



Sprachentwicklung in Deutschland

Dokumentation des Symposiums
Sprachförderung – Sprachtherapie
vom 29.11.2006

Sprachentwicklung in Deutschland

Dokumentation des Symposiums

Sprachförderung – Sprachtherapie vom 29.11.2006

im Jolly Hotel MediaPark Köln

► **Inhalt**.....

Vorwort

Dr. Monika Rausch 5

Thesen

Symposium Sprachförderung – Sprachtherapie

D. Schrey-Dern 6

**Sprachstörung – Kontinuum oder Ausdruck
beeinträchtiger Verarbeitungsprozesse?**

Prof. Dr. Sabine Weinert 7

**Frühe Erkennung von Störungen
der Sprachentwicklung**

Dipl. Psych. Steffi Sachse 24

**Sprachliche Förderung als Aufgabe
der vorschulischen Bildung**

Dr. Karin Jampert 32

**Sprachtherapie als Aufgabe des
Gesundheitswesens**

Prof. Dr. med. Harald Bode 39

**Sprachförderung und Sprachtherapie –
Synergien nutzen**

Dr. Monika Rausch 46

Fazit der Veranstaltung

D. Schrey-Dern 52

Adressen und Referenzen

54

*Ein Boot Wasser nehmt ham
Eine Brust ich sehn hab
Ich das guck an will
Alle Indianer fortrittet
Gleich morgen dir große Apfel bring*

Zitiert nach Weinert, Seite 13

Vorwort

Das im November 2006 veranstaltete Symposium des dbI „Sprachentwicklung in Deutschland - Kinder zur Sprache bringen“ stellte die Kinder in den Mittelpunkt der aktuellen Diskussion um Sinn und Zweck der Maßnahmen zur Sprachförderung und Sprachtherapie. Eingeladen waren Verantwortliche des Gesundheitssystems, des Bildungs- und Sozialwesens, der Krankenkassen, der Facharztverbände, Kassenärztlichen Vereinigungen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtsverbände. Auch Praktiker (Regionale Arbeitsstellen, Freie Praxen, Frühförderstellen oder Sozialpädiatrische Zentren) und Wissenschaftler unterschiedlicher Hochschulen waren vertreten.

Dem dbI war und ist es ein zentrales Anliegen, einen Beitrag zur Synergie in der Arbeit für die Kinder zu leisten, damit bei begrenzten Ressourcen größtmögliche Effekte bei der Unterstützung von Kindern erzielt werden können. Vorrangige Intention des Symposiums war es, eine Diskussion unter Verantwortlichen und Experten über die verschiedenen Unterstützungsmaßnahmen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen in Gang zu bringen, die Möglichkeiten für eine sinnvolle Komplementarität der Maßnahmen zum Wohle der Kinder auslotet. Eine solche Debatte muss im Kontext der gesellschaftlichen Realität, der politischen Zuständigkeiten, gewachsenen Strukturen, finanziellen Begrenzungen und spezifischen Interessen geführt werden.

Aus der Rezeption verschiedener Veröffentlichungen muss man den Eindruck gewinnen, dass in den beteiligten Disziplinen mit den gleichen Worten über die verschiedensten Sachverhalte und über gleiche Sachverhalte mit ganz verschiedenen Worten diskutiert wird. Daher war ein zentrales Ziel des Symposiums zu einer inhaltlichen Klärung von Sprachförderung und Sprachtherapie beizutragen und in diesem Kontext die Ressourcen der Logopädie im Bereich Sprachförderung in Deutschland konstruktiv einzubringen.

Für den dbI stellt das Symposium Sprachförderung – Sprachtherapie nur eine Zwischenetappe in der politischen Diskussion dar. Der dbI wird sich weiterhin dafür einsetzen, dass Kinder nicht in die Lücken von Zuständigkeiten geraten und dass vorhandene und begrenzte Ressourcen effektiv genutzt werden. Wir hoffen dabei auf Unterstützung von allen, die überparteiliche Grenzen, Verwaltungssektoren und berufsständische Interessen hinaus denken und danken denen, die das Anliegen konstruktiv unterstützen.

Dazu gehören sicher die Referentinnen und Referenten des Symposiums, die ihre fachliche Kompetenz und ihre Zeit in den Dienst der Sache gestellt haben. Ihnen gilt ein herzlicher Dank. Symposium und Dokumentation wären aber auch nicht möglich gewesen ohne das besondere Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der dbI-Geschäftsstelle. Dietlinde Schrey-Dern, Margarete Feit, Irina Albrecht und Anne Bartholomy sei deshalb an dieser Stelle besonders gedankt.

Dr. Monika Rausch (Präsidentin des dbI)

Thesen

Symposium Sprachförderung – Sprachtherapie

Dietlinde Schrey-Dern

Die derzeitigen Strukturen des Bildungs- und Gesundheitssystems begünstigen einen „Verschiebebahnhof“, der darin zum Ausdruck kommt, dass Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen die notwendigen Therapien unter Verweis auf die Durchführung von Sprachfördermaßnahmen vorenthalten werden. Eine Vernetzung von Aktivitäten des Bildungs- und Gesundheitssystems optimiert die vorliegenden Ressourcen und trägt auf diese Weise dazu bei, eine optimale Versorgung von Kindern mit Maßnahmen zur Sprachtherapie/-förderung im Vorschulalter zu gewährleisten.

Die nachfolgende Gegenüberstellung beschreibt thesenartig die wesentlichen Unterschiede zwischen den Bereichen Sprachtherapie und Sprachförderung und soll zu einer Klarstellung der beiden Bereiche in den Diskussion beitragen.

Der dem Thesenpapier zugrundeliegende Begriff von Prävention basiert auf den Leitlinien zur Prävention des CPLOL (2000), die auf der Grundlage der WHO Definition entstanden sind.

Literatur

CPLOL (2000). Guidelines for Prevention. www.cplol.eu

Sprachtherapie	Sprachförderung
Sprachtherapie vollzieht sich im Bereich der sekundären und tertiären Prävention.	Sprachförderung vollzieht sich im Bereich der primären Prävention.
Sprachtherapie richtet sich an Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (SES).	Sprachförderung unterstützt den Spracherwerb bei allen Kindern.
Eine Sprach(entwicklungs)störung ist Ausdruck einer zugrundeliegenden Verarbeitungsstörung.	Maßnahmen zur Sprachförderung sind bei Kindern mit SES nicht hinreichend.
Sprachentwicklungsstörungen (SES) lassen sich mit Hilfe logopädischer Diagnoseverfahren schon im frühen Kindesalter erkennen und behandeln.	Der Einsatz von Sprachförderprogrammen setzt keine spezifische Sprachdiagnostik voraus; sie sollten nicht erst kurz vor der Einschulung sondern so früh wie möglich eingesetzt werden.
In Deutschland besteht ein Defizit an logopädischer Effektivitätsforschung, z.B. für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Therapiefrequenz und Gesamtdauer der Therapie.	In Deutschland besteht ein Forschungsdefizit für die Untersuchung der Effektivität von Förderprogrammen für den Erwerb kommunikativer und sprachlicher Kompetenz.
Aufgabe des Gesundheitssystems ist es, die medizinisch-therapeutische Versorgung von Kindern mit SES sicherzustellen.	Aufgabe des Bildungssystems ist es, für alle Kinder Maßnahmen zur Förderung bereit zu stellen, dabei müssen die Fördermaßnahmen an die Bedürfnisse der Kinder angepasst werden.

Sprachstörung – Kontinuum oder Ausdruck beeinträchtigter Verarbeitungsprozesse?

Sabine Weinert (Universität Bamberg)

I. Einleitung

Der Erwerb der Sprache zählt zu den zentralen Entwicklungsaufgaben in der Kindheit. Trotz der Robustheit, die kennzeichnend für den Spracherwerb ist, ist zugleich kein anderer Bereich so häufig von Störungen betroffen, wie der sprachliche. Störungen der Sprachentwicklung bilden die größte Gruppe unter den Entwicklungsstörungen (vgl. z.B. Grimm, 2003). Dabei wachsen sich die Probleme dieser Kinder im Verlauf der Entwicklung keineswegs aus; vielmehr sind sie Risikokinder ersten Grades für die Ausbildung vielfältiger Folgeprobleme (für einen Überblick Weinert, 2005).

Betrachtet man Kinder ohne primäre Sprachstörungen, so haben sich nicht zuletzt im Kontext der großen internationalen Schulvergleichsuntersuchungen deutliche soziale Disparitäten und Nachteile von Kindern mit Migrationshintergrund gezeigt (z.B. Baumert et al., 2001; Bos et al., 2003). Für diese Unterschiede dürften vor allem auch Differenzen in der Beherrschung eines breiten und differenzierten Wortschatzes sowie akademischer Sprache bedeutsam sein. Dies hat in den letzten Jahren Anlass zu einer Fülle von Initiativen zur Sprachförderung im Kindergarten gegeben (vgl. Jampert et al., 2005).

Vor diesem Hintergrund liegt die Frage nahe, ob Störungen der Sprachentwicklung lediglich den unteren Bereich

einer Verteilung, eines Kontinuums der Sprachbeherrschung darstellen, so dass Unterschiede zwischen sprachgestörten und typisch entwickelten Kindern überwiegend quantitative Niveauunterschiede bzw. Unterschiede in der Entwicklungsgeschwindigkeit widerspiegeln. Zugleich ist zu fragen, ob die angesprochenen Initiativen zur Sprachförderung in Kindergärten in entscheidender Weise Sprachstörungen zu verhindern bzw. zu behandeln gestatten.

Um die zentrale Folgerung aus meinem Beitrag schon jetzt vorweg zu nehmen: Weder stellen Sprachentwicklungsstörungen eine einfache Verzögerung der Sprachentwicklung dar, noch dürften Fördermaßnahmen wie sie für Kinder ohne Sprachlernprobleme höchst hilfreich sind, ausreichend sein, die Sprachlernprobleme sprachgestörter Kinder zu verhindern oder zu behandeln.

II. Entwicklungsaufgabe Spracherwerb

Der Erwerb der Sprache ist humanspezifisch. Keine andere Art ist in der Lage, ein der menschlichen Sprache vergleichbares Regelsystem zu erlernen. Vor diesem Hintergrund ist unbestritten, dass Kinder für den Spracherwerb vorbereitet sind. Dieser beginnt bereits vor der Geburt und kann (und wird in der Regel) auch unter widrigen Lebensbedingungen in seinen Grundzügen gemeistert werden.

Bereits im ersten Lebensjahr bauen die Kinder auf der Basis der Sprachumwelt und angeborener Wahrnehmungs-, Lern- und Gedächtnisfähigkeiten ein differenziertes Wissen über die Laut- und Klangstruktur ihrer jeweiligen Muttersprache auf (für einen Überblick vgl. Weinert, 2006 a). Dieses Wissen erlaubt ihnen, den Sprachstrom der Umweltsprache in sprachlich sinnvolle Einheiten wie Sätze, Teilsätze und Wörter zu untergliedern. Zugleich stellt es einen wichtigen Einstiegsmechanismus in den Wort- und Grammatikerwerb dar.

Mit etwa neun Monaten ist ein erstes Wortverständnis zu beobachten und mit ca. 12 Monaten beginnen die Kinder selbst erste Wörter produktiv zu nutzen. Mit ungefähr 1 1/2 Jahren, wenn der produktive Wortschatz der Kinder ca. 50 Wörter, ihr rezeptiver durchschnittlich 200 Wörter umfasst, ändert sich das Wortlernen – seine Geschwindigkeit steigt deutlich an. Die Kinder lernen nunmehr etwa neun neue Wörter pro Tag hinzu und verfügen über Lernmechanismen, die es ihnen ermöglichen, oftmals nach einmaligem Hören, die Bedeutung eines neuen Wortes zu erschließen („fast mapping“). Zugleich beginnen die Kinder nun erste Wortkombinationen zu bilden (vgl. Weinert, 2006 a, für einen ausführlichen Überblick).

Die Verfügbarkeit von weniger als 50 Wörtern mit 24 Monaten stellt einen Risikofaktor für den weiteren Spracherwerb dar. Dies ist bei ca. 14 % der Kinder der Fall, von denen etwa 50 % eine persistente Sprachstörung ausbilden (u.a. Grimm, 2003).

Nur ein Jahr später, im Alter von drei Jahren, beherrschen sprachunauffällige Kinder bereits die wesentlichen Spielarten einfacher Sätze – teilweise bis zu einer Länge von mehr als 10 Wörtern. In den folgenden ein bis zwei Jahren wird die Kontrolle über zunehmend komplexere Satzgefüge (wie Relativsätze, Temporalsätze usw.) erworben.

Nach heutigem Erkenntnisstand stellt der Spracherwerb weder eine einfache Entfaltung genetisch programmierter Strukturen noch eine einfache Übernahme gehörter Sätze dar. Zudem lässt er sich nicht als einfache, lineare Annäherung an die Erwachsenensprache beschreiben. Er ist vielmehr durch schrittweise, systeminterne Reorganisationen und entwicklungstypische Zwischengrammatiken gekennzeichnet. Die nicht bewussten Analyseprozesse führen dabei oftmals zu Fehlern nach anfänglich korrektem Gebrauch (z.B. Übergeneralisierung der regelmäßigen Vergangenheit oder des Plurals (er gehte, geseht, die Tellers, die Männers), nachdem die Kinder zunächst – noch unanalysiert – die korrekten Formen verwendet haben).

III. Sprachstörungen

Dieser einfache unproblematische Erwerb gilt allerdings nicht für alle Kinder. Sprachstörungen entwickeln sich einerseits als sekundäre Störungen bei neurologischen oder sensorischen Einschränkungen oder sie entstehen bei pervasiven Entwicklungsstörungen oder geistiger Retardierung (für einen Überblick vgl. z.B. Grimm, 2003; Weinert, 2006 b). Darüber hinaus weisen 6 bis 8 % der Kinder – also nahezu jedes 14. Kind –

eine primäre spezifische Sprachentwicklungsstörung auf. Diese Kinder sind dadurch charakterisiert, dass sie eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben erfolgreich meistern, nicht aber den Erwerb der Sprache. Kennzeichnend ist, dass

- ihre nonverbalen Intelligenztestleistungen im Normalbereich liegen;
- darüber hinaus weisen sie weder sensorische Einschränkungen oder
- schwere neurologische Auffälligkeiten noch
- schwere sozio-emotionale Probleme auf,

die erklärend für ihre Sprachlernprobleme sein könnten.

Obgleich diese Kinder andere Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigen, haben sie ausgeprägte und sehr spezifische Probleme beim Erwerb der Sprache, speziell beim Erwerb der Grammatik (Grimm, 2003; Weinert, 2005).

Wie bereits erwähnt, wissen wir heute, dass sich die Probleme dieser „spezifisch-sprachgestörten“ Kinder – trotz immer wieder genährter Hoffnungen – nicht einfach auswachsen. Im Gegenteil: Sie erweisen sich als sehr stabil und sind von sich ausbreitender Wirkung mit gravierenden Konsequenzen für die kognitive und schulische, aber auch für die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder. Je nach Studie und Leistungsbereich liegt der Anteil der Kinder mit Schulleistungsschwierigkeiten zwischen 60 % und 75 %, teil-

weise sogar bei 90 %. Von etwa 50 % der Kinder werden Verhaltensstörungen und sozial-emotionale Probleme berichtet, die bis in den psychiatrischen Bereich hinein reichen (für einen Überblick vgl. Grimm, 2003; Weinert, 2005). Aus einem zunächst höchst umschriebenen Entwicklungsproblem entstehen somit häufig kumulierende, sich auf die gesamte Entwicklung ausdehnende Probleme, die eine erhebliche Belastung für die Kinder und deren Familien, aber auch für das Gesundheitssystem darstellen.

Vor diesem Hintergrund drängt sich die Frage auf, wie die gravierenden Sprachlernprobleme dieser Kinder erklärt werden können: Sind sie Ausdruck einer geringeren Sprachbegabung, d.h. bilden die Kinder einfach das untere Ende der Sprachbegabung oder gehen ihre Sprachlernschwierigkeiten auf soziale Vernachlässigung oder unzureichende Förderung zurück?

Beides ist nicht zutreffend. Dies will ich im Folgenden anhand von zwei aufeinander bezogenen Fragestellungen deutlich machen:

- (a) Was macht den Kindern den Spracherwerb so schwer? Oder anders formuliert: Wie kommt es, dass diese Kinder, obwohl sie andere anspruchsvolle Entwicklungsaufgaben erfolgreich meistern, so profunde und spezifische Schwierigkeiten beim Erwerb der Sprache aufweisen? Und hiermit zusammenhängend:

- (b) Ist die gestörte Sprachentwicklung lediglich durch eine Verzögerung oder zugleich auch durch eine qualitativ abweichende Entwicklung gekennzeichnet?

IV. Spezifische Spracherwerbsstörungen: Ursachenfrage und qualitative Abweichung

Lassen Sie mich mit der ersten Frage, der Frage nach den Ursachen beginnen. Zu betonen ist hier zunächst, dass spezifische Sprachentwicklungsstörungen kein Resultat eingeschränkter oder weniger geeigneter Umweltanregungen sind.

Dies ist in vielfacher Hinsicht überzeugend belegt (für einen Überblick z.B. Leonard, 1998). In zahlreichen Studien wurde sowohl das an die Kinder gerichtete Sprachangebot einerseits sowie Merkmale der spracherwerbsrelevanten Interaktionssituationen andererseits untersucht. Diese Studien liefern keine Hinweise darauf,

- (a) dass das Sprachangebot, das diese Kinder hören, eingeschränkt oder qualitativ abweichend ist;
- (b) darüber hinaus lassen sich auch keine abweichenden Interaktionen nachweisen, die erklärend für die Sprachlernprobleme der Kinder sein könnten.

Die Mütter (und andere Personen) passen sich – ebenso wie die Mütter typisch entwickelter Kinder – an den Sprachstand ihrer Kinder an und gebrauchen vergleichbare Sprachlehrstrategien in vergleichbarem Umfang (s. Grimm, 2003).

An dieser Stelle ist wichtig nochmals zu vermerken, dass Kinder normalerweise gute Sprachlerner sind; auch bei eingeschränktem Sprachangebot und unter schwierigen Umweltbedingungen lernen sie die grundlegenden Regeln der Sprache, an denen sprachgestörte Kinder scheitern.

In Einklang mit diesen Befunden steht auch, dass keineswegs nur bildungsfernere Familien von Sprachentwicklungsstörungen betroffen sind, sondern oftmals die in vielen Untersuchungen sogar vorrangig berücksichtigten Familien der Mittelschicht.

Fazit: An der Umwelt liegt es nicht!

Um nicht missverstanden zu werden: Dies bedeutet nicht, dass der Sprachumwelt keine Bedeutung zukommt – im Gegenteil. Nach heutigen Erkenntnissen ist der Spracherwerb sehr wohl förderbar. Bei sprachunauffälligen Kindern sind klare Zusammenhänge zwischen sprachlicher Anregung und Förderung einerseits und dem Sprachstand der Kinder andererseits nachgewiesen. Um einen breiten Wortschatz und eine akademisch anspruchsvolle, das schulische Lernen erleichternde Sprache ausbilden zu können, ist eine sprachfördernde Umwelt wichtig und notwendig.

Spezifische Störungen der Sprachentwicklung resultieren allerdings nicht aus mangelnder Förderung. Es ist u.a. Frau Grimms Verdienst deutlich gemacht zu haben, dass hieraus nicht geschlossen werden kann, dass wir die sprachliche Umwelt sprachgestörter Kinder getrost vergessen können, wie

dies gelegentlich irrtümlich gefolgert wird. Hier sind mindestens drei Argumente zu nennen:

- (1) Eine „normale“ sprachliche Umwelt bedeutet nicht notwendigerweise ein „optimales“ Sprachangebot. Dies gilt für Kinder ohne Sprachprobleme und noch viel deutlicher für sprachgestörte Kinder. Letztere benötigen „mehr“ oder genauer eine „andere“ Sprachförderung, um ihre Sprachlernschwierigkeiten kompensieren zu können.
- (2) Zudem scheinen die Mütter sprachgestörter Kinder im Laufe der Zeit und in Folge ihrer Erfahrungen mit ihrem Kind ihre sprachlichen Interaktionen teilweise in wenig förderlicher Weise zu verändern, indem sie z.B. vergleichsweise seltener die Äußerungen ihrer Kinder wiederholen und transformieren (Grimm, 1987). Dies ist zwar nicht die Ursache des gestörten Spracherwerbs, möglicherweise aber für weitere Fortschritte wenig hilfreich.
- (3) Schließlich verweisen Befunde von Grimm (1994) darauf, dass das Anpassungsverhalten der Mütter an den vergleichsweise niedrigen Sprachstand ihrer Kinder oftmals mit einer generellen Vereinfachung der sprachlichen Interaktionen auch im Hinblick auf das kognitive Anregungs- und Anforderungsniveau einhergeht. Aus der Sicht der kognitiven Förderung dürfte damit bei spezifisch-sprachgestörten Kindern, die ja zunächst eine altersgemäße kognitive Entwicklung aufweisen, eine „Fehlanspassung“ vorliegen,

die – langfristig gesehen – die kognitive Entwicklung der Kinder beeinträchtigen kann.

Wenn die Sprachlernschwierigkeiten der Kinder nicht an der Umwelt liegen, woran liegen sie dann? Übereinstimmend wird heute in der wissenschaftlichen Literatur davon ausgegangen, dass es die Kinder selbst sind, die Schwierigkeiten beim Sprachlernen aufweisen.

Hierfür sprechen insbesondere auch familiäre Belastungsstudien sowie Zwillingsstudien. Verschiedene familiäre Belastungsstudien zeigen, dass bei etwa 30 % der Eltern und Geschwister sprachgestörter Kinder ebenfalls eine Problemgeschichte im Sprachbereich berichtet wird – im Vergleich zu den üblichen 3-7 % bei entsprechenden Kontrollgruppen (Leonard, 1998; Tomblin & Buckwalter, 1994; Tallal et al., 1989; Plante et al., 1996; s. auch Weinert, 2005). Zwillings- und Adoptionsstudien, in denen eineiige (erbgut – identische) Zwillinge und zweieiige (50 % gemeinsames Erbgut) Zwillinge sowie Adoptivkinder (kein gemeinsames Erbgut) verglichen wurden, deuten ergänzend auf ein interessantes, allerdings noch vorläufiges Befundmuster hin (s. Plomin & Dale, 2000):

Untersucht wurde beispielsweise der Wortschatzumfang von Kindern im Alter von zwei Jahren (Dale et al., 1998). Ein sehr eingeschränkter Wortschatz stellt – wie bereits erwähnt – einen deutlichen Risikofaktor für die Ausbildung einer dauerhaften Sprachstörung dar.

Gefragt wurde, inwieweit die beobachtbaren individuellen Unterschiede im Wortschatzumfang in diesem Alter auf genetische oder vor allem auf Umweltunterschiede zurückgehen. Für zweijährige sprachunauffällige Kinder lag die Erblichkeitsschätzung für die beobachtbaren individuellen Unterschiede im Wortschatz bei 25 %; ca. 69 % der beobachtbaren Wortschatzunterschiede waren dagegen auf Unterschiede in der Umwelt zurückzuführen. Ganz anders, wenn man die Gruppe der 2-jährigen Kinder mit sehr eingeschränktem Wortschatz mit jener mit vergleichsweise besseren Leistungen verglich. Die gruppenbezogene Erblichkeitsschätzung betrug nun 73 %; lediglich 18 % der Unterschiede wurden durch die Umwelt erklärt (Dale et al., 1998).

Dale und andere (1998) schließen hieraus, dass Kinder mit kleinem Wortschatzumfang im Alter von 2 Jahren verglichen mit anderen Kindern ohne entsprechende Probleme einen qualitativ anderen Status haben: Sie sind nicht einfach das untere Ende der Normalverteilung.

In ähnlicher Weise zeigten Rice et al. (1999), dass das Bildungsniveau der Mutter zwar im oberen Leistungsbe- reich mit dem Wortschatzumfang der (4-jährigen) Kinder kovarierte, nicht aber im unteren. Auch wenn wir erst beginnen, entsprechende Befundmuster systematisch zueinander in Beziehung zu setzen, sprechen sie insgesamt

(a) für eine genetische Basis von Sprach- erwerbsstörungen sowie

(b) für eine qualitative Abweichung – anders gesagt: die Sprachlernpro- bleme dieser Kinder stellen nicht einfach den unteren Leistungsbe- reich dar, sondern kennzeichnen ein qualitatives Sprachlernproblem, das

(c) durch das „normale“ Sprachangebot nicht kompensiert wird.

Diese Folgerung deckt sich auch mit einer Fülle weiterer Beobachtungen, die beispielsweise zeigen, dass spezi- fisch sprachgestörte Kinder zwar keine schweren Beeinträchtigungen, sehr wohl aber spezifische Abweichungen in neuroanatomischen und neurophy- siologischen Maßen aufweisen (für Überblicke z.B. Ullman & Pierpont, 2005; Bishop, 2000; Leppänen et al., 2004). Der Status dieser noch sehr unzureichend beschriebenen Abwei- chungen ist allerdings offen: Sie spiegeln die Sprachlernprobleme der Kinder wider, sind aber nicht einfach deren Ursache.

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass Kinder mit fokalen Gehirnver- letzungen oftmals eine weit größere Plastizität in Hinblick auf den Spracher- werb aufweisen als dies für spezifisch sprachgestörte Kinder zu gelten scheint (Bates & Roe, 2001; Reilly et al., 2004).

Allerdings – und dies ist besonders wichtig: Aus diesen Befunden kann und sollte nicht gefolgert werden, dass Interventionen bei sprachgestörten Kindern wenig hilfreich sind – im Gegen- teil: Diese Kinder sind in besonderer Weise auf eine effektive Sprachtherapie angewiesen, um ihre Sprachlernpro-

bleme kompensieren zu können. Darüber hinaus sagen diese Studien und Befunde nichts darüber, was genau genetisch vererbt ist und in welcher Weise sich dies in abweichenden Lernprozessen und/oder Sprachstrukturen niederschlägt.

Dass spezifisch-sprachgestörte Kinder in der Tat Sprachformen ausbilden, die kein typisches Zwischenstadium eines ungestörten Spracherwerbs darstellen, wird durch eine Fülle von Studien gestützt. Ihr Sprachsystem ist höchst heterogen, da nicht alle Sprachkomponenten gleichermaßen gestört sind (für einen Überblick s. Weinert, 2005). Besonders markant sind die Probleme, die die Kinder beim Erwerb grammatischer Strukturformen aufweisen. Hier ist im Deutschen vor allem der Erwerb der Zweitstellung finiter Verben, der Aufbau morphologischer Paradigmen (z.B. der Anpassung der Verbflexion an das Subjekt), der korrekte Artikelgebrauch sowie der Erwerb obligatorischer Zeitmarkierungen und variabler Satzmuster zu nennen. Andere grammatische Merkmale sind hingegen weniger betroffen (s. Dannenbauer, 1997; Grimm, 2003; Weinert, 2005). Um an dieser Stelle nur einen kleinen Eindruck von den verquer klingenden Sätzen, die das Resultat der Erwerbsprobleme spezifisch-sprachgestörter Kinder sind, zu geben (Beispiele aus Grimm & Weinert, 1989; Dannenbauer, 1997):

Ein Boot Wasser nimmt ham
Eine Brust ich sehn hab
Ich das guck an will
Alle Indianer fortrittet
Gleich morgen dir große Apfel bring

Wenn Kinder ohne Spracherwerbsprobleme entsprechend lange Sätze bilden, so beherrschen sie bereits die zentralen Wortstellungsregeln und gleichen die Verbflexion an das Subjekt an. Sprachgestörte Kinder dagegen belassen das Verb rigide in der Endposition und flektieren es nicht korrekt wie die Beispiele zeigen.

Was diesen Kindern den Spracherwerb so schwer macht und wodurch genau ihre abweichenden Sprachformen hervorgebracht werden, wird intensiv untersucht, ist aber bislang nicht geklärt. Während einige Forscher vermuten, dass es sich speziell um ein im engen Sinne grammatisches Defizit handelt (s. z.B. van der Lely, 2005), vermuten andere, dass bestimmte Verarbeitungsprozesse gestört sind, die diese grammatischen Defizite hervorbringen (s. z.B. Grimm, 2003; Leonard, 1998; Weinert, 2005 für Überblicke).

An dieser Stelle ist es nicht möglich, das komplexe Muster empirischer Befunde und theoretischer Überlegungen im Einzelnen zu erörtern. Dennoch möchte ich zumindest auf einige immer wieder nachgewiesene Sprachverarbeitungsprobleme dieser Kinder hinweisen. Obgleich die nonverbalen Intelligenztestleistungen spezifisch-sprachgestörter Kinder im Normbereich liegen, weisen diese nämlich durchaus spezifische sprachbezogene kognitive Defizite auf, die erklärend für ihre Sprachlernprobleme sein könnten.

Zu nennen sind hier speziell Probleme im Bereich des auditiv-phonologischen Arbeitsgedächtnisses, der Verarbeitung rhythmisch-prosodischer Strukturen

sowie der Geschwindigkeit der Sprachverarbeitung. Modelle und Befunde zum Arbeitsgedächtnis legen nahe, dass diese Merkmale zusammenhängen. Sie schlagen sich u.a. in einer sehr eingeschränkten Fähigkeit nieder, sinnfreie Pseudowörter nach einmaligem Hören wiederzugeben. In der Tat sind die Schwierigkeiten, die spezifisch-sprachgestörte Kinder bei dieser Aufgabe aufweisen, noch ausgeprägter als ihre Sprachdefizite (Gathercole & Baddeley, 1990; Montgomery, 1995; Weinert, 1992, 2000).

direkt den Einstieg in den Wortschatz- und Grammatikerwerb sowie die Regelableitung erschweren und so zu qualitativ abweichenden Lernprozessen oder zumindest Resultaten führen (Weinert, 2000, 2005, vgl. Abbildung 1).

Dies ist eine mögliche, aber sicher noch nicht hinreichende und auch noch nicht hinreichend geprüfte Modellvorstellung.

Die Frage, was genau die Sprachlernschwierigkeiten dieser Kinder aus-

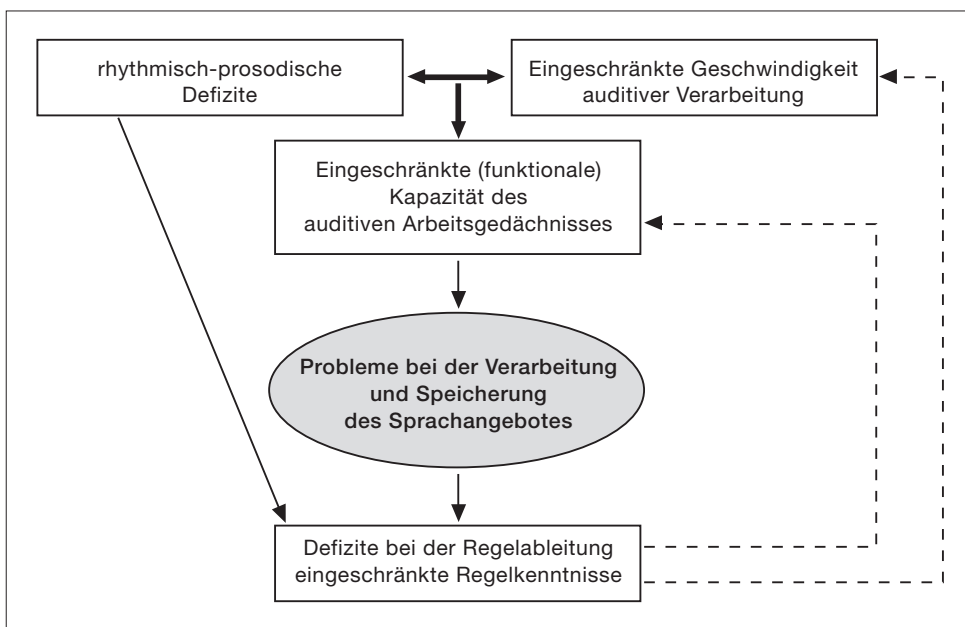


Abbildung 1 (aus: Weinert, 2006, S. 687)

Theoretisch wird vermutet, dass diese Schwierigkeiten zu Problemen bei der Verarbeitung und Speicherung des Sprachangebots führen, das die Grundlage für die Ableitung der Sprachregeln darstellt. Rhythmisch-prosodische Defizite können darüber hinaus auch

macht, ist auch deshalb besonders kompliziert, weil es sich bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen nicht um eine einheitlich-homogene, sondern um eine heterogene Störung handelt. Vor diesem Hintergrund wird heute davon ausgegangen, dass

es nicht die eine Ursache, sondern multiple Ursachen gibt. Da es sich um eine Entwicklungsstörung handelt, muss zudem betont werden, dass sich das Zueinander von Einflussfaktoren ebenso wie das Störungsbild entwicklungstypisch verändern kann und tatsächlich verändert.

V. Sprachstörungen als Entwicklungsstörungen

Betrachtet man spezifische Sprachentwicklungsstörungen als Entwicklungsstörung, so weisen erste Befunde darauf hin, dass diese Kinder bereits im ersten Lebensjahr Einschränkungen beim Aufbau lautlich-rhythmischen (phonologisch-prosodischen) Sprachwissens aufweisen, das – wie bereits erwähnt – einen wichtigen Einstiegsmechanismus in den Wortschatz- und Grammatikerwerb darstellt.

Mit zwei Jahren imponiert vor allem der eingeschränkte Wortschatz der Kinder. Dieser umfasst mit 24 Monaten weniger als 50 produktive Wörter. Erste empirische Hinweise deuten darauf hin, dass die Kinder Schwierigkeiten beim Erwerb von und flexiblen Umgang mit Wortlernprinzipien haben, die es sprachunauffälligen Kindern ermöglichen, durchschnittlich neun neue Wörter pro Tag zu lernen (Rothweiler, 2001; Weinert, 2003, 2004, 2005).

Im Vorschulalter schließlich sind die grammatischen Probleme der Kinder markant, speziell ihre Schwierigkeiten beim Erwerb der korrekten Wortordnung, der Subjekt-Verb-Kongruenz (also der Anpassung der Verbflexion an das Subjekt), dem Artikelgebrauch usw. (vgl. oben).

Die hieraus resultierenden auffallend falschen Sprachformen gehen im Schulalter zurück. Die Sprache der Kinder wird insgesamt weniger auffällig. Auch dann bleiben aber bedeutsame, wenngleich weniger offensichtliche Sprachprobleme erhalten: Die verwendeten Satzmuster sind einfach, rigide und nicht altersgemäß.

Auffällig werden nunmehr bei vielen dieser Kinder Schwierigkeiten beim Einstieg in den Leseerwerb sowie – zu einem etwas späteren Entwicklungszeitpunkt – vor allem Probleme beim Leseverständnis.

Die sprachlichen Probleme werden – wie bereits erwähnt – von sich ausbreitenden Schwierigkeiten im sozial-emotionalen und kognitiven Bereich begleitet, die selbst wieder zum Sprachproblem beitragen. Dies schlägt sich sogar in einem Absinken der so genannten non-verbalen Intelligenztestleistungen der Kinder um ca. 10 IQ-Punkte nieder und verweist auf die Bedeutung, die der Sprache und dem Spracherwerb in der kindlichen Entwicklung zukommt (vgl. auch Dannenbauer, 2002).

VI. Folgerungen für Diagnostik und Theorie

(a) Folgerungen für die Diagnostik

Sprachdiagnostik erfordert sehr genaue Kenntnisse der Prozesse und Bedingungen des ungestörten Spracherwerbs wie auch eine sehr genaue Kenntnis der Befundlage zu Sprachentwicklungsstörungen. Erst vor diesem Hintergrund ist es

möglich, hypothesengeleitet sowie kind- und problemzentriert festzustellen, wie das genaue Störungsbild des jeweiligen Kindes aussieht.

Neben der Sprachdiagnostik ist auch eine genaue Diagnostik kognitiver Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig. Wie wir gesehen haben, weisen spezifisch-gestörte Kinder zwar keine generelle kognitive Retardierung auf; spezifische spracherwerbs-relevante kognitive Einschränkungen sind aber sehr wohl syndrom-charakteristisch.

Da auch das Sprachprofil der Kinder heterogen ist, genügt auch hier keine einfache Sprachstandsfeststellung – der Spracherwerb dieser Kinder ist ja gerade durch eine starke Inhomogenität im Erwerbsmuster gekennzeichnet. Sprachstandsfeststellungen orientieren sich am „unauffälligen Erwerb“ – sie sind zugeschnitten auf allgemeine Indikatoren für Wortschatz, Grammatik, Semantik, Pragmatik, nicht aber auf spezifische Defizitbereiche innerhalb der einzelnen Komponenten.

Dabei ist heute kein Fischen im Trüben mehr notwendig – wohl aber eine sehr gute Kenntnis möglicher Störungsbilder, ihrer typischen Entwicklungsveränderungen sowie verfügbarer diagnostischer Instrumente.

(b) *Folgerungen für die Intervention*

Aus der Sicht der Intervention zeigt sich, dass eine einfache

Anreicherung des Sprachangebots und der Sprachlernsituationen bei spezifisch-sprachgestörten Kindern nicht ausreichend sein dürfte: ja sie kann teilweise sogar schädlich sein. Ich will dies kurz anhand eines Beispiels illustrieren.

Spezifisch-sprachgestörte Kinder haben, wie bereits angesprochen, besondere Schwierigkeiten, die rhythmisch-melodische Sprachstruktur zu verarbeiten und für den Erwerb von Regeln zu nutzen (Weinert, 2000).

Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, Sprachmelodie und Sprachrhythmus im Sprachangebot anzureichern, um die Verarbeitungsschwäche der Kinder zu kompensieren (Weinert & Müller, 1996). In der Tat profitieren sprachunauffällige Kinder oftmals aus einer solchen Anreicherung, zumindest wenn die Sprachverarbeitungssituation anspruchsvoll ist (Weinert, 1996).

Wie sieht dies nun bei sprachgestörten Kindern aus? In einer unserer Untersuchungen (Weinert & Müller, 1996) hat sich gezeigt, dass dies deutlich mit dem Ausmaß der jeweiligen individuellen Beeinträchtigung im rhythmisch-melodischen Bereich variiert. Bei sehr stark eingeschränkten Fähigkeiten führt die Anreicherung teilweise sogar zu einer Verschlechterung der Sprachverarbeitung.

Wie genau vorzugehen ist, ist vor diesem Hintergrund auf Basis der

Diagnostik zu entscheiden und darüber hinaus sehr genau in seinen Wirkungen zu evaluieren. Abweichend von Sprachförderungen wie sie im Kindergarten sinnvoll erscheinen, ist speziell und gezielt das genaue Leistungsprofil im kognitiven und sprachlichen Bereich der Kinder zu berücksichtigen. Während bei sprachunauffälligen Kindern davon ausgegangen werden kann, dass sie über die notwendigen Lernmechanismen für ein effizientes Sprachlernen verfügen und entsprechend aus einem gut gestalteten Sprach- und Interaktionsangebot profitieren werden, gilt dies nicht in gleicher Weise für sprachgestörte Kinder. Hier müssen die spezifischen Lernmechanismen und Prinzipien oft erst angebahnt und der Spracherwerb gezielt inszeniert werden. Ergänzend sind mitgestörte Bereiche zu behandeln.

VII. Fazit

(1) Eine ganze Reihe von Studien zeigt, dass auch bei sprachunauffälligen Kindern das Sprachlernen bedeutsam verbessert werden kann, wenn die Kinder gezielt gefördert werden. Besonders ein-drucksvoll macht dies eine Studie von Whitehurst et al. (1988) deutlich. Diese Studie zeigt, dass sich die Lehr-Lernprozesse in sprach-erwerbsrelevanten Bilderbuch-Situationen sogar in Mittelstandsfamilien (wie auch in Kindertagesstätten) durch vergleichsweise einfache Anleitungen optimieren lassen - mit positiven Effekten für die Sprach-produktionsleistungen der Kinder.

In der Studie von Whitehurst u.a. wurde ein Kontrollgruppen-Design realisiert. Die Eltern von 2-3jährigen Kindern ohne Sprachprobleme wurden in der Fördergruppe angeregt, Sprachlehrstrategien einzusetzen, die kindliche Sprachproduktion durch offene Fragen anzuregen und das Anspruchsniveau an die sich entwickelnden sprachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Kinder anzupassen.

Nach einem Trainingsmonat zeigten die Kinder der Förder- im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant bessere Sprachproduktionsleistungen und waren dieser in einem Sprachtest um 8,5 Monate voraus.

Insbesondere wenn es um einen breiten Wortschatz und eine akademisch anspruchsvolle Sprache geht, sind Kindergarten und Schule in vielfacher Hinsicht gefordert:

- Kinder sind, wenn man das langfristige Lernergebnis betrachtet, im Vergleich zu Erwachsenen die besseren Sprachlerner (s. Weinert, 2004b).
- Diese Lernfähigkeiten der Kinder gilt es zu nutzen und dies möglichst frühzeitig – insbesondere wenn man die Bedeutung von Sprache für den Wissenserwerb und die kognitive Entwicklung insgesamt betrachtet.

Damit die vielfältigen Bemühungen wirklich erfolgreich bei den Kindern ankommen, erscheinen mir zwei Dinge besonders wichtig:

- (a) Besondere Bemühungen sollten in die Vermittlung entsprechender Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten an Erzieherinnen investiert werden.
- (b) Kindergartenprogramme sollten gut und gezielt evaluiert werden.

Hier ist das Bildungssystem in besonderer Weise gefordert!

- (2) Sprachgestörte Kinder stellen nicht einfach das untere Ende der Verteilung dar. Sie benötigen eine speziell an ihrem individuellen Entwicklungsprofil orientierte und sehr genau evaluierte Förderung. Hierzu ist spezielles diagnostisches und interventionsbezogenes Fachwissen erforderlich sowohl in Hinblick auf den typisch verlaufenden als auch den gestört verlaufenden Spracherwerb und ihre jeweiligen Bedingungen.

Dabei sind vergleichsweise einfache Anreicherungen des Sprachangebots und der Interaktionssituationen oftmals nicht ausreichend. Die Sprachlernprobleme der Kinder erfordern ein spezielles Anbahnen von Wortlernprinzipien und Einstiegsmechanismen, eine spezielle Inszenierung des Spracherwerbs, die ihre grundlegenden Verarbeitungsprobleme zu kompensieren, auszugleichen vermag, z.B. indem das Sprachangebot in grundlegenden Merkmalen den Verarbeitungsproblemen der Kinder angepasst wird (s. u.a. Bishop, 2000; Weinert 2005). Allerdings fehlen vielfach ausreichende Evaluationen ent-

sprechender sprachtherapeutischer Programme und Prinzipien. Diese sind dringend gefordert.

Über entsprechende Evaluationen hinaus ist stets eine sehr genaue Überwachung im Einzelfall notwendig, um auch potenziell kontraproduktiven Entwicklungen sofort vorbeugen zu können. Interventionen sollten dabei so früh wie möglich beginnen – Möglichkeiten der Früherkennung von Risikokindern sind inzwischen vorhanden und sollten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen (zum Beispiel U-Untersuchungen) dringend genutzt werden (s. auch Grimm, 2003).

VIII. Abschließende Illustrierungen

Zum Abschluss möchte ich noch zwei Befundmuster ergänzen, die spezifische Verarbeitungs- und sprachbezogene Lernprobleme spezifisch-sprachgestörter Kinder illustrieren.

Beispiel 1 *greift die rhythmisch-prosodischen Defizite der Kinder auf.*

Sprachmelodie und Sprachrhythmus erfüllen eine Reihe von Funktionen (ausführlich s. Weinert, 2006a):

- (a) Sie erleichtern die Speicherung von Informationen.

Wir können uns prosodisch gruppierte Wortfolgen wie z.B. (Mann Schnee Hals) – (Fisch Clown Stock) besser merken als entsprechende nicht gruppiert vorgegebene Wortfolgen (Mann – Schnee – Hals –

Fisch – Clown – Stock). Das machen wir uns auch beim Merken von Telefonnummern zunutze und gilt bereits für 3jährige sprachunauffällige Kinder.

5- bis 6jährige spezifisch-sprachgestörte Kinder zeigten dagegen keine entsprechende Leistungssteigerung, wenn eine gruppierte im Vergleich zu einer ungruppierten Wortliste zu erinnern war (Bossek, 1995; Weinert, 2000). In einigen Aufgaben hatten die Kinder sogar deutlich mehr Mühe, prosodisch angereichertes Material zu lernen (Weinert, 1991, 1992, 2000).

- (b) Rhythmisch-prosodische Strukturierungen erleichtern nicht nur das Behalten, sondern darüber hinaus auch die Segmentierung des Sprachangebots wie das folgende Beispiel illustriert:
DERLUCHDERDIEPLABELNVERUM
MELTKRIELT.

Entgegen dieser unsegmentierten Kette liefert die rhythmisch-prosodische Struktur der gesprochenen Sprache vielfältige Hinweise auf Satz-, Teilsatz-, Phrasen- und Wortgrenzen. Säuglinge sind frühzeitig sensitiv für solche Gliederungshinweise.

- (c) Darüber hinaus vermag die rhythmisch-prosodische Strukturierung des Sprachangebots auch den Erwerb von grammatischen Kategorien und Regeln selbst zu begünstigen und als Einstiegsmechanismus zu dienen (vgl. für eine ausführliche Darstellung Weinert,

2006a). Als Illustrierung mag ein Beispiel von Baker (1979) dienen. Im Englischen sind verschiedene Varianten der Dativ-Bildung zulässig, so dass man aus (1a) und (2a) auch (1b) und (2b) bilden kann:

- (1a) John gave a book to Sam.
(1b) John gave Sam a book.

- (2a) John passed a book to Sam.
(2b) John passed Sam a book.

Vor diesem Hintergrund erscheint es nahe liegend, dass man aus (3a) den Doppeldativ (3b) bilden kann:

- (3a) John donated a book to Sam.
*(3b) John donated Sam a book.

Tatsächlich ist die zuletzt genannte Generalisierung aber – trotz der formalen und inhaltlichen Parallelität – im Englischen unzulässig. Eine entsprechende Doppeldativ-Bildung ist nur bei Verben zulässig, die einsilbig sind, oder, falls sie mehrsilbig sind, die Betonung auf der ersten Silbe haben. Entsprechende Merkmale werden bei neu eingeführten Kunstwörtern tatsächlich als Generalisierungsgrundlage produktiv genutzt.

Beispiel 2: Wortlernprinzipien

Wenn sprachunauffällige Kinder ein neues Wort hören, so lenkt dies ihre Aufmerksamkeit auf Dinge gleicher Art. Ab ca. 18 Monaten unterstellen sie, dass sich ein neues Wort, genauer: Nomen, auf kategorial verwandte Dinge bezieht. Diese Vorannahme erleichtert vor allem auch den Erwerb von Oberbegriffen.

Dies lässt sich folgendermaßen nachweisen (vgl. Markman & Hutchinson, 1984): Man zeigt den Kindern ein Bild (z.B. einen Hund) und anschließend verschiedene Wahlmöglichkeiten (z.B. eine Katze, einen Knochen).

Diese Wahlmöglichkeiten sind entweder kategorial mit dem Ausgangsbild verwandt (Hund – Katze) oder thematisch auf dieses bezogen (z.B. Hund – Knochen), oder sie stehen in keiner Beziehung zu dem Ausgangsbild (z.B. Hund – Lampe). Das Kind wird nun aufgefordert, noch so eines wie das Ausgangsbild zu zeigen. Jüngere Kinder wählen in diesem Fall oftmals das thematisch verwandte Bild (also den Knochen).

Das ändert sich, wenn eine Wortlernsituation hergestellt wird, indem das Ausgangsbild durch ein Phantasiewort (Puppensprache) benannt wird. Sagt man „schau, ein Dobus. Zeig mir noch einen Dobus“, so wählen die Kinder nun überwiegend die kategorial verwandte Alternative (also die Katze). Sie wissen, dass neue Wörter Dinge gleicher Art, nicht aber themenverwandte Dinge bezeichnen.

In einer Studie haben wir geprüft, ob auch spezifisch-sprachgestörte Kinder dieses Wortlernprinzip nutzen (s. Weinert, 2003, 2004).

Die Kinder sahen Aufgaben, wobei bei der Hälfte der Items das Ausgangsbild und die kategoriale Wahlmöglichkeit auf der Basiskategorieebene verwandt waren (zwei Hunde), bei der anderen Hälfte auf der Oberkategorieebene (Hund und Katze sind beides Tiere,

Banane und Apfel sind beides Obst). Zudem erhielten die Kinder je eine thematisch verwandte und eine irrelevante Wahlmöglichkeit.

Befunde: Die sprachunauffälligen Kinder beachteten das Wortlernprinzip, indem sie unter Wortlernbedingungen häufiger die kategoriale Wahlmöglichkeit wählten – dies galt sowohl für altersgleiche als auch für wortschatzparallelierte jüngere Kinder. Für die sprachgestörten Kinder galt dies hingegen nur, wenn Ausgangs- und Vergleichsbild auf der Basis-, nicht aber wenn sie auf einer abstrakteren Oberkategorieebene verwandt waren.

Das Antwortverhalten der sprachgestörten Vorschulkinder (durchschnittliches Alter: 5;8 Jahre) unterschied sich damit sowohl von jenem einer deutlich jüngeren, im Wortschatz vergleichbaren Kontrollgruppe sprachunauffälliger Kinder (durchschnittliches Alter 4;0 Jahre) als auch von dem Muster altersgleicher Kinder ohne Sprachprobleme sowie von einer Gruppe geistig behinderter Kinder (Weinert, 2003).

Solche Studien belegen, dass sprachbezogene Verarbeitungsprinzipien, die Kindern ohne primäre Sprachstörung den Spracherwerb deutlich erleichtern, bei spezifisch-sprachgestörten Kindern abweichen und in der Therapie besondere Berücksichtigung finden müssen.

Literatur

- Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Stanat, P., Tillmann, K.-J. & Weiß, M. (Hrsg.) (2001). PISA 2000: Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: Leske + Budrich.
- Bishop, D. V. M. (2000). How does the brain learn language? Insights from the study of children with and without language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 133-142.
- Bos, W., Lankes, E.-M., Prenzel, M., Schwippert, K., Walther, G. & Valtin, R. (Hrsg.) (2003). Erste Ergebnisse aus IGLU. Schülerleistungen am Ende der vierten Jahrgangsstufe im internationalen Vergleich. Münster: Waxmann.
- Bossek, S. (1995). Rhythmik, Semantik und Gedächtnisleistung. Eine Untersuchung mit dysphasisch-sprachgestörten Kindern. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Dannenbauer, F.M. (1997). Grammatik. In S. Baumgartner & I. Füssenich (Hrsg.). *Sprachtherapie mit Kindern* (S. 123-203). München: Reinhardt.
- Dale, P. S., Simonoff, E., Bishop, D. V. M., Eley, T. C., Oliver, B., Price, T. S., Purcell, S., Stevenson, J. & Plomin, R. (1998). Genetic influence on language delay in two-year-old children. *Nature Neuroscience*, 1, 324-328.
- Gathercole, S. E. & Baddeley, A. D. (1990). Phonological memory deficits in language disordered children: Is there a causal connection? *Journal of Memory and Language*, 29, 336-360.
- Grimm, H. (1987). Developmental dysphasia: New theoretical perspectives and empirical results. *The German Journal of Psychology*, 11, 8-22.
- Grimm, H. (1994). Entwicklungskritische Dialogmerkmale in Mutter-Kind-Dyaden mit sprachgestörten und sprachunauffälligen Kindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 26, 35-52.
- Grimm, H. (2003). Störungen der Sprachentwicklung (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Weinert, S. (1989). Mütterliche Sprache und Sprachverarbeitung dysphasischer Kinder. *Heilpädagogische Forschung*, XV, 15-24.
- Jampert, K., Best, P., Guadatiello, A., Holler, D. & Zehnauer, A. (2005). Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten. Konzepte, Projekte und Maßnahmen. Weimar/Berlin: verlag das netz.
- Leonard, L. B. (1998). Children with specific language impairment. Cambridge, MA: MIT Press.

- Leppänen, P. H. T., Lyytinen, H., Choudhury, N. & Benasich, A. A. (2004). Neuroimaging measures in the study of specific language impairment. In L. Verhoeven & H. van Balkom (Hrsg.). *Classification of developmental language disorders* (pp. 99-136). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Markman, E. M. & Hutchinson, J. E. (1984). Children's sensitivity to constraints on word meaning: Taxonomic versus thematic relations. *Cognitive Psychology*, 16, 1-27.
- Montgomery, J. W. (1995). Sentence comprehension in children with specific language impairment: The role of phonological working memory. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 38, 187-199.
- Plante, E., Shenkman, K. & Clark, M. (1996). Classification of adults for family studies of developmental language disorders. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 661-667.
- Plomin, R. & Dale, P. S. (2000). Genetics and early language development: A UK study of twins. In D. V. M. Bishop & L. B. Leonard (Eds.), *Speech and language impairments in children* (pp. 35-51). Hove: Psychology Press.
- Reilly, J., Weckerly, J. & Wulfeck, B. (2004). Neuroplasticity and development: The acquisition of morpho-syntax in children with early focal lesions and children with specific language impairment. In L. Verhoeven & H. van Balkom (Hrsg.). *Classification of developmental language disorders* (pp. 39-59). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rice, M. L., Spitz, R. V. & O'Brian, M. (1999). Semantic and morpho-syntactic language outcomes in biologically at risk children. *Journal of Neurolinguistics*, 12, 213-234.
- Rothweiler, M. (2001). *Wortschatz und Störungen des lexikalischen Erwerbs bei spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern*. Heidelberg: Winter.
- Tallal, P., Ross, R. & Curtiss, S. (1989). Familial aggregation in specific language impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 167-173.
- Tomblin, J. B., Buckwalter, P. R. (1994). Studies of genetics of specific language impairment. In R. V. Watkins & M. L. Rice (Eds.), *Specific language impairments in children* (pp. 17-34). Baltimore: Brookes.
- Ullman, M. T. & Pierpont, E. I. (2005). Specific language impairment is not specific to language: the procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 41, 299-433.
- van der Lely, H. K. J. (2005). Domain-specific cognitive systems: insight from Grammatical SLI. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 53-59.
- Weinert, S. (1991). *Spracherwerb und implizites Lernen: Studien zum Erwerb sprachanaloger Regeln bei Erwachsenen, sprachunauffälligen und dysphasisch-sprachgestörten Kindern*. Bern: Huber.

- Weinert, S. (1992).
Deficits in acquiring language structure: The importance of using prosodic cues. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 545-571.
- Weinert, S. (1996).
Prosodie - Gedächtnis - Geschwindigkeit: Eine vergleichende Studie zu Sprachverarbeitungsdefiziten dysphasisch-sprachgestörter Kinder. *Sprache & Kognition*, 15, 46-69.
- Weinert, S. (2000).
Sprach- und Gedächtnisprobleme dysphasisch-sprachgestörter Kinder: Sind rhythmisch-prosodische Defizite eine Ursache? In K. Müller & G. Aschersleben (Hrsg.), *Rhythmus. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 255-283). Bern: Huber.
- Weinert, S. (2003).
Entwicklung von Sprache und Denken. In W. Schneider & M. Knopf (Hrsg.), *Entwicklung, Lehren und Lernen* (S. 93-108). Göttingen: Hogrefe.
- Weinert, S. (2004a).
Wortschatzerwerb und kognitive Entwicklung. *Sprache-Stimme-Gehör*, 28, 20-28.
- Weinert, S. (2004b).
Fremdspracherwerb in der Langzeitperspektive: Sind Kinder die besseren Sprachlerner? In G. Faust, M. Götz, H. Hacker & H.-G. Rossbach (Hrsg.), *Anschlussfähige Bildungsprozesse im Elementar- und Primarbereich* (S. 119-138). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Weinert, S. (2005).
Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache. In P. F. Schlottke, R. K. Silbereisen, S. Schneider & G. W. Lauth (Hrsg.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf (Enzyklopädie der Psychologie C/V/5)* (S. 483-543). Göttingen: Hogrefe.
- Weinert, S. (2006a).
Sprachentwicklung. In W. Schneider & B. Sodian (Hrsg.), *Kognitive Entwicklung (Enzyklopädie der Psychologie C/V/2)* (S. 609-719). Göttingen: Hogrefe.
- Weinert, S. (2006b).
Sprachstörungen. In J. Funke & P. A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition* (S. 665-673). Göttingen: Hogrefe.
- Weinert, S. & Müller, C. (1996).
Erleichtert eine akzentuierte Sprachmelodie die Sprachverarbeitung? Eine Untersuchung zur Verarbeitung rhythmisch-prosodischer Informationen bei dysphasisch-sprachgestörten Kindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 28, 228-256.
- Whitehurst, G. J., Falco, F. L., Lonigan, C. J., Fischel, J. E., DeBaryshe, B. D., Valdez-Menchaca, M. C. & Caulfield, M. (1988).
Accelerating language development through picture book reading. *Developmental Psychology*, 24, 552-559.

Frühe Erkennung von Störungen der Sprachentwicklung

Steffi Sachse

1. Einleitung

Störungen der Sprachentwicklung treten im Rahmen von unterschiedlichen Störungsbildern auf. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich ausschließlich mit spezifischen oder so genannten umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. Nach der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen der WHO werden dabei eine expressive und eine rezeptive Form unterschieden (F 80.1 und F 80.2, nach ICD-10, WHO). Die im ICD-10 ebenfalls an dieser Stelle aufgeführten und oft zusätzlich zu beobachtenden Artikulationsstörungen sind nicht Gegenstand der Betrachtung.

Die Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen bezieht sich auf die Erfassung von sprachlichen Risikokindern in den ersten 3 Lebensjahren, bevor verlässliche Symptome einer Sprachentwicklungsstörung auftreten und diagnostiziert werden können. Vor dem Alter von drei Jahren kann derzeit lediglich eine Risikodiagnose gestellt werden. In dieser sind immer auch Kinder enthalten, die sprachliche Spätstarter sind und später keine Sprachentwicklungsstörung ausbilden werden.

2. Variabilität der frühen Sprachentwicklung

Lange vor der Produktion erster Wörter beginnt die kindliche Sprachent-

wicklung mit Schreien, Vokalisieren und Lallen. Kinder sind von Geburt an mit wichtigen Voraussetzungen für den Spracherwerb ausgestattet und erwerben schon in den ersten Lebensmonaten entscheidende Kenntnisse über das Laut- und Sprachsystem. Forschungsergebnisse der letzten Jahre weisen darauf hin, dass sich die kritische Phase innerhalb der ersten drei Lebensjahre befindet. Vielfach wird sogar davon ausgegangen, dass sich die für die Sprache entscheidende Entwicklungen bereits in den ersten Lebensmonaten vollziehen.

Bestimmte Stufen, so genannte Meilensteine der sprachlichen Entwicklung, werden von allen Kindern in der gleichen Reihenfolge durchlaufen. Die Bandbreite, wann diese Stufen erreicht werden, ist allerdings enorm. Für die Produktion von Zweiwortsätzen zeigt sich beispielsweise, dass die schnellsten 10 % der Mädchen und Jungen Zweiwortsätze bereits im Alter von 15 – 16 Monaten produzieren. Die langsamsten 10 % der Jungen sind dazu aber erst etwa 12 Monate später in der Lage (Largo 2003). Diese bestehende Variabilität bedeutet, dass es bei einer Frühdiagnostik von Sprachentwicklungsstörungen darauf ankommt, wirklich nur echte sprachliche Risikokinder zu identifizieren und von den normalen Varianten der Entwicklung abzugrenzen.

3. Möglichkeiten der Früherkennung in den ersten Lebensmonaten

Überwiegend anhand experimenteller Paradigmen wird in diesem Altersbereich die vorsprachliche Entwicklung beurteilt. Betrachtet werden dabei bspw. das Schreien, Lallen, die Produktion von Gesten und die Sprachverarbeitung.

Im Bereich des Schreiens werden eingeschränkte Variationsbreiten beim Schreien, hochfrequentes Schreien und eine erhöhte Grundfrequenz dahingehend untersucht, ob sie als erste Anzeichen einer verzögerten Sprachentwicklung anzusehen sind. Wermke (2004, 2006) zeigten einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit komplexer Schreimelodien und der Wortproduktionsleistung im Alter von 18 und 24 Monaten. Ein sehr später Beginn des Lallens nach dem 10 oder 11. Monat bzw. Besonderheiten der Lallmuster hinsichtlich Betonung und Zeitstruktur werden ebenfalls als Frühsymptom einer sprachlichen Verzögerung diskutiert (Oller 1999, Penner 2002). Ward (1992) erfasste frühe Sprachverzögerungen mit einem kurzen Fragebogen zur auditiven Wahrnehmung. Weitere Studien, die ein solches Screening nutzen oder die Lalleinsatzzeit untersuchen und vor allem deren prädiktiven Wert genauer bestimmen fehlen allerdings noch. Im Bereich der Sprachwahrnehmung und Zeitverarbeitung wurden in den letzten Jahren mittels neurophysiologischer Paradigmen über die Messung ereigniskorrelierter Potenziale auf verschiedenen Ebenen Unterschiede zwischen sprachlichen Risikokindern und

Kontrollkindern bzw. Vorhersagemöglichkeiten der weiteren Sprachentwicklung gefunden (z.B. Molfese & Molfese 1994, 1997; Friedrich et al. 2004).

Abschließend kann zu den Verfahren und Methoden der Früherkennung innerhalb des ersten Lebensjahres noch keine Aussage gemacht werden. Die Ergebnisse beruhen meist auf korrelativen Zusammenhängen zwischen vorsprachlichen Fertigkeiten und späteren Sprachleistungen und sind bisher nur im Gruppenvergleich aussagekräftig. In der Praxis sind die Methoden oft nicht einsetzbar und es liegen bisher keine standardisierten Normwerte vor, die eine Einzelfalldiagnostik in diesem frühen Alter erlauben.

Weiterführende Literatur

- Sachse, S. (2005). Frühe Identifikation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. In: W. v. Suchodoletz (Hrsg.). Früherkennung von Entwicklungsstörungen: Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. Göttingen: Hogrefe, S. 155-189.

4. Diagnostik im Alter von 12 Monaten

Im Alter von 12 Monaten sind sprachliche Leistungen Inhalt von verschiedenen Entwicklungstests. Überprüft werden dabei nur wenige sprachliche Items, so dass keine differenzierten Aussagen möglich sind. Als rein sprachliche Verfahren stehen für die-

sen Altersbereich Elternfragebögen zur Verfügung. Der ELFRA-1 (Grimm & Doil 2000, 2006) ist ein für den deutschen Sprachraum vorliegender Test mit kritischen Werten für 12 Monate alte Kinder. Die enthaltene Wortliste, bei der jeweils zu entscheiden ist, ob das Kind die angegebenen Wörter „versteh“ oder „versteh und sprich“ und die 67 zusätzlichen Ja/Nein Fragen werden zu den vier Skalen „Sprachproduktion“, „Sprachverständnis“ sowie „Gesten“ und „Feinmotorik“ zusammen gefasst.

Am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München wurde eine Studie durchgeführt, die den ELFRA-1 und dabei v. a. seine prognostische Aussagekraft überprüfen sollte (Sachse et al. 2007). Über den Geburtsanzeiger einer Zeitung rekrutierte Eltern von 121 Kindern füllten den Fragebogen kurz vor dem ersten Geburtstag der Kinder aus. Ein Jahr später wurde die Sprachentwicklung von 121 Kindern anhand des ELFRA-2 erneut beurteilt. Im Rahmen dieser Untersuchung ergab sich zunächst, dass ein sehr hoher Prozentsatz der einbezogenen Kinder im ELFRA-1 auffällige Werte erzielte (39 %), in der Untergruppe der Jungen waren es sogar 50 %. Als sehr kritisch erwies sich außerdem die Vorhersagekraft des Fragebogens. Die Übereinstimmung der Klassifikation eines Kindes als sprachlich auffällig bzw. unauffällig erwies sich als unzureichend. Es ergaben sich auf der einen Seite viele falsch-positive Zuordnungen (Kinder, die mit 12 Monaten durch den ELFRA-1 als auffällig eingestuft wurde, waren ein Jahr später völlig unauffällig), aber auch ein sub-

stanzieller Anteil an falsch-negativen Klassifikationen, d. h. mit zwei Jahren sprachlich verzögerte Kinder wurden durch den ELFRA-1 „übersehen“ und als unauffällig eingestuft. Sensitivität und Spezifität des Verfahrens sind damit als nicht ausreichend einzuschätzen.

Insgesamt erscheint des derzeit noch nicht möglich, mittels eines Testverfahrens Kinder mit einem hohen Risiko für spätere Sprachentwicklungsstörungen im Alter von 12 Monaten zu erfassen. Auch für den CDI (Infant Form, Fenson et al. 2000) als einem Verfahren, dass dem ELFRA-1 zugrunde liegt, ergaben sich unbefriedigende Werte für die prognostische Validität.

Weiterführende Literatur:

- Sachse, S., Saracino, M., & Suchodoletz, W. v. (2007). Prognostische Validität des ELFRA-1 bei der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. *Klinische Pädiatrie*, 219: 17-22.

5. Diagnostische Möglichkeiten zur Identifikation von sprachlichen Verzögerungen im Alter von 24 Monaten (Late Talkers)

Sind Kinder im Alter von 24 Monaten noch nicht in der Lage, mehr als 50 Wörter aktiv zu produzieren und/oder verwenden sie noch keine Zweiwortverbindungen, werden sie als Late Talkers bezeichnet. Der kritische Wert von 50 Wörtern hat sich als ein wichtiger Entwicklungsschritt herausgestellt, da es nach dem Überschreiten dieser Grenze zu einem

dramatischen Anstiegs des Wortschatzes kommt („Wortschatzexplosion“), erst dann andere Wörter als Nomen oder sozial-affektive Wörter erworben werden und somit die Voraussetzungen für die Produktion von Mehrwortverbindungen gegeben sind (z. B. Grimm 2003). Eine Klassifikation von Kindern als sog. Late Talkers kann über sprachliche Individualtests oder wiederum über Elternfragebögen geschehen. Im deutschen Sprachraum stehen dafür einmal der Sprachentwicklungstest für zwei- bis dreijährige Kinder (SETK-2, Grimm 2000) sowie der Elternfragebogen ELFRA-2 zur Verfügung.

Der ELFRA-2 (Grimm & Doil 2000, 2006) beinhaltet eine Wortschatzliste von 260 Wörtern, für die jeweils angekreuzt werden soll, ob das Kind dieses Wort spricht. Im Anschluss wird für 37 Satzbeispiele eingeschätzt, welche von jeweils mehreren dargebotenen Formen das Kind verwendet. Im Ergebnis ergeben sich drei Skalen – Wortschatz, Syntax und Morphologie, für die kritische Werte zur Verfügung stehen. Bei Unterschreiten des kritischen Wortschatzwertes von 50 (bzw. von 80 bei gleichzeitigem Unterschreiten der kritischen Werte für Syntax und Morphologie) wird eine sprachliche Verzögerung diagnostiziert. Zur Überprüfung der prognostischen Validität dieses Fragebogens wurde eine Studie analog zum ELFRA-1 durchgeführt (Sachse et al., im Druck). Eltern von 178 Kindern füllten den ELFRA-2 kurz vor dem zweiten Geburtstag der Kinder aus. Ein Jahr später wurden 149 Familien mit einer im Handbuch beschriebenen abgewandelten Versi-

on des Fragebogens für dreijährige Kinder nachuntersucht.

Dabei ergab sich zunächst, dass im Alter von 25 Monaten 16 % der Kinder als sprachentwicklungsverzögert eingestuft wurden. Dies entspricht den Angaben im Handbuch. Es zeigte sich auch, dass wie vermutet Jungen mit 18 % etwas häufiger als Mädchen (13 %) betroffen sind. Bei der Nachuntersuchung der Kinder nach einem Jahr zeigte sich insgesamt eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Klassifikationen als sprachlich unauffällig bzw. auffällig zu beiden Zeitpunkten. Nur ein sehr geringer Prozentsatz der ehemals unauffälligen Kinder zeigte im Alter von drei Jahren Defizite (sehr wenig falsch-negative Einschätzungen). Von den ehemaligen Late Talkers war etwa die Hälfte ein Jahr später sprachlich unauffällig. Diese Gruppe repräsentiert damit die „Late Bloomers“, also Kinder, die zwar eine sprachliche Verzögerung im Alter von 24 Monaten zeigen, diese aber ohne Intervention innerhalb eines Jahres aufholen. Die andere Hälfte der ehemaligen Late Talkers wies ein Jahr später Symptome einer gestörten Sprachentwicklung auf. Die Sensitivität und Spezifität des Verfahrens sind insgesamt als ausreichend hoch einzuschätzen. Der Anteil der falsch-positiven Zuordnungen (Late Bloomers) war so zu erwarten und zeigt noch einmal, dass die Diagnose einer verzögerten Sprachentwicklung mit zwei Jahren eine Risikodiagnose darstellt, da ein gewisser Anteil der Kinder die sprachlichen Defizite „von alleine“ aufholt. Auf der anderen Seite wurden fast alle Kinder, die mit drei Jahren Auffälligkeiten zeigten, durch den

ELFRA-2 bereits im Alter von zwei Jahren identifiziert.

Außerdem konnte für den ELFRA-2 nachgewiesen werden, dass die auf Grundlage von Elternaussagen gewonnenen Ergebnisse gut mit dem Ergebnis des Sprachtests SETK-2 übereinstimmen. Zu diesem Zweck wurde eine Reihe von Kindern mit beiden Verfahren untersucht (Sachse 2005, Sachse & v. Suchodoletz, in Druck).

Insgesamt stuft der ELFRA-2 15 % der Kinder als sprachliche Risikokinder ein. Seine prognostische Aussagekraft ist als ausreichend einzuschätzen, die Ergebnisse des Elternfragebogens stimmen gut mit den Ergebnissen eines mit dem Kind durchgeführten Sprachtests überein und der ELFRA-2 kann somit als Screening für den Bereich der Sprachproduktion, z. B. im Rahmen der U7, empfohlen werden. Als problematisch für einen generellen Einsatz hat sich die Länge des ELFRA-2 herausgestellt. Viele Eltern brauchen eigenen Angaben zufolge mehr als eine halbe Stunde zum Ausfüllen und halten es für unrealistisch, den Fragebogen im Wartezimmer des Kinderarztes zu vervollständigen. Vor diesem Hintergrund wurde versucht, eine Kurzversion zu erstellen (Sachse & v. Suchodoletz, in Druck). Ausgehend von 866 ausgefüllten Fragebögen wurde auf Grundlage der Hälfte der Fragebögen eine Kurzversion erstellt, in dem die Wortschatzbereiche regressionsanalytisch herausgearbeitet wurden, die die auffälligen Kinder am besten von den unauffälligen Kindern unterschieden. Diese Version wurde an der zweiten, unabhängigen Stich-

probe überprüft. Die Ergebnisse der Kurzfassung stimmten sehr gut mit den ELFRA-2 Originaldiagnosen überein. Derzeit wird an einer neuen Stichprobe überprüft, ob die entstandene Version mit ca. 50 Items eine ähnlich gute Übereinstimmung aufweist. In der zweiten Auflage des ELFRA-2 (Grimm & Doil 2006) ist ebenfalls eine gekürzte Version enthalten, die allerdings aus der gesamten Wortschatzliste von 260 Wörtern besteht.

Neben dem ELFRA-2 existieren mittlerweile noch zwei weitere Elternfragebögen: Der „Fragebogen zur kindlichen Sprachentwicklung – FRAKIS“ (Szagun 2004) und „Eltern antworten – ELAN“ (Bockmann & Kiese-Himmel 2006). Diese Verfahren, die ebenfalls Wortschatzlisten beinhalten, sind erst seit kurzem erhältlich und Studien zur prognostischen Validität, die überprüfen, inwieweit eine frühe Identifizierung von Kindern gelingt, die später die Diagnose einer Störung der Sprachentwicklung aufweisen, stehen noch aus.

Wie dargestellt, ist der ELFRA-2 ein reiner Sprachproduktionstest. Bei Auffälligkeiten in diesem Bereich muss in einem zweiten Schritt eine Abklärung des Sprachverständnisses erfolgen. Dies kann mit dem SETK-2 geschehen. Bei Durchführung des Sprachtests können auf Grundlage der vorliegenden Normwerte auch strengere Kriterien für Auffälligkeit zugrunde gelegt werden und so die Gefahr von falsch-positiven Diagnosen verringert werden. Die Durchführung eines Sprachtests ist im Vergleich zum Elternfragebogen mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden, kann

nur von Experten durchgeführt werden und ist sehr abhängig von der Motivation und Mitarbeit der Kinder.

Weiterführende Literatur:

- Sachse, S., Pecha, A., & Suchodoletz, W. v. (2007). Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Ist der ELFRA-2 für einen generellen Einsatz bei der U7 zu empfehlen? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155 (2), 140-145.
- Sachse, S. & Suchodoletz, W. v. (in Druck). Diagnostische Zuverlässigkeit einer Kurzversion des Elternfragebogens ELFRA-2 zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. *Klinische Pädiatrie*.
- Sachse, S. & Suchodoletz, W. v. (in Druck). Wie verlässlich sind Elternfragebögen zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen? *Kinderärztliche Praxis*.

6. Zusammenfassung

Wie früh ist eine zuverlässige Erfassung von sprachlichen Verzögerungen möglich? Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die experimentellen Methoden zur Überprüfung von frühen Markern einer gestörten Sprachentwicklung in den ersten Lebensmonaten derzeit noch keine Möglichkeit einer individuellen Diagnostik bieten. Ebensowenig gelingt eine gute Erfassung von sprachlichen Risikokindern im Alter von 12 Monaten über den Elternfragebogen ELFRA-1 aufgrund zu geringer Sensitivität und

Spezifität des Verfahrens. Im Alter von 24 Monaten ist eine zuverlässige Erfassung von Kindern mit einer Verzögerung der Sprachentwicklung (Late Talkers) unter Verwendung von Elternfragebögen und sprachlichen Individualtests möglich. Zur Bewertung von sprachproduktiven Defiziten kann der Elternfragebogen ELFRA-2 eingesetzt werden. Für eine differenziertere Einschätzung und zusätzlich eine Überprüfung des Sprachverständnisses steht der Sprachtest SETK-2 zur Verfügung. Kinder, die später eine Sprachentwicklungsstörung ausbilden werden, können mit diesen Verfahren bereits zuverlässig im Alter von zwei Jahren erfasst werden. Allerdings holt die Hälfte aller Kinder mit diagnostizierten Verzögerungen der Sprachentwicklung im Alter von 24 Monaten die sprachlichen Rückstände innerhalb eines Jahres auf. Erst im Alter von drei Jahren kann derzeit mit Hilfe von Sprachentwicklungstests (z. B. dem „Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder SETK 3-5“, Grimm 2001) die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung gestellt werden.

Einleitend wurde darauf hingewiesen, dass sprachliche Defizite auch im Rahmen anderer Störungen als einer spezifischen Störung der Sprachentwicklung auftreten können. Eine Diagnostik muss deshalb neben einer Überprüfung der sprachlichen Leistungen u. a. eine Testung der nonverbalen Fähigkeiten sowie des Hörvermögens, eine Abklärung medizinisch-neurologischer Ursachen und psychosozialer Begleitumstände beinhalten.

Weiterführende Literatur:

- Sachse, S. (2005).
Frühe Identifikation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. In: W. v. Suchodoletz (Hrsg.), Früherkennung von Entwicklungsstörungen – Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. Göttingen: Hogrefe -Verlag für Psychologie. S. 155-189.

Literatur:

- Bockmann, A.-K. & Kiese-Himmel, C. (2006). ELAN – Eltern antworten. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter. Göttingen: Hogrefe.
- Fenson L, Bates E, Dale P, Goodman J, Reznick JS, Thal D. (2000). Measuring variability in early child language: Don't shoot the messenger. *Child Development*, 71: 323-328.
- Friedrich, M., Weber, C. & Friederici, A. D. (2004). Electrophysiological evidence for delayed mismatch response in infants at-risk for specific language impairment. *Psychophysiology*, 41, 772-782.
- Grimm, H. (2000). Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder - SETK-2. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2001). Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder - SETK 3-5. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003). Störungen der Sprachentwicklung. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2000, 2006). Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. Göttingen: Hogrefe.
- Largo, R. H. (2003). Wachstum und Entwicklung. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie - Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (185 - 219). Stuttgart: Schattauer.
- Molfese, D. L. & Molfese, V. J. (1994). Short-term and long-term developmental outcomes: The use of behavioral and electrophysiological measures in early infancy as predictors. *Human behavior and the developing brain*, 493-517.
- Molfese, D. L. & Molfese, V. J. (1997). Discrimination of language skills at five years of age using event-related potentials recorded at birth. *Developmental Neuropsychology*, 13, 135-156.
- Oller, D. K., Eilers, R. E., Neal, A. R. & Schwartz, H. K. (1999). Precursors to speech in infancy: The prediction of speech and language disorders. *Journal of Communication Disorders*, 32, 223-245.

- Penner, Z. (2002).
Plädoyer für eine präventive Frühintervention. In W. v. Suchodoletz (Hrsg.), Therapie von Sprachentwicklungsstörungen (106-142). Stuttgart: Kohlhammer.
- Szagun, G. (2004).
FRAKIS - Fragebogen zur Erfassung der frühkindlichen Sprachentwicklung. CD, Universität Oldenburg, Institut für Psychologie.
- Ward, S. (1992).
The predictive validity and accuracy of a screening test for language delay and auditory perceptual disorder. *European Journal of Disorders of Communication*, 27, 55-72.
- Wermke, K. (2004).
Vom Schreien zur Sprache - Was die Schrei-Melodien von Säuglingen über die vorsprachliche Entwicklung aussagen. *Frühförderung interdisziplinär*, 2, 61-68.
- Wermke, K. (2006).
Die Bedeutung der frühesten Babylaute für den Spracherwerb. *Kinderärztliche Praxis, Sonderheft 'Frühe Gesundheitsförderung und Prävention'*, 18-23.

Sprachliche Förderung als Aufgabe der vorschulischen Bildung

Karin Jampert

Der Sprachförderboom in der Kita – was macht das Thema so brisant?

Sprache ist ein zentraler Bildungsbereich im Rahmen der Neuakzentuierung des Bildungsauftrags von Kindertageseinrichtungen.

Alle Bundesländer sind zur Zeit mit der Neuorientierung von Kindertageseinrichtungen als Bildungsinstitutionen befasst. Bundesweit werden Bildungs- und Erziehungspläne erarbeitet und erprobt. Diese elementarpädagogischen Programme zeichnen sich durch einen umfassenden Bildungsauftrag und einen ganzheitlichen Blick auf die kindliche Persönlichkeit aus. Der Bildungsbereich Sprache steht dabei in einer Reihe neben vielen weiteren Bildungs- und Entwicklungsschwerpunkten, wie beispielsweise ‚Bewegungserziehung‘ oder ‚naturwissenschaftliches Forschen‘. Der Bildungsauftrag, mit dem sich Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen auseinandersetzen müssen, erfordert insofern Professionalität auf vielen Gebieten der kindlichen Entwicklung und eine Auseinandersetzung mit einem breitem Spektrum an Fachwissen.

Die besondere Aufmerksamkeit, die der sprachlichen Förderung im Elementarbereich seit einiger Zeit zuteil wird, erschließt sich nicht durch diese neuen Bildungsprogramme. Getrennt davon finanzieren Bundesländer zusätzliche Maßnahmen zur Sprachstandserhebung und zur sprachlichen

Förderung im Elementarbereich. Die Brisanz, die der sprachlichen Förderung nicht nur von Seiten der Bildungspolitik, sondern ebenso aus Sicht der Wissenschaft und der Fachpraxis beigemessen wird, bezeugen auch die zahlreichen Fachtagungen, Qualifizierungsveranstaltungen und Expertenrunden, die auf allen Ebenen stattfinden.

Mangelhafte Deutschkenntnisse verhindern Chancengleichheit für alle Kinder.

Wichtige Auslöser dieses Sprachförderbooms waren die Ergebnisse der großen Bildungsstudien, insbesondere von PISA (Deutsches PISA-Konsortium 2002), die aufzeigen, dass Kinder aus den bildungsfernen Schichten – modern ausgedrückt aus dem abgehängten Prekariat – oft schon mit Eintritt in die Schullaufbahn im wahrsten Sinne des Wortes abgehängt sind und ausgeschlossen vom Zugang zum gesellschaftlichen Wissen.

Die Studien verweisen darauf, dass bei vielen Kindern nicht wirklich von Chancengleichheit gesprochen werden kann, denn Bildungschancen sind hierzulande in hohem Maße durch die soziale Herkunft bestimmt. Dieser Befund widerspricht dem Selbstverständnis des deutschen Bildungssystems, zu dessen Grundwerten gehört, dass jedem Kind ein schulischer und sozialer Erfolg offen stehen soll.

Der sprachlichen Entwicklung der Kinder kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu, da die deutsche Sprache das

zentrale Medium für eine aktive Mitwirkung und partizipierende Teilnahme in den Bildungsinstitutionen ist. Die deutsche Sprachkompetenz ist entscheidend für den Zugang zu allen Bildungsinhalten, sowohl bei Mathematik in der Schule als auch bei naturwissenschaftlichen Projekten in der Kita.

Die sprachlichen Fähigkeiten vieler Kinder erweisen sich gemessen an den institutionellen Anforderungen und Erwartungen als unzureichend.

Die bildungspolitische Sichtweise spiegelt sich wider in Beobachtungen und Erfahrungen vieler Fachkräfte, die einen nachhaltigen Bruch konstatieren zwischen ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag und dem, was in der Praxis machbar ist. Eine große Anzahl von Kindern kommt mit den sprachlichen Anforderungen der Bildungsinstitutionen nicht zurecht.

Das betrifft am auffälligsten viele Kinder aus Migrantenfamilien, die einen Spracherwerbsprozess durchlaufen, der nicht den institutionellen Erwartungen entspricht. Ihre Erstsprachenkompetenz ist in der Institution nicht hilfreich und ihre Deutschkenntnisse hinken meist denen von einsprachig deutschen Kindern hinterher. Aber auch viele einsprachig deutsch aufwachsende Kinder fallen Fachkräften durch geringe und undifferenzierte Sprachkenntnisse auf.

Frühe Mehrsprachigkeit gilt als Bildungschance, die dem natürlichen sprachlichen Lernpotential von Kindern entspricht.

Neben diesem kritischen, defizitorientierten Blick auf den frühkindlichen Deutscherwerb gibt es auf verschiede-

nen gesellschaftlichen Ebenen ein zunehmendes Interesse an frühkindlicher Mehrsprachigkeit. Die frühe Begegnung mit anderen Sprachen wird hier als Bildungschance gesehen und der natürliche Sprachaneignungsprozess von Kleinkindern als besonders günstiges und bislang vernachlässigtes sprachliches Lernpotential.

So wird mittlerweile in zahlreichen Kindertageseinrichtungen ein spielerischer Einstieg in die englische oder französische Sprache angeboten. Dieser positive Bezug auf frühe Mehrsprachigkeit ist allerdings selektiv. Vorzugsweise international anerkannte Sprachen finden sich im Bildungsangebot von Kindertageseinrichtungen – im Unterschied zu den zahlreichen Erstsprachen, die Kinder aus Migrantenfamilien in die Einrichtung mitbringen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sprachliche Förderung im Kindergarten, im Rahmen unterschiedlicher gesellschaftlicher Interessen und Entwicklungen, zu einem relevanten Themenbereich geworden ist. Darüber hat sich ein gewaltiges Erwartungspotential aufgebaut bezüglich dessen, was Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen in Sachen Sprache alles zu leisten haben.

Ansätze und Konzepte auf dem Markt – was wird von Kitas erwartet?

Eine nicht mehr zu überblickende Menge an sprachlichen Förderkonzepten und Erhebungsinstrumenten ist aktuell im Angebot, und entsprechend groß ist der Druck, der auf Fachkräften von Kindertageseinrichtungen lastet.

Aufgrund der zunehmenden Unübersichtlichkeit wurde das Deutsche Jugendinstitut vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit einer bundesweiten Recherche zur Sprachförderung im Elementarbereich beauftragt (Jampert/Best u.a. 2005). Die Studie hatte das Ziel, das Spektrum an Sprachförderkonzepten aufzuzeigen und zu besprechen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeichnen ein höchst umfangreiches und komplexes Anforderungsprofil einer professionellen Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen.

Vor einer Förderung steht die **Sprachstandsfeststellung**. Diese wird in manchen Bundesländern flächendeckend durchgeführt (wie z.B. in Berlin mit dem Instrument ‚Deutsch plus‘). In anderen Ländern ist der Erhalt von Fördergeldern an den Nachweis gebunden, Sprachstandserhebungen durchzuführen (wie z.B. in Baden-Württemberg beim Sprachförderprojekt ‚Sag‘ mal was – Sprachförderung für Vorschulkinder‘ der Landesstiftung).

Experten haben vielfach auf die Unzulänglichkeiten vieler Instrumente hingewiesen, insbesondere auf den Einsatz von Screenings bei mehrsprachigen Kindern, die für einsprachige Kinder konzipiert sind. Kritisch besprochen wird auch die begrenzte Aussagekraft von Tests, die zwar der Abgrenzung zwischen Auffälligkeit und Unauffälligkeit dienen, aber nicht orientiert sind am sprachlichen Förderprofil einer Kindertageseinrichtung (List 2005).

Neben der Sprachstandserhebung gehört die kontinuierliche **Beobachtung und Dokumentation** der sprachlichen Entwicklung aller Kinder zum Aufgabengebiet einer Erzieherin. Dafür werden je nach Land oder Trägerschaft

unterschiedliche Instrumente vorgegeben oder empfohlen, wie z.B. ‚sismik – Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen‘ (Ulich/Mayr 2003) oder das ‚Sprachlerntagebuch für Kindertagesstätten‘ (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport 2006). Die Dokumentation der Sprachentwicklung erfolgt meist zusätzlich zur allgemeinen Entwicklungsdokumentation der Kinder.

Was die **Sprachförderung** betrifft, findet sich eine Bandbreite an unterschiedlichen Konzepten und Ansätzen. Zu unterscheiden sind zunächst die **Zielgruppen**, die im Fokus der Maßnahmen stehen, wie:

- Kinder mit Deutsch als Zweitsprache
- sprachlich verzögerte oder auffällige Kinder
- bilinguale Kinder oder Kinder, die eine Fremdsprache erwerben sollen oder es finden sich
- spezifische Altersgruppen, wie z.B. Kinder im letzten Kindergartenjahr.

Neben den Zielgruppen unterscheiden sich die sprachlichen Förderziele der Ansätze, z.B. ob sie

- eine Erweiterung und Differenzierung des Wortschatzes verfolgen
- vorrangig kommunikative Fähigkeiten fördern
- sprachstrukturelle Aspekte in den Vordergrund stellen, wie etwa die phonologische Bewusstheit oder die Satzbildung.

Auch methodisch setzen die Konzepte unterschiedliche Akzente, unter anderem dadurch, ob Sprachförderung in den Kita-Alltag integriert erfolgen soll oder als zusätzliche Fördermaßnahme gedacht ist.

Zur sprachlichen Förderung in Kindertageseinrichtungen gehört als weitere zwingende Aufgabe die **Kooperation mit den Eltern**. Häufig ist sie eng verbunden mit einer intensiven Beratungstätigkeit. Insbesondere bei Migrantenfamilien treffen Erzieherinnen auf große Ängste, und viele Eltern sind unsicher, wie sie sich gegenüber ihrem Kind sprachlich verhalten sollen.

Nicht zuletzt stehen Fachkräfte vor wichtigen **Kooperationsaufgaben mit der Grundschule und mit zusätzlichen Kräften**, die von außen für Sprachfördermaßnahmen in die Einrichtung kommen. Die gemeinsame Planung und ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch mit Lehrkräften und Zusatzkräften können entscheidend sein für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Sprachfördermaßnahmen.

Mit der sprachlichen Förderung im Elementarbereich hat sich ein weites Aufgabengebiet für Erzieherinnen eröffnet, dessen Grenzen zu spezifischen Aufgaben des schulischen und therapeutischen Bereichs nicht immer klar abgesteckt sind. Die Überfrachtung des Elementarbereichs resultiert u.a. aus einer polarisierenden Wahrnehmung der kindlichen Sprachfähigkeiten, die sich entweder auf sprachliche Defizite konzentriert oder den frühen Spracherwerb als besonderes günstiges Entwicklungspotential betrachtet. Damit geht sowohl der Blick für die Beson-

derheiten der Sprache von Kindern verloren, als auch für die spezifischen Potentiale einer Sprachförderung von Kindertageseinrichtungen. Eine vorrangige Aufgabe liegt somit in der Entwicklung eines Aufgabenprofils, das gezielt die Stärken und Potentiale dieser Institution erarbeitet und zur Entfaltung bringt.

Was können Kindertageseinrichtungen (nicht) leisten in Sachen sprachlicher Förderung?

Relativ leicht fällt eine Antwort auf diese Frage im Sinne einer abgrenzenden Bestimmung: Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen kann kein Ersatz für eine therapeutische Intervention sein; sie kann keine Sprachentwicklungsstörungen oder sprachliche Behinderungen beheben. Und genauso wenig sind Erzieherinnen für diagnostische Aufgaben, für die Erhebung und Feststellung sprachlicher Abweichungen und ihrer Ursachen, qualifiziert und ausgebildet.

Was aber sind Sprachförderaufgaben, die sich aus dem spezifischen Auftrag der Institution, Kinder zu betreuen, zu erziehen und zu bilden, ergeben?

Begleitung und Unterstützung der Kinder beim Prozess der Sprachaneignung

Kinder im Kindergartenalter sind intensiv mit der Aneignung von Sprache befasst. Spracherwerb ist für sie kein Zweck, vielmehr sind sprachliche Fähigkeiten ein beiläufig erworbenes Nebenprodukt ihres spielerischen Handelns und ihrer Interaktionen. Sprache wird dabei im Verlauf der Kindergartenzeit zu einem zunehmend wich-

tigeren Mittel ihres Handelns, ihres Nachdenkens und bei der Gestaltung ihrer Freundschaften.

Daraus leitet sich der primäre Sprachförderauftrag für Kindertageseinrichtungen ab, nämlich alle Kinder in ihrer sprachlichen Entwicklung zu fördern und zu unterstützen. Sprachförderung ist damit eine grundständige Aufgabe jeder Kindertageseinrichtung und keine zusätzliche Aufgabe unter besonderen Bedingungen und mit besonderen Zielsetzungen. Es geht zunächst weder um sprachliche Defizite von Kindern noch um besonders günstige Sprachlernfenster, sondern um die Unterstützung aller Kinder bei ihrem täglichen Aneignungsprozess des ‚Handwerkszeugs Sprache‘.

Daraus folgt, dass Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen theoriegestützt erfolgen muss. Fachkräfte brauchen differenzierte Kenntnisse über sprachliche Strukturen ebenso wie über den Spracherwerbsverlauf bei Kindern. Nur mit einer soliden theoretischen Grundlage sind sie in der Lage, Merkmale und Veränderungen im Sprachgebrauch von Kindern sensibel wahrzunehmen und diese bei ihrer Angebotsgestaltung zu berücksichtigen.

Beobachtung und Dokumentation ist Bestandteil der sprachlichen Förderung.

Eine professionelle Beobachtung und Dokumentation der kindlichen Sprachentwicklung ist ein weiterer Bereich, der eine spezifisch elementarpädagogische Sprachförderung auszeichnet. Mit Sprachbeobachtungen und Dokumentationen der Aneignungsprozesse lassen sich die individuellen Entwicklungsschritte eines Kindes verfolgen

und Fortschritte, Veränderungen und Schwierigkeiten im kindlichen Umgang mit Sprache erkennen. Damit qualifizieren Erzieherinnen sich zu wichtigen Kooperationspartnerinnen für Lehrkräfte oder Sprachtherapeutinnen. Sie können Auskunft geben über kindspezifische Besonderheiten des Sprachentwicklungsverlaufs, und sie sind in der Lage, die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit zusätzlicher Fördermaßnahmen am alltäglichen Sprachverhalten von Kindern zu überprüfen.

Sprachförderung ist eine Querschnittsaufgabe.

Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen knüpft daran an, wie Kinder sich Sprache aneignen. Für Kinder findet Sprache überall statt. Sie singen und toben, handeln in ihren Spielen Regeln aus und erforschen ihre Umgebung. Kinder erwerben Sprache und sprachliches Wissen in Situationen, die für sie echte Handlungsrelevanz besitzen. So ist ein reichhaltiges pädagogisches Angebot ein Anker für die Entwicklung sprachlicher Fertigkeiten und motiviert Kinder zum differenzierten Sprachgebrauch. Sprachförderung ist in diesem Sinne eine Querschnittsaufgabe, die im Freispiel ebenso wie im Zusammenhang mit musischen oder sportlichen Aktivitäten erfolgt – und nicht als zusätzliche Förderaufgabe. Diesen Ansatz entwickelt das Projekt „Sprachliche Förderung in der Kita“ am Deutschen Jugendinstitut, in dem sprachliche Aktivitäten systematisch in Bildungsangebote integriert werden (beispielhaft bearbeitet für die Bereiche Musik, Bewegung, Naturwissenschaften und Medienarbeit) (Jampert/Leuckefeld/Zehnbauer/Best 2006).

Sprachliche Bildung

Neben dieser entwicklungsbegleitenden Sprachförderung liegt eine weitere Aufgabe in der sprachlichen Bildung der Kinder. Dazu gehört, Kindern Lust und Freude am kulturellen Reichtum von Sprache zu vermitteln sowie ihnen den Zugang zum spannenden Bereich der Buch- und Schriftkultur zu öffnen.

Sprachförderung für Kinder mit Migrationshintergrund

Unter den gegebenen institutionellen Bedingungen benötigt ein Teil von Kindern mit Migrationshintergrund eine über die Möglichkeiten von Kindertageseinrichtungen hinausgehende Förderung in der deutschen Sprache. Das betrifft zum Beispiel einen intensiven und gezielten deutsch-sprachlichen Input im ersten Kitajahr, also bei den zwei- bis dreijährigen Kindern, wenn sie sich auf die aktive Verwendung der deutschen Sprache umstellen müssen. Aber auch zahlreiche ältere Kinder, die Deutsch als Zweitsprache erwerben, bedürfen einer gezielten Unterstützung beim Erwerb grammatischer Regeln und Strukturen (Guadatiello 2003). Darüber hinausgehend belegen Erfahrungen aus Sprachförderprojekten, dass eine zusätzliche Begleitung und Förderung durch ein zweisprachiges Vorbild für mehrsprachige Kinder von entscheidender Bedeutung für den Erwerb ihrer Erst- und Zweitsprache sein kann. Dies gilt nicht nur für Kindertageseinrichtungen, sondern ebenso für die Grundschule (Jampert 2003).

Sprachförderung für Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen

Für die Ermittlung von Spracherwerbsstörungen und für gezielte Interven-

tionen sind Sprachtherapeutinnen und Logopädinnen die professionellen Fachkräfte. Ein bislang ungenutztes Potential liegt in der Kooperation zwischen einer kita-spezifischen Sprachförderung und einer logopädischen oder sprachheilpädagogischen Sprachtherapie. Dabei können sowohl Therapeutinnen von den alltäglichen Sprachbeobachtungen der Erzieherinnen profitieren als auch Fachkräfte aus Kindertageseinrichtungen vom Sprach-Wissen und von sprachlichen Förderstrategien der Therapeutinnen.

Literatur

- Deutsches PISA-Konsortium (Hrsg.) (2002).
PISA 2000 – Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, Opladen
- Guadatiello, A. (2003).
KIKUS – Sprachförderung Deutsch für Kinder im Vor- und Grundschulalter.
 Projektdokumentation – Linguistische Analysen – Empfehlungen, München
- Jampert, K. (2003).
Deutsch lernen beginnt mit der Pflege der Muttersprache, in: klein & groß , S.7-8
- Jampert, K./Best, P./Guadatiello, A./Holler, D./Zehnauer, A. (2005).
Schlüsselkompetenz Sprache.
Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten.
Konzepte – Projekt – Maßnahmen, Weimar/Berlin

- Jampert, K./Leuckefeld, K./Zehnbauer, A./Best, P. (2006). Sprachliche Förderung in der Kita. Wie viel Sprache steckt in Musik, Bewegung, Naturwissenschaften und Medien? Weimar/Berlin
- List, G. (2005): Was tun und was können Kinder sprachlich? Auf dem Weg vom linguistischen Testversuch zum entwicklungspsychologischen Sprachhandlungskonzept, in: Gogolin, I./Neumann, U./Roth, H-J. (Hrsg.): Sprachdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, Münster
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2006). Sprachlerntagebuch für Kindertagesstätten. Handreichung für Erzieherinnen und Erzieher, Berlin
- Ulich, M./Mayr, T. (2003). sismik – Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen, Freiburg i.B.

Sprachtherapie als Aufgabe des Gesundheitswesens

Harald Bode

Sprachentwicklungsstörungen stellen einen häufigen Vorstellungsgrund beim Kinder- und Jugendarzt dar. Die Prävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen der Sprache im Vorschulalter liegt bei etwa 5-10 %. Die Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen hängt nicht zuletzt auch von ihrer Definition ab. Störungen der Sprache sind eine wesentliche Indikation für eine sprachtherapeutische bzw. logopädische Behandlung.

Ursachen

In wenigen Einzelfällen lassen sich umschriebene genetische Ursachen für eine Sprachentwicklungsstörung identifizieren. Man hat Deletionen (Verlust von Erbmaterial auf einem Chromosom) z.B. auf dem Chromosom 7q31 festgestellt, auch Defekte im Bereich der Gene Fox P2, CFTR, D7S3052. Interessanterweise können auch Duplikationen (Verdoppelung von Erbmaterial auf dem Chromosom) zu Sprachstörungen führen. Dies ist auf den Chromosomen 7q11 und 15q11- q13 nachgewiesen worden.

In den genannten Fällen ist die Sprachstörung durch einen genetischen Defekt (monogenes Erbleiden) bedingt, häufiger bestehen jedoch noch nicht näher charakterisierte Veränderungen an vielen Genen (polygene Vererbung) als Ursache für eine nicht selten familiär auftretende Sprachentwicklungsstörung.

Neuropathologische Untersuchungen haben bei einigen Patienten Störungen der neuralen Migration (Wanderung der Nervenzellen) nachgewiesen. Diese finden sich insbesondere im Bereich des Parietal- oder Temporallappens und um die Sylvissche Fissur herum.

Neurophysiologische Untersuchungen haben bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen relativ häufig epileptische Foci, sog. Rolandi-Foci, die sich insbesondere in der Zentro-Temporal-Region auffinden lassen. Eine extreme Variante solcher Störungen ist das sog. Landau-Kleffner-Syndrom.

Zur Ursache von Sprachentwicklungsstörungen werden des weiteren verschiedene **theoretische Erklärungsmodelle** angeboten: zerebrale Reifungsverzögerung, Störung der linkshemisphärischen Lateralisation in der frühen Gehirnentwicklung, Defizite in der zentralen Verarbeitung.

Sprachentwicklungsstörungen können auch bei **kognitiven Defiziten, Seh- oder Hörstörungen** sowie **Erkrankungen der Sprechorgane** und bei **psychischen Störungen** (z.B. Mutismus, Autismus) beobachtet werden.

Als mögliche **exogene Ursachen** für Sprachentwicklungsstörungen werden Toxine in der Schwangerschaft, eine Fehl- und Mangelernährung, mangelhafte Sprachvorbilder in der Umgebung sowie Mehrsprachigkeit angeführt.

Je nach Definition fällt schließlich ein unterschiedlich großer Anteil von Kindern am Unterrand der **Normalverteilung** in die Kategorie Sprachentwicklungsstörung.

Schließlich muss in der Entwicklung von Sprachentwicklungsstörungen neben den multiplen und heterogenen Ursachen auch die **Interaktion** verschiedener genetischer Faktoren und zwischen genetischen und Umweltfaktoren bedacht werden.

Definition

Bei einer **umschriebener Sprachentwicklungsstörung** handelt es sich um eine sozial relevante zeitliche und inhaltliche Abweichung von der für das Alter und den Entwicklungsstand typischen Sprachentwicklung. Häufig werden Begleitstörungen (Komorbiditäten) beobachtet: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, emotionale Störung, Störung des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen der Motorik, Lese-Rechtschreib-Störung u.a.

Die dem Kinder- und Jugendarzt oder Logopäden vorgestellten Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen zeigen keineswegs uniforme, sondern sehr unterschiedliche Störungsbilder. Leider existiert bislang keine allgemein anerkannte differenzierte Klassifikation für die Diagnostik und Therapie.

Häufig wird zur Definition einer Sprachentwicklungsstörung ein Fragebogen oder ein Sprachtest herangezogen. Kriterien für Auffälligkeiten sind dann häufig Leistungen unterhalb der

5., 10. oder 15. Perzentile. Auch das Diskrepanzkriterium, d.h. die Differenz zwischen sprachlichen und sprachfreien Leistungen in einem Intelligenztest oder die Differenz von Sprachverständnis bzw. expressiven Sprachstand und Lebensalter werden herangezogen. Es bestehen gewisse Zweifel, ob Sprachtests die alltagssprachliche Situation valide abbilden oder eine Beurteilung der Spontansprache aussagekräftiger ist. Auch muss bedacht werden, dass nicht jedes Kind mit einer Sprachentwicklung unterhalb eines willkürlich festgelegten Grenzwerts therapiebedürftig ist.

Prognose

Bei etwa der Hälfte der Kinder mit umschriebenen Störungen der Sprachentwicklung findet bis zur Einschulung eine Normalisierung der Sprachentwicklung statt. Diese Kinder nehmen im weiteren eine relativ unauffällige Entwicklung, wenn auch ihre Ergebnisse etwas unter dem Durchschnitt liegen, die Lese-Rechtschreib-Störungen in ihrer Häufigkeit verdoppelt sind und bei der Lösung komplexerer Aufgaben etwas schwächere Ergebnisse im Normbereich erbracht werden.

Bei etwa der Hälfte der Kinder persistiert die umschriebene Sprachentwicklungsstörung bis zur Einschulung. Bei diesen Kindern sind langfristige Folgen für die kognitive und emotionale Entwicklung anzunehmen: Sprachliche Defizite, Lese-Rechtschreib-Schwäche bei 50 bis 90 %, geringerer Schulerfolg, häufiger Besuch von Förderschulen, häufig kein regulärer Schulabschluss, niedrigeres Ausbildungsniveau und

Sozialstatus im Erwachsenenalter, niedriger non-verbaler IQ und psychische Auffälligkeiten.

Bei den sog. "late talkers" (Sprachentwicklungsverzögerung zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr) kann im Alter von 2-3 Jahren noch keine sichere Prognose gestellt werden. Sie ist eher ungünstig bei familiärer Belastung mit Sprachentwicklungsstörungen, Leserechtschreib-Schwächen, niedrigerer non-verbaler Intelligenz des Kindes oder niedrigem Bildungsstand der Mutter (Risikofaktoren).

Bei Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen wirkt sich ein guter non-verbaler IQ günstig auf die Sprachentwicklung aus (protektiver Faktor). Kurzfristig zeigt auch eine Sprachtherapie positive Effekte, die langfristigen Effekte sind nicht ausreichend erforscht.

Sprachtherapie – wissenschaftliche Evidenzen

Leider ist die Zahl der Studien zur Wirksamkeit sprachtherapeutischer Maßnahmen immer noch klein, die Methoden variabel, die Patientenzahl gering, so dass wenig allgemeine Schlüsse aufgrund wissenschaftlicher Studien heute möglich sind. Die folgenden Aussagen sind jeweils aus wenigen Studien abgeleitet und als vorläufig zu betrachten. Sie erlauben keine generelle Aussage zur Wirksamkeit von Sprachtherapie.

Nach aktueller Forschungslage ist kein spezifisches Therapieverfahren einem anderen grundsätzlich im Bereich der Sprachtherapie überlegen. De facto wird

in der therapeutischen Praxis ein Methodenspektrum individuell angepasst an die Probleme des Kindes und die Kompetenz des Therapeuten eingesetzt. Verschiedene Studien zeigten, dass Therapieeffekte auf die Sprachentwicklung bei Fachpersonal und trainierten Eltern nicht verschieden war, ebenso wenig Effekte von Einzel- im Vergleich zur Gruppentherapie. Offensichtlich steigen die Therapieeffekte mit höherer Intensität/Frequenz der sprachtherapeutischen Maßnahmen.

Unklar ist, ob abwartende Haltung oder schnellstmögliche Intervention auf die Sprachentwicklung langfristig unterschiedliche Effekte zeigen.

Die langfristigen Effekte logopädischer Behandlung auf die Sprachentwicklung sind nicht sicher belegt. Ohne Zweifel persistieren Sprachdefizite bei logopädisch behandelten Kindern bis ins Erwachsenenalter. Unstrittig ist, dass viele Eltern mit den durchgeführten sprachtherapeutischen Maßnahmen sehr zufrieden sind.

Sprachtherapie – Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) hat auf ihrer Homepage unter den Nummern 071/9-11 auch eine Leitlinie für die Indikation zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und Zweisprachigkeit veröffentlicht. Sie stellt auf der Entwicklungsstufe 1 eine sorgfältig recherchierte und diskutierte Erfahrung und Meinung einer Expertengruppe dar. Hiernach sollten im Bereich der Sprach-

störungen Störungen des Wortschatzes im Alter von 4-5 Jahren, Dysgrammatismus ebenfalls mit 4-5 Jahren, eine Dyslalie bei isolierter Störung mit 5 Jahren, multiplen Dyslalien mit 4-5 Jahren und universellen Dyslalien mit 3-4 Jahren sprachtherapeutisch behandelt werden. Kombinierte Störungen, die häufig auftreten, früher als isolierte Störungen einzelner Teilbereiche der Sprache.

Weitere Indikationsbereiche der Sprachtherapie beziehen sich auf Störungen der Stimme, des Redeflusses, der Stimm- und Sprechfunktion sowie des Schluckaktes.

Sprachtherapie – Gesetzlicher Rahmen

Nach Sozialgesetzbuch V, § 23 und § 32 haben Versicherte unter bestimmten Bedingungen Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln, z.B. Sprachtherapie. Nach § 12 des SGB V müssen diese Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürften das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt nach § 92 SGB V die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln fest, wobei den besonderen Erfordernissen der Versorgung Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen Rechnung zu tragen ist. Dabei ist auch das SGB IX zu berücksichtigen, das u.a. in § 1 die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen festlegt.

In den Heilmittelrichtlinien 2004 wurde festgelegt, dass diese nicht verordnet werden dürfen, wenn an sich störungsspezifische heilpädagogische bzw. sonderpädagogische Maßnahmen geboten sind oder wenn diese im Rahmen der Frühförderung nach § 30 SGB IX im Rahmen einer Komplexleistung erbracht werden.

Die Heilmittelrichtlinien legen die Rahmenbedingungen auch einer Verordnung von Sprachtherapie durch Vertragsärzte fest. Die dort festgelegten Gesamtverordnungsmengen für den Regelfall von 20-60 Therapieeinheiten sind sachgerecht bemessen. In schwierigen Fällen kann durch eine begründete Ausnahme vom Regelfall eine weitere Verordnung über die Regelmenge hinaus erfolgen. Die Heilmittelrichtlinien legen außerdem die Kriterien für eine notwendige weiterführende Diagnostik fest. Ein Therapiebericht nach Abschluss eines Therapieblocks ist für den verordnenden Arzt zur Verlaufskontrolle und interdisziplinären Abstimmung des weiteren Vorgehens von hoher Bedeutung.

Sprachtherapie – Inanspruchnahme

Der GEK- Heil-/Hilfsmittelreport 2006 stellt dar, dass etwa 13 % der bei der GEK versicherten Kinder bis zum 10. Lebensjahr 2005 eine Heilmittelverordnung erhielten, im einzelnen 4,3 % Ergotherapie, 6,1 % Logopädie und 4,2 % Physiotherapie. Im Jahr 2005 wurde im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme der Verordnungen von Logopädie um 25 % festgestellt. Die Behandlungsprävalenz der Altersgruppe

0-10 Jahren lag dann bei Jungen bei 7,3 %, bei Mädchen bei 4,8 %. Dies deckt sich gut mit den o.g. Zahlen zur Häufigkeit umschriebener Entwicklungsstörungen der Sprache, so dass eine therapeutische Überversorgung in diesem Bereich primär nicht anzunehmen ist. Weitere Zahlen zur Inanspruchnahme von Logopädie bei Kindern zeigt Tabelle 1.

Aus medizinischer Sicht steht der therapeutische Erfolg an erster Stelle. Hier muss zwischen der subjektiven Evidenz bei Eltern, Therapeuten und Ärzten und objektiven Ergebnissen durch Tests, standardisierte Videos etc. sowie schließlich der wissenschaftlichen Studienlage unterschieden werden.

Der therapeutische Erfolg wird durch zahlreiche Einflussvariablen mitbe-

Tabelle 1

Inanspruchnahme von Logopädie bei Kindern

(2005 GEK Heil- und Hilfsmittelreport)

- Ausgabe je Versichertem 592 EUR /Jahr
- Gesamtausgaben für Logopädie 8,5 Mio EUR (Ergotherapie 10,5 Mio EUR, Physiotherapie 54,3 Mio EUR)
- Richtgröße Kinderärzte ca. 10 EUR pro Quartal (Bremen)
> rund 1 von 50 Kindern kann Logopädie erhalten
- Zunahme zu 2004: Leistungserbringer 11,9 %,
Leistungsversicherter 17,8 %,
Ausgaben 18,5 %
- 4738 logopädische Praxen mit 12000 Logopäden
> 1 LogopädIn auf 6000 Versicherte

Sprachtherapie – Kriterien zur Bewertung

Aus Sicht der Kostenträger gelten für Heilmittel, d.h. auch für Sprachtherapie, die Kriterien notwendig, ausreichend und wirtschaftlich, nicht die Kriterien optimal oder wünschenswert.

stimmt: einschätzende Person, Messverfahren, Diagnose, Alter, Intelligenz, Motivation des Kindes und der Bezugspersonen, familiäre soziale Rahmenbedingungen, Therapie, Therapeut, Alltags-gestaltung. Wichtig ist eine mit allen Beteiligten einvernehmliche Festlegung von Zielen, möglichst konkret im Nah- und Fernbereich.

Globale, nicht objektivierbare Ziele sind fragwürdig. Die Notwendigkeit und Wirksamkeit sprachtherapeutischer Maßnahmen sollte spätestens nach 6 und 12 Monaten überprüft werden. Eine sprachtherapeutische Behandlung über mehr als 2 Jahre ist in Ausnahmefällen indiziert, z.B. bei spezifischen neurologischen Defiziten und besonders schweren Sprachstörungen. Sprachtherapie sollte nicht als Ersatz für eine allgemeine (pädagogische) Förderung verstanden werden. Insoweit ist bei dem Verdacht auf eine Intelligenzminderung eine entsprechende Testung erforderlich. Eine Sprachtherapie verlangt zwingend die Einbeziehung von Eltern und sozialem Umfeld, damit die Therapie durch häusliche Übungen der alltagspraktischen kommunikativen Fähigkeiten ergänzt wird.

Schlussfolgerungen

Die Indikation von Sprachtherapie wird durch eine ärztliche Verordnung festgelegt. Eindrücke von Eltern, Pädagogen oder Therapeuten können dabei hilfreich sein, sind jedoch nicht ausschlaggebend und bestimmend. Eine differenzierte logopädische Diagnostik sollte zur Festlegung des konkreten therapeutischen Vorgehens an die Verordnung angeschlossen werden.

Neben der Indikation zu einer Sprachtherapie bedarf es der genauen ärztlichen Abklärung von Ursachen und Komorbiditäten. Behandelbare Ursachen, z.B. Hörstörungen, müssen primär vor Einleitung einer logopädischen Behandlung angegangen werden. Unnötige Therapien sollten vermieden werden, damit Bedürftigen

notwendige Therapien nicht vorenthalten werden.

Sprachstörungen sind sehr heterogen, so dass die Therapieindikation individuell differenziert werden muss. Entscheidendes Kriterium ist eine alltags- und entwicklungsbezogene Partizipationsbeeinträchtigung durch die vorhandene Sprachstörung. Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen profitieren mehr von Sprachtherapie, Kinder mit kognitiven Störungen mehr von Sonderpädagogik. Eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitssystems der Zukunft ist, die Sprachtherapie gerecht auch sozial Benachteiligten verfügbar zu machen und bilinguale Therapeuten zur adäquaten Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund auszubilden. Insgesamt erhalten wahrscheinlich nicht zu viele Kinder Logopädie, nicht in jedem Fall jedoch die richtigen. Arzt und Logopädin haben die Aufgabe einer sachkundigen und effizienten Diagnostik, ein passgerechtes Therapieangebot ist die Aufgabe der Sprachtherapeuten. Bei noch begrenzter wissenschaftlicher Evidenz über die langfristigen Effekte einer Sprachtherapie sollte die empirische Erfahrung der Fachleute zu den positiven Effekten Gehör finden. Kinder als die Ressource unseres Sozialsystems müssen mit hoher fachlicher und menschlicher Qualität behandelt werden, sofern dieses erforderlich ist.

Literatur

- Bode H. (2001).
Sprachstörungen im Vorschulalter –
ist die Behandlung effektiv?
Kinderärztliche Praxis
72,298-303
- Deutsche Gesellschaft für Sozial-
pädiatrie und Jugendmedizin.
Leitlinie Indikation zur Verordnung
von Logopädie bei umschriebenen
Entwicklungsstörungen und Zwei-
sprachigkeit.
[http://www.uniduesseldorf.de/
AWMF/II/071-010.htm](http://www.uniduesseldorf.de/AWMF/II/071-010.htm)
- Gemeinsamer Bundesausschuss
der Ärzte und Krankenkassen.
Verordnung von Heilmitteln in der
vertragsärztlichen Versorgung –
Heilmittelrichtlinien.
[www.g-ba.de/pdf/baaek/Richt-
linien/Heilmittel-RL.pdf](http://www.g-ba.de/pdf/baaek/Richtlinien/Heilmittel-RL.pdf)
- McLean LK, Cripe JW.
The effectiveness of early inter-
vention for children with
communication disorders.
In: Guralnick MJ: The effectiveness
of early intervention.
Brookes PH, Baltimore, pp 349-428
- Suchodoletz W. v. (2004).
Zur Prognose von Kindern mit um-
schriebenen Sprachentwicklungs-
störungen. In: Suchodoletz Wv
(Hrsg): Welche Chancen haben
Kinder mit Entwicklungsstörungen?
Hogrefe, Göttingen
- Weitere Literatur beim Verfasser

Sprachförderung und Sprachtherapie – Synergien nutzen

Monika Rausch

Nachdem in den Beiträgen von Frau Dr. Jampert und Herrn Prof. Bode die Zuständigkeiten und Aufgaben in Bildungswesen und Gesundheitssystem dargelegt sind, stehen die folgenden Ausführungen unter der ehrgeizigen Überschrift „Synergien nutzen“. Wie dringlich es angesichts leerer Kassen ist, Synergien herzustellen, ist ohne Weiteres ersichtlich. Nach einer Skizzierung der Problemlage geht es im vorliegenden Beitrag um die Frage, welche Voraussetzungen benötigt werden, um Synergien zu erzeugen. Daran schließen sich die Vorschläge des dbl für eine bessere Abstimmung zwischen den Unterstützungssystemen aus Bildung und Gesundheitswesen an.

Zur Problemlage

Die Diskrepanz zwischen Prävalenzdaten für Sprachstörungen und den Statistiken der Schuleingangsuntersuchungen springt deutlich ins Auge. Epidemiologische Untersuchungen sprechen von 7 % der Kinder eines Jahrgangs mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (die amerikan. Studie von Toblin et al. von 1997 umfasst 7 218 Kinder, die nach einem Screening im zweiten Schritt sehr detailliert diagnostiziert wurden) Dazu kommen etwa 1 % Kinder mit chronischem Stottern (Sandrieser & Schneider, 2001; Craig & Tran 2005) und etwa 4 % der Kinder mit Aussprachestörungen (Shriberg, Tomblin & McSweeny, 1999). Verlässliche Daten

für Kinder mit sekundären Sprachentwicklungsstörungen liegen nicht vor.

Demgegenüber ist in den Statistiken der Schuleingangsuntersuchungen (je nach angewendetem Verfahren) von 15 bis knapp 30 % sprachauffälliger Kinder die Rede. Der Hauptgrund für die Diskrepanz zwischen den Zahlen liegt darin, dass hier unterschiedliche Gruppen von Kindern erfasst werden. In den Schuleingangsuntersuchungen geht es um die Erfassung von Schulfähigkeit und um die von sprachlicher Kompetenz abhängigen Bildungschancen von Kindern. Der interindividuelle Unterschied besteht darin, wie reichhaltig oder wie dürftig sprachliche Handlungsmöglichkeiten einem Kind zur Verfügung stehen, ohne dass damit eine Aussage über die sprachliche Begabung oder die Anregung von außen getroffen ist.

Im Gegensatz dazu geht es im Gesundheitswesen um Kinder mit Sprachstörungen, denen Krankheitswert zugestanden wird. Das sind v.a. vier Gruppen von Kindern:

- die Kinder mit primären SES (also Störungen, die nicht auf andere Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen wie beispielsweise Hörstörungen oder neurologische Erkrankungen zurückgeführt werden können)

- die Kinder mit sekundären SES (also Störungen der Sprachentwicklung, die auf andere Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen zurückgeführt werden können)
- die Kinder mit Aussprachestörungen und
- die Kinder mit Redeflussstörungen (Stottern, Poltern)

Bei Kindern mit Sprach**störungen** liegt eine Störung der sprachlichen Verarbeitung bzw. der sprechmotorischen Realisierung vorliegt. Unter Verarbeitungsstörung sind hier Störungen der Inputverarbeitung, der Speicherung wie auch der Outputgenerierung subsummiert. Damit besteht der interindividuelle Unterschied nicht in einem mehr oder weniger an sprachlicher Begabung, sondern im Vorliegen oder nicht Vorliegen einer Verarbeitungsstörung. Dabei darf nicht übersehen werden, dass diese Verarbeitungsstörungen nicht beobachtbar sind, sondern psycholinguistisch bzw. neurolinguistisch modelliert und durch theoretisch und empirisch fundierte Schlussfolgerungen diagnostisch zu erschließen sind. Damit werden Sprachstörungen **nicht** statistisch bestimmt.

Voraussetzungen von Synergien

Ausgehend von den Kindern, deren sprachliches Verhalten im Alltag oder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchung oder Sprachstandserhebung auffällt bzw. nicht den Erwartungen entspricht, ist es unverzichtbar, dass sich

die Akteure in Gesundheitssystem und Bildungswesen auf einheitliche Begriffe verständigen. Dabei geht es nicht um bloße Bezeichnungen oder um die Dominanz einer Fachterminologie, sondern es geht um die zugrundeliegenden Konzepte und die damit verbundenen Annahmen und deren empirische Belege.

Der Streit der Wissenschaft um Abweichung oder Verzögerung ist noch nicht endgültig geklärt, es gibt aber viele Hinweise (neurophysiologische, verhaltensexperimentelle und solche aus bildgebenden Verfahren), die belegen, dass sprachgestörte und sprachauffällige Kindern voneinander zu unterscheiden sind. Damit handelt es sich um drei verschiedene Gruppen von Kindern, nämlich

- die große Gruppe der Kinder, die ihre Sprachentwicklung erfolgreich durchlaufen,
- die Gruppe der Kinder, die aufgrund von sozialer Benachteiligung oder sog. „Bildungsferne“ nicht den vollen Reichtum sprachlicher Gestaltungsmöglichkeiten erreichen und
- die Gruppe der Kinder, deren Sprachverarbeitung gestört ist.

Hier scheint das größte Problem zu liegen, dass – aus welcher Motivation heraus auch immer – sprachgestörte Kinder so wie sprachauffällige Kinder ohne Sprachstörung betrachtet werden, als gäbe es lediglich quantitative Unterschiede in den sprachlichen Leistungen der Kinder (niedrigere Testwerte) und keine qualitativen Unterschiede (z.B. zwischen einem kleinen

Ausgestaltung der Synergie

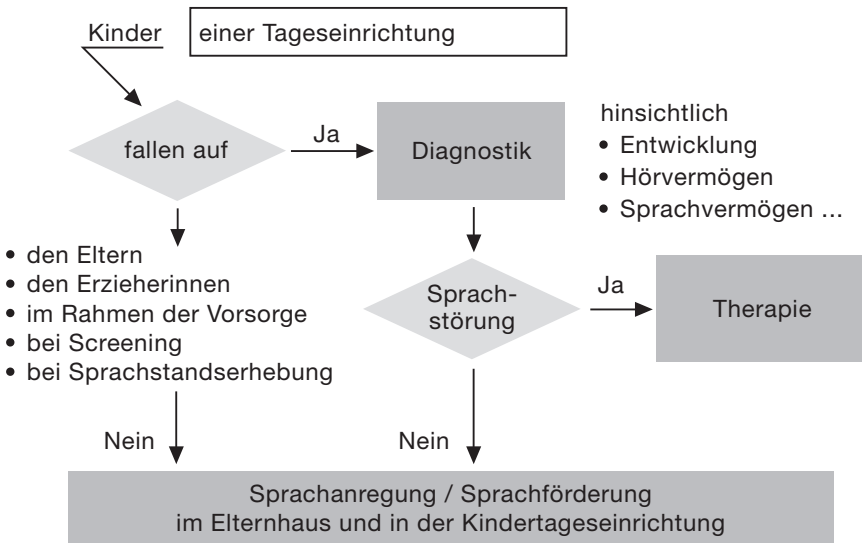


Abbildung 1

Wortschatz bei mangelnder Anregung und einer Speicher- oder Abrufstörung bei einer Sprachverarbeitungsstörung). Diese mangelnde Unterscheidung beruht möglicherweise auf Unkenntnis der Charakteristik von **Sprachstörungen** und der weit verbreiteten statistischen Definition (Sprachstörungen hätten danach beispielsweise alle Kinder, deren Testwerte unterhalb der zweiten Standardabweichung unter dem Mittelwert lägen oder einem T-Wert < 40 entsprächen). Sie beeinträchtigt aber die Effektivität der Interventionsmaßnahmen, denn Kinder mit Sprachstörungen profitieren gerade wegen der gestörten Sprachverarbeitung nicht von Sprachfördermaßnahmen. Und eine Therapie bei allen Kindern, die in Sprachstandserhebungen auffallen (in einer Begriffsparallele zur

Leistungsfähigkeit könnte man auch von sprachschwachen Kindern sprechen) würde die finanziellen Ressourcen der Kostenträger zu Lasten der sprachgestörten Kinder überstrapazieren. Somit kommt es wesentlich darauf an, dass sich die Verantwortlichen im Gesundheitswesen und im Bildungswesen auf eine wechselseitig widerspruchsfreie Terminologie, vor allem aber auf eine Konzeptionierung von Sprachvermögen einigen können, die dem aktuellen Stand psycholinguistischer Erkenntnisse entspricht. Nur auf dieser Grundlage kann dann ein abgestimmtes Vorgehen abgeleitet werden kann.

Zur Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Bildungswesen

Die Kinder (ob sie eine Tageseinrichtung besuchen oder nicht) fallen auf oder fallen nicht auf (vgl. Abb. 1). Dabei kann unterschieden werden, in welchen Bereichen Kinder auffallen: hinsichtlich ihrer Entwicklung allgemein, hinsichtlich ihres Hörvermögens oder ihres Sprachvermögens. Diese Liste ließe sich natürlich erweitern, soll aber durch diese drei Hinweise verdeutlichen, dass es immer um das ganze Kind und seine Fähigkeiten gehen sollte und Untersuchungen der Schulleistungen in den sog. PISA-Studien uns nicht verleiten dürfen, nur Sprache isoliert in den Blick zu nehmen.

Dann kann auch unterschieden werden, wem etwas in der Entwicklung des Kindes auffällt. Hier ist es sicher gut, zum Wohle der Kinder die verschiedenen Früherkennungssysteme nicht gegeneinander auszuspielen. Im Optimalfall passen Beobachtungen von Eltern, Erziehern, Fachärzten und Schulbehörden zusammen oder ergänzen sich, im schlechtesten Fall sprechen sie sich gegenseitig die Aussagefähigkeit ab.

Wenn also nun ein Kind auffällt, dann muss geklärt werden, was hinter dieser Sprachauffälligkeit steckt. In Abbildung 1 wird für diese Abklärung Begriff Diagnostik verwendet. Dabei muss beachtet werden, dass der Begriff Diagnostik in den Disziplinen Medizin, Psychologie, Logopädie und Pädagogik sehr unterschiedlich verwendet wird. Der Begriff meint hier die

fachlich begründete und methodisch verlässliche Unterscheidung zwischen sprachgestörten und sprachauffälligen Kindern, wie ich ihn vorher erläutert habe. Da Sprachstörungen mit Krankheitswert in verschiedenen Verursachungskontexten auftreten können, muss die Unterscheidung zwischen Sprachstörung und Sprachschwäche multi- bzw. interdisziplinär sein. Je nach Einzelfall wird ergänzend zur Sprachdiagnostik eine Hörprüfung, Intelligenz- und/oder Entwicklungsdiagnostik oder ähnliches benötigt.

Dabei ist es leicht nachzuvollziehen, dass keine dieser Prüfungen nach dem Augenschein erfolgen kann: eine orientierende Einschätzung durch den subjektiven Augenschein ist weder für das Hörvermögen noch die Intelligenz akzeptabel. Auch für das Sprachvermögen ist es keinesfalls möglich, nach einem kurzen Gespräch mit dem Kind eine verlässliche Einschätzung abzugeben, auch dann nicht, wenn das Gespräch durch standardisiertes Bildmaterial unterstützt wird. Zu einer verlässlichen Diagnostik gehören Anamnese, eine hypothesengeleitete Auswahl von Testverfahren und die Beobachtung der Spontansprache. Entsprechend gilt für die Zeit, die für die Diagnostik benötigt wird: eine fundierte Diagnostik des Sprachvermögens in wenigen Minuten ist nicht machbar.

Schließlich stellt sich an der Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Bildungswesen die Frage nach der Qualifikation: wer ist qualifiziert, die Unterscheidung zwischen Sprachstörungen und Sprachauffälligkeiten zu treffen.

Für die Sprachstandserhebungen im Bildungswesen sollen (so z.B. in der Expertise von Ehlich für das BMBF 2005 formuliert) Ausbildungsmodule für Lehrer geschaffen werden und eigene Weiterbildungsstudiengänge für Lehrer zum Sprachberater etabliert werden. In NRW sollen zukünftig Lehrer gemeinsam mit den Erzieherinnen der Kindertageseinrichtungen, die verpflichtenden Sprachstandserhebungen bei Vierjährigen durchführen. Allerdings wird dabei kein Unterschied gemacht, ob es um die Unterscheidung zwischen auffällig und unauffällig geht oder um die hier thematisierte Unterscheidung zwischen auffällig und gestört.

Im Gesundheitswesen ist Diagnostik im medizinischen Sinne (als das Erkennen und Benennen einer Krankheit) originär ärztliche Aufgabe. Mit wachsendem Wissen über die Charakteristik von Sprachstörungen und steigender Anzahl von Testverfahren etablierte sich zunehmend eine funktionierende komplementäre Diagnostik zwischen Ärzten und Logopäden, die allerdings in jüngerer Zeit unter der Finanznot und der Überreglementierung in der ambulanten Versorgung gelitten hat. Die Qualifikation, Sprachstörungen diagnostisch zu erkennen und zu benennen, erwerben Logopädinnen in ihrer Ausbildung in Theorie und Praxis und sind inzwischen gesetzlich verpflichtet, diese Qualifikation durch kontinuierliche Fortbildungen auf dem aktuellen Stand der Disziplin zu halten.

Ziel einer Synergie zwischen Bildungswesen und Gesundheitssystem muss es sein, so verlässlich wie möglich, die

auffälligen Kinder ohne Sprachstörung einer Förderung zuzuführen und die Kinder mit Sprachstörungen einer Therapie zuzuweisen. Daraus ergibt sich folgendes Vorgehen:

Die Entscheidung, ob ein Kind die Sprachentwicklung erfolgreich durchläuft oder ob der Verdacht auf Förderbedarf besteht, liegt in der Verantwortung der Eltern und der Kindertageseinrichtungen. In der Verantwortung der Bildungspolitik liegt es sicherzustellen, dass Förderbedarf nicht übersehen und Fördermaßnahmen rechtzeitig vor der Einschulung eingeleitet werden. Alle systematischen Untersuchungen (Screeningverfahren wie Sprachstandserhebungen) können aber immer nur dem Anspruch genügen, Sprachauffälligkeiten festzustellen.

Festgestellte Auffälligkeiten müssen im zweiten Schritt regelhaft eine Diagnostik auslösen, damit die Unterscheidung zwischen Auffälligkeit und Störung getroffen und eine Therapieindikation frühzeitig gestellt werden kann. Denn – wie oben beschrieben – profitieren Kinder mit Sprachstörungen wegen ihrer Verarbeitungsstörung nicht von kommunikativen, kita-integrierten Fördermaßnahmen. Die zum Wohle der Kinder etablierten Fördermaßnahmen würden für die sprachgestörten Kinder zur Förderfalle.

Ein solcher zweistufiger Erfassungsprozess, wie er auch in Abbildung 1 impliziert ist, dient der eindeutigen Zuordnung der Kinder zu den Maßnahmen, von denen sie profitieren. Gleichzeitig klärt er finanzielle Zuständigkeiten und schon die finanziellen Ressourcen.

Denn es wird nicht beansprucht, alle Kinder aufwändig und kostenintensiv zu diagnostizieren. Vielmehr dient das Vorgehen der Vermeidung teurer Behandlungen von Sekundärschäden, die entstehen, wenn Sprachstörungen im Screening übersehen werden und Störungsbewusstsein und mangelhafte Kompensationsversuche zu einem höheren Schweregrad und zu Sekundärschäden führen. Auch für mehrsprachige Kinder kann hier ein sinnvolles Vorgehen gefunden werden. Denn auch mehrsprachige Kinder können Sprachstörungen haben, und ein Migrationshintergrund sollte kein Kriterium sein, den Kindern den Zugang zu einer Therapie zu verweigern.

Damit sprachgestörte Kindern nicht zu Opfern der gut gemeinten Bemühungen um Sprachförderung in Deutschland werden, ist eine Abstimmung zwischen Bildungswesen und Gesundheitssystem unverzichtbar. Die Verantwortlichen müssen über die Grenze politischer Zuständigkeit hinweg denken und dürfen sich nicht zu Lasten der Kinder auf die eigenen berufspolitischen Interessen beschränken. Aktuelles Wissen über die Charakteristik von Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsstörungen wie auch die vorhandenen Ressourcen sollten zum Wohle der Kinder genutzt werden.

Literatur

- Craig, A. & Tran, Y. (2005). The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety levels over the lifespan. *Advances in Speech-Language Pathology*, 7(1), 41-46.
- Ehlich, K. in Zusammenarbeit mit Bredel, U., Garme, B., Komor, A., Krumm, H.-J., McNamara, Reich, H.H., Schnieders, G., ten Thije, J.D. & van den Bergh, H. (2005). Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Hrsg. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. *Bildungsreform Band 11*. Bonn, Berlin: BMBF
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2001). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme
- Shriberg, L.D., Tomblin, J.B. & McSweeney, J.L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1461-1482.
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech Language, and Hearing Research*, 40, 1245- 1260.

Fazit der Veranstaltung

Dietlinde Schrey-Dern

In den nachfolgenden Thesen sind die Hauptaussagen der Vorträge des Symposiums in Hinblick auf folgende Aspekte zusammengefasst worden: Klärung der unterschiedlichen Zielgruppen der Maßnahmen (Sprachförderung, Sprachtherapie), Möglichkeiten und Grenzen von Verfahren zur Feststellung von Sprachauffälligkeiten und Sprachverarbeitungsstörungen, Zuständigkeiten des Bildungs- und Gesundheitswesens, Nutzung von Synergieeffekten.

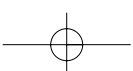
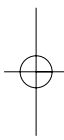
1. Die Mehrheit der Kinder erwirbt unabhängig von ihrer sozio-ökonomischen und -kulturellen Umgebung die Muttersprache mühelos.
2. Kinder, die als „sprachentwicklungsauffällig“ bezeichnet werden, repräsentieren verschiedene Gruppen von Kindern:
 - Kinder, die Mühe haben sich sprachlich hinreichend differenziert in Hinblick auf die sprachliche Schulreife auszudrücken;
 - Kinder mit Sprachstörungen, d.h. sprach- oder sprechgestörte Kinder.
3. Sprachstörungen von Kindern gehen entweder auf Verursachungen, wie z.B. Hörstörungen, geistige oder motorische Behinderungen zurück oder aber sind primär bedingt, d.h. die Kinder haben eine spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES) ohne erkennbare Primärbeeinträchtigung; dies gilt vergleichbar auch für Sprechstörungen (Artikulations-/Redeflussstörungen).
4. Eine SSES hat langfristige Folgen für die kognitive und emotionale Entwicklung, z.B. für den Lese- und Rechtschreibwerb (50-90 %) oder den Schulerfolg (20 % Schule für Lernbehinderte, 50 % kein regulärer Schulabschluss).
5. Hörstörungen, häufig Ursache von (sekundären) Sprachentwicklungsstörungen, werden trotz vorliegender Machbarkeitsstudien zur Durchführung eines universellen Neugeborenen-Hörscreenings lt. Statistischem Bundesamt, immer noch zu spät erkannt.
6. Alle Kinder mit einer SSES sind bereits im Alter von 2 Jahren auffällig.
7. Im Alter von 24 Monaten kann sowohl mit einem Elternfragebogen als auch mit einem Sprachtest das Risiko für eine SSES eingeschätzt werden, dabei ist die Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten von Kindern in einem Elternfragebogen unabhängig vom Bildungsstand der Mütter.

8. Kinder ohne spezifische Sprachlernprobleme können in „natürlichen“ Lehr- und Lernsituationen optimal sprachlich gefördert werden. Dies ist sowohl Aufgabe von Kindertageseinrichtungen als auch des Elternhauses.
9. Bei primär spezifisch sprach- und sprechgestörten Kindern ist eine einfache Anreicherung des Sprachangebotes nicht ausreichend, u.U. kann sie sogar ungeeignet sein.
10. Maßnahmen im Bildungswesen, wie z.B. die in NRW geplante Sprachstandserhebung von Kindern 2 Jahre vor der Einschulung, berücksichtigen in keiner Weise das Vorhandensein von Kindern mit Sprachstörungen.
11. Maßnahmen des Gesundheitswesens sollen darauf abzielen die Versorgung von sprachgestörten Kindern sicherzustellen. Zu beobachten ist ein Verschiebepunkt, der das Vorhandensein von Sprachförderung in KITAS argumentativ nutzt, um Kindern (und deren Eltern) für eine (medizinisch) diagnostizierte Sprachstörung die medizinisch-therapeutische Versorgung vorzuenthalten.
12. Jedes sprachauffällige Kind sollte unabhängig davon, ob dies von Eltern/ Erziehern oder in Screeningverfahren/Sprachstandserhebungen oder in der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung festgestellt worden ist, in Hinblick auf das Vorliegen einer Sprachstörung untersucht werden.
13. Erst auf der Grundlage einer differenzierten Diagnostik, die durch Logopäden/Sprachtherapeuten durchgeführt wird, kann zwischen sprachunauffälligen, sprachlich wenig differenzierten und sprach-/sprechgestörten Kindern unterschieden werden.
14. Die Akteure im Bildungs- und Gesundheitswesen, die für die Durchführung der unterschiedlichen Maßnahmen, wie Elternberatung, Screeningverfahren, Sprachstandserhebungen, Diagnostik, Sprachförderung und Therapie verantwortlich zeichnen, sind gefordert, Absprachen für eine Kooperation zu treffen, um eine optimale und fachlich angemessene Versorgung der Kinder zu gewährleisten.

Adressen und Referenzen

- Prof. Dr. med. Harald Bode
Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Sozialpädiatrisches Zentrum und
Kinderneurologie
Frauensteige 10, 89075 Ulm
E-Mail: harald.bode@medizin.uni-
ulm.de
- Dipl. Psych. Steffi Sachse
Ludwig-Maximilians-Universität
Institut Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie, Abteilung
für Entwicklungsfragen
Nußbaumstraße 7, 80336 München
E-Mail: steffi.sachse@
lrz.uni-muenchen.de
- Dr. Karin Jampert
Wielandstr. 45, 60318 Frankfurt
E-Mail: Karin.Jampert@t-online.de
- Prof. Dr..phil. Sabine Weinert
Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Lehrstuhl Psychologie I:
Entwicklung und Lernen
Markusplatz 1, 96045 Bamberg
E-Mail: entwicklungspsychologie@
ppp.uni-bamberg.de
- Dr. Monika Rausch
dbl-Geschäftsstelle
Augustinusstr. 11a, 50226 Frechen
E-Mail: rausch@dbl-ev.de

- Dietlinde Schrey-Dern
Referat Sprachförderung
dbl-Geschäftsstelle
Augustinusstr. 11a, 50226 Frechen
E-Mail: schrey@dbl-ev.de



Copyright 2007[©]

Sprachentwicklung in Deutschland

Dokumentation des Symposiums

Sprachförderung – Sprachtherapie vom 29.11.2006

Beziehbar über die Geschäftsstelle des dbl:

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

Augustinusstr. 11 a, 50226 Frechen

Telefon: 0 22 34.3 79 53-0

Telefax: 0 22 34.3 79 53-13

E-Mail: info@dbl-ev.de

www.dbl-ev.de

Stand: März 2007

