

# Late Bloomer oder Sprachentwicklungsstörung?

Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkern nach dem Dortmunder Konzept

Mascha Hecking & Claudia Schlesiger

**ZUSAMMENFASSUNG.** Ein deutlich reduzierter Wortschatzumfang im 24. Lebensmonat ist ein wesentliches Risikokriterium für die Ausbildung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung. Die Heterogenität der Gruppe der Late Talker macht ein differenziertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen notwendig. Auf der Basis einer Bestandsaufnahme und Bewertung bestehender Verfahren zur Diagnostik von Late Talkern und zur Partizipation der Eltern wird das Dortmunder Konzept vorgestellt, das ein differentialdiagnostisches Vorgehen sowie daraus resultierende erste evidenzbasierte Interventionsmaßnahmen in der Elternpartizipation ermöglicht. Das Dortmunder Konzept setzt sich in Anlehnung an den Watchful-Waiting-Ansatz (Paul 1996) im ersten Schritt das Ziel, die Entwicklung der Late Talker professionell zu beobachten, so dass genau die Kinder eine weitere sprachtherapeutische Frühintervention erhalten, die mit einer großen Wahrscheinlichkeit von schweren Sprachentwicklungsstörungen bedroht sind. Im zweiten Schritt werden Kriterien diskutiert, anhand derer die Entscheidung für eine bestimmte Form der Frühintervention (eltern- und/oder therapeutenbasiert) getroffen werden kann. Schlüsselwörter: Late Talker – verspäteter Sprechbeginn – Wortschatzentwicklung – Früherkennung – sprachtherapeutische Frühintervention – Elternpartizipation

## Einleitung

Das Thema sprachtherapeutische Frühintervention gewinnt seit einigen Jahren zunehmend an Bedeutung. Im Sprachtherapeutischen Ambulatorium im Zentrum für Beratung und Therapie der Technischen Universität Dortmund wird die Frühintervention bei Late Talkern – also bei zweijährigen Kindern mit spätem Sprechbeginn, die keine weiteren Primärbeeinträchtigungen aufweisen – seit dem Jahr 2005 systematisch erforscht. Aus dieser systematischen Forschungsarbeit (Schlesiger 2005, 2007, 2009) und aus weiteren Forschungsarbeiten zum Thema frühe Eltern-Kind-Interaktion (Hecking 2008) ist ein Konzept zur Diagnostik und Beratung bei Late Talkern entstanden, das in Dortmund und Umgebung nun seit einigen Jahren erfolgreich praktiziert wird.

Das Dortmunder Konzept stützt sich auf die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Familien, auf therapeutische Expertise und – so weit wie möglich – auf empirische Ergebnisse aus systematischer Forschung und ist somit als ein Beitrag für die evidenzbasierte Sprachtherapie zu werten (Beushausen 2005). Das Ziel des Dortmunder Konzeptes besteht darin, in der sprachtherapeutischen Frühintervention sowohl ein pauschales

Abwarten nach dem Wait-and-See-Ansatz (Paul 1996) als auch eine Übertherapie von Zweijährigen zu vermeiden. Vielmehr soll in Anlehnung an den Watchful-Waiting-Ansatz (Paul 1996) die Entwicklung der Late Talker professionell beobachtet werden, so dass genau die Kinder eine sprachtherapeutische Frühintervention (indirekt bzw. elternbasiert und/oder direkt bzw. therapeutenbasiert) erhalten, die mit einer großen Wahrscheinlichkeit von einer massiven Sprachentwicklungsstörung bedroht sind. Dieses differentialdiagnostische Vorgehen sowie daraus resultierende erste Interventionsmaßnahmen in der Elternberatung sind Bestandteile des Dortmunder Konzeptes.

## Late Talker

Als Late Talker, also als „späte Sprecher“, werden zweijährige Kinder bezeichnet, die über einen unterdurchschnittlichen Wortschatzumfang verfügen. Der späte Sprechbeginn kann bei ihnen ursächlich nicht auf Primärbefähigungen wie Intelligenzmindereungen oder Hörstörungen und auch nicht ausschließlich auf entwickelungshemmende Umweltfaktoren zurückgeführt werden. All-

### Dr. Claudia Schlesiger,

Diplom-Sprachheilpädagogin, arbeitete von 2000 bis 2009 in einer sprachtherapeutischen Praxis und ist seit 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Dortmund. Dort promovierte sie 2009 zum Thema sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talker. Ihre fachlichen Schwerpunkte in Forschung, Therapie, Lehre und Weiterbildung sind die Bereiche Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen, sprachheilpädagogische Diagnostik, früher Laut- und Wortschatzerwerb sowie sprachtherapeutische Frühintervention.



### Dr. Mascha Hecking

arbeitet seit 2003 als Diplom-Sprachheilpädagogin und Psycholinguistin mit dem fachlichen Schwerpunkt sprachtherapeutische Frühintervention in München. Seit 2007 ist sie als Lehrkraft für besondere Aufgaben sowie fortführend als Lehrbeauftragte an der Technischen Universität Dortmund beschäftigt. Darüber hinaus bietet sie Weiterbildungen für Sprachtherapeutinnen und Erzieherinnen an. Weitere inhaltliche Schwerpunkte in der therapeutischen Tätigkeit, der Lehre und Weiterbildung sind der kindliche Erst- und Mehrspracherwerb sowie der selektive Mutismus.



gemein gilt ein produktiver Wortschatz von weniger als 50 Wörtern bei einem Kind im Alter von 2;0 Jahren als unterdurchschnittlich (Rescorla 1989, Grimm & Doil 2006). Eine wesentlich präzisere Bestimmung des Wortschatzumfangs bieten normierte Elternfragebögen, als Cut-off-Kriterium wird hier häufig die zehnte Perzentile angesetzt (Fenson et al. 2007, Szagun et al. 2009). Entsprechend liegt die Prävalenzrate für einen späten Sprechbeginn Zweijähriger bei 10%. Ungefähr die Hälfte der Late Talker zeigt mit drei Jahren eine umschriebene bzw. spezifische Sprachentwicklungsstörung (Paul 1993, Rescorla et al. 1997, Bishop et al. 2003, Dale et al. 2003;

Chilosi et al. 2006, Sachse 2007), wobei auch in diesem Alter nach wie vor keine Primärbeeinträchtigungen erkennbar sind.

Es folgen zwei anonymisierte Fallbeispiele von Late-Talkern (Kasten), die im Sprachtherapeutischen Ambulatorium im Zentrum für Beratung und Therapie der Technischen Universität Dortmund für eine Diagnostik mit Beratung vorgestellt wurden. Sie veranschaulichen die praktische Umsetzung der theoretischen und empirischen Grundlagen zur Diagnostik und Beratung in der sprachtherapeutischen Frühintervention für Late Talker nach dem Dortmunder Konzept.

## Diagnostik

### Grundlagen der Früherkennung und Frühdiagnostik

Orientierend an den drei Stufen der Prävention (Caplan 1964) lässt sich die Frühintervention für Late Talker als sekundär präventive Maßnahme einordnen. Sekundäre Prävention bei Late Talkern verfolgt das Ziel, Risikofaktoren im sprachlichen Entwicklungsverlauf zu identifizieren und mittels individuell angepasster Maßnahmen einer möglichen Sprachentwicklungsstörung entgegenzuwirken oder diese in ihrem Schweregrad zu vermindern.

#### Fallbeispiel 1: Max – Erstkontakt

Max ist 2;2 Jahre alt und spricht laut Aussage der Mutter zu wenig. Beide Eltern – die Mutter ist Krankenschwester und der Vater Versicherungskaufmann – machen sich Gedanken, weil die große Schwester mit zwei Jahren bereits in ganzen Sätzen gesprochen hat.

#### Fallbeispiel 2: Benjamin – Erstkontakt

Benjamin ist 2;6 Jahre alt und spricht nach den Angaben der Mutter ungefähr 30 Wörter. Die Mutter – eine Realschullehrerin – macht sich große Sorgen um die Entwicklung ihres Sohnes. Auch ihre Schwiegermutter ist sehr besorgt und fragt fast täglich, ob Benjamin bereits mit dem Sprechen begonnen habe. Benjamins Vater – ein promovierter Ingenieur – meint hingegen, dass seine Frau und seine Mutter übertrieben reagieren und ist der Überzeugung, dass Benjamin sprachlich etwas langsamer ist, sich das aber sicherlich bald auswächst. Benjamins ältere Schwester befindet sich aufgrund eines Sigmatismus interdentalis in logopädischer Behandlung.

### Bestandsaufnahme und Bewertung diagnostischer Verfahren für Late Talker

Grundlage für die sprachtherapeutische Intervention ist eine differenzierte Diagnostik, die sich an den Leitmotiven der frühen Intervention orientiert: Entwicklungsorientierung, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung und Partnerschaftlichkeit mit den Eltern (Thurmair & Naggl 2007, Sarimski 2008). Diagnostische Leitfragen können demnach wie folgt gestellt werden:

- **Entwicklungsorientierung:** In welcher Phase der Wortschatzentwicklung befindet sich das Kind?
- **Ganzheitlichkeit:** In welchen Entwicklungsbereichen, die eng mit dem Erwerb von Wörtern verknüpft sind, weist das Kind Ressourcen auf oder sind noch Kompetenzen erforderlich?
- **Familienorientierung:** Wie stellt sich die Interaktion zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen dar? Sind die Eltern besorgt um die sprachliche Entwicklung ihres Kindes?
- **Partnerschaftlichkeit mit den Eltern:** Mit welcher Haltung gehe ich als Therapeut auf die Eltern zu? Welche Inhalte und Formen der Beratung sind individuell geeignet?

### Anamnese

Wesentliche Bestandteile der anamnestischen Erhebung bei Late Talkern umfassen Informationen zum physiologischen Hörvermögen sowie der körperlich-neurologischen Verfassung des Kindes, die in der Regel durch die U7 abgedeckt sind. Augenmerk ist ebenfalls auf die Sorge der Eltern um die sprachliche Entwicklung ihres Kindes zu legen. Diese ist ein wichtiges Entscheidungskriterium für das weitere therapeutische Vorgehen. Spezifische Anamnesebögen für Late Talker sind bis auf den ANBOKI, Anamnesebogen für kleine Kinder (Mühlhaus & Schlesiger in Schlesiger 2009), nicht bekannt.

### Erfassung sprachlicher Kompetenzen

Risikokriterium im 24. Lebensmonat für eine mögliche Spracherwerbsstörung ist ein deutlich reduzierter Wortschatzumfang. Die Erfassung sprachlicher Kompetenzen umfasst somit vordergründig die rezeptiven und produktiven Leistungen des zweijährigen Kindes auf Wortebene. Hierfür stehen im deutschsprachigen Raum neben Screeningverfahren – in der Regel Elternfragebögen – auch stan-

dardisierte Testverfahren zur Verfügung, die in Tabelle 1 (S. 8) aufgeführt sind.

Während die Elternfragebögen nachweislich aussagekräftig von engen Bezugspersonen des Kindes ausgefüllt werden können (Sachse et al. 2007, Szagun 2004), bleibt die Durchführung der Testverfahren der Fachkraft vorenthalten. Alle in Tabelle 1 aufgelisteten Verfahren zeichnen sich durch ausreichende Objektivität, Reliabilität und Validität aus. Allerdings verfügen laut IQWiG (2009) weder die Screeningverfahren noch die beiden Testverfahren über eine ausreichende prognostische Validität zur Frühidentifikation umschriebener Entwicklungsstörungen.

Solange keine Alternativen zur Verfügung stehen, empfehlen wir – falls bereits vorhanden – den ELFRA-2 (Grimm & Doil 2006) oder den ELAN (Bockmann & Kiese-Himmel 2006) aufgrund ihrer Praktikabilität bzw. – für eine Neuanschaffung – den FRAKIS-K (Szagun et al. 2009) aufgrund der Normierung für verschiedene Altersstufen für den Einsatz in der sprachtherapeutischen Praxis und den SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse 2008) für den zeitökonomischen Einsatz in der pädiatrischen Praxis. Der SETK-2 (Grimm 2000) dient dann zur genauen Diagnostik im Anschluss an das Screening.

### Beobachtung der Symbolisierungsfähigkeiten

Symbolisches Spiel und symbolische Gesten sind zu Beginn des zweiten Lebensjahres beobachtbar und Ausdruck für innere Repräsentationen von Objekten und Ereignissen. Die Beschreibung des Symbolspiels orientiert sich an Piagets kognitiver Entwicklungstheorie (1945), eine Beschreibung symbolischer Gesten erfolgt in Anlehnung an Bates et al. (1979). Symbolisierungsfähigkeiten sind eine notwendige (jedoch nicht hinreichende) Voraussetzung für den symbolischen, also kontextunabhängigen Wort- und Sprachgebrauch. Verfahren zur Beobachtung der Symbolisierungsfähigkeiten sind in Tabelle 2 (S. 8) dargestellt.

Lediglich der BFI (Schelten-Cornish & Wirts 2006) und BESYM (Schlesiger 2009) bieten ein Raster zur Beobachtung sowohl der Spiel- als auch der Gestenentwicklung. Beide Verfahren sind sich sehr ähnlich, wobei BESYM (Schlesiger 2009) eine genauere Unterteilung der Symbolisierungsfähigkeiten und deren Bezug zur Sprachentwicklung in Anlehnung an McCune-Nicolich und Carroll (1981) sowie Sarimski (1991) vorsieht. Durchführung und Bewertung erfolgen in einer ungefähr zehnminütigen Freispielsituation (Kasten 1, S. 8).

■ Tab. 1: Erfassung sprachlicher Leistungen

Verfahren	Klassifikation	Zielgruppe	Inhalte
<b>ELFRA-2</b> – Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern ( <i>Grimm &amp; Doil 2006</i> )	Screeningverfahren	deutschsprachige Kinder im Alter von 24 LM	Wortschatzliste von 260 Items 36 Fragen zur Syntax und Morphologie, auch als Kurzversion durchführbar
<b>ELAN</b> – Eltern Antworten. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter ( <i>Bockmann &amp; Kiese-Himmel 2006</i> )	Screeningverfahren	deutschsprachige Kinder im Alter von a) 16 bis 20 LM und b) 21 bis 26 LM	Wortschatzliste von 250 Items 2 Fragen zu ersten Wortkombinationen mit Beispielen
<b>FRAKIS</b> – Fragebogen zur Erfassung der frühkindlichen Sprachentwicklung ( <i>Szagan et al. 2009</i> )	Testverfahren	deutschsprachige Kinder im Alter von 18 bis 30 LM	Wortschatzliste von 600 Items, 4 einleitende Trichterfragen zur Grammatik (Plural, Verbmorphologie, Genusmarkierung) Teil A: Fragen zur Flexionsmorphologie (Plural, Genus am Artikel und am Adjektiv, Kasus am Artikel, Verbformen) Teil B: Checkliste mit 32 Satzpaaren zur Satzkomplexität
<b>FRAKIS-K</b> – Kurzform ( <i>Szagan et al. 2009</i> )	Screeningverfahren	deutschsprachige Kinder im Alter von 18 bis 30 LM	Wortschatzliste von 102 Items 3 Fragen zur Grammatik (Plural, Artikel, Wortkombinationen)
<b>SBE-2-KT</b> – Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7 ( <i>Suchodoletz &amp; Sachse 2008</i> )	Screeningverfahren	deutschsprachige Kinder im Alter von 24 LM	Wortschatzliste von 57 Items 1 Frage zu Mehrwortäußerungen
<b>SETK-2</b> – Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder ( <i>Grimm 2000</i> )	Testverfahren	deutschsprachige Kinder im Alter von 24 bis 35 LM	Testbatterie mit 4 Subtests (insgesamt 61 Items) je zwei Subtests zum Sprachverständnis und zur Sprachproduktion (Verstehen von Wörtern, Verstehen von Sätzen, Produktion von Wörtern, Produktion von Sätzen)

Der österreichische CDI (*Marschik et al. 2007, Marschik et al. 2009*) wird hier nicht erwähnt, da er bislang erst in einer Forschungsversion erhältlich ist. Der SBE-2-KT (*Suchodoletz & Sachse 2008*) ist mittlerweile auch in mehreren Sprachen verfügbar.

### Kasten 1

#### Beobachtung der Symbolisierungsfähigkeiten und deren Bezug zur Sprachentwicklung (Auszug aus BESYM – *Schlesiger 2009*)

- **Autosymbolisch:** Symbolisches Verhalten in Bezug auf die eigene Person (z.B. leere Tasse zum Mund führen und schlucken) – Protowort- und Einwortphase.
- **Dezentriert:** Andere Objekte bzw. Personen werden mit einbezogen (z.B. die Puppe füttern) – parallel zur Wortschatzexplosion.
- **Sequenziell:** Kombination fiktiver Handlungen (z.B. die Puppe füttern und ins Bettchen bringen) – Zweiwortphase.
- **Symbolische Gesten:** Stellen eine Handlung, ein Objekt oder eine Eigenschaft dar (ikonische Gesten, z.B. eine Bewegung mit dem Bein für „Fußball spielen!“) oder repräsentieren diese konventionell (konventionelle Gesten, z.B. „Heia machen!“) – Vorstufe zum symbolischen Wortgebrauch der Einwortphase.
- **Supplementäre Gesten:** Geste ergänzt ein Wort (z.B. Kind sagt „Baba“ für Ball und macht eine Geste für „werfen“) – Vorstufe zur Zweiwortphase.

### Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion

Die Interaktion zwischen Eltern und Kind ist ein höchst sensibles Geschehen (*Ritterfeld 1999*). Möglicherweise kann die Eltern-Late-Talker-Interaktion durch Sorge oder Schuldgefühle der Eltern beeinflusst sein, so dass sich aufgrund eines weniger intuitiven und mehr bewussten Verhaltens das elterliche Sprachangebot nicht sprachförderlich auswirkt (*Grimm 1994, Ritterfeld 2007*). Die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion ist somit fester Bestandteil im Dortmunder Konzept. Sie berücksichtigt sowohl das elterliche als auch das kindliche Verhalten in der gemeinsamen Interaktion. In der deutschsprachigen Literatur liegen aktuell keine standardisierten Diagnostikmaterialien

zur Eltern-Kind-Interaktion vor. „Eine standardisierte Durchführung und Auswertung der Interaktionsdiagnostik [...] hat sich in der klinischen Praxis nicht durchgesetzt“ (*Sarimski 2006, 280*). Hingegen finden sich einige qualitative Verfahren, die mithilfe eines beobachtenden Vorgehens das Interaktionsgeschehen einschätzen (Tab. 3, S. 9).

In einem Vergleich der vorliegenden Beobachtungsbögen der Eltern-Kind-Interaktion sind vor allem die in Kasten 2 (Seite 9) dargestellten Beobachtungskriterien von Bedeutung, die auf Seiten der Bezugsperson einem responsiven (*Papoušek & Papoušek 1975, 1990*) und akzeptierenden (*Nelson 1973*) Interaktionsstil zugeschrieben werden können.

Das videographierte Setting gestaltet sich in der Regel wie folgt: Während der Thera-

■ Tab. 2: Verfahren zur Beobachtung der Symbolisierungsfähigkeiten

Verfahren	Beobachtungsschwerpunkt
<b>Entwicklungsgitter</b> ( <i>Zollinger 1997</i> )	Symbolspiel
<b>Gesteninterview</b> ( <i>Doil 2002</i> )	Beobachtungen der Eltern zu Gesten des Kindes
<b>BFI</b> – Beobachtungsbogen für vorsprachliche Fähigkeiten und Eltern-Kind-Interaktion ( <i>Schelten-Cornish &amp; Wirts 2006</i> )	Symbolspiel und Gestenentwicklung
<b>BESYM</b> – Beobachtung der Symbolisierungsfähigkeiten ( <i>Schlesiger 2009</i> )	Symbolspiel und Gestenentwicklung

peut eine beobachtende Position einnimmt (inner- oder außerhalb des Therapieraumes), interagieren das Kind und die Mutter bzw. der Vater zu zweit für ungefähr fünf bis zehn Minuten. Die Auswertung erfolgt nach subjektiver Einschätzung des Untersuchers in Orientierung an dem jeweiligen Beobachtungsbogen zur Eltern-Kind-Interaktion. Die beiden Fallbeispiele zeigen die Umsetzung in die Praxis (Kasten unten).

**Kasten 2**

**Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion**

- **Gemeinsame Aufmerksamkeit und Referenz.** Beispiel: Mutter und Kind betrachten gemeinsam ein Bilderbuch. Sie richten ihren Blick gemeinsam auf einen Bagger. Als das Kind die Mutter fragend anschaut, kommentiert diese: „Ja schau! Ein Bagger!“
- **Sprecherwechsel.** Beispiel: Mutter und Kind zeigen gleichwertige Redeanteile sowie ein Abwechseln im Dialog auf.
- **Stützende und modellierende Sprache der Bezugsperson.** Beispiel: Die Mutter greift eine kindliche Äußerung („Auto!“) auf und erweitert diese um eine Information („Ja schau! Das Auto fährt.“).

■ **Tab. 3: Verfahren zur Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion**

Verfahren	Beobachtungsschwerpunkt
<b>BFI</b> – Beobachtungsbogen für vorschulische Fähigkeiten und Eltern-Kind-Interaktion (Schelten-Cornish & Wirts 2006)	Kindliches und elterliches Interaktionsverhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kontaktverhalten</li> <li>● Interaktionsformen und -funktionen</li> </ul>
<b>Beurteilung der Beiträge des Erwachsenen zum dialogischen Spiel</b> – Orientieren-der Fragenkatalog (Sarimski 2008)	Interaktive Fähigkeiten des Erwachsenen
<b>Schritte in den Dialog</b> – Kommunikationsbeobachtung (Möller & Spreen-Rauscher 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kindliches Interaktionsverhalten, vor allem intentionales Verhalten</li> <li>● Turn-Taking der Interaktionspartner</li> </ul>

**Prognose**

**Grundlagen prognostischer Aussagen**

Die Kenntnisse der Hauptergebnisse von Longitudinalstudien zu Entwicklungsverläufen von Late Talkern und zur Identifizierung von bestimmten Prädiktoren, Schutz- und Risikofaktoren bei Sprachentwicklungsstörungen ermöglichen zwar keine sichere prognostische Aussage im Einzelfall, sind aber dennoch hilfreich, um die weitere Entwicklung eines einzelnen Late Talkers zumindest etwas näher einzugrenzen und die Eltern entsprechend zu beraten.

**Entwicklungsverläufe bei Late Talkern (Outcome)**

Übereinstimmend deuten Longitudinalstudien darauf hin, dass Late Talker den Rückstand im Wortschatzerwerb innerhalb eines Jahres verkleinern, dafür mit drei Jahren aber Verzögerungen oder Störungen im Grammatikerwerb beobachtbar sind (zusammenfassend Schlesiger 2009). Die Diagnose „spezifische bzw. umschriebene Sprachentwicklungsstörung“ wird lediglich von Sachse (2007) explizit genannt. In dieser deutschsprachigen Studie erreichen ein Drittel der früheren Late Talker in einem von drei Untertests des standardisierten „Sprachentwicklungstests

**Fallbeispiel 1: Max – Eingangsdiagnostik**

Max erscheint mit seiner Mutter zu einem Beratungstermin. Die Mutter hat wie vereinbart das gelbe Untersuchungsheft der Kinderfrüherkennungsuntersuchung mitgebracht. Nach einer kurzen Begrüßung setzt sich die Mutter an einen separaten Tisch und füllt den ELFRA-2 (Grimm & Doil 2006) sowie den ANBOKI (Mühlhaus & Schlesiger in Schlesiger 2009) aus.

Währenddessen setzt sich der Therapeut mit Max auf den Fußboden, und lässt Max die Tasche mit den Tieren, den Puppen, dem Spielzeuggeschirr, -besteck und -lebensmitteln sowie den beiden Spielzeughandys auspacken. Max beginnt sofort damit, die Tiere zu füttern. Der Therapeut notiert im BESYM (Schlesiger 2009) das Vorhandensein von dezentriertem Symbolspiel. Nach fünf Minuten, in denen Max viele weitere autymbolische, dezentrierte und auch einige sequenzielle symbolische Spielhandlungen zeigt, räumen beide die Spielsachen weg und der Therapeut lässt Max den blauen Koffer des SETK-2 (Grimm 2000) holen.

In den Untertests zum Wort- und Satzverstehen erzielt Max durchschnittliche Ergebnisse mit T-Werten von 40 bis 60. Im Untertest zur Wortproduktion erhält er, wie erwartet, einen unterdurchschnittlichen T-Wert von 34. In diesem Untertest wird deutlich,

dass er ein- und zweisilbige Wörter mit offenen und geschlossenen Silben produziert und Wörter, die er nicht verbalisiert, häufig durch Gesten veranschaulicht. In der Eltern-Kind-Interaktion richtet die Mutter ihre Aufmerksamkeit häufig nach den Interessen ihres Sohnes aus. Sie interpretiert die Vokalisationen und Gesten von Max mit passenden Wörtern oder kurzen Sätzen. Es entwickelt sich ein Spiel, in dem sie beide wieder den Hund füttern. Aus dem ELFRA-2 (Grimm & Doil 2006) und dem ANBOKI (Mühlhaus & Schlesiger in Schlesiger 2009), die die Mutter inzwischen ausgefüllt hat, ergibt sich, dass Max 27 Wörter spricht, noch keine Wörter kombiniert und keine weiteren Risikofaktoren für eine Sprachentwicklungsstörung vorliegen.

**Fallbeispiel 2: Benjamin – Eingangsdiagnostik**

Benjamin erscheint mit seiner Mutter zehn Minuten zu spät zu einem Beratungstermin. Das gelbe Untersuchungsheft hat die Mutter zu Hause vergessen. Nach einer kurzen Begrüßung setzt sich die Mutter an einen separaten Tisch und füllt den ELFRA-2 (Grimm & Doil 2006) sowie den ANBOKI (Mühlhaus & Schlesiger in Schlesiger 2009) aus. Da Benjamin sehr kontaktfreudig ist, beginnt der Therapeut direkt mit dem SETK-2 (Grimm 2000). In den Untertests zum Wort- und Satzverstehen erzielt Benjamin unter-

durchschnittliche Ergebnisse mit T-Werten zwischen 38 und 30. Im Untertest zur Wortproduktion erhält er ebenfalls einen unterdurchschnittlichen T-Wert von 34. Insgesamt äußert er hier häufig ähnlich klingende Silbensequenzen mit hauptsächlich offenen Silben (da, baba etc.). Anschließend setzt sich der Therapeut mit Benjamin auf den Fußboden und lässt ihn die Tasche mit den Spielgegenständen auspacken. Benjamin stellt alles sorgfältig hin. Erst als der Therapeut nach einigen Minuten beginnt, die Tiere zu füttern und Tee zu kochen, imitiert Benjamin das Symbolspiel. Der Therapeut notiert im BESYM (Schlesiger 2009) das Vorhandensein von dezentriertem Symbolspiel nach Imitation.

In der Eltern-Kind-Interaktion zeigt die Mutter ein direktes Kommunikationsverhalten und weist Benjamin an, welches Futter er zu welchen Tieren legen soll. Benjamin wirkt sehr unmotiviert in der Spielsituation. Aus dem ELFRA-2 (Grimm & Doil 2006) und dem ANBOKI (Mühlhaus & Schlesiger in Schlesiger 2009), die die Mutter inzwischen ausgefüllt hat, ergibt sich, dass Benjamin 31 Wörter und erste Wortkombinationen spricht und dass weitere Risikofaktoren für eine Sprachentwicklungsstörung vorliegen (familiäre Disposition für Sprachentwicklungsstörung väterlicherseits, große Sorge der Mutter).

für drei- bis fünfjährige Kinder – SETK 3-5“ (Grimm 2001) lediglich einen T-Wert von 35 oder weniger, liegen also eineinhalb Standardabweichungen oder mehr unter der Altersnorm. Der Test zum phonologischen Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter wird nicht gewertet. Legt man dieses Kriterium oder das Kriterium, dass mindestens in zwei Bereichen keine altersgerechten Werte erzielt werden, als diagnostisches Kriterium für eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung fest, so ergibt sich aus den Longitudinalstudien von Paul (1993), Rescorla et al. (1997), Bishop et al. (2003), Dale et al. (2003) und Sachse (2007) Folgendes: Von den insgesamt 926 untersuchten Late Talkern entwickeln 33% bis 60% der Kinder, im Durchschnitt 53%, mit drei Jahren eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung. Phonetische und phonologische Fähigkeiten der Late Talker werden nur selten in die Diagnose mit einbezogen. Paul (1993) und Rescorla et al. (1997) berichten übereinstimmend von ungefähr 50% der früheren Late Talker, die mit drei Jahren auch Aussprachestörungen aufweisen.

Die Beschreibungen der Sprachentwicklungsverläufe früherer Late Talker im Vorschul- und Schulalter sind sehr uneinheitlich (Paul 1996, Rescorla 2002, 2005, 2009; Kademann 2009, Kühn & von Suchodoletz 2009). Letztendlich sind aufgrund divergierender diagnostischer Kriterien zur Bestimmung eines verspäteten Sprechbeginns und auch einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung keine genauen Angaben dazu möglich, wie viele der Late Talker ab einem Alter von fünf Jahren als sprachentwicklungsgestört klassifiziert werden können.

Eine aktuelle Veröffentlichung zur Prädiktion der Entwicklung deutschsprachiger Late Talker (Kühn & von Suchodoletz 2009) kommt zu dem Ergebnis, dass im Einschulungsalter (mit 5;10 Jahren) 16% der ehemaligen Late Talker eine Sprachentwicklungsstörung und über 50% sprachliche Auffälligkeiten zeigen. Auch die Frage, ob Late Bloomer lediglich ein illusorisches Aufholen (Scarborough & Dob-

rich 1990) zeigen – weil sich ihre Fähigkeiten gerade auf einem Entwicklungsplateau stabilisiert haben, bei neuen Anforderungen jedoch wieder Defizite auftreten – kann anhand der aktuellen Datenbasis und auch aufgrund der noch geringen Erfahrung mit Entwicklungsverläufen bei Late Talkern zurzeit nicht beantwortet werden.

### Prädiktoren sowie Schutz- und Risikofaktoren

Late Talker sind eine heterogene Gruppe. Die Aufteilung in Subgruppen von Kindern mit und ohne zusätzliche sprachrezeptive Auffälligkeiten ist in diesem frühen Alter aufgrund der fluktuierenden Fähigkeitsprofile nicht unproblematisch (Ellis Weismer et al. 1994), aber für ein besseres Verständnis der Entwicklung von Late Talkern empfehlenswert (Desmarais et al. 2008). Erste Studien deuten darauf hin, dass ungefähr ein Drittel der als Late Talker eingestuft Kinder auch zusätzliche sprachrezeptive Auffälligkeiten aufweisen (für einen Überblick Schlesiger 2009). Bereits Zollinger (1987) und auch die ersten Late-Talker-Studien (Fischel et al. 1989, Whitehurst & Fischel 1994) weisen darauf hin, dass der Unterschied zwischen Late Talkern mit und ohne zusätzliche rezeptive Auffälligkeiten von großer Bedeutung ist. Whitehurst und Fischel (1994) warnen davor, die Gruppe der Late Talker mit und ohne zusätzliche rezeptive Auffälligkeiten zu vermischen: Fischel et al. (1989, 226f) betonen: „A wait-and-see approach is not justifiable for a child with both an expressive and a receptive language disorder.“

Der Wait-and-See-Ansatz meint das Abwarten ohne jegliche weitere Kontrolle des Entwicklungsverlaufes bei einem Late Talker (Fischel et al. 1989, Paul 1996). Im Gegensatz dazu impliziert der Watch-and-See-Ansatz, der auch als Watchful-Waiting-Ansatz bezeichnet wird und eine Grundlage des Dortmunder Konzeptes darstellt, ebenfalls ein Abwarten, jedoch mit beobachtenden Kontrolldiagnostiken im Abstand von drei bis sechs Monaten (Paul 1996).

Der Untertest zum Wortverstehen aus dem standardisierten Sprachentwicklungstest SETK-2 (Grimm 2000) leistet einen wichtigen Beitrag zur Prädiktion der Sprachentwicklung bei Late Talkern, während der Untertest zum Satzverstehen im Alter zwischen 2;0 und 2;5 prognostisch nicht aussagekräftig ist (Sachse 2007). Zurzeit gilt im deutschsprachigen Raum der Untertest zum Wortverstehen aus dem SETK-2 (Grimm 2000) neben dem Schulabschluss der Mutter als der wichtigste Prädiktor für die Sprachentwicklung von Late Talkern mit drei Jahren und ist auch für die weitere Entwicklung im Alter von vier bis fünf Jahren von Bedeutung (Sachse & von Suchodoletz 2009, Kademann 2009). Weitere Prädiktoren und Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Sprachentwicklungsstörung bei Late Talkern erhöhen, sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Das Alter der Kinder stellt für die Prognose ebenfalls einen wichtigen Faktor dar, insbesondere dann, wenn die pauschale Definition der 50-Wort-Grenze angesetzt wird. Ein Late Talker, der mit 2;6 Jahren weniger als 50 Wörter spricht, liegt in einem standardisierten Erhebungsverfahren zum Wortschatzumfang weit unterhalb der zehnten Perzentile und hat demnach eine schlechtere Prognose als ein jüngeres Kind mit einem ähnlich geringen Wortschatz.

Anhand der Fallbeispiele Max und Benjamin soll nun die therapeutische Beratung, beginnend mit der Spezifizierung der Prognose bei Late Talkern, veranschaulicht werden (Kasten S. 11). Zuvor soll jedoch auf einen in der Praxis nicht selten auftretenden Fall aufmerksam gemacht werden. Erste Fallzahlen aus Therapiestudien deuten darauf hin, dass ungefähr 10% bis 20% der als Late Talker vorgestellten Kinder allgemeine oder tief greifende Entwicklungsstörungen aufweisen (Buschmann et al. 2008, Schlesiger 2009).

Ein zweijähriges Kind, das nicht intentional kommuniziert und keine Symbolisierungsfähigkeiten (gestisch oder im Spiel) zeigt, kann nicht als Late Talker eingestuft werden. Hier ist eine weitere genaue Entwicklungsdiagnostik oder die Weiterempfehlung für eine entwicklungspsychologische Diagnostik notwendig.

Selten werden auch Kinder vorgestellt, deren Eltern sich zwar Sorgen bezüglich des Spracherwerbs machen, die jedoch über einen ausreichenden Wortschatzumfang verfügen und auch in einer genauen Entwicklungsdiagnostik (knapp) altersgerechte Werte erhalten. In diesem Fall empfehlen wir das wenig aufwändige Vorgehen nach dem Watchful-Waiting-Ansatz, also ein professionelles beobachtendes Abwarten.

■ **Tab. 4: Prädiktoren und Risikofaktoren für die Ausbildung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung bei Late Talkern (gekürzt nach Olswang et al. 1998, 29)**

Prädiktoren		Risikofaktoren
<b>Sprachproduktion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>geringer Wortschatzumfang</li> <li>wenig Konsonanten</li> <li>Vokalfehler</li> </ul>	<b>Kommunikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>geringes Interesse an Kommunikation</li> </ul> <b>Symbolisierungsfähigkeiten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>wenig symbolisches Spiel</li> <li>wenig symbolische Gesten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>familiäre Disposition für Sprach- oder Lernstörungen</li> <li>niedriger Schulabschluss der Eltern</li> <li>geringer sozioökonomischer Status der Eltern</li> <li>große elterliche Sorge</li> </ul>
<b>Sprachrezeption</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>unterdurchschnittlich</li> </ul>		

## Elternpartizipation

### Grundlagen

Der Einbezug von Eltern in die sprachtherapeutische Arbeit mit Kindern wird in seiner Relevanz für eine erfolgreiche Frühintervention spätestens in den 1980er Jahren erkannt (Grohnfeldt 1983, Bode 2002). Seitdem hat die Elternpartizipation verschiedene Modelle durchlaufen (Ritterfeld 2007), die sich unter anderem hinsichtlich der Rolle von Eltern und Therapeut sowie Zielsetzungen und Form unterscheiden. Es werden zwei grundlegende Aufgabenbereiche in der Elternpartizipation aufgeführt (Thurmair & Naggl 2007, Weiß 1989), die auch in der Arbeit mit Late Talkern relevant sind:

- Elterninformation und -anleitung und
- Elternberatung

Der Aufgabenschwerpunkt „Elterninformation und -anleitung“ umfasst „alle Intentionen [...], die darauf gerichtet sind, die gezielte Förderung des Kindes durch die Eltern zu ermöglichen bzw. zu intensivieren“ (Dehnhardt & Ritterfeld 1998, 129). Es können drei verschiedene Modelle der Elterninformation und -anleitung differenziert werden (modifiziert nach Ritterfeld 2007):

### Elterninformation

Im Kontext der Elternpartizipation ist es therapeutische Aufgabe, Informationen über den frühen Spracherwerb, seine Variabilität sowie mögliche Risiken aufzuzeigen. Der „Therapeut [ist] fachlicher Impulsgeber, der das individualisierte Wissen der Eltern durch generalisiertes Expertenwissen ergänzt“ (Dehnhardt & Ritterfeld 1998, 130). Mögliche Sorgen oder Schuldgefühle der Eltern bezüglich der sprachlichen Entwicklung ihres Kindes können im Einzelsetting Therapeut-Eltern aufgegriffen werden (Kasten 3).

### Elternanleitung als Interaktionstraining

Im Rahmen strukturierter Elternprogramme steht das Interaktionsgeschehen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen im Vordergrund. Durch eine gezielte Anleitung werden den Eltern – gewöhnlich im Gruppensetting – theoretisch und praktisch Techniken vermittelt, die sie zu einem sprachförderlichen Verhalten im selbstständigen Umgang mit dem Kind befähigen. Insbesondere im Hinblick auf ein wenig sprachförderliches Interaktionsgeschehen zwischen Eltern und Late Talker ist dieses Vorgehen sinnvoll und nachweislich effektiv, wie z.B. das Heidelberger Elterntraining zeigt (Buschmann 2009).

### Kasten 3

#### Inhalte der Elterninformation

- Eltern tragen keine Schuld am verspäteten Sprechbeginn ihres Kindes.
- Variabilität des frühen Spracherwerbs sowie mögliche Risiken im Entwicklungsverlauf.
- Welche Prognosen haben Kinder mit einem verspäteten Sprechbeginn? Aufholen der sprachlichen Fähigkeiten (Late Bloomer) versus Ausbilden einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung (in ihrem Schweregrad differierend).
- Therapeutische Empfehlung bezüglich weiterführender Maßnahmen.

### Elternanleitung als geführte Beobachtung

Gegenüber einem Interaktionstraining lernen Eltern bei einer „geführten Beobachtung“ auf dem indirekten Weg. Sie beobachten den Therapeuten im Umgang mit dem Kind und erwerben durch die Beobachtung am Modell sprachförderliche Interaktionstechniken. Aufgabe des Therapeuten ist neben der Modellfunktion auch die Reflexion des eigenen Vorgehens gegenüber den Eltern.

Fallbeispiel 1: Max – Spezifizierung der Prognose bei einem Late Talker			Fallbeispiel 2: Benjamin – Spezifizierung der Prognose bei einem Late Talker		
<b>Alter:</b>	2;2 Jahre		<b>Alter:</b>	2;6 Jahre	
<b>Produktiver Wortschatz:</b>	27 Wörter		<b>Produktiver Wortschatz:</b>	30 Wörter	
<b>Prädiktoren</b>	<b>Late Bloomer</b>	<b>Sprachentwicklungsstörung</b>	<b>Prädiktoren</b>	<b>Late Bloomer</b>	<b>Sprachentwicklungsstörung</b>
<i>Wortverstehen</i>	■ durchschnittlich	□ unterdurchschnittlich	<i>Wortverstehen</i>	□ durchschnittlich	■ unterdurchschnittlich
<i>Verschiedene Konsonanten</i>	■ einige	□ wenige	<i>Verschiedene Konsonanten</i>	□ einige	■ wenige
<i>Symbolisierung</i>	■ ausgeprägt	□ wenig	<i>Symbolisierung</i>	□ ausgeprägt	■ wenig
<i>Bemerkungen:</i>			<i>Bemerkungen:</i> kontaktfreudig und kommunikativ		
<b>Schutz- u. Risikofaktoren</b>	<b>Late Bloomer</b>	<b>Sprachentwicklungsstörung</b>	<b>Schutz- und Risikofaktoren</b>	<b>Late Bloomer</b>	<b>Sprachentwicklungsstörung</b>
<i>elterliche Sorge</i>	□ nein	■ ja	<i>elterliche Sorge</i>	□ nein	■ ja
<i>familiäre Disposition</i>	■ nein	□ ja	<i>familiäre Disposition</i>	□ nein	■ ja
<i>Schulabschluss der Eltern</i>	□ (Fach-)Hochschule	■ Haupt- oder Realschule	<i>Schulabschluss der Eltern</i>	■ (Fach-)Hochschule	□ Haupt- oder Realschule
<i>Bemerkungen:</i>			<i>Bemerkungen:</i>		
<b>Interaktion der Bezugsperson</b>	<b>sprachförderlich</b>	<b>nicht sprachförderlich</b>	<b>Interaktion der Bezugsperson</b>	<b>sprachförderlich</b>	<b>nicht sprachförderlich</b>
<i>Aufmerksamkeit und Referenz</i>	■ kindzentriert	□ direktiv oder passiv	<i>Aufmerksamkeit und Referenz</i>	□ kindzentriert	■ direktiv oder passiv
<i>Sprecherwechsel</i>	■ angemessen	□ wenig	<i>Sprecherwechsel</i>	□ angemessen	■ wenig
<i>Sprachgebrauch</i>	■ stützend	□ über- o. unterfordernd	<i>Sprachgebrauch</i>	□ stützend	■ über- o. unterfordernd
<i>Bemerkungen:</i>			<i>Bemerkungen:</i> Mutter wirkt unorganisiert		
<b>Prognose: Late Bloomer</b> <b>Umweltfaktoren: sprachförderliches Verhalten der Bezugspersonen</b>			<b>Prognose: Sprachentwicklungsstörung</b> <b>Umweltfaktoren: wenig sprachförderliches Verhalten der Mutter</b>		

■ Tab. 5: Elternbasierte Verfahren für Late Talker im deutschsprachigen Raum

Verfahren	Art der Maßnahme	Kontext
<b>HET – Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung</b> (Buschmann 2009)	Elterninformation und -anleitung: ● Interaktionstraining	● Gruppentraining: 5-10 Elternpaare ● 7 Sitzungen à 2 Stunden ● 1 Nachschulung
<b>PEP – Pragmatische Elternpartizipation</b> (Ritterfeld 2007)	Elterninformation und -anleitung: ● Interaktionstraining ● Geführte Beobachtung ● Parallel therapeutenbasierte Maßnahme	● Gruppentraining ● 6 Sitzungen in 3 Blöcken über 18 Monate ● Parallel: Einzelsetting Therapeut und Kind
<b>Frühe interaktive Sprachtherapie mit Elterntraining</b> (Schelten-Cornish 2005)	Elterninformation und -anleitung: ● Interaktionstraining ● Geführte Beobachtung ● Parallel therapeutenbasierte Maßnahme	● Einzelsetting mit dem Kind und seiner Bezugsperson
<b>Schritte in den Dialog</b> (Möller & Spreen-Rauscher 2009)	Elterninformation und -anleitung: ● Interaktionstraining	● Gruppentraining sowie ● Einzelsetting mit dem Kind und seiner Bezugsperson

**Kasten 4****Inhalte der Elternberatung**

- Eltern tragen keine Schuld am verspäteten Sprechbeginn ihres Kindes.
- Stärkung der elterlichen Kompetenz für einen sprachförderlichen Umgang mit dem Kind.
- Eltern können die sprachliche Entwicklung ihres Kindes positiv unterstützen; dabei werden sie nicht als Hilfstherapeuten missverstanden, sondern bleiben in ihrer Elternrolle.
- (Gemeinsame) Beratung über den laufenden Therapieprozess sowie Entwicklungsschritte des Kindes.

**Kasten 5****Inhalte der Elternanleitung**

- **Kontingente Imitation des kindlichen Verhaltens.** Beispiel: Sprachliche Äußerungen des Kindes werden wiederholend aufgegriffen.
- **Kontingente Responsivität.** Beispiel: Eltern folgen der kindlichen Aufmerksamkeit und beziehen sich mit ihren Sprachangeboten auf den Aufmerksamkeitsfokus des Kindes.
- **Stützende und modellierende Sprache der Bezugsperson.** Beispiel: Intensivierte Anwendung von Modellierungstechniken.
- **Einsatz sozialer Routinen.** Beispiel: Einführung von Ritualen im kindlichen Alltag, z.B. Bilderbuchbetrachtung.

**Elternberatung**

Im Gegensatz zur Elterninformation stehen bei der Elternberatung nicht die fachliche Beratung (Consulting), sondern die Ressourcen und Belastungen der Eltern im Sinne einer Elternbegleitung im Vordergrund (Thurmair & Naggl 2007, 186). Elternberatung impliziert primär Inhalte, die sprachtherapeutische Relevanz haben, und ist klar abzugrenzen von einer psychologischen Beratung im engeren Sinne. Ein Bestandteil der Elternberatung ist z.B. die Berücksichtigung des elterlichen Bewältigungsverhaltens (Coping) (Bode 2002). Die elterlichen Reaktionen auf einen verspäteten Sprechbeginn mit den möglichen Folgen übermäßiger Sorge und Schuldgefühle sind ein nicht zu unterschätzender Risikofaktor. Darüber hinaus ist die Stärkung der Elternkompetenz im Umgang mit all denjenigen Faktoren, die ein verspäteter Sprechbeginn auslöst, zentral (Kasten 4).

**Bestandsaufnahme und Bewertung von Beratungskonzepten für Eltern von Late Talkern**

Im deutschsprachigen Raum haben sich in den vergangenen Jahren diverse elternbasierte Konzepte etabliert, die sich an Eltern von Kindern mit einem verspäteten Sprechbeginn richten (Tabelle 5)<sup>1</sup>.

Es lässt sich festhalten: Konzeptionell liegen Interaktionstrainings vor, die den Eltern sprachförderliches Verhalten vermitteln.

1 Elternbasierte Verfahren für Bezugspersonen sprachentwicklungsgestörter Kinder werden an dieser Stelle nicht aufgeführt.

Im Vordergrund der aufgeführten elternbasierten Konzepte steht somit der Aufgabenschwerpunkt „Elterninformation und -anleitung“ mit dem Ziel einer Sekundärprävention. Einzig das Heidelberger Elterntraining (Buschmann 2009) ist bezüglich seiner Effektivität evaluiert worden und zeigt diesbezüglich positive Ergebnisse auf. Pointiert skizziert, entsprechen die Inhalte der Interaktionstrainings den Empfehlungen von Yoder und Warren (1993, Ritterfeld 2007) bezüglich des Umgangs mit sprachlichen Risikokindern unter drei Jahren (Kasten 5).

Die therapeutische Entscheidung, welche Form der Elternpartizipation die richtige ist, kann individuell an den elterlichen Bedürfnissen ausgerichtet sein. Wichtige Entscheidungskriterien sind neben der elterlichen Sorge um die sprachliche Entwicklung ihres Kindes auch die Analyse der Interaktionsdiagnostik.

**Entscheidungsfindung in der sprachtherapeutischen Frühintervention nach dem Dortmunder Konzept**

Positive Erfahrungen wurden mit dem folgenden differenzierten Vorgehen bei der Bewertung der Diagnostikergebnisse und der Partizipation von Eltern von Late Talkern gemacht:

**Fall 1: Watchful-Waiting-Ansatz mit elternbasierten Maßnahmen**

Late Talker mit einem Alter von 2;0 bis 2;5 Jahren, bei denen das Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung eher gering ist, beispielsweise weil sie der isoliert expressiven Subgruppe zugehören, benötigen zunächst keine direkte therapeutenbasierte Versorgung, hier können rein elternbasierte Maßnahmen eingesetzt werden. Diese umfassen neben der Aufklärung zum frühen Spracherwerb (Elterninformation) ebenfalls allgemeine Tipps zu sprachförderlichem Verhalten im Alltag (Elternanleitung). Das Heidelberger Elterntraining wird als Interaktionstraining aufgrund seiner kurzfristigen sowie für die expressive Subgruppe langfristigen Effektivität empfohlen (Buschmann et al. 2008, Buschmann 2009). Nach spätestens einem halben Jahr ist eine Kontrolle notwendig, ob das Kind den Rückstand in seinen sprachlichen Fähigkeiten aufgeholt hat.

**Fall 2: Kombination von therapeuten- und elternbasierten Maßnahmen**

Bei Late Talkern in einem Alter von 2;0 bis 2;5 Jahren aus der rezeptiv-expressiven Subgruppe oder bei Late Talkern der expressiven Subgruppe ohne Aufholendenz ab 2;6 Jahren ist eine therapeutenbasierte Maßnah-

me empfehlenswert. Als effektiv hat sich das Late-Talker-Therapiekonzept (Schlesiger 2009) erwiesen, insbesondere auch für Late Talker der rezeptiv-expressiven Subgruppe. Die Elternpartizipation findet therapiebegleitend bzw. therapievorbereitend statt, richtet sich an den Inhalten der therapeutenbasierten Maßnahme aus und berücksichtigt den gesamten Therapieprozess. Die Aufgabenschwerpunkte orientieren sich an den jeweiligen Bedürfnissen der Eltern und können sowohl Elemente aus der Elterninformation

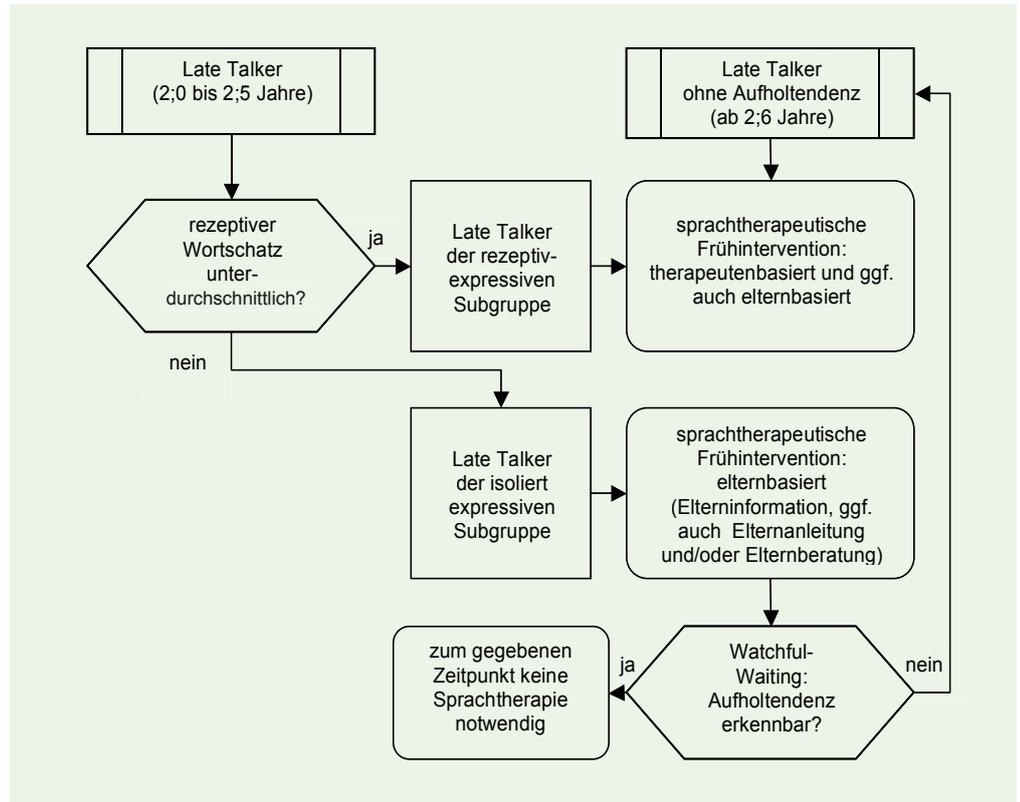
**Fallbeispiel 1: Max – Watchful-Waiting und Elternpartizipation**

Aufgrund der prognostischen Darstellung greift bei Max der Watchful-Waiting-Ansatz. Seine Mutter erhält im Rahmen eines Elterngesprächs wesentliche Informationen über die Ergebnisse der Diagnostik, mögliche Ursachen für einen verspäteten Sprechbeginn sowie die sprachlichen Entwicklungschancen ihres Sohnes. Ihre Sorge um die sprachliche Entwicklung ihres Kindes sowie mögliche Schuldgefühle werden somit aufgefangen (Elterninformation). Da sie in der Interaktion mit Max sprachförderliches Verhalten zeigt, sind keine allgemeinen Tipps für den Umgang mit Max notwendig. Abschließend wird ihr eine Nachkontrolle in drei bis sechs Monaten empfohlen, um die Entwicklung der sprachlichen Fähigkeiten von Max weiter beobachten zu können.

**Fallbeispiel 2: Benjamin – Sprachtherapie mit Elternpartizipation**

Als Late Talker der rezeptiv-expressiven Subgruppe wird für Benjamin eine therapeutenbasierte Maßnahme eingeleitet. Ebenso wie Max Mutter erhält Benjamins Mutter im Rahmen eines Elterngesprächs therapievorbereitend erste wichtige Informationen (siehe Fallbeispiel Max). Da seine Mutter in der Interaktionsdiagnostik nur wenig sprachförderliches Verhalten zeigt, werden im Rahmen einer geführten Beobachtung therapiebegleitend sprachförderliche Strategien erarbeitet. Diese sind individuell angepasst an die Ergebnisse der Interaktionsdiagnostik und beinhalten in einem ersten Schritt das Herstellen einer gemeinsamen Referenz zwischen Mutter und Benjamin. Weiter wird Benjamins Mutter von dem Therapeuten über das therapeutische Vorgehen informiert und kann sich jederzeit mit Fragen zur sprachlichen Entwicklung ihres Sohnes oder diesbezüglichen eigenen Sorgen an den Therapeuten wenden.

■ **Abb. 1: Dortmunder Konzept zur Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkern**



und -anleitung als auch der Elternberatung umfassen. Die Umsetzung in die Praxis zeigen die beiden Fallbeispiele (Kasten).

**Fazit und Ausblick**

Die Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkern ist eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe in der sprachtherapeutischen Frühintervention. Es gilt, Kinder mit drohenden massiven Sprachentwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und sprachtherapeutisch zu unterstützen und gleichzeitig eine Übertherapie bei Late Bloomern zu vermeiden. Dieser „Drahtseilakt“ ist nur in einem lokal agierenden interdisziplinären Netzwerk aus Ärzten und Therapeuten möglich, die sich auf aktuelle Forschungsergebnisse stützen, um eine evidenzbasierte Frühintervention zu ermöglichen. Das Dortmunder Konzept zur Diagnostik und Beratung bei Late Talkern hat sich diesbezüglich bewährt und wird im Flussdiagramm in Abbildung 1 visualisiert. Weitere Longitudinal- und Interventionsstudien sind nun notwendig, um die Langzeitprognose der Late Talker im Vorschul- und Schulalter zu dokumentieren und eine noch effizientere Verzahnung von Therapie- bzw. Förderangeboten bei Sprachstörungen bzw. Sprachauffälligkeiten zu ermöglichen.

**LITERATUR**

Bates, E., Benigni, L., Bretherton, I., Camaioni, L. & Volterra, V. (1979). *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy*. New York: Academic Press

Beushausen, U. (2005). Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität. *Forum Logopädie* 3 (19), 2-7

Bishop, D.V.M., Price, T.S., Dale, P.S. & Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay: II. Etiology of transient and persistent language difficulties. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 46, 561-575

Bockmann, A.-K. & Kiese-Himmel, C. (2006). *ELAN – Eltern antworten – Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter*. Göttingen: Beltz

Bode, H. (2002): Die Bedeutung der Eltern für eine erfolgreiche Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär* 2, 88-95

Buschmann, A. (2009). *Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung. Trainermanual*. München: Urban & Fischer

Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J. & Philippi, H. (2008). Parent-based language intervention for two-year-old children with specific expressive language delay: A randomised controlled trial. *Archives of disease in childhood*, published online 14th August 2008. DOI: 10.1136/adc.2008.141572 (28.09.2008)

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books
- Chilosi, A.M., Cipriani, P., Pfanner, L., Pecini, C. & Faporo, T. (2006). The natural history of early language delay: From late talking to specific language impairment. In: Riva, D., Rapin, I. & Zardini, G. (Hrsg.), *Language: Normal and pathological development* (229-238). Montrouge: John Libbey Eurotext
- Dale, P.S., Price, T.S., Bishop, D.V.M. & Plomin, R. (2003). Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 46, 544-560
- Dehnhardt, C. & Ritterfeld, U. (1998). Modelle der Elternarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention. *Die Sprachheilarbeit* 43, 128-136
- Desmarais, C., Sylvestre, A., Meyer, F., Bairati, I. & Rouleau, N. (2008). Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *International Journal of Language and Communication Disorders* 43 (4), 361-389
- Doil, H. (2002). *Die Sprachentwicklung ist der Schlüssel. Frühe Identifikation von Risikokindern im Rahmen kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen*. Dissertation, Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft. <http://bieson.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/250/> (28.09.2008)
- Ellis Weismer, S., Murray-Branch, J. & Miller, J.F. (1994): A prospective longitudinal study of language development in late talkers. *Journal of Speech and Hearing Research* 36, 852-867
- Fenson, L., Marchmann, V.A., Thal, D.J., Dale, P.S., Reznick, J.S. & Bates, E. (2007). *MacArthur-Bates communicative development inventories. Users guide and technical manual*. Second edition. MacArthur-Bates CDI. Baltimore: Brookes
- Fischel, J.E., Whitehurst, G.J., Caulfield, M.B. & DeBaryshe, B. (1989). Language growth in children with expressive language delay. *Pediatrics* 82 (2), 218-227
- 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. (2000). *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder. Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (SETK 3-5)*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H. & Doil, H. (2006). *Elternfragebögen für die Erfassung von Risikokindern (ELFRA)*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Grohnfeldt, M. (1983): Frühförderung sprachentwicklungsgestörter Kinder durch Beeinflussung der verbalen Mutter-Kind-Interaktion? *Sprache – Stimme – Gehör* 7, 27-31
- Hecking, M. (2008). *Psycholinguistischer Blick auf intradayische Austauschprozesse als Motor der frühen kommunikativ-sprachlichen und emotionalen Entwicklung*. Inaugural-Dissertation, Ludwig-Maximilian-Universität München, Fakultät für Sprach- und Literaturwissenschaften. [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/8399/1/Hecking\\_Mascha.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/8399/1/Hecking_Mascha.pdf) (06.08.2008)
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009). *Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache*. Abschlussbericht S06-01. Köln: IQWiG. <http://www.iqwig.de> (11.09.2009)
- Kademann, S. (2009). *Was wird aus Late Talkers? Neuropsychologische Untersuchungen im Quer- und Längsschnitt von früher Kindheit bis Kindergartenalter*. München: Dr. Hut
- Kühn, P. & Suchodoletz, W. v. (2009). Ist ein verzögerter Sprachbeginn ein Risiko für Sprachstörungen im Einschulungsalter? *Kinderärztliche Praxis* 80, 343-348
- Marschik, P.B., Einspieler, C., Garzarolli, B. & Precht, H.F.R. (2007). Events at early development: Are they associated with early word production and neurodevelopmental abilities at the preschool age? *Early Human Development* 83, 107-114
- Marschik, P.B., Dibiasi Pansy, J., Vollmann, R. & Einspieler, C. (2009). Entwicklungsauffälligkeiten bei transienten und konsistenten Late Talkers. *Kinderärztliche Praxis* 80, 333-340
- McCune-Nicolich, L. & Carroll, S. (1981). Development of symbolic play. Implications for the language specialist. *Topics in Language Disorders* 2 (1), 1-15
- Möller, D. & Spreen-Rauscher, M. (2009). *Frühe Sprachintervention mit Eltern. Schritte in den Dialog*. Stuttgart: Georg Thieme
- Nelson, K. (1973). Structure and strategy in learning to talk. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 38, 1-2
- Olswang, L.B., Rodriguez, B. & Timler, G. (1998). Recommending intervention for toddlers with specific language learning difficulties. We may not have all the answers, but we know a lot. *American Journal of Speech-Language-Pathology* 7, 23-32
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1975). *Parent-infant interaction*. New York: Associated Science
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1990). Intuitive elterliche Früherziehung in der vorsprachlichen Kommunikation. *Sozialpädiatrie in Klinik und Praxis* 12, 521-527
- Paul, R. (1993). Patterns of development in late talkers: Preschool years. *Journal of childhood communication disorders* 15 (1), 7-14
- Paul, R. (1996). *Clinical implications of the natural history of slow expressive language development*. *American Journal of Speech-Language Pathology* 5 (2), 5-21
- Piaget, J. (1945 Original, 1969 deutsche Übersetzung). *Nachahmung, Spiel und Traum*. Stuttgart: Klett
- Rescorla, L. (1989). The language development survey: A screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 54, 587-599
- Rescorla, L. (2002). Language and reading outcomes to age 9 in late-talking toddlers. *Journal of speech, Language, and Hearing research* 45, 360-371
- Rescorla, L. (2005). Age 13 language and reading outcomes in late-talking toddlers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 48, 459-472
- Rescorla, L. (2009). Age 17 language and reading outcomes in late-talking toddlers: Support for a dimensional perspective on language delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 52, 16-30
- Rescorla, L., Roberts, J. & Dahlsgaard, K. (1997). Late talkers at 2: Outcome at age 3. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40, 556-566
- Ritterfeld, U. (1999): Pragmatische Elternpartizipation in der Behandlung dysphasischer Kinder. *Sprache – Stimme – Gehör* 4, 192-197
- Ritterfeld, U. (2007). Elternpartizipation. In: Schöler, H. (Hrsg.), *Handbuch Sonderpädagogik, Bd 1. Sonderpädagogik der Sprache* (922-949). Göttingen: Hogrefe
- Sachse, S. (2007). *Neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungen bei Late Talkers im Quer- und Längsschnitt*. München: Dr. Hut
- Sachse, S., Anke, B. & von Suchodoletz, W. (2007). Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen – ein Methodenvergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35 (5), 323-331
- Sachse, S. & von Suchodoletz, W. (2009). Prognose und Möglichkeiten der Vorhersage der Sprachentwicklung bei Late Talkers. *Kinderärztliche Praxis* 80, 318-328
- Sarimski, K. (1991). Kindliches Symbolspiel und Bedeutungsentwicklung. Möglichkeiten der Intervention. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 3. Störungen der Semantik* (196-209). Berlin: Spiess
- Sarimski, K. (2008). Frühförderung. In: Nußbeck, S., Biermann, A. & Adam, H. (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 4. Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (271.291). Göttingen: Hogrefe
- Scarborough, H.S. & Dobrich, W. (1990). Development of children with early language delay. *Journal of Speech and Hearing Research* 33, 70-83
- Schelten-Cornish, S., (2005). Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elterstraining (FiSchE). *Frühe Kindheit* 8, 36
- Schelten-Cornish, S. & Wirts, C. (2006). Beobachtungsbogen für vorsprachliche Fähigkeiten und Eltern-Kind Interaktion (BFI). *Die Sprachheilarbeit* 51 (5), 254-255
- Schlesiger, C. (2005). „Late Talkers“ und Prävention von Sprachentwicklungsstörungen: Früherkennung und Intervention bei spät sprechenden Kindern. In: Subellok, K., Bahrfleck-Wichitill, K. & Dupuis, G. (Hrsg.), *Sprachtherapie: Fröhliche Wissenschaft oder blinde Praxis? Ausbildung akademischer Sprachtherapeuten in Dortmund* (206-218). Oberhausen: Athena

- Schlesiger, C. (2007). Sprachtherapeutische Frühintervention bei zweijährigen Kindern: Das Late-Talker-Therapiekonzept. *L.O.G.O.S. interdisziplinär* 15 (2), 119-128
- Schlesiger, C. (2009). *Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers. Eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Effektivität eines direkten und kindzentrierten Konzeptes*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Suchodoletz, W. v. & Sachse, S. (2009). *SBE-2-KT. Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7*. <http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstorerungen/SBE-2-KT.php> (16.11.2009)
- Szagon, G. (2004). Typikalität und Variabilität in der frühkindlichen Sprachentwicklung: eine Studie mit einem Elternfragebogen. *Sprache – Stimme – Gehör* 28, 137-145
- Szagon, G., Stumper, B. & Schramm, S.A. (2009). *FRAKIS Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung – FRAKIS (Standardform) und FRAKIS-K (Kurzform)*. Frankfurt: Pearson Assessment
- Thurmair, M. & Naggl, M. (2007). *Praxis der Frühförderung*. München: Ernst Reinhardt
- Weiß, H. (1989). *Familie und Frühförderung: Analysen und Perspektiven zur Zusammenarbeit mit Eltern entwicklungsgefährdeter Kinder*. München: Ernst Reinhardt
- Whitehurst, G.J. & Fischel, J. (1994). Practitioner review: Early developmental language delay: What, if anything, should the clinician do about it? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35 (4), 613-648
- Yoder, P. & Warren, S. (1993). Can developmentally delayed children's language development be enhanced through prelinguistic intervention? In: Kaiser, A. & Gray, D. (Hrsg.), *Communication and language intervention series. Vol. 2. Enhancing children's communication: Research foundations for intervention* (35-61). Baltimore: Brookes
- Zollinger, B. (1987). *Spracherwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie*. Bern: Haupt
- Zollinger, B. (1997). *Die Entdeckung der Sprache*. 3., durchgesehene Auflage, Bern: Haupt

### Das Gesundheitsforum

#### **SUMMARY. Assessment and consultation for families with late talkers – The Dortmund concept**

A significantly reduced lexicon at the age of 24 months constitutes a substantial determinant in the development of specific language impairment. The heterogeneity within the group of late talkers makes a differentiated diagnostic and therapeutical approach necessary. Based on an appraisal and evaluation of existing approaches to the assessment of late talkers and to parent participation the Dortmund concept will be introduced. This concept facilitates a differentiated diagnostic procedure as well as preliminary evidence-based measures of intervention in parent participation. Following the Watchful-Waiting-Approach (Paul 1996), the Dortmund concept first aims to professionally observe the development of late talkers. Thereby, those children who are most probable to develop a severe language impairment will receive further speech therapy. Second, a set of criteria is discussed upon which a decision for an appropriate kind of early intervention (parent- and/or clinician-based) can be based.

KEY WORDS: late talkers – lexical development – early identification – early intervention – parent participation

#### **Autorinnen:**

Dr. Claudia Schlesiger, Dr. Mascha Hecking  
 TU Dortmund  
 Rehabilitation und Pädagogik bei  
 Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen  
 Emil-Figge-Str. 50  
 44227 Dortmund  
[claudia.schlesiger@uni-dortmund.de](mailto:claudia.schlesiger@uni-dortmund.de)  
[mascha.hecking@uni-dortmund.de](mailto:mascha.hecking@uni-dortmund.de)