

Late Talker – Frühe Intervention bei Kindern mit (Verdacht auf) Sprachentwicklungsstörung

Andrea Dohmen, Susanne Vogt

Zusammenfassung

Erfassung und Intervention bei so genannten Late Talkern haben in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum zunehmend an Bedeutung gewonnen. Zum einen ist der Kenntnisstand über den unauffälligen Spracherwerb und mögliche Abweichungen wesentlich differenzierter geworden. Damit wurden Kriterien beschrieben und Instrumente entwickelt, die schon zu einem frühen Zeitpunkt in der kindlichen Entwicklung das Risiko einer Sprachentwicklungsstörung erfassen. Zum anderen wurden Methoden etabliert und ausgebaut, die bereits bei recht jungen Kindern Anwendung finden können. Der vorliegende Beitrag zeigt überblicksartig Möglichkeiten zur Erfassung spät sprechender Kinder. Darüber hinaus gibt er einen Einblick in Therapiemethoden und -durchführung. Kernstück ist die Darstellung der Ziele der frühen Intervention auf den vier sprachlichen Ebenen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Late Talker – Früherkennung – Diagnostik – Therapiemethoden – Therapieziele

Frühe Erfassung: Diagnostische Möglichkeiten und Instrumente

Klassische Late Talker sind jene 14-19 % (Grimm, 1999, 108) aller Zweijährigen, die ein Risiko für eine spezifische Sprachentwicklungsstörung aufweisen. Typisch sind ein später Sprechbeginn und ein langsam anwachsender Wortschatz, so dass am zweiten Geburtstag noch keine 50 Wörter gesprochen und/oder keine Wortkombinationen gebildet werden. Von einigen Autorinnen werden auch Einschränkungen der rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten berichtet (Ellis Weismer, 2000, 158). Angeblich holt knapp die Hälfte aller Late Talker bis etwa zum dritten Geburtstag das sprachliche Manko auf und erscheint

im Vergleich zu Gleichaltrigen unauffällig. Ob dieses Aufholen im Sinne von „Late Blooming“ (Späterblühen) echt ist oder sich späterhin als illusorisch erweist, bleibt offen (Penner et al., 2005).

Kommen Eltern mit ihrer Sorge um das nicht oder kaum sprechende Kind in die logopädische Praxis, gibt es mehrere methodische Untersuchungsmöglichkeiten:

Indirekte Beobachtung: Tagebücher, Elternfragebögen

Bezugspersonen des Kindes werden gebeten, (nach Anleitung) das Kind zu beobachten und dies zu verschriftlichen. Häufig bitten wir die Eltern, wöchentlich alle Wörter zu notieren, die das Kind produziert. Dazu gehören auch dem Wort ähnliche Äußerungen sowie Wörter aus der Kindersprache („muh“ für die „Kuh“).



Andrea Dohmen

absolvierte ihre Logopädieausbildung in Aachen und arbeitete anschließend in logopädischen Praxen in Aachen und Hildesheim. Seit Abschluss des Bachelorstudiengangs an der FH Hildesheim ist sie als Dozentin für Spracherwerb und Sprachent-

wicklungsstörungen an der Lehranstalt des IWK in Magdeburg sowie in einer logopädischen Praxis in Helmstedt tätig.



Susanne Vogt

erhielt ihre Ausbildung zur Logopädin in Ulm und Tübingen. Nach Tätigkeit in Klinik, Praxis und Lehre absolvierte sie den Bachelorstudiengang an der FH Hildesheim. Seit 2003 ist die Lehrlogopädin (dbl) wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Europa-Fach-

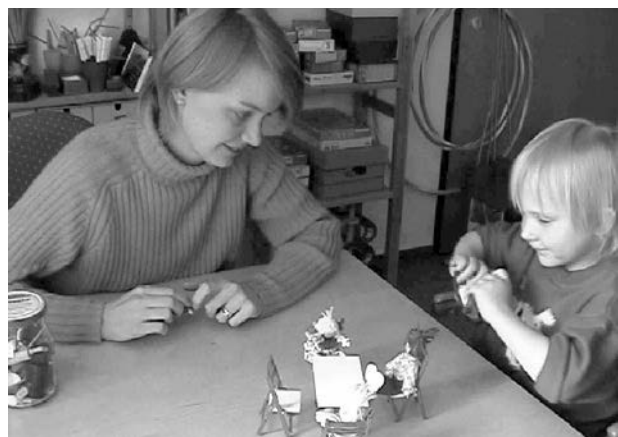
hochschule Fresenius in Idstein im Studiengang Logopädie. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen.

- **Mit dem Elternfragebogen ELFRA 2** (Grimm & Doil, 2000) liegt für den deutschsprachigen Raum ein standardisiertes Screeninginstrument vor, um das Risiko für eine (spezifische) Sprachentwicklungsstörung festzustellen. Zusätzlich zur Erhebung der Bereiche produktiver Wortschatz, Syntax und Morphologie bietet der ELFRA 2 den unschätzbaren Vorteil, dass er den Eltern Kriterien für die selbständige Beobachtung der Sprache ihres Kindes an die Hand gibt.
- **Weiterhin wird mit dem Pragmatischen Profil** (Dohmen, in Vorbereitung) ein Instrument erscheinen, das – ebenfalls aus Elternsicht – die kommunikativen Fähigkeiten von Kindern untersucht.

Zielgerichtete Beobachtung / Informelle Untersuchungsverfahren

Die zielgerichtete Beobachtung wird von der UntersucherIn selbst durchgeführt. Anhand bestimmter Kriterien werden Beobachtungen angestellt und Informationen gewonnen, die über Fähigkeiten des Kindes im Spracherwerbsprozess Aufschluss geben. Dazu gehören auch veröffentlichte, nicht standardisierte Untersuchungsverfahren und Beobachtungsbögen. Es gibt verschiedene einsetzbare Instrumente, die je nach Fragestellung bzw. theoretischem Hintergrund Anwendung finden können. Geeignet zum Einsatz bei spät sprechenden Kinder scheinen uns die folgenden:

- **Screeningaufgaben Prosodieentwicklung** (Penner, 2004). Das Verfahren erfasst über drei Untertests (Trochäen, Komposita, supra-minimale Wörter), ob das Kind die Grundregeln der Prosodie erworben hat und diese auf alle relevanten Formen übertragen kann. Das Kind soll dazu Bilder benennen.
- **Kriterien zur Erfassung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten im Hinblick auf den Lexikonerwerb** (Dohmen & Vogt, 2004). In einer frei gewählten kommunikativen Situation (z.B. beim Spiel mit dem Puppenhaus oder in der Interaktion mit einem Elternteil) wird über einen Beobachtungsbogen erfasst, wie das Kind Intentionen ausdrückt (z.B. ob/wie das Kind um Unterstützung bittet oder benennt) und wie es die Interaktion organisiert (z.B. diese beginnt, aufrecht erhält und repariert). (Für eine ausführliche Darstellung siehe Forum Logopädie, November 2004, 14-19).
- **Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen** (Kauschke & Siegmüller, 2002). Das Diagnostikinstrument erfasst über drei Bände Fähigkeiten



in den Bereichen Phonetik/Phonologie, Semantik/Lexikon und Syntax/Morphologie. Für die Zielgruppe der Late Talker kann es sinnvoll sein, im Band Semantik/Lexikon die Untertests zum Wortverständnis (Nomen, Verben, Adjektive, Präpositionen¹) und zur Wortproduktion (Verben, Adjektive¹) und im Band Grammatik den Untertest zum Verständnis syntaktischer Strukturen durchzuführen.

Standardisierte Testverfahren

Diese Untersuchungsinstrumente bieten den Vorteil, über ein standardisiertes Vorgehen zu erfassende Bereiche mit Normwerten (meist unauffälliger Kinder) vergleichen zu können. Qualitative Ableitungen müssen bei solcher Art Verfahren häufig selbstständig gezogen werden.

- **Mit dem Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder SETK-2** (Grimm, 2000) liegt für das Deutsche ein Verfahren vor, das an den Schwierigkeiten der Late Talker ansetzt. Überprüft werden rezepptive Fähigkeiten auf Wort- (9 Items) und Satzebene (8 Items) und ebenso produktive Fähigkeiten auf diesen beiden Ebenen. Vergleichswerte gibt es für 2;0- bis 2;11-jährige Kinder.
- **Der Sprachentwicklungstest für dreibis fünfjährige Kinder SETK 3-5** (Grimm et al., 2001) mit dem Untertest „Verstehen von Sätzen“ und der *Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses TROG-D* (Fox, 2006) bieten eine weitere Möglichkeit, bei dreijährigen und älteren Kindern rezepptive Fähigkeiten zu erfassen.

Intervention: ja – nein – vielleicht?

Wie soll nun entschieden werden, ob ein Kind ein Risiko für eine (spezifische) Sprachentwicklungsstörung aufweist? Dazu dienen die Ergebnisse aus Anamnese und Diagnostik, die Aufschluss geben, ob eine Intervention vonnöten ist, und wenn ja, wo eine Intervention ansetzen sollte. Wir orientieren uns dabei an den in Abbildung 1 (folgende Seite) aufgeführten Fragestellungen.

Therapieprinzipien, Methoden und Durchführung der frühen Intervention

Zeigen sich beim Beantworten der genannten Fragestellungen Auffälligkeiten, ist eine Intervention angezeigt. Im Folgenden wird der Rahmen für die Umsetzung der Ziele der frühen Intervention in der logopädischen Therapie skizziert. Dieser bildet die Basis der frühen therapeutischen Förderung.

Prinzipien

- Durch die Intervention sollen bestehende Stagnationen im Spracherwerb aufgelöst und zentrale Strategien zum Spracherwerb durch die Präsentation eines besonders aufbereiteten, konzentrierten und prägnanten Inputs in der Therapie ausgelöst werden. Dies basiert auf der Hypothese, dass im Spracherwerbsprozess das sprachlernende Kind mit seiner genetisch prädisponierten Ausstattung auf einen besonders aufbereiteten sprachlichen Input trifft (Rausch, 2003).
- Die Auswahl der Therapieziele basiert auf einer gezielten Diagnostik des individuellen Störungsprofils des Kindes.
- Die Umsetzung der Therapieziele orientiert sich an den individuellen Interessen und Möglichkeiten des Kindes. Sie erfolgt mit dem unterstützenden Einsatz aller Sinneskanäle (auditive, visuelle, taktil-kinästhetische Wahrnehmung) zur Verdeutlichung der sprachspezifischen Ziele. Es wird jedoch keine Kausalität zwischen der Förderung nichtsprachlicher Bereiche und der direkten Weiterentwicklung der sprachlichen Bereiche angenommen.
- Die Anwesenheit der Eltern ist optional. Der elterlichen Sprechweise in der Interaktion mit dem Kind wird im Rahmen des Spracherwerbsprozesses eine entscheidende Rolle zugestanden (u.a. Grimm, 1999). Die Förderung dieser kindgerichteten Sprache ist ein wichtiger Faktor der frühen Intervention. Jedoch ist nicht in jedem Fall ein intensiver Einbezug der Eltern – durch direkte oder indirekte Elterninterventionsprogramme – möglich (vgl. Centini, 2004; Möller et al., 2005).
- Die Durchführung der Behandlung erfolgt als Intervalltherapie, idealerweise zwei Mal wöchentlich.

¹ Für diese Untertests können Vergleichswerte heruntergeladen werden: www.elsevier.de/artikel/803611

Abb. 1: Fragestellungen zur frühen Intervention



Methoden

Zur Umsetzung der Therapieziele haben sich durch den Einsatz in der Praxis die Methoden der Inputspezifizierung und der Modellierung – isoliert oder in Kombination – als effektiv und praktikabel herauskristallisiert.

Mit der Methode der *Inputspezifizierung* werden sprachliche Informationen als hochspezifischer Input in (stark) vorstrukturierten Kontexten angeboten. Die Priorität liegt nicht in der Förderung der sprachlichen Interaktion, sondern auf der eindeutigen und somit für das Kind wahrnehmbaren Präsentation der sprachlichen Information (Penner & Kölliker Funk, 1998; Kauschke & Siegmüller, 2000).

Die durch *Dannenbauer* (u.a. 1999) formulierten *Modellierungstechniken* sind Handwerkszeug jeder LogopädIn. Die TherapeutIn bietet dem Kind durch den Einsatz der Modellierungstechniken, die der Äußerung des Kindes vorausgehen oder nachfolgen, ein prägnantes und direktes Sprachmodell. Die entwicklungsproximalen sprachlichen Zielstrukturen werden in eine natürliche Interaktion eingebunden.

Durchführung

In der frühen sprachlichen Intervention setzen wir wenn möglich eine Kombination aus indirekten, vorstrukturierten, längeren Freispielsequenzen mit direkten, kurzen, prägnanten Übungsspielen bzw.

Übungen ein. So lassen sich zum einen sprachliche Informationen möglichst eindeutig wahrnehmbar präsentieren und zum anderen diese neuen Informationen in Handlungskontexten weiterentwickeln. Die Möglichkeit zum Einsatz von Übungsspielen bzw. Übungen ist abhängig von den kognitiven und pragmatischen Fähigkeiten des Kindes.

Abb. 2: Ziele der frühen Intervention



Ziele der frühen Intervention

Die Angabe eines Alterszeitraums eignet sich nur bedingt, um den Bereich der frühen Intervention bei Late Talker-Kindern einzugrenzen. Die klassische Definition für Late Talker erfasst lediglich Kinder im Alter zwischen 24 bis 36 Monaten mit einem erhöhten Risiko zur Manifestation einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung. Aus dieser Definition ergeben sich einige Schwierigkeiten:

- Im Alltag der logopädischen Praxis wird auch eine Reihe von nicht oder kaum sprechenden Kindern vorgestellt, die älter als 36 Monate sind.

- Sprachspezifische Therapieansätze zielen im Allgemeinen auf Kinder mit einer spezifisch sprachlichen Problematik ab, auf Kinder also, die zumindest basale pragmatische Fähigkeiten und einen eingeschränkten rezeptiven und/oder expressiven Wortschatz entwickelt haben.

- Bei Kindern, die als Leitsymptom kaum Sprache äußern, ist die Klassifizierung der sprachlichen Probleme als spezifische Sprachentwicklungsstörung bzw. Sprachentwicklungsstörung im Rahmen eines Primärsyndroms nicht immer zu Beginn der logopädischen Therapie möglich.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten orientiert sich im oben abgebildeten Schema die Eingrenzung des Bereichs der frühen Intervention

vorwiegend an der Beschreibung der sprachlichen Symptomatik. Der Bereich der Late Talker-Kinder umfasst alle die Kinder, die die beschriebenen (vor)sprachlichen Ziele noch nicht erworben haben. Welche Ziele ausgewählt werden, orientiert sich am individuellen Störungsprofil des Kindes, das durch die Prozessdiagnostik erstellt wurde.

Ebene der Pragmatik

An der Schnittstelle zwischen Kognition und Pragmatik entwickelt das Kind drei entscheidende prälinguistische Strategien (Paul, 1990). Die Fähigkeiten zur Imitation, zum referenziellen Blickkontakt und zum Aufbau minimaler Handlungsschemata

sind der Rahmen für den frühen Spracherwerbsprozess. Der Einsatz von wiederkehrenden Abläufen in der Therapie (z.B. Routinen wie Schuhe ausziehen oder das Bonbon am Ende der Therapie) bilden das Format zur wiederholten Präsentation sprachlicher Einheiten und somit die Basis für die Entwicklung kommunikativer Intentionen und der Fähigkeiten zur Gesprächsorganisation.

Die *kommunikative Intention* ist die Absicht, mit der eine Äußerung an einen Hörer gerichtet wird, um eine Wirkung zu erzielen. Dazu zählen z.B. das Erlangen der Aufmerksamkeit, das Bitten um Informationen, der Widerspruch oder das Grüßen, die schon sehr früh von Kindern erworben werden. Durch den Ausdruck – zunächst präverbaler – Intentionen merkt das Kind, dass es eine kommunikative Wirkung in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt erzielen kann.

Die *Organisation von Interaktionen bzw. Gesprächen* bedarf bestimmter Strukturen. Hierzu gehören im frühen Spracherwerb insbesondere die Regeln zum Sprecherwechsel (turn-taking) oder auch erste – zumeist fremdinitiierte – Reparaturen. Die Initiierung und Beendigung von Interaktionen kann im therapeutischen Setting sehr eindeutig durch die Intentionen des Grüßens bzw. Verabschiedens (z.B. innerhalb einer Puppenfamilie) präsentiert werden.

Ebene Semantik / Lexikon

Eine Komponente zum Aufbau von sowohl rezeptiven als auch expressiven Lexikoneinträgen ist der *Aufbau von mentalen Repräsentationen*. An der Schnittstelle zwischen Sprache und Kognition speichert das Kind Weltwissen zunächst in Form von ganzheitlichen Ereignisrepräsentationen oder prototypischen Merkmalen. Die andere Komponente besteht in den sich entwickelnden Wortformen (siehe Ebene Phonologie). Durch den *Prozess des Mappings* (Hirsh-Pasek et al., 1996) vernetzt das Kind die aufgebauten Repräsentationen mit sprachlichen Formen zu Lexikoneinträgen. Die einander zugeordneten Konzepte, Wortformen und Vernetzungen sind zunächst noch vorläufig oder unvollständig und werden im Verlauf der Lexikonentwicklung stetig in ihrer Qualität überarbeitet. Weist das Kind ein nicht altersgemäßes Wortverständnis auf, steht zunächst der *Aufbau von rezeptiven Lexikoneinträgen* im Vordergrund. Die schon erwähnte Pup-

penfamilie eignet sich gut zur gezielten und wiederholten Präsentation der Verbindung eines Referenten (einer Puppe) mit der zugehörigen Wortform (dem Namen). Die neue Zuordnung des Konzeptes der Person mit einem dem Kind zuvor noch unbekannt Namen wird unmittelbar umgesetzt.

Häufig ist bei der beschriebenen Zielgruppe jedoch die Produktion von Äußerungen das entscheidende Ziel. Das erste Teilziel besteht hier im *Aufbau von Äußerungen mit allen verbalen und non-verbalen Mitteln*. Das Kind produziert nicht erst ab dem Moment, an dem es Wörter spricht. Wichtige vorausgehende Entwicklungsschritte bestehen u.a. im Einsatz von Mimik, Gestik, Lautmalereien und Geräuschen.

Das folgende Teilziel besteht im Aufbau von *expressiven Lexikoneinträgen*, d.h. in der Produktion von ca. 50 bis 100 kontextunabhängig verwendeten Wörtern unterschiedlicher Wortarten mit wiedererkennbaren Wortformen. Die Auswahl der Wörter orientiert sich am frühen Lexikonerwerb. Gelingt dies dem Kind, scheint die Auslösung von linguistischen Mapping-Prozessen erreicht. Zumeist setzt zu diesem Zeitpunkt der Intervention das schnelle Wortlernen (auch: Vokabelspurt) ein, zumindest jedoch ein stetiges lexikalisches Wachstum. Meist findet nun eine Therapiepause statt, in der der Wortschatz des Kindes weiter wachsen kann. Nach der Pause folgt dann auf der Basis einer lexikalischen Diagnostik die Entscheidung, ob eine weitere sprachspezifische Therapie zum Aufbau eines umfangreichen und differenzierten Wortschatzes verschiedener Wortarten (noch) indiziert ist.

Ebene Phonologie / Phonetik

Zu Beginn des Spracherwerbsprozesses muss das Kind den eintreffenden Sprachstrom zunächst in Einheiten segmentieren und phonetische wie phonologische Merkmale differenzieren. Zur Segmentierung sind die prosodischen Kennzeichen der Sprache unentbehrlich. Unter Prosodie versteht man den Sprachrhythmus, die regelmäßige Abfolge von betonten und unbetonten Silben. Die suprasegmentale Struktur der Wortform bildet sozusagen das Gerüst für die segmentale Lautstruktur mit ihren phonologischen und phonetischen Kennzeichen.

Für das Deutsche gilt als Grundregel die trochäische Betonungsstruktur: Die erste

Silbe wird stärker betont als die zweite („Nase“). Dieses Muster scheint mit als erste prosodische Struktur von den Kindern wahrgenommen und auch produziert zu werden.

Entscheidend im therapeutischen Kontext ist die Präsentation von prototypischen melodischen Grundmustern zur *Aktivierung der Wahrnehmung von prosodischen Strukturen*. Dies geschieht als Sprachmodell in Routinen, Handlungskontexten, kleinen Versen und Fingerspielen oder durch den Einsatz spezifischen Therapiematerials (Penner, 2004).

Die Zielableitung für die *Produktion prosodischer Strukturen* orientiert sich am ungestörten Prosodieerwerb. Vom Kind wird also nicht direkt die Produktion der korrekten Wortform erwartet, sondern zunächst die Produktion der Betonungsstruktur, auch wenn die Lautstruktur der Wortformen noch nicht wirklich gelingt. Kann das Kind dann *konsequente, sich nicht ständig verändernde, phonologische Wortformen* bilden, ist auch im Hinblick auf diese sprachliche Ebene zumeist eine Intervallpause sinnvoll. Im Anschluss sollte bei weiterhin bestehenden phonologischen und/oder phonetischen Auffälligkeiten ein entsprechend spezifischer Ansatz zur Therapie der kindlichen Aussprachestörung ausgewählt werden.

Zu Beginn der frühen Intervention ist eine eventuelle kindliche verbale Entwicklungsdyspraxie aufgrund von zu wenigen kindlichen Äußerungen zumeist noch nicht zu diagnostizieren. Eine Differenzialdiagnostik zu phonetischen und/oder phonologischen Störungen wird häufig erst im Verlauf der Intervention möglich. Erfolgt aufgrund der Symptomatik des Kindes die Diagnose der verbalen Entwicklungsdyspraxie, ist ein spezifisches Therapieverfahren (z.B. Birner-Janusch, 2003) einsetzbar.

Ebene Syntax / Morphologie

Sollte das *Sprachverstehen* des Kindes beeinträchtigt sein, liegt die Priorität bei der Auswahl der Therapieziele zunächst im Bereich der Entschlüsselung von syntaktisch-morphologischen Strukturen. Hier leitet sich die Komplexität der zielsprachlichen Strukturen vom ungestörten Spracherwerb ab. Dies gilt auch für die Produktion. Im Hinblick auf die beschriebene Zielgruppe der Kinder orientiert sich das formulierte Ziel nicht an syntaktisch-morphologischen Zielstrukturen der Erwachsenensprache

(z.B. Einsatz der korrekten Verb-Zweit-Stellung), sondern an sehr frühen syntaktischen Entwicklungsstufen. Als Einstieg in die Syntax ist das Ziel zunächst die *Erweiterung der kindlichen Äußerungslänge* von überwiegenden Einwortäußerungen hin zu Mehrwortäußerungen. Auch für dieses Ziel lässt sich wieder die Puppenfamilie einsetzen. Den Mitgliedern gehören Dinge („Papa Bett“; „Mama Eis“) oder sie erleben im Puppenhaus viele Handlungen des täglichen Lebens („Suppe essen“, „Anna schlafen“). Ist das Ziel der Erweiterung der Äußerungslänge erreicht, folgt je nach individueller Symptomatik eine Intervallpause oder der Einsatz eines sprachspezifischen Therapieansatzes zur Förderung der grammatikalischen Fähigkeiten.

Leitfaden zur Reflexion therapeutischer Entscheidungen

Abschließend sei betont, dass dieses Schema, wie jedes Schema, eine künstliche Einteilung komplexer und häufig parallel ablaufender Entwicklungsprozesse im Spracherwerb darstellt. Sowohl zwischen den einzelnen sprachlichen Ebenen als auch insbesondere zur kognitiven kindlichen Entwicklung bestehen intensive Wechselwirkungen.

Die Möglichkeit zur Reflexion therapeutischer Entscheidungen und therapeutischen Handelns anhand eines Leitfadens war unsere Motivation zur Erstellung dieser Übersicht. Dies ist für uns die Basis zur Evaluation und Kommunikation des Therapieprozesses mit Eltern, ÄrztInnen und TherapeutInnen.

Literatur

- Birner-Janusch, B. (2003). Therapieansätze bei verbaler Entwicklungsdyspraxie. *Forum Logopädie* 5 (17), 14-21
- Centini, U. (2004). Elterntraining – eine Möglichkeit der frühen Intervention? *Forum Logopädie* 5 (18), 18-23
- Dannenbauer, F. M. (1999). Grammatik. In: Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hrsg.). *Sprachtherapie mit Kindern*. München: Ernst Reinhardt
- Dohmen, A. (in Vorbereitung). *Das pragmatische Profil. Analyse kommunikativer Fähigkeiten von Kindern*. München: Elsevier
- Dohmen, A., Vogt, S. (2004). Kommunikationsstrategien als Ansatzpunkt zur Förderung semantisch-lexikalischer Fähigkeiten. *Forum Logopädie* 6 (18), 14-19
- Ellis Weismer, S. (2000). Intervention for children with developmental language delay. In: Bishop, D.V.M., Leonard, L.B. (Hrsg.). *Speech and language impairments in children* (157-176). Hove, East Sussex: Psychology Press
- Fox, A. (2006). *Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses (TROG-D)*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Grimm, H. (1999). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H., Doil, H. (2000). *Elternfragebögen zur Erkennung von Risikokindern (ELFRA)*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H. (2000). *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H., Aktas, M., Frevort, S. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5)*. Göttingen: Hogrefe
- Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. (1996). *The Origins of Grammar*. Massachusetts: The MIT Press
- Kauschke, C., Siegmüller, J. (2000). *Spezifische Sprachentwicklungsstörungen aus patholinguistischer Sicht*. Audiovisuelles Zentrum der Universität Potsdam
- Kauschke, C., Siegmüller, J. (2002). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier
- Möller, D., Spreen-Rauscher, M. & Schelten-Cornish, S. (2005). Möglichkeiten der frühen indirekten Therapie und Prävention bei Sprachentwicklungsstörungen. *LOGOS interdisziplinär* 2 (13), 93-111
- Paul, R. (1990). Comprehension strategies: Interactions between world knowledge and the development of sentence comprehension. *Topics in Language Disorders* 10 (3), 63-75
- Penner, Z., Kölliker Funk, M. (1998). *Therapie und Diagnose von Grammatikstörungen*. Luzern: Edition SZH
- Penner, Z. (2004). *Modul I: Sprachrhythmus, Prosodie, Wortbildung, Morphologie*. Berg (TG), Schweiz: Kon- Lab
- Penner, Z., Krügel, C., Nonn, K. (2005). Aufholen oder Zurückbleiben: Neue Perspektiven bei der Frühintervention von Spracherwerbsstörungen. *Forum Logopädie* Heft 6 (19), 6-15
- Rausch, M. (2003). *Linguistische Gesprächsanalyse*. Idstein: Schulz-Kirchner

Autorinnen

Susanne Vogt
Europa Fachhochschule Fresenius
Studiengang Logopädie
Limburger Str. 2
65510 Idstein
vogt@fh-fresenius.de
Andrea Dohmen
Schönebecker Str. 26
39104 Magdeburg
dohmen.post@gmx.de

Summary

Late Talker – Early Intervention for children being at risk of language disorder

Detection and intervention of Late Talkers are of rising importance in German-speaking countries during the past years. One reason for this is that the knowledge about normal language development and possible deviations has grown. Thus criteria have been described and instruments developed to detect children being at risk of language disorder at an early age. On the other hand methods to work with very young children were established. The present article provides an overview about possibilities to detect late talking children. Furthermore, it describes intervention methods and implementation. The main aim is the description of targets within early intervention on the four language levels (phonology, semantics/vocabulary, syntax/morphology, pragmatics).

KEY WORDS: Late Talker – Detection – Assessment – Intervention Targets and Provision