

# Frühdiagnostik bei Sprachverständnisstörungen

Ein häufig unterschätztes Störungsbild mit langfristig gravierenden Folgen für die Betroffenen

Anke Buschmann, Bettina Jooss

**ZUSAMMENFASSUNG.** Defizite im Sprachverständnis stellen ein hohes Risiko für die Ausbildung manifester Sprachentwicklungsstörungen dar und sind oftmals mit Sekundärproblemen in der psychosozialen und schulisch-beruflichen Entwicklung verbunden. Diese ungünstige Langzeitprognose erfordert eine differenzialdiagnostische Abklärung der rezeptiven Sprachfähigkeiten bei Kindern mit einer verzögerten Sprachentwicklung und verlangt frühe und effektive Interventionsmaßnahmen. Im klinischen Alltag werden Sprachverständnisstörungen jedoch noch immer häufig übersehen. Der Überblicksartikel soll dazu beitragen, dieses Störungsbild stärker in den Fokus zu rücken und die Sensibilität für Probleme in den rezeptiven Sprachfähigkeiten zu erhöhen. Ausgehend von den ungünstigen Entwicklungsverläufen bei Sprachverständnisstörungen wird auf die Notwendigkeit einer Überprüfung der rezeptiven Fähigkeiten auf verschiedenen sprachlichen Ebenen und Möglichkeiten der Früherkennung eingegangen. Auf der Basis einer wissenschaftlichen Untersuchung wird ein standardisierter Diagnostikablauf für sprachentwicklungsverzögerte Kleinkinder mit Erfassung des Sprachverständnisses als Schlüsselkomponente vorgestellt. Abschließend werden Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Interventionsstudie bei Late Talkern mit Sprachverständnisdefiziten zusammenfassend präsentiert.

Schlüsselwörter: Sprachverständnis – rezeptive Sprachstörung – Sprachentwicklungsverzögerung – Sprachentwicklungsstörung – Frühdiagnostik – Therapie

## Zum Beispiel Paul

Paul, ein erstgeborenes 3;5-jähriges Kind, wird im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) zur Entwicklungsabklärung vorgestellt. Die Erzieherinnen im Kindergarten hatten die Vorstellung im SPZ angeregt, weil mit Paul „etwas nicht stimme“. Er sei sehr schwer zu verstehen und zudem falle sein Verhalten auf. Beispielsweise orientiere er sich ausgeprägt an anderen Kindern, weine bei Streitigkeiten sofort, bleibe im Stuhlkreis nicht sitzen und könne sich beim Vorlesen nicht konzentrieren. Des Weiteren stelle er sich ungeschickt beim Puzzeln und Malen an. In der Anamnese stellte sich heraus, dass Paul Sprache von Beginn an verzögert erworben hatte. Nach Angabe der Eltern verfügte er zum Zeitpunkt der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung U7 mit 24 Monaten über einen aktiven Wortschatz von etwa 10 Wörtern. Da er ansonsten ein „pfißiges Kerlchen“ gewesen sei, sich im motorischen Bereich altersentsprechend entwickelt habe und alles zu verstehen schien, haben sich die Eltern um Pauls Entwicklung nicht gesorgt. Glücklicherweise sei die sprachliche Entwicklung vor dem

Kindergarteneintritt „in Gang gekommen“. Paul verfüge aktuell über einen aktiven Wortschatz von etwa 150 Wörtern und bilde Sätze aus vier bis fünf Wörtern, die allerdings grammatisch noch nicht korrekt seien. Sprachliche Aufforderungen verstehe er gut. Aufträge wie seine Schuhe oder den Ball zu holen, erledige er problemlos. Die Eltern schätzen Pauls Verhalten zuhause als weitgehend unauffällig ein. Er sei insgesamt eher ruhig, wähle Tätigkeiten gerne selbst aus und beschäftige sich beispielsweise mit Bilderbüchern gerne alleine.

Im SPZ wurde eine ausführliche Anamnese mit den Eltern erhoben und neben einer körperlich-neurologischen Untersuchung eine standardisierte Diagnostik der kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten durchgeführt. Paul konnte sich gut auf die Untersuchungssituation einlassen, arbeitete motiviert mit, zeigte Sprechfreude und Interesse an der Kommunikation mit der Untersucherin. Zusammenfassend ergaben sich folgende Testergebnisse: Im nonverbalen Intelligenztest (Snijders-Oomen-Nonverbaler Intelli-

**Anke Buschmann** ist Diplom-Psychologin und vertritt seit 2010 eine Professur für Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Langjährig arbeitete sie am Sozialpädiatrischen Zentrum des Universitätsklinikums Heidelberg mit den Schwerpunkten Diagnostik/Beratung bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten sowie Forschungstätigkeit im Bereich Frühdiagnostik/Frühintervention bei Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung (Entwicklung „Heidelberger Elterntraining“). 2009 gründete sie gemeinsam mit Bettina Jooss das FRIZ Frühinterventionszentrum in Heidelberg.



**Bettina Jooss** ist Diplom-/Sprachheilpädagogin und arbeitete langjährig als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sozialpädiatrischen Zentrum des Universitätsklinikums Heidelberg. 2009 gründete sie gemeinsam mit Anke Buschmann das Frühinterventionszentrum in Heidelberg mit den Arbeitsschwerpunkten Diagnostik/Beratung bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten, „Heidelberger Elterntraining“, Frühe Sprachförderung in Kitas, wissenschaftliche Begleitforschung, Lehr- und Dozententätigkeit.



genztest SON-R 2 1/2-7, Tellegen et al. 1996) erzielte Paul ein Ergebnis im mittleren Normbereich. Das heißt, er verfügt über altersentsprechende nonverbale kognitive Fähigkeiten. Die sprachproduktiven Leistungen, überprüft mit dem Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder SETK 3-5 (Grimm 2001), sind als deutlich unterdurchschnittlich einzuschätzen. Im Aktiven Wortschatztest AWST-R (Kiese-Himmel 2005) zeigte Paul ebenfalls keine altersentsprechende Leistung. Sowohl das Ergebnis im Untertest „Verstehen von Sätzen“ aus dem SETK 3-5 (Grimm 2001) als auch das Resultat aus dem Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses TROG-D (Fox 2006) lag mit einem T-Wert < 35 weit

unterhalb des Normbereichs, sodass bei Paul von eingeschränkten Sprachverständnisfähigkeiten auszugehen ist.

Laut dem Internationalen Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling 2005) liegt bei Paul eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache vor. Die Kriterien einer „Rezeptiven Sprachstörung“ (F80.2-) sind hier erfüllt, denn neben beeinträchtigten expressiven Sprachfähigkeiten weist er ein nicht altersgemäßes Sprachverständnis bei gleichzeitig guter nonverbaler Intelligenz auf. Zudem besteht kein Verdacht auf das Vorliegen einer autistischen Störung. Damit gehört Paul zu den 30-40% der Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SSES), bei denen sowohl Defizite in der expressiven als auch in der rezeptiven Sprache vorliegen (Amorosa 1994).

Pauls Eltern hatten die Probleme im Sprachverständnis jedoch nicht bemerkt und auch die Erzieherinnen im Kindergarten sahen bis dahin keinen Zusammenhang zwischen dem auffälligen Verhalten von Paul und seiner Fähigkeit zum Sprachverstehen, obwohl er in der aktiven Sprache deutlich beeinträchtigt war. Dieses Fallbeispiel ist leider kein Einzelfall. Während Kinder mit Problemen im expressiven Sprachbereich wie in der Artikulation, der Grammatik oder des Wortschatzes Eltern, ErzieherInnen und sogar Außenstehenden unmittelbar auffallen, werden eingeschränkte rezeptive Sprachfähigkeiten bei Kindern häufig übersehen.

Einerseits liegt dies daran, dass das Sprachverständnis selbst nie direkt beobachtbar ist, sondern über die sprachliche Reaktion bzw. das Verhalten einer Person erschlossen werden muss. Andererseits haben viele Kinder gelernt, fehlende sprachliche Informationen durch genaues Verfolgen der Situation und Beobachten des Gesprächspartners (Mimik, Gestik, Intonation) auszugleichen, und fallen daher im Alltag oftmals nicht auf. Befolgen diese Kinder Aufforderungen einmal nicht, führt die Umgebung dies eher auf mangelnde Kooperationsbereitschaft im Sinne von „Nichtwollen“ als auf ein mangelndes Sprachverständnis zurück (u.a. Amorosa 1994, Gebhard et al. 1994).

## Ungünstiger Entwicklungsverlauf bei Sprachverständnisdefiziten

In vielen Studien hat sich gezeigt, dass bei Kindern, die noch im Vorschulalter die Kriterien einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung erfüllen, die sprachlichen Defizite über das Grundschulalter hinaus bis ins Jugend- und Erwachsenenalter hinein persistieren. In der Folge sind im Vergleich zu sprachgesun-

den Kontrollkindern schlechtere Schulleistungen und eine höhere Rate an psychiatrischen Auffälligkeiten zu beobachten (zusammenfassend in von Suchodoletz 2004).

Während für Kinder mit isolierten Auffälligkeiten in der expressiven Sprache eine relative gute Prognose bezüglich der weiteren Sprachentwicklung besteht, persistieren die Sprachdefizite bei Kindern mit begleitenden Schwierigkeiten im Sprachverständnis (u.a. Bishop & Edmundson 1987).

In einer aktuellen Studie von Clark et al. (2007) wurden 58 Kinder, bei denen zum Zeitpunkt der Einschulung nach ICD-10 die Kriterien einer rezeptiven Sprachstörung erfüllt waren (rezeptive Fähigkeiten im standardisierten Test mindestens 2 Standardabweichungen SD unterhalb der Norm) im Mittel sechs Jahre später hinsichtlich ihrer expressiven und rezeptiven Fähigkeiten nachuntersucht. Die Ergebnisse waren ernüchternd: 87% der Kinder wiesen noch immer Defizite in den rezeptiven Sprachfähigkeiten auf, wobei jedes dritte Kind weit unterdurchschnittlich mit mehr als 2 SD unterhalb der Norm abschnitt und jedes zweite Kind ein Ergebnis 1 bis 2 SD unterhalb der Norm erzielte. 90% der Kinder verfügten nicht über altersentsprechende expressive Sprachfähigkeiten. Insgesamt zeigten von den 58 Kindern nur 3% altersentsprechende expressive und rezeptive Sprachkompetenzen. Bei dieser ausgeprägten Persistenz der Sprachdefizite verwundert es nicht, dass diese Kinder wie von Noterdaeme et al. (1999) beschrieben trotz durchschnittlicher intellektueller Begabung nicht in Regelschulen unterrichtet werden.

Besonders ungünstig für die Gesamtentwicklung eines Kindes wirkt sich die Ausbildung einer psychischen Störung aus. Wie aus verschiedenen Studien geschlossen werden kann, liegt die Rate an Kindern mit emotionalen und Verhaltensproblemen in der Gruppe der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen bei etwa 50% und damit deutlich höher als bei sprachgesunden Kindern (5 bis 25% bei Schulkindern, Walter 1997). Dabei scheinen insbesondere Kinder mit zusätzlicher Symptomatik in den rezeptiven Fähigkeiten davon zu betroffen zu sein (Baker & Cantwell 1987, Beitchman et al. 1986, Silva et al. 1987, Toppelberg & Shapiro 2000).

In der Studie von Beitchman et al. (1986) zeigten sich bei Kindern mit einer kombiniert rezeptiv-expressiven Sprachstörung besonders häufig externalisierende Verhaltensweisen wie Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Hyperaktivität und Aggressivität, gefolgt von emotionalen Störungen. Noterdaeme et

al. (1998) stellten bei 50 von 97 Kindern mit einer Sprachverständnisstörung im Alter zwischen 5;0 bis 9;11 Jahren eine psychiatrische Diagnose. Bei jedem zweiten Kind lag eine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung vor. Bei neun Kindern wurde eine spezifisch emotionale Störung diagnostiziert und bei neun Kindern lagen Störungen wie Enuresis, Enkopresis oder Stottern vor.

In einer Untersuchung an Sprachheilschulen und Sprachheilkindergärten beurteilten die pädagogischen Fachkräfte insbesondere Kinder mit einer rezeptiven Sprachstörung als auffällig im Sinne einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (44,7 %) (Buschmann 1999). Es scheint einen Geschlechtereffekt zu geben. Nach Beitchman et al. (1996) besteht bei Jungen häufiger eine Komorbidität mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und bei Mädchen mit emotionalen Störungen.

Auch im Erwachsenenalter findet sich eine überdurchschnittlich hohe Rate an psychiatrischen Auffälligkeiten bei ehemals sprach-auffälligen Kindern. Beitchman et al. (2001) untersuchten eine große Gruppe 19-jähriger Erwachsener, die im Alter von fünf Jahren als sprachentwicklungsgestört identifiziert worden waren, im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe und einer Gruppe von ehemals isoliert von Aussprachestörungen betroffenen Kindern. Mit einer Rate von über 40% ergab sich ein deutlich höherer Anteil an psychischen Störungen bei erstgenannter Gruppe, während sich die beiden anderen Gruppen nicht voneinander unterschieden und in etwa 20% der Fälle eine psychische Störung aufwiesen. Besonders häufig traten Angststörungen in Form von Sozialphobien auf.

Dass Personen mit persistierenden Sprachstörungen Angst vor öffentlichem Sprechen und sozialen Interaktionen insbesondere mit

Fremden entwickeln, erscheint fast trivial, erhält jedoch vor dem Hintergrund einer extrem niedrigen Lebensqualität bei Sozialphobie (Wittchen & Beloch 1996) eine besondere Brisanz. Des Weiteren fand man insbesondere bei männlichen Erwachsenen eine erhöhte Rate an antisozialen Persönlichkeitsstörungen.

Einen wesentlichen Aspekt hinsichtlich der Lebensqualität berücksichtigten Clegg et al. (2005) in einer prospektiven Längsschnittstudie mit 17 rezeptiv sprachgestörten Kindern. Über 40% waren zum Zeitpunkt der Untersuchung im mittleren Alter von 36 Jahren arbeitslos. Von ihren Geschwistern traf dies nur auf etwa 6% zu. Nur 4% der nach Alter und Intelligenz parallelierten Kontrollpersonen war ebenfalls ohne bezahlte Beschäftigung. Zudem unterschied sich die Art der beruflichen Tätigkeit. Während die Geschwister eher in anspruchsvollen Berufen arbeiteten (z.B. als Zahnarzt, in administrativer Position) waren die Erwachsenen mit rezeptiver Sprachstörung eher als ungelernete Arbeiter bzw. in einfachen Berufen tätig. Nur drei von ihnen waren kontinuierlich beschäftigt. Bei allen anderen gab es Phasen mit ein- bis zweijähriger Arbeitslosigkeit. Auch lebten nur 41% der jungen Erwachsenen selbstständig außerhalb des Elternhauses im Vergleich zu über 90% der Geschwister.

Die beschriebenen Studien verdeutlichen, dass Kinder mit Sprachverständnisstörungen ein besonders hohes Risiko für Beeinträchtigungen in der Gesamtentwicklung tragen. Aufgrund dieser extrem ungünstigen Langzeitprognose sollte die frühzeitige Identifikation dieser Kinder stärker in den Fokus rücken.

## Diagnostik von Sprachverständnisstörungen – Elternurteil wenig reliabel

Kinder mit Sprachverständnisstörungen bleiben im häuslichen Alltag häufig unerkant. Im Gegenteil – Eltern haben fast immer den Eindruck, ihr Kind verstehe alles. Dabei setzen sie häufig Hören mit Verstehen gleich, verwechseln kognitive Kompetenzen mit rezeptiven Fähigkeiten bzw. interpretieren das Situationsverständnis ihres Kindes als ein altersadäquates Sprachverständnis. Konträr zu den frühen expressiven Sprachfähigkeiten, die Eltern nachgewiesenermaßen verlässlich einschätzen können (Sachse et al. 2007), bestätigt sich sowohl im therapeutischen Alltag als auch in wissenschaftlichen Studien immer wieder, dass Eltern nicht in der Lage sind, das Sprachverstehen ihres Kindes zuverlässig zu beurteilen (Goorhuis-Brouwer 1990).

### KASTEN 1: Hinweise auf ein beeinträchtigtes Sprachverständnis im Alltag

#### Säuglingsalter

- Wenig Interesse an Sprache
- Keine Reaktion auf das Hören des eigenen Namens
- Keine/seltene Interaktion über referentiellen Blickkontakt

#### Kleinkindalter

- Später Sprechbeginn (erste Wörter nach dem 18. Lebensmonat)
- Langsamer Wortschatzaufbau
- Scheinbares Nichtzuhören, wenn mit ihnen gesprochen wird
- Keine oder vorschnelle Reaktion auf Anweisungen
- Starke Orientierung am Kontext sowie an Gestik und Mimik des Gesprächspartners
- Handeln in vertrauten Situationen so wie es normalerweise üblich ist
- Schlüsselwort-Interpretation – Orientierung an bekannten Wörtern
- Bei manchen Kindern Jargonsprache (längere Äußerungen mit guter Intonation, die aber nicht oder nur sehr schwer zu verstehen sind)

#### Kindergarten- und Vorschulalter

- Sprachproduktive Fähigkeiten nicht altersgemäß (geringer Wortschatz, dennoch zumeist Bildung von Sätzen, jedoch mit syntaktischen Fehlern)
- Gar keine oder vorschnelle Reaktion auf verbale Anweisungen
- Mangelndes Interesse am Vorlesen (bei grundlegendem Interesse an Bilderbüchern)
- Scheinbares Nichtzuhören, wenn mit ihnen gesprochen wird
- Starke Orientierung am Kontext sowie an Gestik und Mimik des Gesprächspartners

- Handeln in vertrauten Situationen so wie es normalerweise üblich ist
- Reaktionen aufgrund des bisherigen Weltwissens und Schlüsselwort-Interpretation
- „Ja-Sage-Tendenz“ im Gespräch – erfüllt kommunikative Funktion und signalisiert Verstehen
- Verwendung von *Passe-Partout-Wörtern* – „das“, „da“, „dort“, „dada“, „dings“ sind Wörter, die in vielen Situationen passen
- *Floskelhafte Sätze* – Sätze bestehen aus starren Wortkombinationen wie „gehen wir“, „komm mit“, „tun wir“ – ohne Inhalt
- *Wenige Fragen und stereotype Fragen* – z.B. „Magst du auch Blumen?“, „Magst du auch Schuhe?“ – ohne eine Antwort zu erwarten
- *Echolalie* – direkte Repetition des Gesagten des Gesprächspartners
- *Im Kindergarten*: Nicht Sitzenbleiben im Erzählkreis, Orientierung an anderen Kindern, Verhaltensauffälligkeiten (zurückgezogen, unaufmerksam, aggressiv)

#### Schulalter

- Einfache Sätze mit stereotyper, aber zumeist korrekter Satzstruktur, selten Verwendung von Nebensätzen
- geringer Wortschatz, Wortfindungsschwäche
- Auditive Unaufmerksamkeit
- Visuelle Orientierung
- Unfähigkeit, schwierige Satzkonstruktionen und komplexe verbale Anweisungen zu verstehen
- Häufiges „Ja“ und ungenaue Antworten auf Fragen
- Missverständnisse, z.B. weil noch der *Äußerungsfolgestrategie* („was zuerst gesagt wird, passiert zuerst“) gefolgt wird
- *Schule*: Orientierung an anderen Kindern (tun, was diese tun), oft globale Schulleistungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten

In einer aktuellen Studie von Möller et al. (2008) wurden zusätzlich zu einer sprachdiagnostischen Untersuchung von 298 Kindern im Alter von 2;0 bis 5;11 Jahren die Eltern nach den Verstehensleistungen ihrer Kinder befragt. Von den 97 im standardisierten Sprachverständnistest auffälligen Kindern hatte nur ein Viertel der Eltern das Sprachverständnisproblem ihres Kindes bemerkt. Folgende Punkte verdeutlichen, warum es für die Eltern schwer ist, das beeinträchtigte Sprachverstehen ihres Kindes zu erkennen:

- Das Sprachverstehen ist nicht direkt beobachtbar, sondern nur die Reaktion darauf.
- Die Umweltsprache ist oft redundant, sodass die Schlüsselwort-Interpretation lange erfolgreich ist.
- Die Kinder haben gelernt, den Kontext verstärkt einzubeziehen.
- Die Kinder achten intensiver auf Gestik und Mimik des Gegenübers.
- Die Kinder nutzen ihr Weltwissen zum Verstehen intensiver als andere Kinder.
- Die Kinder entwickeln verschiedene Kompensationsstrategien (Ja-Sage-Tendenz, Passe-partout-Wörter, Floskeln usw.).
- Die Eltern passen ihr Sprachangebot intuitiv an die Fähigkeiten ihres Kindes an, d.h. sie vereinfachen ihr Sprachangebot entsprechend den geringen rezeptiven Kompetenzen ihres Kindes.
- Nichtverstehen wird häufig mit Nichthören bzw. Nichtwollen gleichgesetzt, d.h. die Eltern interpretieren dies eher als Verhaltensproblem.

Wie in Kasten 1 zu sehen, lassen sich beim Beobachten der Kinder in Abhängigkeit von der jeweiligen Entwicklungsstufe mehrere Anzeichen für Defizite im Sprachverständnis erkennen. Das heißt, für Fachpersonen ist es wichtig, die Eltern spezifisch nach diesen Symptomen zu befragen und diese Daten durch eine gezielte Beobachtung in der Untersuchungssituation zu ergänzen.

## Ebenen der rezeptiven Sprachstörung

Eine Sprachverständnisstörung kann sich auf verschiedenen sprachlichen Ebenen manifestieren; der phonologischen, semantisch-lexikalischen, syntaktisch-morphologischen und kommunikativ-pragmatischen Ebene.

► Schwierigkeiten auf der *phonologischen Ebene* können sowohl bei der Lauterkennung als auch der Lautdifferenzierung und dem Erkennen der Lautabfolge auftreten. Das bedeutet, den betroffenen Kindern gelingt es nicht, ähnlich klingende Laute voneinander zu unterscheiden. Lautfolgen bzw. Wort-

klangbilder werden von diesen Kindern häufig nicht als etwas Feststehendes betrachtet und können somit bei Wiederauftreten auch nicht erkannt werden. Die dadurch erschwerte Verknüpfung von Wortklangbildern mit Gegenständen, Situationen oder Handlungen können zu einem eingeschränkten passiven Wortschatz und zu Schwierigkeiten bei der Unterscheidung von Wortbedeutungen führen.

► Probleme auf der *semantisch-lexikalischen Ebene* äußern sich ebenfalls durch einen verminderten passiven und in der Folge auch aktiven Wortschatz, des Weiteren in einer eingeschränkten Fähigkeit zur Ausdifferenzierung von Wortbedeutungen. Somit bleiben die in der normalen Sprachentwicklung bis etwa zum dritten Lebensjahr vorkommenden Übergeneralisierungen und Bedeutungseinengungen bis ins Kindergarten- oder auch Schulalter hinein bestehen.

► Auf der *syntaktisch-morphologischen Ebene* zeigen sich die Schwierigkeiten beim Verstehen komplexer, oftmals aber auch einfacher grammatischer Strukturen, wie das Verständnis von Verbformen, der Unterscheidung von Singular/Plural und Aktiv/Passiv ferner dem Gebrauch von Präpositionen, Konjunktionen, Artikeln etc.

Für das Verständnis sprachlicher Information reicht jedoch die linguistische Entschlüsselung allein nicht aus, das Gehörte muss auch innerhalb des bestehenden kommunikativen und situativen Kontextes und in Bezug zu dem bereits erworbenen Weltwissen interpretiert werden. Gelingt einem Kind diese Einbettung der sprachlichen Äußerung in die kontextuellen Gegebenheiten nicht oder nur unzureichend, wirkt sich dies vor allem auf die soziale Interaktion aus.

Eine rezeptive Sprachstörung kann somit durch die eingeschränkte Leistungsfähigkeit auf einer der genannten Sprachstrukturebenen bedingt sein oder durch Summierung der Probleme auf verschiedenen Ebenen entstehen. Damit wird deutlich, dass das Erscheinungsbild einer Sprachverständnisstörung von den betroffenen Bereichen abhängt. Aus diesem Grund ist die Kritik von Bishop (1997) berechtigt, dass die Unterteilung von „specific language impairment (SLI)“ in expressive und rezeptive Sprachstörung nicht ausreicht, sondern eine differenzierte Einteilung der rezeptiven Sprachstörung verbunden mit einer differenzialdiagnostischen Abklärung derselben notwendig ist. Das heißt, quantitative Verfahren sind mit qualitativen Analysen zu ergänzen, gerade auch, um die von den Kindern genutzten kompensatorischen Sprachverständnisstrategien zu erkennen (Fuchs 2010).

## Standardisierte Sprachverständnisdiagnostik

Für eine genaue Diagnose des Sprachverständnisses und als Voraussetzung einer adäquaten Therapieplanung ist die Überprüfung des Sprachverständnisses in Abhängigkeit vom Alter des Kindes und bezogen auf die verschiedenen sprachlichen Ebenen notwendig. Eine valide Diagnose ist nur durch den Einsatz normierter Verfahren möglich. Während *Noterdaeme et al.* in ihrem Beitrag von 1998 zu Recht den Mangel an standardisierten Verfahren zur Erfassung des Sprachverständnisses kritisieren, trifft dies heute nur noch zum Teil zu. Gerade in den letzten zehn Jahren ist mit dem Erscheinen des SETK-2 (*Grimm 2000*), SETK 3-5 (*Grimm 2001*), MSVK (*Elben & Lohaus 2000*) sowie des TROG-D (*Fox 2006*) die Diagnosestellung einer rezeptiven Störung standardisiert möglich. In Tabelle 1 (nächste Seite) sind für die logopädische Praxis geeignete normierte deutschsprachige Testverfahren unter Angabe des Altersbereiches und der erfassten sprachlichen Ebenen dargestellt.

Wie eingangs erwähnt weisen 30 bis 40% der Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung auch Defizite in den rezeptiven Fähigkeiten auf. Somit sollte, wie bereits von *Amorosa (1994)* gefordert, bei jedem Kind mit einem expressiven Sprachdefizit das Sprachverständnis mit einem normierten Verfahren überprüft werden. Gleiches fordern *Noterdaeme et al. (1998)* für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten. Denn durch die augenfälligeren Verhaltensprobleme bzw. expressiven Sprachdefizite werden die eingeschränkten rezeptiven Sprachfähigkeiten eines Kindes selbst von Fachleuten oftmals nicht bemerkt. Nicht zuletzt ist eine differenzialdiagnostische Abklärung des Sprachverständnisses in Kombination mit einer Überprüfung der intellektuellen Fähigkeiten bei Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung und Kindern, die Eltern und anderen Bezugspersonen als kognitiv beeinträchtigt erscheinen und damit oft als „dumm“ eingeschätzt werden, zwingend erforderlich.

## Bedeutung der Erfassung des Sprachverständnisses in der Frühdiagnostik

Eine Gruppe von Kindern, die in den letzten Jahren zunehmend in das öffentliche Interesse gerückt ist, sind Kleinkinder mit einer deutlich verzögerten Sprachentwicklung. Sie werden als „Late Talker“ bezeichnet, wenn sie in der aktiven Sprache deutlich verzögert, in anderen Entwicklungsbereichen sowie der sozialen

■ **Tabelle 1: Standardisierte Tests zur Erfassung des Sprachverständnisses**

	Altersbereich	Linguistische Ebene	Material
<b>Allgemeine Sprachtests</b>			
<b>SETK 2 – Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (Grimm 2000)</b>	24 - 35 Monate	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Wortebene</li> <li>● Satzebene</li> </ul>	Wortvorgabe zur einer Bildkarte mit 3 Distraktoren Satzvorgabe zu einer Bildkarte mit 3 Distraktoren
<b>Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (Kauschke &amp; Siegmüller 2009)</b>	2;0 - 6;11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Wortebene (Nomen, Verben, Adjektive, Farbadjektive, Präpositionen)</li> <li>● Satzebene (Verständnis syntaktischer Strukturen)</li> <li>● Textebene (Verständnis von W-Fragen)</li> </ul>	Wortvorgabe zu Bildern Ausagieren von Satzvorgaben Fragen ohne Antwortvorgaben
<b>SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für dreijährige Kinder (Grimm 2001)</b>	3;0 - 3;11 Jahre	Satzebene	Satzvorgabe zu einer Bildkarte mit drei Distraktoren Anweisungen befolgen mit Gegenständen
	4;0 - 5;11 Jahre	Satzebene	Anweisungen befolgen mit Gegenständen
<b>ETS 4-8 – Entwicklungstest Sprache für Kinder von 4 bis 8 Jahren (Angermaier 2007)</b>	4;0 - 8;11 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Wortebene (Nomen, Verben, Adjektive, Präpositionen)</li> <li>● Satzebene</li> </ul>	Verbale Instruktionen unter Zuhilfenahme von Bildvorlagen
<b>HSET – Heidelberger Sprachentwicklungstest (Grimm &amp; Schöler 1991)</b>	4;0 - 9;11 Jahre	Satzebene	Satzvorgabe, die mit Figuren dargestellt werden soll
<b>SET 5-10 – Sprachstandserhebungstest für Kinder zwischen 5 und 10 Jahren (Petermann et al. 2010)</b>	5;0 - 10;11 Jahre	Satzebene	Satzvorgabe, die mit Figuren dargestellt werden soll
<b>Spezifische Sprachverständnistests</b>			
<b>TROG-D – Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses (Fox 2006)</b>	3;0 - 10;11 Jahre	Satzebene (Satzverständnis, Grammatikverständnis)	Auswahl eines zu einem auditiv vorgegebenen Testsatz passenden Bildes
<b>MSVK – Marburger Sprachverständnistest für Kinder (Elben &amp; Lohaus 2000)</b>	5 - 7 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Wortebene (Passiver Wortschatz, Wortbedeutung)</li> <li>● Satzebene (Satzverständnis, Instruktionsverständnis)</li> <li>● Pragmatik (Personenbezogene Sprachzuordnung und situationsbezogene Sprachzuordnung)</li> </ul>	Mehrfachwahlaufgaben

Interaktion und Kommunikation altersentsprechend entwickelt sind, und gelten als Risikokinder für die Ausbildung einer manifesten Sprachentwicklungsstörung (Grimm 2003). Die Identifikation dieser Kinder gelingt weitgehend zuverlässig nach Beendigung des zweiten Lebensjahres über Elternfragebögen zur Erfassung des aktiven Wortschatzes (Sachse et al. 2007). Für eine valide Diagnose als Late Talker ist jedoch eine weiterführende Diagnostik nötig, die neben der expressiven Sprachentwicklungsdiagnostik eine Abklärung der sprachfreien kognitiven Entwicklung sowie eine standardisierte Beurteilung der rezeptiven Fähigkeiten enthalten sollte. Denn wie Sachse & von Suchodoletz (2009) berichten, sind insbesondere Late Talker mit zusätzlicher rezeptiver Beeinträchtigung gefährdet, längerfristig Sprachdefizite auszubilden. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse einer aktuellen Studie zur differenzialdiagnostischen Abklärung der verzögerten Sprachentwicklung zusammenfassend dargestellt und deren Implikationen

für die klinische Praxis diskutiert (ausführlich in Buschmann et al. 2008).

### Studie 1: Differenzialdiagnostik bei verzögerter Sprachentwicklung

#### Vorgehen

100 Kinder, die zum Zeitpunkt der U7 im Elternfragebogen ELFRA-2 (Grimm & Doil 2000) über einen aktiven Wortschatz von weniger als 50 Wörtern verfügten, wurden im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg umfassend differenzialdiagnostisch untersucht. Neben der standardisierten Überprüfung der expressiven und rezeptiven Sprachfähigkeiten mit dem SETK-2 (Grimm 2000), erfolgte eine Beurteilung des sprachfreien kognitiven Entwicklungsstands anhand der „Bayley Scales of Infant Development“ (BSID-II, van der Meulen et al. 2002). Zusätzlich wurden das Verhalten zuhause mittels standardisiertem Verhaltensfragebogen erfasst und der

körperlich-neurologische sowie pädaudiologische Status der Kinder erhoben.

#### Ergebnisse

Im ELFRA-2 zeigten die Kinder im Mittel einen aktiven Wortschatz von 15 Wörtern. Im SETK-2 bestätigten sich die niedrigen expressiven Sprachkompetenzen. Alle Kinder schnitten in den Untertests zur Wort- und Satzproduktion unterdurchschnittlich ab. Die mittleren T-Werte lagen bei 30.5 bzw. 34.6. Darüber hinaus zeigten 35% der Kinder zusätzlich Defizite im Sprachverständnis. Die standardisierte Entwicklungsdiagnostik erbrachte bei 18% der Kinder einen nicht altersgemäßen nonverbalen kognitiven Entwicklungsstand. Zusätzlich erfüllten 4% der Kinder die Kriterien eines frühkindlichen Autismus. Unterzieht man die Kinder mit Sprachverständnisproblemen einer detaillierten Individualanalyse zeigten sich Defizite im Sprachverständnis bei:

- 22% der Kinder mit altersgemäßer nonverbaler kognitiver Entwicklung

- 78 % der Kinder mit unterdurchschnittlichen nonverbalen kognitiven Fähigkeiten
- 100 % der Kinder mit frühkindlichem Autismus.

**Fazit**

Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass Defizite im Sprachverständnis ein sensibler Indikator für globale und tiefgreifende Entwicklungsstörungen sein können. Lediglich bei knapp zwei Drittel der zweijährigen Kinder bestätigte sich die Verdachtsdiagnose einer isoliert expressiven Sprachentwicklungsverzögerung. Insgesamt zeigte etwa ein Drittel der Kinder Defizite im Sprachverständnis. Von den Kindern mit Sprachverständnisschwierigkeiten wies jedes zweite Kind Defizite in den nonverbalen kognitiven Fähigkeiten oder einen frühkindlichen Autismus auf. Buschmann et al. (2008) empfehlen aufgrund dieser Ergebnisse ein standardisiertes Vorgehen bei Vorliegen einer verzögerten expressiven Sprachentwicklung. Dreh- und Angelpunkt zur Früherkennung von Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung ist die kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung U7 mit zwei Jahren. Bei dieser kann ein Screeningfragebogen zur Erfassung des aktiven Wortschatzes eingesetzt werden. Kinder mit einem Wortschatzdefizit sollten pädaudiologisch und sprachdiagnostisch untersucht werden. Hierbei nimmt die standardisierte Erfassung des Sprachverständnisses eine Schlüsselfunktion ein. Entsprechend den Studienergebnissen kann bei Kindern mit einem isoliert expressiven Sprachdefizit durchaus auf eine weiterführende Diagnostik verzichtet werden. Bei Kindern mit zusätzlichen Defiziten im Sprachverständnis sollte eine entwicklungsneurologische Abklärung (zum Beispiel in einem SPZ) erfolgen. (Abb. 1)

**Frühintervention bei Sprachverständnisdefiziten**

Die ungünstige Langzeitprognose für Kinder mit Defiziten im Sprachverständnis erfordert frühzeitige und effektive Interventionsmaßnahmen. Allerdings gibt es insbesondere für die Therapie von rezeptiven Sprachdefiziten bisher wenig Evidenz für wirksame Therapieansätze, wie sich in einer vergleichenden Analyse aller Studien zur Wirksamkeit von Sprachtherapien im vorschulischen und schulischen Bereich aus den vergangenen 25 Jahren zeigte (Law et al. 2003). Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass es überhaupt nur sehr wenige Untersuchungen gibt, in denen Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen isoliert betrachtet wurden. In zahlreichen Effektivitätsstudien beschränkte man

sich auf Kinder mit isolierter Beeinträchtigung in der expressiven Sprache oder betrachtete heterogene Stichproben. Wie im vorangegangenen Abschnitt deutlich wurde, sind Kinder mit einem verspäteten Sprechbeginn als eine äußerst relevante Gruppe zu betrachten. Neben Kindern, bei denen die verzögerte Sprachentwicklung im Rahmen einer Primärerkrankung zu sehen ist, ist die Chance des Spontanaufholens auch für Late Talker mit zusätzlichen rezeptiven Defiziten äußerst gering (Sachse & von Suchodoletz 2009). Nach wie vor wird jedoch bei einem verzögerten Sprechbeginn kontrovers über die Frage des Abwartens oder der Einleitung einer frühen Sprachtherapie diskutiert. Im Heilmittelbericht 2009 zeigt sich deutlich, dass der „Wait-and-see“-Ansatz noch immer weit verbreitet ist. Der Verordnungsgipfel für Sprachtherapien liegt im Alter von sechs bis neun Jahren. 52,2 % aller Leistungen für Kinder werden in diesem Altersspektrum erbracht. Bis zum Alter von drei Jahren gibt es kaum sprachtherapeutische Verordnungen (Schröder & Waltersbacher 2009). Diese Verordnungspraxis läuft der Forderung nach früher Intervention zur Vermeidung von Sekundärfolgen durch persistierende Sprachdefizite völlig entgegen. Ein Ende der kontroversen Diskussion lässt sich nur durch den Nachweis der Effektivität von Frühinterventionen herbeiführen. Notwendig sind hierfür randomisierte Kontrollgruppenstudien. Mit dem „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“ (Buschmann 2009)

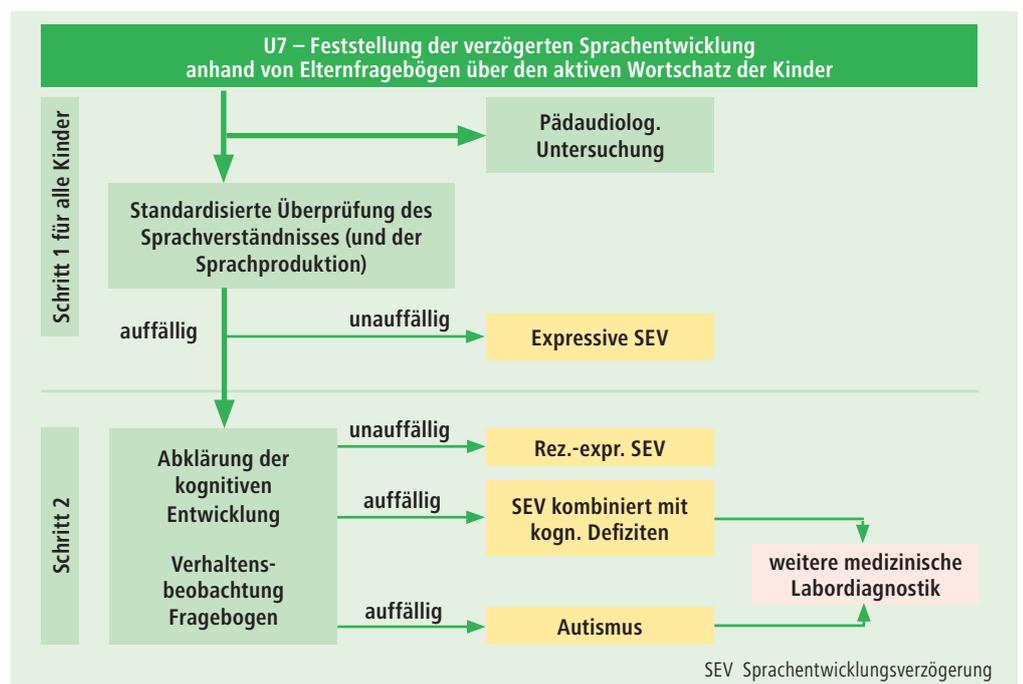
liegt für den deutschsprachigen Raum seit einigen Jahren ein evaluiertes Frühinterventionskonzept vor. Als primäre Kommunikationspartner werden die Eltern von zwei- bis dreijährigen sprachentwicklungsverzögerten Kindern in einer Kleingruppe über insgesamt acht Sitzungen hinsichtlich einer gezielten und optimierten alltagsintegrierten Sprachförderung im häuslichen Umfeld intensiv angeleitet. Im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie konnte die hohe Effektivität dieses Ansatzes bei Late Talkern mit einer isoliert expressiven Sprachentwicklungsverzögerung nachgewiesen werden (Buschmann et al. 2009, 2010). Dass dieses elternzentrierte Vorgehen auch geeignet ist, die sprachlichen Fähigkeiten von Late Talkern mit zusätzlichen rezeptiven Sprachdefiziten zu verbessern, zeigt folgende Zusammenfassung der Evaluationsstudie (Buschmann et al. eingereicht).

**Studie 2: „Heidelberger Elterntraining“ bei Late Talkern mit rezeptiven Sprachdefiziten**

**Vorgehen**

20 zweijährige Kinder mit rezeptiv-expressiver Sprachentwicklungsverzögerung (mindestens ein Untertest zum Sprachverständnis mit T-Wert < 40 im SETK-2) wurden randomisiert (per Losverfahren) der Interventions- oder der Wartekontrollgruppe zugeteilt. Die Eltern der Interventionsgruppe nahmen am „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“ teil.

■ **Abb. 1: Standardisiertes diagnostisches Vorgehen bei verzögerter Sprachentwicklung mit zwei Jahren**



**KASTEN 2: Basisstrategien zur Förderung des Sprachverständnisses bei Late Talkern**

- Auf Blickkontakt achten
- Sprechtempo verlangsamen und Sprechpausen an Phrasenstrukturgrenzen einhalten
- Deutliche Aussprache mit guter Betonung zentraler Wörter
- Einfache Wörter verwenden und Synonyme vermeiden
- Kurze, einfache Sätze verwenden
- Wichtige Wörter und Sätze oft wiederholen
- Mimik und Gestik bzw. spezifische Gebärden gezielt und intensiv nutzen
- Verbindung zu realen Gegenständen herstellen

**Ergebnisse**

Bei vergleichbaren Vortestergebnissen schnitten die Kinder der Interventionsgruppe drei und neun Monate nach Abschluss des Elterntrainings in nahezu allen Sprachmaßen besser ab als die Kinder der Wartegruppe. Im Alter von zweieinhalb Jahren zeigten die Kinder der Interventionsgruppe insbesondere in den Untertests „Satzverstehen“ und „Produktiver Wortschatz“ des SETK-2 bessere Leistungen im Vergleich zur Wartegruppe. Mit drei Jahren verfügten diese Kinder im Gruppenmittel über durchschnittliche rezeptive Sprachfähigkeiten im Untertest „Verstehen von Sätzen“ (SETK 3-5), während die Kinder der Wartekontrollgruppe im Mittel ein Ergebnis an der untersten Grenze des Normbereichs erreichten. Die Individualanalyse zeigte, dass im Alter von drei Jahren 56% den sprachlichen Rückstand aufgeholt und in den Untertests zur Sprachproduktion und zum Sprachverstehen des SETK 3-5 Ergebnisse im Normbereich erzielt hatten, während dies nur 36% der Kinder in der Wartegruppe gelungen war.

**Fazit**

Eine gezielte Anleitung der Eltern zu einer alltagsintegrierten Sprachförderung im häuslichen Umfeld führt auch bei Kindern mit Defiziten im Sprachverständnis zu einer akzelerierten sprachlichen Entwicklung im Vergleich zu einer unbehandelten Wartegruppe. Der Anteil an Kindern mit manifesten Sprachentwicklungsstörungen im Alter von drei Jahren konnte durch das „Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung“ deutlich gesenkt werden. Das Verstehen von Sprache ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für das aktive Sprechen (Grimm 2003). Deshalb ist dem Befund, dass die Kinder der Interventionsgruppe innerhalb kurzer Zeit insbesondere im Sprachverständnis deutlich größere Fortschritte als die Kinder der Wartegruppe gemacht haben, eine besondere Beachtung zu schenken. Für

das Vorgehen in der Praxis kann folgender Schluss gezogen werden: Das „Heidelberger Elterntraining“ ist als Frühinterventionsmaßnahme sowohl für Kinder mit isoliert expressiver als auch mit kombiniert rezeptiv-expressiver Beeinträchtigung geeignet. Um den Eltern im Rahmen des Gruppenprogramms dennoch individualisiert Hilfestellung geben zu können und bei der Vermittlung bestimmter Strategien das Augenmerk auf die Eltern mit rezeptiv beeinträchtigten Kindern richten zu können, ist die differenzialdiagnostische Untersuchung im Vorfeld des Trainings unerlässlich. Nach Abschluss des Elterntrainings sollten im Rahmen einer standardisierten Verlaufsdagnostik die Entwicklungsschritte des Kindes überprüft und bei Bedarf weitere gezielte sprachtherapeutische Interventionen initiiert werden.

In Kasten 2 sind die im Rahmen des Elterntrainings vermittelten Basisstrategien zur Förderung der rezeptiven Sprachfähigkeiten dargestellt.

**Zusammenfassung**

Innerhalb der Gruppe sprachentwicklungs-gestörter Kinder sind Kinder mit zusätzlichen Defiziten im Sprachverständnis insbesondere in ihrer schulischen, beruflichen, sozialen und emotionalen Entwicklung gefährdet. Deshalb verwundert es, wenn bei Kindern mit expressiven Sprachdefiziten nicht routinemäßig eine Abklärung der rezeptiven Fähigkeiten stattfindet und somit Defizite im Sprachverständnis häufig übersehen werden.

Da Eltern und andere Bezugspersonen das Sprachverständnis nicht zuverlässig beurteilen können, sollte dieser Entwicklungsbereich frühzeitig bei Kindern mit einer verzögerten Sprachentwicklung überprüft werden. Denn das Sprachverständnis hat erstens einen hohen prognostischen Wert für die weitere sprachliche Entwicklung und ist zweitens ein sensibler Indikator für globale Entwicklungsdefizite (autistische Störungen, allgemeine kognitive Beeinträchtigung).

Zur Beurteilung des Sprachverständnisses ist der Einsatz standardisierter und normierter Verfahren unabdingbar. Für den deutschsprachigen Raum stehen inzwischen mehrere Testverfahren zur Verfügung, die zukünftig hoffentlich eine breitere Anwendung in der Praxis finden. Denn nur auf der Basis einer umfassenden Diagnostik ist die Einleitung einer störungsspezifischen Therapie sowie die Durchführung einer adäquaten Elternberatung/-anleitung möglich.

**LITERATUR**

- Amorosa, H. (1994). Die Weiterentwicklung einer differenzierten Diagnostik der Sprachentwicklungsstörungen im Kindesalter. In: Martinius, J. & Amorosa, H. (Hrsg.), *Teilleistungsstörungen (73-80)*. Berlin: Quintessenz
- Angermaier, M.J.W. (2007). *Entwicklungstest Sprache für Kinder von 4 bis 8 Jahren ETS 4-8*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Baker, L. & Cantwell, D. (1987). Comparison of well, emotionally disordered and behaviorally disordered children with linguistic problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26 (2), 193-196
- Beitchman, J.H., Nair, C., Clegg, M., Ferguson, B. & Patel, P.G. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 25, 528-536
- Beitchman, J.H., Wilson, B., Brownlie, E.B., Walters, H., Lancee, W. (1996). Long-term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 804-814
- Beitchman, J.H., Wilson, B., Johnson, C.J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., Escobar, M. & Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 75-82
- Bishop, D. (1997). *Uncommon understanding. Development and disorders of language comprehension in children*. Hove: Psychology Press
- Bishop, D.V.M. & Edmundson, A. (1987). Language-impaired four-year-olds: distinguishing transient from persistent impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorder* 52, 156-173
- Buschmann, A. (1999). *Zur klinischen Validität des MSVK*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Marburg
- Buschmann, A. (2009). *Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung. Trainermanual*. München: Urban & Fischer bei Elsevier
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Dockter, S., Feldhusen, F., Blaschikowitz, H., Heggen, I. & Pietz, J. (2008). Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. *Developmental Medicine & Child Neurology* 50 (3), 223-229
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J. & Philippi, H. (2009). Parent-based language intervention for two-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 94, 110-116
- Buschmann, A., Jooss, B. & Pietz, J. (2010). Frühe Sprachförderung bei Late Talkers – Effektivität einer strukturierten Elternanleitung. *Kinderärztliche Praxis* 80, 404-414
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Pietz, J. & Philippi, H. (eingereicht). *Efficacy of early parent-based*

- language intervention for children with specific receptive-expressive language delay: a randomised controlled trial
- Clark, A., O'Hare, A., Watson, J., Cohen, W., Cowie, H., Elton, R., Nasir, J. & Seckl, J. (2007). Receptive language disorder in childhood. Familial aspects and long term outcomes: Results from a Scottish study. *Archives of Disease in Childhood* 92, 614-619
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L. & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46, 128-149
- Dilling, H. (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien*. (5. durchgesehene und ergänzte Auflage). Bern: Huber
- Elben, C.E. & Lohaus, A. (2000). *Marburger Sprachverständnistest für Kinder MSVK*. Göttingen: Hogrefe
- Fox, A. (2006). *Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses TROG-D*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Fuchs V., (2010). Theorie und Praxis der Diagnostik des Sprachverstehens im Vorschulalter. *Spracheheilarbeit* 5, 241-250
- Gebhard, W., Dames, K. & Baur, S. (1994). Diagnostik und Therapie schwerer Sprachentwicklungsstörungen in einer Klinik. In: Martinus, J. & H. Amorosa (Hrsg.), *Teilleistungsstörungen* (59-66). Berlin: Quintessenz
- Goorhuis-Brouwer, S.M. (1990). Frühzeitige Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Die Eltern als engagierte Beobachter von Sprachentwicklungsstörungen. *Folia Phoniatrica* 42, 260-264
- Grimm, H. (2000). *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder SETK-2*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder SETK 3-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003). *Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H. & Doil, H. (2006). *Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H. & Schöler, H. (1991). Heidelberg Sprachentwicklungstest HSET. Göttingen: Hogrefe
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2009). Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen PDSS. München: Urban & Fischer bei Elsevier
- Kiese-Himmel, C. (2005). Aktiver Wortschatztest für drei- bis sechsjährige Kinder (AWST-R). Göttingen: Beltz
- Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews* 3, DOI: 10.1002/14651858
- Möller, D., Furche, S., Slabon-Lieberz, G., Gaumert, A., Breitfuss, A. & Licht, A.K. (2008). Blickdiagnose Sprachverständnisstörungen – Die diagnostische Güte von Experten- und Elternurteilen. *Sprache – Stimme – Gehör* 32, 129-135.
- Noterdaeme, M., Breuer-Schaumann, H. & Amorosa, H. (1998). Zur Differenzialdiagnostik von Sprachverständnisstörungen: Ergebnisse einer explorativen Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26, 253-260
- Noterdaeme, M., Minow, F. & Amorosa, H. (1999). Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungs-gestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie anhand der Child Behavior Checklist. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 141-154
- Petermann, F., Metz, D. & Fröhlich, L.P. (2010). Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren SET 5-10. Göttingen: Hogrefe
- 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
- Schröder, H. & Waltersbacher, A. (2009). Heilmittelbericht 2009/2010. [www.wido.de](http://www.wido.de)
- Silva, P.A., Williams, S. & McGee, R. (1987). A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: Later intelligence, reading and behaviour problems. *Developmental Medicine and Child Neurology* 29, 630-640
- Suchodoletz, W. v. (2004). Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In: Suchodoletz, W. v. (Hrsg.), *Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen?* (155-199). Göttingen: Hogrefe
- Tellegen, P.J., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B.J. & Laros, J.A. (1996). *Snijders-Oomen – Nonverbaler Intelligenztest 2½-7 – Revidierte Fassung*. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger
- Toppelberg, C. & Shapiro, T. (2000). Language Disorders: A 10-year research update review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39 (2), 143-152
- Van der Meulen, B.F., Ruiter, S.A.J., Spelberg, H.C.L. & Smrkovsky, M. (2002). *Bayley Scales of Infant Development-II. Nederlandse Versie (BSID-II-NL)*. Harcourt Test Publishers
- Walter, R. (1997). Psychotherapiebedarf. In: Renschmidt, H. (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (11-17). Stuttgart: Thieme
- Wittchen, H.U. & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology* 11 (Supplement 3), 15-23

#### Danksagung

Wir möchten uns ganz herzlich bei der Günter Reimann-Dubbers Stiftung für die langjährige Zusammenarbeit im Rahmen der „Heidelberger Sprachentwicklungsstudie“ bedanken.

#### SUMMARY. Early diagnostics in disorders of language comprehension – an often underestimated syndrom with far reaching consequences for the patients

Deficits in language comprehension can cause manifest speech development disorders and are often related to secondary difficulties within the individual psychosocial and educational process. Seen from a long-term perspective there is a need for a differential diagnosis of children with a developmental delay as well as early and effective intervention measures. Clinical practice shows that disorders of language comprehension often are unnoticed. This contribution may help to pay more attention to this syndrom and to the difficulties of receptive language skills. Based on disordered developmental processes the authors lay particular stress on the assessment of receptive skills and the chances of early diagnostics. With reference to an evidencebased study a standardized diagnostic process for small children with delays in language development is presented that also includes language comprehension as a key component. Concludingly the results of a randomized controlled intervention study of Late Talkers with difficulties in language comprehension are shortly presented.

KEY WORDS: language comprehension – disorders of receptive language skills – delays in language development – disorders in language development

#### DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2011-53020110103

#### Autoren

Dr. Dipl.-Psych Anke Buschmann  
Dipl.-Päd. Bettina Jooss  
FRIZ – Frühinterventionszentrum  
Felix-Wankel-Straße 6  
69126 Heidelberg  
buschmann@fruehinterventionszentrum.de  
jooss@fruehinterventionszentrum.de  
[www.fruehinterventionszentrum.de](http://www.fruehinterventionszentrum.de)