

Wenn Kinder nicht sprechen lernen

Dr. Roland Uphoff

Die Kanzlei Dr. Roland Uphoff wurde von der Zeitschrift WirtschaftsWoche zur Top-Kanzlei 2014 für Medizinrecht ausgezeichnet.

Der Prozess der Sprachentwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern grenzt, wenn man ihn unbefangen betrachtet, an ein Wunder. Er wird nur deswegen im Alltag nicht als so erstaunlich wahrgenommen, wie er eigentlich ist, weil er sich so häufig ereignet. Die Frage, wie es den Kindern durch das Zusammenspiel innerer Voraussetzungen und äußerer Gegebenheiten innerhalb von wenigen Jahren gelingt, das hochkomplexe System der Sprache zu erwerben, hat der Sprachforscher Braine in einem im Jahr 1963 erschienenen Aufsatz als das größte und fesselndste Mysterium der Psychologie bezeichnet. Diese Aussage ist auch heute noch gültig, obwohl über die Voraussetzungen und Umstände des Spracherwerbs viel mehr bekannt ist als noch vor einigen Jahrzehnten. Das Erstaunlichste am Spracherwerb von Kleinkindern ist, dass die mitunter täglich wahrzunehmenden Fortschritte „wie von selbst“ eintreten. Anders als beim späteren Erlernen einer Fremdsprache wird das Kind nicht in irgendeiner Weise unterrichtet. Die Eltern des Kindes, vornehmlich die Mutter, nehmen vielmehr den Prozess des Spracherwerbs wie einen Wachstums- oder Reifungsvorgang wahr, der eigengesetzlich abläuft, und zwar bei allen gesunden und in normaler Umgebung aufwachsenden Kindern in fast gleicher Weise. Jede Sprache ist ein hochkomplexes, sich auf die Realität beziehendes Zeichensystem, das den Informationsaustausch ermöglicht. Das Wesen eines Zeichensystems besteht darin, Gegenständen (genauer gesagt den Begriffen von diesen Gegenständen) ein sprachliches Zeichen (also ein Wort) zuzuordnen. In der ersten Phase des Spracherlernens stehen daher Substantive (Mama, Papa, Ball, Auto) ganz im Vordergrund. Den vom Kind wahrgenommenen und erkannten Gegenständen wird jeweils ein Wort zugeordnet. Sprechen lernen bedeutet, dieses Zuordnungssystem zu verstehen und in sich ständig weiterentwickelnder Weise selbst zu benutzen.

Phasen des Spracherwerbs

Man weiß heute, dass Kinder die mütterliche Stimme bereits im Mutterleib

kennenlernen. Neugeborene erkennen die mütterliche Stimme schon drei Tage nach der Geburt und zeigen bei entsprechenden Tests bereits in diesem Alter eine Präferenz für die mütterliche Stimme.¹

Innerhalb der ersten zwei Monate nach der Geburt entwickelt ein Säugling die Fähigkeit zum Erfassen der Prosodie, d. h. der Sprachmelodie. Zwischen dem vierten und sechsten Monat werden erste Vokale produziert. Säuglinge können bereits in diesem Alter gut zwischen eigenen und fremden Sprachlauten unterscheiden. Erste Nachahmungsversuche werden im Alter von sechs Monaten unternommen, gelegentlich auch schon früher. Ab dem neunten Monat können Säuglinge die ersten Konsonanten bilden; dann setzt das Lall-Stadium mit Zweisilblauten (dada, mama) ein. Häufig schon vor Erreichung des ersten Lebensjahrs werden erste Wörter gebildet. Es wird angenommen, dass sich schon im Alter von acht bis zehn Monaten das Wortverständnis herausbildet. Mit zehn bis 13 Monaten beginnt die Wortproduktion. Im Durchschnitt mit 18, spätestens mit 24 Monaten erreichen Kinder die sog. 50-Wort-Schwelle. Etwa zur gleichen Zeit beginnen sie, Wörter zu kombinieren und kurze Sätze (zunächst Zwei-Wort-Sätze) zu bilden. Ebenfalls zu dieser Zeit beginnt die sog. Wortexplosion, was bedeutet, dass ab jetzt der Spracherwerb ein rasantes Tempo annimmt. Ab diesem Alter erlernen die Kinder im Tagesdurchschnitt neun neue Worte, d. h. deren Bedeutung zu erfassen.

Störungen der Sprachentwicklung

Die Kenntnis des normalen Verlaufs der Sprachentwicklung ist notwendig, weil sich nur bei einer vergleichenden Betrachtung frühkindlich auftretende Störungen der Sprachentwicklung erkennen lassen.

„Die Kenntnis der Normalität stellt das beste Raster zum rechtzeitigen Erkennen von Normabweichungen und zur gezielten Frühförderung mit anerkannt besten Förderungsergebnissen dar“².

Verzögerungen in der Sprachentwicklung oder gar ihr völliges Ausbleiben

können schicksalhafte Folgen haben. Das hängt damit zusammen, dass Störungen der Sprachentwicklung, wenn sie nicht möglichst frühzeitig therapiert werden, bleibende Defizite verursachen, weil die Sprachentwicklung mit der sog. Reifung der Hörbahn einhergeht, d. h. der Entstehung von neuen synaptischen Verbindungen zwischen Hirnzellen, und zwar insbesondere in den beiden Sprachzentren des menschlichen Gehirns (Broca- und Wernicke-Areal). Lernt das Kind nicht sprechen, so bleibt diese Reifung aus. Sie kann ab einem bestimmten Alter nicht mehr vollständig, schließlich überhaupt nicht mehr nachgeholt werden. Eine abwartende therapeutische Haltung beim Auftreten von Sprachentwicklungsstörungen ist daher niemals zu rechtfertigen. Die retardierte Sprachentwicklung ist kein Phänomen, das sich später von selbst korrigieren könnte. Es ist daher bei Feststellung von Sprachstörungen eine Frühintervention geboten. Frühe Interventionen können die ungünstigen Folgen von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen verringern:

„Sprachentwicklungsrückstände sollten grundsätzlich früh behandelt werden, d. h. im dritten Lebensjahr oder noch früher, um

- dem Auftreten einer Sprachentwicklungsstörung sowie ihrem Ausprägungsgrad präventiv entgegenzuwirken,
- kognitiven, emotionalen, sozialen, kommunikativen sowie Schulleistungsstörungen vorzubeugen und
- die Entwicklungsprognose insgesamt für das betroffene Kind zu verbessern“.³

Aus diesem Grunde muss der Sprachentwicklungsprozess bei Säuglingen und Kindern sorgfältig beobachtet werden.

Aufmerksamkeit ist die Grundvoraussetzung für die Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen

Meistens werden die Eltern, insbesondere die Mutter, als erste darauf aufmerksam, dass die Sprachentwicklung ihres Kindes nicht normal verläuft. Es kommt allerdings auch vor, dass sich Eltern zwar darüber

wundern, dass ihr Kind im Gegensatz zu anderen, gleichaltrigen Kindern nicht zu sprechen beginnt, sich jedoch bei dem Gedanken beruhigen, dass ihr Kind eben ein „Spätentwickler“ sei, ohne auch nur daran zu denken, dass bei ihm eine Hörstörung bestehen könne. Bei sonst normal entwickelten Kindern ist das Vorliegen einer Hörstörung die häufigste Ursache für die ausbleibende Sprachentwicklung. Nicht selten ist es notwendig, dass der behandelnde Arzt zur Abklärung, wenn sich eine Mutter mit ihren Sorgen an ihn wendet, geeignete Fragen stellt, wie zum Beispiel (nach Grimm, a.a.O., S. 74):

- Wenn Ihr Kind in einem ruhigen Raum schläft und ein lautes Geräusch ertönt, beginnt es dann sich zu bewegen und aufzuwachen?
- Versucht Ihr Kind, seinen Kopf zu drehen, wenn es einen Laut oder seinen Namen hört?
- Freut sich Ihr Kind, wenn Sie eine Glocke klingeln lassen oder eine Rassel schütteln?
- Im 10. - 12. Lebensmonat: Versucht Ihr Kind, Laute nachzuahmen?

Werden diese Fragen verneint, so ergibt sich ein massiver Verdacht auf das Vorliegen einer Hörstörung, die dem Kind den Spracherwerb unmöglich macht.

Bekanntlich verhalten sich Kinder, bei denen eine massive Hörstörung besteht, von der fehlenden Sprachentwicklung abgesehen, im Übrigen zunächst völlig normal und altersgemäß. Kinder ohne Hörvermögen entwickeln zusätzlich eine besondere Sensibilität für optische Reize, sie lernen sehr früh, Mimik und Gestik der Eltern, insbesondere der Mutter zu verstehen und befolgen verbale Aufforderungen aufgrund eines solchen Verständnisses unter Umständen auch dann, wenn sie über keinerlei Hörvermögen verfügen.

Ursachen von Störungen der frühkindlichen Sprachentwicklung

Zahlreiche Ursachen können dazu führen, dass ein Kind entweder überhaupt nicht zu sprechen beginnt oder in der Sprachentwicklung hinter seinen Altersgenossen zurückbleibt. Im Vordergrund des Ursachenspektrums stehen Hörstörungen, auf die hier eingegangen werden soll. Sie können ererbt sein und bereits ab Geburt bestehen, es gibt jedoch auch erworbene Hörstörungen aufgrund bestimmter Erkrankungen, vor allem einiger Infektionserkrankungen. Ein anderer Einteilungsgesichtspunkt be-



zieht sich auf die anatomischen Ursachen der Schwerhörigkeit. Man unterscheidet vor allem die Schalleitungsschwerhörigkeit von der Schallempfindungsschwerhörigkeit oder Innenohrschwerhörigkeit; letztere beruht in der überwiegenden Zahl der Fälle auf einer angeborenen oder erworbenen Schädigung der Haarzellen im Hörorgan (Cochlea). Was die Auswirkungen auf die Sprachentwicklung anlangt, so wirken sich allerdings beide Formen der Schwerhörigkeit in gleicher Weise aus. Eine geringgradige Schwerhörigkeit (Hörschwelle bei 20–40 dB) führt in der Regel nicht zu einer auffälligen Störung der Sprachentwicklung. Bei einer mittelgradigen Schwerhörigkeit (40–60 dB) kommt es hingegen regelhaft zu einer sprachlichen Entwicklungsstörung (sog. audiogene Dyslalie, Dysgrammatismus, Formulierungsschwäche, verminderter Wortschatz). Die betroffenen Kinder bleiben, wenn ihre Hörstörung nicht behandelt wird, zwangsläufig in der Schule zurück, weil sie Vieles oder sogar das Meiste nicht verstehen und sich auch selbst nicht ausreichend verständlich machen können.

Sie werden daher – fast immer zu Unrecht – für minderbegabt gehalten. Bei einer hochgradigen Schwerhörigkeit (60–80 dB) bleibt die spontane Sprachentwicklung ganz aus.

Hochtonschwerhörigkeiten können zu erheblichen Diskriminationsschwierigkeiten führen. Sie haben z. B. zur Folge, dass die betroffenen Kinder nicht lernen, Zischlaute (s, sch) zu unterscheiden und selbst zu bilden.⁴

Wird die Schwerhörigkeit als Ursache der Sprachentwicklungsverzögerung rechtzeitig erkannt, so bestehen gute Behandlungsmöglichkeiten. Sie richten sich nach Art und Ausmaß der Schwerhörigkeit. Es bedarf dabei der besonderen Hervorhebung, dass auch Kinder, die nach konventionellen Maßstäben völlig gehörlos sind (Hörschwelle bei 100 dB), heute sehr wirkungsvoll behandelt werden können, und zwar mit Cochlearimplantaten (CI). Das technische Prinzip dieser Implantate besteht darin, dass der von außen mittels eines Mikrophons aufgenommene Schallwellendruck in elektrische Impulse umgewandelt wird, die über eine Elektrode auf den Hör-



Foto: © Rafael Bern-Art - Fotolia.com

als andere Kinder auf nicht akustische Sinnesreize reagieren, und zwar auf optische, ebenso aber auch auf taktile Reize (z. B. Luftzug, Erschütterungen u. ä.). Wenn es nicht gelingt, bei der Erzeugung eines Geräusches die gleichzeitige Entstehung anderer Sinnesreize für das Kind strikt zu unterbinden, lässt sich aus der Reaktion des Kindes nicht, jedenfalls nicht sicher ableiten, ob es über Hörvermögen verfügt. Der Kinderarzt war hier nach eigener Schilderung so vorgegangen, dass er schräg hinter dem Kopf des Kindes, das auf dem Schoß der Mutter saß, Knipsgeräusche mit einem Kugelschreiber erzeugt hatte. Das Kind hatte den Kopf in Richtung der Geräuschquelle gedreht. Bei dieser Methode ließ sich nicht ausschließen, dass das Kind, wenn der Arzt vom Schreibtisch aufstand und sich hinter seinen Rücken begab, neugierig wurde und den Kopf wandte, um zu sehen, was hinter ihm geschah. Der Arzt kam zu dem Ergebnis, das Kind verfüge über Hörvermögen, obwohl später sicher festgestellt wurde, dass es gehörlos war (Hörschwelle bei 100 dB). Das Gericht hat in der hier angewandten Methode der Hörprüfung mit dem Ergebnis einer falschen Diagnose jedoch noch keinen vorwerfbaren Behandlungsfehler gesehen. Den Diagnosefehler hat es auf die Unsicherheit der Methode der subjektiven Audiometrie zurückgeführt, die zur damaligen Zeit noch den Standard darstellte.

Seit dem Jahr 2008 hat sich inzwischen der Standard der Hörprüfung geändert. Schon zu der Zeit, zu der der Fall spielte, gab es verschiedene Verfahren der sog. objektiven Audiometrie. Bei diesen Hörprüfungen (z. B. im OAE-Screening oder BERA-Screening) werden unwillkürliche physiologische Reaktionen der Haarzellen bzw. des Hirnstammes auf auditorische Stimulation gemessen. Es bedarf bei Anwendung dieser Verfahren keiner Mitarbeit des Kindes. Die Methoden der objektiven Audiometrie können demgemäß z. B. auch angewandt werden, wenn das Kind schläft.

Das Gericht meinte allerdings, auch aus dem Umstand, dass diese zur damaligen Zeit längst bekannten Verfahren nicht vorsorglich angewandt worden waren, könne kein Behandlungsfehler abgeleitet werden. Der maßgebliche Standard werde durch die Kinderrichtlinien bestimmt, die zur damaligen Zeit hinsichtlich des Hörscreenings die Anwendung objektiver Methoden (Messung der durch Klickreize ausgelösten transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen [TEOAE] und ggf. Hirnstammaudiometrie [AABR]) noch nicht vorschrieben. Eine Vielzahl von Fachleuten

nerv übertragen. Es ist inzwischen vielfach belegt, dass mittels dieser Implantate den betroffenen Kindern die Möglichkeit des Sprachverständnisses und des Spracherwerbs verschafft werden kann. Kindern, deren Schwerhörigkeit bzw. Gehörlosigkeit auf Erkrankungen des Hörorgans beruht, kann daher mit diesen Implantaten das Schicksal der Taubstummheit, die zu einer sozialen Isolierung höchsten Grades führt, erspart werden. Dies setzt allerdings die rechtzeitige Entdeckung der Schwerhörigkeit bzw. Gehörlosigkeit voraus. Die Versorgung der betroffenen Kinder mit entsprechenden Geräten muss zu einer Zeit erfolgen, in der die Reifung der Hörbahn noch nicht abgeschlossen ist. Hieraus lässt sich ableiten, dass die zu späte Entdeckung der Schwerhörigkeit je nach den Umständen einen sehr folgenreichen ärztlichen Fehler begründen kann.

Der Fall

Der Rechtsstreit, über den hier berichtet werden soll, wurde in zweiter Instanz vor

dem Oberlandesgericht Köln ausgetragen. Nach der Einholung von drei Sachverständigengutachten wurde er durch einen Vergleich, d. h. Einmalentschädigung, beendet. Der beklagte Kinderarzt wurde zur Zahlung einer hohen Entschädigung an das Kind verpflichtet, das ab seiner Geburt rund zwei Jahre in seiner Behandlung gestanden hatte.

Mit den sog. Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (gBA), die die rechtliche Grundlage für Früherkennungsuntersuchungen darstellen, war während der Säuglingszeit des Kindes auch ein Hörscreening im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis einschließlich U8 vorgeschrieben. Wesentlicher Inhalt dieses Hörscreenings war eine sog. subjektive Audiometrie. Ihr Prinzip besteht darin, durch Beobachtung zu überprüfen, ob ein Kind auf eine Geräuschquelle reagiert. Diese Untersuchungsmethode ist ausgesprochen fehlerträchtig, und zwar deswegen, weil schwerhörige oder gehörlose Kinder kompensatorisch viel sensibler

hatte zwar die Anwendung dieser Verfahren seit Jahren mit Nachdruck gefordert; es wurde auch darauf hingewiesen, dass die durch die Anwendung dieser Verfahren entstehenden geringen Mehrkosten in keinem Verhältnis zu den Schäden stünden, die aus der verspäteten Erkennung und Versorgung hörgeschädigter Kinder resultierten. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hatte aber insoweit erst im Jahre 2008 ein Einsehen.

Dem Arzt wurde letztlich zum Vorwurf gemacht, dass er nicht einmal die in den damaligen Kinderrichtlinien vorgesehenen Hörscreenings vollständig durchgeführt hatte. Zwei vorgeschriebene Hörscreenings hatte er unterlassen. Hierin hat dann der vom Senat beauftragte pädiatrische Sachverständige einen groben Behandlungsfehler gesehen. Wenigstens die in den Kinderrichtlinien vorgeschriebenen Hörscreenings müssten auf jeden Fall durchgeführt werden. Für ihre Unterlassung gebe es keine Rechtfertigung; sie sei unverständlich und nicht entschuldbar.


Die weitere Entwicklung war dadurch gekennzeichnet, dass die Mutter des Kindes, je weiter dieses heranwuchs, umso besorgter wurde, weil das Kind nicht sprechen lernte, obwohl es ansonsten aufmerksam und intelligent wirkte. Sie wurde jedoch von dem Arzt immer wieder dahin beruhigt, dass sie sich keine Sorgen zu machen brauche; es gebe eben auch „Spätentwickler“. Erst nach einem auf zufälligen Umständen beruhenden Arztwechsel kam bei dem neuen Behandler der Verdacht auf, dass die Ursache dafür, dass das Kind mit zwei Jahren noch immer nicht sprach, in einer Hörstörung liegen könne. Nachdem dieser Verdacht einmal gegeben war, veranlasste

der neue Kinderarzt sofort Untersuchungen, die diesen Verdacht bestätigten. Bis das Kind schließlich mit einem Cochlear-implantat versorgt werden konnte, verging allerdings noch einmal erhebliche Zeit. Die zuständige Krankenkasse hatte zunächst lediglich konventionelle Hörgeräte bewilligt, die aufgrund der erheblichen Hörstörung des Kindes selbstverständlich unwirksam blieben. Nach der zunächst einseitigen Versorgung mit einem CI kam es dann bei dem Kind zu einer sprunghaften Entwicklung des Sprachvermögens. Die erstaunlichen Auswirkungen, die die Implantation des ersten CI hatte, wurden in einem Film der Medizinischen Hochschule Hannover dokumentiert. Streitig war am Ende des Rechtsstreits nur noch, ob das Kind durch die Verzögerung seiner Versorgung einen dauernden Schaden erlitten hatte, wofür sprach, dass bei ihm auch noch Jahre nach der CI-Implantation im Vergleich zu seinen Altersgenossen ein Entwicklungsrückstand vorlag. Da sich dies nicht mit letzter Sicherheit aufklären ließ, wurde der Rechtsstreit durch einen Vergleich beendet.

Folgerungen

Mit der Aufnahme der Methoden der objektiven Audiometrie in die Kinderrichtlinien hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach Jahren auf eine Forderung der Fachleute reagiert. Hörstörungen von Kindern können heute bereits im Neugeborenenalter mit großer Sicherheit festgestellt werden. Es besteht allerdings keine Sicherheit, dass die Früherkennungsuntersuchungen, die heute durch die Kinderrichtlinien vorgeschrieben sind, auch wirklich bei jedem Kind vorgenommen werden.

Nach statistischen Untersuchungen werden die Vorsorgeuntersuchungen nur von ungefähr 90% der Eltern in Anspruch genommen. Man muss befürchten, dass eine nicht geringe Anzahl von Kindern noch immer durch das nunmehr viel engere Screening-Raster fällt. Es spricht manches dafür, dass vor allem bei Kindern von Migranten oder Asylbewerbern, ebenso auch bei Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen, die notwendige objektive Audiometrie keineswegs immer durchgeführt wird. Auf Störungen der Sprachentwicklung muss daher auch weiterhin mit großer Aufmerksamkeit reagiert werden. Dies gilt insbesondere hinsichtlich solcher Kinder, die aus anderen Gründen, z. B. wegen schwerer Erkrankungen, in stationäre Behandlung aufgenommen werden, wobei dann – als Zufallsbefund – festgestellt wird, dass die betroffenen Kinder entweder überhaupt nicht sprechen oder Sprachbehinderungen zeigen. Wird dies erkannt, so sollte unverzüglich eine pädaudiologische Untersuchung veranlasst werden.

Der geschilderte Fall und die beschriebenen medizinischen Zusammenhänge zeigen, dass das Kind auch in der weiteren Entwicklung und kinderärztlichen Betreuung sorgfältig, intensiv und zielgerichtet beobachtet, versorgt und ggf. behandelt werden muss. 

Quellen

- 1 Hannelore Grimm, Störungen der Sprachentwicklung, 2. Aufl. 2003.
- 2 Wendler/Seidner/Eysholdt, Lehrbuch der Phonetik und Pädaudiologie, 4. Aufl. 2005, S. 243.
- 3 Wendler/Seidner/Eysholdt, S. 255.
- 4 vgl. Hoffmann/Lentze/Spranger/Zepf, Pädiatrie, 4. Aufl. 2014, S. 2025.

Literatur

- Oerter/Montada, Entwicklungspsychologie, 5. Aufl. 2002.
- Birbaumer/Schmidt, Biologische Psychologie, 5. Aufl. 2003 (Abschnitt III Kap. 18).

AUTOR

Dr. Roland Uphoff
 Fachanwalt für
 Medizinrecht, M. mel.
 Kanzlei für
 Geburtsschadensrecht
 und Arzthaftung
 Heinrich-von-Kleist-Str. 4,
 53113 Bonn



Foto: © Susan Stevenson – Fotolia.com