2.3.2	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Da keine systematische Suche nach vorliegenden Evidenzen für die Wirksamkeit des Einsatzes lautsprachbegleitender Gebärden (LBG) oder lautsprachunterstützender Gebärden (LUG) zusätzlich zur Lautsprachtherapie auf die Lautsprachentwicklung von Kindern mit Hörstörung ohne Zusatzbeeinträchtigungen durchgeführt wurde, kann diesbezüglich keine abgesicherte Empfehlung gegeben werden.</p> <p>Vorliegende systematische Reviews und vergleichende Interventionsstudien belegen bislang weder einen eindeutigen zusätzlichen Nutzen</p>	<p>Redaktionelle Änderung:</p> <p>Es muss im Hintergrundtext der Unterschied zwischen LBG und LUG erläutert werden. Viele kennen dies nicht und widersprechen dann, wenn Gebärden in der Sprachtherapie eingesetzt werden sollen.</p>		Übernahme in den Hintergrundtext	<p>Da keine systematische Suche nach vorliegenden Evidenzen für die Wirksamkeit des Einsatzes lautsprachbegleitender Gebärden (LBG) oder lautsprachunterstützender Gebärden (LUG) zusätzlich zur Lautsprachtherapie auf die Lautsprachentwicklung von Kindern mit Hörstörung ohne Zusatzbeeinträchtigungen durchgeführt wurde, kann diesbezüglich keine abgesicherte Empfehlung gegeben werden.</p> <p>Vorliegende systematische Reviews und vergleichende Interventionsstudien belegen bislang</p>	

	<p>noch einen Schaden durch den Einsatz lautsprachunterstützender-/ lautsprachbegleitender Gebärde für den Lautspracherwerb bei Kindern mit Hörstörung ohne Zusatzbeeinträchtigung.</p> <p>Bei Kindern mit Hörstörungen und Zusatzbeeinträchtigungen besteht ein erhöhtes Risiko für einen erfolgreichen Lautspracherwerb. Daher sollen je nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigung ggf. auch Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (s. Kapitel 3.2.3.) in der Sprachtherapie eingesetzt werden. Diese umfassen auch LUG. Ist eine systematische Sprachförderung mit LBG notwendig, soll dies durch Fachpädagogen für Hören und Kommunikation erfolgen (s. auch Statement 29 (ehem. 21)).</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Ich bitte um Klärung der Kompatibilität mit Statement 29 (ehem. 21) bezogen auf Kinder ohne Zusatzbeeinträchtigungen; das Fehlen einer systematischen Suche erscheint.</p>		<p>Antrag entfällt, da Statement 29 (ehem. 21) drastisch gekürzt wurde.</p>	<p>weder einen eindeutigen zusätzlichen Nutzen noch einen Schaden durch den Einsatz lautsprachunterstützender-/ lautsprachbegleitender Gebärde für den Lautspracherwerb bei Kindern mit Hörstörung ohne Zusatzbeeinträchtigung.</p> <p>Bei Kindern mit Hörstörungen und Zusatzbeeinträchtigungen besteht ein erhöhtes Risiko für einen beeinträchtigten Lautspracherwerb. Daher sollen je nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigung ggf. auch Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (s. Kapitel 2.3.) in der Sprachtherapie eingesetzt werden. Diese umfassen auch LUG. Ist eine systematische Sprachförderung mit LBG notwendig, soll dies durch Fachpädagogen für Hören und Kommunikation erfolgen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>23/1/0</p>	
--	---	---	--	---	---	--

S36 (EB)	Kap. 3.2.2.5.1 .	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Der intensive Einsatz dialogischen oder interaktiven Buchbetrachtens-/lesens durch Eltern führt zu Verbesserung der sprachlichen Leistung bei Kindern mit Hörstörungen im Alter von 5-9 Jahren, insbesondere des Wortschatzes.	Änderungsantrag: Ich bitte um Klärung der Kompatibilität mit Statement 29 (ehem. 21) bezogen auf Kinder ohne Zusatzbeeinträchtigungen. Das Fehlen einer systematischen Suche erscheint hier problematisch.		Antrag entfällt, da Statement 29 (ehem. 21) drastisch gekürzt wurde.	Der intensive Einsatz dialogischen oder interaktiven Buchbetrachtens-/lesens durch Eltern führt zu Verbesserung der sprachlichen Leistung bei Kindern mit Hörstörungen im Alter von 5-9 Jahren, insbesondere des Wortschatzes. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0
			Redaktionelle Änderung: Literaturlage scheint unvollständig. Daher entweder streichen oder Altersbereich offener lassen.	Der Altersbereich ist in der Studie angegeben, scheint aber zu eingeschränkt (bei Kindern ohne Hörproblemen bereits bei 2 1/2 Jahren - Whitehurst 1988)	Literatur wurde ergänzt	
E65	Kap. 3.2.2.5.1 .	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Eltern von Kindern mit Hörstörungen sollen in der Sprachtherapie zum dialogischen bzw. interaktiven Bilderbuchbetrachten bzw. -vorlesen und zu seinem intensiven Einsatz im Alltag angeleitet werden.	Redaktionelle Änderung: Bitte um Ergänzung einer aktuelleren Literaturquelle.		Angepasst in Vollversion	Eltern von Kindern mit Hörstörungen sollen in der Sprachtherapie zum dialogischen bzw. interaktiven Bilderbuchbetrachten bzw. -vorlesen und zu seinem intensiven Einsatz im Alltag angeleitet werden.

						<u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
S37	Kap. 3.2.2.5.2	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Kinder mit Hörstörungen zeigen sprachspezifische Probleme, z. B. in den Bereichen Morpho-Syntax, Wortschatz, Phonologie und narrative Fähigkeiten, für die in Deutschland noch keine bzw. nur wenige evidenzbasierte Therapieansätze vorliegen und Forschungsbedarf besteht.</p>	<p>Redaktionelle Änderung:</p> <p>„[...] liegen keine bzw. keine hochwertigen kontrollierten Wirksamkeitsstudien zu veröffentlichten Therapieansätzen vor.“</p>		angepasst	<p>Kinder mit Hörstörungen zeigen sprachspezifische Probleme, z. B. in den Bereichen Morpho-Syntax, Wortschatz, Phonologie und narrative Fähigkeiten, für die in Deutschland bislang keine bzw. keine hochwertigen kontrollierten Wirksamkeitsstudien zu veröffentlichten Therapiemethoden vorliegen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0</p>	
E67	Kap. 3.2.2.4.3	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Narrative Fähigkeiten sollen in der Hör-Sprachtherapie bei Kindern mit Hörstörung verbessert werden. Intensive Einzeltherapie oder Gruppenintervention haben sich als effektiv erwiesen (Narrative-based Language</p>	<p>Redaktioneller Hinweis:</p> <p>Reicht ein RCT mit nur 12 Kindern je Gruppe? Ist die Vergleichbarkeit in anderen relevanten Variablen gegeben?</p>		Redaktionell in der Quellenangabe zur Empfehlung berücksichtigt	<p>Narrative Fähigkeiten sollten in der Hör-Sprachtherapie bei Kindern mit Hörstörung verbessert werden. Intensive Einzeltherapie oder Gruppenintervention haben sich als effektiv erwiesen (Narrative-based Language Intervention).</p>	

		Intervention).				<u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
E74	Kap. 3.2.3.4.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u> Bei Kindern mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), kann eine Behandlung laut- und schriftsprachlicher Fähigkeiten diese verbessern und sollte angewendet werden.	Redaktionelle Änderung 1: Welche Behandlung? Durch wen? Änderungsantrag ☐ erledigt		Angepasst	Bei Kindern mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), kann eine Behandlung laut- und schriftsprachlicher Fähigkeiten diese verbessern und sollte angewendet werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
			Redaktionelle Änderung 2: Formulierung verbessern		Angepasst		
			Änderungsantrag: „Bei Kindern mit SES assoziiert mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), kann eine Sprachtherapie laut- und schriftsprachlicher Fähigkeiten diese verbessern und sollte angewendet werden.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	Außerdem: Querverweis auf S3 Leitlinie FASD erforderlich	angepasst		

E75	Kap. 3.2.3.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Bei Kindern mit Rett-Syndrom, kann eine Behandlung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten wirksam sein und sollte erwogen werden.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>„Bei Kindern mit SES assoziiert mit Rett-Syndrom, kann eine Behandlung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten wirksam sein und erwogen werden.“</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>		angenommen	<p>Bei Kindern mit SES assoziiert mit Rett-Syndrom, kann eine Behandlung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten wirksam sein und erwogen werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
S43	Kap. 3.2.3.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Kinder jeden Alters sind auf Unterstützte Kommunikation (UK) angewiesen, wenn ihre Sprache unzureichend ist, um ihre kommunikativen Ziele zu erreichen und wenn sie von einer tiefgreifenden Beeinträchtigung ihrer expressiven Kommunikation bedroht oder von einer solchen betroffen sind.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Unvollständige Indikationslistung; Änderungsantrag:</p> <p>„Grundsätzlich sind Kinder jeden Alters auf UK angewiesen, sobald ihre sprachlichen und kommunikativen Ausdrucksmöglichkeiten nicht ausreichen, um ihre kommunikativen Ziele zu erreichen und sobald das Risiko einer tiefgreifenden Beeinträchtigung ihrer expressiven Kommunikationsfähigkeit und Einschränkungen für die soziale Teilhabe am Leben bestehen</p>		Wurde nach Diskussion zurückgezogen und im Hintergrundtext ergänzt. Zudem redaktionelle Anpassung des Statements erfolgt.	<p>Kinder und Jugendliche sind auf Unterstützte Kommunikation (UK) angewiesen, wenn sie (vorübergehend oder permanent) von einer tiefgreifenden Beeinträchtigung ihrer rezeptiven und expressiven Kommunikationsfähigkeiten und deren Entwicklung bedroht oder betroffen sind, und dadurch ein Risiko oder Einschränkungen für ihre Teilhabe am sozialen Leben bestehen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0</p>	

E77	Kap. 3.2.3.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Unterstützte Kommunikation kann für Kinder bei (schweren) Sprachentwicklungsstörungen und unterschiedlichen Diagnosen vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigungen und Einschränkungen in Laut- und Schriftsprach-Fähigkeiten, Kommunikation, Aktivität und Teilhabe kompensieren und soll bei diesen Kindern angewendet werden.</p>	<p>Redaktionelle Änderung:</p> <p>Die Formulierung "unterschiedlichen Diagnosen" legt nahe, dass dies bei allen (schweren) Sprachentwicklungsstörungen der Fall ist. Dies scheint früheren Aussagen der LL zu widersprechen. „Unterschiedlichen Diagnosen von Mehrfachbehinderungen" würde dies sprachlich klarer machen.</p>		angepasst	<p>Unterstützte Kommunikation kann für Kinder bei (schweren) Sprachentwicklungsstörungen assoziiert mit syndromalen Erkrankungen und Mehrfachbehinderungen vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigungen und Einschränkungen in Laut- und Schriftsprachfähigkeiten, Kommunikation, Aktivität und Teilhabe kompensieren und soll bei diesen Kindern angewendet werden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
E78	Kap. 3.2.3.4.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Bei der Auswahl und Organisation des Wortschatzes in der Unterstützten Kommunikation sollte berücksichtigt werden, dass Kinder das Kernvokabular häufiger verwenden als das Randvokabular. Des Weiteren sollten individuelle, entwicklungsbedingte und umweltbedingte Aspekte Beachtung finden.</p>	<p>Änderungsantrag1:</p> <p>Empfehlung streichen.</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Bei der Auswahl und Organisation des Wortschatzes in der Unterstützten Kommunikation sollte berücksichtigt werden, dass Kinder das Kernvokabular häufiger verwenden als das Randvokabular. Des Weiteren sollten individuelle, entwicklungsbedingte und umweltbedingte Aspekte Beachtung finden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p>	
			<p>Änderungsantrag:</p> <p>"sollte" bei LoE 5 ?; „Es hat sich bewährt, bei der Auswahl und Organisation des Wortschatzes in der Unterstützten Kommunikation zu berücksichtigen, dass</p>		Nach Diskussion zurückgezogen	<p>Bei der Auswahl und Organisation des Wortschatzes in der Unterstützten Kommunikation sollte berücksichtigt werden, dass Kinder das Kernvokabular häufiger verwenden als das Randvokabular. Des Weiteren sollten individuelle, entwicklungsbedingte und umweltbedingte Aspekte Beachtung finden.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p>	

			Kinder den Kernwortschatz häufiger verwenden als den Randwortschatz. Individuelle, entwicklungsbedingte und umweltbedingte Aspekte sind zu beachten.“			24/0/0	
E82	Kap. 3.2.5.3.1	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 18.11.2022:</u></p> <p>Zur Therapie von SES bei selektivem Mutismus sollen störungsspezifische verhaltenstherapeutische Methoden beim Kind unter Einbezug von Eltern und Erzieher*innen bzw. Lehrer*innen sowie Sprachtherapie gemäß der vorhandenen Sprechstörung und Sprachdefizite des Kindes zum Einsatz kommen. Bei Chronifizierung oder mangelndem Ansprechen auf psychosoziale Therapien sollten nach 3-6 Monaten SSRI in entsprechend auf das Körpergewicht angepasster Dosierung zusätzlich eingesetzt werden</p>	<p>Änderungsantrag 1:</p> <p>Streichung 2. Satz</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	Gehört inhaltlich nicht in diese Leitlinie; dient nicht der Therapie der SES	angenommen	<p>Zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bei selektivem Mutismus sollen störungsspezifische verhaltenstherapeutische Methoden beim Kind unter Einbezug von Eltern und Erzieher*innen bzw. Lehrer*innen sowie Sprachtherapie gemäß der vorhandenen Sprechstörung und Sprachdefizite des Kindes zum Einsatz kommen.</p> <p><u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u></p> <p>24/0/0</p>	
S46	Kap. 4.3.1.	<p><u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 16.11.2022:</u></p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Streichung des Statements</p>		Nach redaktioneller Änderung vor Abstim-	Geringe sprachliche Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen korrelieren mit niedrigeren	

		Kinder mit geringen sprachlichen Fähigkeiten erreichen niedrigere Bildungsabschlüsse.			mung zurückgezogen	Bildungsabschlüssen <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u>	
			Redaktionelle Änderung: Umformulierung, s. endgültiges Statement.		angepasst	22/0/1	
S47	Kap. 4.3.1.	Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 16.11.2022: Kinder und Jugendliche mit Sprachentwicklungsstörungen zeigen auch nach der erfolgreichen therapeutischen Intervention häufig Probleme, bei komplexen sprachlichen Anforderungen in Schule, Beruf und Gesellschaft.	Redaktionelle Änderung: Kommafehler		angepasst	Kinder und Jugendliche mit Sprachentwicklungsstörungen zeigen auch nach der erfolgreichen therapeutischen Intervention häufig Probleme bei komplexen sprachlichen Anforderungen in Schule, Beruf und Gesellschaft. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
S48	Kap. 4.3.1.	Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 16.11.2022: Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen benötigen alltags- und unterrichtsintegrierte Hilfen und Unterstützung im frühkindlichen und schulischen Bildungsbereich. Notwendig sind einerseits Maßnahmen, welche das Sprach-, Aufgaben- und Textverständnis verbessern und damit das Lernen und den schulischen Kompetenzerwerb trotz der sprachlichen Entwicklungsstörung und den damit	Redaktionelle Änderung: Hinzufügen: „(Kinder) und Jugendliche...“		angepasst	Kinder und Jugendliche mit Sprachentwicklungsstörungen benötigen alltags- und unterrichtsintegrierte Hilfen und Unterstützung im frühkindlichen oder schulischen Bildungsbereich. Dazu gehören Maßnahmen, welche das Sprach-, Aufgaben- und Textverständnis und damit das Lernen und den schulischen Kompetenzerwerb sowie	

		verbundenen Sprachverarbeitungsproblemen ermöglichen. Diese Maßnahmen sind für die bildungsbezogene Teilhabe und für bestmögliche Bildungsabschlüsse der Betroffenen unabdingbar. Zum anderen können sprachtherapeutische und sprachförderliche Maßnahmen und Elemente in die pädagogischen Angebote in Kita und Schule integriert werden und damit eine hohe Frequenz der Übungen erreicht werden.				die bildungsbezogene Teilhabe trotz der sprachlichen Entwicklungsstörung und den damit verbundenen Sprachverarbeitungsproblemen verbessern. Sprachtherapeutische und sprachförderliche Maßnahmen und Elemente können in die pädagogischen Angebote in Kita und Schule integriert werden; damit kann eine hohe Frequenz der Übungen erreicht werden. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
S49	Kap. 4.4.1.	Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 16.11.2022: Mehrsprachige Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen benötigen alltags- und unterrichtsintegrierte Sprachtherapie und -förderung und Unterstützung im frühkindlichen und schulischen Bildungsbereich. Hierfür können sprachtherapeutische und sprachförderliche Methoden und Elemente in die pädagogischen Angebote in Kita und Schule integriert werden, wodurch eine hohe Frequenz sowohl in der Sprachperzeption als auch in der Sprachproduktion erreicht wird. Grundlegend ist eine kultur- und sprachensible Haltung seitens der Fachkräfte. Zielführend	Nach initialer Ablehnung des Statements mit <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 10/13/1 (Inhaltl. Gründe) Änderungsantrag: Lediglich Adressierung der für mehrsprachige Kinder zusätzlichen Punkte: „Auch für mehrsprachige Kinder und Jugendliche mit einer Sprachentwicklungsstörung gilt		angenommen	Auch für mehrsprachige Kinder und Jugendliche mit einer Sprachentwicklungsstörung gilt Statement 48. Zudem sollten die Fachkräfte eine kultur- und sprachensible Haltung einnehmen. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	

		sind zudem Maßnahmen, die das Sprach-, Aufgaben- und Textverständnis verbessern und damit das Lernen und den schulischen Kompetenzerwerb trotz der Mehrsprachigkeit und der sprachlichen Entwicklungsstörung und den damit verbundenen Sprachverarbeitungsproblemen ermöglichen. Diese Maßnahmen sind für die bildungsbezogene Teilhabe und für bestmögliche Bildungsabschlüsse der Betroffenen unabdingbar.	Statement 88. Zusätzlich sollten die Fachkräfte eine kultur- und sprachensible Haltung einnehmen.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0				
E83	Kap. 4.4.1.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 16.11.2022:</u> Neben der Verordnung von Heilmitteln sollten Eltern, pädagogische Fachkräfte und Lehrer*innen dahingehend beraten werden, dass die Auswirkungen der sprachlich-kommunikativen Beschränkungen der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen auch bei der Planung von Lehr-Lernkontexten in Kita und Schule berücksichtigt werden müssen, um Teilhabe und bestmögliche Bildungsabschlüsse zu ermöglichen.				Neben der Verordnung von Heilmitteln sollten Eltern, pädagogische Fachkräfte und Lehrer*innen dahingehend beraten werden, die Auswirkungen der sprachlich-kommunikativen Beschränkungen der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen auch bei der Planung von Lehr-Lernkontexten in Kita und Schule zu berücksichtigen, um Teilhabe und bestmögliche Bildungsabschlüsse zu ermöglichen. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	

E84	Kap. 4.4.1.	<u>Erste Abstimmung Konsensuskonferenz vom 16.11.2022:</u> Neben der Verordnung von Heilmitteln sollten Eltern, pädagogische Fachkräfte und Lehrer*innen dahingehend beraten werden, dass die Auswirkungen der sprachlich-kommunikativen Beschränkungen der mehrsprachigen Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen auch bei der Planung von Lehr-Lernkontexten in Kita und Schule berücksichtigt werden müssen, um Teilhabe und bestmögliche Bildungsabschlüsse zu ermöglichen.	Änderungsantrag 1: „Auch für mehrsprachige Kinder und Jugendliche mit einer Sprachentwicklungsstörung gilt Empfehlung 83.“ <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0		angenommen	Auch für mehrsprachige Kinder und Jugendliche mit einer Sprachentwicklungsstörung gilt Empfehlung 83. <u>Zustimmung/Ablehnung/Enthaltung:</u> 24/0/0	
-----	----------------	---	--	--	------------	--	--

Tab. 11. Übersicht über Änderungsanträge und redaktionelle Änderungen an den einzelnen Statments und Empfehlung gegenüber den ursprünglichen, vor der ersten Konsensuskonferenz vom 09. 09. 2022 vorgelegten Statements und Empfehlungen und über die resultierenden inhaltlichen Anmerkungen und Anpassungen aus der Konsultationsphase und den fünf Konsensuskonferenzen nebst Abstimmungsergebnissen zur S3-Leitlinie „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“. Empfehlungen und Statements, für die keine Änderungen vorgenommen wurden, sind nicht aufgeführt.

4. Finanzielle Förderung

Es erfolgte keine finanzielle Förderung zur Erstellung der Leitlinie. Die für die Teilnahme an der Konsensuskonferenz vom 09.09.2022 angefallenen Reisekosten der Mandatsträger*innen der einzelnen Fachgesellschaften und Verbände und die Kosten für Raummiete und Catering sowie die Kosten der externen Moderation aller fünf Konsensuskonferenzen durch Frau Prof. Kopp wurden von den teilnehmenden Fachgesellschaften/Organisationen übernommen. Allen Mitgliedern der Leitliniengruppe ist sehr zu danken für ihr rein ehrenamtliches Engagement für die Erstellung dieser Leitlinie.

5. Darlegung von Interessenskonflikten und Umgang mit ihnen

Elemente zur Reduktion des Verzerrungsrisikos durch Conflicts of Interest (CoI) stellten unter anderem die pluralistische Zusammensetzung der Steuergruppe dar, in der sich Entwickler*innen und Anwender*innen verschiedener Therapiemethoden zusammenfanden, sowie eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur. Auf Basis der Evidenzbestimmung und der methodischen Bewertung der systematisch ausgewählten Studien fand eine strukturierte Konsensusfindung zu gemeinsam getragenen Empfehlungen statt.

5.1. Einholung von Interessenerklärungen

Die Einholung von Interessenserklärungen durch die Koordinatorin der Leitlinie, Frau Prof. Dr. Neumann, fand über das Online-Portal der AWMF und dem dort hinterlegten aktuellen Formblatt der statt. Im November 2022 wurde die Vollständigkeit der Erklärungen erreicht. Die diesbezüglichen Angaben der Beteiligten sind dem Anhang dieses Reports zu entnehmen (Tab. 13). Die Relevanz der Darlegung von und des Umgangs mit Interessenkonflikten wurden in der Leitliniengruppe, die inklusive Methodiker*innen, Expert*innen und Mandatsträger*innen der Fachgesellschaften und Verbänden sowie deren Vertretungen ca. 40 Personen umfasste, diskutiert.

5.2. Bewertung von Interessenkonflikten

Die Interessenkonflikterklärungen wurden von der Koordinatorin der Leitlinie, Frau Prof. Dr. Neumann, gemeinsam mit der Ko-Koordinatorin, Prof. Christiane Kiese-Himmel, bewertet.

Ihre eigenen Interessenerklärungen wurden von zwei Mitgliedern der Steuergruppe (Prof. Susanne van Minnen, Dr. Sabrina Regele) gesichtet. Ein ausschließender Interessenskonflikt konnte nicht festgestellt werden.

Für die vollständigen Interessenkonflikterklärungen erfolgte eine erste unabhängige Einschätzung durch die bewertenden Personen entsprechend der beurteilten Ausprägung eines Interessenkonfliktes in: 0 = kein, 1 = gering, 2 = moderat, 3 = hoch. In einer Videokonferenz wurden die Bewertungen diskutiert, die mindestens eine 1 (geringer Interessenkonflikt) aufwiesen. Die abschließende Festlegung der Bewertung fand in Hinblick auf (1) Ausprägung der Sekundärinteressen und (2) Ausmaß des Konflikts statt und wurde mithilfe des Algorithmus zur Bewertung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten der AWMF erstellt (Abb. 3). Folgende Kriterien wurden dabei geprüft im Hinblick auf den vorliegenden thematischen Bezug zum Leitlinienthema, die absolute Höhe und Art einer Zuwendung sowie der Enge einer Beziehung.

- Gutachter-/Beratertätigkeit
- Wissenschaftlicher Beirat/Advisory Board: Tätigkeit für die Industrie
- Bezahlte Vorträge/Autor*innenschaften
- Eigentümer*inneninteressen
- Forschungsvorhaben /Durchführung klinischer Studien
- Drittmittel direkt finanziert durch die Industrie

Die Bewertung "1 - gering" erfolgte, wenn nur wenige Vorträge vorhanden waren, die Bewertung „2 - moderat“ im Zusammenhang mit einschlägiger Gutachter-/Beratertätigkeit oder wissenschaftlicher Beirats- bzw. Beiratstätigkeit und/oder eingeworbener Drittmittel aus der Industrie, die Bewertung „3 - hoch“ im Zusammenhang mit Eigentümer*inneninteressen. Insgesamt sind alle Einschätzung als subjektiv zu bewerten, auch da die Angaben im Interessenkonfliktformular keine verlässliche quantitative Einschätzung zulassen.

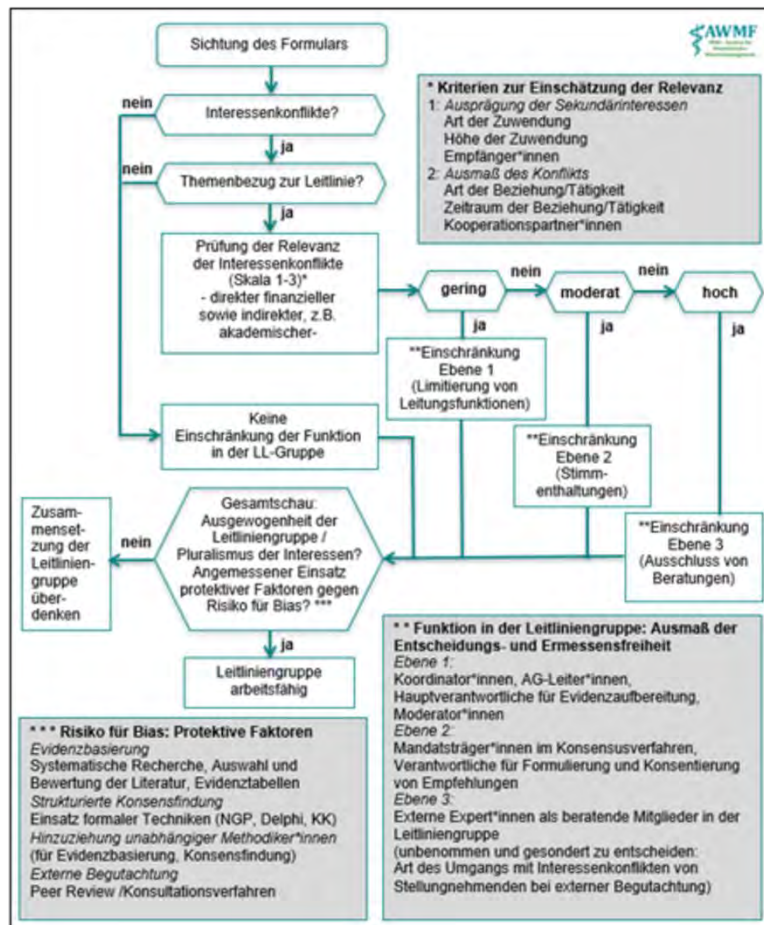


Abb. 3. Algorithmus der AWMF zur Bewertung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten (<https://www.awmf.org/regelwerk/erklarung-von-interessen-und-umgang-mit-interessenkonflikten>)

Abschließend wurden folgende Bewertungen vergeben, und folgender Umgang damit wurde umgesetzt:

- 1 mal = geringer Interessenkonflikt; keine Maßnahmen
- 7 mal = moderater Interessenkonflikt; Enthaltung bei betroffenen Empfehlungen oder Statements
- 0 mal = hoch Interessenkonflikt; Enthaltung bei betroffenen Empfehlungen oder Statements, wahlweise Ausschluss.

Tab. 12 zeigt die Empfehlungen und Statements, bei denen es zu einer Enthaltung wegen eines *Conflict of Interest* (COI) kam.

Empfehlungen und Statements, bei denen es zu Enthaltungen wegen eines Col kam	Zahl der Enthaltungen wegen eines Col
Statement 5	1
Empfehlung 18	1
Empfehlung 19	1
Empfehlung 47	2
Empfehlung 64	1

Tab. 12. Empfehlungen und Statements mit Enthaltungen aufgrund eines Col

6. Gültigkeitsdauer und Aktualisierung

6.1 Gültigkeitsdauer der aktuellen Leitlinie

Die letzte inhaltliche Überarbeitung erfolgte am 21. 12. 2022. Demnach ist die Leitlinie gültig bis zu 20. 12. 2027.

6.2. Aktualisierung der Leitlinie

Eine Aktualisierung der Leitlinie ist in regelmäßigen Abständen indiziert und vorgesehen, um neue Evidenz zu integrieren, die gegebenenfalls auch eine Veränderung der Empfehlungen erforderlich machen kann. Wenn keine neuen Schlüsselfragen durch die Aktualisierung beantwortet werden sollen, kann die Aktualisierung auf Basis der vorliegenden Leitlinie, ihrer Suchstrategien und Suchfilter erfolgen. Dabei wäre nur nach Evidenz vom Datum der letzten Suche an zu recherchieren. Neue Evidenzen müssen bewertet und den Evidenztabelle hinzugefügt werden. Formulierungen der Empfehlungen können anschließend in einer Konsensuskonferenz nach dem „Nominalen Gruppenprozess“ oder über eine Delphi-Runde abgestimmt werden. Falls neue Schlüsselfragen beantwortet werden sollen, wäre ein neuer systematischer Review durchzuführen. Ansprechpartnerin für die Aktualisierung der Interdisziplinären S3-Leitlinie Therapie von Sprachentwicklungsstörungen ist weiterhin die Koordinatorin, Frau Prof. Dr. Katrin Neumann (katrin.neumann@uni-muenster.de).

Literatur

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
- American Speech-Language-Hearing Association. [Internet] Speech-language pathology medical review guidelines [zitiert: 18. Sept. 2022]. verfügbar: <http://www.asha.org/uploadedFiles/SLP-Medical-Review-Guidelines.pdf#search=%22Guidelines%22>
- Aram DM, Nation JE. Preschool language disorders and subsequent language and academic difficulties. *J Commun Disord.* 1980;13(2):159-70. doi: 10.1016/0021-9924(80)90033-7.
- Aram DM, Ekelman BL, Nation JE. Preschoolers with language disorders: 10 years later. *J Speech Hear Res.* 1984;27(2):232-44. doi: 10.1044/jshr.2702.244.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Leitliniengrundlagen [Internet] Kriterien des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). <https://www.leitlinien.de/hintergrund/leitliniengrundlagen#delbi>.
- Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T; and the CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(10):1068-1080. doi: 10.1111/jcpp.12721.
- Conti-Ramsden G, Botting N. Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations. *J Speech Lang Hear Res.* 1999;42(5):1195-204. doi: 10.1044/jslhr.4205.1195. itz
- Conti-Ramsden G, Durkin K, Simkin Z, Knox E. Specific language impairment and school outcomes. I: identifying and explaining variability at the end of compulsory education. *Int J Lang Commun Disord.* 2009;44(1):15-35. doi: 10.1080/13682820801921601.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) S2k Praxisleitlinie „Intelligenzminderung“, AWMF-Register Nr. 028 – 042. [Internet]. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [zitiert: 06.09#.2022]. verfügbar: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP) [Internet] S1-Leitlinie: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS); AWMF-Register Nr. 049-012; 2013 [zitiert Sept 2022]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-012>
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP) (Hrsg.) [Internet] S2k-Leitlinie: Periphere Hörstörungen im Kindesalter-Langform; AWMF-Register Nr. 049/010; 2013 [updated Sept 2013, in revision]. Available from: www.dgpp.de/cms/media/download_gallery/Hoerstoerungen%20Kinder%20lang.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP) (Hrsg.) [Internet] S3–Leitlinie Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES); AWMF-Register Nr. 049-006 [zitiert Sept 2022]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-006>

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. [Internet]. Köln: DIMDI; 2022 [zitiert 17. Nov 2022]. Verfügbar unter: <https://www.icd-code.de/>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). [Internet] Köln: DIMDI; 2005 [zitiert 17. Nov 2022] Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>
- DGKJP, DGPPN et al. Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen Langversion. AWMF Registernummer: 028 – 018 [Internet]. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [Stand: 13. Mai 2016; zitiert: 18. Sept. 2022]. verfügbar: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05-abgelaufen.pdf
- DGKJP, DGPPN et al. Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie. Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen Langversion. AWMF Registernummer: 028 –047 [Internet]. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [Stand: 2. Mai 2021; zitiert: 02. Sept. 2022]. verfügbar: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-047l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf.
- Dodd B; Holm A; Crosbie S, McCormack P. Differential diagnosis of phonological disorders. In Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder; Dodd, B., Ed.; Whurr: London, UK, 2005; pp. 44–70.
- Durkin K, Simkin Z, Knox E, Conti-Ramsden G. Specific language impairment and school outcomes. II: Educational context, student satisfaction, and post-compulsory progress. *Int J Lang Commun Disord*. 2009 Jan-Feb;44(1):36-55. doi: 10.1080/13682820801921510. PMID: 18608602.
- Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, Saß H, Zaudig M, Hrsg. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen: Hogrefe; 2018
- Felsenfeld S, Broen PA, McGue M. A 28-year follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: educational and occupational results. *J Speech Hear Res*. 1994;37(6):1341-53. doi: 10.1044/jshr.3706.1341.
- Felsenfeld S, Broen PA, McGue M. A 28-year-follow-up of adults with a history of moderate phonological disorder: linguistic and personality results. *J Speech Hear Res*. 1992;35(5):1114-25. doi: 10.1044/jshr.3505.1114.
- Frizelle P, McKean C. Using theory to drive intervention efficacy: the role of dose form in interventions for children with DLD. *Children (Basel)*. 2022;9(6):859. doi: 10.3390/children9060859.

- Frizelle P, Tolonen AK, Tulip J, Murphy CA, Saldana D, McKean C. The impact of intervention dose form on oral language outcomes for children with developmental language disorder. *J Speech Lang Hear Res.* 2021a;64(8):3253-88. doi: 10.1044/2021_JSLHR-20-00734.
- Frizelle P, Tolonen AK, Tulip J, Murphy CA, Saldana D, McKean C. The influence of quantitative intervention dosage on oral language outcomes for children with developmental language disorder: a systematic review and narrative synthesis. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2021b;52(2):738-54. doi: 10.1044/2020_LSHSS-20-00058.
- Gallagher A; Frith U, Snowling MJ. Precursors of literacy delay among children at genetic risk of dyslexia. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2000, 41, 203-13.
- Hayiou-Thomas ME, Carroll JM, Leavett R, Hulme C, Snowling MJ. When does speech sound disorder matter for literacy? The role of disordered speech errors, co-occurring language impairment and family risk of dyslexia. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017 Feb;58(2):197-205. doi: 10.1111/jcpp.12648.
- Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2011 [updated March 2011, cited 2016 Aug 5]. Available from: www.handbook.cochrane.org.
- Kauschke C*, Lüke C*, Dohmen A, Haid A, Leitinger C, Männel C, Penz T, Sachse S, Scharff-Rethfeldt W, Spranger J, Vogt S, Neumann K**, Niederberger M**. Delphi-Studie zur Definition und Terminologie von Sprachentwicklungsstörungen – eine interdisziplinäre Neubewertung für den deutschsprachigen Raum. Manuskript eingereicht; *geteilte Erstautorschaft, ** geteilte Letztautorschaft
- Kiese-Himmel C. Sprachentwicklungsgestörte Kinder im Vorschulalter: Knapp vier Jahre später. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 1997;25(2):73-81.
- Kiese-Himmel C, Kruse E. A follow-up report of German kindergarten children and preschoolers with expressive developmental language disorders. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology.* 1998;23:69–77.
- Lautermann J, Begall K, Hilger G, Wilhelm T, Mir-Salim P, Kaschke O, Tigges M, Berner R, Popert U, Zahnert T, Martha-Maria HD (Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC))[Internet] S2k-Leitlinie Seromukotympanon (ICD 10: H65. 2/H65. 3), AWMF-Registernummer 017 – 00 [zitiert 17. Nov 2022]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/017-004I_S2k_Seromukotympanum_2018-12.pdf
- Lewis, BA. *The comorbidity of phonology and reading disorders.* American Speech and Hearing Association, Atlanta, GA, 1996.
- Lewis BA, Freebairn LA, Taylor HG. Follow-up of children with early expressive phonology disorders. *Journal of Learning Disabilities.* 2000, 33, 433-44.
- Lüke C*, Kauschke C*, Dohmen A, Haid A, Leitinger C, Männel C, Penz T, Sachse S, Scharff-Rethfeldt W, Spranger J, Vogt S, Niederberger M**, Neumann K**. Definition and terminology of developmental language disorders - interdisciplinary consensus of German-speaking countries. Manuscript submitted; *shared first authorship, **shared last authorship

- McCormack J, Harrison LJ, McLeod S, McAllister L. A nationally representative study of the association between communication impairment at 4-5 years and children's life activities at 7-9 years. *J Speech Lang Hear Res.* 2011;54(5):1328-48.
- Neumann K, Arnold B, Baumann A, Bohr C, Euler HA, Fischbach T, Hausschild J, Heinrich D, Keilmann A, Köhler C, Krägeloh-Mann I, Kummer P, Mathmann P, Noterdaeme M, Plontke S, Schliewenz R, Schmid R, Schmitz-Salue C, Schröder M, Seidel A, Wichmann J, Kiese-Himmel C. Neue Terminologie von Sprachentwicklungsstörungen? *Monatsschr Kinderh.* 2021;169(9):837-42. doi: 10.1007/s00112-021-01148-2.
- Neumann K, Euler HA, Bosshardt HG, Cook S, Sandrieser P, Schneider P, Sommer M, Thum G (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049 – 013, Version 1. 2016 [zitiert 17. Nov 2022]. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>.
- Neumann K, Siemons-Lühning D, Gietmann C, Reichmuth K, Alfakiani S, Hausschild J, Schröder M, Nielinger J, Tücke J, Hirschfelder A, Männel C, Meyer L. Wirksamkeit der Therapie von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen in verschiedenen Settings in Deutschland (RCT „THESES“) [Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES) 12, Marburg, 25.-26. Nov 2022], Abstractband. 2022. S. 36
- Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, Vamvakas G, Pickles A. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(11):1247-57. doi: 10.1111/jcpp.12573.
- Peterson RL, Pennington BF, Shriberg LD, Boada R. What influences literacy outcome in children with speech sound disorder? *J Speech Lang Hear Res.* 2009;52(5):1175-88. doi: 10.1044/1092-4388(2009/08-0024).
- Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics.* 2004;113:e238-48. doi: 10.1542/peds.113.3.e238. PMID: 14993583.
- Rieger T, Siemons-Lühning D, Alfakiani M, Neumann K. Behandlungssettings in der Therapie umschriebener Sprachentwicklungsstörungen: Vergleich der Präsenz-Standardtherapie mit einer Tele-Sprachtherapie bei Kindern im Kindergartenalter [Vortrag: 38. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP). Leipzig, 29.09.-02.10.2022]. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2022a. DocV19, doi: 10.3205/22dgpp27. und
- Rieger T, Siemons-Lühning D, Alfakiani M, Neumann K. Behandlungssettings in der Therapie umschriebener Sprachentwicklungsstörungen: Vergleich der Präsenz-Standardtherapie mit einer Tele-Sprachtherapie bei Kindern im Kindergartenalter. In: Caffier PP, Echtenach M, Hrsg. Aktuelle phoniatriisch-pädaudiologische Aspekte 2022, Band 29. Online-Druck GmbH & Co.KG, 2022b. S. 104-6
- Royal College of Speech & Language Therapists. [Internet] Clinical Guidelines. Clinical information on developmental language disorder (DLD) [zitiert: 18. Sept. 2022]. verfügbar: <https://www.rcslt.org/speech-and-language-therapy/clinical-information/developmental-language-disorder/>

- Stackhouse, J. Speech and spelling difficulties: what to look for. In: Snowling, M, Stackhouse J, eds. *Dyslexia, speech and language: A practitioner's handbook*. Chichester, UK, Wiley & Sons Ltd, 2006. pp. 15 – 35.
- Siemons-Lühning D, Gietmann C, Mathmann P, Euler HA, Alfakiani MS, Rieger T, Neumann K. Wirksamkeit stationärer Intensivtherapie von Sprachentwicklungsstörungen im Vergleich zur ambulanten Einzeltherapie. In: 38. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP). Leipzig, 29.09.-02.10.2022. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2022. DocV18, doi: 10.3205/22dgpp26, URN: urn:nbn:de:0183-22dgpp263; online verfügbar unter <http://www.egms.de/en/meetings/dgpp2022/22dgpp26.shtml> und
- Siemons-Lühning D, Gietmann C, Mathmann P, Euler HA, Alfakiani MS, Rieger T, Neumann K (2022) Wirksamkeit stationärer Intensivtherapie von Sprachentwicklungsstörungen im Vergleich zur ambulanten Einzeltherapie. In: P.P. Caffier und M. Echternach (Hrsg.). *Aktuelle phoniatrich-pädaudiologische Aspekte 2022*, Band 29. Online-Druck GmbH & Co.KG, 101-03. ISBN: 978-3-9817636-6-9 (Abstract unter "Publizierte Abstracts") Stark, R. et al. (1984). Four-year follow-up study of language impaired children. *Annals of Dyslexia*, 34, 49–68.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2007;15;7(1):1. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10>. Gelesen am 01.04.2016
- Thomson C, Polnay L. *Community paediatrics*. Edinburgh, Elsevier; 2002
- Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res*. 1997;40(6):1245-60. doi: 10.1044/jslhr.4006.1245.
- Wadman R, Durkin K, Conti-Ramsden G. Self-esteem, shyness, and sociability in adolescents with specific language impairment (SLI). *J Speech Lang Hear Res*. 2008;51(4):938-52. doi: 10.1044/1092-4388(2008/069).
- Waltersbacher A, WIdO - Wissenschaftliches Institut der AOK. Heilmittelbericht 2019: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie [Internet]. Berlin: WIdO; 2019 [zitiert 21. Jan 2021]. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf
- Waltersbacher A, WIdO - Wissenschaftliches Institut der AOK. Heilmittelbericht 2021/2022: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie [Internet]. Berlin: WIdO; 2022 [zitiert 17. Nov 2022]. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2021_2022_final.pdf
- World Health Organization (WHO). *Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth (ICF-CY)* [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2022 Nov 05]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). *International Classification of Diseases and health related problems (ICD-10)*. F80.0: specific speech articulation disorder [Internet]. Geneva: WHO;

2019 [cited 2022 Sep 01]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F80-F89>

World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Nov 17]. Available from: <https://icd.who.int/en/>

Anhang

Name	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ¹	Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ¹	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Au-tor*innen-/oder Coautor*innen-schaft	Forschungs-vorha-ben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-Interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte In-teressen	Von CoI betroffene Themen der Leitli-nie (Einstufung bzgl. der Relevanz)
Dr. Katharina Albrecht	-	-	-	+	+	-	+	Keine Einschränkung
Dr. Barbara Arnold	-	-	-	-	-	-	+	Keine Einschränkung
Prof. Dr. Christopher Bohr	+	+	-	-	-	-	-	Keine Einschränkung
Natalja Bolotina	-	-	-	-	-	-	+	Keine Einschränkung
Prof. Harald A. Euler	+	-	-	-	-	-	+	Keine Einschränkung
Prof. Annette Fox-Boyer	-	-	-	-	-	-	+	Ausführliche Therapiebeschreibung der eigenen Therapie P.O.P.T., aber in Empfehlung 18 und 19 nur unter dem Oberbegriff „Phonologische Therapie“ abgestimmt und nicht zur Evidenzbildung beigezogen; Zitation einer Interventionsstudie und Beziehung zur Evidenzbegründung für die Therapieempfehlung 24 zur verbalen Entwicklungsdyspraxie für VEDiT® (moderat)
Prof. Dr. Christine Freitag	+	+	+	+	+	-	+	Keine Einschränkung
Corinna Gietmann	-	-	-	-	-	-	-	Keine Einschränkung
Prof. Dr. Christian Glück	-	-	-	-	-	-	+	Keine Einschränkung
Dr. Julia Hauschild	-	-	-	-	-	-	+	Leitung einer Sprachrehabilitationsklinik (moderat), Enthaltung bei Empfehlung 47
Prof. Dr. Vanessa Hoffmann	+	-	+	-	+	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Andre Karch	-	-	-	-	+	-	+	keine Einschränkung

LEITLINIENREPORT S3-LEITLINIE THERAPIE VON SPRACHENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Name	Berater-bzw. Gutachter-tätigkeit ¹	Mitarbeit in ei-nem Wissen-schaft-lichen Bei-rat (advisory board) ¹	Bezahlte Vor-trags-/oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Au-tor*innen-/o-der Coau-tor*innen-schaft	Forschungs-vorha-ben/Durchfüh-rung klinischer Studien	Eigentümer*in-neninteressen (Patent, Urhe-ber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von CoI betroffene Themen der Leitlinie (Einstufung bzgl. der Relevanz)
Prof. Dr. Christina Kauschke	+	+	+	+	-	-	+	Ausführliche Beschreibung und Zitation des Therapiekonzepts PLAN, aber keine Beziehung zur Evidenzbildung und keine Nennung in den Empfehlungen (gering)
Prof. Dr. Christiane Kiese-Himmel	-	-	-	-	-	-	-	Entwicklerin eines Tests auf Sprachentwicklungsverzögerung (moderat); Enthaltung bei Statement 5
Dr. Cornelia Köhler	-	+	-	-	+	-	-	keine Einschränkung
Prof. Dr. Thomas Lücke	-	-	-	-	-	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Carina Lüke	+	+	+	-	+	-	+	keine Einschränkung
Dr. Volker Maihack	-	-	-	-	-	-	+	keine Einschränkung
Dr. Jessica Melzer	-	-	-	-	-	-	-	keine Einschränkung
Prof. Dr. Katrin Neumann	+	+	+	+	+	-	+	Ausführliche Therapiebeschreibung der Therapie PhonoSens der Doktorandin Siemons-Lühring, aber in Empfehlung 18 und 19 nur unter dem Oberbegriff „Phonologische Therapie“ abgestimmt; Seniorautorin je einer diesbezüglichen RCT- und einer RCT-Follow-up-Publikation, die beide zur Evidenzbegründung bei Empfehlung 18 und 19 beigezogen wurden (moderat), Enthaltung bei Empfehlung 18 und 19
Prof. Dr. Michele Noterdaeme	-	-	+	+	+	-	+	keine Einschränkung
Heino Qualmann	-	-	-	-	-	-	-	keine Einschränkung
Dr. Sabrina Regele	-	-	-	-	+	-	+	keine Einschränkung

LEITLINIENREPORT S3-LEITLINIE THERAPIE VON SPRACHENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Name	Berater- bzw. Gutachter- tätigkeit ¹	Mitarbeit in ei- nem Wissen- schaft- lichen Beirat (advisory board) ¹	Bezahlte Vor- trags-/oder Schulungs-tä- tigkeit	Bezahlte Au- tor*innen-/oder Coautor*innen- schaft	Forschungs- vorha- ben/Durchfüh- rung klinischer Studien	Eigentümer*in- neninteressen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbe- sitz)	Indi- rekte In- teressen	Von CoI betroffene Themen der Leitlinie (Einstufung bzgl. der Relevanz)
Karen Reichmuth	+	-	+	-	-	-	+	Mitentwicklerin des Münsteraner Eltern- programms zur Kommunikationsförde- rung für Säuglinge und Kleinkinder mit Hörstörungen (moderat); Enthaltung bei Empfehlung 64
Theresa Rieger	-	-	-	-	+	-	+	keine Einschränkung
Dr. Klaus Rodens	-	-	-	-	-	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Stephanie Rupp	-	-	-	-	-	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Stephan Sallat	-	-	-	-	-	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Ronald Schmid	+	-	+	+	+	-	+	keine Einschränkung
Dr. med. Christine Schmitz-Salue	-	-	-	-	-	-	+	keine Einschränkung
Dr. Monika Schroeder	-	-	-	-	-	-	+	Leitung einer Sprachrehabilitationsklinik (moderat), Enthaltung bei Empfehlung 47
Dr. Anne Schulte-Mäter	-	-	-	-	-	-	-	Ausführliche Therapiebeschreibung der Therapie VEDiT® und Beziehung zur Evi- denzbegründung für die Therapieempfeh- lung 24 zur verbalen Entwicklungsdys- praxie (moderat). Keine Mandatsträgerin, sondern Autorin, damit keine Beteiligung an Abstimmung.
Prof. Dr. Rainer Schönweiler	-	+	-	-	-	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Seidel, Andreas	-	-	-	-	+	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Susanne van Minnen	+	+	-	+	-	-	+	keine Einschränkung
Prof. Dr. Sabine Weinert	+	-	-	+	+	-	+	keine Einschränkung
Dr. Markus Westerheide	-	-	+	-	-	-	+	keine Einschränkung
Dr. Joachim Wichmann	-	-	-	-	-	-	+	keine Einschränkung

Tab. 13. Zusammengefasste Darlegung der Interessenkonflikte

Versionsnummer:	1.0
Erstveröffentlichung:	12/2022
Nächste Überprüfung geplant:	12/2027

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online