

Sprachentwicklungsstörungen

Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

Zusammenfassung. Spracherwerb stellt eine zentrale Entwicklungsaufgabe in den ersten Lebensjahren eines Kindes dar. Misslingt die Bewältigung, dann treten in der sozial-emotionalen und kognitiven (schulischen) Entwicklung eines Kindes massive Probleme auf. Treten Sprachprobleme auf, kann man zwischen primären und sekundären Sprachstörungen unterscheiden. Störungen der Sprachentwicklung stellen die häufigste umschriebene Entwicklungsstörung dar. Die Prävalenz beträgt in Deutschland zwischen 5 bis 8%, wobei Jungen ungefähr doppelt so häufig betroffen sind wie Mädchen. Die Symptomatik ist jedoch durch eine hohe Variabilität in den Erscheinungsformen geprägt, zudem besteht eine sehr große Altersabhängigkeit. Die Diagnostik und Behandlung ist interdisziplinär ausgerichtet.

Schlüsselwörter: Entwicklungsaufgaben, Sprachentwicklung, Spracherwerb, umschriebene Sprachentwicklungsstörungen

Specific Language Impairment

Abstract. Language acquisition is a crucial developmental task during the first years of a child's life. Non-achievement leads to massive problems for the child's social and cognitive (school) development. If language problems become apparent, differentiation between primary and secondary language problems can be made. Language disorders represent the most common development disorder. In Germany the prevalence rate lies between 5 and 8%, whereby the rate for affected boys is about 50% higher than for girls. Symptoms are characterized by a high variability and there is also a large age dependency. Diagnostics and treatment are interdisciplinary.

Keywords: development tasks, language development, language acquisition, specific language impairment

Der Spracherwerb gehört zu den komplexesten und bedeutsamsten Entwicklungsaufgaben. Dabei erscheint es so, als würden sich Kinder sprachliche Kompetenzen scheinbar „nebenbei“ aneignen und diese Entwicklungsaufgabe ohne größere Anstrengungen meistern. Die Herausforderungen des Spracherwerbs werden oft erst deutlich, wenn ein Kind Schwierigkeiten in der Produktion und/oder im Verständnis sprachlicher Strukturen aufweist und die Kommunikation mit seiner sozialen Umwelt beeinträchtigt wird. Die Beeinträchtigungen eines Kindes stehen dann an der Schnittstelle zwischen dem Bildungssystem und dem Gesundheitswesen und sind für verschiedene Berufsgruppen, wie Kinderärzte, Sprachtherapeuten, Klinische Kinderpsychologen und Kinderpsychotherapeuten, relevant.

Spracherwerb als zentrale Entwicklungsaufgabe

Der Spracherwerb beginnt bereits im Mutterleib. Sobald das Hörorgan funktionsfähig ist, kann der Fötus akustische Signale wahrnehmen und pränatale Lernerfahrungen sammeln, die es ermöglichen, dass ein Säugling spä-

ter nach der Geburt sowohl die menschliche Stimme von anderen Lauten unterscheiden kann und die Stimme der eigenen Mutter erkennt (vgl. Jardri et al., 2008; Voegtline, Costigan, Pater & DiPietro, 2013). Schreien und Lächeln gehören zu den ersten Kommunikationsformen des Säuglings, mit denen er Bedürfnisse Ausdruck verleihen und die Interaktionsdauer mit seinen Bezugspersonen verlängern kann (Müller, 2013; Szagun, 2013). Auf diese Weise wird eine entscheidende Basis der emotionalen Entwicklung gelegt (Petermann & Wiedebusch, 2002). Zudem muss ein Säugling lernen, den Sprachfluss seiner Umgebung in einzelne Wörter zu unterteilen, ihre Lautstruktur zu unterscheiden und ihnen eine Bedeutung zuzuweisen (Houston & Jusczyk, 2003; Ptok, Kühn & Miller, 2014). Mit zunehmender Kontrolle über seine Sprechwerkzeuge beginnt ein Kind dann mit etwa zwölf Monaten die ersten Wörter zu produzieren, welche meist einen Situationsbezug oder eine soziale Funktion besitzen (vgl. Fox-Boyer, Glück, Elsing & Siegmüller, 2014; Ptok, Kühn, Jungheim, Schwemmler & Miller, 2014a). Der aktive Wortschatzerwerb erfolgt in der Regel zunächst langsam und erreicht meist zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat einen Umfang von 50 Wörtern, während das Sprachverständnis zu diesem Zeitpunkt etwa 200 bis 300 Wörter umfasst (Ptok et al., 2014b). Kinder, die mit etwa 24 Monaten noch keine 50 Wörter aktiv produzieren, werden

oft als „Late Talker“ bezeichnet und tragen ein erhöhtes Risiko, eine Sprachentwicklungsstörung zu entwickeln (Sachse & von Suchodoletz, 2009). Dieser Kennwert für die Sprachproduktion muss jedoch vor dem Hintergrund der großen Variabilität von Entwicklungsverläufen in den ersten Lebensjahren betrachtet werden (vgl. Petermann & Macha, 2005): Nicht jede verzögerte Sprachentwicklung ist gleichbedeutend mit einer Störung der Sprachentwicklung (vgl. Petermann & Szagun, 2011; Szagun, 2013). So holt ein Teil der Kinder den Rückstand bis zum 36. Lebensmonat wieder auf (= sogenannte Late Bloomer) und zeigt keine weiteren Beeinträchtigungen in der Sprachentwicklung.

Im Vorschulalter lernt ein sprachunauffälliges Kind täglich etwa elf neue Wörter und verfügt im Alter von fünf bis sechs Jahren über einen rezeptiven Wortschatz von 9.000 bis 14.000 Wörtern und einen expressiven Wortschatz von etwa 2.000 bis 3.000 Wörtern (Fox-Boyer et al., 2014). Mit zunehmender Komplexität des Wortschatzes steigt auch die durchschnittliche Äußerungslänge eines Kindes und die Grundlage für den Grammatikerwerb (Syntax und Morphologie) wird geschaffen, bis (mit etwa fünf Jahren) ein unbeeinträchtigtes Kind die zentralen Strukturen und Regelmäßigkeiten seiner Erstsprache beherrscht (Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, 2013; von Suchodoletz, 2013).

Primäre oder sekundäre Sprachstörung?

Sprachliche Auffälligkeiten oder Sprachdefizite können bei verschiedenen Störungsbildern beobachtet werden. Die Diagnostik muss daher klären, ob diese Auffälligkeiten und Defizite Symptome eines übergeordneten Störungsbildes sind oder die primäre Störung darstellen.

Können die Sprachdefizite eines Kindes durch eine zugrundeliegende Erkrankung oder psychosoziale Umstände erklärt werden, wird von sekundären Sprachstörungen gesprochen. Hierzu zählen u.a. Sprachdefizite infolge neuronaler Schädigungen (Aphasien) oder peripherer oder zentraler Hörschädigungen (vgl. Hogan, Shipley, Strazdins, Purcell & Baker, 2011; Kiese-Himmel, 2009; Ptok & Eysholdt, 2005). Zudem können sprachliche Auffälligkeiten Symptome genetischer Erkrankungen (wie Down- oder Williams-Syndrom) oder einer Autismus-Spektrum-Störung sein und im Kontext von Intelligenzminderung auftreten (Cleland, Wood, Hardcastle, Wisheart & Timmins, 2010; Martens, Wilson & Reutens, 2008; Rißling & Petermann, 2012). Darüber hinaus finden sich

Auffälligkeiten in der Sprache und Kommunikation bei bestimmten psychischen Störungen (u.a. bei Mutismus).

In vielen Fällen können Umgebungsbedingungen die Sprachentwicklung eines Kindes negativ beeinflussen und Sprachdefizite oder Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation hervorrufen. Hierzu gehören u.a. Anrengungsarmut, soziale Vernachlässigung oder unzureichende Sprachvorbilder (Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, 2013).

Auch bei sprachlichen Auffälligkeiten im Kontext des Mehrsprachigkeitserwerbs können umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten beobachtet werden (vgl. Rißling, Melzer & Petermann, 2015). Im Allgemeinen sind Kinder durchaus in der Lage, den Erwerb von zwei Sprachen angemessen zu meistern. Dabei können bestimmte Besonderheiten im sprachlichen Ausdruck, wie zum Beispiel im Wortschatz oder in der Betonung, beobachtet werden, die in der Regel jedoch ein vorübergehendes Phänomen darstellen (vgl. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, 2013). Ungünstige Erwerbsbedingungen, wie ein mangelnder quantitativer oder qualitativer Sprachinput oder eine geringe Alltagsrelevanz der Sprache, können jedoch dazu führen, dass Kinder mit Migrationshintergrund die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen und eine entsprechende Sprachförderung erforderlich ist (Caspar & Leyendecker, 2011; Rothweiler, Babur & Kroffke, 2007).

Können andere zugrundeliegende Erkrankungen oder psychosoziale Umstände als Ursache der sprachlichen Beeinträchtigungen ausgeschlossen werden, wird von primären Sprachstörungen oder spezifischen bzw. umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen gesprochen. Gemäß der Definition des ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2011) sind die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache durch einen Beginn im Kleinkindalter oder in der Kindheit sowie durch einen stetigen Verlauf ohne Remission oder Rezidive gekennzeichnet. Störungen der Sprachentwicklung gehören dabei zu den häufigsten Entwicklungsstörungen. Die Prävalenz liegt bei 5 bis 8% (bei einer Definition gemäß ICD-10), wobei Jungen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Mädchen (von Suchodoletz, 2013; Tomblin et al., 1997). Mehrsprachigkeit an sich stellt dabei weder ein Risiko für die Entwicklung einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung dar, noch verstärkt der Erwerb einer zweiten Sprache die Symptomatik (Chilla, 2011; Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, 2013). Allerdings sollte man die Gruppe der mehrsprachig aufwachsenden Kinder unter dem Blickwinkel der spezifischen Entwicklungsanforderungen als eigene Einheit betrachten. In Deutschland betrifft dies etwa 20 bis 25% der Kinder und Jugendlichen – diese Gruppe wächst mehrsprachig auf (Rothweiler et al., 2007). Die Abgrenzung von umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern erfolgt durch den Tatbestand,

dass Sprachauffälligkeiten in beiden Sprachen (Erstsprache des Kindes und der Umgebungssprache) von frühesten Entwicklungsstadien an bestehen müssen.

Die Symptomatik der umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen ist durch eine hohe Variabilität und Abhängigkeit vom Alter gekennzeichnet. Defizite können sich sowohl auf einzelnen Sprachebenen (Phonetik/Phonologie, Lexikon/Semantik, Syntax/Morphologie und/oder Pragmatik) äußern, als auch in Kombinationen auftreten und dabei das Sprachverständnis und/oder die Sprachproduktion in unterschiedlicher Weise beeinträchtigen (Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, 2013). Nicht zuletzt aufgrund dieser Komplexität und Variabilität der Symptomatik gehen umschriebene Sprachentwicklungsstörungen mit zahlreichen Folgen für die psychosoziale, kognitive und emotionale Entwicklung einher und beeinflussen die Bildung und gesellschaftliche Teilhabe (Durkin & Conti-Ramsden, 2010; Ptok et al., 2014a).

Jede Sprachtherapie setzt eine umfassende Diagnostik kognitiver Fähigkeiten voraus (Petermann, 2006). Um eine ausreichende Basis für eine Sprachförderung zu schaffen, müssen einerseits verschiedene Sprachebenen und Basiskompetenzen des Spracherwerbs erhoben werden, um das individuelle sprachliche Leistungsprofil eines Kindes abzubilden und andererseits müssen auch komorbide Beeinträchtigungen und psychosoziale Folgen von Sprachentwicklungsstörungen berücksichtigt werden (Interdisziplinäre S2k-Leitlinie, 2013).

Inhalte des Themenschwerpunkts

Zunächst berichtet die Arbeit von Ronniger et al. (2016) über den Stand der Klassifikation von Sprachentwicklungsstörungen. Diese aktuelle Bilanz ist vor dem Hintergrund der Diskussion um Neuerungen auf der Basis des DSM-5 und der ICD-11 interessant. Für die Praxis ist es notwendig, die psychiatrischen Klassifikationssysteme mit den Rahmenbedingungen des Heilmittelkatalogs und den interdisziplinären S2k-Leitlinien abzugleichen. Deutlich wird, dass sich Sprachdiagnostik als interdisziplinäre Disziplin etabliert hat und in diesem Kontext an Bedeutung gewinnt.

Der Beitrag von Rißling, Ronniger, Petermann und Melzer (2016) wendet sich den psychosozialen Belastungen bei Sprachentwicklungsstörungen zu. Die Übersicht verdeutlicht, dass emotionale Probleme (Ängste, Depression), aber auch aggressive Verweigerung und aggressives Verhalten (z.B. aufgrund sozialer Ablehnung durch Gleichaltrige, u.a. Petermann & von Suchodoletz, 2009) bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen sehr viel

häufiger auftreten, als bei sprachunauffälligen Kindern. Darüber hinaus sind nicht nur die Kinder und Jugendlichen von der Sprachentwicklungsstörung betroffen, sondern auch ihre Familien insgesamt. So führt die mangelnde Akzeptanz der Sprachproblematik eines Kindes und die unzureichende Unterstützung durch das soziale Umfeld dazu, dass sich die Familie insgesamt belastet fühlt, woraus ein deutlich erhöhtes Stresserleben resultiert und in Extremfällen eine familienbezogene Intervention notwendig machen kann (Petermann, Petermann & Franz, 2010).

In der Übersicht von Egert und Hopf (2016) werden Sprachförderansätze bewertet, die in Kindergarteneinrichtungen einsetzbar sind. Es werden dabei Ansätze referiert, die von 2000 bis 2013 publiziert oder auf Fachkonferenzen vorgestellt wurden. Die Altersgruppe der zu fördernden Kinder umfasst den Altersbereich unter drei Jahren und von drei bis sechs Jahren. In dem narrativen Review wurden sowohl alltagsintegrierte als auch systematische Sprachfördermaßnahmen einbezogen. Die Befunde sind sehr inkonsistent und letztendlich nur schwer bewertbar. Vermutlich müssen die Probleme bei der Umsetzung von Maßnahmen in der pädagogischen Praxis (Feasibility) noch umfassender diskutiert werden.

Die Studie von Schöfl, Schönbauer und Holzinger (2016) geht auf die Bedeutung von exekutiven Funktionen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung ein und stellt dabei Bezüge zur Klinischen Kinderneuropsychologie her (Petermann & Lepach, 2007). In der Studie werden Kinder der Altersgruppe von sechs bis neun Jahren untersucht und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Defizite in den exekutiven Funktionen korrelieren besonders stark mit psychischen Auffälligkeiten bei Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Aus diesem Grund spricht vieles dafür, bei Kindern mit Defiziten in den exekutiven Funktionen auch die Sprachkompetenz systematisch zu erheben und diese Befunde in eine umfassende Diagnosestrategie mit einzubinden.

Literatur

- Caspar, U. & Leyendecker, B. (2011). Deutsch als Zweitsprache. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 43, 118–132.
- Chilla, S. (2011). Sukzessive Mehrsprachigkeit und spezifische Sprachentwicklungsstörungen. In J. Siegmüller & H. Bartels (Hrsg.), *Leitfaden Sprache Sprechen Stimme Schlucken* (3. Aufl., S. 98–99). München: Elsevier.
- Cleland, J., Wood, S., Hardcastle, W., Wishart, J. & Timmins, C. (2010). Relationship between speech, oromotor, language and

- cognitive abilities in children with Down's Syndrome. *International Journal of Communication Disorders*, 45, 83–95.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, M. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2010). Young people with specific language impairment: A review of social and emotional functioning in adolescence. *Child Language Teaching and Therapy*, 26, 105–121.
- Egert, F. & Hopf, D. (2016). Zur Wirksamkeit von Sprachförderung in Kindergarteneinrichtungen. Ein narratives Review. *Kindheit und Entwicklung*, 25, 153–163.
- Fox-Boyer, A., Glück, C.W., Elsing, C.E. & Siegmüller, J. (2014). Erwerb von Phonologie, Lexikon und Grammatik bei Kindern im Alter von 3;0–5;0 Jahren. In A. Fox-Boyer (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Kindergartenphase* (S. 3–23). München: Elsevier.
- Hogan, A., Shipley, M., Strazdins, L., Purcell, A. & Baker, E. (2011). Communication and behavioural disorders among children with hearing loss increases risk of mental health disorders. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35, 377–383.
- Houston, D.M. & Jusczyk, P.W. (2003). Infants' long-term memory for the sound patterns of words and voices. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 1143–1154.
- Interdisziplinäre S2k-Leitlinie (2013). *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (UESE)*. AWMF-Leitlinien Register Nr. 049–006. Zugriff am 18.02.2016. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-006.html>
- Jardri, R., Pins, D., Houfflin-Debarge, V., Chaffiotte, C., Rocourt, N., Pruvo, J.-P. et al. (2008). Fetal cortical activation to sound at 33 weeks of gestation: a functional MRI study. *NeuroImage*, 42, 10–18.
- Kiese-Himmel, C. (2009). Sprechen und Sprache sowie konsekutive Störungen bei Kindern mit permanenten unilateralen sensorineuralen Hörstörungen. *Sprache Stimme Gehör*, 33, 116–120.
- Martens, M.A., Wilson, S.J. & Reutens, D.C. (2008). Williams syndrome: A critical review of the cognitive, behavioral, and neuroanatomical phenotype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 576–608.
- Müller, H.M. (2013). *Psycholinguistik – Neurolinguistik*. Paderborn: Fink.
- Petermann, F. (2006). Intelligenzdiagnostik. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 71–75.
- Petermann, F. & Lepach, A. (2007). Klinische Kinderneuropsychologie. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 1–6.
- Petermann, F. & Macha, T. (2005). Entwicklungsdiagnostik. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 131–139.
- Petermann, F. & Suchodoletz, W. von (2009). Sprachdiagnostik und Sprachtherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 191–193.
- Petermann, F. & Szagun, G. (2011). Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Bedeutet verzögert gleich gestört? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 159, 671–674.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2002). Störungen beim Erwerb emotionaler Kompetenzen im Kindesalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 1–28.
- Petermann, U., Petermann, F. & Franz, M. (2010). Erziehungskompetenz und Elternteraining. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 67–79.
- Ptok, M. & Eysholdt, U. (2005). Auswirkungen rezidivierender Paukenergüsse auf den Spracherwerb. *HNO*, 53, 71–77.
- Ptok, M., Kühn, D., Jungheim, M., Schwemmler, C. & Miller, S. (2014a). Leitliniengerechte Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen. *HNO*, 62, 266–270.
- Ptok, M., Kühn, D. & Miller, S. (2014b). Wortschatzerwerb. Konstruktion verschiedener in der Praxis eingesetzter Wortschatztests. *HNO*, 62, 258–265.
- Rißling, J.-K. & Petermann, F. (2012). Intelligenz und Sprache – Sprachentwicklung bei Kindern mit Intelligenzminderung. *Sprache Stimme Gehör*, 36, 123–127.
- Rißling, J.-K., Melzer, J. & Petermann, F. (2015). Sprachentwicklungsstörungen bei monolingualen und mehrsprachig aufwachsenden Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 24, 105–114.
- Rißling, J.-K., Ronniger, P., Petermann, F. & Melzer, J. (2016). Psychosoziale Belastungen bei Sprachentwicklungsstörungen: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 25, 145–152.
- Ronniger, P., Melzer, J., Petermann, F. & Rißling, J.-K. (2016). Klassifikation von Sprachentwicklungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 25, 153–163.
- Rothweiler, M., Babur, E. & Kroffke, S. (2007). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit – Ergebnisse zur Kasusmorphologie in der Erstsprache Türkisch. *Sprache Stimme Gehör*, 31, 144–150.
- Sachse, S. & Suchodoletz, W. von (2009). Prognose und Möglichkeiten der Vorhersage der Sprachentwicklung bei Late Talkers. *Kinderärztliche Praxis*, 80, 318–328.
- Schöfl, M., Schöbauer, R. & Holzinger, D. (2016). Exekutive Funktionen und psychopathologische Symptome bei Kindern mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 25, 164–174.
- Suchodoletz, W. von (2013). *Sprech- und Sprachstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Szagan, G. (2013). *Sprachentwicklung beim Kind* (5., akt. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40, 1245–1260.
- Voegtline, K. M., Costigan, K. A., Pater, H. A. & DiPietro, J. A. (2013). Near-term fetal response to maternal spoken voice. *Infant Behavior and Development*, 36, 526–533.

Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
der Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
fpeterm@uni-bremen.de