



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Late Talkers - Eine explorative
Fragebogenuntersuchung zum Umgang mit frühen
Sprachentwicklungsverzögerungen“

Verfasserin

Melanie Hofinger, BSc

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 867

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Allgemeine Linguistik: Grammatiktheorie und
kognitive Sprachwissenschaft

Betreuerin:

Ao.Univ.-Prof.Dr. Chris Schaner- Wolles

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Fragestellung.....	1
1.1.1. Aktueller Wissensstand der Forschung	1
1.1.2. Aktueller Wissensstand der Praxis.....	2
1.1.3. Auswirkungen auf das weitere Vorgehen	2
1.2. Persönlicher Zugang	2
1.3. Ziel und Nutzen der Arbeit	3
2. Begriffsklärung zum Thema	4
2.1. Physiologische Sprachentwicklung.....	4
2.1.1. Der Spracherwerb in den ersten Lebensmonaten	5
2.1.2. Entwicklung der Sprachwahrnehmung und des Sprachverständnisses	6
2.1.3. Die lautliche Entwicklung	6
2.1.4. Die Entwicklung des Lexikons.....	7
2.1.5. Die Entwicklung der Syntax.....	8
2.2. Late Talkers.....	9
2.2.1. Definition.....	9
2.2.2. Prädiktoren der weiteren sprachlichen Entwicklung	10
2.2.3. Diagnostische Möglichkeiten	13
2.2.4. Sprachtherapeutische Möglichkeiten	14
3. Analyse der Literaturrecherche	18
3.1. Studien zur Rolle der Mutter-Kind-Interaktion.....	18
3.2. Studien zum Erscheinungsbild.....	19
3.3. Studien zum weiteren Verlauf	23
3.4. Studien zu Interventionsmöglichkeiten.....	27
3.5. Zusammenfassung der Studien.....	31

4. Empirische Untersuchung	34
4.1. Methode.....	35
4.2. Erstellung des Fragebogens	36
4.3. Durchführung der Fragebogenuntersuchung.....	37
4.4. Ergebnisse	39
4.4.1. Quantitative Analyse.....	39
4.4.1.1. Allgemeine Analyse	39
4.4.1.2. Analyse der unterschiedlichen Berufsgruppen	50
4.4.1.3. Analyse nach Abschlussjahr.....	59
4.4.1.4. Analyse der LogopädInnen.....	64
4.4.1.5. Analyse der KinderärztInnen.....	67
4.4.2. Qualitative Analyse	73
4.4.3. Herausforderungen.....	75
5. Diskussion.....	76
6. Zusammenfassung und Implikationen	82
7. Literaturverzeichnis	83
8. Anhang.....	91
I. Abkürzungsverzeichnis	92
II. Tabellenverzeichnis	94
III. Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsverzögerungen.....	97
IV. Begleitschreiben.....	100
V. Kurzzusammenfassung	101
VI. Abstract.....	102
VII. Lebenslauf.....	103

1. Einleitung

Als Late Talkers werden Kinder bezeichnet, die im Alter von zwei Jahren noch keinen aktiven Wortschatz von 50 Wörtern aufweisen und somit auch noch nicht in der Lage sind, Zweiwortäußerungen zu bilden (Sachse 2007, S. 11). In der vorliegenden Arbeit soll im Besonderen darauf eingegangen werden, inwiefern sich der aktuelle Wissensstand der Forschung im Bereich Late Talkers auf den Umgang mit betroffenen Kindern in der Praxis auswirkt. Dazu soll im ersten Teil der Arbeit der derzeitige Stand der Forschung erfasst werden, um eine Vergleichsbasis zu schaffen. Anschließend wird im zweiten Teil eine wissenschaftliche Studie zu dem Thema durchgeführt, in der Menschen, die mit Kindern im Alter von zwei Jahren arbeiten, zu den relevanten Fragestellungen befragt werden. Dies ist mit Hilfe einer Fragebogenuntersuchung bei LogopädInnen, KinderärztInnen, HNO-ÄrztInnen und KindergartenpädagogInnen möglich. Die gewonnenen Daten werden ausgewertet und in den Ergebnissen dargelegt.

1.1. Fragestellung

Um zielführend arbeiten zu können, werden vorab die relevanten Fragestellungen zum Thema erarbeitet und in diesem Kapitel dargestellt.

1.1.1. Aktueller Wissensstand der Forschung

Es stellt sich die Frage, welcher Stand der Wissenschaft im Bereich Late Talkers zum aktuellen Zeitpunkt vorherrscht. Welche Erkenntnisse konnten in den letzten Jahren, in denen immer mehr im Bereich Late Talkers geforscht wurde, gewonnen werden? Gibt es bereits klare Definitionen? Was ist über die weitere Entwicklung von Late Talkers bekannt? Gibt es diagnostische Möglichkeiten, Late Talkers frühzeitig von Kindern mit unauffälliger Sprachentwicklung zu unterscheiden? Welche Interventionsformen sind in diesem Bereich durchführbar und welche werden aufgrund von Untersuchungen von SpezialistInnen empfohlen? Dies darzulegen, stellt eine zentrale Informationsbasis für die weitere Arbeit dar.

1.1.2. Aktueller Wissensstand der Praxis

Nachdem der aktuelle Wissensstand der Forschung dargelegt wurde, stellt sich als nächste Überlegung die Frage, inwieweit und in welcher Form dieses Wissen auch in der Praxis umgesetzt wird. Nutzen Personen, die in ihrer Tätigkeit mit Late Talkers in Kontakt kommen und diese auch als solche identifizieren können, regelmäßig Fortbildungsmöglichkeiten, um dem aktuellen Stand der Wissenschaft gerecht zu werden? Welches Wissen haben diese Personen über die unauffällige und auffällige Sprachentwicklung? Welche diagnostischen Möglichkeiten sind bekannt? Werden diese auch genutzt? Mit Hilfe dieser Fragestellung soll erfasst werden, wie die Personen, die mit Late Talkers in Kontakt kommen, über dieses Phänomen Bescheid wissen und ob sie die Möglichkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel unterschiedliche Diagnostikinstrumente, auch nutzen.

1.1.3. Auswirkungen auf das weitere Vorgehen

Falls die Personen, die in ihrer Tätigkeit mit Late Talkers in Kontakt kommen, auch über ausreichend Wissen in diesem Bereich verfügen, stellt sich die Frage, welche Faktoren ihr weiteres Vorgehen bestimmen. Welche Maßnahmen werden nach dem Erkennen einer Auffälligkeit in Form einer Verzögerung der sprachlichen Entwicklung getroffen? Wird erst einmal abgewartet, bis das Kind älter wird und es dann nochmals untersucht? Oder wird es sofort zu einer Fachperson weitergeleitet? Gibt es Unterschiede im Vorgehen der verschiedenen Berufsgruppen?

1.2. Persönlicher Zugang

Aufgrund des großen persönlichen Interesses am Gebiet der kindlichen Sprachentwicklung ist die subjektive Beobachtung, dass mit dem Beginn einer Sprachtherapie oder einer Intervention in einer anderen Art oft bis zur Entwicklung einer spezifischen Sprachentwicklung oder dem Erreichen eines bestimmten Alters gewartet wird, oft sehr unverständlich. Die meisten Kinder, die später eine solche Störung entwickeln, zeigen auch schon in einem sehr jungen Alter die ersten Anzeichen. Prinzipiell wäre es sinnvoll, diese so

frühzeitig wie möglich zu erkennen, um ihnen einen optimalen Start ins Leben zu ermöglichen. Dass dies in der Praxis aber oft nicht so umgesetzt wird, ist sehr schade und soll mit Hilfe dieser Arbeit geändert werden.

1.3. Ziel und Nutzen der Arbeit

Mit Hilfe dieser Arbeit und der empirischen Untersuchung soll festgestellt werden, wie Personen, die mit Late Talkers in Kontakt kommen, mit dieser Auffälligkeit umgehen. „Falsche“ Meinungen zum Thema Sprachentwicklung sollen aus dem Weg geräumt werden, um Platz zu schaffen für eine sinnvolle und zielführende Prävention in diesem Bereich. Durch die Ergebnisse soll gezeigt werden, ob die in der Praxis tätigen Personen über genügend Wissen verfügen und ob dieses Wissen auch passend eingesetzt wird, um das bestmögliche Outcome bei den betroffenen Kinder zu erzielen. Ist dies geklärt, so kann, wenn nötig, in einer weiteren Arbeit ein Konzept erstellt werden, wie die in der Praxis tätigen Personen sinnvoll geschult werden können, sodass sie auch dem aktuellen Stand der Forschung entsprechend handeln.

2. Begriffsklärung zum Thema

Im Weiteren werden relevante Begriffe definiert und grundlegende Annahmen erklärt, um Klarheit zu schaffen für spätere Schlussfolgerungen.

2.1. Physiologische Sprachentwicklung

Die sprachliche Entwicklung eines Kindes ist ein komplexer Prozess, der nicht bei jedem Kind gleich schnell verläuft. Die Fähigkeiten der einzelnen Kinder können dabei in einem bestimmten Alter auch unterschiedlich weit fortgeschritten sein (Wendlandt 2006, S. 35). Der Spracherwerb verläuft auch nicht bei allen Kindern ohne Probleme (Rothweiler 2002, S. 251). Es sollten einzelne Funktionen der Sprache in einem bestimmten Zeitraum erworben werden, damit die Sprachentwicklung als altersgemäß bezeichnet werden kann. Dabei ist ein Spielraum von einem halben Jahr gegeben, bevor von einer sprachlichen Verzögerung gesprochen werden kann (Wendlandt 2006, S. 32). Diese einzelnen Fähigkeiten, welche in bestimmten Zeiträumen erworben werden sollten, werden auch als Meilensteine der frühen Sprachentwicklung bezeichnet (Grimm 2003, S. 35).

Schaner-Wolles (2005a) führt folgende grundlegende Beobachtungen zum kindlichen Erstspracherwerb an:

- *Der Spracherwerb ist artspezifisch.* Die Fähigkeit, eine Sprache mit einer komplexen Grammatik zu erwerben, wird nur vom Menschen beherrscht. Sprachen von Tieren können diese Komplexität nie erreichen.
- *Der Spracherwerb erfolgt leicht und problemlos.* Jedes Kind kann unter „normalen“ Umständen jede Sprache der Welt spontan erwerben. Dabei ist keine Anleitung nötig.
- *Der Erstspracherwerb ist bei allen Kindern grundsätzlich gleichförmig.* Unabhängig von der Sprache, die erworben wird, gibt es invariante Verlaufsmuster, die für alle Kinder gelten.
- *Der Erstspracherwerb erfolgt sehr früh und relativ schnell.* Ein Kind erwirbt die Grammatik seiner Erstsprache in einem Alter, in dem es zu

anderen kognitiven Aufgaben ähnlicher Komplexität noch nicht in der Lage ist (S. 26ff).

- *Für den Erstspracherwerb gibt es sensible Phasen.* Die sensible oder kritische Phase stellt eine Periode des Spracherwerbs dar, in der bestimmte Fähigkeiten erworben werden müssen, um sich entfalten zu können. Innerhalb der sensiblen Phase erfolgt der Spracherwerb besonders leicht und problemlos. Nach Ende dieser Phase schließt sich das Zeitfenster und der Erwerb ist nur noch unter erschwerten Bedingungen möglich (Schaner-Wolles 2008, S. 141).

Die wichtigsten Meilensteine der kindlichen Sprachentwicklung bis zum Alter von zwei Jahren sollen nun kurz dargestellt werden, um die Entwicklung der Late Talkers mit einer physiologischen Sprachentwicklung in Vergleich setzen zu können. Es ist anzumerken, dass die kindliche Sprachentwicklung in dieser Arbeit nur überblicksmäßig dargestellt werden kann.

2.1.1. Der Spracherwerb in den ersten Lebensmonaten

Kommt ein Kind zur Welt, so ist es grundsätzlich mit der Fähigkeit ausgestattet, Sprache erwerben zu können (Wendlandt 2006, S. 10). Um diese angeborene Spracherwerbsfähigkeit auch entfalten zu können, bedarf es vieler anatomischer, kognitiver sowie sozial-emotionaler Voraussetzungen und eine sprachermutigende oder sprachanregende Umwelt (Wendlandt 2006, S. 12ff).

In den ersten Lebenswochen bestehen die Äußerungen des Neugeborenen aus Schreien. Die Eltern können dabei sehr bald die Ursache des Schreiens ihres Kindes heraushören (Wendlandt 2006, S. 32; Schaner-Wolles 2005b, S. 52). Säuglinge zeigen schon kurz nach der Geburt eine Reaktion auf sprachliche Laute sowie eine deutliche Präferenz für die mütterliche Stimme. So nutzen sie die prosodischen Merkmale der Muttersprache und Informationen aus der so genannten „Child-directed-speech“ oder „kindgerichteten Sprache“, um erste für den Spracherwerb wichtige Differenzierungsleistungen durchzuführen (Grimm 2003, S. 28ff; Butzkamm & Butzkamm 2008, S. 8). Auch Rothweiler (2002) gibt

an, dass Kinder von Anfang an sprachliche Laute von Musik oder anderen Geräuschen unterscheiden können (S. 255).

2.1.2. Entwicklung der Sprachwahrnehmung und des Sprachverständnisses

Säuglinge besitzen schon sehr früh die Fähigkeit, Sprachlaute wahrzunehmen und voneinander zu unterscheiden. So sind sie bereits im Alter von einem Monat in der Lage, bestimmte Lautkategorien wie zum Beispiel nasal vs. nicht nasal oder stimmhaft vs. stimmlos zu erkennen (Schaner-Wolles 2005b, S. 51).

Im Alter von fünf bis sechs Monaten ist das Kind in der Lage, seinen eigenen Namen im Wortfluss zu erkennen. Es benutzt melodisch-rhythmische Informationen, um Spracheinheiten erkennen zu können und kann im Weiteren schon im Alter von sechs Monaten Grenzen zwischen den einzelnen Sätzen erkennen und Sprachmelodien zuordnen (Schaner-Wolles 2005b, S. 52).

Im Alter zwischen acht und vierzehn Monaten beginnt das Kind, erste Wörter zu verstehen. Diese ersten Wörter sind meist geprägt von einer gemeinsamen Handlung zwischen beispielsweise der Mutter und dem Kind. Das Kind hat gelernt, einen Gegenstand durch Blickkontakt mit der Mutter zu verbinden. So kann auch die Äußerung der Mutter mit einer Handlung oder einem Gegenstand in Bezug gebracht werden und es kommt zum ersten Wortverständnis (Zollinger 2008, S. 69f). Dieser Blickkontakt wird auch als triangulärer Blickkontakt bezeichnet (Zollinger 2004, S. 22). Mit dem Höhepunkt des Individuationsprozesses gegen Ende der sensomotorischen Periode erreicht die Sprachverständniseentwicklung im Alter von 18 bis 24 Monaten ihren Höhepunkt. Das Verständnis von Wörtern ist jetzt von Aktionen unabhängig (Zollinger 2008, S. 71).

2.1.3. Die lautliche Entwicklung

Im Laufe der ersten sechs Lebensmonate beginnt das Kind, Lautäußerungen in Form des Lallens zu produzieren. Dabei ist das Lautinventar noch nicht an die eigene Muttersprache angepasst; Kinder aller Sprachen der Welt zeigen in

dieser Phase gleiche Äußerungen (Wendlandt 2006, S. 32; Locke 1983 in Rothweiler 2002, S. 258).

Nach der ersten Lallphase, dem marginalen Lallen, folgt bis zum zehnten Lebensmonat die zweite Lallphase, die auch als reduplizierendes oder kanonisches Lallen bezeichnet wird (Siegmüller 2010, S. 28). Nachdem sich das Lautinventar auf das der Muttersprache verringert hat, kommt es zu Silbenverdopplungen und auch längeren Äußerungen (Wendlandt 2006, S. 32). Dabei äußert das Kind vor allem Konsonant-Vokal-Konstruktionen mit einem Verschlusslaut und einem Vokal (Rothweiler 2002, S. 258).

Die Kontinuitätsannahme gilt in der Linguistik mittlerweile als eindeutig und geht davon aus, dass das Kind nicht plötzlich mit dem Lallen aufhört, sondern dass der Übergang zu den ersten Wörtern fließend verläuft. Das Kind erreicht schließlich die Phase der ersten 50 Wörter (Rothweiler 2002, S. 259). Der phonologische Erwerb ist durch das phonetische Inventar, welches zunächst noch sehr eingeschränkt ist, beschränkt. Rothweiler (2002) geht jedoch davon aus, dass das phonologische Wissen weiter entwickelt ist als die artikulatorischen Fähigkeiten des Kindes (S. 260f).

2.1.4. Die Entwicklung des Lexikons

Die ersten Wörter werden auch als Protowörter bezeichnet, da sie lautlich noch nicht dem eigentlichen Wort gleichen, aber mit einer absichtsvollen Bedeutung geäußert werden (Rothweiler 2002, S. 259). Im Alter von einem Jahr spricht das Kind etwa zehn Wörter. Dies ist der erste wichtige Meilenstein der Sprachentwicklung. (Wendlandt 2006, S. 33; Kauschke 1999, S. 132). Ebenso wie in der phonologischen Entwicklung, ist es auch beim Lexikonerwerb wichtig, dass die Phase der ersten 50 Wörter erreicht wird (Rothweiler 2002, S. 264). Dabei gilt der Schwellenwert von 50 Wörtern wie beschrieben als ausschlaggebend. Wird dieser Schwellenwert nicht erreicht, so kann auch kein Einstieg in die Syntax erfolgen (Grimm 2003, S. 46). Das Kind baut aus phonetisch einfachen Wörtern ein erstes Lexikon auf (Rothweiler 2002, S. 259). Dieser erste Wortschatz besteht aus Nomen, Verben, Adjektiven und Partikeln

(Schaner-Wolles 2005b, S. 54), wobei die Nomen etwa ein Drittel davon ausmachen (Kauschke 1999, S. 135). Mit 18 Monaten findet der so genannte „Wortschatzspurt“ statt (Grimm 2003, S. 44; Kauschke 1999, S. 129). Mit Beginn des Wortschatzspurts nimmt das Lexikon rapide zu, denn die Kinder erwerben während dieser Phase durchschnittlich bis zu zehn neue Wörter pro Tag. So verfügt der Wortschatz eines Zweijährigen über eine Größe von 50 bis zu 500 Wörtern, wobei es eine sehr große individuelle Variation gibt (Rothweiler 2002, S. 265). Nach dem Einstieg in die Syntax nimmt der Wortschatz weiterhin rapide zu (Siegmüller 2010, S. 40).

2.1.5. Die Entwicklung der Syntax

In der Phase der ersten 50 Wörter produzieren Kinder vorwiegend Äußerungen, die nur aus einem Wort bestehen (Rothweiler 2002, S. 278). Nach dem Ende der Phase der 50 Wörter kommt es mit den Zweiwortäußerungen zu den ersten syntaktischen Strukturen (Rothweiler 2002, S. 265). Im Grammatikerwerb stellt die Analyse nach Clahsen (1986) eine wichtige linguistische Grundlage dar. Die erste Phase, die etwa im Alter von 1;0 bis 1;6 Jahren vorherrscht, stellt dabei die Produktion von Einwortäußerungen dar, in der zweiten Phase im Alter von 1;6 bis 2;0 Jahren werden bereits Zwei- und Mehrwortäußerungen produziert (Rothweiler 2002, S. 277ff). Dabei verwenden die Kinder jedoch noch sehr selten grammatische Funktionswörter (Schaner-Wolles 1995-1996, S. 93). In der zweiten und dritten Phase ist die Verbendstellung vorherrschend. Subjekte, Verben, Artikel, Präpositionen und Auxiliare werden häufig noch nicht realisiert (Rothweiler 2002, S. 277ff).

Die weiteren Phasen sollen nicht genauer beschrieben werden, da das Phänomen der Late Talkers in diesem Altersrahmen nicht auftritt.

2.2. Late Talkers

2.2.1. Definition

Als Late Talkers werden Kinder bezeichnet, die im Alter von 24 Monaten noch keinen aktiven Wortschatz von mindestens 50 Wörtern aufweisen und noch keine Wortkombinationen in Form von Zweiwortäußerungen bilden. In Bezug zur Gesamtpopulation aller Zweijährigen wird der Anteil an Late Talkers auf rund 18 % geschätzt (Siegmüller 2010, S. 69). Die im vorigen Kapitel erwähnten Meilensteine der Sprachentwicklung werden nicht innerhalb des erwarteten Altersrahmens erreicht.

Grimm (2003) bezeichnet Late Talkers auch als „langsame“ oder „späte“ Wortlerner (S. 38). Kinder werden dann als Late Talkers bezeichnet, wenn eine primäre Störung ausgeschlossen werden kann. Dazu zählen sensorische, schwerwiegende neurologische oder emotionale Schädigungen sowie geistige Behinderungen. Die nonverbale Intelligenz liegt bei Late Talkers im Normalbereich (Grimm 2003, S. 122).

Zusätzlich zu einem späten Erwerb der ersten Wörter zeigen sich auch Einschränkungen der prosodischen und phonologischen Fähigkeiten sowie Verzögerungen der Kategorisierungsfähigkeiten und im Symbolspiel. In einigen Fällen ist auch das Sprachverständnis betroffen (Siegmüller 2010, S. 69). Grimm (2003) beschreibt, dass betroffene Kinder oft ein besseres Sprachverstehen aufweisen, als ihre Sprachproduktion darstellt. Im Vergleich mit normal entwickelten Kindern ist es jedoch ebenfalls verzögert (S. 132). Eine Untersuchung von Kademann (2009) zeigt, dass zusätzlich zu den Sprachauffälligkeiten auch geringere kognitive Fähigkeiten und vermehrt expansive Verhaltensweisen festgestellt werden. Durch diese weitreichenden und vielseitigen Beeinträchtigungen zeigen ehemalige Late Talkers auch Probleme in schulischen Bereichen (S. 201).

2.2.2. Prädiktoren der weiteren sprachlichen Entwicklung

Die weitere Entwicklung der Late Talkers kann in zwei verschiedene Richtungen verlaufen. So genannte Late Bloomers, etwa 30-35 % der betroffenen Kinder, holen die vorherrschenden Defizite und Verzögerungen der Sprachentwicklung bis zum Alter von drei Jahren auf und zeigen im weiteren Verlauf keine Verzögerungen oder Störungen.

Weitere mindestens 50 % der Late Talkers bilden in der fortlaufenden Entwicklung persistierende Probleme und Verzögerungen des Spracherwerbs aus und entwickeln eine spezifische Sprachentwicklungsstörung (Siegmüller 2010, S. 70f).

Vergleicht man unterschiedliche Studien zum weiteren Verlauf bei Late Talkers, so kommt man zu dem Ergebnis, dass bei etwas mehr als drei Viertel der Late Talkers mit drei Jahren eine sprachliche Auffälligkeit im weiteren Sinne beobachtet werden kann. Mit drei und vier Jahren bildet etwas mehr als die Hälfte der Late Talkers eine spezifische Sprachentwicklungsstörung aus. Es ist zusätzlich nicht klar, ob Late Bloomers die Verzögerung tatsächlich ohne Unterstützung aufholen, da in den meisten Studien zu diesem Thema nicht kontrolliert wird, inwiefern die Late Bloomers therapeutische Unterstützung in Form einer sprachtherapeutischen Frühintervention erhielten (Schlesiger 2009, S. 90f).

Kademmann (2009) untersuchte insgesamt 148 Kinder im Alter von zwei, drei und vier Jahren, von denen insgesamt 114 bei allen Untersuchungsterminen anwesend sein konnten. Zur Diagnostik wurden der ELFRA-2 Fragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (Grimm & Doil 2000) und der SETK-2 Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (Grimm 2000) genutzt. Zu unterscheiden waren insgesamt 46 Late Talkers, 40 Kontrollkinder und 28 Grenzfälle. Als Late Talkers wurden die Kinder definiert, bei denen im Alter von 23-25 Monaten sowohl der ELFRA-2 als auch der SETK-2 auffällig waren. Kontrollkinder zeigten in keiner der beiden Untersuchungsarten Auffälligkeiten und als Grenzfälle wurden die Kinder bezeichnet, bei denen sich in der

Auswertung der beiden Testverfahren unterschiedliche Ergebnisse zeigten (S. 70f). Die Muttersprache der untersuchten Kinder war Deutsch. Im Alter von viereinhalb Jahren zeigte knapp die Hälfte der ehemaligen Late Talkers mit 43, 5 % weiterhin sprachliche Auffälligkeiten. Die Diagnosekriterien einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung erfüllten ungefähr 17 Prozent. Das Risiko, eine Sprachstörung zu entwickeln, war bei den Late Talkers im Vergleich zu den Kontrollkindern und den Grenzfällen um das Fünffache erhöht (S. 200). Um die linguistischen Bereiche untersuchen zu können, wurden unterschiedliche Testverfahren durchgeführt. Dazu zählt der LBT Lautbildungstest für Vorschulkinder (Fried 1980), bei dem die Late Talkers signifikant häufiger von Artikulationsstörungen betroffen waren als die Kontrollkinder. Mit dem BISC Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese- Rechtschreibschwierigkeiten (Jansen; Mannhaupt; Marx, & Skowronek 2002) wurde die phonologische Bewusstheit in der Form von Wiedererkennen von Reimen näher untersucht. Da die Late Talkers auch in diesem Bereich signifikant schlechtere Ergebnisse zeigten als die Kontrollkinder, geht die Autorin davon aus, dass Late Talkers größere Schwierigkeiten damit haben, phonetische oder phonologische Merkmale von Wörtern zu analysieren (S. 89).

Um die Spontansprache erfassen zu können, wurde die Sprachkompetenz beim Erzählen von Bildgeschichten untersucht. Dabei zeigten die Late Talkers schlechtere Ergebnisse in den Bereichen der mittleren Äußerungslänge, Semantik, Verwendung von Worttypen, Präpositionen sowie Haupt- und Nebensätzen. Der nonverbale Entwicklungsstand der Kinder wurde im Alter von zwei Jahren mit den Skalen Handgeschicklichkeit und Perzeption der MFED Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (Hellbrügge; Lajosi & Menara 1985) ermittelt, im Alter von drei Jahren nutzte die Autorin den SON Snijders-Oomen Non-verbalen Intelligenztest für Kinder von 2,5 bis 7 Jahren (Tellegen; Winkel; Wijmberg-Williams & Laros 1998). Dabei unterscheiden sich ehemalige Late Talkers signifikant hinsichtlich ihres Entwicklungsalters mit zwei Jahren sowie ihres Gesamt-Intelligenzquotienten im Alter von drei Jahren (S. 91). Das auditive Kurz- und Langzeitgedächtnis wurde mit Hilfe der K-ABC Kaufman Assessment Battery for Children (Melchers & Preuß, 1994) untersucht. Die

auditiven Gedächtnisleistungen der Gruppe der Late Talkers und der Kontrollkinder differieren (S. 94f).

Die emotionale Entwicklung und das Verhalten der untersuchten Kinder sollte mit Hilfe von Verhaltensfragebögen erfasst werden. Es fällt auf, dass Late Talkers von ihren Eltern deutlich häufiger als schwierig oder auffällig in ihrem Verhalten beurteilt werden als Kontrollkinder. Dieser Unterschied lässt sich aber statistisch nicht beweisen (S. 97). Zusätzlich wurde die CBCL Child Behaviour Checklist 1,5 bis 5 (Achenbach, T. M.) angewendet, bei der sich bei der Betrachtung der Einzelergebnisse zeigt, dass Late Talkers von ihren Eltern signifikant häufiger als internal auffällig beurteilt werden (S. 98f). Zu allen Untersuchungszeitpunkten wurde außerdem ein psychopathologischer Befund eines jeden Kindes erstellt. Dabei zeigen sich Unterschiede in der *„Kontaktaufnahme, emotionalen Resonanz, Frustrationstoleranz, der Konzentration und dem Arbeitsverhalten“* (S.101). Motorische Auffälligkeiten wurden von den jeweiligen Testleitern während der Untersuchungen beurteilt und zeigten keine Unterschiede zwischen den Gruppen (S. 107). Diese durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass die Late Talkers in allen untersuchten sprachlichen Bereichen signifikant schlechtere Ergebnisse als die Kontrollkinder aufweisen. Ein Gefährdungsrisiko für die Entwicklung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung lässt sich von der Sprachdiagnose im Alter von drei Jahren besonders gut abzeichnen. Die Kinder, die im Alter von drei Jahren weiterhin Sprachstörungen aufwiesen, waren zu zwei Dritteln von sprachlichen Auffälligkeiten im Alter von vier Jahren betroffen, sprachschwache Late Talkers, die im Alter von drei Jahren zwar keine Störungen mehr aufwiesen, aber schlechtere Ergebnisse zeigten als die Kontrollkinder, zur Hälfte. Im Bereich der Late Bloomers blieben drei Viertel der Kinder langfristig sprachunauffällig (Kademmann 2009, S. 200).

Als Prädiktoren für die Vorhersage des Sprachniveaus ehemaliger Late Talkers mit viereinhalb Jahren konnten frühes Sprachverständnis und spätere Produktion, nonverbale Intelligenz, das Bildungsniveau der Eltern,

externalisierende Verhaltensweisen und die genetische Vorbelastung identifiziert werden (Kademmann 2009, S. 200).

Als Prädiktoren für die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung im Alter von vier Jahren fielen vor allem geringe Ausdauerfähigkeit, ein geringerer Bildungsstand der Mutter sowie begleitende Sprachverständnisschwierigkeiten im Alter von drei Jahren auf. Beim gleichzeitigen Vorliegen aller drei Risikofaktoren wurde in 67 % der betroffenen Kinder im Alter von vier Jahren eine Sprachstörung diagnostiziert. Die sprachlichen Defizite im Kindesalter ließen sich mit der Erfassung der Spontansprache am Eindrucksvollsten darstellen. Sie traten häufig gleichzeitig mit Störungen in der Lautbildung und schlechten Gedächtnisleistungen auf. Kinder, die ein familiäres genetisches Risiko trugen oder aus Elternhäusern mit geringerer Bildung stammten, waren häufiger betroffen (Kademmann 2009, S. 200f).

Die Prävention spezifischer Sprachentwicklungsstörungen ist ein sehr wichtiges Thema im Bereich der Late Talkers. Dadurch wird den Betroffenen auch im späteren Leben Chancengleichheit und Teilnahme an der heutigen Bildungs-, Wissens- und Kommunikationsgesellschaft ermöglicht (Schlesiger 2009, S. 90).

2.2.3. Diagnostische Möglichkeiten

Um Primärbeeinträchtigungen ausschließen zu können, sollte im Vorfeld der sprachlichen Untersuchung ein Hörtest durchgeführt sowie ein allgemeines Entwicklungsprofil erstellt werden (Möller und Spreen-Rauscher 2009, S. 61f).

Spricht man von der Diagnostik, so ist es von großer Relevanz, die Begriffe „Sprachförderung“ und „Sprachtherapie“ nicht zu verwechseln. Sprachförderung kann im Kindergarten oder in der Kinderkrippe stattfinden. Unter Sprachtherapie in Form von sprachtherapeutischer Frühintervention versteht man den Fall, dass ein Sprachtherapeut/ eine Sprachtherapeutin ein betroffenes Kind betreut. Darunter können unterschiedliche Maßnahmen fallen, wie zum Beispiel Diagnostik, Therapie, Elterninformation, -beratung oder -anleitung. Die betroffenen Bereiche können Kommunikation, Sprache, Sprechen, Redefluss, Stimme oder auch das Schlucken sein (Schlesiger 2009, S. 93).

In der Sprachentwicklungsdiagnostik mit sprachverständnisverzögerten oder sehr jungen Kindern, sind die gängigen standardisierten Testverfahren oft nicht anwendbar, da viele linguistisch nicht fundiert sind. Dennoch sollten Sprachproduktion und Sprachverständnis getestet werden. Um die Sprachproduktion untersuchen zu können, gibt es zusätzlich Elternfragebögen, wie zum Beispiel den ELFRA-2, den Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter (Bockmann & Kiese-Himmel 2006) oder den Fragebogen zur Erfassung der frühkindlichen Sprachentwicklung von Szagun aus dem Jahr 2004 (Möller und Spreen-Rauscher 2009, S. 56f).

Wichtig dabei ist, auch die rezeptiven Fähigkeiten des Kindes zu überprüfen, da es in der weiteren Entwicklung einen sehr großen Unterschied macht, ob ein Late Talker expressiv und rezeptiv auffällig oder nur expressiv verzögert ist (Whitehurst und Fischel 1994, S. 613f). Aus linguistischer Sicht würde sich dazu zum Beispiel das Testverfahren TROG-D Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses (Fox 2006) besonders gut eignen.

2.2.4. Sprachtherapeutische Möglichkeiten

Den Kindern, die zusätzlich zur verzögerten Entwicklung der Sprachproduktion Auffälligkeiten im Sprachverständnis und dem Verhalten zeigen, sollte sehr früh geholfen werden. Besonders gefährdet sind die Kinder, die zusätzlich zu den Sprachstörungen geringe nonverbale Fähigkeiten aufweisen und aus einer Familie mit geringerer Bildung stammen. Das Aufholen der sprachlichen Defizite ohne therapeutische Hilfe ist in diesen Fällen sehr unwahrscheinlich (Kademann 2009, S. 201).

Um die Therapie fundiert planen zu können, ist es notwendig, die Entwicklungsbereiche und Phasen der frühkindlichen Sprachentwicklung zu kennen und zu beachten (Schlesiger 2009, S. 54).

Auch Late Talkers mit normal entwickelten rezeptiven Fähigkeiten sollten während einer Therapie in spezielle Spiele und Aktivitäten eingebunden werden, die Wortfindung, phonologische Diskrimination sowie Grammatik

fördern (Rescorla 2002, S. 370). Eine Therapie wird dann als Frühintervention bezeichnet, wenn sie bereits im dritten Lebensjahr, also vor dem dritten Geburtstag des Kindes, stattfindet (Schlesiger 2009, S. 93f). Im Bereich der sprachtherapeutischen Frühintervention gibt es viele unterschiedliche Verfahren.

Betrachtet man die Interventionsform genauer, so fällt auf, dass sich Konzepte dadurch unterscheiden, inwieweit die Eltern oder das Kind selbst teilnehmen. Bei der direkten Interventionsform findet die Therapie zwischen dem Kind und einem Therapeuten/ einer Therapeutin statt. Die Entwicklung des Kindes soll durch die Interaktion direkt positiv beeinflusst werden. Im Gegensatz dazu gibt es auch die Möglichkeit, die Eltern so anzuleiten, dass sie in ihrem kommunikations- und sprachförderlichen Umgang dem Kind gegenüber bestärkt werden. In einigen Konzepten sollen spezielle Verhaltensweisen in den Alltag übernommen werden. Der Kontakt findet dabei hauptsächlich zwischen Eltern und dem Therapeuten/ der Therapeutin statt. Oft ist es in der Praxis auch so, dass sich die beiden Interventionsformen vermischen, da neben einer Therapie mit dem Kind oft auch Elterngespräche geführt werden oder die Eltern bei der Therapie zuschauen (Schlesiger 2009, S. 95f).

Im Bereich der Interventionsansätze gibt es wiederum unterschiedliche Vorgehensweisen. Richtet sich das Vorgehen nach einem gesteuerten Ansatz, so gibt es vorab geplante Übungen oder Themen, auf die die Aufmerksamkeit des Kindes vom Therapeuten/ von der Therapeutin beziehungsweise der Bezugsperson gelenkt wird. Dabei werden auch gezielt verbale oder nonverbale Äußerungen und Handlungen des Kindes erwartet. Beim kindzentrierten Ansatz bestimmt das Kind mit seinem Verhalten den Ausgangspunkt der Interaktion. Kommunikations- und sprachförderliche Maßnahmen und Verhaltensweisen werden dabei selbstverständlich ebenfalls berücksichtigt. Es stellt sich auch die Frage, ob ein ausschließlich gesteuertes Vorgehen in diesem jungen Alter wirklich durchführbar ist (Schlesiger 2009, S. 97).

Schlesiger (2009) entwickelt ein Konzept zur sprachtherapeutischen Frühintervention bei Late Talkers, bei dem unterschiedliche Methoden innerhalb

eines kindzentrierten Ansatzes gezielt eingesetzt werden, damit das Kind seine sprachlichen Fähigkeiten in spielorientierten Kommunikationssituationen therapeutisch unterstützt nutzen kann (S. 274). Dabei geht die Autorin davon aus, dass es nicht für alle Eltern sinnvoll und möglich ist, an einer Intervention in Form von Elternanleitung oder –training teilzunehmen. Mit Hilfe der durchgeführten Effektivitätsstudie will die Autorin klären, ob auch ein direkter kindzentrierter Ansatz, bei dem der Therapeut/ die Therapeutin mit dem Kind in Abwesenheit der Eltern arbeitet, kurz- und langfristig zu Erfolg führt (S. 136). In ausgewählten Spielsituationen wie zum Beispiel in dem Bereich „Essen und Trinken“ oder „Werkzeug“ wird je nach Aufmerksamkeitsfokus und Interesse des Kindes am rezeptiven und produktiven Lexikonaufbau innerhalb der unterschiedlichen Wortfelder gearbeitet (S. 137f). Um die Effektivität untersuchen zu können, wurden insgesamt 34 Late Talkers zu drei Zeitpunkten mit mehreren Testverfahren, dem SETK-2, dem SETK 3-5 Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (Grimm 2001), dem AWST Aktiven Wortschatztest für 3-bis 5-jährige Kinder (Kiese-Himmel 2005) sowie dem ELFRA-2 getestet. 15 Late Talkers erhielten während den einzelnen Untersuchungen Therapie, 19 Late Talkers fielen in die Kontrollgruppe und erhielten keine Form von sprachtherapeutischer Intervention (S. 167). Die Autorin kommt zu folgenden Ergebnissen: Die durchgeführte Frühintervention hat einen positiven Effekt auf die Sprachentwicklung der Late Talkers, der im Alter von drei Jahren kurzfristig und langfristig nachweisbar ist. Die Kinder, die nach dem Konzept therapiert wurden, zeigten signifikant bessere Ergebnisse im Sprachverstehen und der Sprachproduktion als die Kontrollkinder, die in dieser Zeit keine Therapie erhielten. Spezifische Sprachentwicklungsstörungen können dadurch nicht verhindert, in ihrem Ausmaß jedoch drastisch verringert werden (S. 275).

Innerhalb der Studie wurde die Effektivität verschiedener Konzepte auch an unterschiedlichen Subgruppen untersucht. Dabei zeigte sich, dass der präventive Effekt der entwicklungsorientierten, direkten und kindzentrierten sprachtherapeutischen Frühintervention bei Late Talkers, die zusätzlich zur expressiven Verzögerung auch Probleme im rezeptiven Bereich aufweisen,

besonders groß ist. Elterntrainingsprogramme, die in diesen Bereichen auch stark verbreitet sind, führen zu besonders guten Ergebnissen im Bereich der Late Talkers, deren Probleme und Verzögerungen vor allem im expressiven Bereich der Sprachentwicklung liegen (Schlesiger 2009, S. 275).

3. Analyse der Literaturrecherche

Die erste Forschungsfrage beschäftigt sich damit, welche Erkenntnisse zum Thema Sprachentwicklung von der Linguistik als grundlegend angenommen werden können beziehungsweise wie weit der aktuelle Wissensstand der Forschung fortgeschritten ist. Um dies beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche zum Thema durchgeführt. Relevante Studien zum Bereich Late Talkers wurden gesucht und werden im Weiteren beschrieben. Besonderes Interesse lag dabei auf dem Erscheinungsbild, der weiteren Entwicklung sowie möglichen Interventionen.

Vorab ist es notwendig, zu klären, welche Kinder in den beschriebenen Studien in den Bereich der Late Talkers fallen. Dabei fällt auf, dass Late Talkers in der Literatur bewusst unterschieden werden von Kindern mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (Tager-Flusberg und Cooper 1999, S. 1276). Fasolo, Majorano und D’Odorico (2008) merken an, dass die meisten Studien mit Late Talkers an Kindern durchgeführt wurden, deren Muttersprache Englisch ist (S. 85). Laut Nelson, Nygren, Walker und Panoscha (2006) sind die Studien, die bisher auf dem Gebiet der Late Talkers durchgeführt wurden, eher klein und heterogen (S. 302ff).

3.1. Studien zur Rolle der Mutter-Kind-Interaktion

Im Bereich der Voraussetzungen für einen physiologischen Spracherwerb spielt der Input eine große Rolle und wird daher in den letzten Jahren immer häufiger in verschiedenen Studien untersucht. So auch in einer Studie von D’Odorico und Jacob (2006), in der unter anderem Videoaufnahmen verwendet wurden. Interaktionen von neun Müttern von Late Talkers und neun Müttern von Late Starters mit ihren Kindern wurden dabei auf den jeweiligen Input untersucht. Als Late Starters wurden dabei solche Kinder bezeichnet, welche im Alter von 18 Monaten ein reduziertes Vokabular aufwiesen, dass sich aber so weiter entwickelte, dass es sich im Alter von 24 Monaten innerhalb einer unauffälligen Bandbreite befand (S. 298).

Die Ergebnisse zeigen, dass der Input, welchen die Late Talkers erhielten, schwieriger zu entschlüsseln und zu segmentieren war, um die relevanten Informationen zu erhalten, als der Input, den die Kontrollkinder erhielten. Weiters äußerten die Mütter der Late Talkers signifikant weniger Äußerungen. Die Nomenanzahl im Input war bei den Late Talkers geringer und enthielt auch weniger unterschiedliche Items in dieser für den Spracherwerb sehr wichtigen Phase im Alter von 20 Monaten (S. 306f).

Gleichzeitig übernimmt auch die Mutter-Kind-Interaktion in der Kommunikation und im Spracherwerb eine tragende Funktion. Claudia Laufer untersucht in ihrer Dissertation die Sprachentwicklungsverzögerung im Alter von zwei Jahren hinsichtlich der Mutter-Kind-Interaktion. Sie kommt zum Ergebnis, dass betroffene Kinder bereits im Alter von zwei Jahren unterschiedliche Verhaltens- und Interaktionsauffälligkeiten aufweisen. Die Forschung in diesem Bereich sollte ausgeweitet werden, damit vor allem Interventionen schon früher Anwendung finden können. In der Klinik sollte vor allem auch auf die korrekte Diagnose einer eventuellen rezeptiven Sprachentwicklungsverzögerung geachtet werden, auf die die Mütter der betroffenen Kinder speziell sensibilisiert werden könnten.

Die AutorInnen sind sich einig, dass der Input und die Mutter-Kind-Interaktion eine sehr wichtige Rolle im Spracherwerb spielen. Auf diesem Gebiet gibt es jedoch noch sehr viele Möglichkeiten für weitere Untersuchungen, was auch einen Einfluss auf die präferierte Interventionsform hat.

3.2. Studien zum Erscheinungsbild

Zum Erscheinungsbild der Late Talkers gibt es sehr viele Studien. Eine entscheidende Überlegung ergibt sich dabei aus der Fragestellung, ob die Probleme von Late Talkers lediglich in den expressiven oder auch zusätzlich in den rezeptiven Bereichen der Sprache liegen. Leonard (2009) untersucht, inwieweit es dabei wichtig ist, einen Unterschied zwischen rezeptiver und expressiver Sprachentwicklungsverzögerung zu machen beziehungsweise ob es einen solchen Unterschied in der Praxis tatsächlich gibt. In den Untersuchungen gibt es keinen Beweis dafür, dass das Problem auch nur in der

expressiven Sprache liegen kann. Der Autor geht davon aus, dass bei Late Talkers auch immer das Sprachverständnis betroffen ist (S. 7).

Da das Erreichen einer Wortschatzgröße von 50 Wörtern im Alter von zwei Jahren einen signifikanten Meilenstein der Sprachentwicklung darstellt und auch den Einstieg in die Syntax ermöglicht, wird diese Größe oft gemessen. Rescorla, Mirak und Singh (2000) untersuchten das Wachstum des Vokabulars von Late Talkers. Sie verwendeten dazu den Language Development Survey (Rescorla 1989). Die Ergebnisse zeigen, dass Late Talkers eine ähnliche Vokabelentwicklung durchlaufen wie typisch entwickelte Kinder, jedoch ein Jahr später und somit verzögert (S. 307ff).

Gerade bei Late Talkers interessieren sich auch viele AutorInnen für die Beschaffenheit des Wortschatzes. In der vorliegenden Studie von Fasolo, Majorano und D'Odorico (2008) wurde eben dieses frühe Vokabular von betroffenen Kindern untersucht. Die Muttersprache der Kinder war Italienisch. Die Ergebnisse zeigen, dass die phonologische Kapazität einen großen Einfluss auf den Prozess des Worterwerbs hat. Die Daten bestätigen die Annahme, dass Kinder mit einer expressiven Sprachentwicklungsverzögerung auch Lücken im phonetischen Inventar aufweisen und Konsonanten oft durch Glottallaute ersetzen. Vokalisierungen werden anstatt von Wörtern zur Kommunikation verwendet. Wertvolle Prädiktoren können somit schon vor dem Alter von zwei Jahren identifiziert werden (S. 92). Im Gegensatz zu der genannten Studie von Rescorla gehen diese AutorInnen davon aus, dass es sehr wohl auch eine veränderte Qualität des Wortschatzes bei Late Talkers gibt.

Viele Studien beschäftigen sich damit, warum Late Talkers die genannten Probleme mit dem Wortschatzerwerb aufweisen. Rescorla (2005) spekuliert, dass möglicherweise eine Schwäche in der Sprachverarbeitung oder dem verbalen Gedächtnis zu der Schwierigkeit führt, die Late Talkers mit der Verarbeitung von Wörtern haben (S. 468f). Um dies zu bestätigen, wurde eine Gruppe von 28 Late Talkers mit einer Vergleichsgruppe von 25 Kindern im Alter von zwei Jahren und im Alter von 13 Jahren untersucht und verglichen. Es

wurden dazu der WISC Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler 1991), WIAT Wechsler Individual Achievement Test (Wechsler 1992), TOWL Test of Written Language (Hammill & Larsen 1996), TOAL Test of Adolescent and Adult Language (Hammill, Brown, Larsen & Wiederholt 1994), CELF Clinical Evaluation of Language Fundamentals (Semel, Wiig & Secord 1995), TLC Test of Language Competence (Wiig & Secord 1989), QRI Qualitative Reading Inventory (Leslie & Caldwell 1995), TOWRE Test of Word Reading Efficiency (Torgesen; Wagner & Rashotte 1999) sowie ein Wiederholungstest von Pseudowörtern angewendet. Generell erzielten ehemalige Late Talkers durchschnittliche Ergebnisse, bei vielen davon zeigten sich aber schlechtere Ergebnisse als in der Kontrollgruppe (S. 465).

Da unterschiedliche Faktoren Einfluss auf den Wortschatzerwerb haben, werden auch in einer Studie von D'Odorico, Assanelli, Franco und Jacob (2007) italienische Late Talkers hinsichtlich der Entwicklung der Sprache, des Kurzzeitgedächtnisses, der phonologischen Bewusstheit, der Impulsivität und der Aufmerksamkeit untersucht. Die untersuchten Kinder waren zum Zeitpunkt der Testung zwischen vier und sechs Jahre alt. Alle wurden im Alter von zwei Jahren als Late Talkers identifiziert. Eine Gruppe von Kindern mit unauffälliger Sprachentwicklung diente auch in dieser Untersuchung als Kontrollgruppe (S. 157). Beim Test zum Grammatikverständnis zeigte sich nur bei einem einzigen Untersuchungssatz ein signifikanter Unterschied, und zwar beim negativen Passivsatz. Ein weiteres signifikantes Ergebnis zeigte sich beim Wiederholungstest von Pseudowörtern. Die Late Talkers erzielten schlechtere Ergebnisse (S. 163f). In einer Studie von Grossheinrich, Kademmann, Bruder, Bartling und von Suchodoletz (2010) zum auditiv sensorischen Gedächtnis und den dazugehörigen Sprachfähigkeiten wurden ebenfalls ehemalige Late Talkers untersucht. Die neurophysiologischen Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass betroffene Kinder eine persistierende Einschränkung des auditiv sensorischen Gedächtnisses aufweisen. Einige der Late Talkers schaffen es, dieses Defizit zu kompensieren, es ist jedoch unklar, durch welche spezifischen Mechanismen (S. 828f).

Wie beschrieben, zeigen Late Talkers Probleme in den unterschiedlichsten Bereichen, es ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch völlig unklar, warum es einige schaffen, den Sprachentwicklungsrückstand aufzuholen und andere nicht. Auch die AutorInnen Jones und Smith (2005) untersuchten Zusammenhänge des frühen Wortschatzerwerbs mit anderen Fähigkeiten. Fragestellung der Studie war, ob Late Talkers ein Defizit in der Perzeption von Objekten und im Lernen der Wörter für Objekte zeigen. Im Vergleich zwischen einer Gruppe von Late Talkers mit einer Gruppe von typisch entwickelten Kindern zeigt sich, dass bei Late Talkers ein hoher Prozentsatz an Nomen im Wortschatz bestehen bleibt, während dieser Anteil mit dem Alter bei typisch entwickelten Kindern wieder abnimmt. Dies bestätigt auch die Annahme der AutorInnen, dass das Vokabular von Late Talkers dem von jüngeren Kindern entspricht (S. 229), worauf auch bereits Rescorla, Dahlsgrad und Roberts (2000) hinwiesen. Die AutorInnen interessierten sich vor allem dafür, ob es bei Late Talkers einen Unterschied im Erkennen von Objekten gibt. Dazu nutzten sie einige Gegenstände, die zuerst vollständig und danach nur in Umrissen dargestellt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass der produktive Wortschatz eines Kindes vorhersagt, ob es in einem Verständnistest benannte Objekte nur an ihrem Umriss erkennen kann (S. 232). Eine Gruppe von jüngeren Kindern, welche denselben Wortschatz aufwiesen wie die zweijährigen Late Talkers, wurde ebenfalls getestet, um herauszufinden, ob Late Talkers lediglich verzögert sind oder bereits eine Störung in diesem Bereich aufweisen. Im Gegensatz zu erwähnten anderen Annahmen in der Literatur zeigen diese Ergebnisse, dass Late Talkers und jüngere Kinder die Namen von Objekten nur dann verstehen, wenn sie eindeutige Belege, wie zum Beispiel das Bild des Objektes, dafür haben. Im Gegensatz zu typisch entwickelten Kindern verstehen Late Talkers Wörter wie jüngere Kinder nur dann, wenn sie eindeutig dargestellt sind. Umrisse reichen dazu nicht (S. 233). Die Ergebnisse zeigen, dass Late Talkers weniger über abstrakte Umrisse, die Objekte charakterisieren, wissen, als unauffällig entwickelte gleichaltrige Kinder. Zusätzlich nehmen die AutorInnen an, dass die Verbindung zwischen dem Wort und dem Objekt bei Late Talkers so schwach ist, dass sie durch eine leichte Störung, wie zum Beispiel die Darstellung nur durch den Umriss, bereits gelöst

werden kann (S. 234). Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass die Fähigkeit, Objekte nur an ihrem Umriss oder Schatten zu erkennen, eng gekoppelt ist an den frühen Wortschatzerwerb. Late Talkers scheinen Informationen über Objekte nicht so detailliert zu speichern wie typisch entwickelte Kinder (S. 239).

Zusammenfassend ist hier anzumerken, dass es offenbar unterschiedliche Fähigkeiten gibt, welche von Kindern erworben werden müssen und die eng an den frühen Wortschatzerwerb gekoppelt sind. Die AutorInnen sind sich uneinig darüber, ob der Wortschatz der Late Talkers nur quantitativ oder zusätzlich auch qualitativ auffällig ist. Es zeigt sich aber in mehreren Studien (Jones et al. (2005), Grossheinrich et al. (2010), Rescorla (2005)), dass nicht nur der Wortschatzerwerb auffällig ist, sondern auch andere Bereiche betroffen sind.

3.3. Studien zum weiteren Verlauf

Wie sich ein Kind, welches als Late Talker identifiziert wurde, weiterentwickeln wird, ist eine sehr interessante Frage, da sich daraus auch weiter entscheidet, ob eine Form von Intervention notwendig ist.

Late Talkers gelten als Kinder, die das Risiko haben, eine spezifische Sprachentwicklungsstörung zu entwickeln. Entwickelt ein Late Talker eine spezifische Sprachentwicklungsstörung, so wird dies ab dem Alter von drei Jahren als solche bezeichnet (Tager-Flusberg & Cooper 1999, S. 12769). Whitehurst und Fischel (1994) bemerken dazu, dass es auch relevant ist, die Terminologie genau zu beachten, da Late Talkers oftmals ein besseres Outcome haben als Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung. Viele der betroffenen Kinder holen den Rückstand in ihrem Spracherwerb bis zum dritten oder fünften Lebensjahr auf und benötigen danach keine Unterstützung mehr. Andere weisen jedoch auch weiterhin Verzögerungen auf, vor allem in der grammatischen Entwicklung in den Vorschuljahren (S. 613f). Auch Rescorla, Mirak und Singh (2000) beschäftigen sich damit, ob betroffene Kinder den Sprachentwicklungsrückstand aufholen können. Einige Kinder der Studie zeigten den typischen Wortschatzspurt im Alter von 2;6 Jahren und konnten somit ihren Rückstand aufholen, die anderen hatten weiterhin große

Schwierigkeiten (S. 307ff). In einer Studie von Rescorla, Dahlsgaard und Roberts (2000) werden 34 Late Talkers im Alter von zwei Jahren identifiziert und im Alter von drei Jahren nochmals untersucht. Mehr als die Hälfte dieser Kinder zeigte weiterhin eine Verzögerung in der expressiven Sprache. Im Alter von vier Jahren hatten einige Kinder den Rückstand aufgeholt, 29% blieben weiterhin verzögert. Diese Ergebnisse kommen zu dem Schluss, dass im Alter von zwei bis fünf Jahren jährlich 50% der Kinder den Rückstand aufholen (S. 643ff).

Leonard (2009) gibt an, dass die verzögerte Entwicklung der expressiven Sprache bei Late Talkers kein guter Prädiktor für eine spätere Sprachentwicklungsstörung ist. Es stellt hingegen eher einen Prädiktor dafür dar, dass sich die spätere Sprachfähigkeit zwar innerhalb normaler Bereiche, aber unterhalb des Durchschnitts befindet. Ein besonders schlechtes Outcome zeigt sich bei Kindern, die auch Auffälligkeiten in der rezeptiven Sprache aufweisen (S. 8f). Dabei ist anzumerken, dass es wie oben erwähnt höchstwahrscheinlich keine Kinder gibt, bei denen nur die expressive Sprache betroffen ist.

In einer Studie von Fasolo, Majorano und D'Odorico (2008) stellt sich die Frage, welcher Prädiktor dazu geeignet ist, die Kinder, die den Sprachentwicklungsrückstand von alleine aufholen von den Kindern zu unterscheiden, die dabei Unterstützung brauchen (S. 83). Eine möglichst frühe Erkennung ist dabei von großer Bedeutung. Indikatoren können quantitative Faktoren wie zum Beispiel ein limitiertes phonetisches Inventar, ein geringerer Prozentsatz an korrekt produzierten Konsonanten oder eine höhere Anzahl an Lautfehlern oder auch qualitative Faktoren, wie zum Beispiel im Bereich der Phonologie, atypische Fehlertypen oder eine größere Lautvariabilität sein (S. 84). Auch Rescorla (2002) untersucht 34 Late Talkers in verschiedenen Altersstufen und vergleicht unterschiedliche Testergebnisse der Verfahren TOLD Test of Language Development (Newcomer & Hammill 1988), AAT Auditory Analysis Test (Rosner & Simon 1971) sowie einiger weiterer ähnlicher Testverfahren immer wieder mit einer Kontrollgruppe von 25 typisch entwickelten Kindern. Betrachtet man den weiteren sprachlichen

Entwicklungsverlauf früherer Late Talkers, so fällt dabei im Alter von neun Jahren ein Unterschied zu Kindern, die keine Late Talkers waren, auf. Es zeigt sich, dass die Lesefähigkeiten der Late Talkers schlechter sind als die der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse kommen zu dem Schluss, dass langsame Sprachentwicklung in einem jungen Alter zu einer Prädisposition für einen langsameren Spracherwerb, alle Modalitäten betreffend führt (S. 360).

Rescorla (2005) führte eine weitere interessante Studie zu diesem Thema durch. Dabei zeigte sich, dass das Verfahren Language Development Survey, bei dem die Eltern in Form eines Fragebogens angeben, wie viele Wörter das Vokabular ihres Kindes bereits enthält (Rescorla 1989, S. 587), einen signifikanten Prädiktor für das Outcome im Alter von 13 Jahren im Bereich des Vokabulars, der Grammatik, des verbalen Gedächtnisses und des Leseverständnisses darstellt. In dieser Untersuchung gab es keinen Prädiktor für das Outcome des produktiven Lesens oder Schreibens (Rescorla 2005, S. 466). Lässt sich diese Aussage generalisieren, so wäre dieses Verfahren eine gute Möglichkeit, um betroffene Kinder frühzeitig zu identifizieren.

In der Studie von Rescorla aus dem Jahr 2009 werden die in anderen Studien ebenfalls erwähnten Late Talkers auch im Alter von 17 Jahren untersucht. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Sprache und dem Lesen. Was bisher unklar war, ist, dass auch die Umgebung in der Familie und die Sprachtherapie einen Einfluss auf das Outcome haben (S. 16f). Mit den ehemaligen Late Talkers und der Kontrollgruppe wurden im Alter von 17 Jahren unterschiedliche Testverfahren durchgeführt: Der WAIS Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler 1997) zur Erfassung von verbaler und nonverbaler Intelligenz, der WJ Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery Tests of Achievement (Woodcock; McGrew & Mather 2001) zur Erfassung der Buchstabe-Wort-Identifikation sowie des Rede- und Schreibflusses, das CASL Comprehensive Assessment of Spoken Language (Carrow-Woolfolk 1999) für syntaktische Strukturen, Satzverständnis, Grammatikverständnis und Verständnis von ambigen Strukturen sowie die WMS Wechsler Memory Scale (Wechsler 1997) zur Erfassung des logischen Gedächtnisses (S. 21f).

Im Allgemeinen erzielten die ehemaligen Late Talkers durchschnittliche Testergebnisse. Signifikant schlechtere Ergebnisse zeigten sich beim Wortschatz, der Grammatik und beim verbalen Gedächtnis. Diese Ergebnisse zeigen, dass Wortschatz und Grammatik signifikant verbunden sind mit dem verbalen Gedächtnis und dem Lesen und Schreiben. Vergleicht man die Ergebnisse mit der Kontrollgruppe, so zeigt sich, dass die ehemaligen Late Talkers auch im Alter von 17 Jahren weiterhin schlechtere Sprachfähigkeiten aufweisen (S. 24ff).

Es lässt sich somit schlussfolgern, dass bei ehemaligen Late Talkers sehr wohl die Möglichkeit besteht, den Sprachentwicklungsrückstand aufzuholen. Eine gewisse Auffälligkeit bei einer genauen Testung der sprachlichen Fähigkeit bleibt jedoch auch im Erwachsenenalter erkennbar. Auch die Ergebnisse einer Studie von D'Odorico, Assanelli, Franco und Jacob (2007) führen zu dem Schluss, dass es im weiteren Verlauf bis zum Alter von sechs Jahren noch einen Unterschied zwischen Late Talkers und Kindern mit unauffälliger Sprachentwicklung gibt. Die Kinder erzielten schlechtere Ergebnisse bei einem Vokabularentwicklungstest und zeigten leichte syntaktische Probleme beim Satzverständnistest. In den neurokognitiven Bereichen Aufmerksamkeit, Impulsivität und visuomotorisches Planen waren keine Defizite erkennbar. Die Late Talkers in dieser Untersuchung zeigten laut Angaben der Eltern keine signifikanten Verhaltensauffälligkeiten wie zum Beispiel Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität (S. 165f).

Nicht alle AutorInnen kommen zu diesen Ergebnissen. Laut Nelson, Nygren, Walker und Panoscha (2006) ist das Langzeitoutcome weitgehend nicht untersucht worden und es stellt sich auch die Frage, ob man die erhaltenen Ergebnisse generalisieren kann (S. 302ff). Demnach müssten erst noch weitere groß angelegte Studien durchgeführt werden, bevor die Ergebnisse als gesichert gelten können. Laut einer Studie von Wing, Kohnert, Pham, Cordero, Ebert, Kann und Blaiser (2007) ist es im Moment nicht möglich, einen einzigen Prädiktor dafür zu identifizieren, welche Kinder den Sprachentwicklungsrückstand aufholen werden und welche nicht (S. 20),

obwohl Rescorla (2005) angibt, einen aussagekräftigen Prädiktor identifiziert zu haben.

3.4. Studien zu Interventionsmöglichkeiten

Nachdem es bereits einige Studien zur weiteren Entwicklung von Late Talkers gibt (D’Odorico et al. 2007, Rescorla 2002, Rescorla 2005), werden auch unterschiedliche Interventionsansätze entworfen. In der klinischen Praxis sollten Untersucher laut Leonard (2009) vor allem darauf achten, ob es einen großen Unterschied zwischen den rezeptiven und expressiven Sprachfähigkeiten des Kindes gibt. Dies herauszufinden, gestaltet sich oftmals als sehr problematisch. Wird die rezeptive Sprachfähigkeit nicht adäquat untersucht, so ist trotzdem nicht ausgeschlossen, dass das Kind in diesem Bereich Probleme aufweist. In solch einem Fall sollten weitere Testverfahren angewendet werden (S. 10). Die Verfahren, die derzeit verwendet werden, erfüllen diese Kriterien nicht immer (S. 11). Es stellt sich hierbei die Frage, von welchen angewendeten Verfahren der Autor spricht.

Nelson, Nygren, Walker und Panoscha (2006) beschreiben in einem Review, dass es im Moment überhaupt nicht klar ist, wie zum Beispiel ÄrztInnen die Sprachentwicklung der Kinder überprüfen, wobei es dabei von Seiten des Arztes/ der Ärztin vor allem darum geht, betroffene Kinder gegebenenfalls zu einer weiteren Überprüfung zu einem klinischen Linguisten/ einer klinischen Linguistin zu überweisen. So erwähnen die AutorInnen eine Studie, bei der 43% der Eltern angeben, dass die Sprache ihres Kindes bei der Untersuchung vom Arzt/ von der Ärztin überhaupt nicht beachtet wurde. Gründe dafür könnten sein, dass die Zeit für eine genaue Untersuchung nicht reicht, dass es keine klaren Protokolle gibt oder die im Wettbewerb stehenden Anforderung des Arztbesuches (S. 300). Die Studie bezieht sich auf den Ist-Stand in den USA. Die Ergebnisse zeigen weiters, dass es im Moment noch keine Auflistung von spezifischen Risikofaktoren gibt, die den KinderärztInnen als Wegweiser dienen könnten. Im Bereich der Screeningverfahren gibt es keinen so genannten „Gold Standard“. Leonard (2009) beschreibt, dass das klinische Vorgehen im Bereich der Therapie oft davon abhängt, welche Ansicht und welches Wissen über Late

Talkers vorherrscht. Bevor im expressiven Bereich gearbeitet werden kann, müssen die rezeptiven Fähigkeiten gestärkt werden. Informationen über die Bedeutung, grammatische Funktion und den Kontext, in dem ein Wort verwendet wird, sollten vor allem durch Beispiele dargestellt werden (S. 10). Auch Rescorla, Mirak und Singh (2000) schlagen Ähnliches vor. In der Therapie mit betroffenen Kindern soll zu Beginn der Fokus auf dem Erwerb von Nomen liegen. Untersucher, welche bei betroffenen Kindern eine Diagnostik durchführen, können sich dabei auf die Wortschatzgröße im Alter von 2;6 Jahren verlassen, da diese einen aussagekräftigen Prädiktor für die weitere Sprachentwicklung darstellt (S. 310).

Nach der Untersuchung von Jones und Smith (2005) stellt sich die Frage, ob es möglich ist, den Wortschatzerwerb bei Late Talkers zu verbessern, indem man ihnen in der Therapie dabei hilft, Abstraktes besser zu erkennen beziehungsweise die Verbindung zwischen Wort und Objekt zu intensivieren (S. 239).

Die für die Durchführung einer effektiven und passenden Therapie qualifizierten Personen sind in den Augen von Wing, Kohnert, Pham, Cordero, Ebert, Kann und Blaiser (2007) vor allem SprachtherapeutInnen wie zum Beispiel klinische LinguistInnen oder LogopädInnen. Allgemeine Interventionsziele für solche Kinder sind eine Steigerung der Produktion und des Wortverständnisses. Neu gelernte Wörter sollen in bedeutungsreichen kommunikativen Kontexten angewendet werden. Um diese Ziele erreichen zu können, müssen die SprachtherapeutInnen die richtige Form der Therapie wählen (S. 20).

Laut Nelson, Nygren, Walker und Panoscha (2006) sind die Interventionsarten sehr unterschiedlich, auch aufgrund der verschiedenen Gesundheitssysteme. Weiters ist es nahezu unmöglich, die Effektivität einer Interventionsmethode zu messen, da es ethisch nicht vertretbar ist, einer Kontrollgruppe von Late Talkers keine Therapie zukommen zu lassen. Die zukünftige Forschung sollte sich damit beschäftigen, wie es möglich ist, die Sprachentwicklungsverzögerung bei der Untersuchung beim Kinderarzt/ bei der Kinderärztin zu identifizieren. Nur wenn sie in die Routine einbezogen wird, kann sie sich auch langfristig

durchsetzen. Im Bereich der Interventionen sollten Studien zur Effektivität und zum Langzeitoutcome durchgeführt werden. Auch die nötigen Kosten sollten dabei immer evaluiert werden (S. 302ff).

Laut Nelson, Nygren, Walker und Panoscha (2006) gibt es im Bereich der unterschiedlichen Therapiemethoden Einzel- oder Gruppentherapie, die entweder von SprachtherapeutInnen oder von den Eltern direkt angewendet werden. Die Therapien beinhalten meist expressive und rezeptive Sprache, Artikulation, Phonologie, Worterwerb und Syntax. Das Outcome der meisten Therapiemethoden wurde mit subjektiven Elternberichten gemessen. Die Frage, ob Interventionen eventuell auch negative Nebeneffekte wie zum Beispiel hohe Kosten, hoher Zeitaufwand, weniger Zeit für Familienaktivitäten oder um zu spielen sowie Stigmatisierung werden nie untersucht (S. 302ff).

Einige AutorInnen geben nicht nur allgemeine Ideenvorschläge, sondern testen spezielle Interventionsmethoden:

Girolametto und Pearce (1997) untersuchen beispielsweise den Effekt einer lexikalischen Intervention auf die Phonologie bei Late Talkers. Laut ihren Ergebnissen haben Late Talkers Verzögerungen in der lexikalischen und der phonologischen Entwicklung. Klinische Bemühungen sollten sich vor allem mit diesen beiden Bereichen beschäftigen, wobei es auch möglich ist, dass eine Verbesserung eines Bereiches positive Auswirkungen auf den anderen hat. 25 Kinder nahmen an der Untersuchung teil. Die Hälfte der Kinder wurde der Testgruppe zugeordnet, welche die Intervention erhielt; die andere Hälfte der Kinder wurde der Kontrollgruppe zugeordnet und erhielt keine Form von sprachtherapeutischer Intervention. Nach der Durchführung eines Pretests wurde nach einer Zeitspanne von vier Monaten, während der die Testgruppe eine Interventionsmethode erhielt, ein Posttest durchgeführt, in dem die Endergebnisse der Kontroll- und Testgruppe miteinander verglichen wurden.

Als Interventionsmethode wurde das „Hanen Programm für Eltern“ von Manolson (1992) gewählt. Innerhalb von elf Wochen erhielten die Eltern an acht Abenden eine Einführung in die Strategien des Programms. Individuelles Feedback wurde durch drei Besuche bei den Familien zu Hause gewährleistet.

Während dieser Besuche wurde die Interaktion zwischen Mutter und Kind auf Video aufgenommen. So konnte die Mutter im Anschluss erkennen, welche Strategien des Programms gut umgesetzt wurden. Die Mütter erhielten zehn „Target“-Wörter, die sie in das Spiel einbauen sollten und mindestens fünf Mal wiederholen mussten. Wurde das „Target“-Wort von dem Kind mindestens drei Mal spontan produziert, so konnte es in der Sprache der Mutter durch ein neues ersetzt werden. In den Ergebnissen der Studie zeigt sich, dass die Kinder, die die Intervention erhielten, in zwei unterschiedlichen Bereichen Erfolge erzielten; im Bereich der Silbenstruktur und im Bereich des Konsonanteninventars. Die Kinder zeigten eine größere Variabilität bei den komplexen Wortsilbenstrukturen. Dies lässt darauf schließen, dass Wortschatzerwerb auch einen Einfluss auf Silbenstruktur und Konsonantendiversität hat (S. 338ff).

Laut Wing, Kohnert, Pham, Cordero, Ebert, Kann und Blaiser (2007) können im Allgemeinen vier unterschiedlichen Formen von Sprachstimulationstechniken beschrieben werden, die von Erwachsenen eingesetzt werden können, wenn sie mit Late Talkers kommunizieren. Beim Modellieren oder der Wiederholung wird das Wort, welches im Fokus der Aufmerksamkeit steht, immer wieder in einem bedeutungsvollen Kontext wiederholt; zum Beispiel: „Das ist ein Apfel. Ein roter Apfel. Ich liebe diesen Apfel! Gib den Apfel bitte in den Korb.“. Bei der Technik des Erzählens beschreibt der Erwachsene, was das Kind gerade macht; zum Beispiel: „Du läufst! Du läufst aber sehr schnell! Was machst du jetzt? Du trinkst einen Saft.“. Bei der Umformung geht es darum, dass der Erwachsene die Äußerung des Kindes so umformt, dass die Bedeutung klarer wird. Dabei werden Sätze erweitert und ergänzt. Bei der Technik der Aufforderung wird das Kind aufgefordert, aktiv Wörter zu benennen oder Ähnliches. Dies erfolgt meist, nachdem das Kind bereits viel Input in Form der anderen Techniken erlangt hat. Der Erwachsene könnte das Kind fragen: „Was ist das?“.

Im Vordergrund steht jedoch immer, dass es sehr wichtig ist, dass das Kind die neuen Wörter in bedeutungsvollen sozialen Interaktionen mit einem reaktionsfähigen Kommunikationspartner erleben kann. Um dies zu ermöglichen, sollen Eltern in die Intervention eingebunden werden, da sie die

meiste Zeit mit ihrem Kind verbringen (S. 22). Als Art der Intervention werden vor allem spielorientierte Methoden genannt, bei denen es viele Möglichkeiten zur gemeinsamen Aufmerksamkeit, hohes Interesse an der Handlung und dadurch auch einen variierenden qualitativ guten Input gibt (S. 23). Als Ort der Intervention wird von einigen SpezialistInnen das Zuhause der Kinder vorgeschlagen. Für manche Familien ist das passend, für andere ist das Zuhause jedoch eher kein Ort für eine Lernsituation (S. 24).

Wird das Kind von einem Sprachtherapeuten/ einer Sprachtherapeutin betreut, so ist es besonders wichtig, dass das Verhalten des Kindes dahingehend therapiert wird, dass man es gut verstehen kann. Genauso wichtig ist es, den Eltern die Sprachentwicklungsverzögerung zu erklären, sodass sie und die Betreuungsperson dasselbe Ziel verfolgen. Würden die Eltern die Dringlichkeit des Problems nicht verstehen, so wäre es sehr schwierig, effizient daran zu arbeiten. Die Eltern werden dahingehend geschult, wie sie mit dem Kind kommunikativ umgehen sollen. Zusätzlich bietet der Sprachtherapeut/ die Sprachtherapeutin eine Therapie an, die an die Bedürfnisse des Kindes angepasst ist (S. 25f).

Im Bereich der Interventionen gibt es sehr viele Möglichkeiten, von denen auch bestimmt nicht nur eine zum Ziel führt. Die AutorInnen sind sich einig, dass in der Therapie mit betroffenen Kindern vor allem an einer Erweiterung des Lexikons gearbeitet werden sollte. Weiters scheint es eine gute Möglichkeit zu sein, die Eltern in diesem frühen Alter verstärkt mit einzubeziehen, da sie ihren Kindern den meisten Input geben können.

3.5. Zusammenfassung der Studien

Es zeigt sich, dass es besonders wichtig ist, die Gruppe der Late Talkers weiter in zwei Untergruppen zu trennen. Einerseits gibt es Late Talkers, die den Rückstand der Sprachentwicklung innerhalb des dritten Lebensjahres so weit aufholen, dass sie im Alter von drei Jahren keine Anzeichen einer Sprachentwicklungsverzögerung mehr aufweisen. Andererseits gibt es auch die Late Talkers, die sich im Laufe des dritten Lebensjahres so weiter entwickeln, dass sie eine spezifische Sprachentwicklungsstörung zeigen. Es gilt, diese zwei

Gruppen frühzeitig voneinander zu unterscheiden, um für jedes einzelne Kind die bestmögliche Lösung zu finden. Als Prädiktor für eine spätere Sprachentwicklungsstörung scheint dabei das frühe Vokabular signifikant zu sein, es könnten aber auch andere Faktoren, welche noch nicht identifiziert wurden, eine Rolle spielen.

Um die betroffenen Kinder in der Praxis möglichst früh voneinander unterscheiden zu können, ist es notwendig, Sprachproduktion sowie Sprachverständnis adäquat zu testen. Die Testverfahren, die derzeit eingesetzt werden, erfüllen diese Kriterien jedoch nicht immer.

Im Bereich der Therapie bei Late Talkers gibt es unterschiedlichste Ansätze. Meist zählt es jedoch als eines der ersten Ziele, vor allem die rezeptiven Fähigkeiten zu stärken. Dabei soll die Bedeutung und grammatische Funktion von Wörtern und Sätzen erarbeitet werden. Es könnte dabei auch schon sehr früh an einer Vergrößerung des Wortschatzes gearbeitet werden. Dies ist sinnvoll, da das frühe Vokabular wie bereits erwähnt einen wichtigen Prädiktor für die spätere Sprachfähigkeit darstellt. Es sollte festgestellt werden, wie viel Nutzen eine Sprachtherapie hat oder ob es vielleicht doch sinnvoller ist, eher in Richtung der Elternberatung und –anleitung zu arbeiten. Diese speziellen Programme arbeiten mit einer sehr intensiven Elternberatung beziehungsweise einem gezielten Elterntaining, bei dem die Eltern darin geschult werden, wie sie in der kommunikativen Interaktion mit ihrem Kind umgehen sollen.

Die Studien, in welchen eine größere Gruppe von Late Talkers über Jahre begleitet und immer wieder untersucht wurden, bestätigen, dass die Sprachfähigkeit auch dann, wenn die Defizite im Laufe der Jahre aufgeholt werden, weiterhin in einer Bandbreite eher unterhalb der durchschnittlichen Sprachfähigkeit liegt. Auch das Lesen und Schreiben als sprachliche Modalitäten sind davon betroffen. Die Defizite der Late Talkers werden somit auch im Jugendlichen- und Erwachsenenalter nicht aufgeholt.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass es bereits interessante Studien zum Thema Late Talkers gibt. Das Erscheinungsbild und die weitere sprachliche Entwicklung wurden mehrfach untersucht. Es wäre durchaus interessant, durch

wissenschaftliche Studien weitere Faktoren beziehungsweise Prädiktoren zu identifizieren, die zu dem Phänomen Late Talkers führen. Dabei könnte die Rolle des Inputs und der Mutter-Kind-Interaktion noch eingehender beleuchtet werden. Zusätzlich wäre es sinnvoll, auch Late Talkers mit deutscher Muttersprache zu untersuchen.

4. Empirische Untersuchung

Die erste Forschungsfrage „*Aktueller Wissensstand der Forschung*“ konnte durch die durchgeführte Literaturrecherche beantwortet werden.

Die zweite Forschungsfrage „*Aktueller Wissensstand der Praxis*“ beschäftigt sich mit dem Wissen der Personen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit mit Late Talkers in Kontakt kommen. Welches Wissen haben sie über die kindliche Sprachentwicklung? Welche Phänomene bezeichnen diese Personen als physiologisch und welche als auffällig? Dabei geht es vor allem darum, ob eine Sprachentwicklungsverzögerung erkannt wird beziehungsweise nach welchen Gesichtspunkten dies geschieht.

Die dritte Forschungsfrage „*Auswirkungen auf das weitere Vorgehen*“ beschäftigt sich damit, wie diese Personen ihr weiteres Vorgehen wählen, nachdem ihnen die Sprachentwicklung eines Kindes als auffällig oder verzögert aufgefallen ist. Werden intensive Elterngespräche geführt? Werden die betroffenen Kinder zu einem Spezialisten wie zum Beispiel einem klinischen Linguisten/ einer klinischen Linguistin oder einem Logopäden/ einer Logopädin überwiesen? Wird den Eltern geraten, in Ruhe abzuwarten, ob sich die Sprachentwicklungsverzögerung möglicherweise von alleine wieder legt?

Um diese Fragen beantworten zu können, ist eine Literaturrecherche nicht ausreichend. Darum wurde der „*Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsverzögerungen*“ erstellt, welcher im Anhang angeführt ist. Dabei wurden verschiedene Fragen gestellt, durch deren Beantwortung es möglich sein soll, die relevanten Forschungsfragen zu beantworten. Das Wissen, welches die befragten Personen aufweisen, kann anschließend mit dem aktuellen Erkenntnisstand der Literatur verglichen werden. Auch anhand der bereits bestehenden Interventionsmöglichkeiten für zweijährige Kinder kann erfasst werden, inwieweit die Befragten dieses Angebot nutzen. Durch die Durchführung der Fragebogenuntersuchung sollen diese Ziele erreicht werden.

Die Erstellung des Fragebogens sowie die Durchführung der Untersuchung und die Auswertung der Daten werden beschrieben.

4.1. Methode

Die Erstellung des Fragebogens stellt einen wichtigen Teil der empirischen Untersuchung dar und wird nun eingehend beschrieben: Die Durchführung einer schriftlichen Befragung hat die Vorteile, dass Interviewfehler eher vermieden werden können, dass Antworten ehrlicher und überlegter sind als bei mündlichen Befragungen und dass sich der Befragte besser auf das Thema konzentrieren kann. Weiters ist die Zusicherung der Anonymität bei einer schriftlichen Befragung glaubwürdiger (Schnell, Hill und Esser 2008, S. 359). Als negativer Punkt fällt bei schriftlichen Befragungen auf, dass es höhere Ausfallsquoten gibt und dass auch oft nur die Personen den Fragebogen zurücksenden, die am Thema interessiert sind. Außerdem kann nicht kontrolliert werden, welche externen Hilfsmittel zum Ausfüllen verwendet wurden sowie von wem der Fragebogen wirklich ausgefüllt wurde. Spontane Antworten können mit so einer Befragung nicht erfasst werden (Schnell, Hill und Esser 2008, S. 359f).

Eine wichtige Bedeutung kommt oft der ersten Frage eines Fragebogens zu. Sie sollte eng mit dem Thema verknüpft und für die Befragten interessant sein. Die Formulierung sollte so gewählt sein, dass sie weder die Zustimmung noch die Ablehnung eines Sachverhalts erfordert (Schnell, Hill und Esser 2008, S. 361).

Auch das Format des Fragebogens spielt eine erhebliche Rolle. Es sollte Seriosität, Wichtigkeit und leichte Handhabbarkeit vermitteln, damit der erste Eindruck dazu einlädt, den Fragebogen auch auszufüllen (Schnell, Hill und Esser 2008, S. 361f).

Zusätzlich zum Fragebogen sollte auch ein Begleitschreiben versendet werden, wenn es sich um einen postalischen Versand handelt. Darin soll der Zweck der Untersuchung dargestellt werden, sowie die Nützlichkeit und Relevanz,

Wichtigkeit des Befragten für den Erfolg der Untersuchung und auch die Anonymität (Schnell, Hill und Esser 2008, S. 362).

Nach dem Versenden der Fragebögen sollte nach einer Zeit von einer, drei und sieben Wochen jeweils ein Erinnerungsschreiben an die Personen versendet werden, welche ihn noch nicht zurückgeschickt haben (Schnell, Hill und Esser 2008, S. 362f).

4.2. Erstellung des Fragebogens

Bevor der Fragebogen erstellt wurde, sollte die Zielgruppe klar definiert sein. Dies ist wichtig, um vorab zu wissen, welches sprachliche Niveau man voraussetzen kann, welches Alter und welche Bildung die Zielgruppe vorlegt und welches Erlebnis- und Verhaltensspektrum sie vorweist. Erst dann kann mit der Testkonstruktion begonnen werden (Bühner 2011, S. 91). In diesem Fall wurden als Zielgruppe Hals-, Nasen-, OhrenärztInnen, KinderärztInnen und LogopädInnen in freier Praxis im Raum Wien sowie KindergartenpädagogInnen in öffentlich organisierten Kinderkrippen im Raum Wien definiert.

Neben einigen statistischen Angaben sollten vor allem zwei primäre Fragestellungen durch den Bogen abgedeckt werden. Dazu zählt einerseits das tatsächliche Verhalten während der Ausführung der beruflichen Tätigkeit der befragten Personen wie zum Beispiel, welche Testverfahren angewendet werden sowie die weiteren Schritte oder das weitere Vorgehen, falls ein Kind „auffällig“ erscheint. Um dies zu erfassen, wurde die Frageform der Mehrfach-Wahlaufgabe gewählt. Dabei gibt es mehr als zwei Antwortalternativen, wobei entweder nur eine oder auch mehrere angekreuzt werden können (Bühner 2011, S. 117). In diesem Fall kann die Beantwortung jedoch weder richtig noch falsch sein, da es sich um das tatsächliche Vorgehen in einer bestimmten Situation handelt. Die zweite Fragestellung handelt davon, welches Wissen die befragten Personen zum Thema Sprachentwicklung haben. Um dies zu erfassen, wurde eine Richtig-Falsch-Aufgabe durchgeführt. Die Schwierigkeit liegt dabei darin, die Items so zu formulieren, dass sie vom Befragten eindeutig beantwortet werden können (Bühner 2011, S. 116f). Bei der Formulierung von

Items sollte allgemein darauf geachtet werden, dass Begriffe mit mehreren Bedeutungen sowie Verallgemeinerungen vermieden werden. Doppelte Verneinungen oder negativ gepolte Items oder Abkürzungen sollten nicht verwendet werden. Wichtiges muss hervorgehoben werden (Bühner 2011, S. 139).

Nach der Erstellung der vorläufigen Version des Fragebogens wurde dieser im Laufe der die Masterarbeit begleitenden Lehrveranstaltung vorgestellt. Die anwesenden Studierenden konnten sich in die Lage eines Befragten hineinversetzen und somit anmerken, welche Punkte noch zu verändern sind. Dabei wurden wichtige Erkenntnisse gewonnen. Anschließend wurde ein Pretest mit einer Kindergartenpädagogin und einer Logopädin durchgeführt, wobei auch auffiel, welche Punkte unklar waren.

4.3. Durchführung der Fragebogenuntersuchung

Zielgruppe der Untersuchung sollten Personen sein, welche in ihrer beruflichen Tätigkeit in Kontakt mit Late Talkers kommen und auch potentiell die Möglichkeit haben, diese zu identifizieren und dann weiter zu ausgewähltem Fachpersonal vermitteln können. Somit wurden Hals-, Nasen-, OhrenärztInnen und KinderärztInnen ausgewählt, da diese befugt sind, eine Überweisung zu einem Sprachtherapeuten/ einer Sprachtherapeutin durchzuführen und da Kinder in Österreich regelmäßig vor allem vom Kinderarzt/ von der Kinderärztin untersucht werden, um festzustellen, ob ein Entwicklungsrückstand in irgendeiner Form besteht. Viele Kinder besuchen zwar im Alter von zwei Jahren noch keine Kinderbetreuungseinrichtung, es gibt jedoch auch welche, bei denen dies der Fall ist. So wurden auch KindergartenpädagogInnen, welche in Kinderkrippen arbeiten, für die Fragebogenuntersuchung ausgewählt. Die Kinderkrippen können von Kindern im Alter von null Jahren bis zum Ende des dritten Lebensjahres besucht werden. Da Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung oder –verzögerung in Österreich zum Beispiel an einen Logopäden/ eine Logopädin überwiesen werden, sollte auch das Vorgehen dieser Berufsgruppe untersucht werden.

Der erstellte „Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsstörungen“ wurde somit an jeweils 25 Personen jeder zu befragenden Berufssparte verschickt. Die Adressen dazu wurden über den Zugang über das Internet im Jänner 2011 zufällig ausgewählt.

Im Falle der LogopädInnen wurde die Internetseite des LogopädInnenverbandes „Logopädie Austria“ (www.logopaedieaustria.at) verwendet. Es wurden mit Hilfe der Suchfunktionen unter „TherapeutInnen“ diese heraus gefiltert, die im Bereich „Spracherwerbsstörungen“ im Raum Wien freiberuflich tätig sind. Von den angezeigten Personen wurden durch eine zufällige Auswahl 25 Personen bestimmt, an die der Fragebogen versendet wurde.

Die KinderärztInnen wurden über die Internetseite der Ärztekammer Wien (www.aekwien.at) über die Funktion „Praxisplan“ unter den Bedingungen „Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde“ und „Niedergelassen“ gesucht. Davon wurden wiederum 25 Personen zufällig ausgewählt, an die der Fragebogen versendet wurde.

Die HNO-ÄrztInnen wurden ebenfalls über die Internetseite der Ärztekammer Wien (www.aekwien.at) über die Funktion „Praxisplan“ unter der Bedingung „Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten“ und „Niedergelassen“ gesucht. 25 Personen wurden davon ausgewählt und erhielten den Fragebogen.

Es wurden 25 Wiener Kinderkrippen, welche Kinder im Alter von zwei Jahren betreuen, über die Internetseite der Wiener Kindergärten (<http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/>) unter dem Punkt „Verzeichnis aller Kinderbetreuungseinrichtungen“ zufällig ausgewählt.

Die Fragebögen wurden mit der österreichischen Post versendet. Jedes Kuvert enthielt einen Fragebogen und ein zusätzliches Begleitschreiben, welches im Anhang angefügt ist, sowie ein beigelegtes frankiertes Rücksendekuvert. Die Kindergärten erhielten ein eigenes Begleitschreiben sowie zwei Exemplare des

Fragebogens, da pro Kinderkrippe mehrere Personen tätig sind, die den Fragebogen beantworten könnten.

Aus Kostengründen wurden keine Erinnerungsschreiben versendet. Die Fragebögen wurden Ende Januar 2011 versendet und wurden bis Ende Februar 2011 zurückgeschickt.

4.4. Ergebnisse

Im Kapitel der Ergebnisse werden die gewonnenen Daten dargestellt und allgemein beschrieben. Es werden unterschiedliche Teilbereiche des Fragebogens anhand der Daten genauer beleuchtet.

4.4.1. Quantitative Analyse

4.4.1.1. Allgemeine Analyse

Wie in Tabelle 1 „*Beruf der Befragten in Zahlen und Prozentangabe*“ ersichtlich, wurden insgesamt 28 von 100 Fragebögen zurückgesendet. Unter den befragten Personen befinden sich somit 13 LogopädInnen (Logo), acht KinderärztInnen (KA), vier HNO-ÄrztInnen (HNO) sowie drei KindergartenpädagogInnen (KiGa). Die LogopädInnen und KinderärztInnen nehmen dadurch mit 46,4% und 28,6% den Hauptanteil ein.

Beruf	Häufigkeit	Prozent
Logopäde/ Logopädin	13	46,4
Kinderarzt/ -ärztin	8	28,6
Hals-, Nasen-, Ohrenarzt/ -ärztin	4	14,3
Kindergartenpädagoge/-pädagogin	3	10,7
Gesamt	28	100,0

Tabelle 1: Beruf der Befragten in Zahlen und Prozentangabe

Da sich im Laufe der Untersuchung herausstellte, dass die befragten KindergartenpädagogInnen keine Berechtigung ihrer Dienststelle erhielten, um

bei der Befragung mitzumachen, kann die Tatsache, dass nur drei Fragebögen dieser Berufssparte zurückgesendet wurden, nicht als aussagekräftig beurteilt werden. Im Bereich der HNO-ÄrztInnen ist es sehr wohl auffällig, dass nur vier Personen die Zeit oder das Interesse fanden, den Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden. Im Sinne eines Interesses an der Wissenschaft hätten doch mehr Personen an der Befragung teilnehmen können. Im Bereich der KinderärztInnen und LogopädInnen zeigt sich mit einer Teilnahme von acht beziehungsweise 13 Personen doch eine größere Bereitschaft, im Bereich der Sprachentwicklung mitzuarbeiten. Möglicherweise sind es tatsächlich nur diese Berufsgruppen, welche sich mit Auffälligkeiten und Störungen in diesem Bereich beschäftigen und deshalb auch Interesse an Untersuchungen daran zeigen.

In Tabelle 2 „*Alter der befragten Personen*“ ist das Alter der befragten Personen angeführt. Die größte Gruppe liegt im Bereich der 51- bis 60-Jährigen mit einer Anzahl von elf Personen. Die älteste befragte Person ist 59 Jahre alt, die jüngste 22.

Alter in Jahren	20-30	31-40	41-50	51-60
Anzahl der Personen	5	6	6	11

Tabelle 2: Alter der befragten Personen

Die größte Gruppe liegt dabei in einem Altersbereich, in dem der Abschluss der Berufsausbildung meist schon einige Jahre zurückliegt. Vermutlich wurden auch mehr Personen dieser Altersgruppe erfasst, da viele Menschen erst in späteren Jahren eine eigene Praxis eröffnen und freiberuflich arbeiten wollen.

In der folgenden Tabelle 3 „*Abschluss der Berufsausbildung der Befragten in Jahreszahlen*“ ist angeführt, in welchem Jahr die Personen, welche den Fragebogen ausgefüllt haben, ihre Berufsausbildung abgeschlossen haben. Dabei zeigt sich eine sehr große Bandbreite von insgesamt 30 Jahren mit dem ersten Abschluss im Jahr 1977 und dem letzten im Jahr 2007.

Jahreszahl des Abschlusses der Berufsausbildung	Anzahl der Personen
1977	1
1979	1
1981	2
1982	1
1983	1
1984	1
1985	1
1988	1
1989	1
1990	2
1994	3
1996	2
1997	1
1998	1
2000	2
2001	1
2002	1
2006	2
2007	3
Gesamt	28

Tabelle 3: Abschluss der Berufsausbildung der Befragten in Jahreszahlen

In Tabelle 4 „Anzahl der Jahre, in denen die Personen in Vollzeit in ihrem Beruf tätig waren“ wird angezeigt, wie lange die Personen bis zum Zeitpunkt der Befragung jeweils in ihrem Beruf in Vollzeit tätig waren. Dabei zeigt sich eine Spanne von 0 bis 33 Jahren, was auch einen sehr großen Unterschied darstellt.

Jahresanzahl der Berufstätigkeit	Anzahl der Personen
0	1
3,5	2

4	1
5	2
7,5	1
10	3
13	2
13,5	1
14	1
15	2
17	2
19	1
20	2
21	1
22	1
25	1
26	1
28	1
30	1
33	1
Gesamt	28

Tabelle 4: Jahresanzahl der Berufstätigkeit

Bei Frage 1 „*Bei Kindern im Alter von 2 Jahren teste ich ...*“ des Fragebogens gibt es die Möglichkeit, anzugeben, ob die jeweilige Person die Sprachproduktion, das Sprachverständnis oder keinen bestimmten Aspekt der Sprachentwicklung testet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 „*Testung von Sprachproduktion und Sprachverständnis*“ ersichtlich. Es zeigt sich, dass insgesamt 17 der befragten Personen angeben, die Sprachproduktion zu testen. Das Sprachverständnis testen 21 Personen. Sechs Befragte geben an, keinen Aspekt der Sprachentwicklung zu testen und eine Person macht keine Angabe zu dieser Frage. Viele, die die Sprachentwicklung testen, geben jedoch an, dies mit eigens zusammengestellten Untersuchungsmethoden

durchzuführen oder zum Beispiel das Sprachverständnis durch einfache Aufforderung zum Zeigen von Körperteilen oder Ähnlichem zu testen. Diese Methoden sind meist unzureichend, um wirklich erkennen zu können, ob ein Kind altersentsprechend entwickelt ist oder ob es gefährdet ist, eine Sprachentwicklungsverzögerung oder spezifische Sprachentwicklungsstörung zu entwickeln.

	Sprachproduktion	Sprachverständnis	Keinen Aspekt	Keine Angabe
Ja	17	21	6	1
Nein	10	6	21	1

Tabelle 5: Testung von Sprachproduktion und Sprachverständnis

Im Folgenden wurden die Personen, die bei Frage 1 *„Bei Kindern im Alter von 2 Jahren teste ich ...“* angeben, entweder die Sprachproduktion oder das Sprachverständnis bei Kindern im Alter von zwei Jahren zu testen, aufgefordert, anzugeben, mit welchen Methoden sie dies durchführen. Die sechs Personen, die angaben, keinen Aspekt der Sprachentwicklung zu testen, wurden auch nicht aufgefordert, Frage 2 *„Welche der folgenden diagnostischen Möglichkeiten nutzen Sie dazu?“* zu beantworten. Weitere zwei Personen machten bei dieser Frage keine Angaben. Die Ergebnisse der verbleibenden 20 Personen sind in Tabelle 6 *„Verwendete Testverfahren“* angeführt.

Testverfahren	ELFRA 2	SETK 2	Zollinger	SETK 3-5	HSET	PDSS	Anderes Verfahren
Ja	9	6	10	1	1	4	7
Nein	11	14	10	19	19	16	13

Tabelle 6: Verwendete Testverfahren

Bei Frage 3 „Wenn Ihnen die Sprachentwicklung eines Kindes im Alter von 2 Jahren „auffällig“ oder „verzögert“ erscheint, wie gehen Sie weiter vor?“ wurde erfragt, wie die Personen weiter vorgehen, nachdem ihnen die Sprachentwicklung eines Kindes auffällig oder verzögert erscheint. Dabei gab es unterschiedliche Möglichkeiten, die anzukreuzen waren, sowie ein freies Feld für weitere Vorschläge. Für die Auswertung wurden die unterschiedlichen Vorgehen nummeriert. Dies ist in Tabelle 7 „Nummerierung der Vorgehensmöglichkeiten bei Frage 3“ ersichtlich.

Vorgehen 1	In diesem Alter ist eine solche Feststellung noch nicht möglich.
Vorgehen 2	Die Sprachförderung soll in diesem Alter durch die Eltern erfolgen.
Vorgehen 3	Ich empfehle, das Kind innerhalb der besuchten Kinderbetreuungsstätte sprachlich zu fördern.
Vorgehen 4	Ich empfehle den Eltern, einen Hörtest durchführen zu lassen.
Vorgehen 5	Ich empfehle den Eltern eine logopädische Therapie.
Vorgehen 6	Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 2 ½ Jahren.
Vorgehen 7	Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 3 Jahren.
Vorgehen 8	Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 4 Jahren.

Tabelle 7: Nummerierung der Vorgehensmöglichkeiten bei Frage 3

In Tabelle 8 „Antworten der Befragten zu Frage 3“ wird dargestellt, wie viele der befragten Personen jeweils welche der acht möglichen Vorgehensweisen vorschlagen würden.

	Ja	Nein	Keine Angabe
Vorgehen 1	0	26	2
Vorgehen 2	10	16	2
Vorgehen 3	4	22	2
Vorgehen 4	24	2	2
Vorgehen 5	13	13	2
Vorgehen 6	16	10	2
Vorgehen 7	8	18	2
Vorgehen 8	4	22	2

Tabelle 8: Antworten der befragten Personen zu Frage 3

Betrachtet man die Antworten der Befragten zu Frage 3 *„Wenn Ihnen die Sprachentwicklung eines Kindes im Alter von 2 Jahren „auffällig“ oder „verzögert“ erscheint, wie gehen Sie weiter vor?“*, so ist es beruhigend, dass niemand angibt, eine solche Feststellung sei in diesem Alter noch nicht möglich. Immerhin zehn Personen sind der Meinung, dass die Sprachförderung in diesem Alter vor allem durch die Eltern erfolgen sollte. 16 Personen stimmen dieser Aussage nicht zu. Nur vier Personen geben an, dass betroffene Kinder in diesem Alter in der Kinderbetreuungsstätte verstärkt sprachlich gefördert werden sollten. Mit einer Anzahl von 24 Personen geben immerhin fast alle der Befragten an, den Eltern zu empfehlen, einen Hörtest durchführen zu lassen. Diese Erkenntnis ist sehr wichtig, da das Hören eine grundlegende Voraussetzung für einen physiologischen Spracherwerb darstellt. Interessanterweise sind sich die Befragten bei dem Vorgehen, ob die betroffenen Kinder eine Sprachtherapie besuchen sollten, sehr uneinig. Die Hälfte der Befragten ist für diese Möglichkeit, die andere Hälfte lehnt dieses Vorgehen ab. Dies zeigt auch, dass die Meinungen in diesem Bereich sehr weit auseinander gehen. Möglicherweise liegt das an den unterschiedlichen Ausbildungen, welche die befragten Vertreter der Berufsgruppen durchlebt haben oder auch an dem unterschiedlichen Ausmaß an Fortbildungen, welche die einzelnen Personen absolvieren.

Bei Frage 4 „*Wie bewerten Sie persönlich die folgenden Aussagen?*“ sollten die Personen bei unterschiedlichen Aussagen zum Thema Sprachentwicklung angeben, ob sie diesen zustimmen, sie ablehnen oder keine Angabe machen können. In Tabelle 9 „*Nummerierung der Aussagen bei Frage 4*“ wurden den verschiedenen Aussagen Zahlen zugeordnet, um sie später vereinfacht darstellen zu können.

Aussage 1	Die Sprachentwicklung verläuft grundsätzlich bei jedem Kind gleich, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann.
Aussage 2	Es gibt wichtige Meilensteine der Sprachentwicklung, die in bestimmten Zeitfenstern erreicht werden sollten.
Aussage 3	Im Alter von 2 Jahren ist bei sprach-entwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung im Kindergarten ausreichend.
Aussage 4	Im Alter von 2 Jahren ist bei sprach-entwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung zu Hause ausreichend.
Aussage 5	Die logopädische Therapie einer Sprachentwicklungsverzögerung ist bereits ab dem Alter von 2 Jahren sinnvoll.
Aussage 6	Ein normal entwickeltes Kind spricht im Alter von 12 Monaten die ersten Wörter (z. B. <i>Mama, Puppe etc.</i>).
Aussage 7	Ein normal entwickeltes Kind bildet im Alter von 24 Monaten die ersten Mehrwortäußerungen (z. B. <i>„Papa Arbeit“</i>).

Tabelle 9: Nummerierung der Aussagen bei Frage 4

In Tabelle 10 „*Antworten der befragten Personen zu Frage 4*“ ist nun angeführt, wie viele Personen den jeweiligen Aussagen zugestimmt beziehungsweise diese abgelehnt haben. Bei Aussage 1 „*Die Sprachentwicklung verläuft grundsätzlich bei jedem Kind gleich, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann*“ zeigt sich eine sehr unterschiedliche Antworttendenz der Befragten. Elf Personen stimmen zu, 13 lehnen diese Aussage ab. Bei den anderen sechs Aussagen ist sich die Mehrheit der

befragten Personen eher einig, ob der Aussage zugestimmt werden sollte oder nicht.

	Stimme zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht	Keine Angabe
Aussage 1	11	13	0	4
Aussage 2	24	4	0	0
Aussage 3	3	20	4	1
Aussage 4	8	18	2	0
Aussage 5	20	7	1	0
Aussage 6	19	6	0	3
Aussage 7	23	4	0	1

Tabelle 10: Antworten der befragten Personen zu Frage 4

Betrachtet man die Literatur zum Thema Sprachentwicklung näher, so erkennt man, dass der derzeitige Stand der Forschung davon ausgeht, dass die Sprachentwicklung grundsätzlich bei jedem Kind gleich verläuft, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann (Schaner-Wolles 2008, S. 141). Dies entspricht der ersten Aussage, welcher somit laut aktuellem Kenntnisstand zugestimmt werden sollte. Hierbei zeigt sich bereits eine große Diskrepanz hinsichtlich des Wissensstandes der unterschiedlichen Personen. Bei Aussage 2 *„Es gibt wichtige Meilensteine der Sprachentwicklung, die in bestimmten Zeitfenstern erreicht werden sollten“* sind sich die Befragten einig, dass dies zutrifft. In diesem Bereich scheinen alle in einem gleichen Maße aufgeklärt zu sein, was positiv zu bewerten ist, da es auch dem aktuellen Wissensstand der Literatur entspricht. Nur drei Personen stimmen Aussage 3 *„Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung im Kindergarten ausreichend“* zu. In der Literatur (Schlesiger 2009) geht man davon aus, dass es auch schon in diesem Alter Sinn macht, intervenierend einzugreifen. Es gibt Konzepte, welche auch bei sehr jungen Kindern angewendet werden können. Weiters wird verstärkt auf zielführende Elternberatung in der und –einbindung in die Therapie gesetzt. Immerhin acht

Personen stimmen Aussage 4 *„Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung zu Hause ausreichend“* zu. Dies ist problematisch, da wie eben erwähnt auch schon im Alter von zwei Jahren gezielt zum Beispiel an einer Vergrößerung des Wortschatzes, welcher einen signifikanten Prädiktor für eine spätere Sprachentwicklungsstörung darstellt, gearbeitet werden kann. Immerhin 18 Personen sind der Meinung, dass dies nicht ausreichend ist.

Die Frage, ob eine Sprachtherapie auch schon im Alter von zwei Jahren zielführend angewendet werden kann, wurde viel diskutiert und bietet auch zu diesem Zeitpunkt noch großen Gesprächsstoff auch innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen, welche in ihrer beruflichen Tätigkeit mit dieser Fragestellung in Berührung kommen. Bei Aussage 6 *„Ein normal entwickeltes Kind spricht im Alter von 12 Monaten die ersten Wörter“* würde man grundsätzlich davon ausgehen, dass sich die Befragten einig sind. Dennoch gibt es sechs Personen, die dieser Aussage nicht zustimmen. Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen dies geschehen ist. Möglicherweise ist die Aussage hier so formuliert, dass es den Befragten als zu enger Zeitraum erscheint, da es ja auch viele Kinder gibt, die bei der Zustimmung dieser Aussage aus dem Rahmen fallen würden. Bei der letzten Aussage 7 *„Ein normal entwickeltes Kind bildet im Alter von 24 Monaten die ersten Mehrwortäußerungen“* gibt es ebenfalls vier Personen, welche nicht zustimmen. Dies ist deshalb interessant, weil gerade diese beiden letzten Aussagen in der Literatur (Rothweiler 2002, Wendlandt 2006, Kauschke 1999) als sehr gesichert angesehen werden und weil es auch welche sind, die prinzipiell gut und genau überprüft werden können.

In Tabelle 11 *„Häufigkeit von besuchten Fortbildungen und Kongressen“* wird gezeigt, an wie vielen Fortbildungen oder Kongressen zum Thema Sprachentwicklung die Befragten in den letzten fünf Jahren teilgenommen haben. Vier Personen geben an, innerhalb der letzten fünf Jahre keine Fortbildung zu diesem Thema besucht zu haben. Immerhin die Hälfte der Befragten hat zwischen einem und zehn Tagen in Fortbildungen investiert, neun Personen befinden sich im Bereich von elf bis zu 20 Tagen und lediglich eine

Person hat innerhalb der letzten fünf Jahre an mehr als 30 Tagen Fortbildungen oder Kongresse zum Thema Sprachentwicklung besucht.

	Nie	1-10 Tage	11-20 Tage	21-30 Tage	Mehr als 30 Tage
Anzahl der Personen	4	14	9	0	1

Tabelle 11: Häufigkeit von besuchten Fortbildungen und Kongressen

Wie häufig die befragten Personen Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung lesen, ist in Tabelle 12 „*Häufigkeit des Lesens von Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung*“ angeführt. Drei Personen geben an, dies nie zu tun und eine Person macht bei dieser Frage keine Angabe. Der Hauptanteil der Befragten, 13 Personen, lesen zwei- bis fünfmal pro Jahr Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung.

	Nie	Einmal pro Jahr	2-5 Mal pro Jahr	6-12 Mal pro Jahr	Mehr als 12 Mal pro Jahr	Keine Angabe
Anzahl der Personen	3	5	13	4	2	1

Tabelle 12: Häufigkeit des Lesens von Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung

Dies ist ein zufriedenstellendes Ergebnis, wenn man bedenkt, dass dies nicht der einzige Bereich ist, mit welchem die Befragten zu tun haben und in welchem sie sich fortbilden sollten. Die wenigsten Fortbildungen besuchen KindergartenpädagogInnen und HNO-ÄrztInnen. Fast alle geben auch an, regelmäßig Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung zu lesen, in denen viele neue Erkenntnisse präsentiert werden und was somit auch einen wichtigen Faktor im Bereich der weiteren Fortbildung nach dem Abschluss der Berufsausbildung darstellt.

4.4.1.2. Analyse der unterschiedlichen Berufsgruppen

Die Befragten wurden nach ihrem Beruf in vier Gruppen geteilt. Das sind, wie in Tabelle 1 ersichtlich, 13 LogopädInnen, acht KinderärztInnen, vier Hals-, Nasen-, OhrenärztInnen und drei KindergartenpädagogInnen.

In Tabelle 13 „Antworten der Berufsgruppen zu den Aussagen 1-7“ werden die Berufe mit den Antworten der Aussagen 1 bis 7 bei Frage 4 „Wie bewerten Sie persönlich die folgenden Aussagen“ des Fragebogens dargestellt.

		Logo	KA	HNO	KiGa
	Gesamt	13	8	4	3
Aussage 1	Stimme zu	7	3	1	0
	Stimme nicht zu	6	2	3	2
	Weiß nicht	0	0	0	0
	Keine Angabe	0	3	0	1
Aussage 2	Stimme zu	12	6	3	3
	Stimme nicht zu	1	2	1	0
	Weiß nicht	0	0	0	0
	Keine Angabe	0	0	0	0
Aussage 3	Stimme zu	1	0	1	1
	Stimme nicht zu	11	6	2	1
	Weiß nicht	0	2	1	1
	Keine Angabe	1	0	0	0
Aussage 4	Stimme zu	4	3	1	0
	Stimme nicht zu	9	5	2	2
	Weiß nicht	0	0	1	1
	Keine Angabe	0	0	0	0
Aussage 5	Stimme zu	11	4	2	3
	Stimme nicht zu	2	3	2	0
	Weiß nicht	0	1	0	0
	Keine Angabe	0	0	0	0

Aussage 6	Stimme zu	9	5	3	2
	Stimme nicht zu	1	3	1	1
	Weiß nicht	0	0	0	0
	Keine Angabe	3	0	0	0
Aussage 7	Stimme zu	12	7	2	2
	Stimme nicht zu	0	1	2	1
	Weiß nicht	0	0	0	0
	Keine Angabe	1	0	0	0

Tabelle 13: Antworten der Berufsgruppen zu den Aussagen 1-7

Bei Aussage 1 *„Die Sprachentwicklung verläuft grundsätzlich bei jedem Kind gleich, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann“* stimmen sieben LogopädInnen zu, sechs stimmen nicht zu. Von Seiten der KinderärztInnen und HNO-ÄrztInnen stimmen jeweils drei beziehungsweise eine Person zu. Dagegen sind eine beziehungsweise drei Personen. Zwei KindergartenpädagogInnen stimmen nicht zu, während eine Person keine Angabe macht. Bei Aussage 1 gibt keine der Befragten mit dem Ankreuzen der Möglichkeit *„Weiß nicht“* an, die Antwort nicht zu kennen. Bei Aussage 2 *„Es gibt wichtige Meilensteine der Sprachentwicklung, die in bestimmten Zeitfenstern erreicht werden sollten“* ist sich ein Großteil der Befragten einig, dass diese zutrifft. Zwölf LogopädInnen, sechs KinderärztInnen, drei HNO-ÄrztInnen sowie drei KindergartenpädagogInnen stimmen zu. Insgesamt vier Personen stimmen nicht zu. Bei Aussage 3 *„Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung im Kindergarten ausreichend“* stimmt ein Großteil der Befragten nicht zu. Lediglich drei Personen stimmen der Aussage zu, eine Person macht keine Angabe und vier Befragte wählen die Möglichkeit *„Weiß nicht“*. Bei Aussage 4 *„Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung zu Hause ausreichend“* sind sich die LogopädInnen innerhalb ihrer Berufsgruppe sehr uneinig; vier Personen stimmen zu, neun stimmen nicht zu. Auch im Bereich der HNO-ÄrztInnen zeigt sich ein ähnliches Bild. Zwei Personen

stimmen nicht zu, ein Befragter stimmt zu und eine Person wählt die Möglichkeit „*Weiß nicht*“. Aussage 5 *„Die logopädische Therapie einer Sprachentwicklungsverzögerung ist bereits ab dem Alter von 2 Jahren sinnvoll“* stimmen elf LogopädInnen, vier KinderärztInnen, zwei HNO-Ärztinnen sowie drei KindergartenpädagogInnen zu, was einen Großteil der Befragten darstellt. Sieben Personen stimmen nicht zu und eine Person macht bei dieser Aussage keine Angabe. Bei Aussage 6 *„Ein normal entwickeltes Kind spricht im Alter von 12 Monaten die ersten Wörter“* machen insgesamt drei LogopädInnen keine Angabe, neun stimmen zu und eine Person stimmt nicht zu. Im Bereich der HNO-ÄrztInnen zeigt sich ein anderes Bild, denn drei Personen stimmen zu, eine Person stimmt ebenfalls nicht zu. Zwei KindergartenpädagogInnen und fünf KinderärztInnen stimmen der Aussage zu, die restlichen Befragten dieser beiden Berufsgruppen stimmen nicht zu. Aussage 7 *„Ein normal entwickeltes Kind bildet im Alter von 24 Monaten die ersten Mehrwortäußerungen“* stimmt mit zwölf LogopädInnen, sieben KinderärztInnen, zwei HNO-ÄrztInnen und zwei KindergartenpädagogInnen ein Großteil der Befragten zu.

Es fällt auf, dass nur sehr wenige Personen die Möglichkeit wählen, mit der Antwortoption „*Weiß nicht*“ anzugeben, dass sie sich unsicher sind. Stattdessen machen sie oft keine Angabe oder ergänzen die Aussagen oder streichen Teile davon weg. Es zeigt sich sehr gut, ob sich die Befragten der einzelnen Berufsgruppen bei den verschiedenen Aussagen einig sind oder nicht. Ergibt sich Uneinigkeit, so ist diese auch deutlich erkennbar. Die größten Uneinigkeiten innerhalb der Berufsgruppen zeigen sich bei den LogopädInnen und KinderärztInnen, bei den anderen beiden Gruppen von Befragten ist dies aufgrund der geringen Anzahl an Personen schwer feststellbar. Insgesamt ruft Aussage 1 *„Die Sprachentwicklung verläuft grundsätzlich bei jedem Kind gleich, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann“* sehr gegensätzliche Antworten auf. Ebenso bei Aussage 4 *„Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung zu Hause ausreichend“*. Hier zeigen sich keine Unterschiede im Vergleich mit der allgemeinen Analyse.

In einem nächsten Schritt wird dargestellt, wie oft die Befragten der unterschiedlichen Berufsgruppen Fortbildungen zum Thema Sprachentwicklung besuchen. Dies ist in Tabelle 14 *„Anzahl an Personen der unterschiedlichen Berufsgruppen, die Fortbildungen und Kongresse besucht haben“* ersichtlich. Es zeigt sich, dass jeweils eine Person jeder Berufsgruppe angibt, nie Fortbildungen oder Kongresse zu diesem Thema zu besuchen. Die meisten Fortbildungen besuchen LogopädInnen mit einer Person, die insgesamt mehr als 30 Tage innerhalb der letzten fünf Jahre damit verbracht hat, acht Personen, die sich in der Spanne von 11-20 Tagen einstufen und drei Personen, die die Kategorie 1-10 Tage gewählt haben. Von den KinderärztInnen geben sechs Personen an, an 1 bis 10 Tagen Fortbildungen besucht zu haben, eine Person liegt im Bereich von 11-20 Tagen. Sehr wenige Fortbildungen besuchen HNO-ÄrztInnen und KindergartenpädagogInnen, von denen drei beziehungsweise zwei Personen angeben, 1-10 Tage in Fortbildungen investiert zu haben, wobei diese Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobenzahl nicht als aussagekräftig beurteilt werden können.

	Nie	1-10 Tage	11-20 Tage	21-30 Tage	Mehr als 30 Tage
Logo	1	3	8	0	1
KA	1	6	1	0	0
HNO	1	3	0	0	0
KiGa	1	2	0	0	0
Gesamt	4	14	9	0	1

Tabelle 14: Anzahl an Personen der unterschiedlichen Berufsgruppen, die Fortbildungen und Kongresse besucht haben

Tabelle 15 *„Häufigkeit des Lesens von Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung der unterschiedlichen Berufsgruppen“* zeigt, wie häufig die Vertreter der unterschiedlichen Berufsgruppen Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung lesen. Im Bereich der LogopädInnen zeigt sich, dass vier

Personen mehr als 12 Mal pro Jahr und sieben Personen 6-12 Mal pro Jahr Fachzeitschriften lesen. Lediglich eine Person dieser Berufsgruppe gibt an, dies nie zu tun. Im Bereich der HNO-ÄrztInnen gibt eine Person an, nie Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung zu lesen. Eine Person befindet sich im Bereich „*einmal pro Jahr*“ und zwei Befragte wählten die Möglichkeit „*2-5 Mal pro Jahr*“. Die befragten KindergartenpädagogInnen beschäftigen sich damit in einem ähnlichen Ausmaß. Eine Person gibt an, nie Fachzeitschriften zu lesen, eine geht dieser Tätigkeit einmal pro Jahr nach und eine befindet sich bereits im Bereich „*2-5 Mal pro Jahr*“. Die KinderärztInnen beschäftigen sich wiederum öfters damit, denn eine Person gibt an, mehr als 12 Mal pro Jahr Fachzeitschriften zu lesen; drei Personen tun dies immerhin 2-5 Mal pro Jahr und ebenfalls drei Befragte geben an, einmal pro Jahr dieser Tätigkeit nachzugehen. Eine Person dieser Berufsgruppe beschäftigt sich damit nie.

	Nie	Einmal pro Jahr	2-5 Mal pro Jahr	6-12 Mal pro Jahr	Mehr als 12 Mal pro Jahr	Keine Angabe
Logo	1	0	0	7	4	1
KA	1	3	3	0	1	0
HNO	1	1	2	0	0	0
KiGa	1	1	1	0	0	0
Gesamt	3	5	13	4	2	1

Tabelle 15: Häufigkeit des Lesens von Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung der unterschiedlichen Berufsgruppen

Im Weiteren werden die in Tabelle 7 beschriebenen Vorgehen nun in Zusammenhang mit den Berufsgruppen gebracht. Dies ist in Tabelle 16 „*Berufe und Antworten der Vorgehen*“ dargestellt. Bei jedem Vorgehen machen jeweils zwei Personen keine Angabe. Vorgehen 1 „*In diesem Alter ist eine solche Feststellung noch nicht möglich*“ lehnen alle bis auf die zwei Personen, die keine Angabe machen, ab. Bei Vorgehen 2 „*Die Sprachförderung soll in diesem Alter durch die Eltern erfolgen*“ ist dies nicht so eindeutig. Sieben

LogopädInnen, zwei KinderärztInnen und ein HNO-Arzt/ eine HNO-Ärztin würden dieses Vorgehen wählen. Fünf LogopädInnen, fünf KinderärztInnen, drei HNO-ÄrztInnen sowie drei KindergartenpädagogInnen lehnen dieses Vorgehen strikt ab. Vorgehen 3 *„Ich empfehle, das Kind innerhalb der besuchten Kinderbetreuungsstätte sprachlich zu fördern“* stimmen nur ein Logopäde/ eine Logopädin, zwei KinderärztInnen sowie ein Kindergartenpädagoge/ eine Kindergartenpädagogin zu, elf LogopädInnen, fünf KinderärztInnen, vier HNO-ÄrztInnen und zwei KindergartenpädagogInnen würden dieses Vorgehen nicht wählen. Vorgehen 4 *„Ich empfehle den Eltern, einen Hörtest durchführen zu lassen“* stimmen alle Personen bis auf die zwei Personen, die keine Angabe machen sowie eine Person der Gruppe HNO-ÄrztInnen, zu. Acht LogopädInnen geben an, Vorgehen 5 *„Ich empfehle den Eltern eine logopädische Therapie“* in der Praxis durchzuführen, während vier LogopädInnen dies nicht tun. Im Bereich der HNO-ÄrztInnen ist dies ausgeglichen mit zwei Personen, die zustimmen und zwei Personen, die dieses Vorgehen ablehnen. Zwei KindergartenpädagogInnen und ein Kinderarzt/ eine Kinderärztin würden dieses Vorgehen unterstützen, während es eine beziehungsweise sechs Personen dieser Berufsgruppen ablehnen. Vorgehen 6 *„Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 2 ½ Jahren“* stimmen neun LogopädInnen zu, während es drei ablehnen. Im Bereich der KinderärztInnen führen sechs Personen Vorgehen 6 durch, von einer Person wird es abgelehnt. Alle vier HNO-ÄrztInnen geben an, dieses Vorgehen nicht durchzuführen. Lediglich ein Kindergartenpädagoge/ eine Kindergartenpädagogin gibt an, Vorgehen 6 zu unterstützen, während es von zwei Personen dieser Berufsgruppe abgelehnt wird. Vorgehen 7 *„Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 3 Jahren“* stimmen insgesamt drei LogopädInnen, ein Kinderarzt/ eine Kinderärztin zwei HNO-ÄrztInnen und zwei KindergartenpädagogInnen zu. Neun LogopädInnen, sechs KinderärztInnen, zwei HNO-ÄrztInnen und ein Kindergartenpädagoge/ eine Kindergartenpädagogin würden Vorgehen 7 nicht unterstützen. Drei LogopädInnen geben an, Vorgehen 8 *„Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 4 Jahren“* durchzuführen, während es von neun LogopädInnen nicht durchgeführt wird.

Sieben KinderärztInnen geben an, diesem Vorgehen nicht nachzugehen. Keiner der vier befragten HNO-ÄrztInnen führt dieses Vorgehen durch. Ein Kindergartenpädagoge/ eine Kindergartenpädagogin stimmt zu, zwei lehnen es ab.

		Logo	KA	HNO	KiGa
Vorgehen 1	Ja	0	0	0	0
	Nein	12	7	4	3
	Keine Angabe	1	1	0	0
Vorgehen 2	Ja	7	2	1	0
	Nein	5	5	3	3
	Keine Angabe	1	1	0	0
Vorgehen 3	Ja	1	2	0	1
	Nein	11	5	4	2
	Keine Angabe	1	1	0	0
Vorgehen 4	Ja	12	6	3	3
	Nein	0	1	1	0
	Keine Angabe	1	1	0	0
Vorgehen 5	Ja	8	1	2	2
	Nein	4	6	2	1
	Keine Angabe	1	1	0	0
Vorgehen 6	Ja	9	6	0	1
	Nein	3	1	4	2
	Keine Angabe	1	1	0	0
Vorgehen 7	Ja	3	1	2	2
	Nein	9	6	2	1
	Keine Angabe	1	1	0	0
Vorgehen 8	Ja	3	0	0	1
	Nein	9	7	4	2
	Keine Angabe	1	1	0	0

Tabelle 16: Berufe und Antworten der Vorgehen

Innerhalb der Gruppe der LogopädInnen zeigt sich bei Frage 3, bei der das weitere Vorgehen nach Erkennen einer Sprachentwicklungsauffälligkeit erfragt wird, bei den meisten Vorgehensmöglichkeiten große Einigkeit. Die Befragten sind sich einig, dass es auch in diesem jungen Alter bereits möglich ist, eine Verzögerung der Sprachentwicklung festzustellen. Einige LogopädInnen befinden, dass die Sprachförderung in diesem Alter durch die Eltern erfolgen sollte. Einige stimmen dem jedoch nicht zu. In den anderen Berufsgruppen geht die Tendenz eher in die Richtung, dass dies nicht zutrifft. Nur sehr wenige geben an, dass es sinnvoll wäre, eine Empfehlung darüber abzugeben, das Kind innerhalb der Kinderbetreuungsstätte sprachlich zu fördern. Ein sehr zufriedenstellendes Ergebnis zeigt sich dabei, dass fast alle Befragten zustimmen, dass sie den Eltern empfehlen, bei ihrem Kind einen Hörtest durchführen zu lassen. Wenn man davon ausgeht, dass das Hörvermögen eine für einen physiologischen Spracherwerb grundlegende Fähigkeit darstellt, so ist es beruhigend, zu wissen, dass auch die Personen, welche die Eltern in diesen Bereichen beraten, dieses Grundwissen beherrschen und sinnvoll anwenden. Bei der Frage, ob eine Sprachtherapie empfohlen wird, gehen die Meinungen stark auseinander. Interessant dabei ist die Tatsache, dass nicht alle LogopädInnen, sogar nur zwei Drittel der befragten, dieses Vorgehen als sinnvoll erachten. Vergleicht man die Literatur (Schlesiger 2009) zu diesem Thema, so zeigt sich, dass es bereits in diesem Alter zielführend ist, die betroffenen Kinder zu unterstützen und die Eltern zu beraten. Dies sollte zum Beispiel durch klinische LinguistInnen oder LogopädInnen erfolgen, da diese die notwendigen Kompetenzen zur Durchführung dieser Tätigkeit aufweisen.

In Tabelle 17 „Verwendung der Testverfahren der unterschiedlichen Berufsgruppen“ wird gezeigt, welche Testverfahren von den Vertretern der unterschiedlichen Berufsgruppen verwendet werden und welche Aspekte der Sprachentwicklung von ihnen getestet werden. Zwölf LogopädInnen geben an, die Sprachproduktion und das Sprachverständnis zu testen. Im Bereich der KinderärztInnen geben fünf Personen an, die Sprachproduktion zu überprüfen, beim Sprachverständnis sind es sieben Personen. Lediglich zwei HNO-ÄrztInnen testen das Sprachverständnis. Die KindergartenpädagogInnen testen

weder das Sprachverständnis noch die Sprachproduktion. Im Weiteren wird aufgezeigt, welche Testverfahren von den befragten Personen verwendet werden. Sieben LogopädInnen geben an, den ELFRA-2 zu verwenden, fünf Personen nutzen den SETK 2. Immerhin zehn LogopädInnen verwenden in der Praxis das Entwicklungsprofil von Zollinger (Zollinger 2004); jeweils eine Person nutzt den SETK 3-5 sowie den HSET Heidelberger Sprachentwicklungstest (Grimm & Schöler 1978) und vier Personen verlassen sich auf die PDSS Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (Kauschke & Siegmüller 2000). Zwei KinderärztInnen verwenden den ELFRA-2 und eine Person nutzt den SETK 2, die anderen Diagnostikinstrumente werden von dieser Berufsgruppe nicht verwendet. Von den HNO-ÄrztInnen wird keine der vorgeschlagenen Möglichkeiten genutzt. Da die KindergartenpädagogInnen angeben, weder Sprachverständnis noch Sprachproduktion zu überprüfen, nutzen sie im Weiteren auch keine der angebotenen diagnostischen Möglichkeiten.

		Logo	KA	HNO	KiGa
Sprachproduktion	Ja	12	5	0	0
	Nein	0	3	4	3
Sprachverständnis	Ja	12	7	2	0
	Nein	0	1	2	3
ELFRA 2	Ja	7	2	0	0
	Nein	5	4	2	0
SETK 2	Ja	5	1	0	0
	Nein	7	5	2	0
Zollinger	Ja	10	0	0	0
	Nein	2	6	2	0
SETK 3-5	Ja	1	0	0	0
	Nein	11	6	2	0
HSET	Ja	1	0	0	0
	Nein	11	6	2	0

PDSS	Ja	4	0	0	0
	Nein	8	6	2	0

Tabelle 17: Verwendung der Testverfahren der unterschiedlichen Berufsgruppen

4.4.1.3. Analyse nach Abschlussjahr

Um die Ergebnisse weiter analysieren zu können, wurde ermittelt, ob die Befragten ihre Berufsausbildung vor oder nach dem Jahr 1990 abgeschlossen haben. Dies ist in Tabelle 18 *„Abschluss der Berufsausbildung“* dargestellt. Zwölf Personen haben ihre Berufsausbildung vor oder im Jahr 1990 abgeschlossen. 16 Personen haben ihre Berufsausbildung nach dem Jahr 1990 abgeschlossen.

	Personenanzahl	Prozentangabe
Vor/ im Jahr 1990	12	42,9
Nach 1990	16	57,1
Gesamt	28	100

Tabelle 18: Abschluss der Berufsausbildung

Diese Angaben aus Tabelle 18 werden nun in Tabelle 19 *„Antworten zu den Aussagen nach Abschluss der Berufsausbildung“* mit den Zustimmungen zu den einzelnen Aussagen aus Tabelle 9 korreliert. Bei den Aussagen 1 *„Die Sprachentwicklung verläuft grundsätzlich bei jedem Kind gleich, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann“*, 2 *„Es gibt wichtige Meilensteine der Sprachentwicklung, die in bestimmten Zeitfenstern erreicht werden sollten“* und 3 *„Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung im Kindergarten ausreichend“* sowie 6 *„Ein normal entwickeltes Kind spricht im Alter von 12 Monaten die ersten Wörter“* und 7 *„Ein normal entwickeltes Kind bildet im Alter von 24 Monaten die ersten Mehrwortäußerungen“* zeigt sich eine gleichmäßige

Verteilung der Zustimmungen und Ablehnungen. Aussage 4 „*Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung zu Hause ausreichend*“ stimmen Personen, die ihre Ausbildung nach dem Jahr 1990 abgeschlossen haben, tendenziell häufiger nicht zu als die Personen, die ihre Ausbildung vor oder im Jahr 1990 abgeschlossen haben. Bei Aussage 5 „*Die logopädische Therapie einer Sprachentwicklungsverzögerung ist bereits ab dem Alter von 2 Jahren sinnvoll*“ stimmen die Personen, die ihre Ausbildung nach dem Jahr 1990 abgeschlossen haben, mit einer Signifikanz von 0,01 häufiger zu. Bei dieser Aussage zeigt sich ein signifikanter Unterschied.

		Vor/ im Jahr 1990	Nach 1990
Aussage 1	Stimme zu	4	7
	Stimme nicht zu	6	7
	Weiß nicht	0	0
	Keine Angabe	2	2
Aussage 2	Stimme zu	10	14
	Stimme nicht zu	2	2
	Weiß nicht	0	0
	Keine Angabe	0	0
Aussage 3	Stimme zu	2	1
	Stimme nicht zu	8	12
	Weiß nicht	2	2
	Keine Angabe	0	1
Aussage 4	Stimme zu	6	2
	Stimme nicht zu	6	12
	Weiß nicht	0	2
	Keine Angabe	0	0
Aussage 5	Stimme zu	5	15
	Stimme nicht zu	6	1
	Weiß nicht	1	0
	Keine Angabe	0	0

Aussage 6	Stimme zu	8	11
	Stimme nicht zu	2	4
	Weiß nicht	0	0
	Keine Angabe	2	1
Aussage 7	Stimme zu	10	13
	Stimme nicht zu	1	3
	Weiß nicht	0	0
	Keine Angabe	1	0

Tabelle 19: Antworten zu den Aussagen nach Abschluss der Berufsausbildung

Dies zeigt, dass die Erkenntnis der Literatur (Schlesiger 2009), dass betroffene Kinder auch frühzeitig schon Hilfe bekommen sollten, auch in die Ausbildung der Personen mit einfließt. Es zeigt auch, dass sich die Personen, welche ihre Ausbildung bereits früher abgeschlossen haben, nicht alle in einem Ausmaß fortbilden, welches notwendig wäre, um ein zeitgemäßes Wissen über die kindliche Sprachentwicklung zu halten. Das Wissen darüber, wie wichtig eine frühzeitige Erkennung und auch Therapie einer kindlichen Sprachentwicklungsverzögerung ist, hat bereits Einzug in die Praxis der Menschen, welche mit betroffenen Kindern zu tun haben, gehalten. Die Personen, welche ihre Ausbildung schon früher abgeschlossen haben, bilden sich nicht alle in einem ausreichenden Maße fort. Einige scheinen noch an den „alten“ Maßstäben zum Thema Beginn einer Therapie festzuhalten.

Die Anzahl an Fortbildungen, die die Personen absolviert haben, wird in Tabelle 20 *„Besuchte Fortbildungen und Kongresse in Zusammenhang mit dem Abschluss der Berufsausbildung“* in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung gebracht. Dabei zeigen sich eine gleichmäßige Verteilung und keine signifikanten Unterschiede.

	Nie	1-10 Tage	11-20 Tage	21-30 Tage	Mehr als 30 Tage
Vor/ im Jahr 1990	2	6	4	0	0
Nach 1990	2	8	5	0	1
Gesamt					

Tabelle 20: Besuchte Fortbildungen und Kongresse in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung

Interessanterweise gibt es hier keinen großen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dies zeigt nun, dass die Fortbildungen keinen so großen Einfluss auf den Wissensstand der Personen haben, wie man annehmen würde. Es muss also einen anderen Grund dafür geben, dass die Personen, welche ihre Berufsausbildung später abgeschlossen haben, über einen aktuelleren Wissensstand verfügen.

Im Weiteren wird in Tabelle 21 „*Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung*“ dargestellt, welche Vorgehen die Vertreter der zwei gewählten Gruppen unterstützen. Es zeigt sich ebenfalls eine gleichmäßige Verteilung.

		Vor/ Im Jahr 1990	Nach dem Jahr 1990
Vorgehen 1	Ja	0	0
	Nein	10	16
	Keine Angabe	2	0
Vorgehen 2	Ja	4	6
	Nein	6	10
	Keine Angabe	2	0
Vorgehen 3	Ja	1	3
	Nein	9	13
	Keine Angabe	2	0

Vorgehen 4	Ja	9	15
	Nein	1	1
	Keine Angabe	2	0
Vorgehen 5	Ja	3	10
	Nein	7	6
	Keine Angabe	2	0
Vorgehen 6	Ja	7	9
	Nein	3	7
	Keine Angabe	2	0
Vorgehen 7	Ja	4	4
	Nein	6	12
	Keine Angabe	2	0
Vorgehen 8	Ja	2	2
	Nein	8	14
	Keine Angabe	2	0

Tabelle 21: Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung

In Tabelle 22 „*Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung*“ wird zusammengefasst, welche Testverfahren die Personen, die ihre Berufsausbildung vor oder nach dem Jahr 1990 abgeschlossen haben, verwenden.

		Vor/ Im Jahr 1990	Nach dem Jahr 1990
Sprachproduktion	Ja	8	9
	Nein	3	7
Sprachverständnis	Ja	9	12
	Nein	2	4
ELFRA-2	Ja	6	3
	Nein	2	9

SETK 2	Ja	3	3
	Nein	5	9
Zollinger	Ja	4	6
	Nein	4	6
SETK 3-5	Ja	1	0
	Nein	7	12
HSET	Ja	1	0
	Nein	7	12
PDSS	Ja	4	0
	Nein	4	12

Tabelle 22: Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung

4.4.1.4. Analyse der LogopädInnen

In einem nächsten Schritt sollen die Fragebögen, welche von LogopädInnen ausgefüllt wurden, näher betrachtet werden, da sie mit 13 Stück immerhin fast die Hälfte der Gesamtanzahl ausmachen.

In Tabelle 23 „Antworten der LogopädInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung“ werden die Zustimmungen und Ablehnungen zu den Aussagen 1-7 der LogopädInnen, die ihre Berufsausbildung vor oder nach dem Jahr 1990 abgeschlossen haben, dargestellt.

LogopädInnen		Vor/ im Jahr 1990	Nach 1990
Gesamt		6	7
Aussage 1	Stimme zu	2	5
	Stimme nicht zu	4	2
Aussage 2	Stimme zu	5	7
	Stimme nicht zu	1	0

Aussage 3	Stimme zu	1	0
	Stimme nicht zu	5	6
	Keine Angabe	0	1
Aussage 4	Stimme zu	2	2
	Stimme nicht zu	4	5
Aussage 5	Stimme zu	4	7
	Stimme nicht zu	2	0
Aussage 6	Stimme zu	3	6
	Stimme nicht zu	1	0
	Keine Angabe	2	1
Aussage 7	Stimme zu	1	0
	Stimme nicht zu	5	7

Tabelle 23: Antworten der LogopädInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung

In Tabelle 24 „Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der LogopädInnen“ wird dargestellt, welche Vorgehen die LogopädInnen, die ihre Berufsausbildung vor oder nach dem Jahr 1990 abgeschlossen haben, wählen würden und in der Praxis durchführen. Dabei zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung der Antworten. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Vorgehen der LogopädInnen, die ihre Berufsausbildung vor oder im Jahr 1990 abgeschlossen haben und denen, die ihre Berufsausbildung nach dem Jahr 1990 abgeschlossen haben.

LogopädInnen		Vor/ Im Jahr 1990	Nach dem Jahr 1990
Gesamt		6	7
Vorgehen 1	Ja	0	0
	Nein	5	7
	Keine Angabe	1	0

Vorgehen 2	Ja	3	4
	Nein	2	3
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 3	Ja	1	0
	Nein	4	7
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 4	Ja	5	7
	Nein	0	0
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 5	Ja	3	5
	Nein	2	2
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 6	Ja	4	5
	Nein	1	2
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 7	Ja	2	1
	Nein	3	6
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 8	Ja	2	1
	Nein	3	6
	Keine Angabe	1	0

Tabelle 24: Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der LogopädInnen

In Tabelle 25 „*Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der LogopädInnen*“ wird dargestellt, welche Testverfahren von den LogopädInnen verwendet werden. Ebenso ist hier der Aspekt des Abschlussjahres der Berufsausbildung eingebaut. Es zeigt sich dabei, dass es keine Unterschiede zwischen der Verwendung von Testverfahren gibt. Das Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung scheint darauf keinen großen Einfluss zu haben.

LogopädInnen		Vor/ Im Jahr 1990	Nach dem Jahr 1990
Gesamt		6	7
Sprachproduktion	Ja	5	7
	Nein	0	0
Sprachverständnis	Ja	5	7
	Nein	0	0
ELFRA-2	Ja	4	3
	Nein	1	4
SETK 2	Ja	2	3
	Nein	3	4
Zollinger	Ja	4	6
	Nein	1	1
SETK 3-5	Ja	1	0
	Nein	4	7
HSET	Ja	1	0
	Nein	4	7
PDSS	Ja	4	0
	Nein	1	7

Tabelle 25: Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der LogopädInnen

4.4.1.5. Analyse der KinderärztInnen

Da die Gruppe der befragten KinderärztInnen acht Personen ausmacht, soll auch diese näher betrachtet werden.

In Tabelle 26 „Antworten der KinderärztInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung“ wird gezeigt, welchen Aussagen die befragten KinderärztInnen, die vor oder nach dem Jahr 1990 ihre Berufsausbildung abgeschlossen haben, zustimmen

beziehungsweise welche sie ablehnen. Dabei zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung.

KinderärztInnen		Vor/ im Jahr 1990	Nach 1990
Gesamt		5	3
Aussage 1	Stimme zu	2	1
	Stimme nicht zu	1	1
	Keine Angabe	2	1
Aussage 2	Stimme zu	4	2
	Stimme nicht zu	1	1
Aussage 3	Stimme zu	3	3
	Weiß nicht	2	0
Aussage 4	Stimme zu	3	0
	Stimme nicht zu	2	3
Aussage 5	Stimme zu	1	3
	Stimme nicht zu	3	0
	Weiß nicht	1	0
Aussage 6	Stimme zu	4	1
	Stimme nicht zu	1	2
Aussage 7	Stimme zu	5	2
	Stimme nicht zu	0	1

Tabelle 26: Antworten der KinderärztInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung

In Tabelle 27 „Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der KinderärztInnen“ ist ersichtlich, welche Vorgehen die befragten KinderärztInnen unterstützen beziehungsweise welche sie in der Praxis auch durchführen. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Bei

Vorgehen 3 „Ich empfehle, das Kind innerhalb der besuchten Kinderbetreuungsstätte sprachlich zu fördern“ zeigt sich eine Tendenz dazu, dass die KinderärztInnen, welche ihre Berufsausbildung vor oder im Jahr 1990 abgeschlossen haben, dieses Vorgehen eher ablehnen.

KinderärztInnen		Vor/ Im Jahr 1990	Nach dem Jahr 1990
Gesamt		5	3
Vorgehen 1	Ja	0	0
	Nein	4	3
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 2	Ja	1	1
	Nein	3	2
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 3	Ja	0	2
	Nein	4	1
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 4	Ja	3	3
	Nein	1	0
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 5	Ja	0	1
	Nein	4	2
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 6	Ja	3	3
	Nein	1	0
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 7	Ja	1	0
	Nein	3	3
	Keine Angabe	1	0

Vorgehen 8	Ja	0	0
	Nein	4	3
	Keine Angabe	1	0

Tabelle 27: Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der KinderärztInnen

In Tabelle 28 „*Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der KinderärztInnen*“ wird dargestellt, welche Testverfahren von den KinderärztInnen verwendet werden in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung. Es werden lediglich zwei Testverfahren von den befragten KinderärztInnen verwendet.

KinderärztInnen		Vor/ Im Jahr 1990	Nach dem Jahr 1990
Gesamt		5	3
Sprachproduktion	Ja	3	2
	Nein	2	1
Sprachverständnis	Ja	4	3
	Nein	1	0
ELFRA-2	Ja	2	0
	Nein	1	3
SETK 2	Ja	1	0
	Nein	2	3

Tabelle 28: Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der KinderärztInnen

Im Weiteren soll im Bereich der KinderärztInnen ein Augenmerk auf das Geschlecht der Befragten gelegt werden. In Tabelle 29 „*Antworten der KinderärztInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit ihrem Geschlecht*“

wird dies in Zusammenhang mit den Aussagen 1-7 dargestellt. Es zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung. Weibliche Kinderärztinnen stimmen Aussage 6 „*Ein normal entwickeltes Kind spricht im Alter von 12 Monaten die ersten Wörter*“ mit einer Signifikanz von 0,03 häufiger zu als männliche.

KinderärztInnen		Weiblich	Männlich
Gesamt		4	4
Aussage 1	Stimme zu	2	1
	Stimme nicht zu	0	2
	Keine Angabe	2	1
Aussage 2	Stimme zu	3	3
	Stimme nicht zu	1	1
Aussage 3	Stimme zu	3	3
	Weiß nicht	1	1
Aussage 4	Stimme zu	2	1
	Stimme nicht zu	2	3
Aussage 5	Stimme zu	1	3
	Stimme nicht zu	2	1
	Weiß nicht	1	0
Aussage 6	Stimme zu	4	1
	Stimme nicht zu	0	3
Aussage 7	Stimme zu	4	3
	Stimme nicht zu	0	1

Tabelle 29: Antworten der KinderärztInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit ihrem Geschlecht

In Tabelle 30 „*Antworten der Vorgehen der weiblichen und männlichen KinderärztInnen*“ werden die durchgeführten Vorgehen der männlichen und weiblichen KinderärztInnen verglichen. Es zeigen sich keine unterschiedlichen Vorgangsweisen in Bezug auf das Vorgehen in der Praxis.

KinderärztInnen		Weiblich	Männlich
Gesamt		4	4
Vorgehen 1	Ja	0	0
	Nein	3	4
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 2	Ja	1	1
	Nein	2	3
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 3	Ja	1	1
	Nein	2	3
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 4	Ja	2	4
	Nein	1	0
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 5	Ja	1	0
	Nein	2	4
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 6	Ja	2	4
	Nein	1	0
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 7	Ja	1	0
	Nein	2	4
	Keine Angabe	1	0
Vorgehen 8	Ja	0	0
	Nein	3	4
	Keine Angabe	1	0

Tabelle 30: Antworten der Vorgehen der weiblichen und männlichen KinderärztInnen

In Tabelle 31 „Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Geschlecht der KinderärztInnen“ wird erfasst, welche Testverfahren von den KinderärztInnen verwendet werden in Zusammenhang mit dem Geschlecht. Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen KinderärztInnen in Bezug auf die Verwendung von Diagnostikinstrumenten.

KinderärztInnen		Weiblich	Männlich
Gesamt		4	4
Sprachproduktion	Ja	2	3
	Nein	2	1
Sprachverständnis	Ja	3	4
	Nein	1	0
ELFRA-2	Ja	1	1
	Nein	2	2
SETK 2	Ja	0	1
	Nein	3	2

Tabelle 31: Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Geschlecht der KinderärztInnen

Es ist hier allerdings zu beachten, dass nur jeweils eine sehr kleine Gruppe befragt werden konnte und dass es wahrscheinlich zu aussagekräftigeren Ergebnissen kommen würde, wenn eine größere Gruppe befragt werden würde.

4.4.2. Qualitative Analyse

Neben der quantitativen Analyse der Daten soll auch eine qualitative Bearbeitung erfolgen, da dies aufgrund der geringen Fragebogenanzahl auch Sinn macht. Weiters haben viele der Befragten auch zusätzliche Informationen und Anmerkungen auf den Fragebögen angegeben, welche in der quantitativen Analyse nicht beachtet werden könnten.

Von den 25 HNO-ÄrztInnen, welche einen Fragebogen erhielten, beantworteten ihn nur vier Personen. Dies lässt auch einen bestimmten Schluss zu. Möglicherweise besteht seitens dieser Berufsgruppe kein sehr großes Interesse am Bereich der Sprachentwicklung oder aber die Befragten haben mit betroffenen Kindern im klinischen Alltag keinen Kontakt, aus welchen Gründen auch immer. Hier sind verschiedene Spekulationen möglich, die jedoch nicht bestätigt werden können. Eine HNO-Ärztin merkt an, dass besonders Kinder im Alter von zwei Jahren bei Ärzten das für dieses Alter typische „Fremdeln“ zeigen und es daher für die Untersuchenden sehr schwierig sein kann, überhaupt in Kontakt mit dem Kind zu kommen. Sie bietet auch eine Hospitation an, bei der diese Tatsache genauer beobachtet werden könnte.

Von 50 versandten Fragebögen an insgesamt 25 Kinderkrippen wurden lediglich drei Fragebögen zurückgeschickt. Dies liegt jedoch daran, dass die entsprechende Genehmigung, die zum Verteilen von Fragebögen in öffentlichen Kindergärten notwendig ist, nicht zeitgerecht eingeholt werden konnte. Es fällt auf, dass die Befragten erst seit kurzem in ihrem Beruf tätig sind und auch noch ein im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen niedriges Alter aufweisen.

Im Bereich der LogopädInnen wurden mit 13 Stück die meisten Fragebögen zurückgeschickt, was auch ein Zeichen dafür ist, dass die Befragten dieser Berufsgruppe ein sehr großes Interesse am Thema der Befragung aufweisen. Einige merken an, dass viele Kinder im Alter von zwei Jahren noch keine Kinderbetreuungseinrichtung besuchen.

Im Bereich der KinderärztInnen haben acht Personen den Fragebogen zurückgeschickt. Eine Person machte darauf aufmerksam, dass in naher Zukunft eine Fortbildung für KinderärztInnen angesetzt war, welche sich unter anderem mit dem Thema „Erkennung von Sprachentwicklungsauffälligkeiten im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen“ auseinander setzte.

4.4.3. Herausforderungen

Im Laufe der Datenerhebung zeigten sich gewisse Einschränkungen, die in diesem Kapitel näher beschrieben werden sollen.

Die angeschriebenen Kinderkrippen waren alle Kindergärten der Stadt Wien. Um in diesen eine Fragebogenuntersuchung durchzuführen, ist es erforderlich, vorerst eine Genehmigung einzuholen. Diese Information wurde von einer Befragten an die Untersucherin weitergegeben, nachdem diese einen Fragebogen zugeschickt bekommen hatte. Infolge dessen wurden auch alle anderen Kinderkrippen darüber informiert, dass es ohne Genehmigung leider nicht erlaubt ist, den Fragebogen auszufüllen. Drei KindergartenpädagogInnen schickten ihn trotzdem, vermutlich privat, zurück. Die daraus entstehende geringe Anzahl an Fragebögen in diesem Bereich ist sehr unbefriedigend, da dieser Teil der Untersuchung sehr spannend hätte sein können. Es war jedoch in dem gegebenen Zeitrahmen nicht möglich, die entsprechenden Daten zu erheben.

Eine weitere Herausforderung ist die Tatsache, dass es in Wiener Kinderkrippen und Kindergärten einen sehr hohen Anteil an zwei- oder mehrsprachigen Kinder gibt. Diese konnten nicht in die Untersuchung mit einbezogen werden. Vielen scheint es jedoch ein Anliegen zu sein, gerade in diesem Bereich gezielter zu forschen, um neue Möglichkeiten der Sprachförderung entwickeln zu können. Dies könnte Thema einer weiteren sehr interessanten wissenschaftlichen Arbeit sein.

Die größte Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass insgesamt nur 28 von 100 Personen den Fragebogen zurückgeschickt haben und die quantitative Auswertung jeweils nur Tendenzen anzeigen, jedoch keine eindeutigen Ergebnisse liefern kann. Es wäre sehr spannend, die Befragung in einem größeren Umfang durchführen zu können, was aber im Zuge dieser Arbeit nicht möglich war.

5. Diskussion

Insgesamt fällt auf, dass zwar viele der befragten Personen angeben, Sprachproduktion und/ oder Sprachverständnis zu testen, dass sie dies jedoch eher weniger mit standardisierten und eigens dafür entwickelten Verfahren tun. Viele beurteilen die Spontansprache des Kindes und testen das Sprachverständnis, indem sie situativ nach Gegenständen oder Körperteilen zeigen lassen. Problematisch ist dies deshalb, da die Sprache in diesem Alter durch solche Methoden oft nicht ausreichend überprüft werden kann. Viele Dinge kann sich ein Kind auch rein situativ erschließen, ohne die einzelnen Wörter in ihrer Bedeutung zu verstehen. Oft sind in solchen Situationen die Eltern anwesend und „helfen“ dem Kind bei den zu lösenden Aufgaben und verfälschen damit das Ergebnis. Wie Untersuchungen (Rescorla 2005) zeigen, muss die Größe des Wortschatzes erfasst werden, um ausschließen zu können, dass Kinder in einen Risikobereich für eine spätere Sprachentwicklungsstörung fallen. Durch solche eigens erstellten Methoden ist eine genaue Erfassung des kindlichen Sprachvermögens aber unmöglich. Wird ein Verfahren zur Testung gewählt, so ist es auch sehr wichtig, darauf zu achten, dass dieses linguistisch fundiert ist (z. B. TROG-D von Annette Fox). Viele der gängigen Verfahren eignen sich dafür nicht.

Nun zeigt sich in der Literatur (Schlesiger 2009; Kademmann 2009; Möller & Spreen-Rauscher 2009), dass betroffene Kinder möglichst früh erfasst werden sollten, um durch geeignete Methoden wie Elternberatung und Sprachtherapie so bald wie möglich die Unterstützung zu erhalten, die sie brauchen, um ihren Sprachentwicklungsrückstand aufholen zu können. Dies ist in Kapitel 2.2.3. *Diagnostische Möglichkeiten* und Kapitel 2.2.4. *Sprachtherapeutische Möglichkeiten* näher beschrieben. Aus der Befragung geht hervor, dass wie oben erwähnt nur selten standardisierte Verfahren angewendet werden, um betroffene Kinder zu identifizieren. So könnte man annehmen, dass sowieso nur die Kinder als sprachentwicklungsverzögert erkannt werden, welche eher schon in Richtung einer massiven Verzögerung tendieren als solche, welche sich in den Grenzbereichen zur physiologischen Sprachentwicklung bewegen.

Es ist interessant, zu sehen, welche Vorgehen die Befragten angeben, durchzuführen, nachdem sie so ein Kind identifiziert haben. In der Literatur (Rescorla 2005) ist beschrieben, dass es bereits im Alter von zwei Jahren möglich ist, Late Talkers von den Kindern zu unterscheiden, welche eine physiologische Sprachentwicklung durchleben. Auch die Befragten sind sich darin einig, dass eine solche Feststellung schon in diesem Alter möglich ist. Im Bereich der Therapiemethoden und Interventionen gibt es zusätzlich Konzepte, welche erfolgreich mit Late Talkers arbeiten. Dennoch geben zehn der befragten Personen an, dass sie es für richtig und ausreichend halten, wenn die Sprachförderung in diesem Alter durch die Eltern erfolgt. Gleichzeitig empfehlen nur wenige, das Kind innerhalb der Kinderbetreuungsstätte sprachlich zu fördern. Natürlich ist es eine wichtige Voraussetzung für den Spracherwerb, dass das Kind in seinen Alltagserlebnissen von der Sprache der Eltern und KindergartenpädagogInnen begleitet wird. Dies kann jedoch kein Ersatz für eine Sprachtherapie sein, in der die Defizite des Kindes differenziert erkannt und gezielt bearbeitet werden können.

Obwohl die Befragten anerkennen, dass es möglich ist, eine Verzögerung der Sprachentwicklung in diesem Alter zu identifizieren, ziehen nicht alle einen praktischen Nutzen daraus. Die Tatsache, dass das Hörvermögen eine wichtige Grundlage für einen physiologischen Spracherwerb darstellt, scheint tief in den Köpfen der Befragten verankert zu sein, da fast alle angeben, den Eltern einen Hörtest zu empfehlen. Besonders spannend ist das Ergebnis im Bereich der Empfehlung einer Sprachtherapie. Genau die Hälfte der Befragten gibt an, dies anzustreben, während es von der anderen Hälfte abgelehnt wird. Hier zeigt sich, dass die Meinungen in allen Berufsgruppen stark auseinander gehen.

Laut Literatur (Girolametto & Pearce 1997; Wing, Kohnert, Phan, Cordero, Ebert, Kann & Blaiser 2007) wäre es schon in diesem Alter sinnvoll, doch auch viele LogopädInnen sind damit nicht einverstanden. Klarerweise ist es in diesem jungen Alter auch noch besonders wichtig, die Eltern sehr stark mit in die Therapie mit einzubinden, da sie die meiste Zeit mit ihrem Kind verbringen. Dies ist aber nur durch eine Betreuung in Form einer Sprachtherapie oder intensiver Elternanleitung möglich, wo das Augenmerk auch speziell auf der

Sprache des Kindes liegt und wo die Möglichkeit besteht, über einen längeren Zeitraum in kurzen Intervallen betreut zu werden. Viele geben an, die Sprachentwicklung des Kindes im Alter von zweieinhalb Jahren nochmals zu testen, aber kaum jemand wählt die Option, sie im Alter von drei oder vier Jahren wiederholt zu überprüfen. Gerade wenn ein Kind schon im Alter von zwei Jahren Auffälligkeiten zeigt, sollte es immer wieder genau untersucht werden, um zu jedem Zeitpunkt neu entscheiden zu können, ob irgendeine Art von Intervention notwendig ist. Dieser Anschein entsteht vermutlich deshalb, da die Fragebogenkonstruktion hierbei keine genauen Anweisungen gibt.

Die unter Punkt 4 des Fragebogens angebotenen Aussagen sollen anzeigen, über was für ein Wissen über die frühe Sprachentwicklung im Allgemeinen die Befragten verfügen. Dies ist interessant, da dadurch möglicherweise auch erkennbar ist, warum ein bestimmtes Vorgehen von ihnen gewählt wurde. Bei der Aussage, dass die Sprachentwicklung eines jeden Kindes grundsätzlich gleich verläuft, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann, gibt es bereits erste Unstimmigkeiten. Die Hälfte der Befragten stimmt zu, die andere Hälfte nicht. Möglicherweise ist die Formulierung auch zu ungenau, sodass sich die Befragten nicht sicher waren, was gemeint war und deshalb so unterschiedlich geantwortet haben.

Der Aussage, dass es wichtige Meilensteine der Sprachentwicklung gibt, welche in bestimmten Zeitfenstern erreicht werden sollten, wird allgemein zugestimmt. Diese Information ist offenbar so weit verbreitet, dass sich fast alle Befragten damit identifizieren konnten. Einige geben an, dass eine Sprachförderung in diesem Alter im Kindergarten und zu Hause ausreichend sei. Wie oben beschrieben, kann dies als Unterstützung hilfreich sein, jedoch keine Therapie ersetzen. Der Großteil der Befragten gibt hier ebenfalls an, dass dies nicht ausreichend ist. Weiters halten es viele für sinnvoll, bereits ab dem Alter von zwei Jahren eine Therapie der Sprachentwicklungsverzögerung anzubieten. Es ist befriedigend, dass sich dieses Erkenntnis der Wissenschaft schon so weit in die Praxis weiter verbreitet hat, dass immerhin fast alle der Befragten zustimmen. Die wichtigen Meilensteine der Sprachentwicklung, dass ein Kind im Alter von einem Jahr die ersten zehn Wörter spricht und im Alter

von zwei Jahren die ersten Mehrwortäußerungen bildet, scheinen ebenfalls weithin bekannt. Dennoch gibt es bei diesen beiden Aussagen jeweils einige Personen, die nicht zustimmen, was doch die Frage aufwirft, aus welchen Gründen dies geschehen ist.

Im Allgemeinen sollen nun die anfangs gestellten Fragestellungen dieser Arbeit näher beantwortet werden.

Mit der ersten Forschungsfrage „*Aktueller Wissensstand der Forschung*“ sollte der aktuelle Stand der Forschung im Bereich Late Talkers beleuchtet werden. Dies ist in der Analyse der Literaturrecherche eingehend erfolgt. Es zeigt sich, dass bereits Studien zu diesem Thema durchgeführt wurden. Diese beschäftigen sich mit der Rolle der Mutter-Kind-Interaktion (D’Odorico & Jacob 2006; Claudia Laufer), mit dem Erscheinungsbild (Leonard 2009; Rescorla, Mirak & Singh 2000; Fasolo, Majorano & D’Odorico 2008; Rescorla 2005), mit dem weiteren Verlauf (Whitehurst & Fischel 1994; Tager-Flusberg & Cooper 1999; Rescorla, Dahlsgaard & Roberts 2000) und Interventionsmöglichkeiten (Leonard 2009; Nelson, Nygren, Walker & Panoscha 2006; Rescorla, Mirak & Singh 2000) und sind in Kapitel 3 *Analyse der Literaturrecherche* eingehend dargestellt. Es fällt auf, dass die meisten Studien über Late Talkers bei englischsprachigen Kindern durchgeführt wurden. Es stellt sich die Frage, welche Ergebnisse sich bei deutschsprachigen Kindern zeigen würden. Durch durchgeführte Untersuchungen könnten möglicherweise einige der offenen Fragen auf diesem Gebiet geklärt werden. Gerade die entwickelten Therapiemethoden sollten weiter auf ihren Kurz- und Langzeiteffekt untersucht werden, um sicher sein zu können, dass sie auch zufriedenstellende Ergebnisse bringen. Gerade die Frage, warum sich Kinder zu Late Talkers entwickeln, wirft sehr viele Unklarheiten auf und bietet Stoff für weitere Untersuchungen.

Mit Hilfe der zweiten Forschungsfrage „*Aktueller Wissensstand der Praxis*“ sollte erfasst werden, inwieweit das Wissen, welches aufgrund der in Kapitel 3 *Analyse der Literaturrecherche* beschriebenen wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten Jahre besteht, in der Praxis umgesetzt wird. Dabei

geht es vor allem darum, bei den Menschen, die direkten Kontakt zu Late Talkers und auch die Möglichkeit haben, diese frühzeitig zu identifizieren, nachzufragen, über welches Wissen sie verfügen. Es zeigt sich, dass bestimmte Aspekte der kindlichen Sprachentwicklung ausreichende Verbreitung auf dem Gebiet der Berufstätigen gefunden haben. Gleichzeitig ist der Wissensstand aber noch mangelhaft, betrachtet man das spezifische Expertenwissen im Bereich der Late Talkers. Auch die Tatsache, dass eine Intervention bereits im Alter von zwei Jahren sinnvoll sein kann, ist nicht in allen Berufsgruppen, in denen dieses Wissen von Vorteil wäre, bekannt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein grundlegendes Wissen über die kindliche Sprachentwicklung vorhanden ist, es wäre aber erstrebenswert, wenn die Personen über detailliertere Informationen verfügen würden.

Bei der dritten Forschungsfrage *„Auswirkungen auf das weitere Vorgehen“* sollte geklärt werden, wie die Personen, welche innerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit mit Late Talkers in Kontakt kommen und auch die Möglichkeit haben, sie zu identifizieren, weiter vorgehen, nachdem ihnen ein Kind als sprachentwicklungsverzögert oder –auffällig erscheint. Es wäre wünschenswert, dass innerhalb aller befragten Berufsgruppen die nötigen Schritte gesetzt werden würden, um ein betroffenes Kind zeitgerecht optimal zu versorgen, um die Entwicklung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung im Alter von drei Jahren zu verhindern. Die Befragten sind sich insgesamt einig, dass es bereits in diesem Alter möglich ist, eine Verzögerung auf dem Gebiet der Sprachentwicklung festzustellen, innerhalb der unterschiedlichen Vorgehen gibt es dennoch große Variationen. Ganz allgemein empfehlen fast alle den Eltern, einen Hörtest durchführen zu lassen, was beruhigend ist, da man, wie bereits erwähnt, davon ausgeht, dass das Hören eine grundlegende Fähigkeit für einen physiologischen Spracherwerb darstellt. Nur die Hälfte der Befragten gibt an, eine Sprachtherapie zu empfehlen. Davon sind alle Berufsgruppen betroffen. Dies kann als problematisch angesehen werden, wenn man davon ausgeht, wie gering die Wahrscheinlichkeit ist, dass Kinder den Sprachentwicklungsrückstand von alleine aufholen. Es wäre sinnvoll, wenn betroffene Kinder zumindest von einem Sprachtherapeuten/ einer

Sprachtherapeutin genau untersucht werden würden, damit möglichst früh festgestellt werden kann, ob es sich tatsächlich um einen Late Talker handelt oder ob das Kind möglicherweise auch Probleme in anderen Bereichen aufweist.

6. Zusammenfassung und Implikationen

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde in der vorliegenden Arbeit ein Fragebogen erstellt, um mit Hilfe dieses sozialwissenschaftlichen Untersuchungsinstruments die notwendigen Daten erheben zu können. Insgesamt 28 Personen aus den Berufsgruppen der LogopädInnen, KinderärztInnen, KindergartenpädagogInnen sowie HNO-ÄrztInnen konnten befragt werden. Im Kapitel 4. Datenanalyse wurden die relevanten Ergebnisse eingehend dargestellt und anschließend näher beschrieben und von verschiedenen Standpunkten aus beleuchtet. Schlussendlich kann im Kapitel 5. Diskussion auf die gewonnenen Daten eingegangen werden und in Zusammenhang mit den Forschungsfragen ein Gesamtergebnis der Arbeit dargestellt werden.

Abschließend ist anzumerken, dass die Forschung im Bereich der Sprachentwicklung ein sehr spannendes Gebiet ist, auf welchem es noch sehr viele ungeklärte Phänomene zu erklären gilt. Genauso wichtig ist es jedoch, dass es den Forschenden gelingt, die gewonnenen Ergebnisse so zu präsentieren, dass auch die Personen, die in der Praxis tätig sind, ausreichend informiert sind, um dem aktuellen Stand der Forschung entsprechend agieren zu können. Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten. In Zukunft ist es wichtig, die noch offenen Fragen gerade im Bereich der Late Talkers noch näher zu untersuchen und zu klären sowie an einer geeigneten Informationsvermittlung zu arbeiten. Dieses Anliegen sollte von den Forschenden genauso verfolgt werden wie von den in der Praxis Tätigen, denn beide Gruppen können sehr stark voneinander profitieren und sollten dieses Mittel nutzen, um für die betroffenen Kinder, die Late Talkers, den größtmöglichen Nutzen zu erzielen.

7. Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. (2000): *Child Behaviour Checklist 1,5 bis 5, Deutschsprachige Fassung*, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Bockmann, Ann-Kathrin & Kiese-Himmel, Christiane (2006): *Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter*, Göttingen: Beltz Test Verlag.

Bühner, Markus (2011): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*, 3. Auflage (1. Auflage: 2004), München: Pearson Studium Verlag.

Carrow-Woolfolk, Elizabeth (1999): *Comprehensive Assessment of Spoken Language*, Circle Pines: American Guidance Service.

Clahsen, Harald (1986): *Die Profilanalyse. Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter*, Berlin: Marhold Verlag.

D'Odorico, Laura & Jacob, Valentina (2006): „*Prosodic and lexical aspects of maternal linguistic input to late-talking toddlers*“, *International Journal of Language & Communication Disorders* 41 (3), 293-311.

D'Odorico, Laura; Assanelli, Alessandra; Franco, Fabio & Jacob, Valentina (2007): „*A follow-up study on Italian late talkers: Development of language, short-term memory, phonological awareness, impulsiveness, and attention*“, *Applied Psycholinguistics* 28, 157-169.

Fasolo, Mirco; Majorano, Marinella & D'Odorico, Laura (2008): „*Babbling and first words in children with slow expressive development*“, *Clinical Linguistics & Phonetics* 22 (2), 83-94.

Fox, Annette (2006): *Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses*, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Fried, Lilian (1980): *Lautbildungstest für Vorschulkinder (4-7 Jahre)*, Weinheim: Beltz Test Verlag.

Girolametto, Luigi & Pearce, Patsy S. (1997): „*Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers*“, Journal of Speech, Language and Hearing Research 40 (2), 338-348.

Grimm, Hannelore & Schöler, Hermann (1978): *Heidelberger Sprachentwicklungstest*, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grimm, Hannelore & Doil, Hildegard (2000): *Fragebogen für die Früherkennung von Risikokindern*, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grimm, Hannelore (2000): *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder*, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grimm, Hannelore (2001): *Sprachentwicklungstest für drei-bis fünfjährige Kinder*, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grimm, Hannelore (2003): *Störungen der Sprachentwicklung*, 2. Auflage (1. Auflage: 1999), Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grossheinrich, Nicola; Kademmann, Stefanie; Bruder, Jennifer; Bartling, Juergen & von Suchodoletz, Waldemar (2010): „*Auditory sensory memory and language abilities in former late talkers: A mismatch negativity study*“, Psychophysiology 47(5), 822–830.

Hammill, Donald D.; Brown, Virginia L.; Larsen, Stephen C. & Wiederholt, J. Lee (1994): *Test of Adolescent and Adult Language*, 3. Auflage, Austin: Pro-Ed.

Hammill, Donald D. & Larsen, Stephen C. (1996): *Test of Written Language*, 3. Auflage, Austin: Pro-Ed.

Hellbrügge, Theodor; Lajosi, Fritz; Menara, Dora; Schamberger, R. & Rautenstrauch, T. (1985): *Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik*, Lübeck: Hansisches Verlagskontor.

Jansen, Heiner; Mannhaupt, Georg; Marx, Harald & Skowronek, Helmut (2002): *Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese- Rechtschreibschwierigkeiten*, 2. Auflage (1. Auflage: 1999), Göttingen: Hogrefe Verlag.

Jones, Susan S. & Smith, Linda B. (2005): „*Object name learning and object perception: a deficit in late talkers*“, Journal of Child Language 32, 223 bis 240.

Kademann, Stefanie (2009): *Neuropsychologische Untersuchungen bei Late Talkers im Quer- und Längsschnitt*, München: Verlag Dr. Hut.

Kauschke, Christina (1999): „*Früher Wortschatzerwerb im Deutschen: Eine empirische Studie zum Entwicklungsverlauf und zur Komposition des kindlichen Lexikons*“, in: Meibauer, Jörg & Monika Rothweiler (Hrsg.): *Das Lexikon im Spracherwerb*, Tübingen und Basel: Francke Verlag.

Kauschke, Christina & Siegmüller, Julia (2000): *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*, München: Urban & Fischer Verlag.

Kiese-Himmel, Christiane (2005): *Aktiver Wortschatztest für 3-bis 5-jährige Kinder (Revision)*, Göttingen: Beltz Test Verlag.

Laufer, Claudia (2002): *Sprachentwicklungsverzögerung im Alter von zwei Jahren in Beziehung zur Mutter-Kind-Interaktion*, Dissertations-Kurzfassung, online Zugriff 28. 2. 2011: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2002/2850/pdf/diss_02-37.pdf

Leonard, Laurence B. (2009): „*Is expressive language disorder an accurate diagnostic category?*“, American Journal of Speech-Language Pathology 18, 115-123.

Leslie, Lauren & Caldwell, Joanne (1995): *Qualitative Reading Inventory*, 2. Auflage, New York: HarperCollins.

Manolson, Ayala (1992): *It takes two to talk*, Toronto: The Hanen Center.

Melchers, P. & Preuß, U. (1994): *Kaufman-Assessment Battery for Children, Deutschsprachige Fassung*, Frankfurt: Swets & Zeitlinger Verlag.

Möller, Delia & Spreen-Rauscher, Maria (2009): *Frühe Sprachintervention mit Eltern*, Stuttgart: Thieme Verlag.

Nelson, Heidi D.; Nygren, Peggy; Walker, Miranda & Panoscha, Rita (2006): „*Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force*“, *Pediatrics* 117 (2), 298-319.

Newcomer, Phyllis L. & Hammill, Donald D. (1988): *Test of Language Development*, Austin: Pro-Ed.

Rescorla, Leslie (1989): „*The Language Development Survey: A Screening Tool for Delayed Language in Toddlers*“, *Journal of Speech and Hearing Disorders* 54, 587-599.

Rescorla, Leslie (2002): „*Language and Reading Outcomes to Age 9 in Late-Talking Toddlers*“, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 45, 360-371.

Rescorla, Leslie; Dahlsgaard, Katherine & Roberts, Julie (2000): „*Late-talking toddlers: MLU and IPSyn outcomes at 3;0 and 4;0*“, *Journal of Child Language* 27, 643-664.

Rescorla, Leslie; Mirak, Jennifer & Singh, Leher (2000): „*Vocabulary growth in late talkers: lexical development from 2;0 to 3;0*“, *Journal of Child Language* 27, 293-311.

Rescorla, Leslie (2005): „*Age 13 language and reading outcomes in late talking toddlers*“, *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 48, 459-472.

Rescorla, Leslie (2009): „*Age 17 Language and Reading Outcomes in Late-Talking Toddlers: Support for a Dimensional Perspective on Language Delay*“, *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 52, 16-30.

Rosner, Jerome & Simon, Dorothea (1971): „*The Auditory Analysis Test: An initial report*“, *Journal of Learning Disabilities* 4, 384-392.

Rothweiler, Monika (2002): *Spracherwerb*, in: Meibauer, Jörg; Demske, Ulrike; Geilfuß-Wolfgang, Jochen; Pafel, Jürgen; Ramers, Karl H.; Rothweiler, Monika &

Steinbach, Markus (Hrsg.): *Einführung in die germanistische Linguistik*, Stuttgart: J. B. Metzler Verlag.

Sachse, Steffi (2007): *Neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungen bei Late Talkers im Quer- und Längsschnitt*. Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät.

Schaner-Wolles, Chris (1995-1996): „*The Acquisition of Negation in a Verb Second Language: From „Anything Goes“ to „Rien ne va plus“.*“, Wiener Linguistische Gazette 53-54, 87-119.

Schaner-Wolles, Chris (2005a): „*Wie kommt ein Kind zu seiner Sprache?*“, Sprachliche Förderung von Kindern im Jahr vor dem Schuleintritt. Tool box 1: Schulungsinhalte für Kindergartenpädagoginnen und –pädagogen und Lehrer/innen. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Hrsg), 19-29.

Schaner-Wolles, Chris (2005b): „*Sprachliche Entwicklung beim Kind.*“, Sprachliche Förderung von Kindern im Jahr vor dem Schuleintritt. Tool box 1: Schulungsinhalte für Kindergartenpädagoginnen und –pädagogen und Lehrer/innen. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Hrsg), 49-63.

Schaner-Wolles, Chris (2008): „*Die Sprache des Menschen – auf der Suche nach der Universalgrammatik. Über den kindlichen Spracherwerb und über das Gehirn als zentrales Sprachorgan.*“, in: *Was ist der Mensch? Beiträge von Vortragenden der Montagsakademie 2007/2008*, Graz: Grazer Universitätsverlag.

Schlesiger, Claudia (2009): *Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers*, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Schnell, Rainer; Hill, Paul B. & Esser, Elke (2008): *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 8. Auflage, München: Oldenbourg Verlag.

Semel, Eleanor ; Wiig, Elisabeth & Secord, Wayne (1995): *Clinical Evaluation of Language Fundamentals*, 3. Auflage, San Antonio: Psychological Corporation.

Siegmüller, Julia (2010): *Leitfaden Sprache Sprechen Stimme Schlucken*, 2. Auflage (1. Auflage: 2006), München: Urban & Fischer Verlag.

Szagun, Gisela (2004): *Fragebogen zur Erfassung der frühkindlichen Sprachentwicklung*, Universität Oldenburg, Institut für Psychologie.

Tager-Flusberg, Helen & Cooper, Judith (1999): „*Present and future possibilities for defining a phenotype for specific language impairment*“, Journal of Speech, Language and Hearing Research 42, 1275-1278.

Tellegen, Peter J. ; Winkel, M. ; Wijmberg-Williams, B. J. & Laros, Jacob A. (1998): *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest für Kinder von 2,5 bis 7 Jahren*, Frankfurt: Swets & Zeitlinger Verlag.

Torgesen, Joseph ; Wagner, Richard & Rashotte, Carol (1999): *Test of Word Reading Efficiency*, Austin: Pro-Ed.

Wechsler, David (1991): *The Wechsler Intelligence Scale for Children*, 3. Auflage, San Antonio: Psychological Corporation.

Wechsler, David (1992): *The Wechsler Individual Achievement Test*, San Antonio: Psychological Corporation.

Wechsler, David (1997a): *Wechsler Adult Intelligence Scale*, 3. Auflage, San Antonio: The Psychological Corporation.

Wechsler, David (1997b): *Wechsler Memory Scale*, 3. Auflage, San Antonio: The Psychological Corporation.

Wendlandt, Wolfgang (2006): *Sprachstörungen im Kindesalter*, 5. Auflage (1. Auflage: 1992), Stuttgart: Thieme Verlag.

Whitehurst, Grover J. & Fischel, Janet E. (1994): „*Practitioner Review: Early Developmental language Delay: What. If Anything. Should the Clinician Do About It?*“, Journal of Child Psychology and Psychiatry 35 (4), 613-648.

Wiig, Elisabeth & Secord, Wayne (1989): *Test of Language Competence*, San Antonio: Psychological Corporation.

Wing, Christine; Kohnert, Kathryn; Pham, Giang; Cordero, Kelly N.; Ebert, Kerry D.; Kan, Pui F. & Blaiser, Kristina (2007): „*Culturally Consistent Treatment for Late Talkers*“, *Communication Disorders Quarterly* 29 (1), 20-27.

Woodcock, Richard W.; McGrew, Kevin S. & Mather, Nancy (2001): *Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery*, 3. Auflage, Chicago: Riverside Publishing.

Zollinger, Barbara (2004): *Die Entdeckung der Sprache*, 6. Auflage (1. Auflage: 1995), Bern: Haupt Verlag.

Zollinger, Barbara (2008): *Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken: Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie*, 3. Auflage (1. Auflage: 2000), Bern: Haupt Verlag.

8. Anhang

- I. Tabellenverzeichnis**
- II. Abkürzungsverzeichnis**
- III. Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsverzögerungen**
- IV. Begleitschreiben**
- V. Kurzzusammenfassung**
- VI. Abstract**
- VII. Lebenslauf**

I. Abkürzungsverzeichnis

AAT	Auditory Analysis Test
AWST	Aktiver Wortschatztest für 3-bis 5-jährige Kinder
BISC	Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten
CASL	Comprehensive Assessment of Spoken Language
CBCL	Child Behaviour Checklist
CELF	Clinical Evaluation of Language Fundamentals
ELFRA	Fragebogen für die Früherkennung von Risikokindern
HNO	Hals-, Nasen-, Ohren
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest
KA	Kinderarzt/ Kinderärztin
K-ABC	Kaufman Assessment Battery for Children
KiGa	Kindergarten
LBT	Lautbildungstest für Vorschulkinder
Logo	Logopäde/ Logopädin
MFED	Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik
PDSS	Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen
QRI	Qualitative Reading Inventory
SETK 2	Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder
SETK 3-5	Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder

SON	Snijders-Oomen Non-verbalen Intelligenztest für Kinder von 2,5 bis 7 Jahren
TLC	Test of Language Competence
TOAL	Test of Adolescent and Adult Language
TOLD	Test of Language Development
TOWL	Test of Written Language
TOWRE	Test of Word Reading Efficiency
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale
WIAT	Wechsler Individual Achievement Test
WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children
WJ	Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery Tests of Achievement
WMS	Wechsler Memory Scale

II. Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Beruf der Befragten in Zahlen und Prozentangabe	39
Tabelle 2: Alter der befragten Personen	40
Tabelle 3: Abschluss der Berufsausbildung der Befragten in Jahreszahlen	41
Tabelle 4: Jahresanzahl der Berufstätigkeit	42
Tabelle 5: Testung von Sprachproduktion und Sprachverständnis	43
Tabelle 6: Verwendete Testverfahren	43
Tabelle 7: Nummerierung der Vorgehensmöglichkeiten bei Frage 3	44
Tabelle 8: Antworten der befragten Personen zu Frage 3	45
Tabelle 9: Nummerierung der Aussagen bei Frage 4	46
Tabelle 10: Antworten der befragten Personen zu Frage 4	47
Tabelle 11: Häufigkeit von besuchten Fortbildungen und Kongressen	49
Tabelle 12: Häufigkeit des Lesens von Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung	49
Tabelle 13: Antworten der Berufsgruppen zu den Aussagen 1-7	51
Tabelle 14: Anzahl an Personen der unterschiedlichen Berufsgruppen, die Fortbildungen und Kongresse besucht haben	53
Tabelle 15: Häufigkeit des Lesens von Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung der unterschiedlichen	54

Berufsgruppen

Tabelle 16:	Berufe und Antworten der Vorgehen	56
Tabelle 17:	Verwendung der Testverfahren der unterschiedlichen Berufsgruppen	59
Tabelle 18:	Abschluss der Berufsausbildung	59
Tabelle 19:	Antworten zu den Aussagen nach Abschluss der Berufsausbildung	61
Tabelle 20:	Besuchte Fortbildungen und Kongresse in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung	62
Tabelle 21:	Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung	63
Tabelle 22:	Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung	64
Tabelle 23:	Antworten der LogopädInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung	65
Tabelle 24:	Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der LogopädInnen	66
Tabelle 25:	Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der LogopädInnen	67
Tabelle 26:	Antworten der KinderärztInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung	68

Tabelle 27:	Antworten der Vorgehen und Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der KinderärztInnen	70
Tabelle 28:	Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Jahr des Abschlusses der Berufsausbildung der KinderärztInnen	70
Tabelle 29:	Antworten der KinderärztInnen zu den Aussagen 1-7 in Zusammenhang mit ihrem Geschlecht	71
Tabelle 30:	Antworten der Vorgehen der weiblichen und männlichen KinderärztInnen	72
Tabelle 31:	Verwendung der Testverfahren in Zusammenhang mit dem Geschlecht der KinderärztInnen	73

III. Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsverzögerungen

Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsauffälligkeiten

Bitte denken Sie bei der Beantwortung aller folgenden Fragen an **einsprachig** aufwachsende Kinder mit **deutscher Muttersprache**!

1. Bei Kindern im Alter von 2 Jahren teste ich ...

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ die Sprachproduktion (weiter mit Frage 2)
- ☐ das Sprachverständnis (weiter mit Frage 2)
- ☐ keinen bestimmten Aspekt der
Sprachentwicklung (weiter mit Frage 3)

2. Welche der folgenden diagnostischen Möglichkeiten nutzen Sie dazu?

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ ELFRA-2 (Elternfragebogen für zweijährige Kinder)
- ☐ SETK 2 (Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder)
- ☐ Entwicklungsprofil nach Zollinger
- ☐ O SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder)
- ☐ O HSET (Heidelberger Sprachentwicklungstest)
- ☐ O PDSS (Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen)
- ☐ O Andere: _____

3. Wenn Ihnen die Sprachentwicklung eines Kindes im Alter von 2 Jahren „auffällig“ oder „verzögert“ erscheint, wie gehen Sie weiter vor?

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ In diesem Alter ist eine solche Feststellung noch nicht möglich.
- ☐ Die Sprachförderung soll in diesem Alter durch die Eltern erfolgen.
- ☐ Ich empfehle, das Kind innerhalb der besuchten Kinderbetreuungsstätte sprachlich zu fördern.
- ☐ Ich empfehle den Eltern, einen Hörtest durchführen zu lassen.
- ☐ Ich empfehle den Eltern eine logopädische Therapie.
- ☐ Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 2 ½ Jahren.
- ☐ Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 3 Jahren.
- ☐ Ich überprüfe den Sprachentwicklungsstand des Kindes erneut im Alter von 4 Jahren.
- ☐ Sonstiges: _____

4. Wie bewerten Sie persönlich die folgenden Aussagen?

Die Sprachentwicklung verläuft grundsätzlich bei jedem Kind gleich, wobei es innerhalb einer bestimmten Bandbreite zu Variationen kommen kann. ☐ Stimme zu ☐ Stimme nicht zu ☐ Weiß nicht

Es gibt wichtige Meilensteine der Sprachentwicklung, die in bestimmten Zeitfenstern erreicht werden sollten. ☐ Stimme zu ☐ Stimme nicht zu ☐ Weiß nicht

Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung im Kindergarten ausreichend. ☐ Stimme zu ☐ Stimme nicht zu ☐ Weiß nicht

Im Alter von 2 Jahren ist bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern eine Sprachförderung zu Hause ausreichend. ☐ Stimme zu ☐ Stimme nicht zu ☐ Weiß nicht

Die logopädische Therapie einer Sprachentwicklungsverzögerung ist bereits ab dem Alter von 2 Jahren sinnvoll. ☐ Stimme zu ☐ Stimme nicht zu ☐ Weiß nicht

Ein normal entwickeltes Kind spricht im Alter von 12 Monaten die ersten Wörter (z. B. *Mama, Puppe etc.*). ☐ Stimme zu ☐ Stimme nicht zu ☐ Weiß nicht

Ein normal entwickeltes Kind bildet im Alter von 24 Monaten die ersten Mehrwortäußerungen (z. B. *„Papa Arbeit“*). ☐ Stimme zu ☐ Stimme nicht zu ☐ Weiß nicht

Die logopädische Therapie einer Sprachentwicklungsverzögerung ist *meiner Meinung nach* ab dem Alter von ____ Jahren sinnvoll.

5. Wann haben Sie Ihre Ausbildung mit der Berufsberechtigung abgeschlossen?

Im Jahr _____ (z.B. 2003)

6. Wie viele Jahre waren Sie seitdem insgesamt in Vollzeit in diesem Beruf tätig?

_____ Jahre (abgezogen Karenz, Arbeitslosigkeit, Weltreise etc.)

7. Wie viele Tage zu je 8 Stunden haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Fortbildungen oder Kongresse zum Thema Sprachentwicklung besucht?

☐ noch nie ☐ 1 bis 10 Tage ☐ 11 bis 20 Tage ☐ 21 bis 30 Tage ☐ mehr als 30 Tage

8. Wie häufig lesen Sie Fachzeitschriften zum Thema Sprachentwicklung?

☐ Nie ☐ 1 Mal/ Jahr ☐ 2 bis 5 Mal/ Jahr ☐ 6 bis 12 Mal/ Jahr ☐ Mehr als 12 Mal/ Jahr

Sie sind: ☐ weiblich ☐ männlich. Alter: _____ Jahre

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

IV. Begleitschreiben

Melanie Hofinger
Waidhausenstr. 24
1140 Wien

Betreff: Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsauffälligkeiten

Wien, am 20. 1. 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Melanie Hofinger, ich bin Logopädin und studiere derzeit im Masterstudiengang „Allgemeine Linguistik“ an der Universität Wien. Im Zuge meiner Masterarbeit führe ich eine empirische Untersuchung zum Thema „Frühe Sprachintervention“ mit Hilfe eines Fragebogens durch.

Durch eine zufällige Auswahl wurde der Fragebogen an Sie geschickt. Nach einigen statistischen Angaben werden Ihr persönliches Vorgehen sowie Ihre Meinungen zu bestimmten Themen der Sprachentwicklung erfragt.



Ich bitte Sie, den Fragebogen auszufüllen und mit Hilfe des bereits frankierten Rücksendeküverts so bald wie möglich an mich zu retournieren. Die Untersuchung wird anonym durchgeführt, die Daten werden vertraulich behandelt. Die Beantwortung wird in etwa 10 bis 15 Minuten dauern und leistet einen wichtigen Beitrag zur Forschung im Bereich Sprachentwicklung!

Falls Sie daran interessiert sind, die Forschungsergebnisse zu erhalten, so sende ich Sie Ihnen nach dem Abschluss meiner Masterarbeit gerne zu.

Ich danke Ihnen jetzt schon für Ihre Teilnahme an der Befragung.

Mit freundlichen Grüßen,

Melanie Hofinger

Kontaktdaten:

Email: melanie.hofinger@gmx.net

V. Kurzzusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit soll mit Hilfe einer explorativen Fragebogenuntersuchung der Ist-Stand des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsverzögerungen dargestellt werden. Um den aktuellen Stand der Forschung im Bereich der Late Talkers zu erfassen, wurde im ersten Teil der Arbeit eine Literaturrecherche durchgeführt. Dabei werden Studien zur Rolle der Mutter-Kind-Interaktion, zum Erscheinungsbild, zur weiteren Entwicklung sowie zu den bestehenden Interventionsmöglichkeiten näher beschrieben. Die Literaturrecherche zeigt, dass zwar noch viele Fragen über die Entstehung einer frühen Sprachentwicklungsverzögerung offen sind, dass es aber auch klare Aussagen über den bestmöglichen Beginn einer Therapie bei betroffenen Kindern gibt. Im zweiten Teil, der Fragebogenuntersuchung, wurden jeweils Vertreter der Berufsgruppen Hals-, Nasen-, Ohrenarzt/-ärztin, Kinderarzt/-ärztin, Logopäde/-in sowie Kindergartenpädagoge/-in mit dem erstellten *„Fragebogen zum Umgang mit frühen Sprachentwicklungsverzögerungen“* postalisch gebeten, ihr Wissen zu dem Thema durch die Beantwortung der gestellten Fragen darzulegen. Die Ergebnisse zeigen, dass ein gewisses Maß an Grundwissen vorhanden ist, dass die speziellen Informationen über Late Talkers jedoch nicht ausreichend vorhanden sind. Es wird ersichtlich, dass es nötig ist, neue Kanäle für einen sinnvollen Austausch zwischen Wissen in der Forschung und Umsetzung dieses Wissens in der Praxis zu schaffen.

VI. Abstract

The paper at hand examines the management of delayed language development in late talkers by professionals. The aim is to assess whether theoretical knowledge derived from research is being put to use in the practical work of ENT specialists, pediatricians, speech therapists and kindergarten workers. A specially developed questionnaire „*Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit frühen Sprachentwicklungsverzögerungen*“ was sent out to potential respondents. The part on literature research presents papers about mother-child-interaction, appearance of late talkers, further development and intervention strategies. Findings show that questions about development and prediction of delayed speech and language development in late talkers remain but evidence at what age to start therapy can be deduced. The results derived from questionnaire analysis suggest that professionals dispose of basic knowledge about late talkers but their specific knowledge in the area under investigation is poor. New ideas dealing with reasonable communication between research and praxis need to be developed.

VII. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Melanie Hofinger
Geburtsdatum, -ort: 08.02.1988, Wien

Bildungsweg

Seit 10/ 2009 Masterstudium „Allgemeine Linguistik“ an der Universität Wien
09/ 2006 bis 07/ 2009 Bachelorstudium „Logopädie“ an der Fachhochschule Wiener Neustadt, Abschluss mit gutem Erfolg
09/ 1998 bis 06/ 2006 AHS Linzerstraße, 1140 Wien, Abschluss der Matura mit ausgezeichnetem Erfolg

Berufserfahrung

seit 03/2011 Logopädin im Sozialmedizinischen Zentrum Floridsdorf
10/2009 bis 01/2011 Mitarbeit bei einem Projekt der Akademie der Wissenschaften, Bereich Linguistik