



▶ Die kindliche Sprachentwicklung von der U3 bis zur U9.

Inhalt

Einführung	4
Indikationsstellung	6
Screeningverfahren für die kinderärztliche Praxis	8
Checklisten zur Sprachentwicklung und Risikoerkennung	10
U3 - U5 Vorsprachliche Fähigkeiten	12
U6 10. - 12. Lebensmonat	14
U7 21. - 24. Lebensmonat	16
U7a 32. - 36. Lebensmonat	18
U8 43. - 48. Lebensmonat	20
U9 58. - 64. Lebensmonat	22
Literaturverzeichnis	24
Logopädische Tätigkeitsfelder	26

Einführung

Die Erforschung normaler und gestörter Sprachentwicklung hat in den letzten drei Jahrzehnten zu einem deutlichen Erkenntnisgewinn beigetragen und bildet aktuell eine fundierte Basis für die Prävention, Beratung, Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Dementsprechend nimmt die vorliegende Broschüre bei der Beschreibung der Meilensteine in der Checkliste zur Früherkennung Bezug auf die aktuelle psycholinguistische Forschung und berücksichtigt bei der Zusammenstellung diagnostischer Verfahren den „State of the art“. Die Broschüre zielt darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendmedizin und der Logopädie zu verbessern. Denn nur durch dieses fachliche Zusammenspiel kann die bestmögliche Betreuung der Kinder erreicht werden.

➤ Aus ärztlicher Sicht wird zu Recht gefordert, dass die Behandlung von Entwicklungsstörungen so früh wie möglich und so intensiv wie nötig erfolgen sollte (vgl. von Suchodoletz, 2002). Ein wesentliches Ziel dieser Broschüre ist daher die frühzeitige Erfassung von Risikokindern ab dem 2. Lebensjahr.

Die Früherkennung und -diagnostik dient primär zwei Zielen: Erstens grenzt sie Sprachentwicklungsstörungen von sprachlichen Auffälligkeiten ab und zweitens bildet sie eine Grundlage für eine wirksame Frühtherapie. Da Kinder im Alter zwischen ein und drei Jahren besonders sensibel für das Lernen von Sprache sind, erweisen sich sprachtherapeutische Maßnahmen in dieser Phase als besonders effektiv (vgl. Grimm, 2003b).

Dabei kommt den Eltern eine besondere Bedeutung als Sprachförderer ihrer Kinder zu. Eltern, die umfassend über

den Sprachentwicklungsstand ihres Kindes informiert wurden und wissen, wie sie den Spracherwerb ihres Kindes im Alltag unterstützen können, erhöhen die Effektivität therapeutischer Intervention. Elterntrainings wie „Schritte in den Dialog“ (Möller, 2009) oder das „Heidelberger Elterntraining“ (Buschmann, 2007) können nachweislich dazu beitragen, die elterliche Sprachförderkompetenz zu stärken und auf diese Weise die Entstehung einer Sprachentwicklungsstörung im frühen Kindesalter zu verhindern bzw. deren Verlauf günstig zu beeinflussen.

In den nachfolgenden Checklisten werden die Meilensteine der kindlichen Sprachentwicklung ab der U6 (ab 10 Monaten) bis zur U9 (bis 5;4 Jahre) beispielhaft aufgeführt. Die sprachlichen Fähigkeiten werden den Bereichen „Lauterwerb“, „Wortschatz“ und „Grammatik“ zugeordnet, wobei jeweils zwischen rezeptiven (Sprachverständnis) und expressiven (Sprachproduktion) Fertigkeiten unterschieden wird. Es wurde Wert darauf gelegt, insbesondere solche sprachlichen Fähigkeiten aufzuführen, die auf der Grundlage empirischer Studien als gesichert gelten können (u. a. Fox, 2005; Grimm, 2003b). In den letzten Jahren wird von ärztlicher und logopädischer Seite zunehmend auf die Notwendigkeit einer operationalisierten, evidenzbasierten Diagnostik hingewiesen. In den vorliegenden Checklisten werden daher ausgewählte Prüf- und Testverfahren angegeben, die in der logopädischen Praxis durchgeführt werden können.

Außerdem werden Screeningverfahren zur Verwendung in der kinderärztlichen Praxis genannt, mit deren Hilfe relativ schnell entschieden werden kann, ob eine logopädische Therapie erforderlich ist.



Indikationsstellung

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind meist die ersten Ansprechpartner/innen für Eltern von sprachentwicklungsgestörten Kindern. Besteht im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ein Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung, sollte aus differentialdiagnostischer Sicht auf jeden Fall eine Hörüberprüfung veranlasst und Logopädie verordnet werden. So kann im Rahmen einer differenzierten Sprachdiagnostik geklärt werden, ob eine Sprachentwicklungsstörung besteht und falls ja, welche Bereiche in welchem Ausmaß von der Störung betroffen sind. Auf der Grundlage der Sprachdiagnostik können sprachliche Auffälligkeiten, wie z. B. ein geringer Wortschatz infolge eines mangelnden Inputs oder interferenzbedingte Auffälligkeiten infolge des Mehrsprachigkeitserwerbs, von Sprachentwicklungsstörungen abgegrenzt werden.



Rosetti (2001) führt einige bekannte Risikofaktoren für eine Sprachentwicklungsstörung auf. Hierzu gehören auf Seiten des Kindes u. a. prä-, peri- und postnatale Komplikationen sowie chronische Mittelohrentzündungen zwischen 1,5 und 3 Jahren. Auf Seiten der Familie bzw. der Eltern nennt er u. a. genetische Faktoren, geistige Behinderung, Alkohol- und Drogenprobleme, chronische bzw. schwere Erkrankungen sowie akute Krisen. Er betont jedoch, dass nicht ein Faktor ausschlaggebend ist, sondern immer ein Faktorenbündel. Einzelne relevante Risikofaktoren werden auch im Rahmen der logopädischen Erstanamnese erhoben. Die nachfolgende Tabelle zeigt Indikationen für die Verordnung einer logopädischen Therapie, die allgemeiner Art sind und zu den spezifischen Beobachtungen zum Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchungen hinzukommen.



Indikationen für die Verordnung einer logopädischen Therapie

(gilt für alle Vorsorgeuntersuchungen)

- Stagnation der sprachlichen Entwicklung von einer Vorsorgeuntersuchung zur nächsten
- Abweichung des sprachlichen Entwicklungsalters um 6 bis 12 Monate vom altersentsprechenden Mittel
- retardierender Einfluss anderer Entwicklungsbereiche
- Beobachtungen von Eltern und Angehörigen

Screeningverfahren für die kinderärztliche Praxis

Neben der EVU (Erweiterte Vorsorgeuntersuchung, Melchers 2003) kann mit Hilfe von Screeningverfahren in Form von Elternfragebögen eine möglichst schnelle und zuverlässige Entscheidung darüber getroffen werden, ob eine logopädische (Früh-)Therapie notwendig ist oder nicht.

Einen wesentlichen Beitrag zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen mit Hilfe von Elternfragebögen haben Grimm und Doil (2006) mit der Entwicklung von ELFRA 1 und ELFRA 2 in den 1990er Jahren geleistet. Infolge der Kritik mangelnder prognostischer Qualität (insbesondere für den ELFRA 1) und praktischer Anwendbarkeit sind in der Zwischenzeit weitere Elternfragebögen entwickelt worden, die die genannten Nachteile ausgleichen sollen.

Dazu gehören folgende Instrumente:

- **ELAN – Eltern Antworten** (Bockmann & Kiese-Himmel, 2003)
- **FRAKIS – Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung, FRAKIS-K (Kurzform)** (Szagun, 2005-2009)
- **SBE-2-KT – Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7** (v. Suchodoletz & Sachse, 2008)
- **SBE-3-KT – Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7a** (v. Suchodoletz, Kademann & Tippelt, 2009).

Die beiden Kurztests SBE-2-KT (U7) und SBE-3-KT (U7a) können im Internet heruntergeladen werden, d. h. das Handbuch einschließlich der Anlagen sowie die Maske für den Elternfragebogen stehen dem Anwender zur freien Verfügung. In der Zwischenzeit ist der SBE-2-KT in mehr als 20 Sprachen übersetzt worden. Damit bietet dieses Screening auch eine Hilfestellung bei der Einschätzung des sprachlichen Entwicklungsstandes von mehrsprachig aufwachsenden Kindern.

Alle Elternfragebögen können während der Vorsorgeuntersuchungen ausgehändigt und von den Eltern ausgefüllt werden. Sie sind für die Früherkennung standardisiert und haben eine relativ hohe prognostische Qualität. Bei Kindern, die nach dem Ergebnis der Elternfragebögen als Risikokinder einzuschätzen sind, sollte eine objektive Überprüfung der Hörfähigkeit veranlasst werden, um über die Notwendigkeit einer logopädischen Therapie entscheiden zu können.

Wichtig ist in jedem Fall eine umfassende Beratung der Eltern, die Informationen zum Sprachentwicklungsstand sowie Hinweise auf sprachförderndes Verhalten beinhalten sollte. Die von Ritterfeld (2001) entwickelten Elternratgeber zur U6 und U7, die ELFRA 1 und ELFRA 2 (Grimm & Doil, 2006) beiliegen, beschreiben anschaulich die wesentlichen Sprachförderstrategien; sie stellen allerdings keinen Ersatz für eine logopädische Therapie oder eine gezielte Anleitung der Eltern dar.

Am Anfang einer ggf. notwendigen Therapie steht die eingehende logopädische Befunderhebung. Hierfür stehen den Logopädinnen und Logopäden verschiedene standardisierte und semistandardisierte Verfahren zur Verfügung, wie z. B. der Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (Grimm, 2016). Die Diagnoseverfahren (Überblick in AWMF 2011) eignen sich auch zur Einschätzung des Therapieerfolgs nach einer Therapiesequenz und bieten dem Kinderarzt bzw. der Kinderärztin eine Grundlage für die Entscheidung zur Beendigung, Unterbrechung oder Fortsetzung der Therapie.

Darüber hinaus sollte in jedem Einzelfall erwogen werden, in welcher Form Elternarbeit die sprachliche Entwicklung eines Kindes unterstützen kann. Dies gilt insbesondere für den frühen Bereich, d. h. bis zum dritten Lebensjahr. Programme wie „Schritte in den Dialog“ (Möller, 2009) oder das „Heidelberger Elterntraining“ (Buschmann, 2007) werden von Logopädinnen und Logopäden durchgeführt mit dem Ziel, die sprachfördernden Kompetenzen der Eltern zu stärken,

damit sie den Spracherwerb ihrer Kinder gezielt unterstützen können. Inwieweit ein Elterntraining bei Kindern bis zum dritten Lebensjahr tatsächlich ausreichend ist, um eine sich abzeichnende Sprachentwicklungsstörung zu verhindern, wurde wissenschaftlich bisher nicht untersucht. Hingegen sind positive Effekte auf die Sprachentwicklung der Kinder durchaus nachgewiesen worden (Buschmann et al., 2008).



Checklisten zur Sprachentwicklung und Risikoerkennung

In den Checklisten auf den folgenden Seiten werden die Meilensteine der Sprachentwicklung anhand ausgewählter Beispiele getrennt nach den Bereichen Sprachverstehen und Sprachproduktion aufgeführt. Bei der Sprachproduktion wird zwischen Lauterwerb, Wortschatz und Grammatik unterschieden. Außerdem werden valide Verfahren zur Sprachstandserfassung genannt – sowohl überblicksartige Screeninginstrumente für die kinderärztliche Praxis als auch weiterführende, differenziertere logopädische Prüfverfahren.





U3 bis U5

Vorsprachliche Fähigkeiten

Es können zwei Phasen der vorsprachlichen Entwicklung unterschieden werden (vgl. Butzkamm & Butzkamm, 1999):

1. Das Vorsilbenalter (0 – 5 Monate)
2. Das Silbenalter (6 – 12 Monate)

In den ersten sechs bis sieben Wochen (U3) ist das reflexhafte Schreien vorherrschend, z. B. bei Hunger, Schmerz etc. Auf der Seite der Rezeption lässt sich überprüfen, ob der Säugling schreckhafte Reaktionen auf laute Geräusche zeigt.

Ab circa drei Monaten (U4) beginnt der Säugling mit seinen Sprechorganen zu experimentieren, i.d.R. als Ausdruck von Wohlbefinden (Funktionslust). Dabei erzeugt er verschiedene Geräusche, wie Quietschen, Brummen etc. sowie erste Gurrlaute, z. B. „ngä“, „ngr“. Diese Laute werden auch von gehörlosen Kindern produziert! Wünsche bzw. Missfallen werden nun gezielter deutlich gemacht, z. B. durch Schreien, Wegdrehen oder Abbrechen des Blickkontaktes. Rezeptiv kann beobachtet werden, dass der Säugling mit drei Monaten aktiv mit den Augen nach der Schallquelle sucht. Mit circa vier Monaten dreht er seinen Kopf in Richtung Schallquelle.

Ab circa sechs Monaten (U5) beginnt das Silbenplappern (kanonisches Lallen), welches sich durch wiederholte Konsonant-Vokal-Silben auszeichnet, z. B. „baba“, „dada“. Die Laute werden nun zunehmend an die Muttersprache angepasst. Da gehörlose Kinder keine Lallsequenzen produzieren, sollte eine Gehörüberprüfung veranlasst werden, wenn die Lautproduktionen mit etwa einem halben Jahr stagnieren.

Nach Grimm (2003b) können Kinder mit einer Sprachentwicklungsverzögerung im Vorschulalter bereits zu diesem frühen Zeitpunkt erkannt werden, da sie deutlich weniger Lautverbindungen produzieren und dabei auch weniger unterschiedliche Konsonanten verwenden.



Die weitere Sprachentwicklung ab dem achten Monat hat Grimm (2003b, Seite 35) sehr überschaubar zusammengefasst.

Sprachentwicklung zwischen 8 und 28 Monaten

(vgl. Grimm, 2003b)

- 8 – 10 Monate: Wortverständnis
- 10 – 13 Monate: Wortproduktion
- 18 – 20 Monate: Wortschatzspurt
- 20 – 24 Monate: Wortkombination

60 MONATE

48 MONATE

36 MONATE

24 MONATE

12 MONATE

7 MONATE



U3-5

1 MONAT

U6

10. – 12. Lebensmonat

60 MONATE

48 MONATE

36 MONATE

24 MONATE

12 MONATE

10 MONATE

1 MONAT

Sprachverstehen

- Das Kind reagiert auf seinen Namen, indem es sich der sprechenden Person zuwendet.
- Es reagiert auf die Aufforderung „Komm her!“, indem es kommt.

Gesten

- Es ahmt kulturabhängige Gesten wie „winke-winke“ nach,
- zeigt auf den Gegenstand, den es haben möchte,
- schüttelt den Kopf, wenn es etwas nicht will und nickt, wenn es einverstanden ist.

Sprachproduktion

Lauterwerb/Wortschatz

- Es produziert mehrsilbige Lautketten mit unterschiedlichen Konsonanten, z. B. „maba“ (variables Lallen). Der Lautbestand ist der Muttersprache angepasst.
- Es spricht erste Wörter, z. B. „Mama“, „nein“, „wau-wau“.
- Es versucht Wörter, z. B. „Mama“, Silben, z. B. „dada“, „baba“ oder Geräusche, z. B. Motorengeräusche nachzuahmen.
Dabei treten verschiedene alterstypische Vereinfachungsprozesse auf:
 - Silbenverdopplungen, z. B. Ball > „Baba“
 - Auslassung unbetonter Silben, z. B. Banane > „Nane“
 - Lautauslassungen, v. a. nasaler Konsonanten, z. B. Löffel > „Löffe“
 - Vereinfachung von Konsonantenverbindungen, z. B. Brot > „Bot“
 - Lautersetzungen, v. a. von Frikativen, z. B. Schuh > „Tu“

Kinderärztliche Diagnostik

- EVU 6
- Elternfragebogen ELFRA 1 (Grimm & Doil, 2006)
- ggf. Handanweisungen für Eltern von ein- bis zweijährigen Risikokindern (Ritterfeld, 2001)
- ggf. audiometrische Testung

Eingehende logopädische Befunderhebung*

- Entwicklungsprofil zur Überprüfung praktisch-agnostischer, symbolischer, sozial-kommunikativer und sprachlicher Fähigkeiten (Zollinger, 1997)



U6