

# **Erste Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Erfassung und Therapie früher Spracherwerbsstörungen“**

**Dominique Bürki, Susanne Mathieu, Sylvia Sassenroth-Aebischer, Barbara Zollinger**

Forschungsgruppe CH. Logopädie im Frühbereich

## **1 Zusammenfassung des Forschungsplans**

Als Folge der Pisa-Ergebnisse und neuerer Studien ist die Prävention von Sprach-, Lern- und Verhaltensauffälligkeiten zunehmend in den Mittelpunkt des Forschungs- aber auch des praktischen Interesses gerückt. Die Notwendigkeit, Kinder mit Spracherwerbsstörungen möglichst frühzeitig zu erfassen, ist heute kaum mehr umstritten. Im Verlauf der letzten Jahre hat sich in dieser Hinsicht auch die klinische Realität verändert. So hat die Information der Öffentlichkeit dazu geführt, dass bereits viele dreieinhalb- bis vierjährige Kinder mit Störungen des Spracherwerbs erfasst und zur Abklärung und Therapie überwiesen werden. Aus sprachentwicklungspsychologischer Sicht ist das Alter dieser Kinder zum Zeitpunkt der Zuweisung aber nach wie vor zu hoch. Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass spezifische Spracherwerbsstörungen (SSES) bereits im Alter zwischen zweieinhalb und drei Jahren verlässlich diagnostiziert werden können.

Aufgrund neuester Erkenntnisse und Erfahrungen gehen wir davon aus, dass dabei nicht primär die Sprachproduktion, sondern die Fähigkeiten im Bereich des Sprachverständnisses, des Spiels, der Individuation und der Kommunikation entscheidend sind. Differentialdiagnostisch und prognostisch sind es diese Kompetenzbereiche, welche am meisten korrelieren mit Lern- und Verhaltensauffälligkeiten in Kindergarten und Schule. Entsprechend soll auch eine frühe Therapie nicht primär auf eine Erweiterung der Sprachproduktion zielen, sondern auf den Erwerb und die Sicherung derjenigen Kompetenzen, welche der Sprache als Repräsentations- und Kommunikationsmittel zugrunde liegen.

Die geplante Studie soll aufzeigen, dass eine frühe Erfassung und Therapie spracherwerbsauffälliger Kinder ermöglicht, Lern- und Verhaltensauffälligkeiten im

Kindergarten- und frühen Schulalter wesentlich zu vermindern (Bürki, Mathieu, Sassenroth, Zollinger 2007)

Um dieses Ziel zu erreichen, sind drei Teil-Projekte geplant:

Zuerst wird in Form einer Retrospektive der aktuelle Stand der logopädischen Früherfassung in vier spezialisierten Praxen der Deutschschweiz dokumentiert:

*Epidemiologische Studie 2004-2009 (1000 Kinder).*

Im zweiten Teil-Projekt sollen die Inhalte therapeutischen Handelns in Form ausgewählter Therapieverläufe dokumentiert werden: *Therapiedokumentationsstudie*

Im dritten Teil sollen im Jahr 2010 der Entwicklungsverlauf und –stand sowie mögliche Auffälligkeiten im Lern-, sozialen und emotionalen Verhalten aller Kinder erfasst werden, welche zwischen 2004 und 2009 zur Abklärung und Therapie vorgestellt wurden. Auf diese Weise sollen die Wirksamkeit und der präventive Charakter einer frühen Sprachtherapie aufgezeigt werden: *Therapieverlaufsstudie 2004-2010 (1000 Kinder)*

Die Studie wird finanziell unterstützt durch die Bangerter-Rhyner-Stiftung, die Zentrum für kleine Kinder GmbH und das Preisgeld der Dr. Hedwig Stauffer-Stiftung.

## **2 Theoretische Grundlagen**

Die Leitgedanken und Resultate unserer wissenschaftlichen und klinischen Arbeit können wie folgt zusammengefasst werden. Unsere Beobachtungen zeigen, dass das „Noch-nicht-Sprechen“ meist auf Schwierigkeiten in anderen Entwicklungsbereichen hinweist. Ursache für diese Schwierigkeiten sind häufig Störungen der Hirnfunktionen, bspw. in den Bereichen der Wahrnehmung, Planung oder Durchführung. Sie wirken sich alle in ähnlicher Weise auf die Individuations- und Symbolentwicklung aus: Im sozial-kommunikativen Bereich führen sie meist zu einer Verunsicherung des Kindes und der Bezugsperson, wodurch beide dazu tendieren, den Prozess der Loslösung hinauszuschieben. Im Handlungsbereich führen sie dazu, dass sich das Kind mehr auf die Durchführung einer Handlung konzentrieren muss, um seine Schwierigkeiten zu kompensieren. Dadurch rückt die für die Entdeckung der Sprache notwendige symbolische und kommunikative Bedeutung in den Hintergrund, was sich in Verzögerungen des Symbolspiels und des Sprachverständnisses zeigt.

Auf diesem Hintergrund kann das Kind die Sprache als Repräsentations- und Kommunikationsmittel nicht entdecken und damit auch nicht nach Wegen suchen, wie es diese aufbauen kann – beispielsweise indem es Fragen stellt.

Über die Imitation wird es später dennoch Wörter und Sätze zu sprechen beginnen, dies jedoch oft, ohne genau zu wissen, was diese bedeuten und was es damit bewirken könnte.

Hier liegt der Grund, weshalb viele Kinder zu einem späteren Zeitpunkt durch Lern- und Verhaltensauffälligkeiten auffallen: Haben sie die repräsentative und kommunikative Funktion der Sprache nicht entdeckt, werden sie auch nicht versuchen, die Sprache wirklich zu verstehen, über die Sprache Wissen aufzubauen und sich mittels Sprache verständlich zu machen. Vor allem aber wird es schwierig, die Schrift als Repräsentationsmittel der gesprochenen Sprache zu entdecken. Gleichzeitig führen die Probleme im Sprachverständnis im Kindergarten wie in der Schule zu vielen Situationen der Verunsicherung und Überforderung, die sich wiederum als Verhaltensauffälligkeiten manifestieren (vgl. Bürki 1998, 2000, 2007, Mathieu 1998, 2000, 2007, Sassenroth-Aebischer 2000, 2003, Zollinger 1987, 1995, 2004).

### **3 Erste Forschungsergebnisse**

#### **3.1 Daten**

1989 haben Susanne Walpen und Barbara Zollinger in Winterthur eine Logopädische Praxis aufgebaut, welche sich ganz auf die Erfassung und Therapie spracherwerbsgestörter Klein- und Vorschulkinder spezialisiert hatte. Zwischen 2002 und 2004 wurden ähnliche Praxen in Bern, Zürich und in Luzern gegründet. In allen vier Praxen haben wir gemeinsam mit unseren Kolleginnen bis heute über 2500 Kinder abgeklärt und viele von ihnen auch behandelt.

Als Dominique Bürki, Susanne Mathieu, Sylvia Sassenroth und Barbara Zollinger 2006 die Forschungsgruppe CH gründeten, konnten sie also bereits auf einen grossen Erfahrungsschatz und entsprechendes Datenmaterial zurückblicken. Da sie sich in der praktischen Arbeit alle auf denselben theoretischen Hintergrund beziehen und die Kinder mit den gleichen Beobachtungsinstrumenten abgeklärt haben, ist dieses Datenmaterial auch ähnlich strukturiert und somit vergleichbar. Das gilt insbesondere für das Entwicklungsprofil, welches die normale Entwicklung gut abbildet und in

verlässlicher Weise die Schwierigkeiten spracherwerbsgestörter Kinder erfasst (vgl. Zollinger 1995).

Das Ziel bestand deshalb darin, dieses Datenmaterial in einem ersten Teil der Forschungsarbeit zu analysieren und zu dokumentieren, welche Kinder wann, weshalb und mit welchen Fragestellungen zu uns kommen (Bürki, Mathieu, Sassenroth-Aebischer, Zollinger, 2007, 97). Gleichzeitig sollen die Resultate mit anderweitig erhobenen Forschungsdaten verglichen und die Frage nach den Zusammenhängen zwischen dem verspäteten Sprechbeginn („late talkers“) und der spezifischen Spracherwerbsstörung diskutiert werden.

Zur Analyse der Daten wurde Erfassungsbogen entwickelt, mit dem insgesamt 524 Fallgeschichten der Jahre 2004 bis 2006 aufgearbeitet wurden. Diese Arbeit wurde von Corina Büchi und Rahel Horak im Rahmen ihrer Diplomarbeit an der Schweizerischen Hochschule für Logopädie Rorschach durchgeführt (Büchi, Horak 2008).

Ein zweiter Teil der Dokumentationsstudie wird die Jahre 2007 bis 2009 umfassen, womit insgesamt ca. 1000 Fallgeschichten über sechs Jahre analysiert und auf diese Weise auch Veränderungen oder Tendenzen sichtbar gemacht werden können.

## **3.2 Resultate**

### **3.2.1 Zuweisung**

57% der Kinder wurden durch KinderärztInnen zugewiesen; 30 % wurden direkt durch die Eltern angemeldet, die übrigen durch andere Fachpersonen, insbesondere Heilpädagogische Früherzieherinnen, Ergotherapeutinnen oder Logopädinnen.

Gesundheitspolitisch ist von Bedeutung, dass fast ein Drittel (159 von 524) aller Kinder direkt durch die Eltern angemeldet wurde, das heisst, dass ein niederschwelliges Angebot genutzt und geschätzt wird. Interessant ist dabei die Tatsache, dass 63,5 % aller von den Eltern angemeldeten Kinder (101) auch eine Therapie brauchten, was darauf hinweist, dass die Eltern insgesamt gute „diagnostische“ Fähigkeiten haben. Auch Grimm beschreibt, dass Mütter über die frühen Sprachfähigkeiten ihrer Kinder ein Expertenwissen besitzen, das diagnostisch valide genutzt werden kann. (2000, 32; 2005, 106; vgl. auch Dannenbauer, 2001, 109).

### 3.2.2 Anmeldungsgrund

207 Kinder wurden angemeldet, weil sie keine oder nur wenige Wörter sprachen, 277 Kinder weil sie schwer verständlich sprachen. Nur bei 10 % wurde auch genannt, das Kind verstehe nicht gut; bei knapp 20 % wurde ein auffälliges Verhalten beschrieben. Rund 30 % aller Kinder hatten bei der Abklärung bereits eine ärztliche Diagnose; bei knapp 15 % wurde bei der Zuweisung ein allgemeiner Entwicklungsrückstand beschrieben, jedoch nur knapp 5 % dieser Kinder hatten eine Diagnose im Sinne eines umschriebenen Syndroms, am häufigsten (knapp 4 %) das Down-Syndrom. Bei rund 7 % wurde von Hörproblemen berichtet, wobei es sich mehrheitlich um (rezidivierende) Mittelohrentzündungen handelte, mit oder ohne Paukenröhrchen; nur gerade 2 % der Kinder hatten eine Innenohrstörung. Nach von Suchodoletz (2004, 186; 2007, 54ff.) haben Schalleitungsschwerhörigkeiten aufgrund von Mittelohrentzündungen nur bedingt negative Auswirkungen auf den Spracherwerb.

Zusammenfassend lässt sich bereits an dieser Stelle festhalten, dass die in den logopädischen Praxen angemeldeten Klein- und Vorschulkinder mit Sprachentwicklungsproblemen eine sehr heterogene Gruppe darstellen, das heisst, dass es nicht nur Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen sind.

### 3.2.3 Geschlecht

Zwei Drittel (66 %) der abgeklärten Kinder sind Jungen und ein Drittel (34 %) Mädchen. Diese Zahlen entsprechen den Befunden aus der Literatur, in der Sprachentwicklungsstörungen bei Jungen zwei- bis dreimal häufiger als bei Mädchen beschrieben werden (Grimm, 2000, 33; von Suchodoletz, 2004, 160; 2007, 45; Szagun, 2007a, 195). Über die Gründe des gehäuften Vorkommens von Sprachentwicklungsstörungen bei Jungen besteht nach wie vor keine Klarheit.

### 3.2.4 Alter

Gut die Hälfte der Kinder war bei der Abklärung zwischen zweieinhalb und vier Jahren alt; eine Häufung zeigt sich zwischen drei und dreieinhalb Jahren. In der Regel wird davon ausgegangen, dass eine Sprachentwicklungsstörung frühestens ab drei Jahren verlässlich diagnostiziert werden kann. Kinder, die im Alter von zwei Jahren über einen Wortschatz von weniger als 50 Wörter verfügen und/oder noch keine Zweiwortkombinationen bilden, gelten als Risikokinder punkto Spracherwerb

(sogenannte „late talkers“). Die Hälfte dieser Kinder holt ihren sprachlichen Entwicklungsrückstand bis zum dritten Geburtstag auf; diese werden als „late bloomers“ bezeichnet (vgl. von Suchodoletz, 2004, 2007; Grimm, 2001; Szagun, 2007b, Penner, 2005, 2006). Die Frage, ob und wie „late talkers“ zuverlässig von „late bloomers“ abgegrenzt werden können, wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich beantwortet.

Einigkeit besteht darüber, dass Eltern generell das Anderssein ihres Kindes oft schon früh bemerken und insbesondere dann besorgt sind, wenn sich ihr Kind sprachlich langsamer entwickelt als erwartet. Bei den von uns erhobenen Daten waren 30 % der Kinder bei der Zuweisung unter drei Jahren, das heisst, von Eltern und zuweisenden Fachpersonen wird bereits in diesem Alter erwartet, dass eine verlässliche Diagnose gestellt und entsprechende Massnahmen in die Wege geleitet werden.

### 3.2.5 Familiärer Hintergrund

Nur gerade 21 % aller angemeldeten Kinder kommen aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien. In 92 % aller Familien sind die Väter berufstätig. 47 % der Mütter antworten auf die Frage nach dem Beruf „Mutter“ und/oder „Hausfrau“, 53 % geben einen anderen Beruf an. 40 % der Kinder besuchen ganz- oder teilzeitig eine Kindertagesstätte.

82 % der abgeklärten Kinder haben mindestens ein Geschwister; in 46 % sind sie die jüngsten, in 25 % die ältesten; 4 % sind Zwillinge. Verschiedene Studien kommen zum Ergebnis, dass zuletzt geborene Kinder mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine spezifische Sprachentwicklungsstörung ausbilden als Erstgeborene oder Kinder mit einer mittleren Geschwisterposition (Schöler et al., 1999, 39; Noterdaeme, 2001, 155). Dabei wird jedoch betont, dass die Position in der Geschwisterreihe nicht zwingend ausschlaggebender Faktor für das Ausbilden einer Sprachentwicklungsstörung sein muss und es sich hier um eine Scheinkorrelation handeln könnte.

### 3.2.6 Mehrsprachigkeit

37 % der abgeklärten Kinder wachsen in einer mehrsprachigen Familie auf. Gemäss Bundesamt für Statistik (2007) beträgt der Ausländeranteil in der Schweizer Bevölkerung rund 21%, d.h. die mehrsprachigen Kinder werden häufiger zur Abklärung angemeldet als Kinder, die mit einer Sprache aufwachsen. Dabei ist zu berücksichtigen,

dass gerade in der Schweiz nicht alle mehrsprachigen Kinder Ausländer sind. Von den 524 abgeklärten Kindern haben 54 eine fremdsprachige Mutter, 135 einen fremdsprachigen Vater, wobei nur in 128 mehrsprachigen Familien als Familiensprache eine andere Sprache als Schweizerdeutsch gesprochen wird. Interessant ist das Ergebnis, dass die häufigste Fremdsprache Italienisch und die zweithäufigste Hochdeutsch ist, gefolgt von Spanisch, Französisch und Englisch (vgl. Grafik). Aufgrund dieser Zahlen kann man davon ausgehen, dass kleine Kinder aus anderen Kulturkreisen eher seltener zur Abklärung zugewiesen werden.

### 3.2.7 Diagnosen

Bei 468 Kindern wurden sprachliche Probleme diagnostiziert; davon zeigten knapp 30 % einen verzögerten Sprechbeginn und 50 % eine Sprachentwicklungsverzögerung; gut 5 % zeigten eine Redeflussstörung, knapp 2 % eine isolierte Dyslalie. Von den Kindern mit einer Sprachentwicklungsverzögerung zeigten 70 % eine Verzögerung des Sprachverständnisses, 69 % einen Dysgrammatismus, 53% einen eingeschränkten Wortschatz und 77 % eine Dyslalie. 399 Kinder oder 77 % zeigten zudem verzögerte Fähigkeiten im Symbolspiel und 396 Kinder verzögerte Fähigkeiten im sozial-kommunikativen Bereich. 107 Kinder zeigten verzögerte Fähigkeiten im praktisch-gnostischen Bereich, was auf eine allgemeine Entwicklungsverzögerung hinweist.

### 3.2.8 Ursachenzusammenhänge

Bei der Hälfte aller abgeklärten Kinder wurden Auffälligkeiten in der Motorik und/oder Praxie und/oder Wahrnehmung beobachtet, wobei es den meisten gelingt, diese Schwierigkeiten so gut zu kompensieren, dass sie dennoch altersentsprechende Fähigkeiten im praktisch-gnostischen Bereich zeigten. Sie können also beispielsweise mit drei Jahren einhändig schneiden, obwohl sie dabei noch assoziierte tonische Bewegungen der nicht beteiligten Hand zeigen. Wir gehen davon aus, dass durch die vermehrte Konzentration auf die Handlung, deren symbolische Bedeutung im Hintergrund bleibt und dies zu einer Verzögerung des Symbolspiels führt (Zollinger, 1995). Effektiv zeigten von den 271 Kindern mit Auffälligkeiten in Motorik und/oder Praxie und/oder Wahrnehmung fast 90 % auch Auffälligkeiten im Symbolspiel und in der sozial-kommunikativen Entwicklung.

Bei 54 % aller Kinder wurden Auffälligkeiten in der Individuationsentwicklung beobachtet.

Diese Zahl bestätigt unsere Annahme, dass Auffälligkeiten oder Störungen in der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung in der Dynamik früher Spracherwerbsstörungen eine zentrale Rolle spielen. Als kritische Phase für die Entstehung von Spracherwerbsstörungen aufgrund einer Beziehungsunsicherheit werden die ersten 36 Lebensmonate genannt (Dieter, Walter, Brisch, 2005, 177), ein Zeitraum also, in welchem das Kind mit verlässlichen Beziehungen und Dialogerfahrungen den Schritt in die Welt und in Beziehungswelten mit Sprache sicher bewältigen möchte.

In einer Anzahl von Untersuchungen und Beiträgen bezüglich der Zusammenhänge zwischen sprachlicher Entwicklung und Bindungsentwicklung hat die moderne Bindungsforschung gezeigt, dass emotional sicher gebundene (Klein-)Kinder und Erwachsene offener und kohärenter kommunizieren als unsicher-vermeidende oder unsicher-ambivalente (Klann-Delius, 2002, 87, Papousek, 2003, Dieter, Walter, Brisch, 2005).

Die Begründer der Bindungstheorie John Bowlby (2005) und Mary Ainsworth (1967) konnten zeigen, dass unsicher gebundene Kinder in ungewohnten Situationen eher ängstlich und dadurch in ihrem Explorationsverhalten eingeschränkt sind. Meins et al. (1998, 249) haben in einer Studie eine positive Beziehung zwischen Bindung und Wortschatzentwicklung in Abhängigkeit von *mütterlicher Bedeutungszuschreibung* festgestellt. Die Autoren konnten zudem feststellen, dass sicher gebundene Kinder bereits mit 31 Monaten die Erwachsenenperspektive einnehmen und in ihr Symbolspiel integrieren konnten. Unsicher gebundene Kinder erkunden ihre Umwelt weniger aktiv und explorieren die Welt der Sprache dementsprechend weniger häufig und intensiv (Meins, Russell, 1997, 63). Aus den Erfahrungen positiver „gegenseitiger Abstimmung“ (Stern, 1985) kann das Kind die Fähigkeit zu vergnüglichem Spiel, gemeinsamer Aufmerksamkeit und Abwechseln der Initiative entwickeln, welches wichtige spracherwerbsbestimmende Merkmale sind (Papousek, 2006).

Auf welche Weise die frühkindlichen Interaktions- und Bindungserfahrungen die psychische und sprachliche Entwicklung beeinflussen, bleibt vorerst noch offen. Die Erkenntnisse aus vielen empirischen Untersuchungen müssen behutsam aufeinander bezogen werden. Wegen seines abhängigen Status müssen aber alle (Sprach- und

Kommunikations-) Schwierigkeiten des Kindes auch im Rahmen seiner Beziehungen geklärt werden (Miller, 2005, 152).

### 3.2.9 Procedere

Gut zwei Drittel aller abgeklärten Kinder wurden direkt zu einer logopädischen Therapie zugewiesen. Bemerkenswert ist, dass prozentual gesehen bei gleich vielen Jungen wie Mädchen eine Therapie indiziert war, nämlich bei je rund 76 %. Bei 97 Kindern wurde eine Kontrolluntersuchung nach drei Monaten vereinbart; 41 Kinder machten in dieser Zeit keine oder wenig Fortschritte, so dass eine logopädische Therapie eingeleitet wurde. Bei einigen dieser Kinder waren die Eltern zum Zeitpunkt der Abklärung noch nicht bereit, einer Therapie zuzustimmen. In einzelnen Fällen sind die aufgrund des Entwicklungsprofils bei der Erstabklärung erwarteten Fortschritte nicht erfolgt, so dass zum Zeitpunkt der Kontrolle eine Therapie angezeigt war

Insgesamt wurden damit drei Viertel oder 76 % aller abgeklärten Kinder nach der Abklärung zu einer logopädischen Therapie zugewiesen. Bei einem Viertel konnte man aufgrund des Entwicklungsprofils aus der Abklärung davon ausgehen, dass das Kind die Sprache ohne therapeutische Unterstützung entdecken und aufbauen wird – was sich im Rahmen von späteren Kontrolluntersuchungen auch bestätigt hat.

## 4 Diskussion

Der Anmeldegrund für eine logopädische Abklärung liegt im Vorschulbereich hauptsächlich darin, dass das Kind nur einzelne Wörter oder in unvollständiger, schwer verständlicher Weise spricht. Die Beobachtungsdaten zeigen jedoch deutlich, dass die Schwierigkeiten in der Sprachproduktion bei den meisten Kindern begleitet sind von Schwierigkeiten in anderen Bereichen. So hatten bereits bei der Anmeldung durch den Kinderarzt rund 29 % der Kinder eine ärztliche Diagnose, wobei diese sehr vielfältig waren (beispielsweise Hör- oder Visusprobleme, allgemeine Entwicklungsverzögerungen, besondere Syndrome, Dysmorphien, Epilepsien, Cerebralparesen, Klumpfuß oder Rumpfataxie).

In der Abklärung wurden neben den Problemen in der Sprachproduktion bei 70% der Kinder auch eine Verzögerung des Sprachverständnisses, bei 77% verzögerte Fähigkeiten im Symbolspiel und ebenfalls bei 77% Auffälligkeiten in der sozial-kommunikativen Entwicklung beobachtet. Etwa ein Fünftel der sprachauffälligen Kinder

zeigte auch eine Verzögerung der praktisch-gnostischen Entwicklung, was auf einen allgemeinen Entwicklungsrückstand hinweist.

Bei der Hälfte aller Kinder wurden Schwierigkeiten in der Motorik, Praxie und/oder Wahrnehmung beobachtet, und 54% zeigten Auffälligkeiten im Bereich der Mutter-Kind-Interaktion bzw. in ihrer Individuationsentwicklung. Diese Beobachtungen bestätigen, was in der Fachliteratur zunehmend thematisiert wird, nämlich, dass die spezifische, isolierte oder umschriebene Spracherwerbsstörung nicht der klinischen Realität entspricht.

Im Allgemeinen wird die spezifische Spracherwerbsstörung über sogenannte Exklusionskriterien definiert, das heisst, die sprachliche Störung ist dann spezifisch, wenn *keine* anderen Beeinträchtigungen organischer, kognitiver oder emotionaler Art vorliegen.

Inzwischen wird diese Definition deutlich vorsichtiger formuliert. So schreibt Leonard 2003: „The termin SLI is reserved for those children whose language deficits appear to represent their central, and, *perhaps*, only problem“ (211, Hervorhebung durch die Autorin). Nach Dannenbauer (1993) bezieht sich der Terminus „spezifische Spracherwerbsstörung“ (engl. specific language impairment = SLI) auf jene Kinder, welche im Vergleich zu ihren Altersgenossen gravierende Defizite sprachlicher Fähigkeiten erkennen lassen, obwohl sie in anderen Entwicklungsbereichen unbeeinträchtigt zu sein *scheinen*.“ (1, Hervorhebung durch die Autorin). Und er präzisiert: „Eine (...) Definition per exclusionem könnte die Schlussfolgerung nahe legen, die Probleme der Kinder seien in erster Linie oder gar ausschliesslich linguistischer Natur. ... Wer jedoch die Entwicklungsdynamik dieses Störungsbildes im *Längsschnitt* verfolgt, stellt bald fest, dass es in der Regel nicht so spezifisch und umschrieben ist oder bleibt“.

## 5 Schlussfolgerungen

Unabhängig von der Diskussion über die „Spezifizität“ einer Spracherwerbsstörung werden uns die Kinder in der Praxis nicht „vordiagnostiziert“ oder „vorselektioniert“ vorgestellt. Das bedeutet, dass wir in jedem Fall und immer von Neuem beurteilen müssen, welche Fähigkeiten und Schwierigkeiten dieses individuelle Kind in den verschiedenen Entwicklungsbereichen hat, und damit ob und in welchem Ausmaß seine sprachlichen Probleme „spezifischer“ Art sind.

So eröffnet eine sorgfältige Diagnose früher sprachlicher Auffälligkeiten sehr oft auch die *Chance* einer Früherkennung und Erfassung anderer Probleme wie beispielsweise ein frühkindlicher Autismus, motorische Beeinträchtigungen, Lernbehinderung oder eine soziale Deprivation (vgl. Bürki, 2007).

Schliesslich zeigen die anamnestischen Gespräche mit den Eltern auch deutlich: Das Kind wird wegen des verzögerten Sprechbeginns oder wegen der schwer verständlichen Sprechweise zur Logopädin gebracht. Insbesondere den Müttern ist aber meistens sehr wohl klar, dass ihr Kind auch ausserhalb der Sprache Auffälligkeiten zeigt, eben „ein besonderes“ ist. Häufig bildet die sprachliche Auffälligkeit den (willkommenen) Anlass, etwas zu unternehmen, das Kind abklären zu lassen – ohne beispielsweise einen Psychologen aufsuchen zu müssen.

Dies bedeutet aber auch, dass die Eltern oder die zuweisenden Ärzte schon vor dem Alter von drei Jahren eine (Differential-) Diagnose verknüpft mit der Einleitung passender therapeutischer Massnahmen erwarten.

Indem nicht nur die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes im engeren Sinne gemessen, sondern auch die spracherwerbsbestimmenden Prozesse beobachtet werden, kann bereits im Alter von zwei Jahren eine Differentialdiagnose gestellt werden, auf deren Basis die sprachgestörten Kinder („late talkers“) verlässlich von den sogenannten Spätzündern („late bloomers“) unterschieden werden können.

### **Literaturverzeichnis**

Ainsworth, M. D. S. (1967): *Infant care and the growth of love*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Bowlby, J. (2005, Orig. 1953): *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. München: Reinhardt.

Büchi, C. & Horak, R. (2008): *Erfassung früher Spracherwerbsstörungen*. Mitarbeit im Projekt der „Forschungsgruppe CH. Logopädie im Frühbereich. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Schweizerische Hochschule für Logopädie Rorschach/CH.

Bürki, D. (1998): Vom Symbol- zum Rollenspiel. In: Zollinger, B. (Hg.) (1998), Kinder im Vorschulalter. Bern, Stuttgart, Wien, 11-47.

Bürki, D. (2000): „Einfach nur spielen?“ – Symbolspiele in der Therapie. In: Zollinger, B. (Hg.) (2000),  
Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie. Bern, Stuttgart, Wien, 23-32.

Bürki, D. (2007): Einblicke in die Therapie mit einem 2;6-jährigen Jungen. In: L.O.G.O.S interdisziplinär, 4/2007, 244-252.

Bürki, D., Mathieu, S., Sassenroth-Aebischer, S., Zollinger, B. (2007): Erfassung und Therapie früher Spracherwerbsstörungen – eine Dokumentationsstudie. In: L.O.G.O.S interdisziplinär, 2/2007, 97-102.

Bundesamt für Statistik (2007): Bevölkerung- die wichtigsten Zahlen: Wichtigste Kennzahlen 2006. [WWW.bfs.admin.ch](http://WWW.bfs.admin.ch)

Dannenbauer, F (1993): Wie spezifisch sind spezifische Sprachentwicklungsstörungen? In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Landesverband Bayern (Hg.), Sprache-Verhalten-Lernen. Rimpfing: Freies Leben. 172-190

Dannenbauer, F. (2001): Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. In: Die Sprachheilarbeit, 3/2001, 103-111.

Dieter, S., Walter, M., Brisch, K.-H. (2005): Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter. In: L.O.G.O.S, interdisziplinär, 3/2005, 170-79.

Grimm, H., Doil, H. (2000): ELFRA Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. Göttingen: Hogrefe.

- Grimm, H. (2005): Diagnose sprachlicher Entwicklungsstörungen im Vorschulalter. In: P. Arnoldy, P., Traub, B. (Hg.) (2005): Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln. Karlsruhe: Von Loeper Fachbuch, 105-122.
- Klann-Delius, G. (2002): Bindung und Sprache in der Entwicklung. In: K.-H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Stuttgart: Klett Cotta, 87-108.
- Leonard, L.B. (2003): Specific Language Impairment: characterizing the deficit. In: Levy, Y., Schaeffer, J. (Hg.) (2003): Language competence across populations: towards a definition of Specific Language Impairment. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass., 209 – 233
- Mathieu, S. (1998): Entwicklung und Abklärung des Sprachverständnisses. In: Zollinger, B. (Hg.) (1998): Kinder im Vorschulalter. Bern, Stuttgart, Wien, 83-137.
- Mathieu, S. (2000), Mein Kind versteht alles, aber...“ – Therapie des Sprachverständnisses. In: Zollinger, B. (Hg) (2000): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie. Bern, Stuttgart, Wien, 45-54.
- Mathieu, S. (2007): Diagnostik und Therapie von Sprachverständnisstörungen. In: mit-SPRACHE 1/2007, 5-22.
- Meins, E., Russell, J. (1997): Security and symbolic play: The relation between security of attachment and executive capacity. In: British Journal of Developmental Psychology, 1997, 63-76.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998): Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. In: Social Development, 7/1998, 1-24.

Miller, L. (2005): Kurzinterventionen bei Kindern unter fünf Jahren. In: Rustin, M., Quagliata, E. (Hg.) (2005): Der Anfang. Klinische Erstkontakte mit Kindern und Jugendlichen. Tübingen: diskurs, 151-166.

Noterdaeme, M. (2001): Die Bedeutung genetischer, biologischer und psychosozialer Risiken. In: Von Suchodoletz, W. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Stuttgart: Kohlhammer, 148-159.

Papousek, M. (2003): Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen. In: Papousek, M., von Gontard, A. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta, 174 – 214.

Papousek, M. (2006): Adaptive Funktionen der vorsprachlichen Kommunikations- und Beziehungserfahrungen. In: Frühförderung interdisziplinär, 1/2006, 14-25.

Penner, Z., Krügel, C., Nonn, K. (2005): Aufholen oder Zurückbleiben: Neue Perspektiven bei der Frühintervention von Spracherwerbsstörungen. In: Forum Logopädie 6/2006, 6-15.

Penner, Z., Krügel, C., Gross, M., Hesse, V. (2006): Sehr frühe Indikatoren von Spracherwerbsverzögerungen bei gesunden, normalhörenden Kindern. In: Frühförderung interdisziplinär 1/2006, 37-48.

Sassenroth-Aebischer, S. (2000): „Sie wissen es doch ganz genau“ – Gespräche mit kleinen stotternden Kindern. In: Zollinger, B. (Hg.) (2000): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie. Bern, Stuttgart, Wien, 67-77.

Sassenroth-Aebischer, S. (2003): Stottern bei Kleinkindern. In: Forum für Praxispädiatrie 4/2003, 31-34.

Stern, D. (1985): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schöler, H. (1999) (unter Mitarbeit von Schakib-Ekbatan, K.; Spohn, B.; Spohn, S.): IDIS – Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten.

Heidelberg: Universitätsverlag.

Von Suchodoletz, W. (2004): Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In Von Suchodoletz, W. (Hg.)(2004), Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? Göttingen: Hogrefe, 155-199.

Von Suchodoletz, W. (2007): Prävention umschriebener Sprachentwicklungsstörungen. In von Suchodoletz, W. (Hg.) (2007): Prävention von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 45-79.

Szagon, G. (2007a): Das Wunder des Spracherwerbs. Weinheim und Basel: Beltz.

Szagon, G. (2007b): Langsam gleich gestört? Variabilität und Normalität im frühen Spracherwerb. In: Forum Logopädie 3/2007, 20-25.

Zollinger, B. (1987, 8. Auflage 2008): Spracherwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Zollinger, B. (1995, 7. Auflage 2007): Die Entdeckung der Sprache. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Zollinger, B. (Hrsg.) (1998, 3. Auflage 2008): Kinder im Vorschulalter. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Zollinger, B. (Hrsg.) (2000, 3. Auflage 2008): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Zollinger (2004, 2. Auflage 2007): Kindersprachen. Kinderspiele. Erkenntnisse aus der Therapie mit kleinen Kindern. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Barbara Zollinger, Dr. phil., dipl Logopädin, führt gemeinsam mit fünf Kolleginnen das Zentrum für kleine Kinder mit den Bereichen Praxis, Forschung, Fortbildung. 2006 gründete sie mit Dominique Bürki, Susanne Mathieu und Sylvia Sassenroth-Aebischer die Forschungsgruppe CH. Logopädie im Frühbereich.

Zentrum für kleine Kinder  
Pionierstr. 10  
CH – 8400 Winterthur

Fon 0041 52 213 68 46  
Fax 0041 52 213 68 47  
zollinger@kinder.ch