

# Frühinterventionen bei Kindern mit Sprachentwicklungs- störungen

**Bei Kindern, die erst spät anfangen zu sprechen und deren Spracherwerb auch weiterhin verlangsamt erfolgt, ist eine früh beginnende logopädische Behandlung umstritten. Mit dem Hinweis auf die hohe Variabilität der normalen Sprachentwicklung wird meistens eine Watch-and-see-Strategie vertreten und erst im späten Kindergartenalter, falls noch erforderlich, mit einer Sprachtherapie begonnen. Gegen ein solches Abwarten spricht, dass Sprachentwicklungsstörungen für die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung eines Kindes ein hohes Risiko darstellen. Von einem frühen Therapiebeginn und damit einer Behandlung während der sensiblen Phase der Sprachentwicklung wird eine Verbesserung der Prognose sprachentwicklungsgestörter Kinder erwartet.**

## Voraussetzungen für logopädische Frühinterventionen

Voraussetzung für einen frühen Therapiebeginn ist die Verfügbarkeit zuverlässiger Methoden zur Früherkennung und effektiver Möglichkeiten zur Frühintervention.

Wie ein Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; [11]) deutlich macht,

sind beide Voraussetzungen gegenwärtig nur eingeschränkt erfüllt. Zwar gibt es inzwischen auch für sehr junge Kinder ausreichend zuverlässige Methoden zur Erfassung des Sprachentwicklungsstandes, jedoch ist in den ersten Lebensjahren die klinische Relevanz von Sprachentwicklungsverzögerungen unklar. Nachuntersuchungen von 1-jährigen Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen haben gezeigt, dass Sprachretardierungen im Alter von 10–12 Monaten kein diagnostisch verwertbarer Hinweis auf spätere Sprachauffälligkeiten sind [3, 17]. Anders ist eine Sprachentwicklungsverzögerung zum Zeitpunkt der U7 zu bewerten. Eine ausführliche Diagnostik bei 100 2-jährigen Kindern mit einer verzögerten Sprachentwicklung, sog. Late Talkers, ergab, dass 6% eine ausgeprägte und 12% eine leichte allgemeine geistige Entwicklungsverzögerung hatten, und bei 4% der Kinder bestand der Verdacht auf ein autistisches Syndrom [6]. Aber auch Sprachentwicklungsverzögerungen bei ansonsten unauffällig entwickelten Kindern haben sich als Hinweis auf längerfristig anhaltende Sprachprobleme erwiesen. Zum Einschulungszeitpunkt sind bei jedem zweiten bis dritten Late Talker deutliche Sprachauffälligkeiten zu beobachten, und selbst bei denjenigen Kindern, bei denen im Vorschulalter keine Sprachstörung mehr nachweisbar ist, liegen die sprachlichen

Fähigkeiten unter dem Niveau, das nach Intelligenz und sozialem Hintergrund zu erwarten wäre [12].

## Grundprinzipien einer logopädischen Therapie

Logopädie ist eine symptomatische und keine kausale Behandlung. Durch eine quantitative Erhöhung und qualitative Verbesserung des Sprachangebots sowie eine Anregung des Kindes zum Sprechen wird der Prozess des Spracherwerbs unterstützt.

Die in der Logopädie eingesetzten Methoden sind vielfältig. Grundsätzlich lassen sich strukturiert-übende Verfahren, bei denen die Kinder angeleitet werden, Fehler bewusst wahrzunehmen und zu korrigieren, von naturalistischen Vorgehensweisen unterscheiden, bei denen durch die Gestaltung alltagsnaher Kommunikationssituationen eine Aktivierung unbewusster Spracherwerbsmechanismen angestrebt wird. Bei einigen Verfahren steht das Hören von Sprache im Vordergrund (Input-Therapie) und bei anderen der aktive Sprachgebrauch (Output-Therapie). Meist werden umschriebene linguistische Zielstrukturen, die in der Therapie erworben werden sollen, festgelegt (z. B. korrektes Aussprechen bestimmter Lautkombinationen oder richtiges Benutzen der Verbzweitstellungsregel). Sel-

W. von Suchodoletz

### Frühinterventionen bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen

#### Zusammenfassung

Sprachentwicklungsstörungen sind ein hohes Risiko für die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung eines Kindes. Frühinterventionen lassen eine Verbesserung der Prognose erwarten, jedoch ist ein früher Beginn einer logopädischen Behandlung umstritten. Im Beitrag werden Voraussetzungen für eine logopädische Frühintervention diskutiert, Grundprinzipien logopädischer Behandlungsmethoden dargestellt und Studien zur Wirksamkeit einer Sprachtherapie referiert. Ausführlicher wird auf Evaluationsstudien zu elternzentrierten sprachtherapeutischen Interventionen bei Late Talkers eingegangen. Dabei werden Kosten-Nutzen-Erwägungen in die Überlegungen einbezogen. Aus der Über-

sicht geht hervor, dass Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung ab dem Alter von 24 Monaten mit ausreichender Sicherheit erkannt werden können und dass bei Late Talkers, insbesondere wenn weitere Risikofaktoren bezogen auf die Sprachentwicklung hinzukommen, eine Anleitung der Eltern zu sprachförderndem Verhalten als effektive und ökonomische Form einer Frühintervention anzusehen ist.

#### Schlüsselwörter

Sprachentwicklungsstörungen · Sprachentwicklungsverzögerung · Late Talker · Sprachtherapie · Frühförderung

### Early intervention in children with developmental language disorders

#### Abstract

Children with developmental language disorders have a high risk of cognitive, social and emotional development. Early intervention is assumed to improve the prognosis of these children. However, an early onset of speech and language therapy is controversially discussed. In the paper assumptions of early language interventions are stated. In this article primary principles of methods of speech and language therapy are described and studies exploring the effects of language interventions are reviewed. Studies concerning the benefits of parent-based language intervention programs for late talk-

ers are discussed more in detail in consideration of economic efficiency. The review indicates that an early identification of language disabilities is possible from the age of 24 months and that parent-based language intervention seems to be an effective and economic way of early language therapy, particularly in late talkers with additional risks of language acquisition.

#### Keywords

Developmental language disorders · Language delay · Late talker · Speech and language therapy · Early intervention

tener wird das Therapieziel sehr weit gefasst und besteht in einer allgemeinen Sprachanregung. Neben Therapieverfahren, die direkt an der Sprache ansetzen, werden häufig auch Methoden eingesetzt, die psychische Basisfunktionen trainieren (z. B. Konzentrations- oder auditive Wahrnehmungsfähigkeit), die psychotherapeutische Zielstellungen verfolgen oder die von alternativen Ansätzen ausgehen. Ob ein derartiges Vorgehen geeignet ist, die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes zu verbessern, ist allerdings zu bezweifeln (vgl. [22]).

### Effektivität von Logopädie

Die Wirksamkeit einer logopädischen Behandlung zu beurteilen fällt schwer. Zwar gibt es zahlreiche Evaluationsstudien zur Sprachtherapie, jedoch wurden bislang fast ausschließlich kurzfristige Behandlungseffekte überprüft, und viele Evaluationsstudien sind wegen methodischer Mängel nur eingeschränkt aussagefähig. Ob Therapieeffekte auch längerfristig anhalten und ob die in Evaluationsstudien nachgewiesenen Verbesserungen der sprachlichen Fähigkeiten auch durch eine logopädische Behandlung unter Alltagsbedingungen erreicht werden, ist unzureichend untersucht (vgl. [23]). Auch liegen keine ausreichend verlässlichen Daten dazu vor, ob bei sehr jungen Kindern durch eine individuelle Sprachtherapie der Spracherwerb nachhaltig unterstützt werden kann. Die Effektivität einer Sprachtherapie bei 2- bis 3-Jährigen wurde erst bei sehr wenigen Kindern überprüft [9].

Für den Bericht des IQWiG [11] wurden aus der internationalen Literatur über 1100 Quellen zur Wirksamkeit von Sprachtherapie gesichtet: 57 Studien wurden als relevant eingestuft. Von diesen erfolgte nur in 16 Studien ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe bei einer Gruppenzuordnung nach Zufallskriterien (Randomisierung). Selbst unter diesen 16 Studien wurden bei 14 aufgrund methodischer Mängel Verzerrungen bei der Wirksamkeitseinschätzung nicht ausgeschlossen. Zusammenfassend kam diese sorgfältige Analyse zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes lassen sich durch eine logopädische Be-

handlung auf allen linguistischen Ebenen zumindest kurzfristig verbessern.

— **Am ausgeprägtesten sind Therapieeffekte hinsichtlich der Lautbildungsfähigkeit und des aktiven Wortschatzes.**

Weniger deutlich fallen Verbesserungen in der Grammatikproduktion und der kommunikativen Sprachkompetenz aus.

Langfristige Effekte wurden als nicht bewiesen eingestuft. Auch wurden keine empirischen Belege dafür gefunden, dass eine Frühintervention effektiver als eine Sprachtherapie zu einem späteren Zeitpunkt ist. Diese Fragestellung wurde bislang kaum untersucht.

### **Elternzentrierte Sprachtherapie**

Die positiven Effekte einer logopädischen Behandlung beruhen auf einer Unterstützung des Spracherwerbsprozesses durch eine spezifische Förderung. Wie bei jedem Lernprozess, so hängt auch beim Erlernen von Sprache das Ausmaß von zu erwartenden Lernfortschritten von der Intensität der Auseinandersetzung mit den Lerninhalten ab. Ein bis 2 Therapiestunden pro Woche sind im Vergleich zu der Zeitdauer, in der im Alltag sprachliche Interaktionen stattfinden, als sehr wenig anzusehen. Damit liegt der Gedanke nahe, die sprachliche Förderung durch eine Integration in den Alltag über den ganzen Tag zu verteilen und damit zu intensivieren. Dies ist insbesondere bei jüngeren Kindern nur über eine Einbeziehung der Eltern bzw. der engeren Betreuungspersonen realisierbar.

Für Eltern behinderter Kinder wurde in den 1980er-Jahren das Hanen-Programm [13] entwickelt, um sie zu sprachförderndem Verhalten in alltäglichen Interaktionen zu befähigen. Mit dem Hanen-Programm werden Eltern einzeln oder in Gruppen angeleitet, das Spiel ihrer Kinder mit kindgerechter Sprache zu kommentieren, Dinge, für die sich das Kind gerade interessiert, zu benennen und zu beschreiben und das Kind zu eigenen Äußerungen anzuregen. Auch im deutschsprachigen Raum wurde die Effektivität dieses Programms überprüft. Die Kinder der Interventionsgruppe erreich-

ten einen größeren Wortschatzzuwachs als die der Kontrollgruppe. Die Gruppenunterschiede waren allerdings statistisch nicht signifikant, was bei der sehr kleinen Stichprobengröße (9 Mütter in der Interventionsgruppe) nicht verwundert [15].

Das Hanen-Konzept wurde inzwischen auf Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsverzögerungen übertragen. Bei diesen adaptierten Trainingsprogrammen erhalten die Eltern während insgesamt 6–8 Gruppenabenden zuerst Informationen über eine normal bzw. auffällig verlaufende Sprachentwicklung. Anschließend wird auf Möglichkeiten zu sprachförderndem Verhalten eingegangen und dieses anhand von Videoaufzeichnungen demonstriert. Die Eltern werden gebeten, zu Hause eigene Videoaufzeichnungen von Eltern-Kind-Interaktionen anzufertigen, die bei den letzten Treffen diskutiert werden. Wie eine Befragung von Eltern 2- bis 4-jähriger sprachauffälliger Kinder ergab, erleben die Eltern ein solches Angebot als außerordentlich hilfreich und unterstützend [1].

Dass eine Sprachförderung über die Eltern effektiv ist, konnte in mehreren Evaluationsstudien nachgewiesen werden.

### **Elterliche Sprachförderung ist effektiv**

Die Mütter sprachen nach einer Anleitung zu sprachförderndem Verhalten langsamer und weniger komplex mit ihren Kindern. Sie ließen den Kindern mehr Zeit zum Antworten, und sie konzentrierten sich in ihren Äußerungen auf Wörter und Wortverbindungen, die neu erworben werden sollten. Die Kinder selbst hatten bei Nachuntersuchungen gegenüber Kontrollkindern einen größeren Wortschatz, verwendeten Wörter variationsreicher, zeigten eine erhöhte Äußerungslänge und waren besser zu verstehen. Die Mutter-Kind-Interaktionen verliefen zudem entspannter. Bei einer entsprechenden Gestaltung der Angebote sind nicht nur Eltern der Mittelschicht, sondern auch Unterschichtfamilien zu erreichen (vgl. [21]).

Wie aus einer Studie von Buschmann et al. [5] hervorgeht, haben diese positiven Effekte auch über Jahre Bestand. Eltern von 2-jährigen Late Talkers mit rein

Hier steht eine Anzeige.



expressiven Sprachauffälligkeiten wurden in Gruppen zu sprachförderndem Verhalten angeleitet (Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung). In der Interventionsgruppe hatten im Alter von 3 Jahren nur 25% der Kinder eine Sprachentwicklungsstörung, während es in der Kontrollgruppe 57% waren. Auch noch im Alter von 4 Jahren war die Zahl sprachgestörter Kinder in der Therapiegruppe nur halb so hoch wie in der Wartegruppe (17 vs. 35%). Bei Late Talkers mit Sprachverständnisstörungen waren die Therapieeffekte erwartungsgemäß weniger ausgeprägt. Im Alter von 3 Jahren hatten in der Interventionsgruppe 47% und in der Wartegruppe 64% eine Sprachstörung [4]. Fünf Jahre nach einer Elternanleitung fanden Whitehurst et al. [28] allerdings keine Unterschiede mehr zwischen der Therapie- und Kontrollgruppe.

Die Therapieerfolge einer solchen Anleitung in Elterngruppen scheinen mit der einer kindzentrierten Sprachtherapie mindestens vergleichbar und gleichzeitig kostengünstiger zu sein [2]. In Deutschland gibt es allerdings bislang noch zu wenige Angebote für Trainingsgruppen, welche Eltern sprachentwicklungsverzögerter Kinder nutzen könnten.

## Anleitung der Eltern zu dialogischem Vorlesen

Als ähnlich erfolgreich erwies sich eine Anleitung der Eltern zum dialogischen Vorlesen. Gemeinsames Anschauen von Bilderbüchern und Vorlesen eignen sich im frühen Kindesalter besonders gut zur Sprachanregung. Beim Anschauen eines Bilderbuchs ist die sprachliche Interaktion intensiver als z. B. während Spiel-, Essens- oder Anziehsituationen. Von dieser Erfahrung ausgehend, wurden Programme zur Anleitung von Eltern zum dialogischen Vorlesen entwickelt, die auch für Familien aus bildungsferneren Schichten geeignet sind.

Die Effektivität eines solchen Ansatzes, der sich mittels Videotraining kostengünstig gestalten lässt, wurde in mehreren Interventionsstudien belegt. Selbst für Eltern von Kindern im präverbalen Stadium hat sich eine solche Anleitung als sprachfördernd erwiesen (vgl. [21]). Bei einem solchen Vorgehen führt allerdings nicht ein

alleiniges Vorlesen zu Sprachfortschritten, sondern insbesondere das Gespräch über die Bilder und Geschichten.

Die Beschleunigung des Spracherwerbs durch ein dialogisches Vorlesen beruht auf einer Zunahme verbaler Interaktionen in einer motivierenden, vom Kind als positiv erlebten Atmosphäre und weniger auf einer Erhöhung des sprachlichen Inputs.

## Auch über kinderärztliche Praxen können Eltern effektiv zum gemeinsamen Lesen angeregt werden.

Dass dies zu einer Verbesserung der Sprachfähigkeit führt, konnte in einer Studie mit 2–5 Jahre alten Kindern aus sozial benachteiligten Familien belegt werden. Mitarbeiter kinderärztlicher Praxen erläuterten den Eltern im Wartezimmer die Bedeutung des Vorlesens. Sie zeigten ihnen, wie viel Spaß gemeinsames Lesen machen kann, indem sie auf einer Matte sitzend den Kindern vorlasen und mit diesen über die Bilder bzw. die Geschichten sprachen. Die Kinderärzte betonten während der darauf folgenden Untersuchung die Wichtigkeit gemeinsamen Lesens und gaben den Eltern altersangemessene Bücher mit nach Hause. Die Kinder der so angeleiteten Eltern zeigten deutlichere Fortschritte in der Sprachproduktion und dem Sprachverständnis als die einer Vergleichsgruppe [14].

## Zeitpunkt der Behandlung

Die Auffassungen darüber, ab welchem Alter bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen eine Sprachtherapie beginnen sollte, gehen weit auseinander. Empirische Belege dafür, dass eine Sprachtherapie in einer bestimmten Altersstufe effektiver als in einer anderen ist, gibt es bislang nicht (vgl. [11]). Aus Evaluationsstudien geht hervor, dass eine Sprachtherapie sowohl bei sehr jungen Kindern als auch bei Jugendlichen erfolgreich sein kann. Die Entscheidung, wann mit einer Therapie begonnen wird, kann deshalb derzeit nur nach theoretischen Überlegungen, pragmatischen Gesichtspunkten und subjektiven Überzeugungen getroffen werden. Gegenwärtig erfolgt ei-

ne logopädische Behandlung vorwiegend um das Einschulungsalter. Nach den Daten der AOK stehen 15% der 6-Jährigen (18% der Jungen, 12% der Mädchen) in logopädischer Behandlung, während in den ersten 3 Lebensjahren eine Sprachtherapie kaum erfolgt [20].

Der Verzicht auf eine frühe Intervention wird damit begründet, dass die Sprachentwicklung von Kind zu Kind sehr unterschiedlich verläuft und Kleinkinder sprachliche Rückstände nicht selten auch ohne eine logopädische Behandlung aufnehmen. Je jünger Kinder mit Sprachauffälligkeiten sind, umso schwieriger sind Normvarianten der Sprachentwicklung (Spätstarter, Late Bloomers), die keiner spezifischen Intervention bedürfen, von Kindern mit klinisch relevanten Sprachentwicklungsstörungen abzugrenzen. Zum Abwarten wird auch wegen der Gefahr der Stigmatisierung und aus Kostengründen geraten. Vielfach wird nur bei einem Stillstand der Sprachentwicklung oder einer Verschlechterung der sprachlichen Fähigkeiten eine sofortige Sprachtherapie für angebracht gehalten [8, 16]. Bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen wird oft das Alter von 4 Jahren als sinnvoller Zeitpunkt für den Beginn einer Sprachtherapie angesehen [26, 26]. Andere Autoren hingegen verweisen auf das hohe Risiko für die soziale und emotionale Entwicklung bei persistierenden Sprachstörungen und plädieren für einen Beginn der Förderung, sobald im Alter von 2 Jahren eine relevante Sprachentwicklungsverzögerung eindeutig festgestellt werden kann [27].

## Werden Kosten-Nutzen-Analysen in die Überlegungen einbezogen, dann sprechen deren Ergebnisse für einen zeitigen Beginn einer logopädischen Behandlung.

Der Chicagoer Ökonom Heckman, der im Jahr 2000 den Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften erhielt, bewertete den ökonomischen Nutzen verschiedener Frühförderprogramme anhand der Einsparungen durch später nicht erforderlich gewordene Sonderbeschulungen, Sozialhilfeeleistungen, Unterbringungsmaßnahmen usw. [10]. Grundlage seiner Analysen waren Ergebnisse von Lang-



zeitstudien, in denen Kinder, deren Entwicklung mit unterschiedlichen Frühförderprogrammen unterstützt worden war, bis ins Erwachsenenalter beobachtet wurden. In die Auswertung einbezogen wurde u. a. das Chicago Child-Parent Program, bei dem die Sprach- und Lesekompetenz von Kindern gefördert wird. Eine Überprüfung der Effektivität bei 989 Kindern ergab, dass die geförderten Kinder gegenüber den nicht geförderten (n=550) 20 Jahre später über höhere Schulabschlüsse verfügten, seltener eine sonderpädagogische Förderung erhalten hatten und weniger kriminelle Entwicklungen aufwiesen. Es ergab sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:3,7. Heckman kam insgesamt zu dem Ergebnis, dass in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis Frühinterventionen außerordentlich effizient sind. Sie würden ein deutlich besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen als jede Intervention zu irgendeinem späteren Zeitpunkt.

Kosten-Nutzen-Analysen wurden im deutschsprachigen Raum im Zusammenhang mit der Förderung von Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen bislang kaum durchgeführt. Eine Ausnahme ist eine Beurteilung der Effizienz einer Förderung von 2-jährigen Late Talkers in Form einer Anleitung der Eltern zu sprachförderndem Verhalten mit dem Heidelberger Programm. Obwohl als Nutzen nur Einsparungen durch später nicht erforderlich gewordene sprachtherapeutische Behandlungen bewertet wurden, ergab sich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:1,3 [7].

Bei jedem Kind mit einer Sprachentwicklungsverzögerung eine individuelle Sprachtherapie einzuleiten erscheint aber weder praktikabel noch ökonomisch. Etwa 15% aller Kinder sind im Alter von 2 Jahren als Late Talker anzusehen [19]. Ein Drittel dieser Kinder holt den Sprachrückstand bis zum Alter von 2 Jahren auf und braucht demzufolge keine spezifische Förderung, ein weiteres Drittel hat schwache sprachliche Leistungen im unteren Grenzbereich, und das letzte Drittel erfüllt mit 3 Jahren die Kriterien einer Sprachentwicklungsstörung. Die Vorhersage, bei welchen Kindern Sprachstörungen persistieren, lässt sich durch eine Berücksichtigung von Prädiktoren verbes-

sern. Diese sind ein niedriger Bildungsstand der Mutter, Schwächen nicht nur bei der Sprachproduktion, sondern auch im Sprachverständnis sowie eine familiäre Belastung mit Störungen der Laut- oder Schriftsprache [18]. Insbesondere die Bedeutung des Bildungsstands der Mutter ist bis zum Einschulungsalter ein Prädiktor für die sprachliche Entwicklung von Late Talkers [12].

Zumindest bei Late Talkers mit Risikofaktoren sollte nicht abgewartet, sondern sofort eine Förderung in Form einer Anleitung der Eltern zu sprachförderndem Verhalten in Elterngruppen angeboten werden.

## Fazit für die Praxis

**Bis ins Schulalter persistierende Sprachentwicklungsstörungen gefährden den Schulerfolg und die emotionale Entwicklung eines Kindes. Aus diesen Gründen wird Logopädie immer häufiger verordnet, vorwiegend aber erst im Vorschulalter. Neuere Studien sprechen für eine Vorverlegung des Behandlungsbeginns. Zur Früherkennung von Risikokindern bei der U7 gibt es inzwischen praktikable und hinsichtlich ihrer diagnostischen Aussagefähigkeit gut überprüfte Screeningverfahren (z. B. SBE-2-K1; [24, 25]). Zur Frühintervention hat sich eine Anleitung von Eltern zu sprachförderndem Verhalten in Gruppen als effektiv erwiesen. Erste Ergebnisse sprechen dafür, dass sich die Zahl der Late Talkers, die im Alter von 3 bzw. 4 Jahren einer logopädischen Behandlung bedürfen, durch eine solche elternzentrierte Frühintervention halbieren lässt. Nach gegenwärtigem Wissensstand ist deshalb zu empfehlen, bei Late Talkers eine spezifische Förderung sofort einzuleiten, insbesondere wenn zusätzliche Risikofaktoren vorliegen. Allerdings stehen Belege dafür, dass eine solche Frühintervention die Entwicklungschancen von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen langfristig verbessert, noch aus.**

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. W. von Suchodoletz**



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität  
Waltherstr. 23, 80337 München  
suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Amorosa H, Endres R (2004) Gruppe zur Anleitung von Eltern junger sprachentwicklungsverzögerter Kinder. *Psychiatr Prax* 31 (Suppl.1):129–131
2. Baxendale J, Hesketh A (2003) Comparison of the effectiveness of the hanan parent programme and traditional clinic therapy. *Int J Lang Commun Disord* 38:397–415
3. Betz-Morhard K (2008) Überprüfung der prognostischen Validität von Elternfragebögen für 10 und 12 Monate alte Kinder zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. Magisterarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität, München
4. Buschmann A (2008) Das Heidelberger Elterntraining: Konzeption und Effizienz. 2. Linzer Sprachtagung: „Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen“ 6.11.2008 in Linz
5. Buschmann A, Bettina Jooss B, Joachim Pietz J (im Druck) Strukturierte Elternanleitung zur frühen Sprachförderung bei Late Talkers: Zur Effektivität des „Heidelberger Elterntrainings“. *Kinderärztliche Praxis*
6. Buschmann A, Jooss B, Rupp A et al (2008) Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. *Dev Med Child Neurol* 50:223–229
7. Buschmann A, Jooss B, Rupp A et al (2009) Parent-based language intervention for two-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 94:110–116
8. Dale PS, Price TS, Bishop DV, Plomin R (2003) Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. *J Speech Hear Res* 46:544–560
9. Ellis Weismer S, Hesketh LJ (1993) The influence of prosodic and gestural cues on novel word acquisition by children with specific language impairment. *J Speech Hear Res* 36:1013–1025
10. Heckman JJ (2006) Investing in disadvantaged young children is an economically efficient policy. Committee for Economic Development. „Building the Economic Case for Investments in Preschool“. [http://www.ced.org/images/library/reports/education/early\\_education/report\\_2006prek\\_heckman.pdf](http://www.ced.org/images/library/reports/education/early_education/report_2006prek_heckman.pdf), New York, January 10, 2006 (Abruf 28.06.2009)
11. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2008) Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. Vorbericht S06–01. IQWiG, Köln
12. Kühn P, Suchodoletz WV (im Druck) Ist ein verzögerter Sprechbeginn ein Risiko für Sprachstörungen im Einschulungsalter? *Kinderärztliche Praxis*

13. Manolson A (1985) It takes two to talk: a parent's guide to helping children communicate. The Hanen Centre, Toronto
14. Mendelsohn AL, Mogilner LN, Dreyer BP et al (2001) The impact of a clinic-based literacy intervention on language development in inner-city preschool children. *Pediatrics* 107:130–134
15. Möller D, Probst P, Hess M (2008) Durchführung und Evaluation eines Elterntrainings bei Sprachentwicklungsverzögerung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 57:197–215
16. Paul R, Hernandez R, Taylor L, Johnson K (1996) Narrative development in late talkers: early school age. *J Speech Hear Res* 39:1295–1303
17. Sachse S, Saracino M, Suchodoletz WV (2007) Prognostische Validität des ELFRA-1 bei der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. *Klin Pädiatr* 219:17–22
18. Sachse S, Suchodoletz WV (im Druck) Prognose und Möglichkeiten der Vorhersage der Sprachentwicklung bei Kindern mit verzögertem Sprechbeginn (Late Talkers). *Kinderärztliche Praxis*
19. Sachse S, Suchodoletz WV (2007) Variabilität expressiver Sprachleistungen bei zweijährigen Kindern erfasst mit dem ELFRA-2. *Sprache Stimme Gehör* 31:118–125
20. Schröder H, Waltersbacher A (2006) Heilmittelbericht 2006. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), [http://wido.de/heilmittel\\_2006.html](http://wido.de/heilmittel_2006.html) (Abruf 20.06.2009)
21. Suchodoletz WV (2007) Prävention umschriebener Sprachentwicklungsstörungen. In: Suchodoletz WV (Hrsg) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Hogrefe, Göttingen, S 45–79
22. Suchodoletz WV (2009) Therapie von Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen. In: Suchodoletz WV (Hrsg) *Therapie von Entwicklungsstörungen*. Was wirkt wirklich? Hogrefe, Göttingen, S 57–87
23. Suchodoletz WV (2009) Wie wirksam ist Sprachtherapie? *Kindheit und Entwicklung* 18:213–221
24. Suchodoletz WV (2009/2010) Ein Elternfragebogen zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei der U7. *Pädiatrische Praxis* 74:31–38
25. Suchodoletz WV, Held J (in Druck) Früherkennung von Late Talkers bei der U7. Ist ein kurzer Elternfragebogen zur Früherkennung geeignet? *Kinderärztliche Praxis*
26. Tsybina I, Eriks-Brophy A (2007) Issues in research on children with early language delay. *Contemporary Issues Communication Sci Disorders* 34:118–133
27. van Kleeck A, Gillam RB, Davis B (1997) When is watch and see warranted? *Am J Speech Lang Pathol* 6:34–39
28. Whitehurst GJ, Fischel JE, Lonigan CJ et al (1991) Treatment of early expressive language delay: If, when, and how. *Topics Language Disorders* 11:55–68

## Kinder sind keine kleinen Erwachsenen

Risiken für Kinder müssen anders bewertet werden als Risiken für Erwachsene. Dies war die Hauptaussage nach dem siebten Forum Verbraucherschutz des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR). Geht es um Risiken, die von chemischen Stoffen ausgehen können, müssen Risikobewerter berücksichtigen, dass Kinder im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht eine größere Hautoberfläche haben, mehr Nahrung aufnehmen und häufiger atmen als Erwachsene. Gleichzeitig haben sie eine vom Lebensalter abhängig, erhöhte Stoffwechselrate, wodurch bestimmte Stoffe schneller und in höheren Mengen aufgenommen werden und Schadstoffe über einen längeren Zeitraum einwirken. Des Weiteren nehmen Kinder Risiken anders wahr, und sie verhalten sich anders. Kleine Kinder nehmen beispielsweise kleine Gegenstände in den Mund und können sie unbeabsichtigt verschlucken. Auch kindertypische Vergiftungsunfälle können schwere gesundheitliche Folgen haben. Insgesamt sind Kinder anderen Unfallrisiken ausgesetzt als Erwachsene. Laut BfR dürfen Kinder nicht als kleine Erwachsene betrachtet, sondern müssen als eigene Verbrauchergruppe in den Mittelpunkt gestellt werden. Inwieweit die Wissenschaft spezielle Risiken für Kinder bisher angemessen bewertet und die Politik daraus ausreichende Maßnahmen zum Schutz von Kindern abgeleitet hat, diskutierten rund 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf dem siebten BfR-Forum Verbraucherschutz in Berlin. Einig waren sich die Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Wirtschaft, Verbraucherverbänden und Medien darüber, dass Ergebnisse von Risikobewertungen für Erwachsene nicht ohne weiteres auf Kinder „heruntergerechnet“ bzw. übertragen werden können. Grund sind die Besonderheiten der körperlichen und geistigen Entwicklung und des Verhaltens von Kindern. Es besteht noch dringender Forschungs- und Dokumentationsbedarf bei der Beschaffung von Daten für die Bewertung von Risiken für Kinder.

Rechtlich besteht für Kinder ein besonderer Schutz vor bestimmten Stoffen in Lebensmitteln. So muss Säuglingsnahrung besondere Anforderungen erfüllen, bevor sie auf den Markt gebracht wird. Bei schädlichen Stoffen in Spielzeug besteht hingegen Nachbesserungsbedarf. Die Kritik des BfR an der neuen EU-Spielzeugrichtlinie teilten die meisten der Anwesenden.

Eltern sollten auch zukünftig in ihrer Vorbildfunktion einen bedeutenden Beitrag zur Verhütung beispielsweise von Unfällen wie Stürzen, Verbrennungen und Vergiftungen mit Chemikalien im Haushalt leisten können. Doch setzt dies auch ein entsprechendes Wissen bei den Eltern selbst voraus, die nach Erkenntnissen von Multiplikatoren nicht überall gleichermaßen gegeben ist. Hier ist weiterhin auch die Aufklärungsarbeit von Verbänden wie staatlichen Institutionen gefragt. Kindern die Möglichkeit zu geben, sicher aufzuwachsen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Rechtliche Rahmenbedingungen zum Schutz von Kindern, die staatliche Akteure schaffen können, setzen ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse heraus, die wiederum aus einer soliden altersbezogenen Datenbasis resultieren müssen - nicht zuletzt eine finanzielle Frage. Alle, die Kinder betreuen, können dafür sorgen, dass Kinder lernen, mit Risiken des Alltags umzugehen. Denn die Kinder geben schließlich ihr Wissen und ihre Erfahrung eines Tages als Erwachsene wiederum an Kinder weiter.

Quelle:

**Bundesinstitut für Risikobewertung**  
[www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de)