

**Die Qualität der Sprachentwicklungsdiagnostik
bei mehrsprachigen Kindern**

—

Pädiatrische Früherkennungsuntersuchungen
auf dem Prüfstand

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie

im Fachbereich Neuere Philologien

der Johann Wolfgang Goethe-Universität

zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

Barbara Voet Cornelli

aus Cloppenburg

2020

(Einreichungsjahr)

2022

(Erscheinungsjahr)

1. Gutachterin: Prof. Dr. Petra Schulz

2. Gutachterin: Prof. Dr. Helga Kelle

Tag der mündlichen Prüfung: 10. März 2021

Danksagung

Diese Dissertationsschrift wurde im Fachbereich 10, Neuere Philologien der Goethe-Universität Frankfurt im Bereich der Didaktik der deutschen Sprache angefertigt. Sie wurde von Prof. Dr. Petra Schulz betreut, die den Lehrstuhl für Deutsch als Zweitsprache innehat. Ich bedanke mich ganz herzlich bei ihr für ihre stets wohlwollende Begleitung meiner Arbeit, die konstruktiven Ratschläge und die sehr anregenden fachlichen Gespräche zum Thema und darüber hinaus. Neben der im Mittelpunkt stehenden sprachwissenschaftlichen Fragestellung werden in dieser Arbeit auch erziehungswissenschaftliche Perspektiven berücksichtigt. Deshalb bin ich Prof. Dr. Helga Kelle von der Universität Bielefeld sehr dankbar, dass sie sich zur Zweitbetreuung dieser Arbeit bereiterklärt hat und wir damit an eine frühere Zusammenarbeit anknüpfen konnten.

Die empirischen Untersuchungen für diese Arbeit sind im Rahmen des Projekts „cammino – Mehrsprachigkeit am Übergang zwischen Kita und Grundschule“ entstanden, das im Zeitraum von 2011 bis 2015 unter Leitung von Prof. Dr. Petra Schulz und Prof. Dr. Angela Grimm am Arbeitsbereich Deutsch als Zweitsprache der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt wurde. Dieses Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union gefördert und war im Frankfurter IDeA-Zentrum verankert. Den beiden Projektleiterinnen bin ich sehr dankbar für die Möglichkeit, in diesem Rahmen mein Dissertationsprojekt zu entwickeln. Ich danke den studentischen Hilfskräften, die mich bei der Aufbereitung und Auswertung der Daten unterstützt haben. Ganz besonders bin ich den Teilnehmer/innen des Projektes cammino, d. h. den Eltern und Kindern, den Kinderärzt/innen und Praxismitarbeiter/innen, zu Dank verpflichtet für die Bereitschaft, mich an ihren Vorsorgeuntersuchungen teilhaben zu lassen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Bei meinen ehemaligen und aktuellen Kolleg/innen des Lehrstuhls, Derk Frerichs, Barbara Geist, Sabrina Geyer, Lydia Grohe, Laura Kretz, Alina Lausecker, Rabea Lemmer, Christos Makrodimitris, Anja Müller, Emanuela Sanfelici, Florian Seemann, Verena Seiler, Katinka Smits, Alex Thiel, Corinna Trabandt und Merle Weicker, bedanke ich mich für ihr fortwährendes Interesse an meiner Arbeit, ihre Ermutigungen und fachlichen sowie organisatorischen Ratschläge. Ein besonderer Dank gilt Sabrina Geyer und Rabea Lemmer für das Gegenlesen von Teilen der Arbeit und ihr sehr hilfreiches Feedback. Den studentischen Hilfskräften Annabelle Hoffmann und Anne Zischke sei gedankt für ihre Unterstützung, Britta Kuhlmann und Maja-Sophie Heß insbesondere für die Hilfe bei der Formatierung. Martina Goßmann und ihrem Team der Hessischen Lehrkräfteakademie danke ich für ihr Interesse am Fortgang dieser Arbeit.

Nicht zuletzt gilt mein ganz besonderer Dank meinem Mann Alessandro und meinen Kindern Luise, Tibor und Matteo für ihre große Geduld, ihr Verständnis und ihre Unterstützung bei diesem Vorhaben.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern.....	6
2.1 Sprachentwicklungsstörungen.....	6
2.1.1 Ursachen und Symptome von Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen	7
2.1.2 Spezifische Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern	11
2.2 Sprachentwicklungsdiagnostik.....	13
2.2.1 Sprachentwicklungsdiagnostik als Prozess	14
2.2.2 Herausforderungen der Sprachentwicklungsdiagnostik bei Mehrsprachigkeit	16
2.2.3 Über- und Unterschätzung sprachlicher Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder.....	20
2.3 Zusammenfassung	25
3 Sprachentwicklungsdiagnostik in der Pädiatrie	26
3.1 Die Rolle der Pädiatrie in der vorschulischen Sprachentwicklungsdiagnostik	26
3.2 Das Programm der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen.....	29
3.3 Sprachentwicklungsdiagnostik im Rahmen des Früherkennungsprogramms	34
3.4 Forschung zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik.....	47
3.5 Exkurs: Vorschulische Sprachentwicklungsdiagnostik in anderen Ländern.....	61
3.6 Zusammenfassung	63
4 Qualitätsanforderungen an die Sprachentwicklungsdiagnostik in der Pädiatrie	64
4.1 Gesundheitspolitische Vorgaben für die medizinische Diagnostik	64
4.2 Sprachdiagnostische Kompetenzen der Kinderärzt/innen.....	67
4.3 Anamnese.....	75
4.4 Untersuchung des Kindes	79
4.4.1 Zu erfassende sprachliche Bereiche	79
4.4.2 Verfahren zur Sprachstandserfassung	87
4.4.3 Fragen und Impulse für das diagnostische Gespräch.....	93

4.5 Diagnosestellung und Interventionsentscheidung	104
4.6 Zusammenfassung	112
5 Design der empirischen Untersuchung.....	114
5.1 Das Projekt <i>cammino</i>	115
5.2 Ziele und Forschungsfragen	116
5.3 Design der Studien I und II	120
5.4 Probandengewinnung	122
5.5 Erhebungsmethoden	125
5.5.1 Schriftliche Fragebogenerhebung	125
5.5.2 Dokumentenanalyse	128
5.5.3 Teilnehmende Beobachtung	130
6 Studie I. Die Inhalte der Anamnese und das Methodenrepertoire.....	134
6.1 Proband/innen	134
6.2 Methoden und Datenanalyse	135
6.3 Ergebnisse	136
6.3.1 Anamnese	136
6.3.2 Repertoire an Methoden und Verfahren	138
6.4 Diskussion der Ergebnisse	149
6.4.1 Anamnese	149
6.4.2 Repertoire an Methoden und Verfahren	152
6.5 Zusammenfassung	156
7 Studie II. Das sprachdiagnostische Vorgehen der Kinderärzt/innen	158
7.1 Proband/innen	158
7.2 Methoden und Datenanalyse	161
7.3 Ergebnisse	172
7.3.1 Rahmenbedingungen der Untersuchungen.....	172
7.3.2 Fallanalyse: Arbeitsteilung zwischen Ärzt/in und Helfer/in	176
7.3.3 Handhabung von Verfahren und Materialien zur Sprachstandserfassung.....	178
7.3.4 Fallanalyse: Durchführung nicht standardisierter Verfahren	181
7.3.5 Fragen und Impulse der Ärzt/innen im diagnostischen Gespräch mit dem Kind	187

7.3.6 Fallanalyse: Ärzt/innen mit wenigen und mit vielen Fragen an das Kind.....	200
7.3.7 Diagnosen und Interventionsempfehlungen	207
7.3.8 Fallanalyse: Diagnosen bei Kindern ohne Kontakt zum Deutschen.....	212
7.4 Diskussion der Ergebnisse	216
7.4.1 Rahmenbedingungen der Untersuchungen.....	216
7.4.2 Handhabung von Verfahren und Materialien zur Sprachstandserfassung.....	218
7.4.3 Fragen und Impulse der Ärzt/innen im diagnostischen Dialog mit dem Kind	220
7.4.4 Diagnosen und Interventionsempfehlungen	223
7.5 Zusammenfassung	226
8 Schlussfolgerungen	229
8.1 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse.....	229
8.2 Implikationen für die Praxis.....	234
Literaturverzeichnis.....	239
Anhang	267

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik als Prozess	15
Abbildung 2. Akteure und Zeitpunkte der vorschulischen Sprachentwicklungsdiagnostik in Hessen	26
Abbildung 3. Klassifikation von Sprachauffälligkeiten	28
Abbildung 4. Kinderuntersuchungsheft, alte und neue Version (G-BA, 2005, 2016).....	33
Abbildung 5. Verfahren und Methoden zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik	37
Abbildung 6. Kompetenzmodell des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (MFT, 2015).....	70
Abbildung 7. Entscheidungsalgorithmus zur Diagnostik einer SSES bei mehrsprachigen Kindern.....	110
Abbildung 8. Design der Studie	121
Abbildung 9. Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. b.).....	147
Abbildung 10. Visus- und Sprachprüftafel für Kleinkinder und Schulanfänger (Nordmark, o. J.).....	180
Abbildung 11. Verteilung erwartbarer Antwortstrukturen innerhalb auswertbarer Fragen ($n = 578$).....	198

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9. Befunde zur Sprache im Kinder-Untersuchungsheft	35
Tabelle 2. Rahmenbedingungen der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik	64
Tabelle 3. Anforderungen an sprachdiagnostische Kompetenzen im Überblick	74
Tabelle 4. Anforderungen an die Anamnese im Überblick	78
Tabelle 5. Alter bzw. Kontaktdauer bis zum Erwerb der sprachlichen Bereiche (unauffällig entwickelte Kinder bis zur U9)	85
Tabelle 6. Anforderungen an zu erfassende sprachliche Bereiche im Überblick	86
Tabelle 7. Anforderungen an Verfahren zur Sprachstandserfassung im Überblick	92
Tabelle 8. Fragen im Deutschen – Klassifikation nach Form und möglichen Antworten	98
Tabelle 9. Anforderungen an Gesprächsimpulse im Überblick	103
Tabelle 10. Anforderungen an Diagnosestellung und Intervention im Überblick	111
Tabelle 11. Stichprobe nach Methoden	124
Tabelle 12. Gesamtzahl Teilnehmer/innen je Erhebungsmethode	124
Tabelle 13. Merkmale der Stichprobe der Fragebogenerhebung ($n = 36$)	135
Tabelle 14. Erfassung sprachbiografischer Informationen durch Kinderärzt/innen (Fragebogenangaben)	136
Tabelle 15. In den Vorsorgeuntersuchungen verwendete Methoden und Materialien	138
Tabelle 16. In den Vorsorgeuntersuchungen verwendete veröffentlichte Diagnostikverfahren ($n = 24$ Ärzt/innen)	139
Tabelle 17. In den Vorsorgeuntersuchungen verwendete Verfahrenstypen	141
Tabelle 18. Qualitätsmerkmale der veröffentlichten Verfahren zur Sprachstandserfassung	142
Tabelle 19. Anzahl Beobachtungen je Ärzt/in in den Untersuchungen U7a, U8 und U9	159
Tabelle 20. Sprachbiografische Merkmale der beobachteten Kinder	160
Tabelle 21. Chronologisches Alter der Kinder ($n = 21$) und Kontaktdauer zum Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchungen	161
Tabelle 22. Typische inhaltliche Bestandteile der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen	162
Tabelle 23. In den diagnostischen Gesprächen kodierte Fragetypen und Impulse mit erwartbaren Antworten	169
Tabelle 24. Klassifikation der Fragetypen nach Relevanz	171
Tabelle 25. Gesamtdauer der Vorsorgeuntersuchungen je Untersuchungstyp	173
Tabelle 26. Gesamtdauer der Vorsorgeuntersuchungen ($n = 21$) und Anteil des Arztes	173
Tabelle 27. Dauer der Sprachstandserfassung sowie des Gesprächs mit dem Kind und durchführende Person	175
Tabelle 28. Anzahl der Ärzt/innen ($n = 11$), die Verfahren und Materialien zur Diagnostik einsetzen	178
Tabelle 29. Anzahl der Fragen und Impulse der Ärzt/innen je Beobachtung ($n = 19$)	188
Tabelle 30. Anzahl der Fragen und Impulse der Ärzt/innen nach Typ	190
Tabelle 31. Diagnostische Fragen der Ärzt/innen nach Fragetypen je Beobachtung ($n = 19$)	193
Tabelle 32. Verteilung der Fragetypen innerhalb der auswertbaren Fragen ($n = 578$)	194
Tabelle 33. In den Untersuchungen verwendete Fragetypen nach Relevanz für die SSES-Diagnostik	199
Tabelle 34. Sprachauffälligkeiten und Interventionsvorschläge je Kind ($n = 11$)	209

Abkürzungsverzeichnis

AH	Arzthelfer/in
AoO	Age of Onset (Alter bei Beginn des Erwerbs einer Sprache)
BIL	Bilingual (doppelter Erstspracherwerb)
DaM	Deutsch als Muttersprache bzw. Erstsprache
DaZ	Deutsch als Zweitsprache
fDAZ	Deutsch als frühe Zeitsprache
KJA	Kinderärzt/in (Fachärzt/in für Kinder- und Jugendmedizin)
KM	Kontaktmonate
L1	Erstsprache
L2	Zweitsprache
eL2	frühe Zweitsprache
2L1	zwei Erstsprachen
SES	Sprachentwicklungsstörung
SSES	Spezifische Sprachentwicklungsstörung
SVK	Subjekt-Verb-Kongruenz

1 Einleitung

Sprachliche Auffälligkeiten in der Umgebungssprache Deutsch haben bei Kindern verschiedene Ursachen: Sie können unbedenkliche Begleiterscheinungen eines mehrsprachigen Erwerbs sein oder auf das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung hinweisen. Störungen im Bereich der Sprache sind die häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter (H. Grimm, 2003, 2012; Kauschke & Vogt, 2019; von Suchodoletz, 2003). Werden Sprachentwicklungsstörungen nicht frühzeitig erkannt und behandelt, ist mit gravierenden Auswirkungen auch auf andere Entwicklungsbereiche wie den Bildungsverlauf oder die sozio-emotionale Entwicklung zu rechnen (z. B. Reiss et al., 2018; Rice, 1993). In der Bildungs- und Gesundheitspolitik besteht deshalb Einigkeit, dass die Entwicklung sprachlicher Fähigkeiten im Kindesalter von Geburt an regelmäßig überprüft werden sollte.

Die Erfassung und Beurteilung der kindlichen Sprachentwicklung wird als Sprachentwicklungsdiagnostik bezeichnet. Primäres Ziel der Sprachentwicklungsdiagnostik ist die zuverlässige Identifizierung von sprachauffälligen Kindern, um diese frühzeitig und wirksam in ihrer weiteren Sprachentwicklung zu unterstützen. Für eine passgenaue Unterstützung ist die Unterscheidung der verschiedenen Ursachen von Sprachauffälligkeiten zentral. Kinder, die bspw. aufgrund ihrer mehrsprachigen Erwerbsbiografie noch über geringe Kompetenzen im Deutschen verfügen, profitieren von einer Sprachförderung. Dieser Begriff hat sich als Bezeichnung für pädagogische Angebote in Kitas und Schulen zur Unterstützung von Kindern mit nicht pathologischen Sprachproblemen etabliert. Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen hingegen bedürfen einer Sprachtherapie durch Logopäd/innen oder Sprachtherapeut/innen¹ (für eine detaillierte Beschreibung der Merkmale von Sprachförderung und Sprachtherapie s. Kauschke & de Langen-Müller, 2020). Eine besondere Herausforderung für die Diagnostik stellen die sog. Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (Leonard, 2014) dar, weil sie ohne erkennbare Ursache und unabhängig von der Entwicklung in anderen Bereichen auftreten.

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die Diagnostik von Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern. Als ‚mehrsprachig‘ werden alle Kinder bezeichnet, die mehr als eine Sprache ungesteuert aus ihrer Umgebung erwerben. Da der Spracherwerb mehrsprachiger Kinder je nach Alter bei Erwerbsbeginn unterschiedlich verläuft (Meisel, 2007; Schulz & A. Grimm, 2019; Tracy, 2008, 2014b), werden innerhalb der Gruppe der mehrsprachigen Kinder drei Spracherwerbstypen unterschieden: i) bilinguale Kinder, die Deutsch und mindestens eine weitere Sprache von Geburt an oder beginnend in den ersten zwei Lebensjahren erwerben (auch ‚simultaner‘ oder ‚doppelter Erstspracherwerb‘, 2L1), ii) Kinder, die Deutsch als frühe Zweitsprache (eL2) beginnend zwischen dem zweiten und vierten Geburtstag erwerben, und iii) Kinder mit kindlichem Erwerb der Zweitsprache (L2), die erst nach Ende des vierten Lebensjahres regelmäßig Kontakt zum Deutschen haben.

¹ Beide Berufsbezeichnungen werden in dieser Arbeit trotz der unterschiedlichen Ausbildungen synonym verwendet, weil in beiden Berufen dieselben Aufgaben im Gesundheitssystem erfüllt werden.

Eine zuverlässige Differenzierung zwischen Förderbedarf und Therapiebedarf stellt aus Sicht der Forschung und der Praxis insbesondere bei mehrsprachigen Kindern eine anspruchsvolle Aufgabe dar, die durch verschiedene Faktoren erschwert wird: Zum einen zeichnet sich der Untersuchungsgegenstand Sprache generell durch eine hohe Komplexität aus, zum anderen sind die Erwerbsbedingungen mehrsprachiger Kinder äußerst heterogen (Müller et al., 2018). Überdies fehlen zu einzelnen Erwerbsbereichen noch Erkenntnisse aus der Spracherwerbsforschung (Armon-Lotem & de Jong, 2015; Rothweiler, 2013; Schulz, 2013a). Auch liegen bis dato kaum valide Diagnostikverfahren vor, die für mehrsprachige Kinder geeignet sind (Neugebauer & Becker-Mrotzek, 2013).

In der Praxis kommt es deshalb vor allem bei mehrsprachigen Kindern zu Über- und Unterschätzungen der sprachlichen Fähigkeiten (Paradis et al., 2011; Paradis, 2005; Rothweiler, 2007a); empirische Studien belegen Fehleinschätzungen auch für Deutschland (Geist, 2013; A. Grimm & Schulz, 2014a). Werden Kinder fälschlich als lediglich ‚förderbedürftig‘ oder als ‚sprachgestört‘ klassifiziert, kann dies zum einen auf individueller Ebene Folgen für die betroffenen Kinder haben; zum anderen führt dies auf gesellschaftlicher Ebene zur Fehlverwendung wirtschaftlicher Ressourcen. Eine zuverlässige Differenzierung zwischen Auffälligkeiten im Deutschen infolge eines mehrsprachigen Erwerbs und Sprachentwicklungsstörungen hat demzufolge aus Sicht der Bildungs- und Gesundheitspolitik hohe Dringlichkeit. In Deutschland wird deshalb jedes Kind bis zur Einschulung mehrfach von verschiedenen Professionen und in verschiedenen Institutionen auf seine sprachliche Entwicklung hin untersucht. Sowohl pädagogische Fachkräfte in Kindertagesstätten als auch Grundschullehrkräfte sowie niedergelassene Ärzt/innen und Schulärzt/innen des öffentlichen Gesundheitswesens sind bis zur Einschulung mit der Überprüfung der sprachlichen Entwicklung betraut. Für die Erstdiagnostik von Sprachentwicklungsstörungen sind in Deutschland ausschließlich Mediziner/innen zuständig; nur diese Berufsgruppe darf Sprachtherapie verordnen. Vor allem niedergelassene Fachärzt/innen mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendmedizin (im Weiteren auch als ‚Kinderärzt/innen‘ oder ‚Pädiater/innen‘ bezeichnet) untersuchen die sprachliche Entwicklung der Kinder. Im Rahmen eines bundesweiten Vorsorgeprogramms, den sog. Früherkennungsuntersuchungen (im Weiteren auch ‚Vorsorgeuntersuchungen‘ genannt), erfassen sie regelmäßig die Sprachentwicklung aller Kinder von der Geburt bis zum Alter von fünf Jahren. Den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen kommt in Deutschland eine „initiale Rolle“ (Kelle, 2006, S. 274) hinsichtlich der Diagnostik von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen zu.

Darüber, wie die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen erfasst werden, liegen erste Forschungsergebnisse vor (Kelle, 2006, 2010d). Weiterer Forschungsbedarf besteht noch hinsichtlich der Frage, wie die Sprachentwicklung von *mehrsprachigen* Kindern von den Kinderärzt/innen erfasst wird. Offen ist ferner, inwieweit die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern den Qualitätsanforderungen aus einer spezifisch sprachwissenschaftlichen Perspektive genügt.

Seit mehr als einem Jahrzehnt steht die Qualität der Sprachentwicklungsdiagnostik im Fokus der erziehungswissenschaftlichen, medizinischen, psychologischen, linguistischen und sprachdidaktischen Fachdiskussion. Darüber, welche Kriterien für eine zuverlässige Sprachentwicklungsdiagnostik erfüllt sein müssen, besteht jedoch noch Uneinigkeit. Aus verschiedenen Fachrichtungen liegen Anforderungen an eine zuverlässige Sprachstandserfassung vor (bspw. aus der Erziehungswissenschaft: Fried, 2004, 2006; Lengyel, 2012; Lisker, 2010; aus der Sprachheilpädagogik: Lüdtker & Kallmeyer, 2007a, 2007b; aus der Psychologie: Kany & Schöler, 2007; aus der Sprachwissenschaft und Sprachdidaktik: Becker-Mrotzek et al., 2013; Ehlich, 2005; Geyer, Titz et al., 2018; Neugebauer & Becker-Mrotzek, 2013; Schulz et al., 2009). Allerdings bleiben die Herkunft und theoretische Fundierung vieler normativ formulierter Anforderungen unklar. Auch werden die Besonderheiten bei der Erfassung mehrsprachiger Kinder meist lediglich am Rande thematisiert. Zudem greifen die Bemühungen um eine Qualitätsverbesserung der Sprachentwicklungsdiagnostik bislang zu kurz: Im Mittelpunkt steht vor allem die Qualität von Verfahren zur Sprachstandserfassung, die für den Einsatz in pädagogischen Kontexten entwickelt wurden. Die medizinische Sprachentwicklungsdiagnostik wird hingegen kaum berücksichtigt. In den vergangenen Jahren wurde vermehrt auch die sprachdiagnostische Kompetenz der Durchführenden thematisiert (Fried, 2006, 2007; List, 2010; Müller, 2014; Geist, 2013; Gold & Schulz, 2014; Hopp, et al., 2010), allerdings lag auch hier der Fokus auf pädagogischen Akteuren.

Weitgehend unberücksichtigt blieb bisher die Frage, wie die institutionellen Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Ressourcen, unter denen die Diagnostik durchgeführt wird, die Qualität der Sprachentwicklungsdiagnostik beeinflussen. Durch Kelles (2006, 2010d, 2011) Studien liegt erstmals eine Beschreibung und praxisanalytische Reflexion der Durchführung von Sprachstandserhebungen in medizinischen Kontexten vor. Dabei standen weniger die testtheoretische Qualität der Verfahren und die Qualifikation der Durchführenden als vielmehr der praktische Vollzug und die Routinen der Diagnostik im Mittelpunkt. Kelle hat mit ihren Analysen erstmals auf die sich öffnende „Schere von ‚Anforderungen an Methoden/Verfahren‘ und ‚Problemen der praktischen Anwendung‘“ (Kelle, 2010d, S. 210) aufmerksam gemacht. In der vorliegenden Arbeit werden diese parallel verlaufenden oder sogar divergierenden Diskurse über die Qualität der Verfahren und die Durchführungsbedingungen der Praxis zusammengeführt. Die übergeordnete Frage lautet:

(F) Erfüllt die Sprachentwicklungsdiagnostik in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8 und U9 die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an eine zuverlässige Identifikation von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern?

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Sprachentwicklungsdiagnostik in den Vorsorgeuntersuchungen U7a mit drei Jahren, U8 mit vier Jahren und U9 mit fünf Jahren. Untersuchungen bei jüngeren Kindern bleiben unberücksichtigt, obwohl auch diese für die Frühdiagnostik und Prävention von

Sprachentwicklungsrisiken bedeutsam sind (Schulz, 2007b; H. Grimm, 2012). Diese Eingrenzung auf das Alter von drei bis fünf Jahren (im Weiteren auch als ‚Vorschulalter‘ bezeichnet) wurde aus drei Gründen vorgenommen. *Erstens* ist in diesem Alter eine Untersuchung der Sprachentwicklung direkt am Kind möglich, während die sprachlichen Fähigkeiten jüngerer Kinder meist durch Elternbefragung oder anhand vorsprachlicher und nicht-sprachlicher Phänomene erhoben werden müssen (Schulz, 2007b). Deshalb ist zu erwarten, dass von den Ärzt/innen in den späteren Untersuchungen ein breiteres Spektrum an Vorgehensweisen, Methoden und Verfahren eingesetzt wird. *Zweitens* verfügen Kinder mit Deutsch als Zweitsprache (DaZ) in früherem Alter noch über keine oder zu geringe Kenntnisse im Deutschen, sodass eine Überprüfung ihrer Sprachentwicklung in dieser Sprache kaum möglich ist. *Drittens* kann eine Sprachentwicklungsstörung selbst bei Kindern mit Deutsch als Muttersprache (DaM) frühestens ab dem Alter von drei Jahren zuverlässig festgestellt werden (Schulz, 2007a, b) und eine Interventionsentscheidung wird üblicherweise erst im Alter zwischen vier und sechs Jahren getroffen (WIdO, 2018a).

Mit dieser Arbeit werden zwei Ziele verfolgt: Erstens wird empirisch untersucht, wie Kinderärzt/innen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen die sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder erfassen und wie sie Hinweise auf eine (Spezifische) Sprachentwicklungsstörung ermitteln. Zweitens wird über eine deskriptive Beschreibung der kinderärztlichen Sprachentwicklungsdiagnostik hinaus bewertet, ob das Vorgehen der Kinderärzt/innen bei mehrsprachigen Kindern den aktuellen wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen entspricht. Der Begriff ‚Qualität‘ wird dabei nicht auf das Resultat der Diagnostik, also die Urteilsgüte, sondern auf den Prozess der Diagnostik bezogen. Er umfasst die institutionellen und professionellen Rahmenbedingungen, die Qualifikation der Durchführenden, die Durchführung der Untersuchung sowie die Diagnosestellung und Interventionsentscheidungen.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen dieses Dissertationsprojektes zwei Studien durchgeführt. Die Daten wurden in dem Projekt „cammino – Mehrsprachigkeit am Übergang zwischen Kita und Grundschule“² erhoben, das im Zeitraum von 2011 bis 2015 unter Leitung von Prof. Dr. Petra Schulz und Dr. Angela Grimm am Arbeitsbereich Deutsch als Zweitsprache der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt wurde. Um die Praxis der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik samt ihren Bedingungsfaktoren zu erfassen, wurden qualitative und quantitative Methoden zur Datenerhebung und -auswertung miteinander verknüpft: In einer Fragebogenerhebung wurden 36 niedergelassene Kinderärzt/innen befragt (Studie I). Überdies wurden 21 teilnehmende Beobachtungen von Vorsorgeuntersuchungen in 11 verschiedenen Praxen durchgeführt (Studie II). Die Protokolle und Audioaufzeichnungen dieser Beobachtungen stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit. Ergänzend wurden die diagnostischen Verfahren und Materialien, die die teilnehmenden Kinderärzt/innen in den Früherkennungsuntersuchungen verwenden, einer Dokumentenanalyse

² Das Projekt *cammino* wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union (ESF) unter den Förderkennzeichen 01NV1011/2 (2011–2013) und 01NV1311/2 (2013–2015) finanziert.

unterzogen. Durch die Untersuchung der professionellen Rahmenbedingungen, des praktischen Vorgehens der Akteure in konkreten Einzelfällen und des Materials, das sie für die Diagnostik verwenden, wird ein umfassendes Bild von der pädiatrischen Praxis der Sprachentwicklungsdiagnostik gezeichnet. Es wird eine sprachwissenschaftliche Perspektive auf die Qualität der kinderärztlichen Sprachentwicklungsdiagnostik eingenommen, die zugleich an Kelles (2006, 2010d) Arbeiten anknüpft und demzufolge nicht allein die Verfahren oder die Qualifikation der Durchführenden, sondern den gesamten Diagnostikprozess sowie die systemischen und institutionellen Rahmenbedingungen als determinierende Faktoren mit berücksichtigt, um wie von Kelle (2010d) vorgeschlagen auf allen Ebenen über eine Professionalisierung der Praxis zu reflektieren.

Die Untersuchung stellt mehrsprachige Kinder in den Fokus, weil insbesondere bei Kindern mit sukzessivem Zweitspracherwerb die Problematik der Diagnostik evident ist und Fehleinschätzungen besonders häufig vorkommen. Überlegungen und Untersuchungen werden deshalb am Beispiel von mehrsprachigen Kindern exerziert. Zahlreiche grundsätzliche Überlegungen und Ergebnisse sind jedoch ebenso auf die Diagnostik bei Kindern mit Deutsch als Muttersprache übertragbar.

Mit dieser Arbeit wird sowohl ein theoretischer als auch ein empirischer Beitrag zur sprachdiagnostischen Professionalisierungsforschung geleistet, der vor allem Perspektiven der Sprachwissenschaft, Spracherwerbsforschung und der Psychometrie bzw. Psychologie berücksichtigt. Die zu diesem Zweck erarbeiteten theoretisch fundierten Anforderungen an Verfahren und Vorgehensweisen für die Sprachentwicklungsdiagnostik in der Pädiatrie können auf die Diagnostik in anderen Professionen und Institutionen des Vorschulbereichs übertragen werden. Darüber hinaus wird auch ein praktischer Nutzen dieser Untersuchung erwartet: Aus der Analyse der Praxis lassen sich Best-Practice-Ansätze und differenzierte Handlungsempfehlungen für die Optimierung der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik ableiten, die eng an den Gegebenheiten der Praxis anknüpfen.

Die Arbeit ist in 7 Kapitel gegliedert und wie folgt aufgebaut: In Kapitel 2 werden die theoretischen Hintergründe zu Sprachentwicklungsstörungen und ihrer Diagnostik dargestellt. In Kapitel 3 wird die Rolle der Pädiatrie im Kontext der vorschulischen Sprachentwicklungsdiagnostik in Deutschland beschrieben und das pädiatrische Früherkennungsprogramm wird vorgestellt. Der Forschungsstand zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik in Deutschland wird dargestellt und ein cursorischer Überblick über die Diagnostik in anderen EU-Staaten wird gegeben. Anschließend werden in Kapitel 4 wissenschaftlich begründete Anforderungen an die Qualität der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern entwickelt. Der empirische Teil beginnt mit Kapitel 5, in dem zunächst ein Überblick über das Design der Studie gegeben wird. Die Forschungsfragen und erwarteten Ergebnisse werden dargelegt und das Design inklusive der Methodenwahl und Probandengewinnung wird begründet und beschrieben. Die Fragebogenstudie (Studie I) wird in Kapitel 6 und die Beobachtungsstudie (Studie II) in Kapitel 7 dargestellt und die Ergebnisse werden diskutiert. Abschließend werden in Kapitel 8 die Ergebnisse zusammengefasst und eingeordnet sowie Implikationen für die Praxis aufgezeigt.

2 Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern

2.1 Sprachentwicklungsstörungen

Die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes können in verschiedener Hinsicht Störungen aufweisen. Grundsätzlich wird zwischen *Sprechstörungen*, bspw. Abweichungen der Artikulation oder des Redeflusses sowie Mutismus, und *Sprachstörungen* unterschieden; letztere betreffen das linguistische System, bspw. die phonologischen, lexikalisch-semantischen oder morpho-syntaktischen Fähigkeiten eines Kindes. Sprachstörungen umfassen zum einen erworbene Störungen mit einem definierbaren Beginn, sogenannte Aphasien, die im Kindesalter ebenso wie bei Erwachsenen etwa im Zusammenhang mit neurologischen Schädigungen auftreten können (H. Grimm, 2012). Zum anderen zählen zu Sprachstörungen im Kindesalter die sogenannten Sprachentwicklungsstörungen (im Weiteren auch als SES abgekürzt) (Leonard, 2014). Mit diesem Begriff werden Abweichungen von einer normalen Sprachentwicklung im Bereich des Sprachverständnisses und/oder der Sprachproduktion bezeichnet, die im Verlauf der frühen Sprachentwicklung ohne erkennbaren Störungsbeginn sichtbar werden.

Sprachentwicklungsstörungen können als Begleitsymptome von zugrundeliegenden, angeborenen Beeinträchtigungen wie frühkindlichem Autismus und anderen genetischen Syndromen, Frühgeburt, Hörstörungen, Blindheit oder mentaler Retardierung, etwa aufgrund eines Down-Syndroms, auftreten (H. Grimm, 2012; s. Überblick in Kauschke, 2012). Für die Sprachentwicklungsdiagnostik stellen diese Fälle weniger eine Herausforderung dar, weil aufgrund der Kenntnisse über die zugrundeliegende Erkrankung die mit dem Krankheitsbild einhergehenden Störungen im Bereich der Sprache erwartet werden können (Bishop et al., 2016).

Eine Sprachentwicklungsstörung kann bei Kindern jedoch auch ohne erkennbare Primärbeeinträchtigungen auftreten (H. Grimm, 2012). Es handelt sich in solchen Fällen um eine sogenannte *Spezifische Sprachentwicklungsstörung* (Leonard, 2014), für die je nach Fachgebiet verschiedene Fachbegriffe verwendet werden (H. Grimm, 2012; Kiese-Himmel, 2021). In der Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten der WHO (ICD-10-GM, DIMDI, 2020)¹ und in den aktuellen medizinischen Leitlinien (de Langen-Müller et al., 2011²) wird eine Spezifische Sprachentwicklungsstörung als ‚Umschriebene Sprachentwicklungsstörung der Sprache und des Sprechens‘ (USES) bezeichnet. In älteren Publikationen ist außerdem die Bezeichnung ‚Entwick-

¹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM, DIMDI, 2020) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, herausgegeben vom DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Sprachentwicklungsstörungen finden sich in Kapitel V unter F80. (aktuelle Version 2019, online unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/#V>, letzter Abruf 25.1.2019). Neben der ICD-10 wird auch die DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases; APA, 2000) verwendet. Zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen beiden Klassifikationskatalogen im Hinblick auf Beeinträchtigungen der Sprachentwicklung siehe IQWiG (2009) und Melzer et al. (2015b).

² Die Leitlinien von de Langen-Müller et al. (2011) liegen auch als gedruckte Ausgabe vor (de Langen-Müller et al., 2012).

lungsdysphasie‘ (z. B. H. Grimm, 2003, S. 123) gebräuchlich; insbesondere in der Medizin wird weiterhin der Terminus ‚Dysgrammatismus‘ verwendet. Im Englischen ist neben der Bezeichnung ‚Specific language impairment‘ (SLI) auch der Begriff ‚Developmental language disorders‘ (DLD) üblich (Bishop et al., 2016); in der oben genannten ICD-10-Klassifikation wird im Englischen auch von ‚Specific developmental disorders of speech and language‘ gesprochen.³ In der vorliegenden Arbeit wird für dieses Störungsbild die Bezeichnung ‚Spezifische Sprachentwicklungsstörung‘, kurz SSES, verwendet.

Unter diesem Begriff werden verschiedene, heterogene Störungsbilder im Bereich der Sprachentwicklung zusammengefasst, die vor allem mithilfe von Ausschlusskriterien definiert werden (ausführlich in H. Grimm, 2003, 2012; Leonard, 2000, 2014). Leonard (2000) charakterisiert Kinder mit SSES als „children who show a significant limitation in language ability, yet the factors usually accompanying language learning problems – such as hearing impairment, low nonverbal intelligence test scores, and neurological damage – are not evident.“ (S. 3). Die bedeutsamen Abweichungen der sprachlichen Fähigkeiten von denen gleichaltriger Kinder werden mithin nicht durch erkennbare Primärbeeinträchtigungen verursacht oder ausgelöst; es liegen keine organischen Fehlbildungen oder neurologischen Störungen, keine genetischen Syndrome, keine Hörstörungen, keine Minderungen der nicht-sprachlichen Intelligenz (IQ < 85, de Langen-Müller et al., 2011), keine psychisch-emotionalen Auffälligkeiten oder etwaige umgebungsbedingte Faktoren vor, auf die die Symptome zurückgeführt werden können (s. Überblicke in H. Grimm, 2012; Schulz & A. Grimm, 2012; Kauschke, 2012). Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen haben mitunter weitere Schwierigkeiten in anderen Bereichen, die aber nicht ursächlich sind (Bishop et al., 2016). Etwa sechs bis acht Prozent aller Kinder sind von einer SSES betroffen, Jungen deutlich häufiger als Mädchen (Leonard, 2014; Tomblin, Records et al., 1997; Tomblin, Smith et al., 1997). Die Ursachen und Symptome einer Spezifischen Sprachentwicklungsstörung werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

2.1.1 Ursachen und Symptome von Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen

Die Ursachen einer SSES sind aktuell Gegenstand der Forschung. Es werden verschiedene Faktoren diskutiert, die dafür verantwortlich sind, dass betroffene Kinder Schwierigkeiten beim Aufbau eines sprachlichen Regelsystems haben. Unter anderem wird ein „multifaktorielles Bedingungsgefüge“ (Kauschke, 2012, S. 133) angenommen, an dem die Bereiche der Sprach- und Informationsverarbeitung sowie biologische Besonderheiten in der Gehirnreifung und Lateralisierung, d. h. der Spezialisierung der Gehirnhälften, beteiligt sind. Ergebnisse aus Adoptions- und Zwillingsstudien sowie familiäre Häufungen Spezifischer Sprachentwicklungsstörungen weisen auch auf eine genetische Komponente hin (s. Überblick in Kauschke, 2012; Leonard, 2014; Rice, 2013). Mehr als die Hälfte aller Kinder mit SSES haben weitere Familienangehörige mit Sprachentwicklungsstörungen

³ Zur aktuellen Diskussion über die deutsche und internationale Terminologie siehe Ellger und Kauschke (2018), H. Grimm (2012), Kauschke und Vogt (2019) und Kiese-Himmel (2021).

(Choudhury & Benasich, 2003). Der Einfluss psycho-sozialer Faktoren auf die Entstehung einer SSES, etwa ein ungünstiges elterliches Sprachverhalten oder eine unzureichende Qualität des sprachlichen Inputs, wird als gering eingeschätzt (H. Grimm, 2012; s. Überblick in Kauschke, 2012). Sprachauffälligkeiten, die auf ein unzureichendes Sprachangebot zurückzuführen sind, werden auch als ‚umgebungsbedingte‘ Sprachauffälligkeiten bezeichnet (de Langen-Müller et. al., 2011, 2012); sie sind von einer SSES abzugrenzen.

Spezifische Sprachentwicklungsstörungen äußern sich in jeder Sprache, abhängig von ihren typologischen Merkmalen, in je spezifischen Symptomen auf verschiedenen sprachlichen Ebenen (Rothweiler, 2007b; Hamann, 2015). Die verschiedenen Symptome einer SSES treten zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Erwerbs auf (Bishop et al., 2016; Conti-Ramsden & Botting, 2000; A. Grimm & Schulz, 2016). Sie können folglich abhängig vom Alter, in dem sie auftreten, als Marker für die klinische Diagnostik genutzt werden (Hamann, 2015). Im Folgenden werden auf Basis des aktuellen Forschungsstandes die wesentlichen Symptome von monolingual deutschsprachigen Kindern mit einer SSES im Vorschulalter zusammengefasst. Die Forschungsergebnisse zur Sprachproduktion sind bislang umfangreicher als die zum Sprachverständnis.

Kinder mit einer SSES zeigen in der Regel bereits in der vorsprachlichen und frühen sprachlichen Entwicklung zahlreiche Auffälligkeiten (für einen Überblick: Bishop et al., 2016; Hamann, 2015; Schulz, 2007b). Durch die verspätete Produktion erster Wörter und einen verzögerten oder sogar ausbleibenden Wortschatzspurt gehören sie zu den sogenannten Late Talkern (Rescorla, 1989), d. h. sie produzieren mit 24 Monaten weniger als 50 verschiedene Wörter. Etwa 50 bis 65 Prozent der Late Talker entwickeln später eine SSES (Ullrich & von Suchodoletz, 2011; Schulz, 2007b). Late Talker mit geringem Sprachverständnis, geringer Gestik und mit familiärer Vorbelastung tragen ein besonders hohes Risiko für persistierende Sprachdefizite (Bishop et al., 2016).

Neben der Produktion erster Wörter setzt insbesondere die Produktion erster Mehrwortäußerungen bei Kindern mit SSES auffallend spät ein; auch die Verwendung von Fokuspartikeln und resultativen Verbpartikeln ist stark verzögert und der rezeptive Wortschatz ist eingeschränkt (Schulz, 2007b). Im weiteren Erwerbsverlauf zeigen betroffene Kinder nicht nur eine langsame Sprachentwicklung, möglicherweise mit Plateaubildung (H. Grimm, 2012), sondern auch qualitative Abweichungen. Eine SSES wird in Deutschland etwa ab dem Alter von drei Jahren diagnostiziert (s. Überblick in Kauschke, 2012; Melzer et al., 2018; von Suchodoletz, 2011).

Die Symptome einer SSES sind äußerst heterogen: Es können einzelne oder auch mehrere sprachliche Ebenen, d. h. Syntax, Morphologie, Phonetik/Phonologie, Lexikon, Pragmatik, Semantik, sowie die rezeptive und/oder produktive Modalität betroffen sein (Friedmann & Novogrodsky, 2008; Leonard, 2014). Die daraus resultierenden verschiedenen Subtypen einer SSES sind gegenwärtig Gegenstand der Forschung (A. Grimm & Schulz, 2021). Störungen auf mehreren sprachlichen Ebenen sind üblicher als isolierte (Conti-Ramsden & Botting, 2000; s. Überblick in Kauschke, 2012). Insbesondere in den formalen, grammatischen Bereichen der Sprache machen sich Auffälligkeiten

bemerkbar (H. Grimm, 2012). Es wird u.a. angenommen, dass betroffene Kinder in der Sprachproduktion stärkere Schwierigkeiten als in der Rezeption haben und ihre Verstehensleistungen im Vergleich zwar besser sind, aber auch nicht im Normalbereich liegen (H. Grimm, 2012). Laut einer Studie von Möller et al. (2008) treten bei knapp einem Drittel der Kinder mit expressiver Störung auch rezeptive Defizite auf; in diesen Fällen gelten die Störungen den Autor/innen zufolge insgesamt als gravierender und haben eine ungünstigere Prognose.

Als Leitsymptome, d. h. als besonders häufige und prominente Symptome einer SSES, gelten bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache anhaltende Defizite in der produktiven Grammatik (H. Grimm, 2012). Insbesondere der Erwerb der für das Deutsche charakteristischen Verbzweitstellung sowie der Finitheit und Subjekt-Verb-Kongruenz (SVK) bereitet den Kindern lange Schwierigkeiten. Als Folge produzieren sie im Entwicklungsverlauf Sätze mit Kongruenzfehlern wie in den Beispielen (1a) und (1b) und deutlich länger als gleichaltrige ungestörte Kinder Sätze mit infiniten Verben in Verbendstellung (1c) (H. Grimm, 2012; Hamann, 2015; Kauschke, 2012; Rothweiler, 2013; Rothweiler et al., 2012).

- | | | |
|-----|--|--|
| (1) | a. die kanns (korrekt: können) viele laufen. die tiere | (Dieter, DaM, SSES, ca. 6-7 J.) |
| | b. dann ärgern (korrekt: ärgert) sich der aber | (Benjamin, DaM, SSES, ca. 6-7 J.) |
| | c. dann ich ma (korrekt: mach(e)) so machen | (Sebastian, DaM, SSES, ca. 5-6 J.) |
| | | (aus: Rothweiler et al., 2012, S. 46 f.) |

Diese Symptome im morpho-syntaktischen Bereich fallen bereits in kurzen Äußerungen der betroffenen Kinder und somit in recht frühen Phasen der Sprachproduktion – früh bezogen auf den Erwerbsverlauf, nicht unbedingt auf das chronologische Alter des Kindes – auf; sie sind zudem in vielen Fällen persistierend, wie die obigen Beispiele demonstrieren. Auch bei zunehmender Länge und Komplexität der Äußerungen bleiben Probleme im Bereich der Verbstellung und Finitheit bei Kindern mit SSES lange bestehen (H. Grimm, 2012; Rothweiler, 2013). Damit unterscheiden sich diese Kinder in ihrer grammatischen Entwicklung auch qualitativ von sprachunauffälligen Kindern, die sowohl die Verbzweitstellung als auch die Finitheit bzw. SVK bereits sehr früh, d. h. im Alter von 24 bis 30 Monaten, und in etwa gleichzeitig erwerben (Tracy, 2008, 2014a). H. Grimm (2012) betrachtet die Probleme in der Verbstellung, die von ihr als „Wortordnungsproblem“ (S. 112) bezeichnet werden, als entscheidend für die Diagnose von Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Sprachauffällige Kinder produzieren häufig lediglich einfache Sätze mit gleichbleibenden Satzmustern, bevorzugt nach dem Muster Subjekt – Verb – Objekt (kurz SVO); Nebensätze werden spät oder gar nicht erworben (s. Überblick in Kauschke, 2012). Kennzeichnend sind überdies Auslassungen von obligatorischen Satzgliedern und Funktionswörtern (Hamann, 2015; s. Überblick in Kauschke, 2012).

Monolingual deutschsprachigen Kindern mit SSES bereiten ferner im Bereich der Morphologie die Pluralbildung und die Markierung der grammatischen Kongruenz in Nominalphrasen Schwierig-

keiten, insbesondere die zielsprachliche Markierung des Kasus (Scherger, 2015). Letzteres fällt laut Rothweiler (2013) in der Regel jedoch weniger auf, weil die Kinder vergleichsweise selten und erst spät komplexe Nominalphrasen aus Artikel, Adjektiv und Nomen bilden. Bei unauffällig entwickelten Kindern mit Deutsch als Muttersprache erstreckt sich der Erwerb in diesen morphologischen Bereichen bis in das Grundschulalter (s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012), bei Kindern mit SSES treten Fehler vor allem häufiger und noch länger anhaltend auf (s. Überblick in Kauschke, 2012). Monolinguale Kinder mit SSES lassen gelegentlich auch Unsicherheiten im Bereich der Genuszuweisung erkennen, was für Kinder mit Deutsch als Muttersprache bei unauffälliger Entwicklung untypisch ist (Ruberg, 2013).

Neben grammatischen Defiziten weisen viele Kinder mit SSES auch Defizite im Bereich des Lexikons auf. Sie produzieren ihre ersten Wörter durchschnittlich mit etwa 23 Monaten, während dies von unauffällig entwickelten Kindern bereits um den ersten Geburtstag erwartet werden kann (Hamann, 2015). Neue Wörter werden von sprachgestörten Kindern häufig semantisch oder phonologisch unvollständig abgespeichert und im mentalen Lexikon unzureichend anhand semantischer Relationen mit anderen Einträgen vernetzt (Hamann, 2015; s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012); demzufolge fällt den betroffenen Kindern der Wortabruf schwer. Es kommt dadurch bspw. zu Umschreibungen, Fehlbenennungen und Wortneuschöpfungen (Bedore & Pena, 2008; s. Überblick in Kauschke, 2012). Kinder mit SSES verfügen häufig über einen geringen rezeptiven und produktiven Wortschatz und haben anhaltende Schwierigkeiten beim Erwerb neuer Wörter. Das Nomenlexikon ist bei vierjährigen Kindern mit SSES gering ausdifferenziert, es umfasst vor allem Basisbegriffe, hingegen kaum Begriffe anderer taxonomischer Ebenen; dies lässt auf Schwierigkeiten in der hierarchischen Organisation des mentalen Lexikons schließen (Kauschke et al., 2010). Insbesondere die Wortklasse der Verben, die aufgrund ihrer grammatischen und semantischen Komplexität generell als schwieriger zu erwerben gelten (Schulz, 2018), bereitet Kindern mit SSES Schwierigkeiten. Ihr produktives Verblexikon beschränkt sich oft auf hochfrequente Multifunktionsverben (auch general-all-purpose/GAP-Verben genannt) wie *machen*, *tun*, *geben* oder *wollen* (Kambanaros & Grohmann, 2015), die syntaktisch und morphologisch einfach und semantisch eher unspezifisch sind. Hingegen verwenden die betroffenen Kinder vergleichsweise wenige Zustandsverben wie *schlafen* und Verben wie *weinen* oder *denken*, die emotionale Zustände oder mentale Vorgänge beschreiben (Hamann, 2015; Kauschke et al., 2010). Einschränkungen im Lexikon halten lange an und lassen sich auch im Alter von neun Jahren noch nachweisen (Kauschke et al., 2010).

Auffälligkeiten in der Phonologie betreffen abweichende Lautbildungen und eine vergleichsweise späte Überwindung entwicklungsbedingter phonologischer Prozesse (s. Überblick in Kauschke, 2012) sowie ein insgesamt eingeschränktes Lautinventar (s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012). Auf pragmatischer Ebene treten im Einschulungsalter überdies Beeinträchtigungen im Bereich der narrativen Kompetenzen auf: Die Kinder haben Probleme beim Erzählen und Nach-

erzählen von Geschichten (Bishop et al., 2016; H. Grimm, 2012; Siegmüller et al., 2012; Skerra et al., 2013).

Kinder mit SSES zeigen des Weiteren Auffälligkeiten im Sprachverständnis, sie haben bspw. Schwierigkeiten bei der zielsprachlichen Interpretation von resultativen Verben wie *aufmachen*, denen der Endzustand der beschriebenen Handlung inhärent ist (Schulz, 2018). Diese Verben werden von Kindern mit SSES bis ins Schulalter noch nicht zielsprachlich verstanden, während unauffällig entwickelte deutschsprachige Kinder sie bereits sehr früh, d. h. spätestens mit drei Jahren, richtig interpretieren können (Penner et al., 2003; Schulz, 2018). Auch im Bereich der Satzsemantik weisen Kinder mit SSES lang andauernde Probleme auf, z. B. im Verstehen von einfachen und gepaarten exhaustiven W-Fragen (Schulz & Roeper, 2011). Die zielsprachliche Interpretation einfacher exhaustiver W-Fragen, die unauffällig entwickelten Kindern mit etwa vier Jahren gelingt, bereitet Kindern mit SSES bis in das Einschulungsalter Probleme (Schulz & Roeper, 2011). Daneben haben sie häufig Schwierigkeiten im zielsprachlichen Verstehen von Quantoren wie *alle* oder *jeder* (s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012).

Kinder mit einer Spezifischen Sprachentwicklungsstörung bedürfen einer frühen Diagnostik und sprachtherapeutischen Behandlung, andernfalls ist mit persistierenden sprachlichen Beeinträchtigungen zu rechnen, die sich ungünstig auf den gesamten Bildungsverlauf sowie auf ihre psychosoziale Entwicklung auswirken können (H. Grimm, 2012; Leonard, 2014; Rice, 1993). Kinder mit SSES bilden zudem später häufiger eine Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) aus als sprachunauffällige Kinder. Mit zunehmendem Alter der Kinder weisen ihre Äußerungen zwar weniger grammatische Fehler auf, jedoch verwenden sie weiterhin oft gleichbleibende Satzstrukturen (bevorzugt SVO) weitgehend ohne Variation (H. Grimm, 2012; Siegmüller, 2013). Auch später im Erwachsenenalter lassen sich in Sprachtests noch Unterschiede zum unauffälligen Erwerb nachweisen (Nippold et al., 2009; Rothweiler, 2013).

Spezifische Sprachentwicklungsstörungen können bei einsprachigen Kindern ebenso wie bei mehrsprachigen Kindern auftreten. Letztere stellen für die Diagnostik eine besondere Herausforderung dar. Die Besonderheiten dieser Störung bei mehrsprachigen Kindern werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

2.1.2 Spezifische Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern

Für die SSES-Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern gelten die gleichen Ausschlusskriterien wie bei monolingualen Kindern. Mehrsprachige Kinder sind von einer SSES ebenso häufig betroffen wie einsprachige. Die Prävalenzrate beträgt hier ebenfalls etwa sechs bis acht Prozent; Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (Paradis et al., 2011). Bei mehrsprachigen Kindern tritt eine SSES in beiden (bzw. allen) Sprachen auf (Armon-Lotem, 2012; Paradis, 2005; Rothweiler, 2013). Sind bei einem Kind ausschließlich im Deutschen, nicht jedoch in seiner Erstsprache Auffälligkeiten zu erkennen, leidet es per definitionem nicht an einer SSES. Mehrsprachigkeit stellt nicht die Ursache

für das Auftreten einer SSES dar. Es entsteht auch kein Nachteil in der Entwicklung, wenn ein Kind mit SSES mehrsprachig aufwächst (Marinis et al., 2017; Paradis et al., 2011). Vielmehr deuten vereinzelte Forschungsbefunde darauf hin, dass es – vermutlich durch die mit der Mehrsprachigkeit einhergehende erhöhte Sprachbewusstheit – zu leichten Vorteilen im Spracherwerb kommt (Bialystok, 2001). Mehrsprachige Kinder mit SSES produzieren ebenso wie einsprachige auffallend spät erste Zweiwortäußerungen und weisen ein erhöhtes familiäres Risiko für Sprachentwicklungsstörungen auf (A. Grimm & Schulz, 2014a). Sie benötigen ebenso wie einsprachige Kinder mit SSES eine sprachtherapeutische Behandlung; Sprachfördermaßnahmen, wie sie für mehrsprachige Kinder in Kindertagesstätten angeboten werden, können den Erwerb der Umgebungssprache zwar auch bei Kindern mit SSES unterstützen; sie reichen jedoch zur Behandlung einer SSES nicht aus.

Wie in Abschnitt 2.1.1 dargestellt, äußert sich eine SSES in verschiedenen Sprachen unterschiedlich; die sprachspezifischen Symptome sind seit einigen Jahren Gegenstand der Forschung (Armon-Lotem et al., 2015).⁴ Bei mehrsprachigen Kindern mit SSES sind in ihrer Zweitsprache Deutsch grundsätzlich ähnliche Symptome zu erwarten wie bei einsprachig deutschen Kindern, d. h. Schwierigkeiten im Bereich der Morphosyntax (Verbstellung, Finitheit, SVK) gelten auch hier als Leitsymptome (Rothweiler, 2007a, b, 2013; s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012). Während sprachunauffällige Kinder mit Deutsch als früher Zweitsprache die Verbstellung im Hauptsatz und die Finitheit bereits nach ca. sechs bis zwölf Kontaktmonaten (KM) erworben haben (Rothweiler, 2006; Thoma & Tracy, 2006; Tracy & Thoma, 2009; Tracy, 2008), haben Zweitsprachler/innen mit SSES lang anhaltende Probleme mit dem Erwerb dieser Bereiche. Anders als Kinder mit Deutsch als Erst- oder Zweitsprache, deren Erwerb unauffällig verläuft, produzieren sie in der Verbzweit-Position häufig Verbstämme ohne Finitheitsmarkierung (Schulz & Schwarze, 2017; Rothweiler, 2007a), wie die Beispiele (2) und (3) demonstrieren.

- | | | |
|-----|---|--|
| (2) | Lise wink-Ø auch | (DaZ, SSES, 7;2 J., 42 KM)
(aus: Schulz & Schwarze, 2017) |
| (3) | du geh fände (= du gehst ins Gefängnis) | (Ferd, DaZ, 6;10 J., 30 KM)
(aus: Rothweiler, 2007a) |

Im Verlauf der Sprachentwicklung zeigen sich weitere Unterschiede zwischen sprachunauffälligen und sprachgestörten Kindern mit DaZ im Erwerb komplexerer grammatischer Strukturen, z. B. bei der Produktion von Nebensätzen mit Verben in finaler Position und in der Kasusproduktion. Der Erwerb von Nebensätzen mit Verbletzstellung verläuft bei Kindern mit SSES zwar nicht qualitativ abweichend, jedoch stark verzögert (Lemmer, 2018). Während sprachunauffällige Kinder mit frühem DaZ-Erwerb bereits nach etwa 15 Kontaktmonaten erste Nebensatzstrukturen produzieren

⁴ Die Ausprägungen einer SSES in verschiedenen europäischen Sprachen waren Gegenstand der Forschung in der COST Action IS0804 'Language Impairment in a Multilingual Society: Linguistic Patterns and the Road to Assessment' (s. unter www.bi-sli.org).

(Thoma & Tracy, 2006; Tracy, 2008), bilden sprachgestörte Kinder desselben Erwerbstyps noch im Alter von etwa acht Jahren und nach vier bis fünf Jahren Kontakt zum Deutschen kaum Nebensätze (Lemmer, 2018).

Rothweiler (2013), Scherger (2019) und Lemmer (2018) berichten übereinstimmend, dass frühe DaZ-Lernende mit SSES den Kasus, insbesondere den Dativ, im Deutschen deutlich später erwerben als sprachunauffällige Kinder mit DaM oder DaZ. Lemmer (2018) zeigte, dass der Erwerb des Akkusativs und Dativs je nach Alter bei Erwerbsbeginn selbst bei unauffällig entwickelten Zweitsprachlernenden bis weit in das Grundschulalter hineinreichen kann: Trotz eines frühen Erwerbsbeginns hatten die Kinder ihrer Studie den Akkusativ erst im Alter von 5;8 Jahren⁵, d. h. nach etwa drei Kontaktjahren, erworben. Den Dativ bei indirekten Objekten realisierten sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht zielsprachlich. Auch das Verständnis resultativer Verben, das von sprachunauffälligen Kindern mit frühem DaZ-Erwerb nach etwa 20 Kontaktmonaten erwartet werden kann, bereitet Kindern mit DaZ und SSES noch deutlich länger Schwierigkeiten (Schulz & Tracy, 2011).

Es lässt sich somit zusammenfassen, dass mehrsprachige Kinder mit SSES in ihrer Zweitsprache Deutsch vergleichbare Symptome zeigen wie einsprachig deutsche Kinder. Für die Sprachentwicklungsdiagnostik in der klinischen Praxis bedeutet es eine Herausforderung, dass einige SSES-Symptome gerade in frühen Erwerbsphasen denen eines unauffälligen Zweitspracherwerbs ähneln. Sie treten bei Kindern mit SSES jedoch über einen deutlich längeren Zeitraum auf als bei unauffällig entwickelten Kindern. Die Sprachentwicklungsdiagnostik ist Gegenstand des folgenden Abschnittes.

2.2 Sprachentwicklungsdiagnostik

Für die professionelle Untersuchung und Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes von Kindern werden in der Praxis und Wissenschaft vielfältige Bezeichnungen, wie z. B. Sprachstandserfassung, Sprachstandserhebung, Sprachstandsfeststellung, Sprachstandsbeobachtung oder auch Sprachstandsdiagnose und Sprachdiagnostik verwendet, für die keine einheitlichen Definitionen vorliegen. Auch wenn diese Begriffe unterschiedlich akzentuiert sind, etwa im Hinblick auf das Ziel, das Ergebnis oder die Methode, wird mit allen in der Regel die Erfassung und Beurteilung sprachlicher Fähigkeiten eines Kindes durch professionelle Akteure benannt.

Van Ophuysen (2010) definiert den Begriff ‚Diagnostik‘ für den Bereich der Psychologie in Anlehnung an die Verwendung in der Medizin als „das Sammeln von Informationen über Befunde (= Ausprägung relevanter Merkmale) oder Symptome (= Zeichen für eine Krankheit) mittels (mehr oder weniger) standardisierter, wissenschaftlich fundierter Methoden. Diese werden im Rahmen der Diagnose einem Krankheitsbegriff zugeordnet, wobei auch Vermutungen über Ursachen und Entwicklungsbedingungen der Krankheit angestellt werden“ (S. 205). Der Begriff Diagnostik ist

⁵ Das Alter der Kinder wird im Format Jahre;Monate angegeben.

nicht nur in der Psychologie üblich. Er hat in jüngerer Zeit auch Einzug in pädagogische Handlungsfelder gefunden, z. B. in der ‚Lernstandsdiagnostik‘ in der Schule, und bezieht sich dort weniger auf das Feststellen von Normabweichungen mit Krankheitswert, sondern auf die Feststellung von Kompetenzen und Lernfortschritten (van Ophuysen, 2010). In dieser Arbeit wird der Begriff ‚Diagnostik‘, wie vor allem im Fachgebiet der Medizin üblich, für den gesamten Prozess einer Untersuchung und Bewertung des Entwicklungsstandes verwendet, das Ergebnis der Untersuchung wird hingegen als ‚Diagnose‘ bezeichnet. Die beiden Begriffe Diagnostik und Diagnose ermöglichen somit eine Unterscheidung zwischen dem Durchführungsprozess und dem Ergebnis einer Untersuchung, das Bestandteil dieses Prozesses ist.

Bezogen auf den Bereich der Sprache wird folglich zwischen Sprachdiagnostik und Sprachdiagnose unterschieden. Mit diesem Begriffspaar ist allerdings die Zielgruppe einer Untersuchung noch nicht näher definiert; es kann für die Diagnostik sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern verwendet werden. Da es in dieser Arbeit ausschließlich um die Erfassung sprachlicher Fähigkeiten von Kindern im Alter zwischen drei und fünf Jahren geht, d. h. um Kinder, deren Sprache noch in Entwicklung begriffen ist, wird im Weiteren der Begriff ‚Sprachentwicklungsdiagnostik‘ verwendet. Dieser präzisere Begriff ist insofern für die vorliegende Untersuchung besonders geeignet, als ihm, analog zu der in Abschnitt 2.1 erläuterten Unterscheidung von Sprachstörungen und Sprachentwicklungsstörungen, ein Hinweis auf die spezifische Zielgruppe und die für diese gültige Bezugsnorm inhärent ist: Als Norm für die Beurteilung von Kindersprache wird nicht die Standardsprache Deutsch, sondern die ‚Sprache in Entwicklung‘, d. h. die ‚Kindersprache‘, herangezogen; für mehrsprachig aufwachsende Kinder sind es mehrere ‚Sprachen in Entwicklung‘. Die aus der spezifischen Zielgruppe resultierenden besonderen Herausforderungen für die Sprachdiagnostik, die vor allem in der kindlichen Entwicklung als Bezugsgröße liegen, werden durch diesen Begriff wiedergespiegelt.

Der Begriff ‚Sprachentwicklungsdiagnostik‘ wird in dieser Arbeit nicht auf Untersuchungen mit bestimmten Verfahren oder Methoden oder in bestimmten Institutionen beschränkt. Er wird generell für die Überprüfung von sprachlichen Fähigkeiten in medizinischen und pädagogischen Kontexten mit jeder Art von Verfahren oder Methoden verwendet (Ruberg & Rothweiler, 2018). Das Ziel von Sprachentwicklungsdiagnostik ist es, den Ist-Stand der sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes zu erfassen und Abweichungen von einer unauffälligen Entwicklung festzustellen. Diese Abweichungen können durch sich anschließende pädagogische oder medizinisch-therapeutische Maßnahmen vermindert oder behoben werden. Der Prozess der Sprachentwicklungsdiagnostik wird im Folgenden detailliert dargestellt.

2.2.1 Sprachentwicklungsdiagnostik als Prozess

Die Sprachentwicklungsdiagnostik beschränkt sich nicht allein auf die Durchführung eines Verfahrens, sondern ist als Prozess zu verstehen, in dem mithilfe von Beobachtungen, Befragungen oder Testungen Momentaufnahmen der sprachlichen Entwicklung von Kindern gewonnen und daraus

Prognosen abgeleitet werden (Kany & Schöler, 2007). Van Ophuysen (2010) beschreibt Diagnostik als einen Prozess, der drei Schritte umfasst: i) die Sammlung von Informationen durch Anamnese und Untersuchung, ii) die Diagnose einer Störung bzw. Krankheit und iii) die Ableitung von Therapiemaßnahmen. In der vorliegenden Arbeit wird im Hinblick auf die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik weiter zwischen der Anamnese und der Untersuchung unterschieden, da erstere sich an die Eltern richtet, während bei letzterer das Kind selbst adressiert wird. Der Prozess der pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik lässt sich folglich in insgesamt vier Schritte untergliedern.

Auf die praktische Durchführung der Diagnostik, und damit auch auf deren Qualität, wirken spezifische Rahmenbedingungen ein, insbesondere die Vorgaben der jeweiligen Profession und die konkreten institutionellen Gegebenheiten, z. B. zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen, sowie die individuellen Kompetenzen und Dispositionen, z. B. Motivation und Überzeugungen, über die die durchführende Person verfügt.

In Abbildung 1 wird der diagnostische Prozess grafisch veranschaulicht. Dieses Modell wird im Weiteren als heuristisches Modell für die Anforderungen an eine zuverlässige Sprachdiagnostik (s. Kapitel 4) und für die Analyse der empirischen Daten dienen.

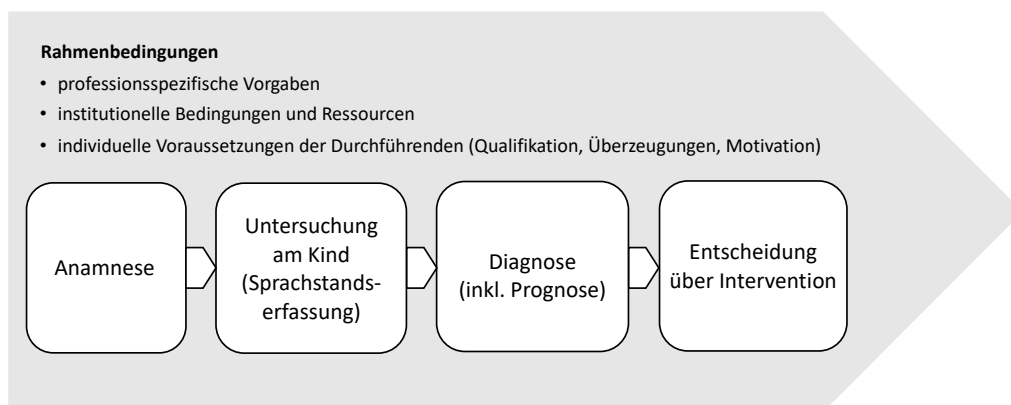


Abbildung 1. Pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik als Prozess

Ziel der Anamnese ist die Sammlung von Informationen über das Kind, die später für die Interpretation der Untersuchungsergebnisse, die Ursachenbestimmung und Diagnosestellung relevant sein können. Mittels Befragung der Eltern oder anderer Bezugspersonen werden Vorinformationen zum Kind erhoben, die Auswirkungen auf die Sprachentwicklung des Kindes haben könnten, bspw. Angaben zum Vorkommen von Sprachauffälligkeiten in der Familie.

Die anschließende Untersuchung des Kindes beinhaltet die Verwendung spezifischer Methoden oder Verfahren, die dazu dienen, gezielt produktive und rezeptive Sprachfähigkeiten eines Kindes zu erheben und auszuwerten. Die so gesammelten ‚Sprachdaten‘ dienen als Grundlage für eine Beurteilung seines sprachlichen Entwicklungsstandes. In Abgrenzung zum übergeordneten Begriff ‚Sprachentwicklungsdiagnostik‘ wird dieser Teil des Prozesses im Weiteren als Sprachstandserfassung (synonym auch Sprachstandserhebung) bezeichnet.

Im dritten Schritt des Diagnostikprozesses wird eine Diagnose gestellt; dazu werden die in der Anamnese und Untersuchung erhaltenen Informationen über das Kind und die Befunde zu seinen sprachlichen Fähigkeiten zusammengeführt. Diese werden interpretiert, gewichtet und anhand einer (impliziten oder expliziten) Vergleichsgruppe bewertet. Gegebenenfalls werden weitere Informationen (z. B. durch weitere Untersuchungen, auch anderer Expert/innen, oder weitere Befragung der Bezugspersonen) eingeholt. Werden Auffälligkeiten, d. h. Abweichungen von einer zugrunde gelegten Bezugsgruppe, festgestellt, wird deren Schweregrad beurteilt und das Kind als unauffällig oder gestört klassifiziert; in unklaren Fällen wird die Entscheidung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Unter Berücksichtigung der vermuteten Ursachen der Auffälligkeiten werden die Befunde nach Möglichkeit einem Krankheits- bzw. Störungsbild zugeordnet, aus dem sich eine Prognose über den zu erwartenden weiteren Verlauf ableiten lässt. Eine Diagnose sollte insbesondere diejenigen Symptome erfassen, die eine zielführende Therapie ermöglichen (van Ophuysen, 2010).

Auf Basis der Diagnose und der daraus ableitbaren Prognose wird am Ende des Diagnostikprozesses eine Interventionsempfehlung abgegeben, von der präventive, heilende oder lindernde bzw. stabilisierende Wirkung erwartet wird. Für den Bereich Sprache ist bspw. neben einer Verordnung von Sprachtherapie oder einer engmaschigen Kontrolle der weiteren Entwicklung auch eine Beratung der Eltern möglich. Die Entscheidung über eine angemessene Intervention hängt nicht allein von der Diagnose, sondern auch vom individuellen Fall ab. Welche Qualitätsanforderungen an den Prozess der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik zu stellen sind, wird in Kapitel 4 dieser Arbeit ausführlich dargestellt. Im nachfolgenden Abschnitt wird erläutert, warum die Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern besonders anspruchsvoll ist.

2.2.2 Herausforderungen der Sprachentwicklungsdiagnostik bei Mehrsprachigkeit

Die Diagnostik einer SSES stellt bereits bei einsprachigen Kindern eine Herausforderung dar, da diese Entwicklungsstörung durch unterschiedliche Ausprägungen auf verschiedenen sprachlichen Ebenen gekennzeichnet sein kann, die sowohl das Sprachverständnis als auch die Sprachproduktion betreffen können. Bei mehrsprachigen Kindern wird die Diagnostik einer SSES durch weitere Faktoren erschwert: die heterogenen Erwerbsbiografien der Kinder, die Ähnlichkeit der Phänomene einer gestörten und ungestörten Zweitsprachentwicklung insbesondere in frühen Erwerbsphasen, den Mangel an geeigneten Diagnoseverfahren und die unzureichende Qualifikation vieler Durchführender. Diese Faktoren werden im Folgenden erläutert.

Im Vergleich zu Kindern mit Deutsch als Erstsprache verfügen mehrsprachige Kinder, zu denen sowohl simultan bilinguale Kinder als auch Kinder mit einem sukzessiven Erwerb des Deutschen als Zweitsprache zählen, im Vorschulalter über sehr heterogene sprachliche Fähigkeiten im Deutschen. Diese sprachliche Heterogenität ist auf ihre individuell unterschiedlichen Sprachbiografien und Erwerbsbedingungen zurückzuführen, insbesondere ihr unterschiedliches Alter bei Erwerbsbeginn (auch Age of Onset, kurz AoO), die jeweilige Kontaktdauer zum Deutschen, die Typologie ihrer

Erstsprachen sowie die Quantität und Qualität des ihnen zur Verfügung stehenden Sprachangebotes in der Erst- und Zweitsprache (Chilla & Hamann, 2018; Paradis, 2011; Schulz et al., 2017; Tracy, 2008). Zwar sind für den simultan bilingualen sowie für den frühen Zweitspracherwerb (AoO 2;0-4;0) in einzelnen Erwerbsbereichen sogenannte Meilensteine der Entwicklung belegt, die von allen Kindern in etwa gleicher Weise absolviert werden (A. Grimm & Schulz, 2016; Rothweiler, 2006; Thoma & Tracy, 2006) und Orientierung in der Diagnostik bieten; diese gelten jedoch bereits für Kinder mit einem sukzessiven Erwerb mit Beginn nach dem vierten Geburtstag nicht mehr uneingeschränkt (s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012; Meisel, 2007; Rothweiler, 2007c).

Weitere individuelle Bedingungen des Aufwachsens, z. B. Pendelbiografien mit längeren Aufenthalten im Herkunftsland, ein unregelmäßiger Kitabesuch, der Besuch einer Einrichtung mit hohem Migrationsanteil, die Qualität des elterlichen Sprachangebots und der Aufenthaltsstatus der Familie, können zusätzlich einen Einfluss auf die Sprachentwicklung ausüben (Tuller, 2015; Tuller et al., 2013). Die Variationsbreite der sprachlichen Entwicklung mehrsprachiger Kinder ist deshalb selbst bei einem unauffälligen, d. h. im klinischen Sinne nicht pathologischen Erwerb erheblich größer als bei einsprachigen Kindern. Während einige Kinder mit nicht deutscher Herkunftssprache⁶ die Zweitsprache Deutsch mithilfe eines umfangreichen zielsprachlichen Inputs aus ihrer Umgebung zügig erwerben, bedürfen andere einer intensiven Unterstützung durch gezielte Sprachfördermaßnahmen. Eine adäquate Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten und die Entscheidung darüber, ob ein Kind mit sprachlichen Auffälligkeiten eine Sprachförderung oder therapeutische Maßnahmen benötigt, ist somit nur unter Berücksichtigung der individuellen Spracherwerbsbiografie möglich (A. Grimm & Schulz, 2016; Lüdtke & Kallmeyer, 2007b; Schulz, 2013a; Schulz et al., 2009; Schulz & Tracy, 2011; Tracy, 2008).

Ein weiteres zentrales Problem für die Diagnostik liegt in der Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten selbst. Wie in Abschnitt 2.1.2 erläutert wurde, sind bei Kindern mit einer SSES unabhängig davon, ob sie ein- oder mehrsprachig aufwachsen, in jeder Sprache spezifische Symptome erkennbar (Paradis et al., 2011; Rothweiler, 2013). Allerdings ähneln Erkenntnissen der Spracherwerbsforschung zufolge die klinisch relevanten SSES-Symptome im Deutschen in bestimmten Erwerbsphasen den typischen Erwerbsphänomenen sprachunauffälliger Kinder (Hamann, 2015). Unauffällig entwickelte Kinder mit DaZ produzieren demnach zeitweise Fehlermuster, die denen von Kindern mit DaZ und SSES qualitativ ähneln; letztere produzieren diese Fehlermuster lediglich häufiger und länger als Kinder mit unauffälligem Erwerb (Rothweiler, 2013; Schulz et al., 2017). Diese Überschneidung der Phänomene ist auch in anderen Sprachen zu beobachten (Paradis, 2005, 2010; Paradis et al., 2011). Im Deutschen stellt bspw. der Erwerb der Hauptsatzstruktur (Verbstellung und Finitheit), der Nebensatzstruktur sowie des Kasus und der Flexion in der Nominalphrase für beide Erwerbstypen zeitweise eine Herausforderung dar (Rothweiler, 2007a, 2013), ebenso das Verständnis von resultativen Verben (Schulz, 2018). Für

⁶ Der Begriff Herkunftssprache wird in dieser Arbeit synonym zu dem Begriff Erstsprache verwendet.

weitere Bereiche, wie bspw. die phonologische Entwicklung, besteht noch erheblicher Forschungsbedarf (A. Grimm & Schulz, 2021).

Aufgrund der Heterogenität der Erwerbsbedingungen und der zuvor beschriebenen Ähnlichkeit der Symptome sind für die Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern Verfahren erforderlich, die ihre spezifischen individuellen Voraussetzungen und die Erkenntnisse der Sprach-erwerbsforschung systematisch berücksichtigen (Schulz et al., 2009; Gold & Schulz, 2014; Schulz, 2013a; Tracy, 2008; Tracy et al., 2018). Zur Untersuchung der Sprachentwicklung monolingualer Kinder sind zahlreiche standardisierte Diagnostikverfahren erhältlich (z. B. AWT-R, Kiese-Himmel, 2005; SETK 3-5, H. Grimm, 2015; PDSS, Kauschke & Siegmüller, 2010; Trog-D, Fox, 2013). Diese Verfahren werden Scharff Rethfeldt (2019) und Tracy et al. (2018) zufolge zwar in der pädagogischen und therapeutischen Praxis auch für mehrsprachige Kinder eingesetzt, sie sind jedoch für diese Zielgruppe ungeeignet, da die sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder nicht an denen gleichaltriger, einsprachiger Kinder gemessen werden können (s. Abschnitt 4.4.2). Durch Verwendung solcher Verfahren werden zwar (erwartbare) Defizite im Vergleich zu einsprachigen Kindern ermittelt (bspw. in der Studie BiKS 3-8, Dubowy et al., 2008), nicht jedoch ihre vor dem Hintergrund der individuellen Erwerbsbiografie zu bewertenden Kompetenzen. Die Gefahr einer solchen Fehleinschätzung ist insbesondere bei Kindern mit sukzessivem Zweitspracherwerb in den ersten Jahren des Erwerbs hoch (A. Grimm & Schulz, 2016; Paradis et al., 2011; Rothweiler, 2007a). Auch durch die gelegentlich vorgeschlagene Verwendung monolingualer Verfahren mit einer für mehrsprachige Kinder adaptierten Norm (Thordardottir, 2015a, 2015b) lassen sich Fehleinschätzungen nicht zuverlässig ausschließen. Eine auf diese Weise adaptierte Norm lässt die unterschiedlichen Erwerbswege der verschiedenen Erwerbstypen in einzelnen sprachlichen Bereichen und Faktoren wie die Kontaktdauer und das Alter bei Erwerbsbeginn weiterhin unberücksichtigt (Grimm & Schulz, 2016).

Es mangelt bislang an zuverlässigen deutschsprachigen Verfahren, die die spezifischen und heterogenen Erwerbsbedingungen mehrsprachiger Kinder systematisch berücksichtigen (Lengyel, 2012; Neugebauer & Becker-Mrotzek, 2013; Schulz et al., 2009). Für Kinder mit frühem DaZ-Erwerb im Vorschul- und Grundschulalter wurde bis heute erst ein Verfahren veröffentlicht, das differenzierte Normen für verschiedene Spracherwerbstypen enthält (LiSe-DaZ, Schulz & Tracy, 2011). Für simultan bilinguale Kinder ist bisher kein solches Verfahren verfügbar (A. Grimm & Schulz, 2016).

Für die Diagnostik im Vorschulalter kommt erschwerend hinzu, dass eine Sprachstandserfassung in der Zweitsprache erst durchgeführt werden kann, nachdem die Kinder mindestens einige Monate systematischen Kontakt zur deutschen Sprache hatten. Ein Kind mit einem späten Erwerbsbeginn kann deshalb in der Zweitsprache erst vergleichsweise spät untersucht und eine eventuell vorliegende Sprachentwicklungsstörung erst entsprechend spät diagnostiziert werden. Vielfach wird eine Diagnostik in der Erstsprache gefordert (de Lamo White & Jin, 2011; de Villiers, 2015, 2017; Lüdtko &

Kallmeyer, 2007b; Pena et al., 2011). Allerdings ist eine SSES als Entwicklungsstörung weder in allen Ländern bekannt, noch sind die sprachspezifischen Ausprägungen einer SSES für alle relevanten Herkunftssprachen erforscht (s. Überblick in Schmidt, 2014). Demzufolge sind Verfahren in den jeweiligen Herkunftssprachen in aller Regel nicht verfügbar (Tracy et al., 2018). Eine Übersetzung deutschsprachiger Verfahren in andere Sprachen ist aus spracherwerbstheoretischer und linguistischer Sicht nicht zulässig, weil eine SSES, wie oben ausgeführt, neben sprachübergreifenden auch sprachspezifische Symptome aufweist (de Villiers & de Villiers, 2010; Gagarina, 2013; Paradis et al., 2011; Restrepo & Wagovich, 2001).

Weiterhin bringt die Diagnostik in der Erstsprache mehrsprachiger Kinder eigene Schwierigkeiten mit sich: Die Ergebnisse bedürfen einer vorsichtigen Interpretation, da bspw. dialektale Varianten der Sprache sowie ein abweichender Erwerb der Herkunftssprache in einer Minderheitensituation oder in der zweiten Einwanderergeneration zu berücksichtigen sind (Tracy et al., 2018; Gagarina, 2013, 2014); die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder können nicht an der (erwachsenen) Standardsprache des Herkunftslandes gemessen werden (Letts, 2013). Im Schulalter wird der Unterschied zwischen den herkunftssprachlichen Fähigkeiten von zugewanderten Kindern und Kindern im jeweiligen Herkunftsland oft noch größer, wenn der Spracherwerb der zugewanderten Kinder in der Erstsprache (L1) nicht durch herkunftssprachlichen Unterricht unterstützt wird. Aufgrund dieser besonderen Herausforderungen bei der Erfassung erstsprachlicher Fähigkeiten wurden bislang kaum Diagnostikverfahren in den in Deutschland verbreiteten Herkunftssprachen veröffentlicht. Es befinden sich derzeit jedoch mehrere Verfahren für europäische Sprachen in der Entwicklung, mit denen sich verschiedene sprachliche Bereiche und auch sprachübergreifende Kompetenzen erfassen lassen (s. Beiträge in Armon-Lotem et al., 2015). Daneben ist eine Befragung der Eltern mit einem Fragebogen praktikabel (Paradis et al., 2010).

Nicht zuletzt aufgrund der Vielzahl an Minderheitensprachen, die von Kindern in Deutschland gesprochen werden, kann die Diagnostik einer SSES in der Praxis lediglich in der Umgebungssprache Deutsch, und damit erst nach einigen Kontaktmonaten zur Zweitsprache, durchgeführt werden (Chilla & Hamann, 2018). Selbst wenn eine Diagnostik in der Erstsprache möglich sein sollte, besteht im Hinblick auf Kinder mit noch sehr geringer Kontaktdauer das Problem, dass in der Regel kaum Therapeut/innen verfügbar sind, die in einer Herkunftssprache therapieren können; dadurch bleiben die Unterstützungsmöglichkeiten für diese Kinder auch nach einer frühzeitigen Diagnose eingeschränkt.

Eine zuverlässige Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen wird nicht zuletzt dadurch erschwert, dass im Bereich der Sprachdiagnostik in verschiedenen Berufsfeldern erheblicher Qualifizierungsbedarf und der Wunsch nach mehr Fortbildungen zum Thema besteht (für Erzieher/innen⁷: Fried, 2006; Geist, 2013; Gold & Schulz, 2014; Knopp, 2009; für Grundschullehrkräfte: Voet

⁷ Der Begriff ‚Erzieher/in‘ wird in dieser Arbeit für alle pädagogischen Fachkräfte in Kitas (in Abgrenzung zu Lehrkräften, die ja ebenfalls Pädagogen sind) verwendet, unabhängig von ihrer Ausbildung, d. h. auch für Kita-Fachkräfte, die ein Studium der Frühpädagogik absolviert haben.

Cornelli, 2008; für Kinderärzt/innen: Bockmann et al., 2013; Buschmann et al., 2011). Ein Überblick über die Forschung zu Fehldiagnosen in der Sprachentwicklungsdiagnostik mehrsprachiger Kinder wird im folgenden Abschnitt gegeben.

2.2.3 Über- und Unterschätzung sprachlicher Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder

Fehleinschätzungen sprachlicher Fähigkeiten können weder bei monolingualen noch bei mehrsprachigen Kindern im Einzelfall ausgeschlossen werden. Selbst bei Verwendung psychometrischer Tests ist trotz zufriedenstellender Sensitivität und Spezifität immer mit einem Anteil falsch-positiver und falsch-negativer Fälle zu rechnen. Darüber hinaus werden folgende Faktoren als Ursachen von Fehltritten angenommen: eine lediglich informelle Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten ohne standardisiertes Verfahren, der Einsatz von Verfahren, die die Gütekriterien nicht erfüllen, oder von Verfahren, die nicht zur Zielgruppe passen, eine unsachgemäße Durchführung von Verfahren und Interpretation der Ergebnisse sowie die unzureichende Expertise der Durchführenden und schließlich auch eine grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber standardisierten Tests (Müller, 2014; Paradis et al., 2011; Titz et al., 2018). Überdies kann eine gewählte Methode oder ein Verfahren ungeeignet dafür sein, genau die sprachlichen Bereiche zu erfassen, in denen das untersuchte Kind Schwierigkeiten hat (Bishop & McDonald, 2009).

Die Sprachentwicklungsdiagnostik ist bei Kindern mit DaZ besonders fehleranfällig (Bedore & Pena, 2008). Sie kann sich besonders dann als schwierig erweisen, wenn ein später Erwerbsbeginn und/oder ungünstige Erwerbsbedingungen, z. B. ein unregelmäßiger Kitabesuch und häufige Aufenthalte im Herkunftsland, mit Sprachentwicklungsstörungen zusammentreffen (Paradis et al., 2011). Fehleinschätzungen bei mehrsprachigen Kindern umfassen Überdiagnosen, d. h. durch Mehrsprachigkeit bedingte Abweichungen von der Zielsprache werden fälschlich als Störung diagnostiziert (,mistaken identity‘), ebenso wie Unterdiagnosen, d. h. Symptome einer Sprachentwicklungsstörung werden nicht als solche erkannt (,missed identity‘) (Paradis, 2005, 2010; Paradis et al., 2011; Rothweiler, 2013). Beide Typen von Fehleinschätzungen haben ungünstige Folgen für das betroffene Kind: Im Falle einer missed identity werden ihm wichtige therapeutische Maßnahmen vorenthalten; seine kognitive, emotionale und soziale Entwicklung sowie sein Bildungserfolg können dadurch langfristig beeinträchtigt werden und sich zu einer Sekundärproblematik auswachsen. Umgekehrt kann eine mistaken identity, d. h. eine fälschlich diagnostizierte Sprachentwicklungsstörung, zu Stigmatisierungen und falschen Bildungsentscheidungen führen; sie belastet zudem das Gesundheitssystem durch Ausgaben für unnötige Interventionen (Bishop et al., 2016; Neumann & Euler, 2013; Titz et al., 2018).

In der Literatur finden sich bereits seit etwa zwei Jahrzehnten Hinweise auf die Über- und Unterschätzung sprachlicher Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder und daraus resultierende falsche Bildungsentscheidungen. Es handelte sich dabei zunächst um Annahmen auf der Basis subjektiver Beobachtungen mehrsprachiger Kinder (bspw. in der Schule: Knapp, 1999) und um Ergebnisse quan-

titativer Analysen zur Repräsentanz von Kindern in Sprachheilschulen und in therapeutischen Maßnahmen (für Deutschland: Bahr, 2007; Kornmann, 2009; Moser, 2007; Rothweiler, 2007a; Weishaupt & Kemper, 2009; International: Artiles et al., 2005; Brown, 2004; de Valenzuela et al., 2006; Winter, 1999, 2001), die sowohl auf Über- als auch auf Unterrepräsentanzen mehrsprachiger Kinder hinwiesen. Durch verschiedene empirische Untersuchungen zur Qualität von Sprachentwicklungsdiagnostik wurden die frühen Annahmen zu Fehleinschätzungen in den letzten Jahren untermauert (für einen internationalen Überblick s. Dollaghan & Horner, 2011). Im Folgenden werden zuerst Studien zusammengefasst, die Fehldiagnosen empirisch nachweisen (Crutchley et al., 1997; A. Grimm & Schulz, 2014a, 2016). Im Anschluss werden Studien beschrieben, die Hinweise auf verschiedene Ursachen der Über- und Unterschätzung sprachlicher Fähigkeiten von mehrsprachigen Kindern in der diagnostischen Praxis geben (Restrepo & Wagovich, 2001; Saenz & Huer, 2003; Nayeb et al., 2015; Guiberson & Atkins, 2012; Lüke & Ritterfeld, 2011).

Crutchley et al. (1997) untersuchten in Großbritannien die sprachlichen Fähigkeiten von bilingualen und monolingualen Kindern, die aufgrund einer Spezifischen Sprachentwicklungsstörung sogenannte Language Units (Sprachheilklassen) an Schulen besuchten. Die Gesamtstichprobe umfasste 242 Kinder, 26 dieser Kinder wuchsen bilingual auf (Alter 6;6 - 7;10). Ziel der Studie war zu untersuchen, ob die bilingualen Kinder sich hinsichtlich ihrer sprachlichen Beeinträchtigungen von den monolingualen Kindern unterscheiden. Dazu wurden unter anderem ihre Sprachprofile, die bei Aufnahme in die Language Units erstellt worden waren, und ihre Ergebnisse in verschiedenen standardisierten Sprachtests miteinander verglichen. Es stellte sich heraus, dass die Sprachauffälligkeiten bei mehrsprachigen Kindern im Vergleich zu einsprachigen einen deutlich höheren Schweregrad aufwiesen und häufiger persistierten. Die Autor/innen schlossen daraus – allerdings ohne näher auf die zugrundeliegenden diagnostischen Vorgehensweisen und Gründe für die Zuweisungsentscheidungen eingehen zu können –, dass Sprachschwierigkeiten bei mehrsprachigen Kindern später erkannt werden und dass diese Kinder nur in vergleichsweise schweren Fällen spezifischen Maßnahmen zugewiesen werden (Unterdiagnose).

In Deutschland steht die Forschung zur Urteilsgüte der Diagnostik in der pädagogischen und klinischen Praxis noch am Anfang. A. Grimm und Schulz (2014a) verglichen im Rahmen des Projektes MILA die klinische Diagnose von ein- und mehrsprachigen Kindern mit den Ergebnissen eines psychometrischen Sprachentwicklungstests. An der Studie nahmen 166 Kinder im Alter zwischen fünf und acht Jahren teil, die in vier Subgruppen unterteilt waren: 92 monolinguale Kinder (davon 69 sprachunauffällig, 23 mit SSES) sowie 74 Kinder mit frühem Zweitspracherwerb, deren Erwerbsbeginn zwischen 2;0 und 4;0 Jahren lag (davon 55 sprachunauffällig, 19 mit SSES). Die Kinder wiesen keine Primärbeeinträchtigungen auf. Zur Erfassung der klinischen Diagnose wurden die Eltern dazu befragt, ob ihr Kind eine logopädische Behandlung erhielt oder ob es aufgrund einer Verordnung auf der Warteliste für eine solche Behandlung stand. Die klinische Diagnose wurde jeweils mit den Ergebnissen des parallel durchgeführten standardisierten Verfahrens LiSe-DaZ

(Schulz & Tracy, 2011) verglichen. Mit diesem psychometrischen Testverfahren wurde der Sprachstand des Kindes ermittelt und festgestellt, ob bei dem Kind eine SSES vorlag. Die Studie belegt, dass es in der klinischen Diagnostik in Deutschland zu Fehleinschätzungen kommt. Sowohl für die Gruppe der monolingualen Kinder als auch für die Kinder mit Deutsch als Zweitsprache wurden Fehldiagnosen nachgewiesen. In beiden Gruppen traten häufiger Unterdiagnosen (d. h. Sprachentwicklungsstörungen wurden nicht erkannt) als Überdiagnosen (d. h. Kinder wurden fälschlich als sprachgestört klassifiziert) auf. Die im Vergleich zur Spezifität geringere Sensitivität der klinischen Diagnosen belegt, dass in der Praxis sprachunauffällige Kinder insgesamt zuverlässiger erkannt wurden als Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen. Die korrekte Identifikation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen ist bei einsprachigen ebenso wie bei zweisprachigen Kindern schwierig: Von Unterdiagnosen waren 43,5% der einsprachigen und 31,6% der Kinder mit DaZ betroffen. Bei Kindern mit DaZ wurden Überdiagnosen und Unterdiagnosen nahezu im gleichen Umfang nachgewiesen: 31,6% der DaZ-Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen erhielten in der klinischen Praxis eine Unterdiagnose (korrekte Diagnose 68,4 %), 27,3% der sprachunauffälligen DaZ-Kinder wurden hingegen überdiagnostiziert (korrekte Diagnose 72,7%). Überdiagnosen traten damit bei sprachunauffälligen Kindern mit DaZ (27,3%) häufiger auf als bei sprachunauffälligen einsprachigen Kindern (14,5%). Der Autor/innen wiesen darauf hin, dass sich die Quote der Fehldiagnosen durch einen systematischen Einbezug von anamnestisch erfassten Risikofaktoren (v. a. eine späte Produktion erster Wörter und Mehrwortäußerungen sowie Sprachauffälligkeiten in der Familie) hätte verringern lassen. Sie empfehlen deshalb, in der Sprachentwicklungsdiagnostik ergänzend zu den Testergebnissen auch Informationen zur frühen Sprachentwicklung und zur familiären Disposition von Sprachentwicklungsstörungen als Risikoindikatoren zu berücksichtigen.

In einer weiteren Studie untersuchten A. Grimm und Schulz (2016), ob die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern im Vorschulalter (Alter 4;0 – 5;0), die von Geburt an mit Deutsch und einer weiteren Sprache aufwuchsen, eher mit denen einsprachig deutscher Kinder oder mit denen von Kindern mit frühem DaZ-Erwerb vergleichbar sind. In der Studie wurden 49 einsprachig deutsche Kinder (21 Mädchen, 28 Jungen), 41 simultan bilinguale Kinder (18 Mädchen, 23 Jungen) und 70 frühe Zweitsprachler/innen (43 Mädchen, 27 Jungen) verglichen. Sie wurden mit dem standardisierten Verfahren LiSe-DaZ (Schulz & Tracy, 2011) überprüft, das neben altersbezogenen Normen für Kinder mit DaM auch über separate Normen für Kinder mit DaZ verfügt, in denen Unterschiede in der Kontaktdauer und beim Alter bei Erwerbsbeginn systematisch berücksichtigt werden. Die Autorinnen zeigten, dass simultan bilinguale Kinder, für die generell eine dem monolingualen Erwerb ähnliche Sprachentwicklung angenommen wird, die Normen für einsprachige Kinder nicht in allen sprachlichen Bereichen erreichen. Sie schließen daraus, dass diese Kinder durch die Verwendung einer monolingualen Norm dem Risiko einer Fehlklassifikation (Überdiagnose) ausgesetzt sind, ihnen also fälschlich eine Sprachentwicklungsstörung zugeschrieben werden könnte. Misst man die Fähigkeiten simultan bilingualer Kinder indes an Normen für Kinder mit (sukzes-

sivem) Zweitspracherwerb, besteht nach Erkenntnissen der Autorinnen die Gefahr einer Unterdiagnose, d. h. sprachliche Auffälligkeiten werden nicht erkannt und eine Behandlung bleibt aus.

Restrepo und Wagovich (2001) wiesen mit einer Studie in den USA auf Probleme hin, die mit den in der Praxis verwendeten diagnostischen Verfahren für mehrsprachige Kinder verbunden sind. Sie überprüften die Validität eines ins Spanische übersetzten englischsprachigen Tests, der für vier- bis sechsjährige Kinder mit Spanisch als L1 und Englisch als L2 konzipiert und an monolingualen und bilingualen spanischsprachigen Kindern aus verschiedenen Ländern neu normiert worden war. Restrepo und Wagovich führten diesen spanischsprachigen Test mit 37 Kindern mit Spanisch als L1 und Englisch als L2 durch, die durchschnittlich 5;6 Jahre alt waren. Die Ergebnisse dieser Kinder lagen im Mittel mehr als 1,5 Standardabweichungen unter der Normgruppe, obwohl in keinem Fall eine Sprachentwicklungsstörung bekannt war. Nach Ansicht der Autorinnen ist damit nicht auszuschließen, dass das verwendete Verfahren zu Überdiagnosen von Sprachauffälligkeiten führt. Sie führen dies zum einen auf die aus testtheoretischer Sicht nicht zulässige Übersetzung der Items und zum anderen auf die unterschiedlichen Spracherwerbsbedingungen zwischen der Normierungsstichprobe und der Experimentalgruppe zurück.

Saenz und Huer (2003) untersuchten in den USA an einer Gruppe von Kindern der spanischen Minderheit, ob die Verständlichkeit von Instruktionen und die Vorerfahrungen der Kinder mit vergleichbaren Testformaten einen Einfluss auf die Testergebnisse haben. Die Autor/innen setzten einen gängigen Sprachtest (CELF-3; Semel et al., 1995) im Original und in einer modifizierten Form ein. Die Modifizierungen betrafen v. a. ausführlichere Testanleitungen, eine höhere Anzahl an Übungitems und die Zulassung längerer Antwortzeiten. Untersucht wurden 28 Kinder mit Spanisch als Erstsprache und Englisch als sukzessiv erworbener Zweitsprache: 16 Kinder im Alter von 8 Jahren, davon 6 Mädchen und 10 Jungen; 12 Kinder mit 9 Jahren, davon 8 Mädchen und 4 Jungen; die Kontaktdauer der Kinder zum Englischen betrug zwischen 3 und 5 Jahren. Sie wurden mit einem zeitlichen Abstand von einer Woche mit beiden Testversionen überprüft. Die Reihenfolge der beiden Testversionen wurde bei je der Hälfte der Gruppe variiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder in dem modifizierten Test aufgrund der ausführlicheren Instruktionen in vier von fünf Untertests besser abschnitten als in der Standardversion. Außerdem erreichten die Kinder unabhängig von der Reihenfolge der Durchführung im zweiten Test bessere Ergebnisse als im ersten. Die Autor/innen schlossen daraus, dass die kulturell-sprachliche Diversität von Kindern einen Einfluss auf die Ergebnisse eines standardisierten Tests in der Umgebungssprache hat, selbst wenn diese bereits mehrere Jahre Kontakt zur Umgebungssprache haben. Durch eine Modifikation der Testinstruktionen und -bedingungen ließe sich dieser Nachteil mindern, jedoch nicht aufheben. Saenz und Huer folgern weiter, dass die Vertrautheit mit Test- und Aufgabenformaten einen Einfluss auf die Ergebnisse hat und eine lediglich einmalige Überprüfung zu einer Unterschätzung der sprachlichen Fähigkeiten beitragen kann.

In neueren Studien (Nayeb et al., 2015; Guiberson & Atkins, 2012; Lüke & Ritterfeld, 2011) wurde die Qualifikation des durchführenden Personals untersucht. Nayeb et al. (2015) erforschten in

Schweden, über welche Durchführungspraktiken und welches Verständnis von einem Sprachscreening Kinderkrankenschwestern verfügen, die im Gesundheitswesen für die Kontrolle der Sprachentwicklung von 30 bis 36 Monate alten Kindern zuständig sind. Im Mittelpunkt der Fragebogenstudie mit 863 Kinderkrankenschwestern stand die Sprachstandserfassung bei mehrsprachigen Kindern. Die Autor/innen zeigten, dass die individuellen Überzeugungen der Krankenschwestern ihr Handeln beeinflussten. Sie stellten fest, dass viele Krankenschwestern dem verwendeten Screeningverfahren bei der Überprüfung bilingualer Kinder skeptisch gegenüberstanden und zudem Schwierigkeiten bei der Interpretation der Ergebnisse hatten. Über 80 Prozent der Krankenschwestern waren davon überzeugt, dass die Sprachentwicklung bilingualer Kinder generell langsamer verlaufe als bei einsprachigen Kindern. Etwa die Hälfte der Krankenschwestern gab an, das Verfahren während der Durchführung mit mehrsprachigen Kindern deshalb zu vereinfachen. Etwa drei Viertel der Befragten überwiesen mehrsprachige Kinder im Fall von Auffälligkeiten erst später in Therapie als einsprachige. Die Studie belegt, dass individuelle Überzeugungen sowie eine unzureichende Standardisierung der Durchführung und Auswertung von Diagnostikverfahren die Ergebnisse erheblich beeinflussen und die Ursache von Fehldiagnosen sein können.

Guiberson und Atkins (2012) befragten im Rahmen einer Fragebogenstudie 154 US-amerikanische Sprachtherapeut/innen zu den Herausforderungen der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern. Über die Hälfte der Befragten gab an, sich nicht kompetent in der Beurteilung mehrsprachiger Kinder zu fühlen, selbst wenn sie durch professionelle Übersetzer/innen unterstützt werden. Aufgrund eines Mangels an geeigneten Verfahren werden die mehrsprachigen Kinder nach Angaben der Therapeut/innen seltener mit standardisierten Verfahren überprüft als einsprachige Kinder. Die Mehrzahl der Therapeut/innen sah sich aufgrund fehlender Sprachkenntnisse außerstande, die Fähigkeiten in der Erstsprache zu überprüfen. Für 75 Prozent der Befragten bestand ein erhebliches Problem darin, dass ihnen keine Entwicklungsnormen für die Beurteilung der Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder zur Verfügung standen. 63 Prozent der Therapeut/innen betrachteten die Differentialdiagnostik bei Mehrsprachigkeit als Herausforderung.

Lüke und Ritterfeld (2011) befragten per Online-Fragebogen 230 in Deutschland praktizierende Sprachtherapeut/innen zu dem Anteil mehrsprachiger Kinder in ihrer Praxis und den Diagnosen dieser Kinder. Des Weiteren wurden sie zu ihrem Vorgehen in der Diagnostik mehrsprachiger Kinder und zu ihrem Kompetenzzempfinden bei der sprachtherapeutischen Versorgung mehrsprachiger Kinder befragt. Es stellte sich heraus, dass in den Praxen mehrsprachige Kinder (61,3%) signifikant häufiger ($p < .001$) als einsprachige Kinder (47,8%) mit der Diagnose einer Sprachentwicklungsverzögerung oder einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung, d. h. einer SSES, in Behandlung waren und signifikant seltener wegen einer Aussprachestörung (einsprachige Kinder 18,1%, mehrsprachige 11,3%) oder einer Dysphagie (einsprachige Kinder 6,6%, mehrsprachige 3,4%). Der Anteil der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen bei vorliegender Primärbeeinträchtigung unterschied sich hingegen nicht signifikant (einsprachige Kinder 10,3%, mehrsprachige 9,3%). Für die Fragen

zum Kompetenzerfinden wurde eine fünfstufige Ratingskala genutzt (1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 5 = *stimme genau zu*). Die befragten Therapeut/innen fühlten sich im Mittel ($n = 202$, $M = 2.24$, $SD = 0.85$) eher nicht ausreichend mit Diagnostikverfahren ausgestattet, die für mehrsprachige Kinder geeignet sind. Häufig verwendeten sie für diese Zielgruppe deutschsprachige standardisierte Tests ($n = 207$, $M = 4.19$, $SD = 0.76$) und auch informelle Verfahren ($n = 187$, $M = 3.80$, $SD = 1.03$), selten bis nie hingegen Verfahren zur Überprüfung der Erstsprache (Testverfahren $n = 159$, $M = 1.53$, $SD = 1.33$; Screenings $n = 172$, $M = 2.20$, $SD = 1.33$). Die befragten Sprachtherapeut/innen hielten sich in der Diagnostik dieser Zielgruppe lediglich teilweise für kompetent ($n = 204$, $M = 3.15$, $SD = 0.71$). In der Beratung der Eltern und in der Therapie selbst schätzten sie sich hingegen als kompetent ein. Die Autorinnen folgern aus diesen Ergebnissen, dass die unzureichende Verfügbarkeit von Diagnostikverfahren und das geringe Kompetenzerfinden in diesem Bereich mit dazu beitragen, dass mehrsprachige Kinder nicht nur häufiger als einsprachige Kinder, sondern teilweise auch fälschlicherweise die Diagnose einer SSES erhalten.

2.3 Zusammenfassung

Eine SSES ist eine gravierende Störung der Sprachentwicklung, die ohne zugrundeliegende Primärbeeinträchtigungen und ohne gleichzeitige Beeinträchtigung anderer Entwicklungsbereiche auftritt. Sie kann sich durch Symptome auf verschiedenen sprachlichen Ebenen bemerkbar machen. Mit einer Prävalenz von sechs bis acht Prozent gilt sie als die häufigste kindliche Entwicklungsstörung; Jungen sind öfter betroffen als Mädchen. Verschiedene Ursachen einer SSES werden diskutiert, vor allem wird eine genetische Komponente angenommen.

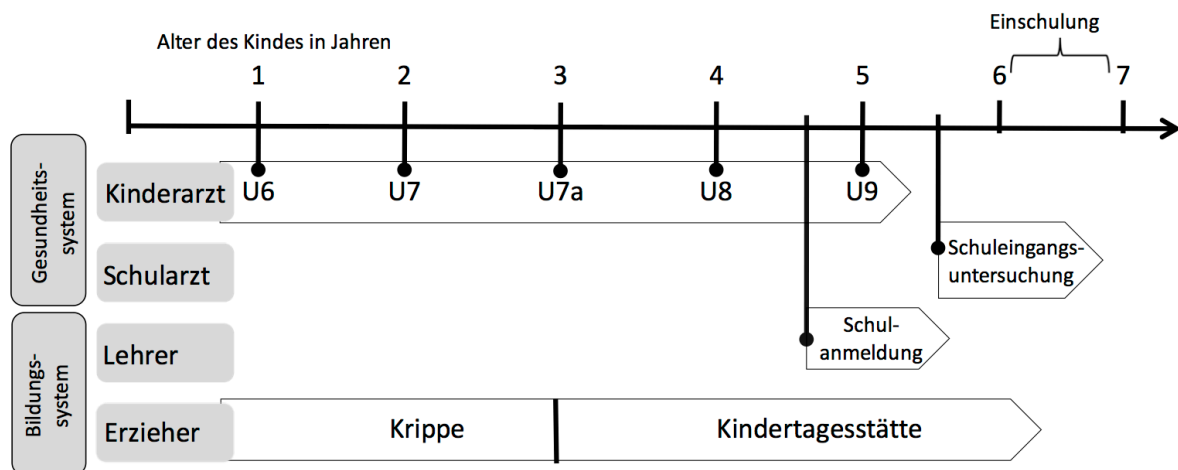
Die zuverlässige Diagnostik einer SSES im Vorschulalter ist schwierig, weil das Störungsbild variationsreich ist und Subtypen unterschieden werden. Bei mehrsprachigen Kindern wird die Diagnosestellung zusätzlich durch ihre sprachbiografische Heterogenität und die Ähnlichkeit der Phänomene von sprachunauffälligen und sprachgestörten Kindern in frühen Erwerbsphasen erschwert. Es fehlen für diese Zielgruppe geeignete Diagnoseverfahren. Dadurch kommt es in der Praxis zu empirisch belegten Fehleinschätzungen. Als Ursachen werden u. a. die Verwendung nicht zielgruppengerechter, ungeeigneter Methoden und Verfahren, eine unzureichende Qualifikation der Durchführenden und unangemessene Praktiken der Durchführung diskutiert. Wie die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen bei Vorschulkindern in der pädiatrischen Praxis durchgeführt wird, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

3 Sprachentwicklungsdiagnostik in der Pädiatrie

Die Diagnostik von Auffälligkeiten und Störungen der Sprachentwicklung ist an der Schnittstelle zwischen Bildungssystem und Gesundheitswesen angesiedelt und betrifft weitere Nachbar-disziplinen (Bishop et al., 2016; Kiese-Himmel & Reh, 2009; Rausch, 2013). Nicht zuletzt aufgrund der hohen Relevanz der sprachlichen Fähigkeiten für die kognitive und soziale Entwicklung sowie die Gesundheit eines Kindes sind verschiedene Institutionen und Akteure mit der Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten betraut. In diesem Kapitel wird erläutert, welche Bedeutung die niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für die vorschulische Sprachentwicklungsdiagnostik in Deutschland haben und unter welchen Rahmenbedingungen sie diese durchführen.

3.1 Die Rolle der Pädiatrie in der vorschulischen Sprachentwicklungsdiagnostik

In Deutschland wird die sprachliche Entwicklung von Kindern nicht allein von Kinderärzt/innen, sondern auch von anderen Berufsgruppen erfasst und überwacht (für eine ausführliche Darstellung s. Rausch, 2013). Im föderalen deutschen Bildungssystem unterliegen die genauen Regelungen den einzelnen Bundesländern. In Abbildung 2 wird am Beispiel des Bundeslandes Hessen veranschaulicht, welche Fachkräfte des Gesundheits- und Bildungswesens zu welchen Zeitpunkten im Vorschulalter den Sprachentwicklungsstand der Kinder beurteilen und dokumentieren. Hessen wurde ausgewählt, weil die empirischen Studien für diese Arbeit schwerpunktmäßig in diesem Bundesland durchgeführt wurden.



(Quelle: Projekt *cammino*)

Abbildung 2. Akteure und Zeitpunkte der vorschulischen Sprachentwicklungsdiagnostik in Hessen¹

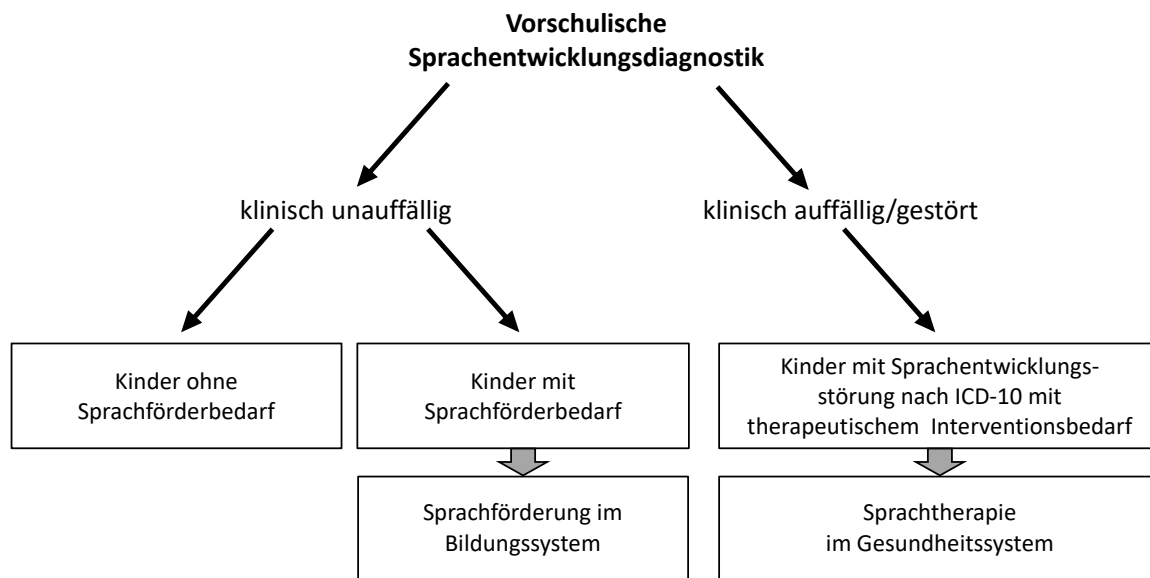
¹ Hier werden ausschließlich Akteure berücksichtigt, die in Deutschland für die Erstdiagnostik aller Kinder zuständig sind. Bei Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen findet nachgeordnet zusätzlich eine weitere Diagnostik, z. B. durch Pädaudiologen oder Sprachtherapeut/innen, statt.

Im Rahmen des pädiatrischen Vorsorgeprogramms sind niedergelassene Kinderärzt/innen angehalten, die Sprachentwicklung von Kindern im Alter zwischen zwei und fünf Jahren in jährlichem Abstand regelmäßig zu beurteilen (s. ausführlich Abschnitt 3.3). Im Jahr vor der Einschulung untersuchen auch die Schulärzt/innen des Gesundheitsamtes in den verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung die Sprachkompetenzen der Kinder (Lisker, 2010; Kelle, 2010b, d, 2011). Die Erzieher/innen in Krippen und Kitas haben laut Hessischem Bildungs- und Erziehungsplan (HSM & HKM, 2012) den Auftrag, vom Eintritt des Kindes in die Einrichtung bis zur Einschulung auf eventuelle Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung zu achten. In einigen Einrichtungen werden seine sprachlichen Fähigkeiten zudem zu festen Zeitpunkten, zum Beispiel bei Erreichen eines bestimmten Alters, überprüft. Die Lehrkräfte der Grundschulen beurteilen die sprachlichen Fähigkeiten erstmals bei der Schulanmeldung ungefähr eineinhalb Jahre vor der Einschulung, d. h. im Alter von etwa viereinhalb bis fünf Jahren. Die kindliche Sprachentwicklung wird mithin im Vorschulalter regelmäßig von Vertretern sowohl des Gesundheits- als auch des Bildungssystem überprüft.

Die Akteure in pädagogischen Einrichtungen haben ein anderes Qualifikationsprofil und andere Aufgaben als jene im Gesundheitssystem. In Deutschland arbeiten die beiden Systeme traditionell weitgehend unabhängig voneinander (Scharff Rethfeldt, 2019), wenngleich in jüngerer Zeit ein Paradigmenwechsel hin zu einer „ganzheitlichen Kinderheilkunde“ (Jenni, 2013, S. 114) mit Berücksichtigung anderer fachlicher Perspektiven gesehen wird (zu neueren Entwicklungen s. auch Kelle, 2018). Während pädagogische Fachkräfte sowohl für die Begleitung der Kinder mit unauffälliger Sprachentwicklung als auch für die kompensatorische Sprachförderung, z. B. für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache, verantwortlich sind, fallen Kinder mit Sprachstörungen und daraus resultierendem Therapiebedarf in den Zuständigkeitsbereich der Medizin (Hartmann, 2015).

Im Bildungsbereich stehen bei der Erfassung sprachlicher Kompetenzen demzufolge andere Ziele im Vordergrund als im Gesundheitsbereich. In Kitas und Schulen ist ein wichtiges Ziel der Sprachentwicklungsdiagnostik, Kinder mit Sprachförderbedarf frühzeitig zu identifizieren, um diese anschließend durch kompensatorische Förderangebote zu unterstützen (Fried, 2008). Die Sprachentwicklungsdiagnostik und die anschließenden Unterstützungsmaßnahmen liegen hier in einer Hand. Sprachförderung wird in Kitas in Kleingruppen oder alltagsintegriert angeboten (Geyer, Schwarze et al., 2018). Im letzten Jahr vor der Einschulung werden in verschiedenen Bundesländern Sprachförderangebote für zukünftige Grundschüler/innen gemacht, in hessischen Grundschulen findet eine solche vorschulische Sprachförderung in den sogenannten Vorlaufkursen statt (Althaus et al., 2002). Neben der Ermittlung von Sprachförderbedarf gehört es auch zu den Aufgaben von Sprachförderkräften, Kinder mit Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung zu erkennen, um die Eltern im Bedarfsfall adäquat zu beraten und sie an Expert/innen, bspw. Kinderärzt/innen oder Frühförderstellen, zu verweisen (Rothweiler et al., 2009; Ruberg & Rothweiler, 2018). Eine detaillierte, differenzielle Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen hingegen liegt außerhalb des Zuständigkeitsbereichs von Pädagog/innen.

Vorrangiges Ziel der Sprachentwicklungsdiagnostik niedergelassener Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin ist es, gezielt nach Ursachen von Sprachauffälligkeiten und nach Hinweisen auf Sprachentwicklungsstörungen zu suchen, um gegebenenfalls Präventionsmaßnahmen oder eine Therapie einzuleiten. Der Blick der Mediziner/innen ist folglich vor allem auf sprachliche Defizite von Kindern gerichtet, die allein durch pädagogische Bildungs- und Förderangebote nicht zu kompensieren sind. Diese verschiedenen Perspektiven auf die kindliche Sprachentwicklung spiegeln die Interdisziplinarität des Entwicklungs- und Bildungsbereichs Sprache wider. Sie führt in der Praxis dazu, dass jede Profession, die an der sprachlichen Entwicklung von Vorschulkindern teilhat, ihre eigene Sprachentwicklungsdiagnostik mit einem spezifischen Fokus durchführt. Abbildung 3 veranschaulicht, wie Kinder in beiden Bereichen durch Sprachentwicklungsdiagnostik klassifiziert werden.



(Quelle: Projekt *cammino*)

Abbildung 3. Klassifikation von Sprachauffälligkeiten

Die Aufgabe von niedergelassenen Ärzt/innen ist es, durch Diagnostik zwischen i) klinisch unauffälligen Kindern und ii) im klinischen Sinne auffälligen Kindern mit Therapiebedarf zu differenzieren und diesen bei Bedarf eine Interventionsmaßnahme zu verordnen. Die Schulärzt/innen des öffentlichen Gesundheitswesens sind an einer Schnittstelle zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem angesiedelt. Sie können Maßnahmen sowohl zur Sprachförderung als auch zur Sprachtherapie empfehlen, diese dürfen sie jedoch nicht selbst verordnen, sondern müssen der zuständigen Schule oder dem behandelnden Kinderarzt² ihre Befunde und Empfehlungen mitteilen. Schulärzt/innen sind in Deutschland als einzige vorschulische Akteure zudem für die flächendeckende Entwicklungsdiagnostik des gesamten Einschulungsjahrgangs zuständig, die der amtlichen Statistik

² Wird aus Gründen der Lesbarkeit gelegentlich nur die männliche Bezeichnung verwendet, schließt diese alle Geschlechter mit ein.

dient (Kelle, 2006, 2010b). Ungeachtet der unterschiedlichen Ziele pädagogischer und medizinischer Sprachentwicklungsdiagnostik gehört es zu den Aufgaben aller verantwortlichen Berufsgruppen, Kinder mit einem Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung frühzeitig zu erkennen und die Eltern eingehend zu beraten.

Aufgrund der unterschiedlichen Qualifikation der Akteure, der professionspezifischen Vorgaben sowie institutionellen Aufgaben, Rahmenbedingungen und Ressourcen ist zu erwarten, dass sich auch die Inhalte ihrer Diagnostik sowie die Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand Sprache unterscheiden (Schweda et al., 2015; Kelle, 2010c, 2018). Nicht nur die Ziele der Untersuchungen, sondern auch die Maßstäbe für eine ‚normale‘ kindliche Entwicklung sind aus den Perspektiven der einzelnen Professionen verschieden, weil den Akteur/innen unterschiedliche Wahrnehmungs-, Praxis- und Wissensformen zur Verfügung stehen (Kelle, 2010c). Das führt bspw. dazu, dass auf der einen Seite vor einer Bagatellisierung von sprachlichen Auffälligkeiten, auf der anderen Seite aber auch vor einer ‚Medizinisierung von kindlichen Entwicklungsstörungen‘ (de Langen-Müller & Hielscher-Fastabend, 2007, S. 49) gewarnt wird.

Ein Austausch von Ergebnissen der Sprachentwicklungsdiagnostik zwischen den Akteuren und Institutionen ist in Deutschland institutionell weitgehend unregelt und wird durch die systematische Trennung von Gesundheits- und Bildungswesen erschwert (Scharff Rethfeldt, 2019). Nur die Schulärzt/innen sind berechtigt, vielmehr sogar verpflichtet, sowohl den Schulen ihre Befunde mitzuteilen als im Falle von Auffälligkeiten auch den behandelnden Kinderarzt zu informieren, ohne ein explizites Einverständnis der Eltern einzuholen. Sie bilden damit die einzige institutionalisierte Schnittstelle zwischen Bildungs- und Gesundheitswesen im Vorschulalter.

Eine Informationsweitergabe zwischen Kitas und Kinderärzt/innen, Kinderärzt/innen und Schulärzt/innen oder zwischen Kitas und Grundschulen über die Entwicklung der Kinder findet nicht regelmäßig und systematisch, sondern eher in Einzelfällen oder auf Projektebene statt. Den Eltern kommt dabei eine entscheidende Rolle zu: Sie verwahren die Entwicklungsdokumente ihres Kindes, erteilen Auskunft über dessen Entwicklung und geben Informationen zwischen den verschiedenen Institutionen weiter (Kelle & Seehaus, 2010). Beispielsweise werden sie aufgefordert, zur Schulinganguntersuchung das Kinderuntersuchungsheft, das die Ergebnisse der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen enthält (s. Abschnitt 3.2), mitzubringen. Aufgrund der geltenden Datenschutzbestimmungen liegt die Entscheidung darüber, welche Befunde und Informationen zu ihrem Kind sie weitergegeben, letztlich in ihrer Hand.

3.2 Das Programm der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen

Die kinderärztliche Sprachentwicklungsdiagnostik ist in Deutschland fester Bestandteil der sogenannten pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen (auch Vorsorgeuntersuchungen oder kurz U-Untersuchungen genannt). Das bundesweite pädiatrische Vorsorgeprogramm wurde 1971 eingeführt und seither mehrfach überarbeitet und ergänzt (von Kries & Schlack, 2006). Die Zielgruppe umfasst

alle Kinder ab der Geburt bis zum Alter von fünf Jahren, unabhängig von zuvor festgestellten Auffälligkeiten in der Entwicklung; es ähnelt in seiner Struktur folglich einem Screeningprogramm (Kreis et al., 2012; Ewart, 2000; Neumann & Euler, 2013) (zu Merkmalen eines Screenings s. Abschnitt 4.1).

Ziel des Vorsorgeprogramms ist eine flächendeckende Früherkennung von Risikofällen sowie eine Prävention von Entwicklungsstörungen. Laut Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (G-BA, 2017a) handelt es sich hierbei um eine Untersuchung „zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre [der Kinder, Anm. der Autorin] körperliche, geistige und psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (S. 6). Im Weiteren heißt es dort: „Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können“ (G-BA, 2017a, S. 6). Durch die Untersuchung der Kinder zu mehreren festgelegten Zeitpunkten bis zur Einschulung wird der Verlauf der gesamten Entwicklung im Sinne eines Monitorings fortlaufend kontrolliert und dokumentiert. Die Eltern bekommen regelmäßig Rückmeldungen zur Entwicklung ihres Kindes. Neben der Diagnostik werden in der Richtlinie auch Aufklärung und Beratung der Eltern als Aufgaben der Ärzte genannt (G-BA, 2017a). Über die Prävention hinaus gehört somit auch die Förderung der Entwicklung zu den Zielen der Untersuchungen, weshalb sich die Pädiatrie auch als zentrale Bezugsdisziplin im Bereich der frühkindlichen Bildung versteht (Jenni, 2013). Entwicklungsdiagnostik und Prävention gehören zu den Kernkompetenzen der Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin (Nentwich & Hartmann, 2010).

In der Prävention von Sprachentwicklungsstörungen werden im Allgemeinen drei Ansätze unterschieden (Titz et al., 2018): Als primäre Prävention werden Maßnahmen bezeichnet, die allen Kindern zugutekommen, etwa die Information und Beratung von Eltern zu sprachförderlichem Verhalten. Diese Angebote haben das Ziel, das Auftreten von Beeinträchtigungen der Sprachentwicklung zu verhindern. Die sekundäre Prävention umfasst frühzeitige Fördermaßnahmen, die sich an Kinder mit einem festgestellten Entwicklungsrisiko richten. Sie sollen dazu beitragen, ungünstigen Entwicklungen vorzubeugen und die Dauer und das Ausmaß der sprachlichen Defizite zu reduzieren. Mithilfe tertiärer Prävention werden negative Auswirkungen einer festgestellten Sprachentwicklungsstörung durch eine therapeutische Behandlung verhindert oder zumindest vermindert.

Derzeit umfasst das pädiatrische Früherkennungsprogramm zehn einheitliche Vorsorgeuntersuchungen von der Geburt bis zum Ende des fünften Lebensjahres: Die U1 bis U9 und seit dem Jahr 2008 zusätzlich die U7a. Diese werden für alle Kinder in Deutschland kostenlos angeboten, ebenso wie die Jugenduntersuchung J1 mit 12 bis 14 Jahren. Einige Krankenkassen finanzieren auch über das fünfte Lebensjahr hinaus weitere Untersuchungen (U10 mit sieben bis acht Jahren und U11 mit 9 bis 10 Jahren), hier wurde aber bislang keine einheitliche Regelung getroffen. Expert/innen beklagen schon seit einiger Zeit eine Lücke in der flächendeckenden Früherkennung der 6- bis 10-jährigen

Kinder und befürworten die Einführung einer weiteren kostenlosen Früherkennungsuntersuchung (Charité & Deutsche Akademie für Kinder und Jugendmedizin, 2009). Seit dem Jahr 2007 wurden die Untersuchungen U1 bis U9 mit dem Ziel der Bekämpfung von Kindswohlgefährdungen sukzessive in 13 der 16 deutschen Bundesländer verpflichtend gemacht (Hock et al., 2013). Die Einhaltung wird nicht von den Kinderarztpraxen, sondern von einer übergeordneten Institution kontrolliert.³ In Sachsen, Baden-Württemberg und Bayern werden die Eltern lediglich auf die Wichtigkeit der Vorsorgeuntersuchungen hingewiesen. Eine regelmäßige, bundesweit flächendeckende kinderärztliche Untersuchung aller Kinder von Geburt an bis zur Einschulung wird somit angestrebt. Die bedeutende Rolle der Pädiater/innen im Hinblick auf das frühzeitige Erkennen und Versorgen aller Kindern mit Entwicklungsstörungen wird dadurch weiter gestärkt.

Durchführende Berufsgruppen und ihre Qualifikation

Zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen sind ausschließlich zugelassene Ärzt/innen berechtigt. In der Kinder-Richtlinie (G-BA, 2017a) heißt es dazu: „Untersuchungen nach dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen“ (S. 6). Außer Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin dürfen auch Allgemeinärzt/innen und andere niedergelassene Ärzt/innen Früherkennungsuntersuchungen durchführen, sofern sie entsprechende Kompetenzen und Ausstattungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen nachweisen können (Nentwich & Hartmann, 2010). Weit überwiegend werden die Untersuchungen in Kinderarztpraxen durchgeführt, im Jahr 2011 bspw. in Hessen in 91,1% aller Fälle (Hock et al., 2012). Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin haben in Deutschland die Aufgaben sowohl eines Hausarztes als auch eines Facharztes; dadurch können sie von den Familien direkt in Anspruch genommen werden (Harms, 2010). Sie sind für die Prävention und die Entwicklungskontrolle gesunder Kinder ebenso wie für die Behandlung akut und chronisch kranker Kinder zuständig.

Nach dem obligatorischen Hochschulstudium und der anschließenden Facharztausbildung können sich die Pädiater/innen durch den Besuch von pädiatrischen Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen weiterqualifizieren (Nentwich & Hartmann, 2010). In der Durchführung der Untersuchung werden die Pädiater/innen von medizinischen Fachangestellten (in der Praxis meist als ‚Arzthelfer/in‘ bezeichnet) unterstützt, letztlich sind jedoch die Ärzt/innen allein für die Interpretation der Ergebnisse, die Diagnosestellung und Interventionsentscheidung verantwortlich.

³ Wie die Einhaltung überwacht und ein Fernbleiben ggf. sanktioniert wird, wird für Hessen in Hock et al. (2012) und für alle Bundesländer mit verpflichtenden Programmen in Hock et al. (2013) dargestellt.

Zeitpunkte der Untersuchungen

Die ersten fünf Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U5) finden im ersten Lebensjahr statt. Ab dem ersten bis zum fünften Geburtstag werden die Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 und U9 in jährlichem Abstand durchgeführt (G-BA, 2005). Durch diese engmaschige und regelmäßige Kontrolle der kindlichen Entwicklung – gleichsam eine „Dauerbeobachtung der kindlichen Entwicklung“ (Kelle & Seehaus, 2010, S. 42) – sind die Pädiater/innen die einzigen professionellen Akteure, die ein Kind durchgängig von der Geburt bis zur Einschulung begleiten. Damit sind sie einerseits für die Eltern in den ersten Lebensjahren ihres Kindes wichtige Ansprechpartner in allen Fragen rund um die kindliche Entwicklung. Andererseits, darauf weist Kelle (2018) hin, kann die engmaschige Entwicklungskontrolle auch eine erzieherische Wirkung haben, indem mit den Eltern die Beobachtung der kindlichen Entwicklung und die damit verbundenen Normalitätsvorstellungen eingeübt werden. Dabei kann eine Verunsicherung der Eltern nicht ausgeschlossen werden, denn die Untersuchungen enthalten eine „Logik des Verdachts“ (Kelle, 2018, S. 98), da sie zwar nicht nur, aber auch durchgeführt werden, um mögliches elterliches Fehlverhalten aufzudecken.

Die Altersspanne für die einzelnen Vorsorgeuntersuchungen ist laut Richtlinie genau vorgegeben: Beispielsweise soll die U7a zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat (Toleranzgrenze 33.-38. Lebensmonat), die U8 im 46. bis 48. Lebensmonat (Toleranzgrenze 43.-50. Lebensmonat) und die U9 im 60. bis 64. Lebensmonat (Toleranzgrenze 58.-66. Lebensmonat) stattfinden (G-BA, 2017a). Die einzelnen Untersuchungen müssen innerhalb der Toleranzgrenzen durchgeführt werden, damit die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden (Hock et al., 2013).

Zwei Gründe können für die Einrichtung dieser genau definierten und eng gefasst Altersfenster je Untersuchung angenommen werden: Erstens ist aus der Perspektive des Kindes und der Eltern eine regelmäßige medizinische Kontrolle der kindlichen Kompetenzen und deren Entwicklung relevant und zweitens besteht aus der Perspektive des Gesundheitssystems das Bemühen um eine Vergleichbarkeit der vorgestellten Kinder, d. h. eine weitgehende Homogenisierung der Untersuchungsgruppen mit dem Ziel, eine Referenzgruppe für die Untersuchungen zu schaffen (Bollig, 2010).

Ressourcen der Ärzt/innen für die Untersuchungen

Die verpflichtenden Untersuchungen U1 bis U9 gehören seit 1994 zu den Pflichtleistungen aller Krankenkassen (RKI, 2015; Jenni, 2013). Die Kinderärzt/innen erhalten für die U7a, U8 und U9 einen Pauschalbetrag von 43,51 Euro für jede Basisuntersuchung (KBV, 2019). Bei begründeten zusätzlichen Untersuchungen und auffälligen Befunden können gegebenenfalls Zuschläge angerechnet werden. Angesichts dieses Pauschalbetrages und der im Vergleich mit anderen Medizinern insgesamt geringen Vergütung der Kinderärzt/innen (Harms, 2010) ist anzunehmen, dass vor allem jene mit wenigen Privatpatient/innen mit den zeitlichen Ressourcen je Untersuchung sparsam umgehen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Dem aufgrund vager Vorgaben prinzipiell großen Gestaltungsspielraum bei der Durchführung der Entwicklungsdiagnostik (Kelle, 2010d; Voet

Cornelli et al., 2012b) setzen die Krankenkassen durch die Vergütungen somit letztlich zeitliche Grenzen.

Kehler (2019) und Harms (2010) weisen zudem darauf hin, dass in Deutschland generelle und zusätzlich regionale Engpässe in der ambulanten medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorliegen. In ländlichen Regionen reicht die Anzahl niedergelassener Kinderärzt/innen vielerorts nicht für die Versorgung aller Kinder und Jugendlichen aus (Harms, 2010). Auch in Ballungsräumen haben Eltern von Neugeborenen und zugezogene Familien Schwierigkeiten, in einer Kinderarztpraxis aufgenommen zu werden. Die Anzahl der Kinderarztpraxen wurde nicht ausreichend an steigende Geburtenzahlen und einen zunehmenden Bedarf an medizinischer Versorgung angepasst (Kehler, 2019). Es ist anzunehmen, dass dadurch der Zeitdruck in den Vorsorgeuntersuchungen zusätzlich erhöht wird und dass der somit auf zweierlei Weise begrenzte Zeitrahmen Einfluss auf die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen hat.

Dokumentation im Kinder-Untersuchungsheft

Die schriftliche Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und Diagnosen ist den Ärzt/innen vorgeschrieben (Bode et al., 2009). Dafür steht ihnen das sogenannte Kinder-Untersuchungsheft (G-BA, 2005, 2016), in der Praxis auch ‚Gelbes Heft‘ oder ‚U-Heft‘ genannt, zur Verfügung (s. Abbildung 4). Dieses Heft wird allen Eltern bei der Geburt des Kindes ausgehändigt. Es liegt seit 2016 in einer überarbeiteten Fassung (G-BA, 2016) vor. In dem Dokumentationsheft ist, neben Informationen für die Eltern, das Untersuchungsprogramm je U-Untersuchung skizziert; zur Dokumentation der Ergebnisse stehen für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung Formblätter zur Verfügung.⁴ Das Heft verbleibt in den Händen der Eltern; sie sind aufgefordert, es zu jeder Vorsorgeuntersuchung vorzulegen.



Abbildung 4. Kinderuntersuchungsheft, alte und neue Version (G-BA, 2005, 2016)

⁴ Für eine detaillierte Beschreibung und Analyse des Heftes in der früheren Fassung, die auch für die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit gültig war, siehe Kelle und Seehaus (2010).

Vorgaben für Interventionen

Werden Auffälligkeiten in der Entwicklung festgestellt, haben die Ärzt/innen über präventive oder behandelnde Maßnahmen zu entscheiden. Maßgeblich für Verordnungen ist das Vorliegen einer Krankheit oder einer Gesundheitsgefährdung (G-BA, 2017a). In der Kinder-Richtlinie heißt es dazu: „Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden“ (G-BA, 2017c, S. 5). Therapien wie bspw. Logopädie oder Ergotherapie gehören zu den sogenannten Heilmitteln, die bei ärztlich attestiertem Bedarf von den Krankenkassen getragen werden. Für die Verordnung liegen eine Heilmittelrichtlinie (G-BA, 2017a) und ein Heilmittelkatalog (G-BA, 2017b) vor, denen Vorgaben für die erforderlichen Untersuchungen, Indikationen sowie Art und Umfang der geeigneten Heilmittel zu entnehmen sind.

Für die Verordnung von Heilmitteln wird den Ärzt/innen von den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ein jährlich neu ausgehandeltes Budget zur Verfügung gestellt. Wird dieses überschritten, muss der Arzt mit Regressforderungen der Krankenkassen rechnen. Diese lassen sich abwenden, wenn die überzähligen Verordnungen für jeden Einzelfall detailliert medizinisch begründet werden (Osswald, 2008; Thomas, 2018). Inwieweit drohende Regressforderungen Auswirkungen auf die Verordnungspraxis der einzelnen Ärzt/innen haben, ist nicht bekannt.

Wie die Früherkennung und Behandlung von Störungen im Bereich der Sprachentwicklung in die Vorgaben des Untersuchungsprogramms eingebettet ist und welche Methoden, Verfahren und Interventionsmöglichkeiten für die Behandlung von betroffenen Kindern in Frage kommen, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

3.3 Sprachentwicklungsdiagnostik im Rahmen des Früherkennungsprogramms

Die Sprachentwicklung ist neben der körperlichen, geistigen und psychosozialen Entwicklung eine zentraler Entwicklungsbereich, der im pädiatrischen Früherkennungsprogramm regelmäßig untersucht wird. Eine der Aufgaben der Mediziner/innen ist die frühzeitige Identifikation von Kindern mit bisher unentdeckten sprachlichen Entwicklungsrisiken und Sprachentwicklungsstörungen. Identifizierte Störungen sollen durch die frühzeitige Einleitung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen behoben oder zumindest begrenzt werden. Aufgabe der Ärzt/innen ist es darüber hinaus, die sprachliche Entwicklung von Kindern durch Beratung der Eltern zu unterstützen.

Die Sprachentwicklungsdiagnostik ist ein verbindlicher Bestandteil des pädiatrischen Vorsorgeprogramms (G-BA, 2010), dessen einzelne Untersuchungen abhängig vom Alter je eigene Untersuchungsschwerpunkte haben. In den Kinderrichtlinien (G-BA, 2010, 2017a) und wortgleich im Kinder-Untersuchungsheft (G-BA, 2005, 2016) finden sich für jede Vorsorgeuntersuchung Angaben zu den Inhalten der Untersuchung. Die im Erhebungszeitraum dieser Studie gültigen Vorgaben für den Bereich Sprache in den Untersuchungen U6 bis U9 werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1. Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9. Befunde zur Sprache im Kinder-Untersuchungsheft⁵

Untersuchung	Erfragte Befunde zur Sprachentwicklung	Hinweise
U6 (10.-12. Lebensmonat)	Verzögerte Sprachentwicklung	keine Silbenverdopplung wie da-da
U7 (21.-24. Lebensmonat)	Altersgemäße Sprache fehlt Altersgemäßes Sprachverständnis fehlt	z. B. keine Zweiwortsätze, kein Sprechen in der 3. Person wie „Peter essen“ z. B. kein Zeigen auf Körperteile nach Befragen, kein Befolgen einfacher Aufforderung
U7a (34.-36. Lebensmonat)	Altersgemäße Sprache fehlt Altersgemäßes Sprachverständnis fehlt	z. B. keine Drei- bis Fünfwortsätze, eigener Vor- und Rufname wird nicht verwendet z. B. kein Zeigen auf Körperteile nach Befragen
U8 (43.-48. Lebensmonat)	Altersgemäße Sprache fehlt Aussprachestörungen	z. B. kein Sprechen in Sätzen in der „Ich-Form“ z. B. Stottern, schwere Stammelfehler, unverständliche Sprache
U9 (60.-64. Lebensmonat)	Sprachstörungen Aussprachestörungen Sprachverständnis	deutliche Fehler in Grammatik und/oder Satzbildung z. B. Stammeln, Stottern, Poltern versteht häufig nicht, wenn ihm etwas gesagt wird

(nach G-BA, 2005)

Besonders relevant für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen sind die U7a (3 J.), U8 (4 J.) und U9 (5 J.), da Kinder bei unauffälliger Sprachentwicklung in dieser Altersspanne wesentliche Meilensteine des Spracherwerbs durchlaufen (s. Überblick in Kauschke, 2012). Bei früheren Untersuchungen wie der U7 (2 J.) sind zwar bereits sprachliche Auffälligkeiten feststellbar, z. B. eine verspätete Wortproduktion bei Late Talkern (Rescorla, 1989); aufgrund der interindividuellen Variation der Entwicklung ist in diesem Alter eine zuverlässige Abgrenzung von Sprachentwicklungsverzögerungen und -störungen allerdings noch schwierig (Schulz, 2007b).

Die Vorgaben im Kinderuntersuchungsheft sind für alle Kinderärzt/innen bundesweit einheitlich und verbindlich. Sie sind in Bezug auf die Sprache vage formuliert. Die Inhalte entsprechen überdies nicht dem aktuellen Stand der Spracherwerbsforschung. Beispielsweise ist allein die rein quantitative Angabe zur Sprachproduktion in der U7a „keine Drei- bis Fünfwortsätze“ für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen kaum hilfreich, sie ließe sich hinsichtlich der Verwendung von Verben, ihrer Finitheit und Position im Satz konkretisieren (s. Abschnitt 4.4.1). Zudem enthalten die Vorgaben kaum Anweisungen für die konkrete Durchführung der Diagnostik (Rausch, 2013). Hinweise zur Erfassung der Sprachentwicklung von mehrsprachigen Kindern fehlen ganz. Das Heft gibt lediglich den kleinsten gemeinsamen Nenner des Untersuchungsprogramms wieder (Kelle, 2006). Die Ärzt/innen entscheiden folglich auf Basis ihres Fachwissens sowie ihrer praktischen Erfahrungen

⁵ Diese Tabelle wurde in ähnlicher Form bereits vorab veröffentlicht in Voet Cornelli et al. (2012b).

eigenverantwortlich über die Durchführungsweise und eventuelle Erweiterungen des Untersuchungsprogramms. Als Hilfestellungen in der Entscheidungsfindung dienen medizinische Leitlinien. Diese enthalten eine Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu einem medizinischen Thema und werden in regelmäßigen Abständen überarbeitet. An ihrer Entwicklung sind Fachgesellschaften, Ärztevereinigungen und Universitäten beteiligt; Leitlinien gelten als unverbindliche Empfehlungen für die Entscheidungsfindung praktizierender Ärzte (Bode, 2007).⁶ Für die Sprachentwicklungsdiagnostik liegen Leitlinien einzelner Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a., 2007; Neumann et al., 2009) und auch eine interdisziplinäre S2k-Leitlinie (de Langen-Müller et al., 2011)⁷ vor.

Methoden und Verfahren für die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik

In der Fassung des Kinderuntersuchungsheftes, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung für diese Arbeit gültig war (G-BA, 2005), sind keine konkreten Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik genannt. Die Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten ist unter der Überschrift „Erfragte Befunde“ (s. Tabelle 1) angesiedelt, andere Entwicklungsbereiche hingegen werden den „erhobenen Befunden“ zugeordnet. Auch wenn aus der Formulierung nicht hervorgeht, wer befragt werden soll, ist anzunehmen, dass damit die ‚Befragung der Eltern‘ als Methode zur Sprachstandserfassung vorgeschlagen wird. In der neusten Version des Heftes (G-BA, 2016) hingegen findet sich die sprachliche Entwicklung in der Rubrik „Orientierende Beurteilung der Entwicklung“. Diese ist nach der „Anamnese“ und vor den weiteren Rubriken „Untersuchung“, „Beratung“ und „Ergebnisse“ eingeordnet.⁸ Auch in dieser Version des Heftes finden sich keinerlei Vorgaben für die Verwendung von Diagnoseverfahren (für die Gründe s. Abschnitt 4.1). Eine flächendeckend gleiche Durchführung der pädiatrischen Sprachstandserfassung wurde somit bislang nicht erreicht.

In Anlehnung an Schulz et al. (2009) und Gold und Schulz (2014) wird in Abbildung 5 ein Überblick über mögliche Zugangsweisen, Methoden und Verfahrenstypen für die Sprachentwicklungsdiagnostik im Vorschulalter gegeben. Die Überblicksdarstellung hat das Ziel, den in der anschließenden empirischen Untersuchung in der Praxis vorgefundenen Methoden, Materialien und Verfahren (s. Abschnitte 6.3.2 und 7.3.3) eine Systematik zugrunde zu legen, nach der sie sich beschreiben und klassifizieren lassen. Aufgrund der Vielzahl an Vorgehensweisen, Methoden und Verfahren bietet die Systematik lediglich eine vergleichsweise grobe Einteilung.

⁶ Medizinische Leitlinien haben „weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung“ (Bode, 2007). Sie können dennoch in der Rechtsprechung über medizinische Behandlungen Berücksichtigung finden (Heier, 2011). Medizinische Leitlinien sind auf der Website der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) kostenfrei verfügbar.

⁷ Diese Leitlinie (AWMF; Registrierungs-Nr. 049-006) wurde zuletzt 2016 inhaltlich als gültig bestätigt. Sie wird in Bezug auf die empfohlenen Verfahren derzeit überarbeitet (s. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-006.html>, Abruf 13.1.2022).

⁸ Im Einzelnen werden in dem neuen Heft folgende Vorgaben für die U7a, U8 und U9 gemacht: „Anamnese U7a/ U8/ U9: Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? Stottert Ihr Kind?, *Orientierende Beurteilung der Entwicklung*: U7a – Spricht mindestens Dreiwortsätze. Spricht von sich in der Ich-Form. Kennt und sagt seinen Rufnamen. U8 – Spricht Sechswortsätze in Kindersprache. Geschichten werden etwa im zeitlichen und logischen Verlauf wiedergegeben. U9 – Fehlerfreie Aussprache, vereinzelt können noch Laute fehlerhaft ausgesprochen werden. Ereignisse und Geschichten werden im richtigen zeitlichen und logischen Ablauf wiedergegeben in korrekten, jedoch noch einfach strukturierten Sätzen“ (G-BA, 2016, o. S.).

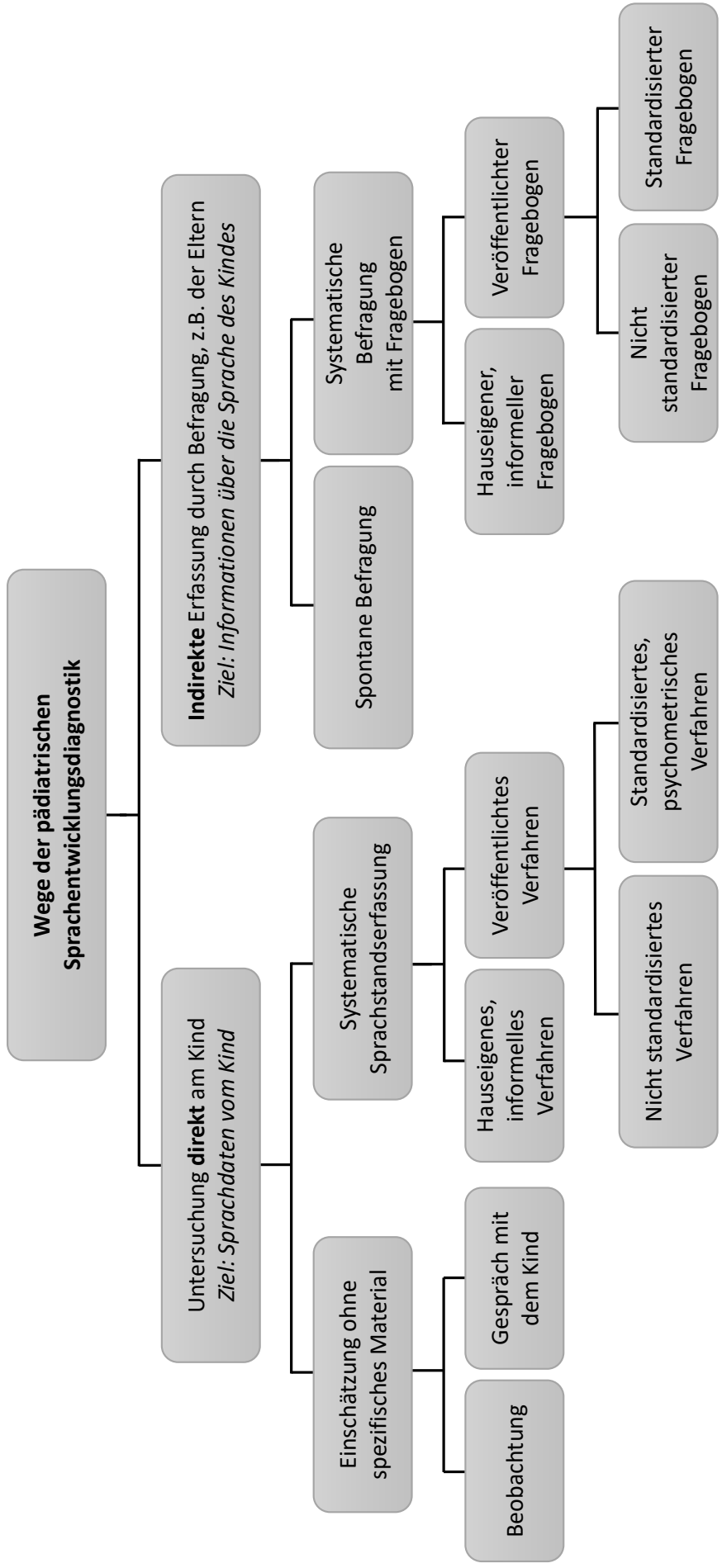


Abbildung 5. Verfahren und Methoden zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik

Der Begriff ‚Zugangsweisen‘ wird verwendet im Hinblick auf zwei grundsätzlich unterschiedliche Möglichkeiten, Informationen über die sprachlichen Kompetenzen eines Kindes zu erfassen: der *direkte* Zugang durch Untersuchung des Kindes selbst und der *indirekte* Zugang durch Sammlung von Informationen über das Kind, bspw. durch Befragung der Eltern. Direkte wie auch indirekte Zugänge in der Sprachstandserfassung lassen sich weiter hinsichtlich ihres Strukturierungsgrades nach *systematischen* und *nicht systematischen* Methoden und Verfahren unterscheiden. Als ‚Methoden‘ werden die unterschiedlichen Arten der Datengewinnung, bspw. Befragung, Beobachtung, Gespräch oder Elizitierung von sprachlichen Äußerungen, bezeichnet. Als ‚Verfahren‘ hingegen werden z. B. hauseigene oder veröffentlichte Materialien⁹ benannt, die für die Erfassung sprachlicher Fähigkeiten entwickelt wurden. Diese lassen sich nach Verfahrenstypen, z. B. Fragebögen oder standardisierten Testverfahren unterscheiden.

Indirekte Zugangsweisen

Eine indirekte Sprachstandserfassung durch Befragung, z. B. der Eltern, kann spontan im Rahmen eines persönlichen Gespräches durchgeführt werden; sie kann aber auch systematisch mithilfe eines veröffentlichten oder selbst entwickelten Fragebogens vorgenommen werden, der bereits vor der Untersuchung oder in der Untersuchungssituation ausgefüllt wird. Das Ergebnis von Befragungen sind in der Regel zusammenfassende, retrospektive Einschätzungen der Sprachkompetenzen des Kindes. Die Detailliertheit der Einschätzungen hängt wesentlich von der Vorgehensweise ab. In einem Gespräch mit Eltern wird bspw. nach den generellen Sprachfähigkeiten und dem kommunikativen Verhalten des Kindes gefragt. In veröffentlichten Eltern-Fragebögen (z. B. ELAN-R, Bockmann & Kiese-Himmel, 2012; ELFRA, Grimm & Doil, 2006; SBE-3-KT, von Suchodoletz et al., 2009) wird darüber hinaus nach spezifischen Erwerbsbereichen, etwa der Fähigkeit, bestimmte Wörter oder Satzstrukturen zu produzieren, gefragt.

Als Informanten kommen neben den Eltern auch bspw. Bezugspersonen aus Betreuungseinrichtungen in Frage. In verschiedenen Studien haben sich Befragungen als zuverlässige Methode erwiesen; Eltern und pädagogische Fachkräfte schätzen die Sprachkompetenzen von ein- und mehrsprachigen Kindern zutreffend ein (Gutierrez-Clellen & Kreiter, 2003; Bedore et al., 2011). Dennoch ist bei der Interpretation von Befragungsergebnissen zu berücksichtigen, dass manchen Eltern eine Reflexion über die Sprache ihres Kindes schwerfällt. Ihre Einschätzungen der Sprachentwicklung des Kindes sind zudem zwangsläufig subjektiv. Sie können außerdem durch die Kontrollfunktion des Arztes beeinflusst sein. Pädiater/innen müssen die Aussagen der Eltern nicht nur hinsichtlich ihrer Plausibilität bewerten, sondern sie auch in eine medizinische Beurteilung der kindlichen Sprachkompetenzen überführen. Befragungen ersetzen keine direkte Erfassung sprachlicher Fähig-

⁹ Kelle (2010d) bezeichnet „Materialien, die zum Zweck der Sprachüberprüfung [...] angeboten und in Kinderarztpraxen genutzt werden“ als „Instrumente“ (S. 212), ein mit einem Markennamen versehenes „Ensemble an Dokumenten aus (Test)materialien, Instruktionen, Manualen etc.“ hingegen als „Verfahren“ (ebd.). In dieser Arbeit wird der Begriff ‚Instrument‘ als Synonym für Materialien und Verfahren zur Sprachstandserfassung verwendet, unabhängig davon, ob sie veröffentlicht wurden.

keiten des Kindes; sie können aber sinnvoll eingesetzt werden, wenn ein Gespräch mit dem Kind, z. B. aufgrund des geringen Alters, fehlender Kooperationsbereitschaft oder noch geringer Deutschkenntnisse, nicht möglich ist. Zudem können die im Alltag gewonnenen Einschätzungen der Bezugspersonen eine wichtige Ergänzung zu den Informationen darstellen, die die Ärzt/innen selbst in dem spezifischen kommunikativen (Prüfungs)setting der Vorsorgeuntersuchungen erhalten können. Dass eine Kombination aus standardisierten Diagnostikverfahren und Elternbefragungen zu besonders zuverlässigen Ergebnissen führt, zeigten Bishop & McDonald (2009). Die Autor/innen untersuchten 245 Zwillinge im Alter von neun bis zehn Jahren, von denen 52 in Sprachtherapie waren. Die Sprachfähigkeiten der Kinder wurden mit einer Testbatterie aus neun verschiedenen standardisierten Diagnostikverfahren erfasst. Zusätzlich füllten die Eltern einen Fragebogen (Children's Communication Checklist – 2; Bishop, 2003) mit Ratingskalen zu den kommunikativen und pragmatischen Fähigkeiten ihres Kindes aus. Die Analysen zeigten, dass eine Kombination aus standardisierten Tests und Elternfragebogen am besten vorhersagte, welche Kinder in sprachtherapeutischer Behandlung waren.

Ein unsystematisches Gespräch mit den Eltern hat aus Praxissicht den Vorzug, dass es sich flexibel an die Gesprächspartner und die Erhebungssituation anpassen lässt, eine für alle Befragten vertraute, alltagsnahe Situation herstellt und zeitsparend, bspw. parallel zur körperlichen Untersuchung des Kindes, geführt werden kann. Auch Fragebögen können ressourcenschonend eingesetzt werden, wenn sie bereits vor der Vorsorgeuntersuchung, im Wartezimmer oder zuhause, ausgefüllt werden. Zudem kann mit ihrer Hilfe die Einschätzung beider Eltern und weiterer Bezugspersonen eingeholt und dokumentiert werden. Bei sprachlichen Barrieren sind auch Fragebögen in den Herkunftssprachen hilfreich.

Direkte Zugangsweisen

Mit direkten Zugangsweisen in der Diagnostik („direct assessment“) werden Äußerungen des Kindes selbst erfasst, die Rückschlüsse auf die sprachlichen Kompetenzen des Kindes erlauben. Es werden unsystematische Einschätzungen ohne Zuhilfenahme eines spezifischen Materials von systematischen Methoden unterschieden. Eine Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten kann durch Beobachtung des Kindes in Interaktionen mit anderen, z. B. mit Eltern oder Geschwistern, vorgenommen werden.¹⁰ Sie kann hilfreich sein bei Kindern, die noch keine oder geringe Deutschkenntnisse erworben haben und in der Herkunftssprache mit den Eltern sprechen, oder auch bei Kindern, die sich im Gespräch mit der Ärztin bzw. dem Arzt nicht kooperativ verhalten. Mithilfe einer Beobachtung kann ein erster Eindruck von der Sprache des Kindes gewonnen werden, bspw. von den pragmatischen Fähigkeiten, dem Redefluss oder auch dem Umfang seiner Äußerungen.

¹⁰ In pädagogischen Institutionen ist auch eine systematische Beobachtung mit (hauseigenen oder veröffentlichten) Beobachtungsbögen gebräuchlich (z. B. mit dem Verfahren Sismik, Ulich & Mayr, 2003). Diese Methode ist für die pädiatrische Diagnostik jedoch nicht praktikabel, da sie Beobachtungen über einen längeren Zeitraum, beispielsweise über einen ganzen Vormittag, und in alltagsnahen Interaktionssituationen erfordert. Der knappe Zeitrahmen und das spezifische Setting der Früherkennungsuntersuchungen lassen solche Beobachtungen nicht zu. Sie werden deshalb hier nicht berücksichtigt.

Eine weitere Methode zur unsystematischen Einschätzung sprachlicher Fähigkeiten ist das Gespräch mit dem Kind. Dieses kann sich spontan entwickeln oder durch Gesprächsimpulse initiiert und gelenkt werden. Durch Fragen kann ein Kind zu Äußerungen oder Erzählungen angeregt werden. Gespräche mit dem Kind sind generell durch ein spontanes, flexibles Vorgehen gekennzeichnet, sie werden in der Regel nicht bzw. nicht systematisch dokumentiert und analysiert (Schulz et al., 2009). Wenn Materialien zur Hilfe genommen werden, handelt es sich dabei üblicherweise nicht um explizit für die Diagnostik entwickeltes Material, sondern z. B. um Bilder oder Gegenstände, die als Sprechimpuls fungieren. Ein Gespräch mit dem Kind lässt sich situationsorientiert und zeitökonomisch einsetzen und erzeugt alltagsnahe Kommunikationssituationen. Gespräche liefern allerdings lediglich einen ersten, globalen Eindruck von den sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes und möglichen Problembereichen seiner sprachlichen Entwicklung. Die Äußerungen des Kindes lassen einen weitgehend zufällig entstandenen Ausschnitt seiner sprachlichen Fähigkeiten erkennen. Da für die Beurteilung keine festen Kriterien vorliegen, entsteht ein subjektiver Eindruck, der sowohl vom Umfang der kindlichen Äußerungen als auch vom Wissen des Durchführenden über Sprache und Spracherwerb abhängt und Wahrnehmungsfehler enthalten kann (Fried, 2004).

Systematische Sprachstandserfassungen hingegen zeichnen sich durch eine detaillierte Vorbereitung sowie eine materialgestützte, regelhafte Durchführung der Untersuchung und Auswertung der Daten aus, wobei es hinsichtlich des Systematisierungsgrades Unterschiede gibt. Die Methode der Spontansprachanalyse stellt eine Mischform dar: Ihre Durchführung ist weitgehend flexibel, die Auswertung erfolgt hingegen systematisch und kriteriengeleitet. In den interdisziplinären Leitlinien zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (de Langen-Müller et al., 2011) wird die Spontansprachanalyse als Methode, auch als Ergänzung zu standardisierten Diagnostikverfahren, empfohlen. Sie eignet sich vor allem dann, wenn für das Kind keine passenden Screening- oder Testverfahren vorliegen. Spontansprachanalysen werden bspw. für die Diagnostik im Rahmen von Sprachtherapie eingesetzt (Kauschke & Siegmüller, 2010; Schrey-Dern, 2006). Da diese Methode umfangreiche zeitliche Ressourcen erfordert, ist ihr Einsatz in den kinderärztlichen Untersuchungen kaum praktikabel. Sie wird dennoch kurz beschrieben, um die Unterschiede zu einem (unsystematischen) Gespräch mit dem Kind zu verdeutlichen.

Für eine Spontansprachanalyse wird eine längere Gesprächs- oder Freispielsituation mit vorbereitetem Stimulusmaterial inszeniert. Das Material und die Gesprächsstimuli sind frei wählbar und können an das jeweilige Kind angepasst werden. Das Gespräch wird per Audioaufnahme aufgezeichnet, transkribiert und anschließend nach linguistischen Kriterien analysiert, die ausgehend von den vermuteten Problembereichen des Kindes festgelegt werden (für eine ausführliche Beschreibung der Methode s. Schrey-Dern, 2006, S. 42ff.). Selbst umfangreiche Spontansprachdaten eines Kindes ergeben lediglich ein eingeschränktes Abbild seiner produktiven sprachlichen Fähigkeiten. Spezifische Strukturen, wie etwa Relativ- oder Passivsätze, kommen in der Spontansprache selten vor (Tracy et al., 2018). Wenn ein Kind in der Spontansprache beispielsweise keine Nebensätze verwen-

det, kann daraus nicht geschlossen werden, dass es diese nicht produzieren kann. Möglicherweise waren sie in dem konkreten Gesprächskontext schlicht nicht relevant (Köhne et al., 2015). In der Diagnostik ist somit stets zu reflektieren, dass die Äußerungen eines Kindes lediglich begrenzt Rückschlüsse auf seine Sprachkompetenzen in einzelnen sprachlichen Bereichen zulassen.

In dem veröffentlichten Verfahren HAVAS-5 (Reich & Roth, 2004) wird die Methode der Spontansprachanalyse für die Erfassung narrativer Fähigkeiten ein- und mehrsprachiger Kinder im Vorschulalter verwendet. Eine Bildergeschichte dient als Material für eine Erzählsituation. Das Verfahren unterstützt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von verschiedenen Kindern, ist jedoch weder standardisiert noch normiert (Roth, 2014).

Ein Wesensmerkmal systematischer Verfahren zur Sprachstandserfassung ist der gezielte Einsatz vorbereiteter Materialien, die in der Regel in festgelegter Reihenfolge bearbeitet werden. Die verwendeten Materialien – entweder hauseigene, informelle oder veröffentlichte – sind explizit für die Diagnostik zusammengestellt oder entwickelt worden; die Anordnung und Reihenfolge der Materialien und Aufgaben trägt wesentlich zur Systematisierung und Strukturierung einer Untersuchung bei (Kelle, 2010d).

Für die Sprachentwicklungsdiagnostik im Vorschulalter steht in Deutschland eine Vielzahl an veröffentlichten Verfahren zur Verfügung, die sich nach der wissenschaftlichen Herkunft, den eingesetzten Methoden, nach Ziel und Zielgruppe der Diagnostik, dem Grad der Standardisierung und der Normierung unterscheiden (Schulz et al., 2009; Neugebauer & Becker-Mrotzek, 2013; Titz et al., 2018). Grundsätzlich werden zwei Arten von veröffentlichten Verfahren unterschieden: nicht standardisierte Verfahren und standardisierte, psychometrisch konstruierte Tests.

Nicht standardisierte Verfahren bestehen aus Materialien und Aufgaben sowie einer Anleitung; sie enthalten jedoch keine detaillierten und verbindlichen Vorgaben für eine systematische Durchführung, Dokumentation und Auswertung. Die Verfahren stellen keine Normwerte für die Beurteilung der Ergebnisse bereit und erfüllen die testtheoretischen Gütekriterien nicht. Die Ergebnisse tragen lediglich zur Einschätzung der Sprachkompetenzen bei. Ein Beispiel hierfür sind die „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache“ (Kottmann, o. J. a, b, c), die vor allem in Kinderarztpraxen eingesetzt werden, wie Studien von Kelle (2010d) und Voet Cornelli et al. (2012b) belegen. Die vagen Anleitungen zur Durchführung und Auswertung lassen Raum für eine flexible Handhabung nach eigenen Kriterien und Bedürfnissen, z. B. durch Verkürzung oder durch freie Verwendung von Bildvorlagen, insbesondere wenn der Zeitdruck in Untersuchungen hoch ist.

Psychometrisch konstruierte Tests hingegen sind hinsichtlich der Durchführung und Auswertung vollständig standardisiert. Sie enthalten anhand einer repräsentativen Stichprobe ermittelte Norm- und Grenzwerte, die eine eindeutige Bewertung der Ergebnisse erlauben. Die Verfahren enthalten zudem Angaben über die Einhaltung der testtheoretischen Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität (Döring & Bortz, 2016). Neben Tests für die Erfassung spezifisch sprachlicher Fähig-

keiten (z. B. AWST-R, Kiese-Himmel, 2005; LiSe-DaZ, Schulz & Tracy, 2011; SETK 3-5, Grimm, 2015) sind auch Verfahren zur Überprüfung der kindlichen Gesamtentwicklung erhältlich, die einzelne Untertests für verschiedene Entwicklungsbereiche wie Sprache, Motorik u. a. umfassen (z. B. BUEVA, Esser & Wyschkon, 2002; Denver-Entwicklungsskalen, Flehmig, et al., 1973).

Eine Sonderform standardisierter Testverfahren sind psychometrisch konstruierte Screeningverfahren (Titz et al., 2018). Solche Kurzverfahren, auch ‚Siebverfahren‘ genannt, wie bspw. die Verfahren HASE (Schöler & Brunner, 2008), S-ENS (Döpfner et al., 2005) und SSV (H. Grimm, 2017), werden für eine flächendeckende Untersuchung großer Kohorten, bspw. einer kompletten Altersgruppe oder eines Einschulungsjahrgangs, entwickelt. Diese flächendeckenden Untersuchungen werden in dieser Arbeit in Abgrenzung zu den Screeningverfahren als ‚Screeningprogramme‘ oder kurz als ‚Screening‘ bezeichnet (s. Abschnitt 4.1). Angesichts der Vielzahl an Testpersonen müssen Screeningverfahren besondere Anforderungen erfüllen: Sie sollten zeitökonomisch, leicht handhabbar, kostengünstig und möglichst effektiv, d. h. wenig fehleranfällig sein. Screeningverfahren zur Sprachstandserfassung dienen der dichotomen Ermittlung eines Verdachts auf Sprachauffälligkeiten und Entwicklungsrisiken (im pädagogischen Bereich: Sprachförderbedarf, im medizinischen Bereich: Sprachentwicklungsstörungen). Screeningverfahren erlauben allerdings keine Rückschlüsse auf Ursachen von gefundenen Auffälligkeiten, sodass die in der Pädiatrie erforderliche Zuordnung von Symptomen zu Krankheitsbildern und Diagnoseschlüsseln aus den Ergebnissen nicht ohne Weiteres ableitbar ist. Die Kurzverfahren ermöglichen eine erste grobe Klassifikation der Kinder; im Verdachtsfall sollte sich eine detaillierte Diagnostik anschließen (Titz et al., 2018).

In den interdisziplinären Leitlinien (de Langen-Müller et al., 2012) werden 37 veröffentlichte Verfahren genannt, die aus Sicht der Autorinnen im Vorschulalter für die Feststellung von Normabweichungen in der Sprachentwicklung insgesamt oder in einzelnen sprachlichen Bereichen in Frage kommen und von hinreichender Qualität sind. Einer Befragung von über 300 Sprachtherapeuten (de Langen-Müller et al., in Vorb.; zitiert nach de Langen-Müller et al., 2012) zufolge finden sie in der sprachtherapeutischen Praxis Verwendung. Erkenntnisse dazu, inwieweit die aufgeführten Verfahren auch in der kinderärztlichen Praxis eingesetzt werden, liegen nicht vor. Die Verfahren werden in der Übersicht hinsichtlich der Standardisierung und Testgüte, der Aktualität, der sprachlichen Bereiche und Zielgruppen unterschieden. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass es nicht für alle sprachlichen Bereiche und Zielgruppen passende, zuverlässige und aktuelle Verfahren gibt, weshalb in der therapeutischen Ausbildung und Praxis weiterhin auch veraltete Verfahren Verwendung finden (de Langen-Müller et al., 2012, S. 65). Fast alle genannten Verfahren wurden für einsprachig deutsche Kinder konzipiert. Für die Erfassung der Deutschkompetenzen mehrsprachiger Kinder werden als validierte und normierte Testverfahren ausschließlich das Screeningverfahren KiSS 2.0 (HSM, 2011) und das Testverfahren LiSe-DaZ (Schulz & Tracy, 2011) aufgeführt. Beide wurden jedoch nicht explizit für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrspra-

chigen Kindern im Vorschulalter, sondern vor allem für die Diagnostik von Sprachförderbedarf in pädagogischen Kontexten entwickelt.¹¹ Testverfahren mit dem expliziten Ziel der Identifizierung von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern liegen zum Zeitpunkt der Herausgabe der Leitlinien – und bis heute – nicht vor (de Langen-Müller et al., 2012).

In den Leitlinien wird auf die Relevanz der Erfassung auch der erstsprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder hingewiesen. Zur Identifikation einer Sprachentwicklungsstörung in der Erstsprache wird einzig das softwaregestützte Screeningverfahren ESGRAF-MK (Motsch, 2011) aufgeführt. Das Verfahren, das nicht normiert ist und keine Angaben zur Erfüllung der Gütekriterien enthält, liegt für Kinder zwischen vier und zehn Jahren in fünf verschiedenen Erstsprachen (Türkisch, Russisch, Polnisch, Italienisch und Griechisch) vor, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung besonders relevant waren. Angesichts der aktuellen Zuwanderungsentwicklung und der Vielzahl an verschiedenen Erstsprachen ermöglicht es somit aber lediglich in einigen Fällen eine Erfassung erstsprachlicher Fähigkeiten. Auch der Elternfragebogen SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse, 2009) liegt in mehr als 20 Sprachen vor und ist deshalb nach Ansicht der Autorinnen für die Elternbefragung hilfreich; die nicht eigens normierten, aus dem Deutschen übersetzten Versionen halten die Autor/innen allerdings für problematisch (de Langen-Müller et al., 2012, S. 68). Generell ist die Erfassung erstsprachlicher Fähigkeiten mit einigen Schwierigkeiten verbunden (s. Abschnitt 2.2.2).

Im Manual des für die kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung U7a (mit 3 J.) konzipierten Elternfragebogens SBE-3-KT (von Suchodoletz, 2011) werden neun normierte Verfahren aufgeführt, die als grundsätzlich für die U7a geeignet ausgewiesen werden¹²; ausdrücklich empfohlen wird für diesen Zweck allerdings ausschließlich das Screeningverfahren SSV (H. Grimm et al., 2003, 2017). Diese einschränkende Empfehlung wird damit begründet, dass für die anderen Testverfahren spezielle linguistische Kenntnisse und Erfahrungen bei der Durchführung psychometrischer Verfahren vorausgesetzt würden; diese seien anderen Fachleuten, z. B. Sprachtherapeut/innen und Psycholog/innen, vorbehalten. Zudem sei die Durchführung für die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zu zeitintensiv; insbesondere in der U7a sei die erforderliche Mitarbeit der Kinder nicht zu gewährleisten (von Suchodoletz, 2011). Diese Ausführungen machen deutlich, wie viele Aspekte auf die Entscheidung für ein sprachdiagnostisches Vorgehen oder Verfahren in den Vorsorgeuntersuchungen einwirken; die besonderen Herausforderungen bei mehrsprachigen Kindern kommen noch hinzu.

Es zeigt sich, dass sowohl Einschätzungen ohne spezifisches Material und nicht standardisierte Verfahren als auch standardisierte Screening- und Testverfahren Vor- und Nachteile haben. Während Einschätzungen und nicht standardisierte Verfahren Mängel hinsichtlich der Einhaltung der Güte-

¹¹ Mit dem Verfahren LiSe-DaZ (Schulz & Tracy, 2011) lässt sich neben einem Sprachförderbedarf auch ein Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung ermitteln. Weisen Kinder in mindestens zwei Untertests starke Abweichungen (d. h. einen T-Wert < 40) auf, gilt dies als ein Hinweis auf das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung (Lemmer et al., 2021; A. Grimm & Schulz, 2014a; Schulz, 2013a).

¹² Sieben der neun Verfahren werden auch in den interdisziplinären Leitlinien (de Langen-Müller et al., 2011) aufgeführt. Die übrigen zwei sind vermutlich aufgrund ihres Alters (HSET: H. Grimm & Schöler, 1991; PET: Angermaier, 1977) nicht berücksichtigt worden.

kriterien aufweisen, sind viele Screeningverfahren nicht ausreichend valide und lassen keine Aussagen über die Ursachen sprachlicher Defizite und mögliche Förder- bzw. Therapiebereiche zu. Psychometrisch konstruierte Tests hingegen ermöglichen eine theoretisch fundierte und zuverlässige Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten. Sie enthalten Normdaten einer repräsentativen Vergleichsgruppe sowie Angaben zu den testtheoretischen Gütekriterien. Durch detaillierte Vorgaben ist eine standardisierte Durchführung und Auswertung gewährleistet. Diese Testverfahren erlauben bei der adressierten Zielgruppe eine differenzierte Individualdiagnose in den relevanten sprachlichen Bereichen, die auch eine Ableitung von Förder- oder Therapiezielen ermöglicht. Die Durchführung der Tests ist allerdings meist zeitaufwändig, sodass sie sich nicht bedingungslos in die praktischen Abläufe jeder Institution integrieren lassen. Zudem besteht, wie bereits angemerkt, bis heute ein Mangel an standardisierten psychometrischen Testverfahren für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen für die Zielgruppe der mehrsprachigen Kinder. Generell gilt es deshalb bei der Entscheidung über eine diagnostische Vorgehensweise die Risiken nicht standardisierter Verfahren ebenso zu berücksichtigen wie die Risiken, die mit der Verwendung nicht zielgruppengerecht eingesetzter normierter Testverfahren verbunden sind (s. ausführlich Titz et al., 2018).

Interventionsmöglichkeiten und -ressourcen bei sprachlichen Auffälligkeiten

Sprachtherapeutische Maßnahmen fallen unter die Heilmittel des Gesundheitswesens (G-BA, 2017a). Sie werden nach ärztlicher Verordnung von den Krankenkassen getragen. Eine Sprachtherapie darf in Deutschland, anders als in vielen anderen Ländern, ausschließlich von Mediziner/innen verordnet werden, da diese Berufsgruppe exklusiv für Prävention und (Früh)erkennung von Sprachentwicklungsrisiken und -störungen zuständig ist (s. Abschnitt 3.1). Neben niedergelassenen Kinderärzt/innen verordnen auch Fachärzt/innen für Allgemeinmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie und Zahnmedizin Sprachtherapie (Scharff Rethfeldt, 2019).

Für die Verordnung von Sprachtherapie ist die Klassifikation der festgestellten Symptome anhand eines Indikationsschlüssels erforderlich. Die Ärzt/innen müssen folglich eine konkrete Diagnose, eine Leitsymptomatik und Therapieziele nennen (G-BA, 2017a, S.13), an die die Sprachtherapeut/innen als Heilmittelerbringer gebunden sind¹³. Die Aufgabe der Ärzt/innen geht damit weit über ein Screening hinaus, das lediglich eine dichotome Klassifikation als gestört bzw. ungestört zum Ziel hat (und dabei bewusst zahlreiche falsch Positive in Kauf nimmt): Das Ergebnis ihrer Untersuchung muss eine differenzierte Individualdiagnose und Zuordnung von Störungssymptomen zu Ursachen sein. Für die Diagnostik liegt eine Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, die jährlich

¹³ Auf jeder Verordnung muss eine zu einem Leitsymptom passende Diagnose genannt sein. Bei jeder Erstverordnung kann eine Logopädin zusätzlich eine Diagnostiksitzung mit den Krankenkassen abrechnen. Diese wird höher vergütet als die weiteren Sitzungen. Falls die ärztliche Diagnose aus Sicht der Logopädie nicht passt, kann entweder die Verordnung durch Rücksprache mit dem Arzt geändert werden oder es wird im Bericht eine andere Diagnose für die Folgeverordnung empfohlen (persönliche Kommunikation mit einer Logopädin, August, 2019).

aktualisiert wird und jeweils für ein Kalenderjahr gilt. Die Diagnoseschlüssel der ICD-10-GM sind für die Abrechnung mit den Krankenkassen zu verwenden, andernfalls werden die Therapiekosten nicht übernommen (Kiese-Himmel, 2021). Als amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in Deutschland gilt die deutsche Modifikation (ICD-10-GM, Version 2020, DIMDI, 2020).¹⁴ Störungen im Bereich der Sprache sind dort im Kapitel V (,Psychische und Verhaltensstörungen‘) unter der Rubrik ,Entwicklungsstörungen (F80 – F89)‘ aufgeführt. Für diese werden folgende Gemeinsamkeiten aufgeführt:

- Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit
 - Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpften Funktionen
 - stetiger Verlauf, keine Remissionen und Rezidive
 - meist u.a. die Sprache, die visuell-räumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen
 - Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an
 - Störungen vermindern sich mit zunehmendem Alter, geringere Defizite oft noch im Erwachsenenalter
- (ICD-10-GM, Version 2020, DIMDI, 2020)

Unter dem Kürzel F.80.- sind ,Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ aufgeführt, darunter fallen folglich auch die Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Sie sind wie folgt definiert:

„Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich.“ (ICD-10 GM, Version 2020, DIMDI, 2020)

Zu der Kategorie F.80.- gehören im Einzelnen ,Artikulationsstörungen, inklusive Lallen, Dyslalie und phonologischen Entwicklungsstörungen“ (F80.0), ,Expressive“ (F80.1) und ,Rezeptive Sprachstörungen“ (F80.2), die auch entwicklungsbedingte expressive und rezeptive Dysphasien, Aphasien sowie Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen beinhalten, ,Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)“ (F80.3) und ,Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (F80.8) (unter dieser Kategorie wird ausschließlich ,Lispeln‘ genannt).

¹⁴ Eine vollständig überarbeitete ICD-11 wurde von der WHO in 2019 verabschiedet. Sie soll nach Evaluation und Übersetzung 2022 in Kraft treten. (<https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/>, Abruf 2.7.2020)

Alle übrigen Störungen im Bereich der Sprachentwicklung werden gemeinsam unter „Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet“ (F80.9) gefasst. Diese Diagnoseklasse wird mit dem Hinweis „Sprachstörung o. n. A.“ erklärt. Laut Handbuch zur ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2019) ist diese Kategorie für „unspezifische deutliche Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (S. 286) ohne zugrundeliegende andere Beeinträchtigungen gedacht. Sie sollte dem Handbuch zufolge jedoch möglichst vermieden werden; Gründe für diese Empfehlung werden nicht genannt. Störungen unter dem Schlüssel F80.9 müssen folglich laut Klassifikationssystem ICD-10 in der kinderärztlichen Untersuchung nicht genauer ausdifferenziert werden.

Warum genau diese Unterkategorien unter ‚Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache‘ zusammengefasst wurden, jedoch bspw. Redeflussstörungen wie Stottern und Poltern einer anderen Kategorie (F.90-F.98 ‚Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend‘) untergeordnet wurden, erschließt sich aus dem Klassifikationssystem nicht (zur Kritik an den ICD-10-Klassifikationen s. Bishop et al., 2016).

Von den Ärzt/innen wird somit zunächst eine vergleichsweise grobe Klassifikation sprachlicher Auffälligkeiten anhand der Leitsymptome erwartet. Sie entscheiden anhand ihrer Diagnose über die Vorordnung von Sprachtherapie und über die Art und die Dauer der Behandlungen. Dabei orientieren sie sich am Heilmittelkatalog. Die darin verwendeten Kategorien sind nicht mit denen der ICD-10-Klassifikation identisch. Im Heilmittelkatalog werden Sprachentwicklungsstörungen unter „II. 2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung (SP1)“ (G-BA, 2017b, S. 32) gefasst. Eine Differenzierung von Sprachentwicklungsstörungen mit und ohne Primärbeeinträchtigungen wird nicht vorgenommen. Als Leitsymptome gelten Wortschatzdefizite, Dysgrammatismus und Störungen der Lautdiskrimination. In die Entscheidung über die Therapieverordnung werden die Diagnose, der Schweregrad der Beeinträchtigungen sowie die Prognose einbezogen. Außerdem soll laut Richtlinien auch die Lebenssituation der Patient/innen berücksichtigt werden:

„Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.“ (G-BA, 2017a).

Eine Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen führt demzufolge nicht unbedingt zur (sofortigen) Verordnung von Heilmitteln, sondern liegt unter Abwägung des Gesamteindrucks in der Entscheidung der Ärzt/innen. Diagnostik und Interventionsentscheidung erfordern komplexe Entscheidungsprozesse, die unter dem Begriff ‚Clinical Reasoning‘ gefasst werden (Beushausen, 2011). Wird eine Therapie verordnet, ist es Aufgabe der Sprachtherapeut/innen, eine differenzierte Diagnostik als Grundlage für die Therapieplanung durchzuführen (de Langen-Müller et al., 2011).

Wie für die Empfehlung von Diagnostikverfahren ist auch für die Zulassung von sprachtherapeutischen Maßnahmen als Heilmittel ihre Evidenzbasiertheit maßgeblich. In jüngeren Lehrbüchern zur Pädiatrie wird die Empfehlung gegeben, so früh wie möglich und in Einzelfällen bereits mit zwei Jahren eine Sprachtherapie zu beginnen (z. B. Lang-Roth & Dübbers, 2019). Jedoch ist eine so frühe logopädische Behandlung eher unüblich; üblicherweise werden Sprachtherapien in Deutschland im Alter zwischen vier und sechs Jahren verordnet (s. Abschnitt 3.4). Die Sprachtherapeut/innen als Heilmittelerbringer sind verpflichtet, die Entwicklung für die verordnenden Ärzt/innen zu dokumentieren. Dieser entscheidet dann auf Grundlage der Berichte über Folgeverordnungen im Rahmen des laut Heilmittelkatalog zulässigen Umfangs und eine eventuelle Anpassung der Therapieziele.

Es lässt sich zusammenfassen, dass den Ärzt/innen hinsichtlich der Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik im Rahmen des Vorsorgeprogramms ein großer individueller Handlungsspielraum gewährt wird. Ihnen bleibt es weitgehend selbst überlassen, welche sprachlichen Bereiche sie auf welche Weise untersuchen, dokumentieren und mit den Eltern besprechen. Für die Untersuchung stehen ihnen verschiedene Zugangsweisen, Methoden und Verfahren zur Verfügung, deren Vor- und Nachteile sie selbst abwägen müssen. Da für die Verordnung von Heilmitteln ein Diagnoseschlüssel vergeben werden muss, ist das Ziel der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik nicht nur eine dichotome Unterscheidung zwischen einer unauffälligen Entwicklung und einer Sprachentwicklungsstörung im Sinne eines Screenings. Im Falle einer gestörten Entwicklung müssen auch die Leitsymptome und Ursachen differenzialdiagnostisch ermittelt werden. Bei der Entscheidung über die Verordnung von Heilmitteln ist die Gesamtsituation des Kindes zu berücksichtigen, auch hier besteht folglich ein Ermessensspielraum. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass die Art und Weise und die Qualität der Durchführung zwischen einzelnen Ärzt/innen und Praxen variiert. Inwieweit sich diese Annahme durch empirische Forschungsergebnisse und statistische Daten untermauern lässt, wird im folgenden Abschnitt beantwortet.

3.4 Forschung zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik

Kinderärzt/innen wird häufig vorgeworfen, dass ihre Sprachentwicklungsdiagnostik unzuverlässig sei, ihnen Kompetenzen in der Unterscheidung von Sprachförder- und Therapiebedarf fehlten (H. Grimm, 2003, 2012; Neumann & Euler, 2013) und sie insbesondere zurückhaltend bei der (frühen) Verordnung von Sprachtherapie seien (Kany & Schöler, 2007). Diese Zurückhaltung der Ärzt/innen wird auch als ‚watch and see‘-Haltung (von Suchodoletz, 2010) oder ‚watchful-waiting‘-Haltung (de Langen-Müller & Hielscher-Fastabend, 2007) beschrieben. Meist werden diese Zuschreibungen jedoch nicht anhand empirischer Untersuchungen belegt. So attestieren bspw. Kany und Schöler (2007) den Kinderärzt/innen in der U9 eine „mangelhafte Wahrnehmung von Sprachauffälligkeiten auf allen Ebenen (Redefluss, Phonologie, Wortschatz und Grammatik)“ (S. 95), ohne dies nachzuweisen. Den Autoren zufolge mangelt es vielen Kinderärzt/innen neben entsprechenden Methoden

auch an Kompetenzen im Erkennen von Sprachauffälligkeiten. Zu häufig geben sie demnach Prognosen wie „Das wird noch! Das wächst sich noch aus“ (S. 96) ab.

Aus verschiedenen Disziplinen liegen empirische Forschungsergebnisse und statistische Erhebungen vor, die Einblicke in die Praxis der kinderärztlichen Sprachentwicklungsdiagnostik gewähren. Im Folgenden werden diese, in der Reihenfolge orientiert an den Schritten des diagnostischen Prozesses (s. Abbildung 1), zusammengefasst.

Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen

Die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wurden mit dem Ziel eingeführt, die Entwicklungsrisiken bei Vorschulkindern in Deutschland möglichst flächendeckend zu erfassen, um betroffene Kinder frühzeitig durch adäquate Maßnahmen unterstützen zu können. Inwieweit die flächendeckende Untersuchung der Kinder erreicht wurde, lässt sich anhand von statistischen Erhebungen zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen belegen (Hock et al., 2012; RKI, 2015; Schmidtke et al., 2018).

Die Vorsorgeuntersuchungen fanden bereits in der Vergangenheit eine große Akzeptanz in der Bevölkerung. Durch die seit 2007 nahezu bundesweit gültige Verpflichtung zur Teilnahme und die damit verbundene Sanktionierung des Fernbleibens durch Meldung an das Jugendamt konnte die Inanspruchnahme nochmals gesteigert werden (RKI, 2015). Informations- und Aufklärungskampagnen der Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2015) sowie die Bonusprogramme verschiedener Krankenkassen trugen zusätzlich zu einer sehr hohen Inanspruchnahme bei. Nach repräsentativen Elternbefragungen im Rahmen der Studie KiGGs – Welle 1 (RKI, 2015), einer Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, haben in den Jahren 2009 bis 2012 mehr als 82% der in Deutschland geborenen Kinder alle U-Untersuchungen von der U1 bis zur U9 wahrgenommen. Für einzelne Vorsorgeuntersuchungen lagen die Teilnahmequoten weitaus höher: für die U3 bei 97,6%, für die U6 bei 96,5% und die U9 bei 91,0%. Gegenüber den frühen Untersuchungszeitpunkten nahm die Bereitschaft zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Kindergartenalter geringfügig ab, während für die U9 im Einschulungsalter wieder etwas steigende Teilnahmequoten verzeichnet wurden (RKI, 2015; Zahlen für Hessen s. Hock et al., 2012).

Der weitaus größte Teil der Vorsorgeuntersuchungen fand im regulär vorgesehenen Untersuchungszeitraum oder im sich daran anschließenden Toleranzbereich statt (Hock et al., 2012). Jungen und Mädchen wurden gleich häufig zur Früherkennungsuntersuchung vorgestellt. Unterschiede in der Inanspruchnahme der kostenlosen Untersuchungen waren hingegen hinsichtlich der sozialen Lage der Familien erkennbar: Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus nahmen mit 87% gegenüber 74,1% häufiger alle Untersuchungen des Früherkennungsprogramms wahr als Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (Lampert et al., 2015).

Nach Auswertungen der KiGGs-Studie Welle 2 (Schmidtke et al., 2018) wurde die Teilnahmequote an den U-Untersuchungen in den Jahren 2014 bis 2017 von 82,2 auf 97,2% weiter gesteigert. Die Teilnahme lag in diesem Zeitraum für alle Untersuchungstermine bis zum Ende des zweiten Lebensjahres (U1 bis U7) bei 99% und mehr. Auch die U8 und U9 wurden mit 98% nunmehr von nahezu allen Kindern besucht. Lediglich die nachträglich eingeführte U7a mit drei Jahren fand mit 92,6% etwas weniger Akzeptanz (Schmidtke et al., 2018). Die Unterschiede in der Inanspruchnahme bei Differenzierung nach Sozialstatus der Familien fielen nun geringer aus als in der ersten Erhebungswelle. Gleichwohl sind auch in den aktuellen Zahlen noch leichte Unterschiede erkennbar: Während 97,0% bzw. 98,0% der Kinder aus Familien mit hohem oder mittlerem Sozialstatus alle Vorsorgetermine wahrnahmen, waren es bei Kindern aus Familien mit niedrigem Status 94,6%. Kinder ohne Migrationshintergrund besuchten mit 98,0% etwas häufiger alle Vorsorgetermine als Kinder mit einseitigem (95,1%) oder beidseitigem Migrationshintergrund (94,4%) (Schmidtke et al., 2018). Trotz dieser verbleibenden geringfügigen Unterschiede belegen die Zahlen insgesamt, dass die beabsichtigte regelmäßige und flächendeckende Untersuchung aller Kinder durch die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland nahezu erreicht wurde.

Qualifikation der durchführenden Berufsgruppen

Die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen werden überwiegend von niedergelassenen Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt; sie werden in der Praxis oftmals von medizinischen Fachangestellten unterstützt (s. Kelle et al., 2010). Wie diese genau in den Prozess der Sprachentwicklungsdiagnostik eingebunden sind, ist weitgehend offen. Ihre sprachdiagnostische Qualifikation ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Aufgrund ihres nicht akademischen Ausbildungsberufs wird angenommen, dass sie keine den Ärzt/innen vergleichbare Qualifikation für die Sprachentwicklungsdiagnostik mitbringen.

Es ist davon auszugehen, dass Kinderärzt/innen sich in ihrem Studium und ihrer Facharzt-ausbildung auch mit der Sprachentwicklung von Kindern beschäftigt haben. Osswald (2008) veranschaulicht am Beispiel der bayrischen Mediziner-ausbildung, dass das Thema Sprachentwicklungsstörungen in der grundständigen Ausbildung zum Zeitpunkt ihrer Recherche lediglich ein Wahlmodul darstellt, in der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin hingegen verpflichtender Bestandteil ist. Dort werden Grundkenntnisse zur Diagnostik, Behandlung und interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Expertengruppen vermittelt. Die Autorin weist darauf hin, dass das Thema Sprachentwicklung in gängigen Lehrwerken der Pädiatrie lediglich am Rande, d. h. auf nur wenigen Seiten, behandelt wird.

Neben Inhalten des Studiums und der Facharzt-ausbildung sowie der Lehrbücher stehen den Ärzt/innen die in Abschnitt 3.3 genannten unverbindlichen Leitlinien zur Verfügung, um sich über Sprachentwicklungsstörungen und deren Diagnostik zu informieren. Diese werden einer Umfrage zufolge allerdings lediglich von ca. 40% aller Ärzt/innen zur Kenntnis genommen (Heier, 2011). Für

den Bereich der Sprachentwicklungsstörungen plädieren Mediziner/innen wie Ptok et al. (2014) für eine ‚leitliniengerechte Diagnostik‘, um die Zuverlässigkeit zu erhöhen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse von zwei Fragebogenstudien (Buschmann et al., 2011; unveröffentlichte Studie ‚QualiPäd‘, Goethe-Universität) dargestellt, die aufzeigen, inwieweit Kinderärzt/innen sich zum Thema Sprache und Mehrsprachigkeit ausgebildet fühlen. Buschmann et al. (2011) befragten im Jahr 2009 in einer bundesweiten Fragebogenerhebung 137 Kinderärzt/innen dazu, ob sie mehrsprachige Familien im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen routinemäßig zum Umgang mit Mehrsprachigkeit beraten und wie informiert sie sich im Themenfeld Mehrsprachigkeit einschätzen. Demnach fühlten sich 66,9% der Befragten nicht ausreichend über das Thema informiert, 94,9% der Ärzt/innen wünschten sich einen Leitfaden für die Beratung der Eltern und 87,7% äußerten ein hohes Interesse an einer Fortbildung zu diesem Thema. Obwohl diejenigen Ärzt/innen, die in Praxen mit einem besonders hohen Anteil an mehrsprachigen Kindern tätig waren, signifikant häufiger einschlägige Fortbildungen besucht hatten, fühlten auch sie sich im Schnitt nicht besser informiert als Kolleg/innen aus Praxen mit niedrigem Anteil mehrsprachiger Kinder und geringerer Fortbildungserfahrung (Buschmann et al., 2011). Die Autorinnen schlussfolgern, dass die Beratungskompetenz der niedergelassenen Kinderärzt/innen durch Fortbildungen und Informationsmaterial weiter gestärkt werden sollte. Wintruff et al. (2011) ermittelten im Übrigen durch eine Befragung von 258 Sprachtherapeuten bzw. Logopäden, dass auch diese Berufsgruppe sich durch ihre Ausbildung nicht umfassend auf die Diagnostik mehrsprachiger Kinder vorbereitet fühlt.

Auch die Ergebnisse der im Rahmen des Projektes *cammino* (s. Abschnitt 5.1) durchgeführten, noch unveröffentlichten Fragebogenstudie QualiPäd weisen auf den Fortbildungsbedarf von Kinderärzt/innen im Bereich Sprache hin. Um die Qualifikation zum Thema Sprachstandserhebung zu erfassen, wurde mittels einer Ratingskala von 0 („gar nicht“) bis 6 („sehr ausführlich“) gefragt, wie intensiv sich die Kinderärzt/innen in ihrer Ausbildung mit diesem Thema beschäftigt hatten. Von 36 teilnehmenden Kinderärzt/innen gaben 21 (58,3%) an, sich im grundständigen Studium gar nicht mit der Sprachstandserfassung beschäftigt zu haben. Elf der 36 Ärzt/innen (30,6%) kamen nach eigenen Angaben mit dem Thema auch in der anschließenden Facharztausbildung nicht in Berührung; der mittlere Ratingwert lag hier bei $M = 2,1$. Erst in berufsbegleitenden Fortbildungen fand eine intensivere Beschäftigung nahezu aller Befragten (35 von 36 Ärzt/innen, 97%) mit dem Thema statt (mittleres Rating $M = 3,6$). Die Kinderärzt/innen wurden darüber hinaus mittels der gleichen Ratingskala gefragt, wie intensiv sie sich in ihrer Ausbildung mit dem Thema Sprachentwicklungsstörungen beschäftigt hatten. 17 der 36 Befragten (47,2%) setzten sich nicht im Studium (Rating $M = 0,9$) und 5 der 36 Befragten (13,9%) nicht in der Facharztausbildung mit dem Thema auseinander (Rating $M = 2,8$). Erst Fortbildungen gaben Anlass zur intensiveren Beschäftigung mit dem Thema Sprachentwicklungsstörungen (Rating $M = 4,4$). Schließlich wurden die Kinderärzt/innen zur Beschäftigung mit dem Thema Mehrsprachigkeit befragt. 23 von 36 Kinderärztinnen (63,9%) gaben an, im grundständigen Studium nicht mit diesem Thema konfrontiert worden zu sein; 14 der 36 Befragten

(38,9%) widmeten sich in der anschließenden Facharztausbildung gar nicht diesem Thema und auch die übrigen 22 Befragten offenbar nur in geringem Umfang (Rating $M = 1,4$). Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Mehrsprachigkeit fand für 31 der 36 befragten Ärzt/innen im Rahmen von Fortbildungen statt (Rating $M = 3,0$). Diese Daten belegen, dass vertiefende Kenntnisse im Bereich Sprachentwicklung, Sprachdiagnostik und Mehrsprachigkeit vielfach erst nach der Facharztausbildung durch Fortbildungen erworben werden. 26 der 36 befragten Kinderärzt/innen (72,2%) gaben an, sich mehr Fortbildungen zu den Themen Sprachentwicklung und Mehrsprachigkeit zu wünschen.

Diese beiden Studien zeigen, dass sich viele Kinderärzt/innen hinsichtlich der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern nicht hinreichend qualifiziert fühlen. In der Qualifizierung der Pädiater/innen zu den Themenfeldern mehrsprachige Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsstörungen haben Fortbildungen einen hohen Stellenwert; viele Ärzt/innen äußern den Wunsch nach mehr Fortbildungsangeboten.

Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik

Wie Kinderärzt/innen die Früherkennungsuntersuchungen durchführen, war Gegenstand der kultur- und praxisanalytischen Studien von Kelle und Kolleginnen im Rahmen des DFG-Projektes ‚Kinderkörper in der Praxis‘ (Kelle, 2006, 2010a, 2018). In diesem Projekt wurden 43 teilnehmende Beobachtungen in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (U7, U7a, U8, U9) bei 19 verschiedenen Kinder- und Jugendmediziner/innen durchgeführt und ergänzend die im Feld vorgefundenen Dokumente analysiert. Einer der Schwerpunkte der empirischen Untersuchungen lag auf der Sprachentwicklungsdiagnostik der Pädiater/innen (Kelle, 2006, 2010d). Zentrale Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

Kelles (2010d) Untersuchungen zeigen, dass in der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik verschiedene Methoden und Verfahren zum Einsatz kommen. Eine häufig verwendete Methode in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen war das Gespräch mit dem Kind. Dieses wurde in vielen Fällen parallel zur körperlichen Untersuchung durchgeführt. Entweder wurde über die Lebenswelt der Kinder und sich spontan ergebende Themen gesprochen, oder der Arzt bzw. die Arzthelferin setzte gezielte Fragen ein, die das Kind zum Sprechen anregen sollten. Zeigte das Kind während des Gesprächs Auffälligkeiten, blieb Kelle zufolge aufgrund der Vielzahl von Teilkompetenzen, die auf ein solches Gespräch Einfluss nehmen, diagnostisch oft unklar, auf welche Entwicklungsbereiche diese Auffälligkeiten zurückzuführen waren (Kelle, 2010d). Fast alle an der Studie teilnehmenden Ärzt/innen setzten über das Gespräch mit dem Kind hinaus auch differenzierte Verfahren oder andere Hilfsmittel, wie Bilder, Bilderbücher und Fotos, zur Sprachstandserfassung ein, obwohl ihnen dies nicht vorgeschrieben ist. Sie ließen nach Kelles Einschätzung dadurch zum einen ein Bemühen um Professionalisierung der Diagnostik erkennen und legitimierten zum anderen ihre Entscheidungshoheit über die Verordnung weiterführender Maßnahmen, bspw. gegenüber den Eltern.

Veröffentlichte Verfahren wurden in den frühen Untersuchungen U7, U7a und U8 lediglich einzeln, dafür schwerpunktmäßig in der späteren U9 eingesetzt; bei einigen Verfahren handelte es sich um von Pharmaunternehmen zur Verfügung gestellte Materialien, bei anderen blieb die disziplinäre Herkunft unklar (Kelle, 2006). Es handelte es sich überwiegend um informelle Verfahren mit unterschiedlichen methodischen und inhaltlichen Schwerpunkten. Neben Benennaufgaben zur Überprüfung von Wortschatz und Aussprache fanden sich auch Repetitionsaufgaben, Spontanspracherfassungen mit visuellen Stimuli und Handlungsanweisungen zum Überprüfen des Sprachverständnisses (Kelle, 2006, 2010d). Häufig wurden sogenannte Sprechtafeln, das sind Bildbögen mit nebeneinander und untereinander angeordneten gezeichneten Objekten, verwendet, am häufigsten die „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache“ in verschiedenen Varianten (Kottmann, o. J. a, b, c) sowie die Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al., 1973)¹⁵. Ein wichtiges Ergebnis aus Kelles praxisanalytischen Studien ist, dass veröffentlichte Verfahren in den Vorsorgeuntersuchungen häufig lediglich in Auszügen oder in Variationen verwendet wurden; auch wurden einzelne Aufgaben oder Materialien aus publizierten Tests frei miteinander kombiniert. Die Verfahren dienten mehr als Materialquellen für ein individuelles Untersuchungsprogramm denn als Test im intendierten Sinne (Kelle, 2010d).

In einer Einzelfallstudie analysierte Kelle (2006) eine typische Durchführung einer Sprachstandserfassung. Diese wurde von einer Arzthelferin mit einer gängigen, aber veralteten Sprechtafel (Kottmann, o. J. a) durchgeführt. Die Analyse des Verfahrens verdeutlicht, dass dieses den Ärzt/innen eine praxistaugliche und kostenlose Lösung bietet: Die von einem Pharmahersteller herausgegebene Sprechtafel wurde in der Arztpraxis immer wieder kopiert, um die individuellen Ergebnisse jeweils auf dem Blatt dokumentieren zu können. Die Durchführung stellte nach Einschätzung der Autorin keine hohen Anforderungen an die Kompetenzen der Testerin. Zugleich wurde das Instrument der „Anforderung einer höchstrationalen Zeitökonomie in Arztpraxen“ (S. 286) gerecht: Durch das Benennen einzelner Bilder sollten mit der Sprechtafel gleichzeitig die Aussprache und das Sprachverständnis überprüft werden können; der darunter stehende Begriff dient dem Arzt zur Kontrolle. Aus linguistischer Sicht ist hier anzumerken, dass durch das Benennen nicht das Sprachverständnis, sondern die produktiven Sprachkompetenzen im Bereich Wortschatz erfasst werden; es muss vom Kind schließlich keine sprachliche Äußerung verstanden, sondern ein Bild erkannt und das zugehörige Wort produziert werden. Die Arzthelferin ließ Unsicherheiten in der Durchführung erkennen, weil sie hinsichtlich der Gewichtung von richtiger Benennung und Aussprache Entscheidungen treffen musste, für die der Sprechtafel selbst keine Hinweise und Hilfestellungen zu entnehmen waren. Trotz der Schwierigkeiten in der Durchführung erfüllte das Verfahren aus Sicht der Autorin am Schluss einen Zweck: Die Arzthelferin und die Mutter hatten den Eindruck, sie hätten mit dem Test, der eine „Professionalität des Testvorgangs zu garantieren verspricht“ (S. 287), die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes erfolgreich gemessen.

¹⁵ Für eine ausführliche Beschreibung und Analyse siehe Kelle (2010)

Ein weiteres Ergebnis aus dem Projekt ‚Kinderkörper in der Praxis‘ ist, dass Arzthelfer/innen die Ärzt/innen häufig bei der Durchführung der Sprachstandserfassungen unterstützen, sie diese in Teilen sogar selbstständig durchführen, wie auch die zuvor beschriebene Einzelfallstudie zeigte. Durch die detaillierte Analyse einer solchen Arbeitsteilung zwischen Arzt und Helfer/in (Kelle, 2010d) wird deutlich, dass damit verschiedene Probleme verbunden sein können: Die Eltern thematisieren bspw. ihre Sorgen über die Sprachentwicklung des Kindes lediglich gegenüber der Helferin, nicht jedoch gegenüber dem Arzt. Da sie selbst aktiv an der Informationsübermittlung zwischen Arzt und Helfer/in beteiligt sind, moderieren sie die Ergebnisse gegenüber dem Arzt zugunsten eines gemäßigten Gesamtergebnisses. Auffälligkeiten, die nicht zum Untersuchungsspektrum des Verfahrens gehören, werden von der Arzthelferin nicht erkannt oder nicht als relevant eingeschätzt und folglich nicht dokumentiert, sodass die Übergabe der Untersuchung von der Helferin an den Arzt zu einer ‚Verflüchtigung‘ von Diagnosen führen kann. Oder die Auffälligkeiten treten bei der anschließenden Untersuchung durch den Arzt selbst nicht mehr auf und werden demzufolge von ihm nicht weiterbearbeitet. Durch die oftmals differenzierte, mehrschrittige und arbeitsteilige Sprachentwicklungsdiagnostik werden Auffälligkeiten zwar durchaus erkannt. Die Erfassung bleibt Kelles Analysen zufolge jedoch häufig weitgehend folgenlos: Das diagnostische Ergebnis „bleibt gewissermaßen in der Komplexität des Überprüfungssettings ’hängen““ (S. 233). Kelle weist anhand dieses Beispiels überdies darauf hin, dass die Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen häufig unter aktiver Beteiligung der Eltern stattfindet: Sie geben dem Kind bei Bedarf Hilfestellungen oder liefern dem Durchführenden zwischendurch zusätzliche Informationen zum Kind (Kelle, 2010d).

Weitere Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt ‚Kinderkörper in der Praxis‘ betreffen die zeitliche Terminierung der Vorsorgeuntersuchungen und deren Dauer. Bollig (2010) stellt fest, dass viele Arztpraxen sich bemühen, die Termine möglichst spät innerhalb der laut Programm vorgesehenen Altersfenster zu terminieren, um den Kindern noch Entwicklungszeit zuzugestehen, damit sie die im Untersuchungsprogramm enthaltenen altersbezogenen Kompetenzerwartungen möglichst erfüllen. Außerdem erkennt die Autorin einen möglichen Zusammenhang zwischen der Untersuchungsdauer und der Patientenstruktur der jeweiligen Praxis: In Praxen mit einem hohen Anteil privat versicherter Patient/innen ist der Zeitdruck demnach geringer als in Praxen mit einem geringen Anteil Privatversicherter. Somit kann es bezogen auf die Untersuchungszeit auch einen Unterschied machen, ob ein individuelles Kind privat oder gesetzlich versichert ist.

Diese Praxisanalysen von Kelle und Kolleginnen ermöglichten erstmals einen sehr detaillierten Einblick in den praktischen Vollzug der pädiatrischen (Sprach)entwicklungsdiagnostik im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Die Ergebnisse weisen auf wesentliche Faktoren hin, die Einfluss auf den Prozess und damit auch auf die Qualität der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik haben: Die Art und Weise der Durchführung wird nicht nur durch die Qualifikation der Ärzt/innen und ihrer Helfer/innen sowie die Qualität der ausgewählten Verfahren und Methoden, sondern ganz wesentlich

auch durch zeitliche, organisatorische und personelle Ressourcen sowie individuelle Schwerpunktsetzungen und Praktiken mitbestimmt.

Die spezifische Zielgruppe der mehrsprachigen Kinder stand nicht explizit im Fokus von Kelles Untersuchungen. Zwar waren einige Kinder der Stichprobe mehrsprachig, doch war es nicht primär das Ziel der Studie, Besonderheiten und systematische Unterschiede in der Diagnostik mehrsprachiger gegenüber einsprachigen Kindern hervorzuheben. Es wurde im Hinblick auf diese Zielgruppe jedoch festgestellt, dass in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen mit mehrsprachigen Kindern, wenn überhaupt, dann ausschließlich für einsprachige Kinder konzipierte Verfahren Verwendung fanden, und dass die erstsprachlichen Kompetenzen der Kinder nicht erfasst wurden. Der Spracherwerbstyp der mehrsprachigen Kinder wurde tendenziell ignoriert (Kelle, 2010d).

Ausgehend von ihren Studien zur kinderärztlichen Entwicklungsdiagnostik sowie zur Schulingangsdagnostik stellt Kelle (2018) fest, dass sich die Ziele der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik und ihre Rolle im Kontext vorschulischer Entwicklungsdiagnostik seit etwa zwei Jahrzehnten verändern: Die Grenzen zwischen pädagogischer und medizinischer Entwicklungsdiagnostik werden zunehmend unschärfer. Als Grund hierfür sieht Kelle vor allem den „Imperativ der Prävention“ (S. 86) in der Diagnostik, der die vormals dominierende Aufgabe der Selektion sukzessive zurückgedrängt. Das aus der Forderung nach Prävention abgeleitete Gebot zur multi-professionellen Kooperation zwischen den Professionen und den Eltern trägt aus Sicht der Autorin dazu bei, dass pädagogische Einflüsse in der Pädiatrie zunehmen. Pädagogische ‚Anleihen‘ halten Einzug in die Durchführung pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen. Manche Kinderärzt/innen nutzen bspw. Instrumente aus pädagogischen Kontexten, um den Mangel an geeigneten Verfahren für die medizinische Diagnostik zu kompensieren. Die Kinder werden nicht nur auf schulrelevante Kompetenzen und Vorläuferfertigkeiten hin untersucht und der bevorstehende Schulbeginn mit den Eltern besprochen, sondern sogar die Untersuchungen selbst „adaptieren [...] pädagogische Beratungsformate und nehmen in Teilen eine pädagogische Form an – die medizinisch-diagnostischen Untersuchungen werden v. a. dann pädagogisiert (Bollig & Kelle, 2009), wenn es nicht entsprechend der Logik des medizinischen Systems um Behandlung, sondern um Prävention geht“ (Kelle, 2018, S. 96). Diese Verquickung pädagogischer und medizinischer Perspektiven und Ziele kann gerade in der Beurteilung der Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder zum Problem werden, wenn Bildungs- und Erziehungsaspekte gegenüber gesundheitlichen Entwicklungen in den Vordergrund rücken. Neben die Prävention und die Behandlung von Krankheiten tritt in der Medizin die Entwicklungsoptimierung gesunder Menschen (Kelle, 2018).

Eine Verschiebung der Ziele und Inhalte von Diagnostik und Behandlung sieht Scharff Rethfeldt (2019) auch im Bereich der Sprachtherapie. Sie führte eine Fragebogenstudie mit 70 Sprachtherapeut/innen aus 28 Bremer Sprachtherapiepraxen durch und erhielt Auskunft über insgesamt 635 mehrsprachige Kinder. Befragt zu den Diagnosen der Ärzt/innen und ihren eigenen Diagnosen gaben die Therapeut/innen an, dass 57% der Kinder, die mit der ärztlichen Diagnose einer Sprach-

entwicklungsstörung überwiesen wurden, nach ihrer detaillierten Diagnostik nicht unter einer solchen Störung litten. Fälle, in denen Kinder lediglich Defizite im Deutschen hatten, häuften sich vor allem in Bezirken mit hoher Kinderarmut. Die Autorin nimmt an, dass die häufige Verwendung von Diagnostikverfahren mit monolingualen Normen zur Sprachstandserfassung bei mehrsprachigen Kindern auch das Ziel haben könnte, Defizite nachzuweisen und dadurch eine weitere Behandlung, eine Elternberatung oder ein Elterntraining zu rechtfertigen. Sie erkennt darin eine Verschiebung der Ziele der therapeutischen Diagnostik: von der klinischen Perspektive auf die kindliche Sprachentwicklung hin zu einer Einschätzung des zu erwartenden Schulerfolgs. Auch wenn dies in Deutschland formal nicht erlaubt ist, fungieren der Autorin zufolge Therapeut/innen somit inoffiziell als Unterstützer/innen der Familien und des Sozialraums (Scharff Rethfeldt, 2019).

Dokumentation der Untersuchungsergebnisse im Kinder-Untersuchungsheft

Die Ergebnisse der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen werden im Kinder-Untersuchungsheft (G-BA, 2005, 2016) dokumentiert. Diese Dokumentation ist eine Mitteilung an verschiedene externe Adressaten (z. B. Eltern, Schulärzt/innen, Kita), die durch die Eltern öffentlich gemacht werden kann. Im Folgenden werden die Ergebnisse von zwei Studien (Bollig, 2010; Weithase et al., 2017) zusammengefasst, die belegen, dass die Dokumentation in diesen Heften nicht immer vollständig vorgenommen wird und deshalb nicht zuverlässig ist.

Bollig (2010) stellte anhand ihrer praxisanalytischen Untersuchungen im Rahmen des oben bereits genannten Projektes ‚Kinderkörper in der Praxis‘ fest, dass die Dokumentation in den praxisexternen Kinder-Untersuchungsheften lediglich eine Seite einer „doppelten Buchführung“ (S. 117) darstellt, mit der praxisinternen Dokumentation auf der anderen Seite. Sie führte „gute Gründe für schlecht geführte Vorsorgehefte“ (S. 115) auf, aus denen die Ärzt/innen bei vorliegenden Entwicklungsauffälligkeiten eine unvollständige, normalisierende oder verschlüsselte Dokumentation vornehmen, um die Befunde gegenüber externen Adressaten des Heftes zu verschleiern. Viele Ärzt/innen des Projektes nannten als Begründung für unvollständig eingetragene, ausgelassene oder bewusst positiv formulierte auffällige Befunde, dass dort festgeschriebene Auffälligkeiten zu Stigmatisierungen und nachteiligen Auswirkungen auf die Bildungsbiografie des Kindes führen können.

Weitere empirische Belege für diese Dokumentationspraxis liefert eine aktuelle Studie von Weithase et al. (2017). Die Forschergruppe untersuchte erstmals die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen anhand der ärztlichen Einträge in insgesamt 1964 Kinder-Untersuchungsheften aus dem Raum Leipzig. Es wurde festgestellt, dass die Dokumentationen von Auffälligkeiten häufig lückenhaft und unplausibel waren und oftmals zu den verschiedenen Vorsorgezeitpunkten eines Kindes schwankende Angaben enthielten, die sich nicht erklären ließen. Die Dokumentationen von Entwicklungsauffälligkeiten wiesen in den analysierten Heften sehr variable Ausdrucksweisen auf; häufig wurde auf die Angabe eines ICD-Codes verzichtet und eine Unterscheidung zwischen einem Verdacht und einer gesicherten Diagnose nicht vorgenommen. Die Autor/innen räumen vor diesem

Hintergrund ein, dass möglicherweise Erkrankungen zwar festgestellt und behandelt, aber nicht im Untersuchungsheft dokumentiert wurden. Als einen der Gründe für unterschiedliche Dokumentationspraktiken der Ärzt/innen nehmen auch diese Autor/innen, eine „zurückhaltende“ Dokumentation“ (S. 48) an, die ihrer Einschätzung nach der unklaren Adressatenschaft des Heftes geschuldet ist. Bezüglich der Erfassung der Sprachentwicklung stellten Weithase et al. (2017) fest, dass Auffälligkeiten in der U7, U8 und U9 signifikant häufiger bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus festgehalten wurden als bei jenen mit mittlerem oder hohem Status; bei der U8 variierte der Anteil abhängig vom Sozialstatus zwischen 6 und 13%. Diese Unterschiede lassen sich angesichts des aktuellen Forschungsstandes zur Prävalenz und Ätiologie von Sprachentwicklungsstörungen nicht erklären und deuten auf die Konfundierung medizinischer und pädagogischer Argumentationen in der Diagnostik, wie sie auch von Kelle (2018) beschrieben wurde. Ein Vergleich mit Ergebnissen anderer Sprachstandserfassungen in der Region Leipzig und mit Zahlen zur Heilmittelverordnung lässt Weithase et al. (2017) eine Unterdiagnose oder aber Unterdokumentation von sprachlichen Auffälligkeiten vermuten.

Aus den Einträgen der Ärzt/innen in den Untersuchungsheften ließ sich nicht schließen, mit welchen Instrumenten sie in den Vorsorgeuntersuchungen Auffälligkeiten der Sprachentwicklung diagnostizierten und wie sie diese Ergebnisse bewerteten. Die Autor/innen der Studie fordern vor diesem Hintergrund valide, standardisierte Screeningverfahren sowie einheitliche und differenzierte Begriffsdefinitionen zur Dokumentation, um zum einen Pathologisierungen und Fehlzusweisungen von Kindern entgegenzuwirken und zum anderen Evaluationen zu ermöglichen. Die verwendeten Diagnoseinstrumente sollten im gelben Heft dokumentiert werden, um später gegebenenfalls Fehlerquellen ermitteln zu können (Weithase et al., 2017).

Zusammengefasst bedeuten diese Ergebnisse, dass die im Vorsorgeheft dokumentierten ärztlichen Diagnosen für eine systematische Evaluation und Bewertung kaum geeignet sind, weil anzunehmen ist, dass die dort dokumentierten Ergebnisse die Diagnosen der Ärzt/innen lediglich unvollständig wiedergeben. Mit den 2016 eingeführten neuen Vorsorgeheften wurde dieser Praxis entgegen: Die neuen Hefte enthalten eine herausnehmbare Karte, mit der die Eltern bei Bedarf die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von der Vorlage des Heftes nachweisen und somit die darin vermerkten Befunde zurückhalten können (G-BA, 2015a, b). Wie die Ergebnisse der Sprachentwicklungsdiagnostik in der praxisinternen Dokumentation festgehalten werden und inwieweit die Inhalte mit den Eintragungen im ‚Gelben Heft‘ übereinstimmen, ist nicht bekannt.

Diagnosen und Heilmittelverordnungen bei Sprachauffälligkeiten

Um einen Einblick in die von den Kinderärzt/innen gestellten Diagnosen im Bereich der Sprachentwicklung zu erhalten, wurden für die vorliegende Arbeit Heilmittelberichte der Krankenkassen sowie öffentliche Gesundheitsberichte analysiert. Im Folgenden werden vor allem die relevanten Daten aus dem Bericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO, 2018b) zusammengefasst.

Das Institut WIdO wertet regelmäßig die Daten aller gesetzlichen Krankenkassen und zusätzlich die Daten der AOK als größte deutsche gesetzliche Krankenkasse aus. Der jährlich erscheinende Bericht ist der detaillierteste und mit Bezug auf den Berichtszeitraum 2017 auch der aktuellste. Wo es sinnvoll erscheint, werden im Folgenden Angaben aus anderen Berichten ergänzt.

Gesundheitsberichte geben Stand und Entwicklungen der Kindergesundheit in Deutschland in Form aggregierter Daten wieder. Sie liefern u. a. quantitative Angaben zu Diagnosen und Heilmittelverordnungen im Bereich Sprache und ermöglichen einen Vergleich zu anderen Entwicklungsbereichen. Allerdings ist diesen Datensätzen nicht zu entnehmen, ob die Diagnosen und Verordnungen ein Resultat der Vorsorgeuntersuchungen in (kinder)ärztlichen Praxen sind oder aber im Rahmen anderer, anlassbezogener Untersuchungen gestellt wurden. Überdies geben sie in der Regel lediglich manifeste Diagnosen sowie Verordnungszahlen wieder. Auch die Art und Weise der Diagnostik und der Entscheidung über Heilmittelverordnungen wird nicht dargelegt. Dafür bieten die Berichte eine detaillierte Auswertung, z. B. nach Altersgruppen und Geschlecht, sodass sie die Praxis im Hinblick auf Verordnungszeitpunkte und Zielgruppen sehr detailliert widerspiegeln.

Das WIdO-Institut stellt in seinem Bericht von 2018 bei Kindern eine Zunahme von diagnostizierten Entwicklungsstörungen um insgesamt 26,5% innerhalb von zehn Jahren (2008 bis 2017) fest; die Verordnung von Heilmitteln nahm hingegen im gleichen Zeitraum lediglich um 8,2% zu, sie ist seit 2015 sogar leicht rückläufig. Laut Geschäftsführung des Instituts ist unklar, ob Entwicklungsstörungen bei Kindern tatsächlich zunehmen, oder schulische und elterliche Anforderungen sowie Veränderungen im Bereich der ärztlichen Diagnosestellung und der Therapieangebote für diese Entwicklungen verantwortlich sind (WIdO, 2018b). Die oben genannte Annahme von Kelle (2018), dass sich Ziele und Inhalte der Sprachentwicklungsdiagnostik sukzessive verändern, wird damit unterfüttert.

Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin, deren Anteil an allen Fachärzt/innen lediglich 5,2% beträgt, versorgen laut dem WIdO-Bericht 45% aller sprachtherapeutischen Patient/innen aller Altersstufen und stehen damit an erster Stelle der Verordnenden (WIdO, 2018a, S. 21); sie nehmen somit eine wichtige Rolle im Bereich der medizinischen Sprachentwicklungsdiagnostik ein. Im Jahr 2017 wurde bei 34,8% aller Kinder eine Entwicklungsstörung diagnostiziert, bei mehr als 82% dieser Kinder wurde, teilweise neben weiteren Beeinträchtigungen, eine Störung im Bereich der Sprech- und Sprachentwicklung (Stimm-, Sprech-, Schluck- und Sprachstörungen) festgestellt (WIdO, 2018b). Insgesamt 22,9% aller Jungen und 15,5% aller Mädchen wurden in 2017 sprachtherapeutisch behandelt (WIdO, 2018a). Die Verordnung von Sprachtherapie nahm ab dem Alter von vier Jahren sukzessive zu und erreichte bei Kindern im Alter von sechs Jahren ihren Höhepunkt: Während 8,7% aller vierjährigen Jungen und 5,2% der gleichaltrigen Mädchen im Jahr 2017 sprachtherapeutische Leistungen erhielten, wurden im gleichen Berichtszeitraum 22,9% der sechsjährigen Jungen und 15,5% der sechsjährigen Mädchen mit Sprachtherapien behandelt (WIdO, 2018a, S. 31). Bei älteren Kindern nahmen die Verordnungszahlen wieder ab. Etwa die Hälfte aller verordneten Heilmittel-

leistungen im Vorschulalter und in den ersten beiden Schuljahren (55,6% für Kinder von 3 bis 5 J. und 48,8% für Kinder von 6 bis 8 J.) entfielen auf die Behandlung von Störungen mit der Diagnose „F80 – Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (WIdO, 2018a, S. 33), unter die u. a. Artikulationsstörungen, expressive und rezep tive Sprachstörungen sowie Entwicklungstörungen des Sprechens oder der Sprache fallen (DIMDI, 2020). Kinder mit der Diagnose „F80“ erhielten durchschnittlich 20,6 Behandlungen im Jahr (WIdO, 2018a, S. 32).

Diese Ergebnisse weichen von den Ergebnissen der zuvor zitierten Fragebogen-Studie von Buschmann et al. (2011) ab, der zufolge Kinderärzt/innen den Kindern im Alter von durchschnittlich 3;9 Jahren ($SD = 0,7$) eine Sprachtherapie verordnen. Etwa 60% der befragten Pädiater/innen gaben an, im Alter zwischen viereinhalb und fünf Jahren, d. h. im Zeitraum zwischen der U8 und U9, sprachtherapeutische Maßnahmen einzuleiten. In den Heilmittelberichten hingegen liegt der Höhepunkt der Inanspruchnahme logopädischer Behandlungen bei ca. sechs Jahren. Diese Abweichung ist möglicherweise auf Wartezeiten bei den Logopäd/innen zurückzuführen, die dazu führen können, dass zwischen der Einleitung einer Therapie durch den Arzt und dem tatsächlichen Beginn der Therapie mehrere Monate vergehen.

Die oben bereits zitierte Fragebogenstudie von Scharff Rethfeld (2018) liefert differenzierte Angaben zu ein- und mehrsprachigen Kindern: Monolinguale Kinder werden in Bremen mit einem durchschnittlichen Alter von 4;3 Jahren an die teilnehmenden sprachtherapeutische Praxen überwiesen, das durchschnittliche Alter mehrsprachiger Kinder beträgt zum Zeitpunkt der Überweisung 4;6 Jahre.

Unklar ist, nach welchen Kriterien Ärzt/innen in der Praxis die Entscheidung über eine Heilmittelverordnung treffen. Die Verordnungszahlen von Sprachtherapie bei Kindern nach Bundesländern lassen erhebliche regionale Unterschiede erkennen (WIdO, 2018a; Grandt et al., 2017). Während in Bremen 7,8% aller Kinder bis 14 Jahren in sprachtherapeutischer Behandlung sind, sind es in Sachsen mit 15,9% fast doppelt so viele. Im Nordosten Deutschlands (ausgenommen Bremen) werden überdurchschnittlich viele sprachtherapeutische Behandlungen verordnet, der Südwesten bleibt unter dem Durchschnitt (WIdO, 2018a). Da ein regional unterschiedliches Vorkommen von therapiebedürftigen Sprachauffälligkeiten im Gegensatz zur Häufigkeit von Sprachförderbedarf nicht wissenschaftlich begründbar ist, lassen diese uneinheitlichen Verordnungszahlen für Heilmittel in den einzelnen Bundesländern Rückschlüsse auf eine bundesweit uneinheitliche Diagnostik und Verordnungspraxis zu. Sie bestätigen Kelles (2006) Feststellung, dass in den aggregierten Daten der Heilmittelberichterstattung „die heterogene Diagnosepraxis unsichtbar gemacht“ (S. 272) wird. In Deutschland ist einem interdisziplinären Expertengremium (Kreis et al., 2012) zufolge nicht sichergestellt, dass Kinder, deren Sprachentwicklung nicht altersgerecht entwickelt ist, flächendeckend, zügig und fundiert diagnostiziert und therapiert werden.

Im Rahmen der KiGGs-Studie des Robert Koch-Instituts zur Kindergesundheit (2. Welle, 2014 bis 2017) wurden die Sorgeberechtigten von 15.023 Kindern und Jugendlichen nach der Inanspruch-

nahme von Heilmittelleistungen gefragt (Rommel et al., 2018). Auch hier ist erkennbar, dass im Vorschulalter (3 bis 6 J.) besonders häufig logopädische Behandlungen in Anspruch genommen werden (gesamt 15,0% aller Kinder, Mädchen 12,7%, Jungen 17,2%) und diese Quoten im Grundschulalter wieder sinken. In den letzten zehn Jahren stieg die Inanspruchnahme von Logopädie bei Heranwachsenden deutlich an. Unterschiede bestehen nach dieser Studie hinsichtlich der sozialen Herkunft: Sozial benachteiligte Kinder nehmen demnach häufiger eine logopädische Behandlung in Anspruch als Kinder aus nicht benachteiligten Milieus. Das Merkmal Migrationshintergrund hingegen ist der KiGGs-Studie zufolge nicht für ausgeprägte Unterschiede verantwortlich (Rommel et al., 2018). Auf Basis einer Befragung von 30 sprachtherapeutischen Praxen in der Stadt Bremen weist auch Scharff Rethfeldt (2019) nach, dass der Anteil mehrsprachiger Kinder in den Praxen in etwa dem Anteil im jeweiligen Stadtteil entspricht, unabhängig von unterschiedlichen sozial-räumlichen Merkmalen der Stadtteile; durchschnittlich sind die mehrsprachigen Kinder bei Beginn der Therapie allerdings drei Monate älter als die einsprachigen Kinder. Diese empirischen Ergebnisse widersprechen der Einschätzung von von Suchodoletz (2010), dass in Deutschland überwiegend Kinder der Mittelschicht eine Sprachtherapie erhalten, Kinder aus sozial benachteiligten Milieus und Kinder mit Migrationshintergrund hingegen häufiger unversorgt bleiben.

In den oben zitierten Heilmittelberichten und Studien werden erwartungsgemäß ausschließlich Verordnungsfälle, nicht jedoch ‚Grenzfälle‘ mit leichten Auffälligkeiten, bei denen für ein Abwarten und Beobachten der Entwicklung und ggf. eine Beratung der Eltern entschieden wurde, erfasst. Kaum etwas ist bisher darüber bekannt, wie die Verordnung von Sprachtherapie in der Praxis ‚zustande kommt‘, und noch weniger ist darüber bekannt, wie in der pädiatrischen Diagnostik mit unklaren Fällen umgegangen wird. Da diese Kinder (zunächst) keine Therapie erhalten, bedürfen sie präventiver Maßnahmen, die ihre Entwicklung fördern und die Auffälligkeiten lindern. Laut Kelle (2018) wird die Förderung von in den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen diagnostizierten Auffälligkeiten häufig an Eltern „(zurück)delegiert“ (S. 98). Die Förderung ist Gegenstand der Elternberatung, die u.a. die Prävention von Sprachentwicklungsstörungen zum Ziel hat. Was aus der Forschung über die Beratung mehrsprachiger Eltern bekannt ist, wird im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

Beratung der Eltern zur Mehrsprachigkeit

Zu den Aufgaben der Kinderärzt/innen gehört die präventive Beratung mehrsprachiger Eltern zur Sprachentwicklung ihres Kindes.¹⁶ Von Geburt an stehen sie den Eltern als zunächst einzige professionelle Ansprechpartner zur Verfügung. Wie Eltern mehrsprachiger Kinder im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen hinsichtlich der Sprachentwicklung ihres Kindes beraten werden, ist bislang in zwei Studien (Bockmann et al., 2013; Buschmann et al., 2011) untersucht worden.

¹⁶ Im aktuellen Kinderuntersuchungsheft (G-BA, 2016) wird für jede Vorsorgeuntersuchung ab der U4 eine „Sprachberatung: Förderung von ‚Muttersprache‘ und deutscher Sprache (einschließlich der Laut- und Gebärdensprache)“ als verpflichtender Bestandteil der Beratung genannt.

Bockmann et al. (2013) führten eine Befragung von 180 mehrsprachigen Eltern zur Beratung in Fragen der Mehrsprachigkeit durch, die den hohen Stellenwert der pädiatrischen Beratung nachwies. Mehr als ein Drittel (37,5%) der befragten Eltern gab an, sich Sorgen um die Sprachentwicklung ihres Kindes zu machen, z. B. hinsichtlich der Kompetenzen in den Bereichen Aussprache, Grammatik und Wortschatz, des Deutscherwerbs sowie der sprachlichen Anforderungen der Schule und nicht zuletzt des Umgangs mit Mehrsprachigkeit in der Familie. Wurden die Eltern zum familiären Umgang mit den Sprachen beraten, geschah dies am häufigsten durch die Kinderärzt/innen, gefolgt von Personen aus dem privaten Umfeld, Erzieher/innen der Kita und Logopäd/innen. Die Autorinnen plädieren infolgedessen dafür, eine routinemäßige Beratung zur Mehrsprachigkeit bereits in frühe Vorsorgetermine programmatisch zu integrieren und dann fortlaufend anzubieten, da das elterliche Sprachverhalten und Sprachangebot von Geburt an maßgeblichen Einfluss auf den Spracherwerb nimmt; sie schlagen den Beginn mit der U3 (4. bis 6. Lebenswoche) vor.

Buschmann et al. (2011) befragten Kinderärzt/innen in der bereits zitierten Studie (s. Abschnitt 3.4) danach, wann und wie sie Eltern mehrsprachig aufwachsender Kinder zum Umgang mit den Sprachen beraten. 88,2% der Kinderärzt/innen beraten die Eltern mehrsprachiger Kinder routinemäßig zu diesem Thema: Sie nutzen dafür vor allem die Vorsorgeuntersuchungen U6 mit einem Jahr (32,2%) und U7 mit zwei Jahren (46,6%). Ca. 20% der Ärzt/innen beraten die Eltern bereits im Rahmen der früheren Vorsorgetermine im ersten Lebensjahr (U3, U4, U5). Bezüglich der Ausrichtung und der Inhalte der Beratungen zum elterlichen Sprachverhalten ergab sich ein uneinheitliches Bild. 65,8% der Ärzt/innen waren der Auffassung, dass zunächst das Erlernen der Muttersprache wichtig sei, und lediglich 14,2% der Befragten waren der Überzeugung, dass auf jeden Fall Deutsch mit dem Kind gesprochen werden solle. Dennoch empfehlen 35,3% der Ärzt/innen den Eltern, dass ein Elternteil Deutsch mit dem Kind spricht. 22,1% der Befragten sprechen in diesem Zusammenhang zudem die Empfehlung aus, dass ein Elternteil einen Deutschkurs besucht. Die Integration des Kindes in ein deutschsprachiges Umfeld empfehlen 66,2% der befragten Ärzt/innen. Angesichts der in der Studie genannten frühen Beratungszeitpunkte ist anzunehmen, dass die Empfehlungen zur Sprachenwahl der Eltern und zur Unterstützung des Deutscherwerbs vor allem im Rahmen einer routinemäßigen ‚anlassunabhängigen‘, d. h. präventiven Beratung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen gegeben werden. Welche Empfehlungen die Ärzt/innen den Eltern mehrsprachiger Kinder geben, wenn sie bei einem späteren Vorsorgetermin Sprachauffälligkeiten oder einen Sprachförderbedarf feststellen, die Beratung folglich anlassbezogen vorgenommen wird, ist der Studie von Buschmann et al. (2011) nicht zu entnehmen.

Um die Eigenheiten der institutionellen Einbettung vorschulischer Sprachentwicklungsdiagnostik in Deutschland hervorzuheben und alternative Möglichkeiten der systemischen Verankerung aufzuzeigen, wird im Folgenden exemplarisch dargestellt, wie andere europäische Länder die Sprachentwicklungsdiagnostik organisieren.

3.5 Exkurs: Vorschulische Sprachentwicklungsdiagnostik in anderen Ländern

Die Praxis der Sprachentwicklungsdiagnostik in Europa unterscheidet sich zum einen hinsichtlich der professionellen und institutionellen Zuständigkeiten und zum anderen hinsichtlich der diagnostischen Kriterien und eingesetzten Verfahren und Methoden von Land zu Land erheblich (für einen Überblick Thordardottir, 2015a, b). Gemein ist allen Ländern, dass es keine offiziellen Kriterien für die Diagnostik einer SSES bei mehrsprachigen Kindern gibt. Im Mittelpunkt dieses Abschnittes steht die institutionelle Verankerung der Sprachentwicklungsdiagnostik in den Ländern Finnland, Niederlande und Großbritannien, die die Aufgaben der Prävention und Diagnostik sowie den Zugang zu therapeutischen Maßnahmen anders als in Deutschland organisiert haben. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt auf Großbritannien, da von dort genauer bekannt ist, wie die Sprachentwicklungsdiagnostik verortet ist.

Während in Deutschland, ebenso wie in der Schweiz und in Österreich, Kinder- und Allgemeinmediziner/innen für die Früherkennung von Entwicklungsstörungen verantwortlich sind, obliegt diese Aufgabe in verschiedenen anderen Ländern interdisziplinären Fachgruppen, denen neben fachärztlichen Spezialisten auch pflegende Berufsgruppen angehören (Kuo et al., 2006). In Finnland bspw. wurde mit dem sogenannten Neuvola-System eine umfassende Beratung und Betreuung von Eltern ab der Geburt des Kindes bis zum Schuleintritt etabliert, die von nahezu 100% der Eltern wahrgenommen wird. In dieses interdisziplinäre Beratungsnetzwerk sind Mediziner/innen, Hebammen, Logopäd/innen, Psychotherapeut/innen und Sozialarbeiter/innen einbezogen, um möglichst frühzeitig einen Beratungs- oder Unterstützungsbedarf zu erkennen und entsprechende medizinisch-therapeutische, psychologische oder pädagogische Maßnahmen zu ergreifen. Dieses frühe und flächendeckende Angebot gilt als ein Grund für das gute Abschneiden Finnlands in den PISA-Studien (Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2018).

Die Kindervorsorgeuntersuchungen in den Niederlanden werden von Kinderkrankenschwestern und Kinderärzt/innen in Institutionen der Jugendgesundheitsbehörde durchgeführt. Bis zum vierten Lebensjahr besuchen Eltern mit ihren Kindern regelmäßig ein sogenanntes ‚Consultatiebureau‘ für Vorsorgen, Impfungen und zur Beratung zu verschiedensten Themen. Bei speziellem Beratungsbedarf können gesonderte Termine mit Expert/innen vereinbart werden.¹⁷ Vom fünften bis zum 19. Lebensjahr sind die Schulärzt/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zuständig. Die Eltern erhalten mit der Geburt ein Dossier, in das lediglich Eckdaten wie Größe und Gewicht des Kindes eingetragen werden. Alle anderen Befunde werden beim Gesundheitsdienst elektronisch gespeichert.¹⁸ Bei Krankheit wird ein Kind dem Hausarzt oder ggf. in einer Klinik vorgestellt. In den Niederlanden können Eltern, ebenso wie auch in Schweden, ohne ärztliche Verordnung direkt einen Therapeuten konsultieren (Bohsem, 2015).

¹⁷ <https://www.justlanded.com/deutsch/Niederlande/Artikel/Gesundheit/Gesundheitsversorgung-in-Holland> (Abruf 11.4.2019).

¹⁸ <https://www.babyopkomst.nl/article/het-consultatiebureau/> (Abruf 12.4.2019).

In Großbritannien darf jedes Kind bis zur Einschulung mindestens 15 einzelne Vorsorgetermine in Anspruch nehmen; die Einzelheiten zur Durchführung der Untersuchungen sind regional geregelt. Sie können von Ärzt/innen, Hebammen oder Krankenpfleger/innen mit Zusatzausbildung (sog. ‚Health visitors‘) durchgeführt werden (Kelle & Seehaus, 2010, S. 49). Eine Sprachentwicklungsdiagnostik wird in Großbritannien unabhängig von den Vorsorgeuntersuchungen von Sprachtherapeut/innen (Speech and Language Therapist/SLT) durchgeführt. Diese sind im System hauptverantwortlich für die Diagnostik und Therapie im Bereich Sprache. Neben SLT’s mit eigener Praxis oder mit Festanstellung in Kliniken arbeiten viele auch für den National Health Services (NHS) oder für lokale Gesundheitsbehörden; nicht selten sind sie auch direkt an Schulen angestellt (The Communication Trust, o. J.; Conti-Ramsden & Botting, 2000; Winter, 2001). Häufig sind den SLT’s bilinguale Mitarbeiter/innen zur Seite gestellt, die die Anamnese und Diagnostik in der Erstsprache übernehmen können und bei Bedarf übersetzen. Die Arbeit der SLT’s wird in den einzelnen Bezirken von Speech and Language Therapist-Managern koordiniert (Winter, 2001). Die Diagnostik findet je nach regionalen und individuellen Gegebenheiten in Kliniken, in Kindergarten oder Schule sowie zuhause statt. Seit vielen Jahren gibt es in Großbritannien intensive Bemühungen, alle im Bereich der frühkindlichen Entwicklung tätigen Personen in multiprofessionelle Teams mit einzubeziehen, wenn es um das frühzeitige Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln von Sprachauffälligkeiten bei Kindern geht. Neben den SLT’s haben deshalb auch Kinderärzt/innen, Psycholog/innen und Pädagog/innen, Early Years Special Educational Needs Coordinators (SENCO), Early Years Practitioner und weitere Professionelle an der Diagnostik teil (C4EO, 2010).

Stellen Eltern bei ihren Kindern sprachlichen Auffälligkeiten fest, wird ihnen in der Regel empfohlen, den Rat eines Arztes, Beratungslehrers bzw. Kindergartenbetreuers oder eines Health Visitors einzuholen. Alle beteiligten Berufsgruppen können ein als auffällig identifiziertes Kind für eine diagnostische Überprüfung unmittelbar zu einem SLT schicken. Lehrkräfte können SLT’s örtlicher Gesundheitseinrichtungen ebenso ohne Umwege an ihre Schulen bestellen. Aber auch die Eltern selbst haben die Befugnis, direkt einen SLT zu kontaktieren, um ihr Kind diagnostizieren und ggf. behandeln zu lassen; sie sind somit, anders als in Deutschland, nicht auf die Zuweisung durch eine/n Ärzt/in oder andere Professionelle angewiesen. Neben einer Beratungs-Hotline wird ihnen, zum Beispiel von der Organisation AFASiC¹⁹, umfangreiches Informationsmaterial zum Erkennen und Beschreiben sprachlicher Auffälligkeiten sowie zum Vorgehen bei Auffälligkeiten zur Verfügung gestellt. Diese stärkere Berücksichtigung der Eltern und weiterer Bezugspersonen in der Identifizierung sprachauffälliger Kinder ist möglicherweise auf frühe empirische Studien in Großbritannien zu Fehldiagnosen (s. Abschnitt 2.2.3), zur Validität nicht-ärztlicher Einschätzungen (z. B. für Eltern: Bishop & McDonald, 2009; für Lehrkräfte und Therapeuten: Botting et al., 1997; Purse & Gardener, 2013) und zu vielschichtigen Problemen in der praktischen Zuweisung von sprachauffälligen Kindern zu Diagnostik und Interventionen (Winter, 1999, 2001) zurückzuführen. Auch

¹⁹ <https://www.afasic.org.uk/> (Abruf 12.7.2020).

wurde bereits früh untersucht, welchen Einfluss die Informiertheit der Eltern auf die Zuweisung zu Interventionsmaßnahmen hat (z. B. Crutchley, 2000).

Dieser kurze Überblick über die Diagnostik und Versorgung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen in anderen europäischen Ländern verdeutlicht, dass die Zuständigkeiten und Befugnisse vielerorts anders als in Deutschland verteilt sind. Im internationalen Vergleich haben die deutschen, ebenso wie die österreichischen und schweizerischen Mediziner/innen im Präventions- und Vorsorgesystem eine herausragende Position inne, weil allein sie die Identifikation sprachentwicklungsgestörter Kinder sowie deren Zuweisung zu einer weiterführenden Diagnostik und therapeutischen Intervention vornehmen dürfen. Andere Berufsgruppen wie bspw. Logopäd/innen, Sprachtherapeut/innen oder pädagogische Fachkräfte dürfen keine Vorsorgeuntersuchungen durchführen und sie sind auch nicht systematisch an den dort gefällten Entscheidungen beteiligt.

3.6 Zusammenfassung

Die pädiatrische Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen in Deutschland ist im Kontext der gesamten vorschulischen Entwicklungsdiagnostik zu betrachten, die sich auf verschiedene medizinische und pädagogische Institutionen sowie Berufsgruppen verteilt. Im Vergleich zu anderen EU-Staaten zeigt sich eine Besonderheit der deutschen Situation: Anders als beispielsweise in Großbritannien oder Finnland liegt die Erstdiagnostik von Sprachentwicklungsstörungen in Deutschland in der Alleinverantwortung von Mediziner/innen. Die Sprachentwicklungsdiagnostik ist institutionell in das pädiatrische Früherkennungsprogramm eingebettet. Mit seiner nachweislich großen Reichweite und den engmaschigen, niedrighwelligen Vorsorgeuntersuchungen hat dieses Programm grundsätzlich das Potenzial, eine flächendeckende Identifizierung und Behandlung von Kindern mit einem Sprachentwicklungsrisiko zu gewährleisten. Verschiedene Studien deuten allerdings darauf hin, dass die vagen Vorgaben in Bezug auf die Durchführung der Sprachstandserfassung zu heterogenen, vorwiegend informellen Durchführungsweisen führen. Diese stehen einer bundesweit einheitlichen Qualität der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik entgegen und begünstigen Fehldiagnosen. Es ist anzunehmen, dass die unterschiedliche Qualifikation der Ärzt/innen im Bereich der Mehrsprachigkeit und Sprachentwicklungsdiagnostik sowie Tendenzen zur Vermischung von pädagogischen und medizinischen Zielen in der Diagnostik und Heilmittelverordnung zusätzlich zur Heterogenität der Durchführung und mithin auch der Ergebnisse beitragen. Welche Anforderungen aus wissenschaftlicher Sicht an die Qualität der (pädiatrischen) Sprachentwicklungsdiagnostik gestellt werden, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

4 Qualitätsanforderungen an die Sprachentwicklungsdiagnostik in der Pädiatrie

Gegenstand dieses Kapitels sind die Qualitätsanforderungen, die aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven an die Sprachentwicklungsdiagnostik gestellt werden. Zur Entwicklung der Anforderungen wurden die Vorgaben des pädiatrischen Früherkennungsprogramms sowie Lehrwerke und Curricula für die Mediziner/innenausbildung analysiert. Ergänzend wurde linguistische und testtheoretische Fachliteratur ausgewertet. Die Qualitätsanforderungen werden zunächst unabhängig von den Rahmenbedingungen in pädiatrischen Praxen dargestellt. Sie gehen demzufolge in vielen Punkten über den organisatorischen und programmatischen Kontext der Früherkennungsuntersuchungen hinaus. Im Weiteren dienen sie als Grundlage für die Analyse der empirischen Daten zur sprachdiagnostischen Praxis der Kinderärzt/innen.

4.1 Gesundheitspolitische Vorgaben für die medizinische Diagnostik

Das Programm der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen (s. Abschnitt 3.2.) legt den einheitlichen Handlungsrahmen fest, in dem in Deutschland die Sprachentwicklung der Kinder untersucht wird. In den bundesweit gültigen Kinder-Richtlinien (G-BA, 2010, 2017a) und dem verbindlichen Programm der pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik sind bereits verschiedene gesundheitspolitisch motivierte Anforderungen verwirklicht. Die Festlegungen, die spezifisch die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen betreffen, werden in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2. Rahmenbedingungen der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik

Aspekte	Vorgaben
Durchführende Berufsgruppe	Ärzt/innen, insbesondere Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin
Institutionelle Verankerung	In Praxen niedergelassener Ärzt/innen
Kosten	Für Eltern kostenlos, Finanzierung über die Krankenkassen
Teilnahmepflicht	In 13 von 16 Bundesländern verpflichtend, in den übrigen Ländern empfohlen
Untersuchungsziele	Prävention; frühzeitige Identifizierung von Kindern mit Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen
Zielgruppe	Alle in Deutschland lebenden Kinder im Alter zwischen 0 und 5 Jahren
Zeitpunkte der Durchführung	Regelmäßige Diagnostik und Dokumentation der Sprachentwicklung in 10 festgelegten Zeitfenstern
Methoden für die Untersuchung	Auswahl steht den einzelnen Ärzt/innen frei
Dokumentation	Kinderuntersuchungsheft, praxisinterne Patientenakte
Interventionsmöglichkeiten bei pathologischen Sprachauffälligkeiten	Beratung, engmaschige Überprüfung der Entwicklung, Verordnung von Heilmitteln gemäß Heilmittelkatalog

Durch die Implementierung des bundesweiten Früherkennungsprogramms sind die strukturellen Voraussetzungen für die Erfüllung zentraler gesundheitspolitischer Anforderungen geschaffen worden: Das Programm bietet den Rahmen für eine frühzeitige, flächendeckende und regelmäßige Überprüfung der Sprachentwicklung aller Kinder bis zum Alter von fünf Jahren. Durch die Einführung der zusätzlichen U7a (im Alter von 3 J.) und die in den letzten Jahren verstärkte Kontrolle der Inanspruchnahme der Untersuchungen wird das Ziel einer bundesweiten regelmäßigen Entwicklungsüberprüfung aller Kinder zusätzlich unterstützt. Die Richtlinien spiegeln insgesamt ein intensives Bemühen um eine Standardisierung des ärztlichen Vorgehens wider. Allerdings finden sich im Untersuchungsprogramm keine konkreten Vorgaben für eine bundesweit vergleichbare bzw. sogar einheitliche Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder. Auch in der Neuauflage des Kinderuntersuchungsheftes (G-BA, 2016) wird im Untersuchungsprogramm lediglich eine ‚Orientierende Beurteilung der Entwicklung‘ genannt. Die Entscheidung, mit welchen Methoden die Identifikation von Kindern mit (S)SES erreicht werden soll, liegt bei den einzelnen Ärzt/innen – eine Entscheidung, die für die Qualität der Diagnostik äußerst relevant ist. In diesem zentralen Punkt erfüllt die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik nicht die medizinischen Anforderungen eines Screeningprogramms, mit dem gesundheitliche Beeinträchtigungen flächendeckend einheitlich und zuverlässig erfasst werden können.

Bevor die Gründe für diese fehlenden Vorgaben dargelegt werden, wird zunächst erläutert, was ein Screening ist und welche Kriterien für dessen Einführung erfüllt sein müssen. Ein Screening, auch als ‚Reihenuntersuchung‘ bezeichnet, ist eine standardisierte medizinische Untersuchung einer z. B. nach Alter und Geschlecht ausgewählten Subgruppe der Gesamtpopulation auf ein verbreitetes gesundheitliches Problem hin. Die Untersuchung ist häufig in Form eines Screeningsprogramms in der Praxis implementiert, in dessen Rahmen die Zielgruppen informiert und eingeladen werden. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Ziel eines Screenings ist die Identifikation möglichst aller Patienten, die das Risiko für diese Krankheit oder Beeinträchtigung tragen; falsch positive Ergebnisse werden dabei in Kauf genommen, um eine möglichst hohe Sensitivität zu erreichen. Zunächst werden alle, d. h. auch asymptomatische Personen der definierten Population mit demselben diagnostischen Screeningverfahren untersucht. Bei ermitteltem Verdacht auf eine Krankheit oder Entwicklungsstörung werden die positiv getesteten Personen in einem zweiten Schritt einer differenzierten Diagnostik und ggf. Behandlung unterzogen (Spix & Blettner, 2012). Für die Einführung eines Screenings gelten u.a. folgende Kriterien (s. ausführlich Ewart, 2000; Kreis et al., 2012): Es handelt sich um ein verbreitetes gesundheitliches Problem, das erhebliche Leiden oder Beeinträchtigungen verursacht. Der natürliche Krankheitsverlauf, Krankheitsmarker und die Frühsymptomatik sind bekannt, und das Problem kann durch Prävention oder Intervention wirksam behandelt werden. Eine frühzeitige ist einer späteren Behandlung nachweislich überlegen. Es wird ein evidenzbasiertes zuverlässiges Screeningverfahren verwendet, das nachweislich über eine hohe Sensitivität und zumindest ausreichende Spezifität verfügt. Die Ressourcen für eine flächendeckende

Untersuchung sind verfügbar und die Kosten des Screeningprogramms werden durch den Nutzen gerechtfertigt. Der Nutzen der Untersuchung überwiegt gegenüber möglichen Belastungen der Patienten durch die Durchführung des Verfahrens sowie durch die sich ggf. anschließende Diagnostik und Behandlung.

In das pädiatrische Untersuchungsprogramm sind laut Kinder-Richtlinien bereits verschiedene Screenings integriert, z. B. das erweiterte Neugeborenen-Screening sowie das Screening auf Mukoviszidose, die beide kurz nach der Geburt durchgeführt werden (G-BA, 2017a). Ein standardisiertes Screeningverfahren für die Erfassung von (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen gehört bis dato nicht zum Untersuchungsprogramm; die Überprüfung der Sprachentwicklung ist vielmehr Bestandteil des allgemeinen, nicht vollständig standardisierten Teils der Untersuchungen (G-BA, 2017a). Die Verankerung der Sprachentwicklungsdiagnostik in dem Vorsorgeprogramm zeigt zwar, dass Sprachentwicklungsstörungen aus Sicht der Medizin als ein relevantes gesundheitliches Problem betrachtet werden und man sich Vorteile von einer frühen Diagnostik und Behandlung verspricht. Eine andere zentrale Voraussetzung für die Einführung eines Screenings wird jedoch (noch) nicht erfüllt: Es wurde kein nachweislich zuverlässiges Verfahren für die Sprachentwicklungsdiagnostik bei Kindern festgelegt.

Verantwortlich für diese fehlende Festlegung eines verbindlichen Screeningverfahrens ist ein Gutachten, das das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgeführt hat (IQWiG, 2009) und das bis heute Gültigkeit hat. Das IQWiG ist ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Gutachten über den Nutzen medizinischer Maßnahmen erstellt¹. In dem von der G-BA beauftragten Gutachten, das sich auf die systematische Recherche und Auswertung veröffentlichter Studien stützt, wurde überprüft, ob ein zuverlässiges deutschsprachiges Testverfahren zur Erfassung eines Verdachts auf eine Umschriebene, d. h. Spezifische Sprachentwicklungsstörung verfügbar ist und für die Früherkennungsuntersuchungen empfohlen werden kann (IQWiG, 2009; zur Kritik an der Studie s. de Langen-Müller et al., 2012 und Neumann & Euler, 2012). In dem Gutachten wurde nicht hinsichtlich ein- und mehrsprachiger Kinder differenziert. Primäre Beurteilungskriterien für die begutachteten Verfahren waren ihre diagnostische Güte (gemessen an einem Referenztest) und ihre Vorhersagegenauigkeit (v. a. Angaben zur Sensitivität und Spezifität in einer Vierfeldertafel). Falls sich zuverlässige Verfahren ermitteln ließen, sollten diese im Sinne eines nachgeordneten Kriteriums auch auf ihre Praktikabilität für den Einsatz im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen hin beurteilt werden (IQWiG, 2009). Des Weiteren wurde mit dem Gutachten überprüft, ob hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit frühzeitiger therapeutischer Maßnahmen für Kinder im Alter bis 6 Jahren im Vergleich zu Kindern über sechs Jahren besteht. Das Ergebnis des Gutachtens war in allen Punkten negativ: Es wurde kein deutschsprachiges Verfahren ermittelt, das die Erfüllung der Gütekriterien nachweist und damit für die zuverlässige Erfassung einer Spezifischen Sprachentwicklungs-

¹ Für weitere Informationen siehe <https://www.iqwig.de> (Abruf 20.10.2020).

störung geeignet ist. Zudem wurde kein zuverlässiges Referenzverfahren gefunden, an dem die Validität eines Screeningverfahrens hätte gemessen werden können. Auch die Begutachtung des Verfahrens KiSS (HSM, 2011) in einem Folgegutachten (IQWiG, 2011) führte nicht zu einer nachträglichen Änderung der Gesamtbeurteilung aus dem Jahr 2009, da auch für dieses Verfahren keine ausreichende diagnostische Güte und Vorhersagegenauigkeit belegt war. Somit konnte bislang kein Verfahren als Screeninginstrument für die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen vorgeschlagen werden. In einer jüngeren Studie von Melzer et al. (2015a) wurden weitere Verfahren anhand der Kriterien des IQWiG-Gutachtens untersucht. Es konnte ebenfalls kein sprachdiagnostisches Verfahren ermittelt werden, das die Anforderungen erfüllt.

Das IQWiG hat im Rahmen der Gutachtenerstellung außerdem keine Studien ermittelt, die hinreichende Evidenz dafür lieferten, dass eine frühe sprachtherapeutische Intervention einer späteren überlegen ist. Jedoch wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Nutzen einer frühen Sprachtherapie damit nicht ausgeschlossen ist (IQWiG, 2009). Im Früherkennungsprogramm wurden trotz dieser unklaren Forschungslage die frühen Zeitpunkte der Sprachentwicklungsdiagnostik beibehalten (für mögliche Gründe s. Abschnitt 4.5).

Somit erfüllen die Sprachstandserfassungen in den Früherkennungsuntersuchungen derzeit ein entscheidendes Kriterium für ein medizinisches Screening, nämlich die Verwendung evidenzbasierter Verfahren, nicht. Jedoch belegt allein die Beauftragung der IQWiG-Gutachten durch den G-BA, ungeachtet ihrer Ergebnisse, dass seitens der Gesundheitspolitik der Bedarf an zuverlässigen Verfahren zur Identifikation von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen gesehen wird. Letztlich kann der Pädiatrie zugutegehalten werden, dass sie, anders als die Bildungspolitik im Elementarbereich (Kelle, 2018), trotz des Wunsches nach Standardisierung der Sprachentwicklungsdiagnostik der Versuchung widersteht, Diagnostikverfahren vorzuschreiben, ohne dass deren wissenschaftliche Qualität belegt ist. Im Gutachten des IQWiG nicht thematisiert und damit bis dato ungelöst ist auch das Dilemma, dass ein Screeningverfahren lediglich eine dichotome Unterscheidung zwischen unauffälligen und auffälligen Ergebnissen leisten kann, die Kinderärzt/innen in den Früherkennungsuntersuchungen hingegen verschiedene Diagnoseschlüssel zuweisen müssen. Dies setzt eine differenzierte Individualdiagnose voraus, die ein Screening nicht erbringt. Vor diesem Hintergrund kommt den sprachdiagnostischen Kompetenzen der Pädiater/innen, die im Mittelpunkt des folgenden Abschnittes stehen, eine besondere Bedeutung zu.

4.2 Sprachdiagnostische Kompetenzen der Kinderärzt/innen

In den Richtlinien zu den Früherkennungsuntersuchungen ist bestimmt, dass diese ausschließlich von ausgebildeten Ärzt/innen, v. a. von Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin, durchgeführt werden dürfen. Andere Berufsgruppen sind nicht zur Durchführung berechtigt. Damit wird implizit ausgedrückt, dass diese Berufsgruppe durch ihr Studium und ihre Facharztausbildung auf die Durchführung von Sprachentwicklungsdiagnostik vorbereitet wurde und die dafür erforderlichen Kompe-

tenzen erworben hat. Die Kenntnisse und Fertigkeiten, mit deren Hilfe Kinderärzt/innen die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern erfassen, Symptome einer Sprachentwicklungsstörung identifizieren und geeignete Interventionsmaßnahmen einleiten, werden in dieser Arbeit als sprachdiagnostische Kompetenzen bezeichnet wird.

Wie in Abschnitt 3.4 ausgeführt, haben sich niedergelassene Kinder- und Jugendärzt/innen nach eigenen Angaben in ihrer Ausbildung unterschiedlich intensiv mit dem Thema der Sprachentwicklungsdiagnostik bei ein- und mehrsprachigen Kindern beschäftigt. Viele äußern in den zitierten Befragungen zudem den Wunsch nach Fortbildungen in diesem Bereich. Daraus ist zu schließen, dass praktizierende Kinderärzt/innen durch ihre bisherige Aus- und Weiterbildung lediglich teilweise auf die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit vorbereitet wurden und die erforderlichen Kompetenzen nicht durchgängig erworben haben. Dies ist sicherlich nicht zuletzt auf unterschiedliche Ausbildungszeitpunkte der befragten Mediziner/innen und das föderale Hochschulsystem in Deutschland zurückzuführen. Im Folgenden wird beschrieben, welche Anforderungen an die sprachdiagnostischen Kompetenzen von Kinderärzt/innen und damit an ihre Aus- und Fortbildung gestellt werden.

Sprachentwicklungsdiagnostik in Lehrbüchern der Pädiatrie

Um zu ermitteln, inwieweit die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen insbesondere bei mehrsprachigen Kindern Gegenstand der pädiatrischen Ausbildung ist, wurden in einem ersten Schritt die Inhalte von vier einschlägigen Grundlagenlehrwerken zur Kinderheilkunde (Baumann, 2013; Hoffmann et al., 2015; Koletzko, 2013; Speer et al., 2019) analysiert. Diese Lehrbücher wurden auf Empfehlung einer Kinderärztin und mittels Internetrecherche ausgewählt. Es besteht folglich kein Anspruch auf Vollständigkeit. Lehrbücher anderer Fachrichtungen der Medizin, die ebenfalls Berührung mit dem Themenfeld Sprache haben, wie z. B. die Pädaudiologie, die Phoniatrie oder die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, wurden nicht berücksichtigt.

Das Thema Sprachentwicklung wird erwartungsgemäß in allen analysierten Lehrwerken behandelt. Es wird jedoch lediglich ein knapper Überblick gegeben; vor allem werden sogenannte ‚Grenzsteine der Sprachentwicklung‘ für verschiedene Altersstufen dargestellt (s. bspw. den Beitrag von Michaelis in Speer et al., 2019; Koletzko, 2013), ähnlich wie sie sich auch in den Kinderrichtlinien und Kinderuntersuchungsheften für die einzelnen Untersuchungszeitpunkte wiederfinden. Die Grenzsteine der Sprachentwicklung geben die zentralen Etappen einer unauffälligen Entwicklung der Erstsprache entlang dem chronologischen Alter von Kindern wieder; sie dienen den Ärzt/innen als Orientierung bei der Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten einsprachiger Kinder (Michaelis et al., 2013). Häufig auftretende Abweichungen von einer unauffällig verlaufenden Entwicklung und Symptome einer Sprachentwicklungsstörung werden nicht beschrieben. Lediglich in spezifischen Lehrwerken zur pädiatrischen Diagnostik werden auch konkrete Empfehlungen zur Sprachentwicklungsdiagnostik gegeben und verschiedene Verfahren für einsprachige Kinder vorge-

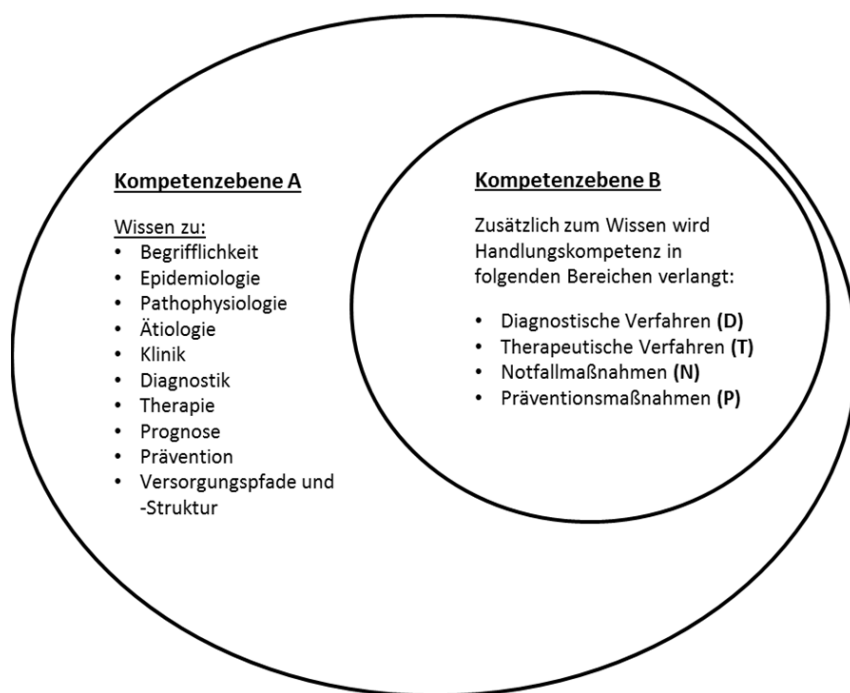
schlagen, z. B. in Rosenecker und Schmidt (2008) der ELFRA 1 und 2 (Grimm & Doil, 2000), SETK 2 (H. Grimm, 2000) und SETK 3-5 (H. Grimm, 2001) sowie der AWST 3-6 (Kiese-Himmel & Kozielski, 1996). Auf die Besonderheiten der Zielgruppe mehrsprachiger Kinder wird in keinem der genannten Lehrbücher hingewiesen, obwohl die Beurteilung ihrer Sprachkompetenzen anhand der monolingualen Grenzsteinmodelle und mithilfe der vorgeschlagenen Verfahren nicht möglich ist (s. Abschnitt 2.2.2). Die Lehrwerke geben den Mediziner/innen, wie schon Osswald (2008) feststellte, somit lediglich einen ersten Überblick über die Sprachentwicklung einsprachiger Kinder. Kiese-Himmel (2021) zufolge liegt auch kein aktuelles Lehrbuch aus der Phoniatrie und Pädaudiologie, der Pädiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Thema Sprachentwicklungsstörungen vor. Nicht ersichtlich ist anhand der Fachbücher zudem, welchen Stellenwert und welche Verbindlichkeit die dort dargestellten Wissensbestände in der Ausbildung der Mediziner/innen haben.

Sprachentwicklungsdiagnostik in der Pädiatrieausbildung

In einem zweiten Schritt wurden die aktuellen Vorgaben für die Mediziner Ausbildung danach analysiert, inwieweit der Themenkomplex der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern dort berücksichtigt wird. Gegenwärtig ist ein Bemühen um eine Standardisierung des Medizinstudiums zu beobachten, die auch die Vermittlung sprachdiagnostischer Kompetenzen miteinschließt. In 2015 wurde erstmals ein Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (kurz NKLM) (MFT, 2015) veröffentlicht, der durch die Kultusministerkonferenz beauftragt wurde und bundesweit geltende Ausbildungsstandards in der Medizin umfasst. Der NKLM dient seither als gemeinsamer Orientierungsrahmen für die Aus- und Weiterbildungen an allen medizinischen Fakultäten und bietet eine detaillierte Grundlage für die Standardisierung der Mediziner Ausbildung. Deshalb wird er in der vorliegenden Arbeit als Referenz für aktuelle Qualifikationsstandards für Kinderärzt/innen herangezogen und in Bezug auf die Kompetenzen, die die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik betreffen, analysiert.

Im NKLM (MFT, 2015) sind alle für die Prävention, Diagnose und Therapie erforderlichen Inhalte und Kompetenzen festgeschrieben, die in der Mediziner Ausbildung vermittelt werden. Die Ärzt/innen sollen über die Ausbildung hinaus zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von Wissen und Handlungskompetenz befähigt werden. Kompetenzen werden im NKLM definiert „als verfügbare kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Problemlösung sowie damit verbundene Einstellungen, um diese erfolgreich einzusetzen“ (S. 19). Mit dieser Definition wird an in der empirischen Bildungsforschung etablierte professionstheoretische Kompetenzdefinitionen angeknüpft. Professionelle Kompetenzen werden dort als „prinzipiell erlernbare, mehr oder minder bereicherspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Strategien“ (Baumert et al., 2001, S. 22) definiert. Wissen und Können sind zentrale Bestandteile professioneller Kompetenz z.B. von Lehrkräften (Baumert & Kunter, 2011; Schrader, 2009).

Im Kompetenzmodell des NKLM (MFT, 2015) (s. Abbildung 6) wird zwischen Wissen (Kompetenzebene A) und Handlungskompetenz (Kompetenzebene B) unterschieden; das Wissen wird nochmals nach Faktenwissen und Handlungs- und Begründungswissen differenziert. Die Ebenen bauen stufenförmig aufeinander auf: Der Erwerb von Fakten-, Handlungs- und Begründungswissen ist demnach Voraussetzung für den Erwerb von Handlungskompetenz. Die diagnostische Kompetenz stellt ebenso einen der Kompetenzbereiche der Mediziner Ausbildung dar.



(MFT, 2015, S. 23)

Abbildung 6. Kompetenzmodell des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (MFT, 2015)

In dem Kompetenz- und Lernzielkatalog (MFT, 2015), der für die aktuell in der Ausbildung befindlichen Medizinstudierenden gültig ist, sind konkrete Kompetenzen verankert, die fächerübergreifend von angehenden Ärzt/innen erworben werden sollen (s. ausführlich Anhang I). Sie werden in vielen Fällen durch Anwendungsbeispiele und Querverweise zu Krankheiten konkretisiert. Es werden erwartungsgemäß auch Kompetenzen aufgeführt, die für die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik relevant sind. Unter der Rubrik „Prinzipien normaler Struktur und Funktion“ (S. 117) werden Kompetenzen genannt, die das Wissen über Sprache und Sprechen, die normale und gestörte Sprachentwicklung sowie die physiologischen Grundlagen des Sprechens und Sprachverstehens beschreiben. Unter „Diagnostische Verfahren“ (S. 182 ff.) sind Wissensbereiche aufgeführt, die die methodischen Grundlagen und den Ablauf der Diagnostik betreffen. Hier wird auch Wissen über die Güte von Verfahren, über die Risiken von Messfehlern und Überdiagnostik sowie über die adäquate Klassifikation von Ergebnissen genannt. Unter der Rubrik „Therapeutische Prinzipien“ (S. 226) wird das erforderliche Wissen über verschiedene Therapieverfahren und schließlich unter „Gesundheits-

förderung und Prävention“ (S. 259) das Wissen und Können in der präventiven Beratung von Eltern aufgeführt.

Die Analyse des Kompetenzkatalogs für die Mediziner Ausbildung NKLM (MFT, 2015) zeigt, dass angehende Kinderärzt/innen heute im Rahmen ihrer Ausbildung an allen deutschen Hochschulen umfangreiche sprachdiagnostische Kompetenzen erwerben müssen, die sie zur Beurteilung der Sprachfähigkeiten von Kindern und Erwachsenen befähigen. Sowohl Faktenwissen als auch Handlungs- und Begründungswissen über Grundlagen der Sprache, der Sprachentwicklung, der Diagnostik und der Prävention sowie Intervention gehören zum verbindlichen Kompetenzkatalog. Damit werden die Ärzt/innen grundsätzlich befähigt, die Sprachentwicklung von Kindern im Vorschulalter zu beurteilen. Jedoch werden Kompetenzen, die spezifisch für die Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern erforderlich sind, unter den insgesamt sehr detailliert ausgearbeiteten Wissens- und Fertigungsbereichen an keiner Stelle genannt. Daraus kann nicht unbedingt geschlossen werden, dass dieser Aspekt als irrelevant angesehen wird. Möglicherweise ist er angesichts der Vielzahl an medizinischen Lernbereichen unter den genannten Themen subsumiert. Allerdings ist bemerkenswert, dass sozio-kulturelle und sprachliche Diversität an anderer Stelle, nämlich unter dem Stichwort „Ärztliche Gesprächsführung“, vergleichsweise ausführlich thematisiert wird (s. ausführlich Anhang II).

Beiträge der sprachdiagnostischen Professionalisierungsforschung

Um die Kompetenzbeschreibungen des NKLM im Hinblick auf den spezifischen Aspekt der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern zu ergänzen, wurde Literatur aus einer naheliegenden Bezugsdisziplin, der sprachdiagnostischen Professionalisierungsforschung, ausgewertet. Vertreter/innen dieser Forschungsrichtung haben die für Lehrkräfte entwickelten Kompetenzmodelle der Bildungsforschung anhand sprachwissenschaftlicher und spracherwerbstheoretischer Erkenntnisse für die Sprachförderung adaptiert. Damit wurden zwei Ziele verfolgt: zum einen eine linguistisch fundierte und systematische Kompetenzbeschreibung für die Professionalisierung von Sprachförderkräften im Elementarbereich (Hopp et al., 2010; Müller, 2014) und zum anderen die Operationalisierung von Kompetenzen für die empirische Messung der Kompetenzen von Sprachförderkräften (z. B. Geist, 2013; Geyer, 2018; Thoma et al., 2011; Tracy et al., 2010) und die Evaluierung von Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. Lemmer et al., 2019).²

Zentrales Anliegen der sprachdiagnostischen Professionalisierungsforschung ist es, empirische Grundlagen für die Professionalisierung von Sprachförderkräften in pädagogischen Handlungsfeldern des Elementar- und Primarbereichs zu schaffen. Es wird angenommen, dass alle in der Sprachförderung tätigen Akteure über spezifische sprachdiagnostische Kompetenzen verfügen

² Durch diesen Ansatz unterscheidet sich die linguistisch fundierte Professionalisierungsforschung im Bereich der Sprachdiagnostik von bisherigen überwiegend erziehungswissenschaftlichen und sprachheilpädagogischen Arbeiten zur Professionalisierung von Sprachförderkräften, bei denen es sich meist um Kompendien von Anforderungen handelt (z. B. Lüdtké & Kallmeyer, 2007a, 2007b; Fried, 2004; Lengyel, 2012) und oftmals nicht zwischen verschiedenen Typen des Zweitspracherwerbs und dem Fremdspracherwerb unterschieden wird (z. B. Köker et al., 2015).

sollten. Die Erfassung der Sprachfähigkeiten von Kindern gilt als Ausgangsbasis für die Sprachförderung; demzufolge wird sprachdiagnostische Kompetenz als ein notwendiger Bestandteil der Sprachförderkompetenz aufgefasst (Tracy et al., 2018). Da sich die Sprachentwicklungsdiagnostik in pädagogischen Institutionen, anders als in der Medizin, insbesondere an die Zielgruppe der mehrsprachigen Kinder bzw. Kinder mit DaZ richtet, wurden Beschreibungen sprachdiagnostischer Kompetenzen pädagogischer Fachkräfte häufig auf diese Zielgruppe ausgerichtet. Auch wenn sich die Sprachentwicklungsdiagnostik in pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Handlungsfeldern hinsichtlich ihrer primären Zielsetzungen unterscheidet, weil in pädagogischen Einrichtungen Sprachförderbedarf ermittelt wird, in medizinischen Einrichtungen hingegen Sprachentwicklungsstörungen diagnostiziert werden (s. Abschnitt 3.1), lassen sich den Kompetenzbeschreibungen aus der sprachdiagnostischen Professionalisierungsforschung Hinweise darauf entnehmen, welche Besonderheiten bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder gegenüber einsprachigen Kindern zu berücksichtigen sind. Pädagogische Fachkräfte und Pädiater/innen benötigen in diesem Bereich im Grundsatz vergleichbare Kompetenzen, da letztlich beide Akteursgruppen bei sprachauffälligen mehrsprachigen Kindern zunächst grundsätzlich zwischen Sprachförderbedarf und Anzeichen einer pathologischen Sprachentwicklungsstörung unterscheiden können müssen. Unterschiede in den erforderlichen Kompetenzen betreffen letztlich die dann folgende detaillierte SSES-Diagnostik der Ärzt/innen und die Entscheidung über sich anschließende Maßnahmen.

Im Folgenden werden zwei Kompetenzmodelle der sprachdiagnostischen Professionalisierungsforschung vorgestellt, die aus der Sprachwissenschaft und Spracherwerbsforschung heraus entwickelt wurden (Hopp et al., 2010; Müller, 2014). Davon ausgehend wird die Auswahl der für die Kinderärzt/innen relevanten Kompetenzaspekte begründet. Im Mittelpunkt der sprachdidaktischen Kompetenzmodelle stehen, ebenso wie in dem oben beschriebenen Kompetenzmodell für Mediziner/innen (MFT, 2015), die kognitiven fachspezifischen, d. h. fachwissenschaftlichen und fachdidaktischen Wissensbestände und Fertigkeiten. Den sprachdidaktischen Kompetenzmodellen liegt die Annahme zugrunde, dass ein fundiertes theoretisches und praktisches *Wissen* und *Können* Voraussetzung für ein wirksames *Handeln* in der Sprachstandserfassung und Sprachförderung ist.

Müller (2014) unterscheidet in ihrem Kompetenzmodell für die Professionalisierung von Sprachförderkräften zwischen *Wissen* und *Handeln*. Unter Wissen fällt diesem Modell zufolge neben theoretischem Wissen auch praktisches Wissen und Können; diese drei Bestandteile des Wissens schlagen sich im Handeln nieder. Wissen über Sprache sowie den Spracherwerb auf verschiedenen sprachlichen Ebenen ist unabdingbare Grundlage für Kompetenzen in der Sprachstandserfassung.

In einer empirischen Studie zur Sprachförderkompetenz von Fachkräften im Krippenbereich bezieht sich Geyer (2018) auf das Modell von Müller (2014) und folgt deren Unterscheidung zwischen Wissen und Handeln. Sie argumentiert, dass das Können von Sprachförderkräften nicht für empirische Studien in Praxisfeldern operationalisiert werden kann, das Handeln (im Sinne von Performanz) hingegen schon. Sie nimmt an, dass in pädagogischen Handlungsfeldern von der empi-

rischen Untersuchung des Handelns Rückschlüsse auf das Können gezogen werden können. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit schließt sich dieser Annahme von Geyer (2018) nicht an. Vielmehr vertritt sie die These, dass sprachdiagnostische Kompetenzen der Durchführenden je nach institutionellen Rahmenbedingungen u. U. in der Praxis nicht zur Anwendung kommen (können). Sie folgt damit der Auffassung von Hopp et al. (2010), wie im Weiteren gezeigt wird.

In einem von Hopp et al. (2010) entwickelten Kompetenzmodell zur Sprachförderkompetenz pädagogischer Fachkräfte wird zwischen *Wissen*, *Können* und *Machen* differenziert. Dieses Autor/innen zufolge umfasst Wissen die fachspezifischen theoretischen Kenntnisse zu Sprache, Spracherwerb, Mehrsprachigkeit und Sprachdiagnostik. Das Können bezieht sich auf die anwendungsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. In Bezug auf die Sprachentwicklungsdiagnostik wird das Wissen über Methoden, Inhalte und Instrumente genannt, Können ist erforderlich für die Auswahl, Durchführung und Auswertung von sprachdiagnostischen Verfahren. Die Umsetzung von Sprachdiagnostik und Sprachförderung unter Praxisbedingungen bezeichnen die Autor/innen als Machen; dieses ist somit gleichzusetzen mit dem Handeln bei Müller (2014). Wissen und Können gelten als Voraussetzung für ein wirksames Handeln. Letzteres lässt nach Auffassung von Hopp et al. (2010) jedoch keine unmittelbaren Rückschlüsse auf das Können zu, da das Können unter institutionellen Rahmenbedingungen mitunter nicht zur Anwendung kommt. Für die empirische Untersuchung von sprachdiagnostischer Kompetenz in der Praxis ist folglich eine Differenzierung zwischen den Kompetenzebenen Wissen, Können und Handeln (bzw. Machen) von Bedeutung. Wissen und Können sind notwendige, allerdings nicht hinreichende Voraussetzungen für kompetentes sprachdiagnostisches Handeln. Da sich neben professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zusätzlich auch persönliche Dispositionen wie Motivation und Überzeugungen auf das Handeln auswirken (Baumert & Kunter, 2011), ist eine Trennung von Wissen, Können und praktischem Vollzug (Handeln bzw. Machen) für eine Kompetenzbeschreibung sinnvoll.

In diesem Kapitel werden für die Entwicklung von Anforderungen an die sprachdiagnostischen Kompetenzen von Kinderärzt/innen ausschließlich die Bereiche Wissen und Können (bzw. praktisches Wissen/Fertigkeiten) betrachtet, da diese Voraussetzung für das kompetente Handeln sind und durch Professionalisierungsmaßnahmen erworben bzw. ausgebaut werden können. Das Handeln in der Praxis hingegen unterliegt vielfältigen Einflüssen. Im empirischen Teil dieser Arbeit (s. Kapitel 7) wird auch das Handeln, d. h. der praktische Vollzug unter den institutionellen Rahmenbedingungen der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen, untersucht. Inwieweit dabei vom Handeln der Durchführenden auf ihr Wissen und Können geschlossen werden kann, wird in Kapitel 8 diskutiert.

Unabhängig von den oben skizzierten Unterschieden in der Systematisierung der Kompetenzmodelle stimmen Hopp et al. (2010) und Müller (2014) in den konkreten Beschreibungen der Kompetenzen, die spezifisch für die Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern erforderlich sind, weitestgehend überein. Beiden Modellen zufolge benötigen Sprachförderkräfte neben

einem grundlegenden Wissen über Sprache und Spracherwerb auch spezifisches Wissen über den mehrsprachigen Erwerb. Zentral ist die Unterscheidung verschiedener Spracherwerbstypen, differenziert nach dem Alter bei Erwerbsbeginn, da diese verschiedene Entwicklungsverläufe aufweisen. Zu den sprachdiagnostischen Kompetenzen gehört es folglich, die relevanten sprachbiografischen Informationen eines mehrsprachigen Kindes erfassen zu können und diese bei der Beurteilung seiner sprachlichen Fähigkeiten systematisch zu berücksichtigen. Auch ist Wissen über typische Merkmale mehrsprachiger Kinder erforderlich. So sind bspw. Phänomene wie Sprachmischungen und Interferenzen charakteristisch für mehrsprachige Kinder und keineswegs Anzeichen für eine Sprachstörung. Ebenso ist für die Diagnostik das Wissen über Unterschiede zwischen unauffälligen und gestörten Erwerbsverläufen erforderlich (Hopp et al., 2010). Neben dem grundlegenden Wissen über verschiedene Diagnoseverfahren und testtheoretische Gütekriterien ist zudem relevant, dass Verfahren für mehrsprachige Kinder über separate Normwerte verfügen müssen, die nach Alter bei Erwerbsbeginn und Kontaktdauer differenzieren. Ein Bestandteil der sprachdiagnostischen Kompetenz ist es folglich, für die Zielgruppe geeignete Verfahren auszuwählen und daraus angemessene Schlussfolgerungen zu ziehen (Hopp et al., 2010).

Ausgehend von den hier vorgestellten Systematisierungen und Konkretisierungen der sprachdiagnostischen Kompetenzen im NKLM (MFT, 2015) und in den sprachdidaktischen Kompetenzmodellen von Hopp et al. (2010) und Müller (2014) werden abschließend in einem Überblick (Tabelle 3) alle Teilkompetenzen und Inhalte zusammengefasst, die aus Sicht der Verfasserin als Bestandteile der sprachdiagnostischen Kompetenzen von Kinderärzten relevant sind. Fachübergreifende Kompetenzen anderer Fachbereiche, z. B. aus der Psychologie oder Pädagogik, bleiben dabei unberücksichtigt. Analog zu den Kompetenzmodellen von Hopp et al. (2010) und Müller (2014) werden die Kompetenzen gegliedert nach den Themen Sprache, (Zweit)spracherwerb, Sprachentwicklungsdiagnostik und Prävention sowie Intervention. Die Anforderungen an die Intervention berücksichtigen die Tatsache, dass niedergelassene Kinderärzt/innen lediglich für die Auswahl, nicht jedoch für die Durchführung von Förder- oder Therapiemaßnahmen zuständig sind (s. Abschnitt 3.2).

Tabelle 3. Anforderungen an sprachdiagnostische Kompetenzen im Überblick

Anforderungen an die sprachdiagnostischen Kompetenzen

Spezifisches Wissen und spezifische Fertigkeiten (bzw. Können) sind Voraussetzung für ein kompetentes sprachdiagnostisches Handeln in den Früherkennungsuntersuchungen. Sprachdiagnostische Kompetenzen umfassen die im Folgenden genannten Bereiche.

Wissen über Sprache

- Wissen über die physiologischen Voraussetzungen und Grundlagen der Sprachproduktion und des Sprachverstehens
 - Wissen über Sprache und ihre Teilsysteme
-

Wissen über den Erst- und Zweitspracherwerb

- Wissen über die Meilensteine der Entwicklung in den verschiedenen sprachlichen Bereichen
 - Wissen über verschiedene Spracherwerbstypen und die unterschiedlichen Erwerbsverläufe
 - Wissen über typische Phänomene des mehrsprachigen Erwerbs (z. B. Sprachmischungen, Interferenzen)
 - Wissen über Störungen im Bereich der Sprache und der Sprachentwicklung bei ein- und mehrsprachigen Kindern (Ursachen, Prävalenz, Symptome, Prognosen)
-

Wissen und Fertigkeiten (Können) im Bereich Sprachentwicklungsdiagnostik

- Wissen über verschiedene Methoden und Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik
 - Wissen über diagnostisch relevante Inhalte einer Sprachstandserfassung
 - Wissen über die Qualität und Zuverlässigkeit von diagnostischen Verfahren (Gütekriterien, Normierung, mögliche Messfehler) sowie Risiken von Fehldiagnosen
 - Wissen über Anforderungen an Verfahren für mehrsprachige Kinder
 - Wissen und Fertigkeiten in der zielgruppengerechten Auswahl diagnostischer Methoden und Verfahren
 - Wissen und Fertigkeiten in der Erfassung relevanter sprachbiografischer Informationen
 - Wissen und Fertigkeiten in der praktischen Durchführung und Auswertung von Verfahren
 - Wissen und Fertigkeiten in der Analyse und Interpretation der Ergebnisse
 - Wissen und Fertigkeiten in der Zuordnung von Symptomen zu Ursachen und Diagnosen gemäß medizinischen Klassifikationssystemen
-

Wissen und Können im Bereich Prävention und Intervention

- Wissen und Fertigkeiten in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Intervention
 - Wissen über verschiedene sprachtherapeutische Ansätze und ihre Wirksamkeit
-

Diese Anforderungen an die sprachdiagnostischen Kompetenzen von Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin bilden eine Grundlage für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Themenfeld Sprachentwicklungsdiagnostik bei ein- und mehrsprachigen Kindern. Im Mittelpunkt der folgenden Abschnitte steht die Durchführung der Diagnostik selbst.

4.3 Anamnese

Die Erfassung individueller Informationen über die Sprachbiografie eines Kindes ist eine unabdingbare Voraussetzung für die adäquate Beurteilung seiner sprachlichen Entwicklung (Bishop et al., 2016; A. Grimm & Schulz, 2016; Paradis et al., 2011; Tuller, 2015). Einer Sprachstandserfassung geht deshalb immer eine Anamnese voraus, durch die Informationen über das Kind und die Familie gewonnen werden. Für die Qualität der Diagnostik ist es wesentlich, dass genau diejenigen Informationen erhoben werden, die für eine zuverlässige Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten erforderlich sind und Hinweise auf ein erhöhtes Entwicklungsrisiko geben. In den pädiatrischen Unter-

suchungen werden die Eltern im Rahmen eines Anamnesegesprächs oder mithilfe eines Fragebogens zu ihrem Kind und der Familie befragt. Fragebögen sind zur zuverlässigen Erfassung von Elterninformationen über die Sprachentwicklung ihres Kindes geeignet (Tuller, 2015). In diesem Abschnitt werden Ergebnisse aus der Forschung zum Erst- und Zweitspracherwerb und zu Sprachentwicklungsstörungen dargestellt, aus denen abgeleitet werden kann, welche Informationen über ein Kind für die Diagnostik von Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen bedeutsam sind. Sprachentwicklungsstörungen als Folge von Primärbeeinträchtigungen, die eine vertiefende fachärztliche Diagnostik erfordern, bleiben dabei unberücksichtigt.

Bei *monolingual* aufwachsenden Kindern ist für die Beurteilung der sprachlichen Entwicklung vor allem ihr chronologisches Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung relevant. Für den Erstspracherwerb liegen empirisch fundierte Entwicklungsmodelle vor, die die Entwicklungsschritte in verschiedenen sprachlichen Bereichen vom Säuglingsalter an darstellen und den Ärzt/innen Hinweise liefern, über welche sprachlichen Fähigkeiten ein monolinguales Kind in welchem Alter verfügen sollte (s. Abschnitt 4.2). Trotz interindividueller Unterschiede in einer unauffälligen Sprachentwicklung sind anhand solcher Grenz- bzw. Meilensteine zumindest markante Abweichungen von einer altersgemäßen Entwicklung feststellbar. Verschiedene veröffentlichte Diagnoseverfahren für einsprachige Kinder basieren auf solchen Meilensteinmodellen (z. B. SSV, H. Grimm, 2017; SETK-2, H. Grimm, 2000; SETK 3-5, H. Grimm, 2015).

Aus der Forschung zu Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (s. Abschnitt 2.1) sind darüber hinaus verschiedene Faktoren belegt, die sich als frühe Indikatoren für das Vorliegen einer SSES bei ein- und mehrsprachigen Kindern erwiesen haben (A. Grimm & Schulz, 2014a, 2017; Leonard, 2014) und anamnestisch erhoben werden können (Tuller, 2015). Dies sind ein später Sprechbeginn, d. h. die Produktion von weniger als 50 Wörtern im Alter von 2;0 Jahren, sowie insbesondere ein deutlich verspäteter Eintritt in die Mehrwortphase, d. h. nach dem Alter von 2;0 Jahren (Rescorla, 1989). Als weiterer Risikofaktor für eine SSES gilt bei monolingualen Kindern nachweislich ein gehäuftes Vorkommen von Sprachstörungen und Lese-Rechtschreibstörungen (LRS) in der nahen Verwandtschaft (Choudhury & Benasich, 2003; Prathanee et al., 2007). Weist ein Kind einzelne oder mehrere dieser Indikatoren auf, trägt es ein erhöhtes Risiko einer SSES; nicht alle Kinder mit diesen Merkmalen, sondern etwa 35 bis 50% von ihnen bilden tatsächlich eine SSES aus (A. Grimm & Schulz, 2014a).

Es wird überdies empfohlen, die Eltern zu Sorgen über die Sprachentwicklung ihres Kindes zu befragen (Bishop et al., 2016; de Langen-Müller et al., 2012; Tuller, 2015). Auch wenn Eltern in der Regel nicht über Fachkenntnisse über eine ungestörte bzw. gestörte Sprachentwicklung verfügen, haben sie verschiedenen Studien (Restrepo, 1998; Bedore et al., 2011) zufolge dennoch ein gutes Gespür für die Entwicklung ihres Kindes, bspw. im Vergleich zu Geschwistern oder anderen Kindern. Eltern nehmen Abweichungen v. a. in der produktiven Sprache wahr. Die elterliche Beurteilung der Sprachfähigkeiten ihres Kindes gilt nachgewiesenermaßen als ein relevanter Indikator für

die Identifikation von SSES-Kindern (Restrepo, 1998). Elterliche Einschätzungen sind Bedore et al. (2011) zufolge insbesondere für die Erstsprache und den frühen Spracherwerb reliabel. Nach Erkenntnissen der Autor/innen besteht eine negative Korrelation zwischen der Besorgnis der Eltern über die Sprachentwicklung und den Ergebnissen standardisierter Tests: Je größer die elterlichen Sorgen in der Studie waren, desto schlechter waren die Testergebnisse. Auch die Frage, ob die Eltern oder auch Fremde das Kind gut verstehen, wenn es spricht, kann für die Diagnostik hilfreich sein (Bishop et al., 2016). Bei sprachlichen Auffälligkeiten ist zudem eine ergänzende Befragung weiterer Bezugspersonen, z. B. von Erzieherinnen oder Lehrkräften des Kindes, sinnvoll. In einer Studie wurde festgestellt, dass die Einschätzungen von Lehrkräften im Bereich Grammatik (Morphosyntax) eine hohe Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Sprachtests aufwiesen (Botting et al., 1997).

Bei simultan bilingualen Kindern, die von Geburt an mit Deutsch und einer weiteren Sprache aufwachsen, entwickeln sich die Fähigkeiten in beiden Sprachen oft unterschiedlich schnell; in ihrer dominanten Sprache sind ihre Fähigkeiten in vielen Fällen annähernd mit denen monolingualer Gleichaltriger vergleichbar (Paradis et al., 2011). Dies gilt neueren Forschungsergebnissen zufolge für im Erstspracherwerb früh erworbene Phänomene wie die Subjekt-Verb-Kongruenz, nicht jedoch für späte Erwerbsbereiche wie den Kasus (Schulz & Grimm, 2019; Tsimpli, 2014). Hingegen können Kinder mit sukzessivem Zweitspracherwerb im Vorschulalter hinsichtlich ihrer sprachlichen Fähigkeiten im Deutschen nicht mit einsprachigen Altersgenossen verglichen werden, weil sie aufgrund des späteren Erwerbsbeginns naturgemäß hinter diesen zurückliegen. Sprachliche Auffälligkeiten lassen sich bei Kindern dieses Erwerbstyps ausschließlich dann identifizieren, wenn ihre sprachlichen Fähigkeiten mit denen von Kindern gleichen Erwerbstyps verglichen werden. Für die Diagnostik ist neben ihrem chronologischen Alter und dem Alter bei Erwerbsbeginn (Age of onset, AoO) (Meisel, 2007) auch der Zeitraum, über den sie regelmäßigen Kontakt zur Zweitsprache Deutsch hatten (Kontaktdauer), bedeutsam (Grimm & Schulz, 2016; Schulz, 2013a; Schulz & Tracy, 2011; Tracy et al., 2018). Darüber hinaus ist relevant, welche Sprachen ein Kind erwirbt, denn insbesondere bei späterem AoO kann es je nach Art der Erstsprache zu Unterschieden in der Entwicklung der Zweitsprache kommen (Haberzettl, 2005).

Selbst bei gleichem AoO und vergleichbarer Kontaktdauer weisen gleichaltrige mehrsprachige Kinder heterogene Spracherwerbsbedingungen auf. Aufgrund eines qualitativ und quantitativ verschiedenen Sprachangebotes aus ihrer Umgebung haben sie unterschiedliche Gelegenheiten, die Umgebungssprache Deutsch zu erwerben. Mitunter verändert sich die Inputsituation im Zeitverlauf, z. B. durch familiäre Veränderungen oder den Eintritt in eine Betreuungseinrichtung. Vor diesem Hintergrund lassen sich interindividuelle Unterschiede in der sprachlichen Entwicklung erklären. Im Rahmen der pädiatrischen Anamnese sollten deshalb auch Informationen zur Quantität und -qualität des sprachlichen Inputs im Deutschen erfragt werden (Tuller et al., 2013; Tuller, 2015) ebenso wie Angaben zu wesentlichen Veränderungen der Inputbedingungen in der Vergangenheit (Paradis et al., 2011). Über Fragen zum Kitabesuch, bspw. nach der Regelmäßigkeit, täglichen Aufenthaltsdauer,

dem Anteil der Kinder mit derselben Herkunftssprache in der Einrichtung, den Sprache(n) der Erzieher/innen, zum Sprachgebrauch in der Familie oder zu regelmäßigen Kontakten zu deutschsprachigen Kindern und Erwachsenen lassen sich diese Informationen von den Eltern einholen. Elternangaben über die Qualität und Quantität des sprachlichen Inputs und die Sprachdominanz gelten als zuverlässig (Paradis, 2017; Paradis et al., 2011; Unsworth, 2013).

Um ausschließen zu können, dass geringe sprachliche Fähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes durch eine Sprachentwicklungsstörung verursacht sind, sollten von den Eltern weitere Informationen erhoben werden. Die zuvor genannten, aus dem monolingualen Erwerb bekannten Risikofaktoren für das spätere Auftreten einer SSES gelten prinzipiell ebenso für den mehrsprachigen Erwerb, d. h. ein später Sprechbeginn in der Erstsprache, die spät einsetzende Produktion von Mehrwortäußerungen und das gehäufte Vorkommen von Sprachstörungen in der Familie (Choudhury & Benasich, 2003; s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012; A. Grimm & Schulz, 2014a; Prathanee et al., 2007; Rothweiler, 2013). Auffälligkeiten in der Erstsprache gelten als ein grundlegendes Einschlusskriterium für das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung: Ist die Erstsprache hingegen unauffällig entwickelt, liegt per definitionem keine SSES vor (Bishop et al., 2016; Paradis et al., 2011). Da Kinderärzt/innen die erstsprachlichen Fähigkeiten eines Kindes aufgrund fehlender Sprachkompetenzen und geeigneter Instrumente in den meisten Fällen nicht selbst beurteilen können, sollte bei mehrsprachigen Kindern eine Frage nach Auffälligkeiten in der Erstsprache Teil der Anamnese sein. Auch das Vorliegen von Schwierigkeiten mit dem Lese- und Rechtschreiberwerb in der Herkunftsfamilie lässt sich von Eltern mehrsprachiger Kinder erfragen. Allerdings gilt es bei zugewanderten Eltern zu berücksichtigen, dass eine flächendeckende und umfangreiche Alphabetisierung der Bevölkerung in vielen Herkunftsländern nicht gegeben ist und auch Konzepte wie LRS und deren Diagnostik nicht überall bekannt sind (s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012; A. Grimm & Schulz, 2014a). Angaben der Eltern zur Lese- und Schreibentwicklung von Familienmitgliedern sind folglich nur dann anamnestisch verwertbar, wenn für das Herkunftsland der individuellen Familie eine mit Deutschland vergleichbare Alphabetisierung und LRS-Diagnostik angenommen werden kann. Die Informationen über ein mehrsprachiges Kind, die anamnestisch erfasst werden sollten, sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4. Anforderungen an die Anamnese im Überblick

Anforderungen an die Anamnese

Für eine zuverlässige Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten eines (mehrsprachigen) Kindes müssen die im Folgenden genannten Informationen über das Kind und seine Familie erfasst werden.

Informationen zur Sprachbiografie

- Alter zum Untersuchungszeitpunkt
 - Sprache(n) des Kindes
 - Sprachgebrauch in der Familie
-

- Alter bei Beginn des Deutscherwerbs
 - Kontaktdauer zum Deutschen zum Zeitpunkt der Untersuchung
 - Quantität des Inputs im Deutschen und Anteile der jeweiligen Sprachen am Input
 - Qualität des Inputs im Deutschen
-

Risikofaktoren einer SSES

- Auffälligkeiten in der Entwicklung der Erstsprache (Einschlusskriterium SSES)
 - Auffälligkeiten in der frühen Sprachentwicklung (Alter bei Produktion erster Wörter und erster Mehrwortäußerungen)
 - Vorkommen von Sprachentwicklungsstörungen in der Kernfamilie
 - (Je nach Herkunftsland: Vorkommen von Störungen im Bereich des Lesens und Schriftspracherwerbs in der Kernfamilie)
-

Weitere Informationen

- Besorgnis der Eltern über die Sprachentwicklung des Kindes
 - Verständlichkeit der kindlichen Sprache gegenüber Eltern oder Außenstehenden
 - Einschätzung der Sprachfähigkeiten durch weitere Bezugspersonen, z. B. Erzieher/innen der Kita
-

Diese Informationen stellen eine wichtige Ergänzung zu den Ergebnissen einer Sprachstandserfassung dar, sie können diese jedoch nicht ersetzen. Nach der Anamnese folgt im diagnostischen Prozess die Untersuchung des Kindes selbst mit verschiedenen Methoden. Welche Anforderungen an diese Untersuchung zu stellen sind, wird im nächsten Abschnitt erläutert.

4.4 Untersuchung des Kindes

4.4.1 Zu erfassende sprachliche Bereiche

Für die hier vertretene linguistische Perspektive ist die Frage zentral, welche sprachlichen Bereiche und Phänomene aus Sicht der Spracherwerbsforschung durch die pädiatrische Diagnostik erfasst werden sollten, um Kinder mit dem Risiko einer SSES identifizieren zu können. Dieser Aspekt ist nicht nur im Hinblick auf die Validität von Testverfahren zur Sprachstandserfassung relevant, sondern ebenso für die Beurteilung nicht standardisierter Verfahren und für Einschätzungen anhand von Gesprächen oder Beobachtungen.

Die Vorgaben der Kinderrichtlinien (G-BA, 2010, 2017a) zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung sind vage (s. Abschnitt 3.3). Sie werden aus entwicklungspsychologischer und spracherwerbstheoretischer Perspektive bereits seit geraumer Zeit kritisiert, weil sich darin selbst nach einer Überarbeitung relevante Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und Spracherwerbsforschung nicht wiederfinden, sodass die Grundlagen für eine wissenschaftlich fundierte, einheitliche Diagnostik durch die Kinderärzt/innen fehlen (H. Grimm, 2003, 2012; Kiese-Himmel & Rosenfeld, 2012). In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche sprachlichen Bereiche und Phänomene aus Sicht der Spracherwerbsforschung Gegenstand einer Sprachstandserfassung sein sollten, die zum Ziel hat, mehrsprachige Kinder mit unauffälliger Entwicklung von Kindern mit SSES differentialdiagnostisch zu unterscheiden. Die Ausführungen konzentrieren

sich auf die Erfassung der Kompetenzen in der Zweitsprache Deutsch bei Kindern im Alter von drei bis fünf Jahren.

Es ist weitgehend unstrittig, dass für eine umfassende Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes alle zentralen sprachlichen Ebenen sowie seine produktiven und rezeptiven Fähigkeiten untersucht werden sollten (de Langen-Müller et al., 2012; Kauschke & Siegmüller, 2010; Lüdtke & Kallmeyer, 2007b; Schulz et al., 2009; Armon-Lotem & de Jong, 2015), da sich eine Sprachentwicklungsstörung auf verschiedenen Ebenen bemerkbar machen kann (Leonard, 2014) und von Kompetenzen in einem sprachlichen Bereich nicht unbedingt auf die Entwicklung in anderen Bereichen geschlossen werden kann. Grundsätzlich sind für eine Beurteilung der Sprachentwicklung vor allem sprachliche Bereiche geeignet, die systematisch, d. h. regelgeleitet erworben werden und dadurch lediglich in geringem Maße von der Qualität und Quantität des sprachlichen Inputs beeinflusst sind (Grimm & Schulz, 2014b; Schulz et al., 2017; Schulz & Tracy, 2011; Tracy et al., 2018). Des Weiteren sollten Bereiche ausgewählt werden, für die ausreichend Forschungsergebnisse zum unauffälligen und zum auffälligen mehrsprachigen Erwerb vorliegen.

Eine differenzierte Untersuchung verschiedener sprachlicher Bereiche ist sowohl aus Sicht des Kindes als auch aus Sicht der durchführenden Praktiker sehr zeitaufwändig. Gerade eine Untersuchung großer Kohorten im Sinne eines Screenings zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen erfordert eine gezielte Auswahl der zentralen sprachlichen Merkmale (Tracy et al., 2018). Dafür sind zwei Aspekte maßgeblich: Erstens bestimmen Ziel und Zweck einer Untersuchung die sprachlichen Merkmale, die vorrangig erfasst werden müssen (Geyer, Titz et al., 2018). Im Falle der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen, die vornehmlich das Entdecken von Kindern mit Hinweisen auf eine Sprachentwicklungsstörung zum Ziel haben, müssen sprachliche Phänomene untersucht werden, die sich nach Erkenntnissen der Spracherwerbsforschung in der Untersuchungssprache als klinische Marker für eine SSES erwiesen haben (Bedore & Pena, 2008). Die Auswahl der zu untersuchenden sprachlichen Merkmale wird allerdings dadurch erschwert, dass eine SSES ein heterogenes Störungsbild ist, bei dem je nach betroffener Ebene verschiedene Subtypen unterschieden werden (Friedmann & Novogrodsky, 2008; Leonard, 2014). Folglich sollten in der Diagnostik typische Symptome einer SSES auf verschiedenen sprachlichen Ebenen berücksichtigt werden. Zweitens bestimmt die Zielgruppe, d. h. das Alter der Kinder, ihr Spracherwerbstyp und ihre Kontaktdauer, welche einzelnen sprachlichen Phänomene zum jeweiligen Zeitpunkt der Untersuchung diagnostisch relevant sind (A. Grimm & Schulz, 2016).

In den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen bis zur U9 werden ausschließlich Kinder bis zu maximal 5;4 Jahren (Toleranzgrenze bis 5;6) untersucht. Unter diesen befinden sich auch Kinder mit DaZ, die zum Zeitpunkt der Untersuchung erst über eine kurze Kontaktzeit zum Deutschen verfügen. Deshalb sind für die Sprachstandserfassung diejenigen sprachlichen Bereiche besonders geeignet, in denen bereits in frühen Phasen des Zweitspracherwerbs markante Abweichungen zu erkennen sind. Für die Differentialdiagnostik wird empfohlen, insbesondere sprachliche Phänomene zu erfassen,

deren Erwerb bei Kindern mit unauffälligem Erwerb erwiesenermaßen nach kurzer Kontaktdauer einsetzt, ein starkes Wachstum aufweist und bereits früh abgeschlossen ist (mastery), hingegen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen besondere Schwierigkeiten bereitet (A. Grimm & Schulz, 2016; de Villiers & de Villiers, 2010). Ein Ausbleiben solcher Strukturen im erwarteten Erwerbsalter bzw. nach entsprechender Kontaktdauer zum Deutschen kann dann als Hinweis auf das Vorliegen einer SSES interpretiert werden – vorausgesetzt, dass das Kind Zugang zu einem qualitativ und quantitativ hinreichenden Sprachangebot hatte (Tracy et al., 2018).

Sprachliche Bereiche, deren Erwerb sich bis über das Alter von fünf Jahren hinaus erstreckt, sei es, weil es sich um einen generell spät oder langsam erworbenen Bereich handelt (bspw. Kasus, Plural, Verstehen von W-Fragen), oder aufgrund einer noch geringen Kontaktdauer zum Deutschen, können für die pädiatrische Differentialdiagnostik zusätzlich genutzt werden, sofern differenzierte Normen für einzelne Zwischenschritte im Erwerbsverlauf (z. B. einzelne Fragetypen beim Erwerb des W-Frage-Verstehens oder einzelne Kasus) vorliegen. Dazu bedarf es jedoch standardisierter Verfahren, die über solche differenzierten Normen verfügen.

Im Folgenden wird die Eignung verschiedener Erwerbsbereiche für die SSES-Diagnostik mehrsprachiger Kinder im Untersuchungszeitraum von der U7a (3 J.) bis zur U9 (5 J.) erörtert. Die phonetisch-phonologische Entwicklung ist bei mehrsprachigen Kindern noch vergleichsweise wenig untersucht, sodass Normdaten und empirisch belegte Erwerbsmodelle weitgehend fehlen (Fox-Boyer, 2014). Aus Studien zum monolingualen Spracherwerb ist zudem bekannt, dass die phonologische Entwicklung erst im Alter von sechs Jahren weitgehend abgeschlossen ist; bis dahin sind noch verschiedene phonologische Prozesse zu erwarten (s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012). Bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache, insbesondere mit spätem AoO, ist zusätzlich zu bedenken, dass sowohl die produktiven Fähigkeiten als auch die Lautwahrnehmung einem Einfluss ihrer jeweiligen Erstsprache unterliegen können, sodass selbst bei unauffällig entwickelten mehrsprachigen Kindern noch in der U9 heterogene Verläufe mit erheblichen Variationen in der Erwerbsreihenfolge und den phonologischen Prozessen möglich sind (s. Überblick in Schulz & A. Grimm, 2012; Melzer et al., 2018). Eine Identifikation von Kindern mit einem SSES-Risiko anhand ihrer phonologischen Entwicklung ist demzufolge durch eine informelle Einschätzung kaum zu leisten. Als prinzipiell geeignet haben sich systematische Verfahren erwiesen, die das Nachsprechen von Kunstwörtern nutzen (Überblick in Chiat, 2015). Diese Wörter sollten für die Zielgruppe der mehrsprachigen Kinder weitmöglichst sprachunabhängig konstruiert sein; weitgehend offen ist derzeit noch, ab welchem chronologischen Alter und nach welcher Kontaktdauer solche Verfahren bei mehrsprachigen Kindern differentialdiagnostisch nutzbar sind (A. Grimm, 2016; A. Grimm & Hübner, in press).

Die Sprachentwicklung im Bereich der Morphosyntax ist sowohl für den monolingualen als auch für den Zweitspracherwerb gut untersucht (Tracy et al., 2018). Auch für Kinder mit SSES liegen für diesen Entwicklungsbereich verschiedene Forschungsergebnisse vor (Leonard, 2014). Da Störungen

in diesem Bereich besonders häufig vorkommen, werden diesbezügliche Symptome auch als Leitsymptome einer SSES aufgefasst (s. Abschnitt 2.1.1). Bei Kindern mit unauffälligem frühem DaZ-Erwerb mit einer Kontaktdauer zum Deutschen von weniger als 6 bis 12 Monaten können Einwortäußerungen und erste verbhaltige Mehrwortäußerungen erwartet werden, diese sind aber für die Differenzialdiagnostik einer SSES wenig aussagekräftig, weil in diesem Stadium bei mehrsprachigen Kindern typische Strukturen von abweichenden Strukturen kaum zu unterscheiden sind. Bei Kindern mit einer Kontaktdauer ab 12 Monaten können auffallend geringe Fähigkeiten in der Produktion von Hauptsätzen mit Verbzweitstellung und finiten Verben als Hinweise auf eine SSES genutzt werden (Lemmer, 2018; Schulz & A. Grimm, 2019; Schulz et al., 2017). Nebensatzstrukturen mit Verbletzstellung hingegen werden von Kindern mit frühem DaZ-Erwerb frühestens nach etwa 15 Monaten Kontaktzeit produziert, als erworben gilt dieser Bereich erst nach ca. 30 Kontaktmonaten, also im Alter von fünf bis 6 Jahren (Schulz & Grimm, 2012, 2019), sodass ihr Ausbleiben erst im Einschulungsalter als Hinweis auf eine SSES genutzt werden kann. Zeigen frühe Zweitsprachlernende nach zweieinhalb Jahren Kontakt zum Deutschen, wenn also bereits komplexe Sätze von ihnen erwartet werden könnten, noch Probleme mit der Verbstellung und Fintheitsmarkierung, kann dies als Symptom einer SSES gedeutet werden (Lemmer, 2018; Rothweiler et al., 2017). Bei Kindern mit spätem Erwerbsbeginn nach dem 4. Geburtstag sowie bei Kindern mit ungünstigen Erwerbsbedingungen, d. h. einem qualitativ oder quantitativ geringen Input, kommt es allerdings ebenfalls im Bereich der Verbstellung und -finitheit zu abweichenden Satzstrukturen und Kongruenzfehlern, die eine Unterscheidung unauffälliger von auffälligen Verläufen erschweren (Rothweiler, 2013). Dieses empirische Ergebnis unterstreicht die Relevanz detailliert erhobener sprachbiografischer Informationen für die adäquate Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder.

Der Erwerb zentraler morphologischer Phänomene wie Plural (Wegener, 1992) und Kasus (Akkusativ und Dativ) (Lemmer, 2018; Scherger, 2015) erstreckt sich nach Erkenntnissen der Spracherwerbsforschung im Erstspracherwerb bis in das Schulalter. Kinder mit unauffälligem frühem DaZ-Erwerb benötigen für den Erwerb dieser Phänomene entsprechend länger. Eine zuverlässige Unterscheidung von sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kindern anhand der Kasusproduktion ist daher erst im Schulalter möglich. Scherger (2019) kommt in einer Studie zur Dativproduktion von ein- und mehrsprachigen Kindern mit und ohne SSES zu dem Ergebnis, dass die Dativproduktion erst bei Kindern im Alter von sieben Jahren als klinischer Marker zur Unterscheidung von typisch entwickelten mehrsprachigen Kindern und Kindern mit SSES fungieren kann, und dies gilt auch nur für den Erwerbstyp der simultan bilingualen Kindern (2L1), nicht jedoch für Kinder mit sukzessivem Erwerb des Deutschen (DaZ/L2). Letztere unterscheiden sich noch im Alter von sieben Jahren aufgrund ihrer kürzeren Kontaktdauer in der Dativproduktion nicht signifikant von Kindern mit SSES. Die Autorin differenziert für diese Studie in der Analyse ihrer Daten nicht weiter zwischen Dativ nach Verben (indirekte Objekte wie *Er gibt dem Jungen den Ball*)

und Dativ in Präpositionalphrasen (bspw. *Er sitzt auf dem Tisch*). Lemmer (2018) hingegen nimmt in ihrer Studie diese Unterscheidung vor. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass bei Kindern mit unauffälligem frühem DaZ-Erwerb der Dativ in indirekten Objekten im Alter von 5;8 Jahren noch nicht zielsprachlich realisiert wird. Hingegen wird der Dativ in Präpositionalphrasen von sprachunauffälligen Kindern mit frühem DaZ-Erwerb bereits nach ca. 22 Kontaktmonaten, also etwa ab dem Alter von 4;7 Jahren, gemeistert, von DaZ-Kindern mit SSES hingegen wesentlich später. Die Autorin schließt daraus, dass sich der Dativ in Präpositionalphrasen mithin als Marker für die Differentialdiagnostik eignet.

Im syntaktisch-semantischen Bereich ist vor allem das Verstehen von W-Fragen gut untersucht (Schulz, 2013b; Siegmüller et al., 2005). Sprachunauffällige monolinguale Kinder produzieren bereits im dritten Lebensjahr erste W-Fragen. Zunächst verwenden sie die Fragepronomen *was* und *wo*, bis zum Ende des dritten Lebensjahres, dann sukzessive auch *wer*, *wie*, *warum* und *wann* (Siegmüller et al., 2005; Schulz, 2007c, 2013b). Das Verständnis von W-Fragen entwickelt sich hingegen langsam. Verschiedene W-Fragen sind für Kinder unterschiedlich schwer zu interpretieren, was zu verschiedenen Erwerbszeitpunkten je Fragetyp führt. Aus Untersuchungen zum Verstehen von W-Fragen im Erst- und Zweitspracherwerb ist bekannt, in welcher Reihenfolge und nach welcher Kontaktzeit, das zielsprachliche Verständnis verschiedener Fragetypen erworben wird. Die Erwerbsreihenfolge ist für einsprachige Kinder und Kinder mit frühem DaZ-Erwerb gleich: Zuerst werden Entscheidungsfragen, dann Argumentfragen (Subjektfragen vor Objektfragen) und zuletzt Adjunktfragen zielsprachlich interpretiert (Schulz, 2013b). Neben den syntaktischen Strukturen der Fragen stellen auch die W-Fragepronomen selbst eine Hürde für Kinder dar. Im frühen Erwerb antworten Kinder mitunter auf eine W-Frage fälschlicherweise mit *Ja* oder *Nein*, später auch mit einer anderen als der erfragten Konstituente. Kinder mit Deutsch als Muttersprache haben die zielsprachliche Interpretation von W-Fragen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres weitgehend erworben (Schulz & Grimm, 2019). Von Kindern mit frühem DaZ-Erwerb kann das Verständnis einfacher W-Fragen nach ca. 34 Kontaktmonaten erwartet werden, sie zeigen dann für diesen Fragetyp ähnliche Verstehensleistungen wie gleichaltrige einsprachige Kinder (Schulz, 2013b). Adjunktfragen können von beiden Erwerbsgruppen noch bis in das Einschulungsalter abweichend interpretiert werden (Schulz, 2013b; Siegmüller et al., 2005). Aus der Forschung zu SSES ist bekannt, dass einsprachige sprachgestörte Kinder das Verstehen von W-Fragen zwar in der gleichen Reihenfolge wie sprachunauffällige Kinder, also Argumentfragen vor Adjunktfragen und Subjekt- vor Objektfragen, erwerben; sie haben jedoch deutlich länger, d. h. bis weit über das Vorschulalter hinaus, Probleme mit dem Verstehen von W-Fragen. Die syntaktische Bewegung des W-Pronomens und dessen Interpretation bereiten ihnen besondere Schwierigkeiten (Schulz, 2013b; Siegmüller et al., 2005; Penner & Kölliker-Funk, 1998). Es ist anzunehmen, dass Kinder mit DaZ und SSES angesichts ihres späteren Erwerbsbeginns noch länger für den Erwerb brauchen. Das Verstehen von W-Fragen ist folglich als Marker für die Differentialdiagnostik bei Kindern mit DaZ

ausschließlich für ausgewählte Fragetypen und unter sorgfältiger Kontrolle von Alter, AoO und Kontaktdauer geeignet, denn selbst bei Kindern mit frühem AoO ist der Erwerb dieser Strukturen erst vergleichsweise spät, d. h. frühestens um den 5. Geburtstag abgeschlossen.

Im Bereich der lexikalischen Semantik ist weiterhin das Verständnis von resultativen Verben wie *aufmachen* oder *austrinken*, deren Bedeutung den Endzustand einer Tätigkeit mit beinhaltet, gut untersucht (Penner et al., 2003; Schulz & Wittek, 2003). Während die zielsprachliche Interpretation dieser Verben frühen Zweitsprachlernenden nach etwa 20 Kontaktmonaten keine Schwierigkeiten mehr bereitet (Schulz & Tracy, 2011), kommt es bei Kindern mit DaZ, wenn sie eine Störung im lexikalisch-semantischen Bereich aufweisen, erwiesenermaßen noch lange zu abweichenden Interpretationen. Bei mehrsprachigen Kindern mit entsprechend langer Kontaktdauer zum Deutschen eignet sich folglich auch dieser Bereich zur Unterscheidung von sprachauffälligen und -unauffälligen Erwerbsverläufen.

Der Wortschatz von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen ist oftmals auffallend gering (Leonard, 2014). Für die Sprachentwicklungsdiagnostik ist die Erfassung des Wortschatzumfangs allerdings, vor allem bei mehrsprachigen Kindern, eher ungeeignet, da der Wortschatzerwerb mit anderen Faktoren konfundiert. Während Kinder sich das grundlegende morphologische Wissen über die Wortbildung und -flexion weitgehend regelbasiert aneignen, wird die Wortbedeutung item-by-item erworben. Im Unterschied zur Grammatikentwicklung ist die Entwicklung des Wortschatzes zudem nie abgeschlossen. Die Wortschatzentwicklung eines Kindes ist in besonderem Maße von individuellen Erwerbsgelegenheiten abhängig. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Wortschatzentwicklung und dem sozio-ökonomischen Status der Familie sowie der Quantität und Qualität des Inputs (Hart & Risley, 1995; Hoff, 2006; Hoff & Tian, 2005). Für die Diagnostik müssen Welt- und Erfahrungswissen von der grundsätzlichen Fähigkeit, eine Sprache zu lernen, getrennt werden (Schulz et al., 2009). Bei zweisprachigen Kindern setzt sich ihr gesamter Wortschatz aus Wörtern in der Erst- und der Zweitsprache zusammen; sie erwerben Wörter in den einzelnen Sprachen domänenspezifisch (Pena & Halle, 2011; Paradis et al., 2011). Ein im Vergleich zu einsprachigen Kindern eingeschränkter Wortschatz im Deutschen und eine große interindividuelle Varianz sind deshalb selbst bei unauffällig entwickelten mehrsprachigen Kindern zu erwarten (Kiese-Himmel et al., 2013). Auch wenn ein langsamer Wortschatzzuwachs als Symptom einer SSES gilt, ist die Beurteilung des Wortschatzumfangs bei Kindern mit DaZ für die Differenzialdiagnostik kaum geeignet. Lediglich der ausbleibende bzw. stark verzögerte Erwerb von einzelnen Wortklassen, wie bspw. Funktionswörtern, und vor allem ein eingeschränktes Verblexikon können als Hinweise auf eine SSES dienen. Da der Erwerb von Verben weniger sozio-kulturellen Einflüssen unterliegt als der Erwerb von Nomen, sind Verben eher für die Erfassung lexikalischer Fähigkeiten geeignet (de Villiers & de Villiers, 2010). Kinder mit SSES verwenden bevorzugt hochfrequente, semantisch unspezifische Allzweckverben (Kambanaros & Grohmann, 2015; Leonard, 2014).

Als Fazit lässt sich festhalten, dass für die pädiatrische Differentialdiagnostik bei mehrsprachigen

Kindern vornehmlich sehr früh erworbene grammatische Bereiche ausgewählt werden sollten, um Abweichungen von unauffälligen Erwerbsverläufen feststellen zu können. Kinder mit doppeltem Erstspracherwerb weisen besonders heterogene Erwerbsbedingungen auf; in den frühen Erwerbsbereichen ähneln sie in ihrer Entwicklung den einsprachigen Kindern (Schulz & Grimm, 2016; Schulz & A. Grimm, 2019). Folglich kann in der U8 erwartet werden, dass sie die für den frühen DaZ-Erwerb genannten Bereiche erreicht haben.

In Tabelle 5 werden die sprachlichen Phänomene zusammengefasst, deren Erwerb von unauffällig entwickelten Kindern mit doppeltem Erstspracherwerb sowie mit frühem (AoO 2;0-4;0) und spätem sukzessivem Zweitspracherwerb (AoO nach dem Alter von 4;0) spätestens in der letzten verbindlichen Vorsorgeuntersuchung U9 (mit 5 J.) erwartet werden kann. Angegeben ist jeweils die Kontaktdauer, nach der das Phänomen als erworben gilt (mastery).

Tabelle 5. Alter bzw. Kontaktdauer bis zum Erwerb der sprachlichen Bereiche (unauffällig entwickelte Kinder bis zur U9)

Erwerbsbereich	Erwerbsalter monolingualer Erwerb	Erwerbsalter doppelter Erstspracherwerb	Erwerbsdauer früher DaZ-Erwerb (AoO 2;0-4;0)	Erwerbsdauer später DaZ-Erwerb (AoO > 4;0)
Produktion von Hauptsätzen mit V2 und SVK (Überblick in Schulz & Grimm, 2012, 2019)	3 J.	3 J.	12 KM	(mind. 12 KM)
Produktion von Nebensätzen (Überblick in Schulz & Grimm, 2012, 2019)	4 J.	ca. 4;6-5 J.	30 KM	–
Kasusproduktion Akkusativ (Scherger, 2015; Überblick in Lemmer, 2018)	4 J.		16 KM	–
Produktion von Dativ in Präpositionalphrasen (Lemmer, 2018)	4 J.		22 KM	–
Verständnis resultativer Verben (Penner et al., 2003; Überblick in Schulz, 2018; Schulz & Grimm, 2019)	4 J.	4 J.	20 KM	–

Anmerkungen. Mon. = Monate; J. = Jahre; AoO = Age of Onset; KM = Kontaktmonate; SVK = Subjekt-Verb-Kongruenz

Das Hauptaugenmerk der Differentialdiagnostik sollte bei allen mehrsprachigen Kindern mit einer Kontaktdauer von über zwölf Monaten auf der Produktion von Verbzweitstellung und Verbfinalität liegen. Gravierende und anhaltende Abweichungen in diesem Bereich lassen sich ebenso wie bei monolingualen Kindern auch bei simultan bilingualen Kindern und frühen DaZ-Lernenden bis zum Alter von fünf Jahren (U9) mit hoher Wahrscheinlichkeit identifizieren, selbst wenn mit Rücksicht auf individuelle Variationen mit einer Diagnose zunächst noch etwas abgewartet wird. Die Über-

prüfung der Satzproduktion gewährt nebenbei Einblicke in das individuelle Verblexikon, das bei Kindern mit SSES häufig eingeschränkt ist (Rothweiler, 2013), und liefert so weitere Hinweise für die Diagnostik. Für die Überprüfung der rezeptiven Fähigkeiten eignet sich zudem das Verständnis resultativer Verben, die von allen unauffälligen Kindern früh, von sprachgestörten Kindern hingegen erst spät zielsprachlich interpretiert werden können. Die Kinder mit frühem DaZ-Erwerb und jene mit doppeltem Erstspracherwerb verfügen zum Zeitpunkt der U8 (4 J.) oder spätestens der U9 (5 J.) bereits über eine vergleichsweise lange Kontaktdauer. Bei diesen Kindern kann darüber hinaus bei ausreichender Kontaktdauer auch der Erwerb von Nebensätzen, einem später erworbenen Phänomen, für die Diagnostik genutzt werden. Auf pragmatischer Ebene kann neben den früh entwickelten sprachübergreifenden Fähigkeiten, etwa aktiv an einem Dialog teilzunehmen, bei Kindern im Vorschulalter auch eine Einschätzung erster narrativen Fähigkeiten für die Diagnostik hilfreich sein (Bishop et al., 2016; H. Grimm, 2012; Müller et al., 2018; Siegmüller et al., 2012; Skerra et al., 2013).

Problematisch ist aus mehreren Gründen hingegen die Diagnostik im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit dem Deutscherwerb erst nach dem vierten Geburtstag beginnen; bei ihnen ist auch in der letzten verpflichtenden Vorsorgeuntersuchung (U9 mit 5 J.) eine Unterscheidung unauffälliger und auffälliger Verläufe und damit eine zuverlässige Identifikation von SSES-Symptomen schwierig, da ihre Kontaktdauer selbst für die frühen sprachlichen Erwerbsbereiche noch sehr kurz ist. Überdies wurde der späte kindliche Zweitspracherwerb bislang generell erst in Ansätzen erforscht, sodass Grundlagen fehlen. Nach allem, was bisher bekannt ist, ist bspw. der unauffällige Erwerb der morphosyntaktischen Meilensteine bei diesem Erwerbstyp heterogener als im frühen Zweitspracherwerb (Dimroth, 2008; Haberzettl, 2005). In Tabelle 6 werden die Anforderungen an die zu erfassenden sprachlichen Bereiche sortiert nach Spracherwerbstyp und U-Untersuchung zusammengefasst.

Tabelle 6. Anforderungen an zu erfassende sprachliche Bereiche im Überblick

Anforderungen an die zu erfassenden sprachlichen Bereiche

Für die Untersuchung mehrsprachiger Kinder müssen genau jene sprachlichen Bereiche erfasst werden, die für die Differenzialdiagnostik einer SSES im jeweiligen Untersuchungsalter und nach der jeweiligen Kontaktdauer aussagekräftig sind. Je nach Spracherwerbstyp und individueller Kontaktdauer eignen sich für die Differentialdiagnostik in der U8 oder spätestens in der U9 die folgenden Erwerbsbereiche.

Kinder mit monolingualem Spracherwerb

- Ab U7a: Produktion von Hauptsätzen mit finitem Verb in V2 und SVK
 - Ab U8: Produktion von Nebensätzen mit finitem Verb in VL
 - Ab U8: Produktion von Kasus: Akkusativ und Dativ in Präpositionalphrasen
 - Ab U8: Verständnis resultativer Verben
-

Kinder mit doppeltem Erstspracherwerb (2L1)

- Ab U7a: Produktion von Hauptsätzen mit finitem Verb in V2 und SVK
 - Ab U9: Produktion von Nebensätzen mit finitem Verb in VL
 - Ab U8: Verständnis resultativer Verben
-

Kinder mit frühem DaZ-Erwerb (AoO 2;0 – 4;0 J.)

- ab mehr als 12 KM: Produktion von Hauptsätzen mit finitem Verb in V2 und SVK
 - ab mehr als 30 KM: Produktion von Nebensätzen mit VL
 - ab mehr als 16 KM: Produktion von Kasus: Akkusativ
 - ab mehr als 22 KM: Produktion von Kasus: Dativ in Präpositionalphrasen
 - ab mehr als 20 KM: Verständnis resultativer Verben
 - etwa ab der Produktion von Hauptsätzen: Umfang und Inhalt des produktiven Verblexikons
-

Kinder mit spätem DaZ-Erwerb (AoO ab 4;0 J.)

- ab mehr als 12 KM: Produktion von Hauptsätzen mit finitem Verb in V2 und SVK
 - etwa ab der Produktion von Hauptsätzen: Umfang und Inhalt des produktiven Verblexikons
-

Anmerkungen. V2 = Verbzweitposition, SVK = Subjekt-Verb-Kongruenz, VL = Verbletzposition, KM = Kontaktmonate

4.4.2 Verfahren zur Sprachstandserfassung

Verfahren zur Sprachstandserfassung unterstützen Kinderärzt/innen dabei, die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern systematisch zu erfassen. Es werden hauseigene, informelle von veröffentlichten Verfahren unterschieden; letztere werden in nicht standardisierte und standardisierte psychometrische Verfahren unterteilt (s. Abbildung 5, Abschnitt 3.3). In diesem Abschnitt wird dargelegt, welche Anforderungen an Verfahren zur Sprachstandserfassung und deren Durchführung gestellt werden müssen, damit mit ihrer Hilfe mehrsprachige Kinder mit Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung zuverlässig identifiziert werden können. Zuerst werden die standardisierten Verfahren und anschließend die informellen und nicht standardisierten Verfahren betrachtet. Dabei wird auf Anforderungen seitens der Medizin, der Testtheorie, der Spracherwerbsforschung und Sprachdidaktik sowie der Praxis Bezug genommen.

Selbstverständliche Voraussetzung für die Durchführung eines jeden Verfahrens sind eine kindgerechte Gesprächssituation und ein positives Gesprächsklima, in dem sich das Kind zur aktiven Beteiligung ermutigt fühlt. Auch sollten Faktoren, die die Untersuchungsergebnisse ungünstig beeinflussen könnten, z. B. Störungen in der Umgebung, Müdigkeit oder Krankheit des Kindes sowie Einmischungen der weiteren Anwesenden, möglichst ausgeschlossen werden. Diese allgemeinen Rahmenbedingungen der Sprachstandserfassung werden in dieser Arbeit nicht näher ausgeführt. Da das Ziel der pädiatrischen Diagnostik primär die Selektion von Kindern (s. Abschnitt 3.3), nicht aber die ggf. erforderliche Planung einer Förderung oder Therapie ist, werden auch förderdiagnostische Aspekte nicht berücksichtigt. Die Anforderungen beziehen sich ausschließlich auf Verfahren zur Erfassung der Fähigkeiten in der Umgebungssprache Deutsch (zur Problematik der Erfassung herkunftssprachlicher Fähigkeiten s. Abschnitt 2.2.2).

Standardisierte Verfahren

Wie bereits in Abschnitt 4.1 anhand der Studien des IQWiG (2009, 2011) dargelegt, besteht seitens der Medizin der Anspruch, Kinder mit Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen in den Vorsorgeuntersuchungen mittels eines standardisierten, psychometrischen Verfahrens zuverlässig zu identifizieren. Es konnte jedoch kein deutschsprachiges Testverfahren ermittelt werden, das die diagnostischen Gütekriterien erfüllt und damit für einen Einsatz als Screeningverfahren in Frage kommt. In der Medizin wie auch in der Entwicklungspsychologie und Sprachdidaktik ist unstrittig, dass Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik die etablierten testtheoretischen Gütekriterien erfüllen und normiert sein sollten (Geyer, Titz et al., 2018; Kany & Schöler, 2007; Lüdtker & Kallmeyer, 2007a; Neugebauer & Becker-Mrotzek, 2013; Schulz et al., 2009; Tracy et al., 2018).

Die Gütekriterien umfassen die Reliabilität, Objektivität und Validität eines Verfahrens (Döring & Bortz, 2016). Ein Diagnostikverfahren gilt als objektiv, wenn die Durchführung und die Auswertung des Verfahrens ebenso wie die Interpretation der gewonnenen Ergebnisse auch bei Wiederholung der Durchführung und bei Einsatz eines anderen Testleiters zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt. Eine Standardisierung der Durchführung und eine detaillierte und eindeutige Anleitung sind deshalb Voraussetzung für eine hohe Objektivität eines Verfahrens. Reliabel, d. h. zuverlässig und exakt, misst ein Verfahren, wenn die Ergebnisse möglichst unabhängig von der Testsituation, bspw. dem Testzeitpunkt, sind, und das Verfahren bei Wiederholung zu einem anderen Zeitpunkt zu einem vergleichbaren Ergebnis führt (Retest-Reliabilität). Kany und Schöler (2007) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die kindlichen Sprachkompetenzen sich fortlaufend weiterentwickeln und bei einer Testung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten deshalb immer unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten sind. Als reliabel gilt ein Verfahren auch dann, wenn seine Ergebnisse denen eines vergleichbaren Tests entsprechen (Paralleltest-Reliabilität) und wenn die Ergebnisse von Teilen des Tests oder einzelner Testaufgaben eine hohe Übereinstimmung mit dem Gesamtergebnis (Interne Konsistenz) aufweisen (Döring & Bortz, 2016).

Als valide, d. h. inhaltlich gültig, wird ein Testverfahren bezeichnet, wenn es genau die Merkmale erfasst, die als Ziel des Verfahrens definiert wurden, und möglichst ausschließlich diese. Das Verfahren soll Aussagen über genau diese Merkmale ermöglichen; die Ergebnisse eines Sprachentwicklungstests sollten demzufolge bspw. nicht, oder möglichst wenig, von Unterschieden in der Intelligenz, Aufmerksamkeit, dem Erfahrungswissen oder dem kulturellen und sozio-ökonomischen Hintergrund des Kindes beeinflusst sein. Dies bedeutet, dass alle Items danach kontrolliert werden müssen, ob sie sozial- und kulturfair sind. Auch kulturelle Unterschiede im Hinblick auf Vorerfahrungen mit Testformaten und mit Konversationen zwischen Kindern und Erwachsenen können zu einem unerwarteten Antwortverhalten in Testsituationen führen (Paradis et al., 2011; Pena & Halle, 2011). Diese Einflussfaktoren sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die inhaltliche Validität gilt als das wichtigste Gütekriterium. Um valide zu sein, muss ein Verfahren seine theoretischen Grundlagen offenlegen (theoretische Validität), es sollte sich in diesem Fall

explizit auf aktuelle Erkenntnisse der Linguistik und der Forschung zum unauffälligen und gestörten Spracherwerb beziehen. Die einzelnen Aufgaben müssen sich an dem dargestellten Erwerbsmodell orientieren (Geyer, Titz et al., 2018; Tracy et al., 2018). Ein Verfahren, das zum Ziel hat, eine SSES bei Kindern im Vorschulalter valide zu diagnostizieren, muss folglich vor allem die empirisch belegten, zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt differentialdiagnostisch relevanten sprachlichen Bereiche erfassen, die in Abschnitt 4.4.1 dargestellt sind. Dies setzt voraus, dass für diese Bereiche erstens ausreichende Erkenntnisse aus der Forschung zum kindlichen Spracherwerb vorliegen und zweitens Testmethoden zur Verfügung stehen, die sich nachweislich für die Erfassung dieser sprachlichen Merkmale eignen (Tracy et al., 2018). Für jedes untersuchte Phänomen muss eine ausreichende Anzahl an Items enthalten sein (de Villiers & de Villiers, 2010), um die Fähigkeiten des Kindes valide zu erfassen. Die Methoden und Verfahren müssen des Weiteren, z. B. hinsichtlich der Dauer, der Aufgabenformate, der gewählten Themen und der Gestaltung der Items, zu den Voraussetzungen der zu testenden Kinder passen (Geyer, Titz et al., 2018).

Zur zuverlässigen Unterscheidung sprachgestörter und sprachunauffälliger Kinder sollte zudem eine möglichst geringe Fehlerquote, d. h. eine hohe Diagnosegenauigkeit (Sensitivität und Spezifität) angestrebt werden, um Fehlurteile zu vermeiden (de Villiers & de Villiers, 2010). Eine geringe Fehlerquote trägt dazu bei, die verfügbaren Ressourcen für Präventions- und Interventionsmaßnahmen möglichst effizient einzusetzen und auch Stigmatisierungen durch Fehlklassifikationen vorzubeugen. Im Falle einer Erstdiagnostik, wie sie in den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen stattfindet, wird häufig eine hohe Sensitivität mit einer leichten Überidentifikation von Kindern in Kauf genommen, um möglichst kein betroffenes Kind zu übersehen. Fälschlich positiv klassifizierte Kinder werden später durch eine differenzierte Diagnostik herausgefiltert (Becker-Mrotzek et al., 2013). Ziel der medizinischen Frühdiagnostik ist nicht allein die Erfassung des Ist-Standes der kindlichen Fähigkeiten und die Identifikation von Hinweisen auf eine Sprachentwicklungsstörung. In die Entscheidung über eine anschließende Interventionsverordnung ist auch die Prognose über die weitere Sprachentwicklung des Kindes einzubeziehen; deshalb gilt als eine weitere wesentliche Anforderung an ein Diagnostikverfahren die Vorhersagegenauigkeit (Prognostische Validität).

Neben den oben genannten klassischen Gütekriterien wird als weitere Anforderung an ein Diagnostikverfahren eine Normierung gefordert, die Voraussetzung für eine adäquate Interpretation der Ergebnisse ist. Ein zuverlässiges Diagnostikverfahren sollte über Normdaten einer großen Stichprobe verfügen, die repräsentativ im Hinblick auf sozioökonomische, kulturelle, ethnische, geschlechterspezifische und sprachliche Merkmale ist (de Villiers & de Villiers, 2010; Geyer, Titz et al., 2018). Die Normen sollten aktuell sein; Geyer, Titz et al. (2018, S. 35 f.) empfehlen unter Bezug auf Amelang und Zielinski (2002) eine Überprüfung der Normdaten nach zehn Jahren.

Seitens der Mehrsprachigkeitsforschung wird für die Entwicklung von Verfahren mit separaten Normen für Kinder mit verschiedenen Spracherwerbsbiografien plädiert, um ihre sprachlichen

Fähigkeiten an denen anderer Kinder mit vergleichbaren Erwerbsbedingungen messen zu können (Chilla & Hamann, 2018; de Villiers & de Villiers, 2010; Paradis et al., 2011; Schulz & Tracy, 2011; Schulz, 2013a, Schulz et al. 2009). Werden mehrsprachige Kinder hingegen an einsprachigen Normen gemessen, wie vereinzelt aus anderen Forschungsrichtungen gefordert (H. Grimm, 2015; Kany & Schöler, 2007), lassen sich zwar Defizite gegenüber ihren einsprachigen Altersgenossen feststellen, nicht jedoch die angesichts ihrer Sprachbiografie erwartbaren Kompetenzen und Entwicklungsfortschritte oder frühe Hinweise auf eine SSES ermitteln. Auch eine anteilige Berücksichtigung mehrsprachiger Kinder innerhalb einer Gesamtstichprobe ist nicht ausreichend (Schulz, 2013a), weil ihre sprachlichen Fähigkeiten dann weiterhin an zu hohen Normwerten gemessen werden.

Aus der Praxisperspektive werden weitere Anforderungen an zuverlässige Verfahren zur Sprachdiagnostik gestellt, die sich unter den Begriffen ‚Praxistauglichkeit‘ oder ‚Praktikabilität‘ (IQWiG, 2009) subsumieren lassen. Gefordert wird aus dieser Perspektive, dass die Verfahren für das Ziel der Untersuchung nützlich und passend sind und unter den jeweiligen Rahmenbedingungen, z. B. unter den zeitlichen oder finanziellen Beschränkungen des Berufsfeldes, ökonomisch durchführbar sind (Kany & Schöler, 2007). Geyer, Titz et al. (2018) weisen zudem darauf hin, dass ein Verfahren, ggf. nach Qualifizierungsmaßnahmen, für die durchführende Berufsgruppe geeignet sein müsse, etwa im Hinblick auf die Verständlichkeit und Einfachheit der Anleitung und die generelle Akzeptanz des Verfahrens. Eine Berücksichtigung dieser Anforderungen bei der Entwicklung eines Verfahrens dürfe jedoch, wie die Autor/innen unterstreichen, nicht auf Kosten der Zuverlässigkeit gehen. Die Anforderungen an die Praxistauglichkeit eines Verfahrens sollten deshalb gegenüber den Gütekriterien stets als nachrangig betrachtet werden (Geyer, Titz et al., 2018; Gold & Schulz, 2014).

Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten, dass aus Sicht der Medizin, der Testtheorie und der Spracherwerbsforschung der Sprachstand mehrsprachiger Kinder mit einem theoretisch fundierten, standardisierten Verfahren durchgeführt werden sollte, das die Gütekriterien erfüllt und differenzierte Normen für Kinder mit verschiedenen Erwerbsbiografien bereitstellt. Die Verfahren sollten zudem für den jeweiligen Einsatzbereich praktikabel sein. Mit standardisierten und normierten Verfahren lässt sich in den Vorsorgeuntersuchungen nicht nur der Erwerb der in Abschnitt 4.4.1 genannten früh und zügig erworbenen Phänomene überprüfen, sondern – sofern einzelne Zwischenschritte des Erwerbs aus der Spracherwerbsforschung bekannt sind – auch sprachliche Bereiche wie das Verständnis von W-Fragen und die Kasusproduktion, deren Beherrschung erst weit nach der U9 (5 J.) erwartet werden kann.

Wie in Abschnitt 2.2.3 dargestellt, liegen für den deutschsprachigen Raum bisher kaum standardisierte Testverfahren vor, die die zuvor genannten Anforderungen erfüllen. Kinderärzt/innen sind deshalb zur Erfassung der sprachlichen Kompetenzen auch auf informelle, nicht standardisierte Verfahren sowie auf Einschätzungen aus Beobachtungen und Gesprächen mit dem Kind angewiesen.

Vielfach wird eine Kombination von verschiedenen Methoden und Verfahren, insbesondere von Befragungen der Bezugspersonen, Beobachtungen des Kindes, Screeningverfahren und verschiedenen Tests, gefordert, um die Schwächen einzelner Methoden und Verfahren auszugleichen und Fehlteilen vorzubeugen (Bishop et al., 2016; de Lamo White & Jin, 2011; de Langen-Müller et al., 2011; Titz et al., 2018; Theodorou et al., 2016). Eine Verwendung verschiedener standardisierter und informeller Methoden zur Sammlung möglichst vielfältiger Informationen über den Sprachstand eines Kindes wird vor allem für mehrsprachige Kinder empfohlen, da so verzerrte Ergebnisse tendenziöser (biased) und kulturell unfairer Verfahren am ehesten gemildert werden können (Roseberry-McKibbin & O’Hanlon, 2005).

Im Gegensatz zu den hier beschriebenen standardisierten Testverfahren erfüllen informelle und nicht standardisierte Verfahren die primär bedeutsamen testtheoretischen Gütekriterien nicht; sie erfüllen vor allem das nachrangige Kriterium der Praktikabilität. Im folgenden Abschnitt wird erörtert, welche Anforderungen dennoch an die Qualität dieser Verfahren gestellt werden sollten.

Informelle und nicht standardisierte Verfahren

Da bislang kaum standardisierte Verfahren vorliegen, die zur Sprachstandserfassung bei mehrsprachigen Kindern geeignet sind, werden in der Praxis vor allem informelle und nicht standardisierte Verfahren als Alternative oder auch als Ergänzung (Kelle, 2010d) eingesetzt. Diese Verfahren stellen Materialien bereit, die die Sprachstandserfassung unterstützen sollen. Da keine testtheoretische Standardisierung vorgenommen wurde, ist die Durchführung weitgehend flexibel handhabbar. Auch von diesen Verfahren sollte erwartet werden, dass sie die differenzialdiagnostisch relevanten sprachlichen Bereiche (s. Abschnitt 4.4.1) erfassen, denn andernfalls leisten sie keinen Beitrag zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik. Es besteht in der Spracherwerbsforschung weitgehend Einigkeit, dass das Sprachverständnis nicht mit einem informellen Verfahren oder etwa in einem Gespräch, sondern ausschließlich mit einem standardisierten Test zuverlässig erfasst werden kann (Tracy et al., 2018; Schulz, 2013a; Voet Cornelli et al., 2013).

Verwendet ein Arzt ein informelles Verfahren zur Sprachstandserfassung, das keine genauen Durchführungshinweise vorgibt und somit eine flexible Handhabung zulässt, erhält er aufgrund der fehlenden Standardisierung und Normierung lediglich ungenaue Informationen über die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes und keine Unterstützung bei einer systematischen Auswertung. Die Interpretation der sprachlichen Daten wird auf Basis seiner individuellen Erfahrungen und Kenntnisse vorgenommen. Für alle im Rahmen informeller und nicht standardisierter Sprachstandserfassungen gewonnenen Befunde gilt deshalb, dass sie äußerst vorsichtig interpretiert werden müssen. Da in solchen Diagnosekontexten keinerlei Normen verfügbar sind, die es erlauben, die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes systematisch mit Kindern gleichen Erwerbstyps zu vergleichen, können gefundene Auffälligkeiten lediglich als Hinweis verstanden werden, eine systematische Differentialdiagnostik durch Sprachtherapeut/innen zu veranlassen.

Trotz fehlender Standardisierung lässt sich die Aussagekraft dieser informellen Verfahren jedoch steigern. Titz et al. (2018) schlagen vor, dass die Durchführenden eine eigene Systematik, d. h. eine selbst auferlegte gleichbleibende Vorgehensweise entwickeln, die über die Durchführungshinweise im Manual oder in den Testbögen hinausgeht. Sie empfehlen diesbezüglich verbindliche Regeln für die Durchführung, z. B. hinsichtlich der Reaktion auf Nachfragen der Kinder, sowie eine gleichbleibende Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Ein solches einheitliches Vorgehen, das sich für die ohnehin sehr systematisch ablaufenden Früherkennungsuntersuchungen anbietet, kann zu einer fallübergreifenden Vergleichbarkeit von Ergebnissen beitragen, aufgrund der hohen Zahl an Vorsorgeuntersuchungen ungefähre Vergleichswerte zur Beurteilung schaffen und somit bei der Identifikation gravierender Sprachauffälligkeiten eine Orientierung bieten. Dies ist für einsprachige Kinder sicherlich ein hilfreicher Vorschlag; bei der heterogenen Gruppe der mehrsprachigen Kinder bleibt die fehlende Berücksichtigung von AoO und Kontaktdauer jedoch weiterhin eine Herausforderung. Die Anforderungen an Verfahren zur Sprachstandserfassung und deren Durchführung sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

Tabelle 7. Anforderungen an Verfahren zur Sprachstandserfassung im Überblick

Anforderungen an Verfahren zur Sprachstandserfassung

Um die Sprachentwicklung und mögliche Hinweise auf eine SSES bei mehrsprachigen Kindern zuverlässig zu erfassen, sollten Verfahren die folgenden Anforderungen erfüllen.

Merkmale der Verfahren

- psychometrische Testverfahren, die die testtheoretischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) erfüllen
 - aktuelle Verfahren mit aktuellen Normierungswerten einer repräsentativen Stichprobe
 - Normwerte für verschiedene Spracherwerbstypen, d. h. bei mehrsprachigen Kindern differenziert nach Alter, Alter bei Erwerbsbeginn und Kontaktdauer
 - Verfahren mit Items, die im Hinblick auf soziale und kulturelle Unterschiede von Kindern kontrolliert wurden
-

Auswahl der Verfahren

- Auswahl von Verfahren, die für durchführende Berufsgruppen (ggf. nach Qualifizierungsmaßnahmen) und Rahmenbedingungen der Untersuchung geeignet sind
 - Auswahl von Verfahren, deren Normwerte zum Alter der zu untersuchenden Kinder passen
 - Kombination verschiedener Methoden und Verfahren, falls keine standardisierten Testverfahren verfügbar sind
-

Durchführung der Verfahren

- Durchführung standardisierter Testverfahren genau nach Anweisung im Manual
 - systematische und gleichbleibende Durchführung von informellen und nicht standardisierten Verfahren, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen
-

Bei Verwendung informeller und nicht standardisierter Verfahren trägt auch eine gleichbleibende Verwendung von Gesprächsimpulsen, mit denen das Kind zum Sprechen angeregt wird, wesentlich zu einer ‚praxisinternen Standardisierung‘ bei. Die gezielte Gestaltung und Lenkung dieser Impulse erfordert von den Durchführenden eine Reflexion über die eigene Sprachverwendung und die unterschiedliche Wirkung, die verschiedene Gesprächsimpulse auf das Antwortverhalten des Kindes haben. Diese Reflexionsfähigkeit ist ebenso relevant für informelle diagnostische Gespräche mit dem Kind. Im Folgenden wird beschrieben, welche Impulse sich besonders eignen, um einem Kind in einem Gespräch diagnostisch relevante Äußerungen zu entlocken.

4.4.3 Fragen und Impulse für das diagnostische Gespräch

Während der Durchführung eines informellen und nicht standardisierten Verfahrens zur Sprachstandserfassung und ebenso in einem Gespräch mit dem Kind verwenden Kinderärzt/innen frei gewählte Gesprächsimpulse, um das Kind zum Sprechen anzuregen und um aus seinen Äußerungen Informationen über seine sprachlichen Fähigkeiten zu gewinnen. Ein Gespräch zur Erfassung sprachlicher Fähigkeiten eines Kindes wird in der vorliegenden Arbeit als ‚diagnostisches Gespräch‘ bezeichnet. Diese Methode eignet sich für die Einschätzung der produktiven, nicht jedoch der rezeptiven Sprachkompetenzen; auch ist sie nicht reliabel und objektiv (Bishop et al., 2016). Ein diagnostisches Gespräch sollte den Zielen der Früherkennungsuntersuchungen entsprechend ebenso wie andere diagnostische Methoden und Verfahren einen Beitrag zur Identifikation von Sprachentwicklungsstörungen leisten. Die Gesprächsbeiträge der Kinder müssen daher vom Umfang und ihrer Komplexität ausreichen, um auf potentielle Störungsbereiche der sprachlichen Entwicklung hinzuweisen. In diesem Abschnitt wird unter Bezug auf Erkenntnisse der Linguistik und Sprach-erwerbsforschung beschrieben, welche Methoden und konkreten Impulse sich eignen, um ein Kind in den Früherkennungsuntersuchungen gezielt zur Produktion diagnostisch relevanter Äußerungen anzuregen, und welche Anforderungen demzufolge an die Gesprächsimpulse des Arztes in einem diagnostischen Gespräch zu stellen sind. Im Mittelpunkt steht die Verwendung von Fragen.

Ist ein Kind gesprächsfreudig, lässt es sich u. U. schon mit wenigen verbalen oder auch non-verbalen Impulsen, wie Zeigegesten, vorgelegten Bildern oder Fragen, zu ausführlichen Gesprächsbeiträgen animieren. Ein sich daraus spontan entwickelndes Gespräch kann ausreichen, um bspw. erste Informationen über die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten eines Kindes zu erhalten, wenn es etwa um äußerungsübergreifende Aspekte der Kommunikation geht, wie die Fähigkeit und Bereitschaft, an einem Dialog teilzunehmen, Blickkontakt aufzunehmen, auf Fragen zu antworten oder auf Aufforderungen zu reagieren (s. Überblick in Kauschke, 2012). Überlässt man es weitgehend dem Kind, was es beiträgt, bleibt allerdings der Ausschnitt, den man von seinen sprachlichen Fähigkeiten erhält, vom Zufall abhängig. Problembereiche der sprachlichen Entwicklung bleiben möglicherweise verborgen.

In den Früherkennungsuntersuchungen ist aufgrund der spezifischen, testähnlichen Situation zu erwarten, dass die meisten Kinder vom Arzt zum Sprechen angeregt werden müssen. Durch gezielte Impulse, z. B. Fragen oder Erzählaufforderungen, kann gegenüber einem spontan verlaufenden Gespräch die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass die Kinder in der knappen Untersuchungszeit diagnostisch relevante sprachliche Strukturen produzieren. Allerdings stellt eine gezielte Lenkung eines diagnostischen Gesprächs hohe Anforderungen an die Qualifikationen der Ärzt/innen: Sie benötigen ein mindestens implizites, besser noch explizites linguistisch fundiertes Wissen über Form und Funktion von verschiedenen Impulsen und die jeweils erwartbaren Antworten, um deren Verwendung in der Untersuchungssituation gezielt steuern und reflektieren zu können. Weiterhin benötigen sie Wissen über die Symptome einer SSES in verschiedenen Altersstufen und nach unterschiedlich langer Kontaktdauer, um die Äußerungen des Kindes im laufenden Gespräch analysieren und bewerten zu können. All diese, für eine informelle Sprachstandserfassung erforderlichen Wissensbestände und Fähigkeiten sind in einem standardisierten Testverfahren, das die Gütekriterien erfüllt, bereits enthalten. Der informelle Charakter eines diagnostischen Gesprächs täuscht über die hohen damit verbundenen Anforderungen an die Durchführenden hinweg (Tracy et al., 2018).

Verschiedene Methoden als Sprechimpulse

Aus der experimentellen Spracherwerbsforschung sind verschiedene Methoden bekannt, mit deren Hilfe sich Kinder erwiesenermaßen gezielt zur Produktion bestimmter sprachlicher Strukturen anregen lassen. Auch etablierte Testverfahren machen sich viele dieser Methoden zunutze. Zur Überprüfung des Wortschatzes sind Aufforderungen zur Bildbenennung gebräuchlich (bspw. im Verfahren AWST-R, Kiese-Himmel, 2005). Für eine Überprüfung artikulatorischer und phonologischer Fähigkeiten eignet sich neben dem Benennen auch das Nachsprechen von Wörtern. In verschiedenen Verfahren (bspw. SETK 3-5, H. Grimm, 2015; S-ENS, Döpfner et al., 2005) findet daneben auch das Nachsprechen von Sätzen Verwendung, das Aufschluss über produktive grammatische Fähigkeiten gibt (zur Methode und zur Verwendung in verschiedenen Sprachen s. Marinis & Armon-Lotem, 2015). Diese genannten Methoden lassen sich schwerlich in einen informellen Gesprächsrahmen integrieren.

Eine andere etablierte Methode ist die sogenannte ‚elizierte Produktion‘ (Thornton, 1996), die ebenfalls in verschiedenen Verfahren eingesetzt wird (bspw. LiSe-DaZ, Schulz & Tracy, 2011; PDDS, Kauschke & Siegmüller, 2010; SETK 3-5, H. Grimm, 2015). Diese Methode verbindet die Vorteile von Spontanspracherfassungen und systematischen Erhebungen (de Villiers & de Villiers, 2010). In einem inszenierten Kontext, bspw. in einem Gespräch über ein Bild oder in einem Rollenspiel mit einer Handpuppe, werden gezielt verbale Reaktionen der Kinder ‚hervorgeholt‘, indem detailliert vorbereitete sprachliche Stimuli wie Satzanfänge oder Fragen vorgegeben werden, die die Kinder intuitiv vervollständigen bzw. beantworten (Thornton, 1996). Solche kommunikativen Strategien sind Kindern in der Regel aus Gesprächen mit Erwachsenen vertraut, da sie im Alltag auch

beim gemeinsamen Bilderbuchbetrachten oder Geschichtenerzählen verwendet werden (Schulz & Tracy, 2011). Der Umfang und die Qualität der vom Kind erhaltenen ‚Sprachdaten‘ werden wesentlich durch die sprachlichen Mittel und Impulse bestimmt, die eingesetzt werden, um dem Kind Äußerungen zu entlocken.

Die elizitierte Produktion ist für das diagnostische Gespräch in den Früherkennungsuntersuchungen gut geeignet, weil sie sich zum einen gut in Gespräche einbetten lässt und sich zum anderen gerade zur Überprüfung der morpho-syntaktischen Fähigkeiten von Kindern bewährt hat. Zwar lassen sich die Impulse nicht so detailliert im Vorfeld planen wie in einem Testverfahren oder in einem psycholinguistischen Experiment. Dennoch können Kinderärzt/innen diese Methode so einsetzen, dass das Kind in einem Gespräch besonders häufig angeregt wird, verbhaltige Äußerungen und ganze Sätze zu produzieren, die eine Beurteilung seiner morpho-syntaktischen Fähigkeiten erlauben. Im Deutschen bieten sich verschiedene Impulse für die Elizitierung verschiedener syntaktischer Strukturen an. Neben Satzanfängen sind Fragen besonders für Elizitierungen geeignet, weil diese sich flexibel in ein Gespräch mit einem Kind einbetten lassen. Je nach Fragetyp lassen sich in einem mündlichen Dialog Antworten mit unterschiedlicher Komplexität und unterschiedlichen grammatikalischen Strukturen elizitieren.

Fragen für die elizitierte Produktion

Im Deutschen sind grundsätzlich verschiedene Satztypen verfügbar, um ein Kind zu sprachlichen Äußerungen zu veranlassen und von ihm Informationen zu erbitten. Der syntaktischen Form nach stellen neben Imperativsätzen wie *Erzähl mal!* oder Deklarativsätzen wie *Das kannst du mir bestimmt erzählen* vor allem Fragesätze (Interrogativsätze) eine Möglichkeit dar, ein Kind zu einer Äußerung zu veranlassen. Fragen sind das verbreitetste sprachliche Mittel, mit dem ein Gesprächspartner zu einer sprachlichen Äußerung aufgefordert werden kann. Kinder begegnen ihnen in der Familie und später auch in pädagogischen Kontexten. Fragen als Satztypen kommen in allen Sprachen vor, wenngleich sie einzelsprachlich unterschiedlich realisiert werden. Im Deutschen sind sie an ihren spezifischen syntaktischen Strukturen, an Fragepronomen und ihrer Intonation zu erkennen. Fragen werden sprachübergreifend als Bitte um Informationen und als Aufforderung zu einer (verbalen oder nonverbalen) Antwort, die die Informationslücke füllt, verstanden (Bußmann, 2002). Mit einer Frage wird vorgegeben, ob eine Antwort erwartet wird und welche syntaktische Struktur diese haben kann. Je nach Fragetyp ist keine Antwort, eine Ja/Nein-Antwort, eine spezifische Konstituente oder ein ganzer Satz als Antwort angemessen. Fragen lassen sich im Deutschen nach verschiedenen Kriterien klassifizieren (z. B. Eisenberg, 2006; Peyer, 2011; Wöllstein, 2016). Eine Klassifikation nach funktionalen Kriterien stellt die Funktion der Frage im Dialog in den Mittelpunkt: Fragen werden unter diesem Gesichtspunkt bspw. nach Entscheidungsfragen, Ergänzungsfragen und Vergewisserungsfragen eingeteilt. Die Klassifikation von Fragen nach ihrer syntaktischen Struktur hingegen erfolgt nach der Position des Verbs im Satz: Es werden Fragen mit Verberststellung (V1), Verbzweitstellung

(V2) und Verbletzstellung (VL) unterschieden. Zudem werden direkte Fragen, die alleine stehen, von indirekten Fragen, die in einen übergeordneten Satz eingebettet sind, unterschieden.

Im Folgenden werden die verschiedenen Fragetypen des Deutschen mit ihren spezifischen Form- und Funktionsmerkmalen sowie möglichen Antwortstrukturen entlang der Verbstellungen beschrieben. Als Grundlagen wurden die Darstellungen in Eisenberg (2006), Granzow-Emden (2014), Meibauer et al. (2013), Peyer (2011), Reis (2013) und Wöllstein (2016) herangezogen. Zuerst werden die direkten, anschließend die indirekten Fragen beschrieben.

Zu den direkten Fragen zählen Fragen mit V1-, V2- und VL-Struktur. Sie können ihrer Funktion nach Entscheidungsfragen (auch Ja/Nein-Fragen genannt), Alternativfragen, Vergewisserungsfragen, Informationsfragen (auch W-Fragen, Argumentfragen oder Ergänzungsfragen genannt), Bestätigungsfragen, Echofragen oder deliberative Fragen sein. Entscheidungsfragen wie *Hast du morgen Zeit zum Spielen?* sind ihrer syntaktischen Form nach V1-Fragen. Auf diese Fragen wird als Antwort ein *Ja* oder *Nein* erwartet. Auch Alternativfragen wie *Sollen wir Memory oder Uno spielen?*, *Kommst du heute, morgen oder übermorgen?* oder *Möchtest du mit dem Roller fahren oder lieber laufen?* weisen eine V1-Struktur auf. Sie unterscheiden sich von Entscheidungsfragen dadurch, dass sie nicht mit *Ja* oder *Nein* beantwortet werden können, sondern dem Sprecher in der Frage zwei (oder mehr) Alternativen als mögliche Antworten vorgegeben werden. Weitere Fragen mit V1-Struktur sind Vergewisserungsfragen wie *Musst du nicht zur Schule?*, die mit *Ja*, *Nein* oder *Doch* beantwortet werden können, und deliberative Fragen (*Ob das wohl gutgeht?*) sowie rethorische Fragen wie *Hast du mich nicht gehört?*, auf die keine Antwort erwartet wird.

Unter den Fragen mit V2-Struktur stellen W-Fragen (Informationsfragen) wie *Wer bringt dich in den Kindergarten?* den am häufigsten verwendeten Fragetyp dar. W-Fragen beginnen mit einem W-Fragewort; dieses kann ein Interrogativpronomen, z. B. *wer*, *wen* oder *wessen*, oder ein Interrogativadverb, z. B. *wohin*, *wann* oder *womit*, sein. Das finite Verb folgt an zweiter Position im Satz. Je nach Kontext lassen diese Fragen eine größere Menge an möglichen Antworten zu. Die Klasse der W-Fragen wird weiter danach unterteilt, nach welchem Satzglied mit dem W-Wort gefragt wird: Zu den Argumentfragen zählen Subjektfragen, z. B. *Wer ist am Telefon?* oder *Was liegt dort auf dem Tisch?*, und Objektfragen, z. B. *Wen hast du eben angerufen?* oder *Wem hast du das erzählt?*. Als Adjunktfragen werden Fragen nach Angaben, z. B. *Wo treffen wir uns?*, *Wann treffen wir uns?* oder *Warum wollen wir uns so spät treffen?* bezeichnet. Außer W-Fragen können im Deutschen auch V2-Sätze bei entsprechender Intonation die Funktion einer Frage übernehmen (z. B. *Du warst heute im Kindergarten?*). Sie können als Bestätigungs-, Vergewisserungs- oder Echofragen dienen. Deliberative Fragen (*Ob das wohl gutgeht?*) weisen eine VL-Struktur auf und erfordern keine Antwort.

Neben diesen direkten Fragen sind im Deutschen auch indirekte Fragen gebräuchlich, in denen eine Frage in einen übergeordneten Satz (Matrixsatz) eingebettet ist (Eisenberg, 2006), wie die folgenden Beispiele verdeutlichen.

- (1) Sag mal, was das ist! (statt: Was ist das?)
- (2) Schau mal, wer da sitzt! (statt: Wer sitzt da?)
- (3) Weißt du, wo die Buntstifte sind? (statt: Wo sind die Buntstifte?)
- (4) Ich möchte wissen, ob du heute schon gefrühstückt hast. (statt: Hast du heute schon gefrühstückt?)
- (5) Ich kann mir vorstellen, was du dir zum Geburtstag wünschst. (statt: Was wünschst du dir zum Geburtstag?)

Der Matrixsatz kann z. B. ein Imperativsatz wie in (1) und (2), eine V1-Entscheidungsfrage (3) oder auch ein Deklarativsatz wie in (4) und (5) sein. Entsprechend unterscheiden sich die Sätze auch hinsichtlich des Satzschlusszeichens. Die eingebettete Frage kann als Entscheidungsfrage mit *ob* (4) oder als W-Frage mit einem W-Wort wie in (1), (2), (3) und (5) eingeleitet werden. Während die Einbettung einer W-Frage in einen Imperativsatz wie in (1) den Anforderungscharakter der Frage verstärken kann, indem auch im Matrixsatz eine Aufforderung zum Sprechen enthalten ist, wird der Fragecharakter abgeschwächt, wenn der Imperativ im Hauptsatz zu einer anderen Handlung auffordert (2). Bei Einbettung einer W-Frage in eine übergeordnete Entscheidungsfrage (3) werden hingegen gleich zwei Fragen an ein Kind gerichtet, die miteinander konkurrieren. Die übergeordnete Entscheidungsfrage verlangt lediglich ein *Ja* oder *Nein* als Antwort; mit der eingebetteten W-Frage wird hingegen nach einer Information und aus syntaktischer Perspektive nach einer Satzkonstituente gefragt. Adäquate Antworten wären hier neben *Ja* und *Nein* auch bspw. *In der Schublade*. Das befragte Kind muss erkennen, auf welche der beiden Fragen eine Antwort von ihm erwartet wird. In (4) und (5) handelt es sich um in einen Deklarativsatz eingebettete Fragen. Während in (4) der Wunsch nach Informationen vom Gesprächspartner durch das Verb im Matrixsatz (*wissen möchten*) zusätzlich unterstrichen wird, wird der Fragecharakter des eingebetteten Fragesatzes in Beispiel (5) durch die deklarative Aussage im übergeordneten Matrixsatz abgeschwächt. Es ist nicht eindeutig, ob eine Antwort auf die Frage erwartet wird. Dies hängt letztlich vom Gesprächskontext ab.

Die Beispiele veranschaulichen, welchen Herausforderungen Kindern bei der Interpretation indirekter Fragen begegnen. Es handelt sich um komplexe Sätze, die grundsätzlich von Kindern schwerer zu interpretieren sind als einfache Sätze, da beide Teilsätze zu berücksichtigen sind (Schulz, 2007c). Bei eingebetteten W-Fragen wird die Interpretation zusätzlich dadurch erschwert, dass es im Deutschen formgleiche Relativpronomen gibt, die dem damit eingeleiteten Relativsatz keine indirekte Fragebedeutung verleihen (Eisenberg, 2006), wie z. B. in *Er kauft, was er versprochen hat*. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die verschiedenen Fragetypen.

Tabelle 8. Fragen im Deutschen – Klassifikation nach Form und möglichen Antworten

Fragetyp	syntaktische Merkmale	Beispiele	Zielantwort/ Funktion
Entscheidungsfrage/ Ja/Nein-Frage	V1	<i>Gehst du später noch in den Kindergarten?</i>	Bestätigung bzw. Ablehnung der Proposition durch nonverbale Reaktion oder <i>Ja/Nein</i> (ggf. mit Ergänzung, z. B. <i>Nein, heute nicht</i>) Auch andere Aussagen wie <i>Weiß ich nicht./ Vielleicht.</i> möglich
Alternativfrage	V1	<i>Möchtest du Pommes oder Nudeln essen?</i> <i>Möchtest du mit dem Roller fahren oder lieber laufen?</i>	Auswahl einer vorgeschlagenen Alternative, auch Ablehnung beider möglich (<i>Danke, gar nichts.</i> bzw. <i>Ich fahre lieber Rad.</i>)
Rhetorische Frage	V1	<i>Habe ich Dir das nicht schon zweimal gesagt?</i>	Keine Antwort erforderlich
Vergewisserungsfrage	V1 (mit unbetontem ‚nicht‘)	<i>Musst du nicht zur Schule?</i>	<i>Ja/Nein/Doch</i> (tendenziell Zustimmung erwartet) oder bspw. <i>Ich weiß nicht.</i>
	V2 (mit Frageanhängsel)	<i>Du hast noch einen Bruder, nicht wahr?</i> <i>Das ist dein Rucksack, oder? ..., stimmt's?</i>	<i>Ja/Nein</i> (tendenziell Zustimmung erwartet) oder bspw. <i>Ich weiß nicht.</i>
W-Frage/ Ergänzungsfrage/ Informationsfrage/ Argumentfrage	V2 mit W-Fragewort	Subjektfrage: <i>Wer backt den Kuchen?</i> Objektfrage: <i>Was wünschst du dir?</i> Adjunktfrage: <i>Wann hast du Geburtstag?</i> <i>Warum kommt er nicht?</i>	Konstituente (Argument oder Adjunkt) zur Schließung der durch das W-Pronomen markierten Lücke: <i>Meine Mutter., Ein Fahrrad., Am Sonntag., Weil er krank ist./ Er ist krank.</i>
Bestätigungsfrage	V2 (mit ansteigender Intonation)	<i>Du gehst schon in den Kindergarten?</i>	<i>Ja/Nein</i> (tendenziell Zustimmung erwartet) oder <i>Ich weiß nicht.</i>
Echo-Entscheidungsfrage	V2 (mit ansteigender Intonation und Betonung auf dem in Frage stehenden Satzteil)	<i>Du bist schon FÜNF Jahre alt?</i>	<i>Ja/ Nein</i>
Echo-W-Frage	V2 mit betontem in-situ-W-Fragewort	<i>Du bist WIE alt?</i>	Konstituente: <i>Fünf Jahre</i>
Deliberative Frage	VL mit ‚ob‘ oder W-Fragewort	<i>Ob das wohl gutgeht?</i> <i>Wem der wohl gehört?</i> <i>Wann er wohl kommt?</i>	Keine Antwort erforderlich
Indirekte Frage, als Entscheidungs- oder W-Frage	VL mit ‚ob‘ oder mit W-Fragewort	<i>Schau mal, ob du das erkennst!</i> <i>Erzähl mir mal, wo du heute warst!</i>	<i>Ja/Nein</i> Konstituente zur Schließung der durch das W-Pronomen markierten Lücke: <i>Im Kindergarten.</i>

Anmerkungen. Eigene Beispiele; V1 = Verberstsatz, V2 = Verbzweitsatz, VL = Verbletztsatz

Für die Sprachentwicklungsdiagnostik von besonderer Bedeutung ist die Gruppe der W-Fragen, mit denen sich je nach W-Fragewort gezielt nach spezifischen Konstituenten fragen lässt. In der Literatur zu Spontansprachanalysen werden W-Fragen unter der Bezeichnung ‚offene Fragen‘ häufig empfohlen, weil sie besonders geeignet sind, um ein Gespräch mit einem Kind zu initiieren und fortzuführen (z. B. de Lamo White & Jin, 2011; Schrey-Dern, 2006). Allerdings sind nicht alle W-Fragen gleichermaßen für die Sprachentwicklungsdiagnostik geeignet, deren Ziel es ist, anhand umfangreicher und möglichst komplexer Äußerungen des Kindes mögliche Störungsmarker zu identifizieren. Für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen sind verbhaltige Antworten von Kindern zentral: in grammatischer Hinsicht, weil die Verbstellung und Verbflexion besonders häufig gestörte Erwerbsbereiche sind, und in lexikalischer Hinsicht, weil auch ein eingeschränktes Verblexikon als Symptom einer SSES gilt. Die Äußerungen der Kinder sollten nicht nur ein Verb im Infinitiv, sondern idealerweise ein Finitum enthalten. Deshalb wird die Kategorie der W-Fragen im Weiteren genauer analysiert und hinsichtlich der jeweils erwartbaren Antwortstrukturen eine weitere Differenzierung dieses Fragentyps vorgenommen.

Für das diagnostische Gespräch eignen sich insbesondere die Fragen, die in einem *mündlichen* Dialog mit hoher Wahrscheinlichkeit eine satzwertige Antwort erwarten lassen. W-Fragen werden aus syntaktischer Perspektive danach unterschieden, nach welchen Konstituenten eines Satzes (Argumenten oder Adjunkten) mit ihnen gefragt wird. Die jeweils erfragten Argumente und Adjunkte können unterschiedlich umfangreich und komplex sein. Da in der Antwort auf eine Frage Redundanzen zu vermeiden sind, werden in der Frage bereits enthaltene Informationen nicht wiederholt. Diese gelten für die Antwort weiter, so dass die Antwort lediglich die angegebene Informationslücke ausfüllt. Frage und Antwort ergänzen sich zur Proposition (Krifka, 2005). Auf eine Frage ist in der Regel nur dann ein vollständiger Satz zu erwarten, wenn der ganze Satz zum Füllen der Informationslücke dient. Mithin ist durch die Frage ein struktureller Rahmen für mögliche Antworten vorgegeben.

Auf Argumentfragen (Subjekt- und Objektfragen) wie in (6) und (7) ist als Antwort eine nominale Konstituente zu erwarten. Als Antwort auf (6) wäre *Lino kommt zum Spielen* unüblich bzw. teils redundant. Ebenso wäre *Ich habe gestern meine Oma besucht* als Antwort auf (7) eher ungewöhnlich.

- | | | |
|-----|------------------------------|---|
| (6) | Wer kommt zum Spielen? | a. Lino.
b. Mein bester Freund Lino. |
| (7) | Wen hast du gestern besucht? | a. Meine Oma. |

Auf Adjunktfragen sind unterschiedlich komplexe Antworten mit finitem oder ohne finites Verb möglich (Beispiele 8–11). Fragen mit *wozu* wie in (10) und *warum* wie in (11) eignen sich zur Elizitierung von Nebensätzen.

- (8) Wann spielt Luca mit seinem Freund Tarek? a. Nachmittags.
b. Nach dem Mittagessen.
c. Wenn er mit seinem Papa und seinem Bruder gegessen hat.
- (9) Wo ist deine Jacke? a. Da.
b. Hinter dem Schuppen.
c. Die hängt am Klettergerüst.
- (10) Wozu brauchst du den Kleber? a. Für die Pappe hier.
b. Ich will das hier aufkleben.
c. Damit das besser hält.
- (11) Warum ist Mina heute nicht im Kindergarten? a. Weil sie krank ist.
b. Sie ist krank.

Weinrich (2003) hat in seiner „Syntax des Dialogs“ (S. 819 ff.) die Eigenheiten mündlicher Dialoge analysiert. Er stellt die verschiedenen Fragetypen den im Gespräch erwartbaren, syntaktisch adäquaten Antwortstrukturen gegenüber. Der Fokus liegt auf der Variationsbreite möglicher Antworten auf verschiedene Fragetypen. Wenngleich Weinrich (2003) eine andere Terminologie verwendet, unterscheidet auch er zwischen Entscheidungsfragen (bei Weinrich „Geltungsfragen“), Alternativfragen und W-Fragen („Fokusfragen“). W-Fragen werden weiter in Argumentfragen („Rollenfragen“), mit denen nach Subjekt oder Objekt gefragt wird, und Adjunktfragen („Applikationsfragen“) unterteilt. Darüber hinaus beschreibt er noch einen weiteren Typ von W-Fragen, der für die Elizitierung von verbhaltigen Äußerungen besonders relevant ist und der in anderen sprachwissenschaftlichen Beschreibungen von W-Fragen nicht explizit unterschieden wird: die sogenannten ‚Verbfragen‘, mit denen nach dem Verb bzw. Prädikat eines Satzes gefragt werden kann. Diese Fragen erfordern anders als Argumentfragen und viele Adjunktfragen zwingend eine verbhaltige Antwort, da sie explizit nach dem Verb fragen (Weinrich, 2003). Für Verbfragen wird das Fragewort *was* in Verbindung mit einem Pro-Verb verwendet. Als Pro-Verben werden Verben bezeichnet, die semantisch vage sind; sie dienen als Platzhalter für spezifischere Verben. Weinrich (2003) führt drei Typen von Pro-Verben an: die Verben *machen* oder *tun*, allgemeinere Verben wie *passieren* oder *geschehen* und Modalverben wie *wollen*. Sie markieren jeweils eine Informationslücke, die durch die Antwort gefüllt werden soll. Solche Frage-Antwort-Paare werden in den Beispielen (12) (13) und (14) veranschaulicht.

Das Pro-Verb *machen* wird im Antwortsatz durch ein semantisch präziseres Verb ersetzt. Außer dem von Weinrich angeführten Hauptsatz (12a) ist auch eine Infinitivphrase (12b) als Antwort adäquat und in mündlichen Gesprächskontexten durchaus üblich. Solche Infinitivphrasen liefern in

der Diagnostik zwar Informationen über das Verblexikon des Kindes, nicht aber über seinen morpho-syntaktischen Entwicklungsstand: Die Fähigkeiten, ein Subjekt im Satz zu realisieren, Finitheit am Verb zu markieren und das Verb zielsprachlich in der V2-Stellung zu positionieren, sind an diesen Antworten nicht erkennbar.

(12) Was machen Sie denn auf dem Standesamt?

- a. Ich bestelle mein Aufgebot. (Weinrich, 2003, S. 885)
- b. Mein Aufgebot bestellen.

Neben der Verwendung von *was* mit den Verben *machen* oder *tun* kann auch in allgemeiner Form nach dem Geschehen gefragt werden kann, wenn der Fragende kaum Vorinformationen über die Situation hat. Dafür eignen sich die Fragen (13) bis (18), die mit dem Fragepronomen *was* und folgenden Verben gebildet werden (Weinrich, 2003):

(13) Was passiert da?

(14) Was geschieht da?

(15) Was ereignet sich da?

(16) Was ist da los?

(17) Was geht da vor?

(18) Was spielt sich da ab?

Diese Fragen sind für die Sprachentwicklungsdiagnostik besonders geeignet, weil sie das Kind zum Erzählen anregen und zudem – sofern es nicht nur mit einer knappen verblosen Äußerung wie in (19c) antwortet – zwingend einen Antwortsatz mit Subjekt und finitem Verb (19a, b, c) erfordern. Eine Antwort mit einem Infinitiv wäre ungrammatisch, wie Beispiel (19e) zeigt. Als Antworten sind neben Sätzen mit Subjekt-Verb-Inversion und bspw. einem Adverbial im Vorfeld (19b) vor allem Antworten mit vorangestelltem Subjekt (19a) zu erwarten. Bei Verwendung einstelliger Verben wie bspw. *kommen* in (19a) erlauben diese aufgrund der nicht erforderlichen Besetzung des Mittelfeldes oft sehr kurzen S-V-Sätze keinen eindeutigen Hinweis auf den Erwerb der V2-Stellung. Richtet sich die Frage im Kontext hingegen auf eine Handlung, die durch ein (mindestens) zweistelliges Verb zutreffend beschrieben wird (19c), ist ein Satz mit eindeutig erkennbarer V2-Stellung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

(19) Was passiert denn da?

- a. Die Polizei kommt.
- b. Da kommt die Polizei.
- c. Der Polizist fängt den Dieb.
- d. Nichts Besonderes.
- e. *Polizei kommen. (* = ungrammatisch)

Mit einem weiteren Beispiel (20) veranschaulicht der Autor, dass in einer *was*-Frage auch ein Modalverb als Proverb verwendet werden kann, wenn in der Antwort ein solches erwartet wird.

(20) Was wollen Sie denn auf dem Finanzamt? – Ich will meine Steuern bezahlen.

(Weinrich, 2003, S. 885)

Allerdings ist auf Fragen mit Modalverben als Pro-Verb nicht zwingend eine verbhaltige Antwort nötig, wenn etwa wie in Beispiel (21) kein lokales Adverbial enthalten ist, denn in der mündlichen Sprache werden Modalverben auch als Vollverben verwendet, wie anhand der Beispiele (21) und (22) deutlich wird.

(21) Was willst du? Ein Glas Wasser.

(22) Was willst du in der Küche? Wasser holen.

Ergänzend zu diesen Fragen ist im Hinblick auf verbhaltige Antworten ein weiterer Fragetyp aus Weinrichs (2003) Dialogsyntax zu nennen, der bei ihm als „Frage nach den Umständen“ (S. 890) bezeichnet wird. Es handelt sich um Fragen wie unter (23) mit dem Fragepronomen *wie* und spezifischen Verben, mit denen sich Erklärungen und Beschreibungen abrufen lassen:

(23) Wie macht man das?/ Wie geht das?/ Wie funktioniert das?

a. Ganz einfach.

b. Einmal hier drücken.

c. Du musst nur kräftig drücken.

Die unspezifische Bedeutung der Verben *machen*, *gehen* und *funktionieren* in diesen Fragen soll in der Antwort ebenfalls durch eine (mehr oder weniger detaillierte) Vorgangs- oder Tätigkeitsbeschreibung spezifiziert werden, die eine Antwort mit infinitem (23b) oder finitem Verb (23c) erwartbar macht.

Außer diesen von Weinrich aufgeführten Fragen eignet sich ein weiterer Fragetyp als Impuls zur Produktion von Sätzen mit finiten Verben: die *W*-Frage mit sprechaktbezeichnenden Verben (auch Verben des Sagens, *verba dicendi* genannt), bspw. *sagen* oder *fragen*, und mentalen Verben (auch Verben des Denkens, *verba sentiendi*), bspw. *meinen*, *denken* oder *glauben* (Eisenberg, 2006), wie in (24) und (25) veranschaulicht.

(24) Was fragt er wohl? a. Er fragt, ob sie Hunger hat.

b. Er fragt, was sie essen möchte.

c. Hast du Hunger?

(25) Was denkt sie wohl?

a. Sie denkt, dass er recht hat.

b. Dass er recht hat.

Auf diese Fragen kann mit indirekter Rede in Form eines durch Subjunktion (24a) oder W-Pronomen (24b) eingeleiteten Nebensatzes oder Komplementsatzes (25a) geantwortet werden. Ebenso kann ein unabhängiger Fragesatz (24c) oder Aussagesatz verwendet werden. Auch ein Komplementsatz allein ist als Antwort ausreichend (25b).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es für die Qualität eines diagnostischen Gesprächs entscheidend ist, welche sprachlichen Impulse verwendet werden, um dem Kind Äußerungen zu ‚entlocken‘. Für die pädiatrische Diagnostik sollten Fragetypen verwendet werden, die verbhaltige Antworten elizitieren. Nur mit spezifischen Fragen lassen sich verbhaltige Antworten elizitieren. Indirekte Fragen sollten vermieden werden, weil sie für die Kinder schwerer zu interpretieren sind als direkte Fragen. Unter den direkten Fragen ist die Klasse der W-Fragen besonders geeignet für diagnostische Gespräche, da mit diesen Fragen verschiedene Konstituenten eines Satzes erfragt werden können. Mit spezifischen W-Fragen lassen sich verbhaltige Antworten elizitieren. Auf Verbfragen (Weinrich, 2003) mit dem Fragepronomen *was* oder *wie* und einem Proverb, wie in *Was machst du da?*, können verbhaltige Äußerungen erwartet werden. Diese Fragen werden zudem aufgrund ihrer syntaktischen Struktur und der bereits früh erworbenen Fragepronomen von Kindern schon früh verstanden (Siegmüller et al., 2005; Schulz, 2007c). Sie eignen sich besonders, um Kinder zur Produktion verbhaltiger Äußerungen und vollständiger Sätze zu veranlassen. Vor allem Verbfragen des Typs *Was passiert denn da?* oder *Was ist da los?* können Kinder gezielt zur Produktion von Sätzen angeregen. Je nach Kooperationsbereitschaft und sprachlichen Möglichkeiten antworten sie sogar mit einer kleinen Erzählung. Verfügen sie noch nicht über die entsprechenden grammatischen Kompetenzen, antworten sie auf diese Fragen mit einem einzelnen Wort oder einer Phrase. Neben diesen Verbfragen lassen sich auch mithilfe von Fragen mit Verben des Sagens und Denkens, wie *Was sagt sie dann wohl?*, sowie mit Fragen nach kausalen und finalen Adjunkten, wie *Warum lacht der so?*, Sätze elizitieren. Die Anforderungen an die Gesprächsimpulse werden in Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9. Anforderungen an Gesprächsimpulse im Überblick

Anforderungen an die Gesprächsimpulse

Für die SSES-Diagnostik sind Äußerungen, die finite Verben in V2-Position enthalten, besonders relevant. Diese lassen sich im Gespräch mit dem Kind mithilfe gezielt ausgewählter Fragetypen elizitieren. Folgende Fragen sind deshalb für die Früherkennungsuntersuchungen besonders geeignet.

W-Fragen, die als Antwort einen Hauptsatz mit finitem Verb erfordern und ggf. zu einer Erzählung anregen

- Was passiert/geschieht da?
- Was ist da los?
- Was geht da vor?

Wird mit der Frage auf eine konkrete Handlung referiert (z.B. durch einen Bildimpuls), die mit einem mindestens zweiwertigen Verb zu benennen ist, kann in der Antwort aufgrund der Mittelfeldbesetzung auch die V2-Position des Verbs analysiert werden.

W-Fragen, die als Antwort eine Verbalphrase mit Infinitiv oder einen Hauptsatz erwarten lassen

- Was macht/tut er da?
 - Wie macht man das?
 - Wie geht/funktioniert das?
-

W-Fragen, auf die als Antwort mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Nebensatz (mit finitem Verb in VL-Position) oder ein V2-Satz erwartet werden kann.

- Was fragt/sagt er da?
 - Was denkt/meint/glaubt sie wohl?
 - Warum/wieso/ weshalb ist er wohl so traurig?
 - Wozu braucht der denn den Eimer?
-

Durch die Verwendung dieser Fragetypen lässt sich die Qualität eines diagnostischen Gesprächs gegenüber einem spontan verlaufenden Gespräch verbessern. Die Fragen eignen sich ebenso für die Durchführung informeller Diagnostikverfahren, bei denen keine detaillierte Anleitung zur Durchführung vorliegt. Es ist zu erwarten, dass sich durch die Verwendung dieser Fragen die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Kind in kurzer Zeit aussagekräftige Äußerungen produziert, erhöhen lässt. Antwortet bspw. ein Kind mit frühem DaZ-Erwerb nach mehr als zwölf Monaten regelmäßigem Kontakt zum Deutschen auf eine Frage, die zwingend einen Satz mit finitem Verb als Antwort erfordert, mehrfach mit verblosen Äußerungen oder Äußerungen mit Infinitiven, kann dies als Hinweis auf eine SSES interpretiert werden, der mit einem systematischen Testverfahren abgeklärt werden sollte. So kann auch ein diagnostisches Gespräch oder ein nicht standardisiertes Verfahren einen wertvollen Beitrag zur Sprachentwicklungsdiagnostik liefern.

Wie die mit verschiedenen Verfahren und Methoden gewonnen Informationen über die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes zu einer Diagnose zusammengeführt und wie davon ausgehend Entscheidungen über notwendige Interventionen getroffen werden sollten, wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

4.5 Diagnosestellung und Interventionsentscheidung

Nach der Untersuchung des Kindes müssen die gewonnenen Sprachdaten ausgewertet, mit den Informationen aus der Anamnese und Beobachtung zusammengeführt und interpretiert werden, um eine verlässliche Diagnose zu stellen. Wurde eine Ursache für die festgestellten Auffälligkeiten

ermittelt, müssen unter Einbezug der Prognose die verfügbaren Möglichkeiten abgewogen und es muss eine Entscheidung über Interventionsmaßnahmen getroffen werden. In diesem Abschnitt wird unter Bezug auf die interdisziplinären Leitlinien (de Langen-Müller et al., 2011) und die Forschung zur Wirksamkeit von Sprachtherapie begründet, welche wissenschaftlichen Anforderungen an diesen Analyse- und Entscheidungsprozess gestellt werden.

Diagnosestellung

Unstrittig ist, dass eine Diagnostik der Sprachentwicklung früh und zu mehreren Zeitpunkten als ein Prozess entlang der kindlichen Entwicklung stattfinden sollte, so wie es bereits im pädiatrischen Früherkennungsprogramm verankert ist. In Bezug auf die Qualität der Diagnostik einer (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörung besteht die Anforderung bei einem mehrsprachigen Kind darin, die sprachlichen Auffälligkeiten und ihre Ursachen zuverlässig zu erkennen und unter Berücksichtigung ihres Spracherwerbstyps als Ergebnis des diagnostischen Prozesses der richtigen Diagnose zuzuordnen, um schließlich adäquate und wirksame Maßnahmen daraus abzuleiten.

Ausgehend von den aktuellen Erkenntnissen zu Sprachentwicklungsstörungen, zu Leitsymptomen und verschiedenen Subtypen (s. Abschnitt 2.1.1) sollte eine SSES-Diagnose die Symptome auf den verschiedenen sprachlichen Ebenen differenziert beschreiben. Bei der Diagnosestellung muss der Schweregrad der sprachlichen Auffälligkeiten berücksichtigt werden. Erst das Vorliegen gravierender Defizite, jenseits einer normalen Variation in der Entwicklung, kann als ein Hinweis auf eine SSES interpretiert werden. Ist kein standardisiertes Verfahren verfügbar, liegt es letztlich im Ermessen des Arztes, wie dieses Kriterium auszulegen ist. Ist ein standardisiertes Testverfahren verfügbar, sollte ein Schwellenwert (Cut-off-Kriterium) zur Feststellung einer (S)SES festgelegt werden, sofern dieser nicht im Verfahren bereits vorgegeben ist. Die rezeptiven und/oder expressiven Fähigkeiten des Kindes sollten nach Ansicht verschiedener Expert/innen bei einsprachigen Kindern auf einer oder mehreren sprachlichen Ebenen etwa 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der entsprechenden Altersnorm liegen (Bishop et al., 2016; Bode, 2007; de Langen-Müller et al., 2011). Die diagnostischen Kriterien in der klinischen Praxis und in der Forschung variieren jedoch international (für einen Überblick s. Thordardottir, 2015b).

Während bei einsprachigen Kindern gravierende Abweichungen in der sprachlichen Entwicklung anhand bekannter Entwicklungsschritte der gleichaltrigen Kinder beurteilt werden können, ist bei mehrsprachigen Kindern, wie in Abschnitt 2.2.2 dargelegt wurde, die Beurteilung des Sprachstandes schwieriger. Es gibt für diese Kinder keine einfach anzuwendenden Cut-off-Kriterien, anhand derer zwischen Sprachentwicklungsstörungen und schwachen, aber noch im Bereich der normalen Variation liegenden sprachlichen Fähigkeiten unterschieden werden kann (Bishop et al., 2016). Sprachauffälligkeiten und deren Schweregrad sind ausschließlich mit einem standardisierten Verfahren mit differenzierten Normen möglich, die AoO und Kontaktdauer systematisch berücksichtigen. Auch die Zuordnung der Symptome zu verschiedenen Ursachen ist bei mehrsprachigen Kindern schwierig:

Neben einer Sprachentwicklungsstörung oder einer kurzen Kontaktdauer kann auch ein geringer sprachlicher Input ursächlich sein. Zudem können mehrere dieser Ursachen zusammenwirken. Eine Ursachenbestimmung ist folglich nur möglich, wenn Informationen über die Sprachbiografie und die individuellen Erwerbsbedingungen berücksichtigt werden.

Seitens der Medizin wird nicht nur eine dichotome Unterscheidung zwischen Auffälligkeiten mit und ohne Krankheitswert gefordert, sondern im Falle eines Verdachts auf eine Sprachentwicklungsstörung auch eine Zuordnung der Symptome zu den verschiedenen in der ICD-10 (DIMDI, 2020) beschriebenen Störungsbildern und Diagnoseschlüsseln (s. Abschnitt 3.3). Eine ärztliche Sprachentwicklungsdiagnostik, die sich vorschriftsgemäß an den Klassifikationsschlüsseln der ICD-10 ausrichtet, unterscheidet mithin nach Ausschluss von Primärbeeinträchtigungen vor allem Störungen der rezeptiven und expressiven Fähigkeiten und der Artikulation sowie das Vorliegen von Lispeln. In den interdisziplinären Leitlinien (de Langen-Müller et al., 2012) wird Kritik an dieser kategorischen Unterteilung nach expressiven und rezeptiven Symptomen einer SSES geübt und darauf hingewiesen, dass in der klinischen Praxis keine Fälle auftreten, die sich trennscharf einer expressiven oder rezeptiven Störung zuordnen lassen. Die Klassifikation der WHO wurde hinsichtlich der Unterscheidung rezeptiver und produktiver Störungen inzwischen überarbeitet. In der im Jahr 2022 in Kraft tretenden ICD-11 wird zwischen einer Sprachentwicklungsstörung mit Beeinträchtigung der rezeptiven und expressiven Sprache und einer Sprachentwicklungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung der expressiven Sprache unterschieden (Melzer et al., 2018). In der ICD-10-Klassifikation fehlen darüber hinaus sowohl für einsprachige als auch für mehrsprachige Kinder Hinweise auf die anamnestisch zu erfassenden Frühindikatoren und Risikofaktoren (Grimm & Schulz, 2014a, 2017), mit denen sich die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung absichern lässt. Diese sind als Kriterien für eine zuverlässige SSES-Diagnose essenziell.

Insgesamt zeigt sich, dass die Diagnose einer SSES bei mehrsprachigen Kindern ein komplexer Beurteilungsprozess ist, in dem die vielfältigen Informationen aus der Anamnese und der Untersuchung des Kindes zusammengeführt und mit den Definitionskriterien einer SSES abgeglichen werden müssen, um zu einem zuverlässigen Ergebnis zu kommen. An die Diagnose schließt sich die Entscheidung über eine Intervention an, die ebenfalls einen komplexen Prozess darstellt.

Interventionsentscheidung: Art und Zeitpunkt

Unumstritten ist, dass eine Interventionsmaßnahme, die sich an die Diagnose einer SSES (bzw. das Vorliegen eines entsprechenden Verdachts) anschließt, wirksam sein sollte. Sie sollte geeignet sein, die bestehenden Symptome zu beheben oder zumindest zu lindern und dadurch die weitere gesundheitliche Entwicklung des Kindes positiv zu beeinflussen (Bode, 2007). Ebenso besteht Einigkeit darüber, dass eine Intervention zum Kind und zur familiären Situation passen sollte (de Langen-Müller et al., 2011), da die erfolgreiche Durchführung nicht zuletzt bspw. von der Kooperationsbereitschaft von Eltern und Kind und den familiären Ressourcen abhängt.

Grundsätzlich stehen den Ärzt/innen, wie in Abschnitt 3.3 skizziert, drei verschiedene Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung: *Erstens* kann eine Beratung der Eltern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung stattfinden. Über den Nutzen einer frühen Elternberatung als Beitrag zur Prävention von Entwicklungsbeeinträchtigungen besteht Konsens. In der Beratung der Eltern mehrsprachiger Kinder können Fragen zur mehrsprachigen Erziehung geklärt und Empfehlungen für die häusliche Förderung der Sprachentwicklung in der Erst- und Zweitsprache gegeben werden. Daneben besteht *zweitens* in unklaren Fällen oder bei Auffälligkeiten im Grenzbereich auch die Möglichkeit einer engmaschigen Entwicklungskontrolle durch Wiedervorstellung des Kindes. Paradis et al. (2011) und Bishop et al. (2016) empfehlen bei Kindern, deren Kenntnisse in der Zweitsprache noch sehr gering sind und deren Sprachentwicklung deshalb noch nicht beurteilbar ist, einen ‚Response-to-Intervention‘-Approach, in dem diese Kinder so schnell wie möglich in eine intensive Sprachfördermaßnahme eingegliedert werden, um dann ihre Entwicklung beobachten zu können. Nach einem gewissen Zeitraum wird evaluiert, ob sie auf die Förderung ansprechen oder ihre Entwicklung trotz Förderung stagniert. Dadurch lässt sich ausschließen, dass sprachliche Auffälligkeiten des Kindes auf mangelnden Input zurückzuführen sind. Da Kinderärzt/innen in Deutschland jedoch keine Kinder zu Sprachfördermaßnahmen zuweisen können, kann ein solches Vorgehen lediglich im Rahmen einer Elternberatung vorgeschlagen und in Absprache mit der Kindertagesstätte umgesetzt werden. Schließlich kann *drittens* eine Behandlung des Kindes durch Verordnung eines Heilmittels, d. h. Logopädie bzw. Sprachtherapie, eingeleitet werden. Ziel von Sprachtherapie ist es, Defizite des Kindes im Bereich der Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten durch systematische Unterstützung des Spracherwerbs auszugleichen und mögliche Folgeprobleme zu reduzieren bzw. zu vermeiden (Kauschke & de Langen-Müller, 2020).

Die Forschung zur Wirksamkeit von Sprachtherapie ist noch nicht sehr umfangreich und die Ergebnisse sind uneinheitlich.³ Untersuchungen zu Therapieeffekten sind aufgrund der verschiedenen verwendeten Methoden und Verfahren, der unterschiedlichen Therapiefrequenz und Interventionsbereiche, der häufigen Mehrfachbeeinträchtigungen der behandelten Kinder sowie uneinheitlicher Dokumentationspraktiken anspruchsvoll (de Langen-Müller & Hielscher-Fastabend, 2007). Neben wenigen randomisierten Studien liegen vor allem einzelfallbasierte Studien in diesem Bereich vor. Es zeichnet sich ab, dass Sprachtherapien zu kurzfristig positiven Effekten führen; langfristige Effekte wurden hingegen bisher kaum nachgewiesen. Auch eine Überlegenheit einer frühen gegenüber einer späten Therapie ist nicht empirisch belegt (IQWiG, 2009; von Suchodoletz, 2009, 2010). Zudem wurde nicht untersucht, ob eine Therapie unerwünschte Nebeneffekte haben kann (IQWiG, 2009).

Es wird davon ausgegangen, dass die Wirksamkeit einer Therapie je nach Alter des Kindes, dem betroffenen sprachlichen Bereich, der Intensität der Förderung und der Therapiemethode unter-

³ Im Jahr 2021 wurde erstmals eine „Interdisziplinäre (S3-)Leitlinie zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen“ (Register-Nr. 049-015) bei der AMWF angemeldet, um die Lücke zwischen sprachtherapeutischer Praxis und Forschungsevidenz künftig zu schließen (Kiese-Himmel, 2021).

schiedlich ist. Für die Wirksamkeit von Therapien bei rezeptiven Störungen gibt es keine Evidenz, vor allem hier ist weitere Forschung erforderlich. Der Bereich der Sprachproduktion scheint generell wirksamer zu behandeln zu sein als das Sprachverständnis (für einen internationalen Überblick s. Law et al., 2010). Die berichteten Therapieeffekte im Bereich der produktiven Fähigkeiten sind uneinheitlich. Therapien im Bereich der Aussprache und des aktiven Wortschatzes zeigen eine vergleichsweise deutliche Wirkung. Die internationalen Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Therapien im Bereich der Grammatikproduktion sind gemischt (s. Überblick in Law et al., 2010). Verschiedene Studien weisen nach, dass Kinder in der Therapie Fortschritte in der Grammatikproduktion erzielen. Durch einen verstärkten und optimierten sprachlichen Input und auch durch metasprachliche Methoden der Grammatiktherapie konnten nachweislich Effekte erzielt werden; ebenso erwiesen sich Kombinationen aus expliziten und impliziten Methoden als wirksam (s. Überblick in Kauschke & Rath, 2017). Kauschke & de Langen Müller (2020) weisen in einem Überblick darauf hin, dass sich im deutschsprachigen Raum durch neuere randomisierte und kontrollierte Studien die Hinweise auf eine nachweisbare Wirksamkeit von sprachtherapeutischen Ansätzen zur Behandlung lexikalischer, phonologischer und grammatischer Störungen mehren. Weber und Jenni (2012) kommen in einer Metastudie zu dem Ergebnis, dass eine frühe Sprachtherapie die produktiven Fähigkeiten in den Bereichen Phonologie, Wortschatz und Syntax verbessert. Noch weitgehend ungeklärt ist, welchen Einfluss Dauer, Häufigkeit und Menge der Therapieeinheiten auf die Wirksamkeit der Therapie in verschiedenen sprachlichen Bereichen haben (s. Überblick in Kauschke & de Langen-Müller, 2020). Durch intensivere und längere Therapien scheinen die Effekte stärker zu werden. Eine Therapie kann im Übrigen genauso wirksam sein, wenn sie, anders als in Deutschland üblich, in Gruppen durchgeführt wird; die Teilnahme auch von sprachunauffälligen Kindern scheint die Wirkung der Therapie noch zu verstärken (Law et al., 2010).

Ungeachtet der uneinheitlichen Forschungslage zu Therapieeffekten wird dafür plädiert, eine Intervention bei Kindern mit (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen möglichst früh durchzuführen (s. Beiträge in de Langen-Müller et al., 2003; Schulz, 2007b). Begründet wird diese Forderung mangels Evidenz zuvorderst mit erwerbstheoretischen Erwägungen: Nach Erkenntnissen der Spracherwerbsforschung ist eine SSES eine Folge verpasster kritischer Phasen der Entwicklung (Locke, 1994). Bei einer Therapie ab dem Alter von drei bis vier Jahren können sensible Phasen des Spracherwerbs genutzt werden, in denen die angeborenen Spracherwerbsmechanismen noch verfügbar sind (Hyltenstam & Abrahamson, 2003). Auch zur Prävention von Folgeproblemen einer SSES wird eine frühe Intervention befürwortet. Die Prognose für die sozial-emotionale Entwicklung eines Kindes ist bei frühem Therapiebeginn günstiger als bei spätem Beginn (von Suchodoletz, 2010).

Für jüngere Kinder, die als Late talker gelten, wird zur Prävention eine Schulung der Eltern, bspw. durch das Heidelberger Elterntaining (Buschmann, 2017), empfohlen (Überblick über weitere Elterntainings in Kauschke & de Langen-Müller, 2020). Elterntainings werden vor allem empfohlen, wenn die Kinder weitere Risikofaktoren für eine ungünstige Sprachentwicklung aufweisen,

d. h. Schwierigkeiten nicht nur in der Produktion, sondern vor allem im Sprachverständnis, einen geringen Bildungsstand der Mutter und eine familiäre Vorbelastung im Bereich Sprache und Schrift. Ein Elternttraining zum sprachförderlichen Verhalten und dialogischen Vorlesen führt nachweislich zur Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten ihres Kindes, gerade bei jungen Kindern, sodass ein Einbezug der Eltern in die Therapie und eine intensive Beratung ratsam sind (von Suchodoletz, 2009, 2010). Auch in den Leitlinien (de Langen-Müller et al., 2011) werden Elterntrainings als Interventionsmöglichkeit genannt. Allerdings sind diese nicht Bestandteil des Heilmittelkatalogs und können deshalb nicht von Kinderärzt/innen verordnet werden. Des Weiteren lässt sich die Sprachentwicklung von Kindern im Kitaalter nachweislich durch eine systematische Sprachförderung in Kindertagesstätten präventiv unterstützen (Fricke et al., 2013), insbesondere wenn sie von spezifisch geschulten Fachkräften durchgeführt werden (Lemmer et al., 2019). Sprachfördermaßnahmen für Kinder unter drei Jahren erweisen sich als besonders wirksam (Egert & Hopf, 2016). Doch auch diese können von den Kinderärzt/innen nicht verordnet werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine frühe Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen ratsam ist und dass trotz uneinheitlicher Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Sprachtherapie eine frühe Intervention einer späten Intervention vorzuziehen ist. Die Entscheidung über den richtigen Zeitpunkt ist abhängig von individuellen Faktoren des Kindes zu treffen. Auch bei der Entscheidung über Interventionsmaßnahmen handelt es sich um einen komplexen Prozess, der mit den einzelnen Prozessschritten der Diagnostik eng verknüpft ist. Nachfolgend wird dargestellt, wie diese Schritte miteinander zusammenhängen.

Diagnosestellung und Interventionsentscheidungen als komplexer Entscheidungsprozess

In den interdisziplinären Leitlinien zur Diagnostik von (Umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen (de Langen-Müller et al., 2011) wird ein Algorithmus zum schrittweisen Vorgehen in der pädiatrischen Diagnostik vorgestellt (s. Anhang IX). Aufgrund der Interdisziplinarität der Leitlinien sind dort auch die Aufgaben anderer Berufsfelder, wie Sprachtherapie und Sprachförderung, einbezogen. Die Besonderheiten in der Diagnostik mehrsprachiger Kinder bleiben dabei unberücksichtigt. Ausgehend von dieser Prozessdarstellung wurde für die vorliegende Arbeit ein Entscheidungsalgorithmus entwickelt, der die Besonderheiten mehrsprachiger Kinder in den Mittelpunkt stellt (s. Abbildung 7). Mit diesem Algorithmus wird dargestellt, wie die Diagnose SSES bei mehrsprachigen Kindern in einem mehrstufigen Entscheidungsprozess ermittelt werden kann. Die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten und der Einbezug von verschiedenen Expert/innen können sich bei Bedarf an mehreren Stellen des Diagnostikprozesses anschließen.

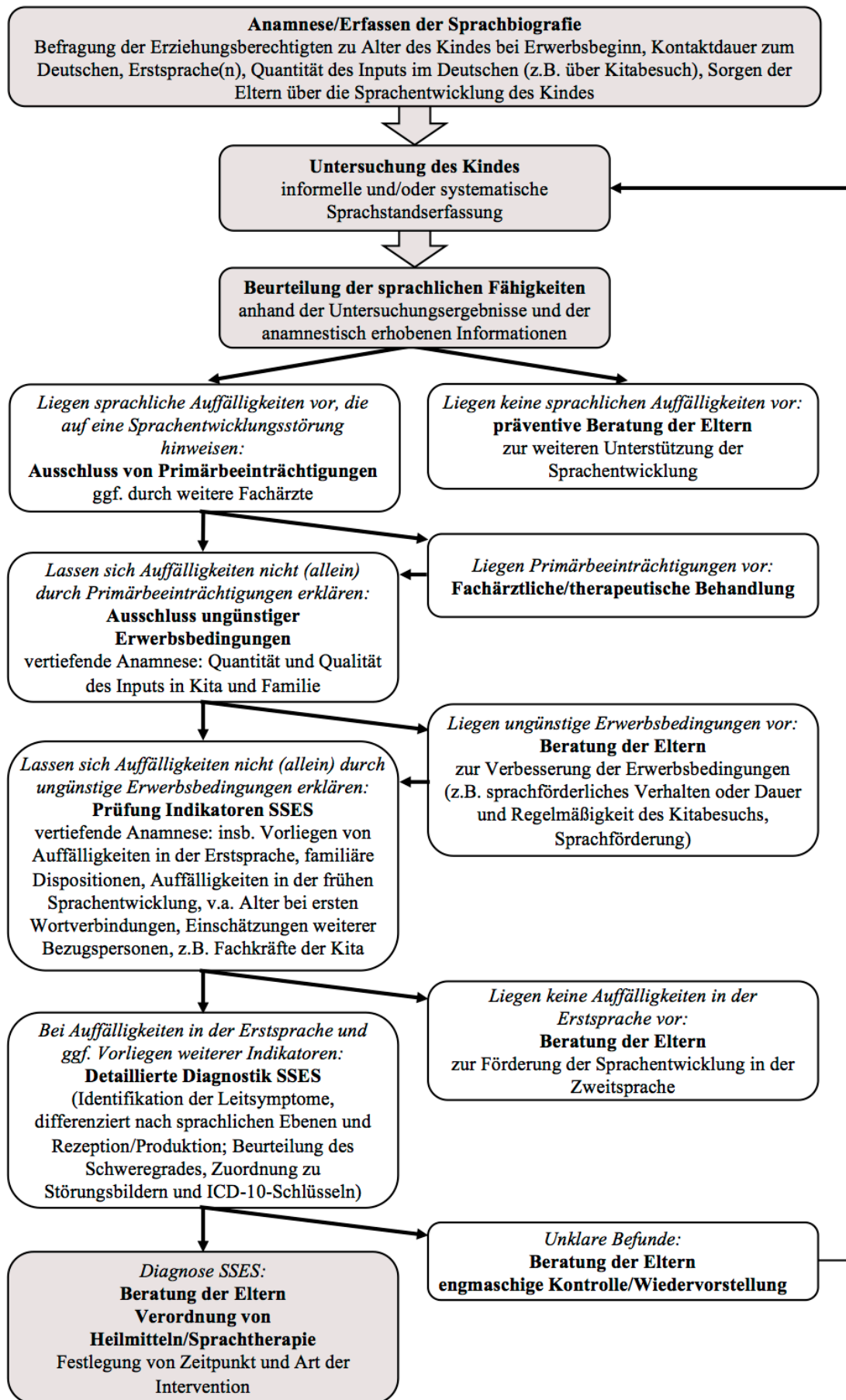


Abbildung 7. Entscheidungsalgorithmus zur Diagnostik einer SSES bei mehrsprachigen Kindern (basierend auf de Langen-Müller et al., 2011, siehe Anhang IX)

Dieser idealtypische Diagnostikverlauf lässt sich sicherlich nicht in einer einzelnen Früherkennungsuntersuchung, aber vermutlich auch nicht verteilt auf mehrere Untersuchungszeitpunkte im Früherkennungsprogramm unterbringen. Die in Studie II (Abschnitt 7.2 und 7.3.1) beschriebenen Beschränkungen durch die Rahmenbedingungen der Früherkennungsuntersuchungen bleiben hier unberücksichtigt. Insbesondere der Schritt der „detaillierten Diagnostik einer SSES“, der von der Disziplin der Mediziner/innen vor dem Hintergrund ihrer Ausbildung (s. Abschnitt 4.2) kaum zu leisten ist, andererseits aber für die ICD-10-konforme Diagnose erwartet wird, macht das in den Abschnitten 3.3 und 4.1 geschilderte Dilemma der Ärzt/innen zwischen einem gesundheitspolitisch geforderten Screening und einer von den Krankenkassen erwarteten und in den Heilmittelkatalogen angelegten Differenzialdiagnostik nochmals deutlich. Das Modell veranschaulicht, dass in einem komplexen Ein- und Ausschlussverfahren und unter Einbezug der anamnestischen Informationen über das Kind sukzessive verschiedene mögliche Ursachen für die Sprachauffälligkeiten geprüft und an verschiedenen Stellen dieses Prozesses unterschiedliche Maßnahmen angeschlossen werden müssen, um zu einem zuverlässigen Ergebnis zu kommen. Die Anforderungen an die Diagnosestellung und Intervention sind in Tabelle 10 zusammengefasst.

Tabelle 10. Anforderungen an Diagnosestellung und Intervention im Überblick

Anforderungen an die Diagnosestellung und Intervention

Ziel der Diagnostik von mehrsprachigen Kindern in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U7a bis U9 ist die frühzeitige Identifikation mit Sprachentwicklungsstörungen, die durch präventive oder therapeutische Maßnahmen behoben oder zumindest gelindert werden können, so dass eine Beeinträchtigung ihrer weiteren Entwicklung verhindert wird. Nachfolgend genannte Anforderungen sollten erfüllt sein.

Diagnosestellung

- Möglichst frühe Diagnose
 - Feststellen gravierender Auffälligkeiten auf den verschiedenen sprachlichen Ebenen; in standardisierten Verfahren Ergebnisse 1,5 bis 2 Standardabweichungen unterhalb der Normen desselben Erwerbstyps
 - Berücksichtigung der anamnestisch erfragten sprachbiografischen Informationen (v.a. AoO und Kontaktdauer)
 - Ausschluss von Primärbeeinträchtigungen
 - Überprüfung der Entwicklung in der Erstsprache
 - Absicherung eines Verdachts auf Sprachentwicklungsstörungen durch anamnestisch erhobene Frühindikatoren und Risikofaktoren
 - In leichteren oder unklaren Fällen engmaschige Kontrolle der Entwicklung/ Wiedervorstellung
-

Intervention

- Möglichst frühe Therapie (ab ca. 3 Jahren)
 - Beratung der Eltern zur Unterstützung der Sprachentwicklung
 - Berücksichtigung der individuellen Situation von Kind und Familie bei der Entscheidung über Interventionsart und -zeitpunkt
 - Gezielte Therapie der gestörten sprachlichen Bereiche
-

4.6 Zusammenfassung

Aus verschiedenen Disziplinen werden wissenschaftlich fundierte Anforderungen an eine zuverlässige Sprachentwicklungsdiagnostik gestellt. Seitens der Medizin besteht die Forderung, im Rahmen des pädiatrischen Früherkennungsprogramms ein Screening zur Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen durchzuführen. Mit dem bundesweiten Programm mit seinen regelmäßigen und flächendeckenden Untersuchungen sind wesentliche Rahmenbedingungen für ein solches Screening bereitgestellt. Allerdings konnte den Kinderärzt/innen für die Untersuchung bislang kein verbindliches evidenzbasiertes Verfahren zur Sprachstandserfassung zur Verfügung gestellt werden, sodass eine flächendeckend gleiche Untersuchung der Kinder – das Hauptmerkmal eines Screenings – weder für einsprachige noch für mehrsprachige Kinder gewährleistet ist.

An die Qualifikation der Kinderärzt/innen wird die Anforderung gestellt, dass sie über sprachdiagnostische Kompetenzen, d. h. Wissen und Fertigkeiten für die Durchführung von Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern, verfügen. Der aktuell gültige Kompetenzkatalog für die Mediziner/innenausbildung umfasst die wesentlichen Kompetenzen für die Sprachentwicklungsdiagnostik, geht allerdings an keiner Stelle auf die Besonderheiten der Diagnostik bei Mehrsprachigkeit ein. Aus den Erkenntnissen der linguistisch fundierten sprachdiagnostischen Professionalisierungsforschung lassen sich diesbezügliche Kompetenzanforderungen ableiten. Sie umfassen das Wissen über Sprache, den ein- und mehrsprachigen Spracherwerb, Wissen und Fertigkeiten in den Bereichen Sprachstandserfassung, Diagnosestellung sowie Prävention und Intervention.

Für die Anamnese ist wesentlich, dass die diagnostisch relevanten Informationen zu einem mehrsprachigen Kind systematisch erfasst werden, die eine adäquate Interpretation der Untersuchungsergebnisse unterstützen. Aus der Forschung zum Spracherwerb und zu SSES lässt sich die Forderung nach einer systematischen Erfassung der Sprachbiografie (Alter bei Erwerbsbeginn, Kontaktmonate, individuelle Erwerbsgelegenheiten) und der Indikatoren einer Sprachentwicklungsstörung (Aufälligkeiten in der Erstsprache, später Sprechbeginn, familiäre Disposition für Sprachentwicklungsstörungen) begründen. Eine unauffällige Erstsprachentwicklung gilt als Ausschlusskriterium für die SSES-Diagnostik.

Für eine zuverlässige Identifizierung von sprachentwicklungsgestörten mehrsprachigen Kindern müssen die im Hinblick auf den jeweiligen Spracherwerbstyp und die Kontaktdauer relevanten sprachlichen Bereiche erfasst werden, die eine Differenzierung zwischen unauffälligen und sprachgestörten Kindern erlauben. Für alle mehrsprachigen Kinder eignet sich die Erfassung der Fähigkeiten im Bereich der Verbstellung, Finitheit und SVK. Bei Kindern mit doppeltem Erstspracherwerb oder frühem DaZ-Erwerb eignen sich weitere sprachliche Bereiche, wie das Verständnis resultativer Verben und die Produktion von Nebensätzen. Auch die Beurteilung des Verblexikons hinsichtlich der Vielfalt verwendeter Verben kann zur Ermittlung sprachauffälliger Kinder beitragen.

Die Verfahren zur Sprachstandserfassung sollten standardisiert sein und die testtheoretischen Gütekriterien erfüllen. Die Aussagekraft von informellen und nicht standardisierten Verfahren sollte durch eine einheitliche Durchführungsweise erhöht werden. Durch eine Kombination verschiedener Verfahren und Methoden wird die Zuverlässigkeit der Diagnostik erhöht. Auch ein informelles Gespräch kann einen relevanten Beitrag zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes leisten. Die diagnostische Qualität der im Gespräch gewonnen kindlichen Äußerungen hängt dabei wesentlich von den Sprechimpulsen ab, die die Kinderärzt/innen einsetzen. Die Methode der elizitierten Produktion ist besonders geeignet, den Kindern gezielt verbhaltige Äußerungen zu entlocken. Die Linguistik stellt Erkenntnisse darüber bereit, mit welchen Fragetypen in einem mündlichen Dialog welche Antwortstrukturen elizitiert werden können. Verbfragen wie *Was passiert da?* oder *Was ist da los?* erfordern eine satzwertige Antwort und regen das Kind zu Narrationen an. Sie sind deshalb für die SSES-Diagnostik besonders geeignet.

Die Diagnosestellung und die Entscheidung über Präventions- und Interventionsmaßnahmen stellen einen komplexen Prozess dar, in dem die Informationen aus der Anamnese und der Untersuchung des Kindes zusammengeführt und interpretiert werden müssen, um Auffälligkeiten einem Krankheitsbild zuzuordnen. Die besondere Anforderung besteht darin, Kinder mit einem Sprachentwicklungsrisiko möglichst frühzeitig zu indentifizieren und behandeln zu lassen. Verschiedene Ausschlusskriterien, Frühindikatoren und Risikofaktoren sind bei der Diagnose einer SSES zu berücksichtigen. Ausgehend von der Diagnose und der daraus abgeleiteten Prognose muss die Entscheidung über Interventionsmaßnahmen getroffen werden. Neben einer Beratung der Eltern wird im Bedarfsfall eine frühzeitige Verordnung von Sprachtherapie empfohlen, auch wenn die Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von (frühen) Therapien noch uneinheitlich sind.

Bei den in diesem Kapitel dargestellten wissenschaftlichen Anforderungen an die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik, d. h. an die Qualifikation, die Anamnese, die zu erfassenden sprachlichen Bereiche, die Verfahren und Methoden sowie die Diagnosestellung und Interventionsentscheidung, handelt es sich um eine idealtypische Aufstellung, die die in der Praxis vorfindlichen Einschränkungen durch ungünstige Rahmenbedingungen gänzlich unberücksichtigt lässt. Gleichwohl stellen diese Anforderungen die Grundlage für die nachfolgend beschriebenen empirischen Studien zur Praxis der Diagnostik in den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen dar. In diesen Studien wird zum einen empirisch untersucht, welche dieser Anforderungen durch das sprachentwicklungsdiagnostische Handeln der teilnehmenden Kinderärzt/innen erfüllt werden, und zum anderen wird kritisch reflektiert, welche der Anforderungen unter den gegebenen Rahmenbedingungen von den Kinderärzt/innen überhaupt erfüllt werden können.

5 Design der empirischen Untersuchung

Ausgehend von den in Kapitel 4 dargestellten wissenschaftlichen Anforderungen an den gesamten Prozess der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik wurde in zwei empirischen Studien untersucht, wie niedergelassene Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin in den Früherkennungsuntersuchungen U7a, U8 und U9 die Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder erfassen. In diesem Kapitel wird das Design der empirischen Studien vorgestellt.

Sechs Gründe sprechen für dieses spezifische Forschungsfeld: *Erstens* werden in den Vorsorgeuntersuchungen, anders als in pädagogischen Kontexten, nicht generelle Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung festgestellt, sondern es wird ganz spezifisch nach pathologischen Sprachauffälligkeiten, d. h. nach Sprachentwicklungsstörungen gesucht, da ausschließlich die Mediziner/innen für deren Diagnostik zuständig sind (s. Abschnitt 3.1). Eben diese differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen Sprachentwicklungsstörungen und sprachbiografisch bedingten Auffälligkeiten im Deutschen ist bei mehrsprachigen Kindern mit besonderen theoretischen und praktischen Schwierigkeiten verbunden (s. Abschnitt 2.2.2). *Zweitens* hat die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik aufgrund der ‚Verordnungshoheit‘ der Ärzte eine zentrale Bedeutung für die Zuteilung von Ressourcen wie Logopädie oder Sprachtherapie im Vorschulalter (s. Abschnitt 3.1). *Drittens* nehmen nahezu alle in Deutschland lebenden Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen als Präventionsmaßnahme teil, und zwar unabhängig davon, ob ein Anfangsverdacht auf Störungen im Bereich der Sprache vorliegt. Vorrangiges Ziel der Untersuchungen ist es, Kinder mit bisher unerkannten Sprachauffälligkeiten und -störungen erstmals zu erfassen (s. Abschnitt 3.3). *Viertens* sind die Vorsorgeuntersuchungen durch das übergeordnete, bundesweit einheitliche Programm seit vielen Jahren fest in dem Aufgabenkatalog aller niedergelassenen Kinderärzt/innen in Deutschland verankert (s. Abschnitt 3.2). Die einheitlichen Vorgaben lassen routinierte Abläufe und eine Ähnlichkeit in Bezug auf die strukturellen Rahmenbedingungen, z. B. die Qualifikation der Durchführenden sowie die Ziele und die zeitlichen, personellen und materiellen Ressourcen der Diagnostik erwarten. In einem ähnlichen Umfeld können die individuellen Vorgehensweisen und Handlungsstrategien gut miteinander verglichen werden und es lassen sich sowohl übergreifende Muster als auch Unterschiede herausarbeiten. *Fünftens* sprechen auch forschungspraktische Aspekte für dieses Untersuchungsfeld, denn der gezielte Zugang zu den vordefinierten und strukturierten diagnostischen Situationen wird durch die geplanten Untersuchungstermine erleichtert. *Sechstens* schließlich kann inhaltlich an die Ergebnisse der ebenfalls in diesem Feld durchgeführten Untersuchungen im Rahmen des Projektes ‚Kinderkörper in der Praxis‘ (Kelle, 2010a) angeknüpft werden.

Die übergeordnete Frage der für diese Arbeit durchgeführten Studien lautet:

- F. Erfüllt die Sprachentwicklungsdiagnostik in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8 und U9 die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an eine zuverlässige Identifikation von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern?

Im folgenden Abschnitt wird das Projekt ‚cammino – Mehrsprachigkeit am Übergang zwischen Kita und Grundschule‘ beschrieben, in dessen Rahmen das Design der vorliegenden Studie entwickelt und die Datenerhebung für die empirischen Studien dieser Arbeit durchgeführt wurde.

5.1 Das Projekt *cammino*

Das Projekt „cammino – Mehrsprachigkeit am Übergang zwischen Kita und Grundschule“¹ wurde im Zeitraum von 2011 bis 2015 unter Leitung von Petra Schulz und Angela Grimm am Arbeitsbereich Deutsch als Zweitsprache der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt (für eine detaillierte Beschreibung des Projektes s. Schulz et al., 2014). Übergeordnetes Ziel des *cammino*-Projektes war es, Ursachen und Ausprägungen der Fehleinschätzung sprachlicher Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder in der vorschulischen Sprachentwicklungsdiagnostik zu ermitteln. Das Projekt wurde in zwei Phasen durchgeführt.

Ziel der ersten Projektphase (A) war es, einen detaillierten Einblick in die vorschulische Praxis der Sprachentwicklungsdiagnostik aller beteiligten Institutionen zu erhalten, um mögliche Ursachen für Fehleinschätzungen mehrsprachiger Kinder zu ermitteln. Es wurde untersucht, wie die zentralen professionellen Akteure des Vorschulbereichs in der Sprachentwicklungsdiagnostik vorgehen. Dafür wurden 24 Erzieher/innen, 36 Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin, 16 Lehrkräfte aus Grundschulen und 16 Schulärzt/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes mittels eines standardisierten Fragebogens befragt. Anschließend wurden insgesamt 75 leitfadengestützte Experteninterviews mit den Akteuren durchgeführt und darüber hinaus die im Rahmen der Sprachentwicklungsdiagnostik verwendeten Verfahren und Materialien zu einem Dokumentenkörper zusammengestellt. Zusätzlich wurde das sprachdiagnostische Handeln von niedergelassenen Kinderärzt/innen und Schulärzt/innen in Gesundheitsämtern teilnehmend beobachtet. Die detaillierte Erforschung des Vorgehens der verschiedenen Akteure sollte mögliche Ursachen von Fehleinschätzungen aufdecken und gegebenenfalls Ansatzpunkte für eine Optimierung der sprachdiagnostischen Praxis liefern, bspw. durch gezielte Qualifizierungsmaßnahmen oder die Empfehlung von geeigneten Diagnostikverfahren.

Ausgehend von den Erkenntnissen der ersten Phase wurde in der zweiten Projektphase (B) an einer Stichprobe von 100 mehrsprachigen Kindern zu mehreren Zeitpunkten untersucht, inwieweit

¹ Das Projekt *cammino* wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union (ESF) unter den Förderkennzeichen 01NV1011/2 (2011–2013) und 01NV1311/2 (2013–2015) gefördert.

die Einschätzungen der kindlichen Sprachfähigkeiten durch die verschiedenen Akteure mit den Klassifikationen übereinstimmten, die im Forschungsprojekt mithilfe psycholinguistischer Testverfahren ermittelt wurden.

Das Design der vorliegenden Untersuchung geht in thematischer und methodischer Hinsicht aus der Förderphase (A) des Projekts *cammino* hervor. Die für dieses Dissertationsprojekt relevanten Fragestellungen wurden bei der Entwicklung des Designs und der Erhebungsinstrumente von *cammino* von Beginn an mitberücksichtigt. So wurde die Anzahl der für die erste Förderphase ursprünglich vorgesehenen Erhebungen zur Sprachentwicklungsdiagnostik der Akteursgruppe ‚Kinderärzt/innen‘ im Hinblick auf diese Arbeit gezielt erweitert. Zum Beispiel waren für *cammino* anfänglich zehn teilnehmende Beobachtungen in den besonders sprachrelevanten Vorsorgeuntersuchungen U8 (mit 4 J.) und U9 (mit 5 J.) geplant. Für dieses Dissertationsprojekt wurde die Anzahl der Beobachtungen auf insgesamt 21 erhöht und die ebenfalls sprachrelevante U7a (mit 3 J.) wurde zusätzlich mit einbezogen, um eventuelle Unterschiede zwischen den verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen zu analysieren. Der Fragebogen (s. Anhang III), aus dem Daten für die vorliegende Untersuchung herangezogen werden, wurde im Rahmen von *cammino* entwickelt und mit allen fünf oben genannten Akteursgruppen durchgeführt.

5.2 Ziele und Forschungsfragen

Mit dieser Arbeit wird in zwei Teilstudien die übergeordnete Frage beantwortet, ob die Sprachentwicklungsdiagnostik in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8 und U9 die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an eine zuverlässige Identifikation von Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern erfüllt. Dabei werden zwei Ziele verfolgt: *Erstens* soll ein umfassender, deskriptiver Einblick in die praktische Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen gegeben werden. Anknüpfend an die Arbeiten von Kelle (2006, 2010d) zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik sollen weitere Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie Kinderärzt/innen in den Vorsorgeuntersuchungen die sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder diagnostizieren. *Zweitens* soll die Qualität der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik soweit möglich theoriegeleitet, d. h. anhand von zuvor definierten, theoretisch fundierten Anforderungen evaluiert werden. Unter Evaluation wird in dieser Arbeit nicht eine (summative) Ergebnisevaluation verstanden, etwa eine Bewertung, inwieweit die in den Vorsorgeuntersuchungen gestellten Diagnosen der Kinder zutreffend sind. Dafür wäre eine quantitative Studie notwendig, in der die Diagnosen der Ärzt/innen je Kind mit den Ergebnissen von unabhängigen Sprachstandserfassungen (als ‚Goldstandard‘) verglichen werden. Eine solche Studie war Gegenstand der Förderphase (B) des Projekts *cammino*.

In dieser Arbeit ist vielmehr eine Prozessevaluation beabsichtigt, um die Frage zu beantworten, welche Qualität der Prozess der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik aufweist.² Die Prozessevaluation nach wissenschaftlichen Qualitätskriterien ist nicht gleichzusetzen mit einer Überprüfung, ob die professionsspezifischen Vorgaben für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen (s. Abschnitt 3.2) erfüllt werden. Diese Frage spielt in den Analysen eine untergeordnete Rolle, sie wird gleichwohl mit berücksichtigt. So ist denkbar, dass die Diagnostik der Kinderärzt/innen nicht die wissenschaftlichen Kriterien, wohl aber die berufsspezifischen Vorgaben erfüllt, weil letztere weniger streng sind oder selbst nicht den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen. Sollte die Evaluation ergeben, dass die wissenschaftlichen Anforderungen in den Vorsorgeuntersuchungen nicht erfüllt werden, darf somit nicht geschlussfolgert werden, dass die Ärzt/innen ihren berufsspezifischen Vorgaben für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen nicht nachkommen. In der Arbeit wird mit reflektiert, inwieweit die Vorgaben und Rahmenbedingungen der Vorsorgeuntersuchungen einer wissenschaftlich fundierten Qualitätsanalyse standhalten. Die oben genannte, übergeordnete Frage wird in zwei Teilstudien anhand der folgenden Teilfragen beantwortet:

Studie I

(F1.1) Welche sprachbiografischen Informationen und SSES-Indikatoren der Kinder erheben die Pädiater/innen im Rahmen der Anamnese?

(F1.2) Welches Repertoire an Methoden und Verfahren nutzen die Pädiater/innen für die Sprachentwicklungsdiagnostik?

Mithilfe der Fragen (F1.1) und (F1.2) wird die folgende übergeordnete Frage beantwortet:

(F1) Erfüllen die Anamnese und das Methodenrepertoire der Pädiater/innen die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen?

In Studie I werden anhand von Fragebogendaten zunächst Teilaspekte der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik analysiert, die in den Früherkennungsuntersuchungen selbst nicht unbedingt beobachtbar sind. Die Anamnese ist ein relevanter Bestandteil des Diagnostikprozesses (s. Abschnitt 2.2.1), sie ist jedoch nicht immer Teil einer beobachtbaren Vorsorgeuntersuchung, bspw. wenn dem Arzt die anamnestischen Angaben eines Kindes bereits aus früheren Untersuchungen vorliegen. Zusätzlich wird in Studie I ermittelt, über welches Repertoire an sprachdiagnostischen Methoden und Materialien zur Sprachstandserfassung Kinderärzt/innen nach eigenen Angaben verfügen. Diese Frage wird zunächst unabhängig von in der Praxis beobachteten Einzelfällen beantwortet, da die Verfügbarkeit von Methoden und Materialien zwar Voraussetzung für deren Verwendung ist, diese aber nicht notwendigerweise nach sich zieht.

² Zur Unterscheidung von Ergebnisevaluation und Prozessevaluation siehe Gold (2015). Zur qualitativen Evaluationsforschung siehe von Kardoff (2004).

Studie II

- (F2.1) Unter welchen zeitlichen und personellen Bedingungen wird die Untersuchung des Kindes durchgeführt?
- (F2.2) Wie werden Verfahren und Materialien für die Sprachstandserfassung gehandhabt?
- (F2.3) Welche Fragen und weiteren Gesprächsimpulse verwenden die Ärzt/innen, um die Kinder zum Sprechen anzuregen?
- (F2.4) Welche Beurteilungen der kindlichen Sprachfähigkeiten und welche Interventionsempfehlungen geben die Ärzt/innen an die Eltern weiter?

Mithilfe der Fragen (F2.1) bis (F2.4) wird die folgende übergeordnete Frage beantwortet:

- (F2) Erfüllt das sprachdiagnostische Vorgehen der Pädiater/innen in der U7a, U8 und U9 bei mehrsprachigen Kindern die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen?

Studie II zum konkreten Vorgehen der Kinderärzt/innen in der Sprachentwicklungsdiagnostik steht im Zentrum des empirischen Teils dieser Arbeit. Ziel dieser Teilstudie ist es, mithilfe teilnehmender Beobachtungen die diagnostischen Vorgehensweisen von Kinderärzt/innen bei mehrsprachigen Kindern zu den verschiedenen Vorsorgezeitpunkten zu analysieren. Dadurch wird ein unmittelbarer Zugang zu ihrem diagnostischen Handeln in konkreten Einzelfällen gewonnen. Es wird ermittelt, wie Kinderärzt/innen unter den gegebenen Rahmenbedingungen die sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder erfassen, eine Diagnose stellen und ggf. Interventionsempfehlungen geben. Überdies wird untersucht, in welchem Umfang die Ärzt/innen selbst die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder erfassen und inwieweit sie dabei von ihren Arzthelfer/innen unterstützt werden. Das Forschungsinteresse in dieser Studie gilt den Ärzt/innen, da sie für die Diagnose verantwortlich sind.

Um die übergeordnete Frage nach der Qualität der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik beantworten zu können, werden die deskriptiven Ergebnisse der Teilstudien I und II jeweils ausgehend von den in Kapitel 4 erarbeiteten Qualitätsanforderungen diskutiert und bewertet.

Erwartete Ergebnisse

Die oben aufgeführten Forschungsfragen wurden auf Grundlage der bisherigen sprachdiagnostischen Forschung und Professionalisierungsforschung entwickelt. Ausgehend vom Forschungsstand lassen sich zu einigen Aspekten Erwartungen an die Ergebnisse der Studien formulieren. In anderen Teilen ist die Untersuchung ergebnisoffen angelegt. In Abschnitt 4.1 wurde dargelegt, dass verschiedene wissenschaftliche Anforderungen an die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen – bspw. im Hinblick auf eine frühe, regelmäßige und flächendeckende Untersuchung der Kinder – durch das Programm bereits erfüllt sind. Es wird erwartet, dass diese programmatischen Vorgaben von allen Ärzt/innen eingehalten werden. Hingegen ist zu erwarten, dass die praktische Durchführung von Unter-

suchungsteilen, zu denen seitens der Profession keine genauen Vorgaben bestehen, von den verschiedenen Ärzt/innen sehr unterschiedlich gehandhabt wird und zentrale wissenschaftliche Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden.

Als Ergebnis der Studie I (F1) ist zu erwarten, dass die Ärzt/innen verschiedene Informationen zum Kind und zur Familie in den Früherkennungsuntersuchungen routinemäßig erfassen und dokumentieren, soweit diese auch für die Beurteilung anderer Entwicklungsbereiche relevant sind. Ob sie auch die zentralen sprachbiografischen Informationen und Indikatoren für die Diagnostik einer SSES erfassen, ist offen. Es wird des Weiteren im Hinblick auf die von den Kinderärzt/innen verwendeten Verfahren zur Sprachstandserfassung erwartet, dass neben Einschätzungen ohne spezifisches Material, z. B. durch Beobachtungen und Gespräche mit dem Kind, auch verschiedene veröffentlichte Verfahren genannt werden. Es wird angenommen, dass bevorzugt nicht standardisierte Verfahren für monolinguale Kinder genannt werden. Diese Erwartungen beruhen auf den Ergebnissen von Kelle (2006, 2010d) und der Tatsache, dass bislang kaum zuverlässige Diagnostikverfahren für mehrsprachige Kinder erhältlich sind. Die in Abschnitt 4.4.2 entwickelten Qualitätsanforderungen an die Verfahren zur Diagnostik werden somit voraussichtlich nicht erfüllt.

Ausgehend von den programmatischen Vorgaben (s. Abschnitt 3.2) und dem Forschungsstand zur Durchführung von pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (s. Abschnitt 3.4) wird für Studie II (F2) angenommen, dass das Vorgehen der Kinderärzt/innen in der Sprachentwicklungsdiagnostik heterogen ist, sowohl hinsichtlich der verwendeten Verfahren als auch hinsichtlich ihrer Durchführung. Aufgrund der inhaltlichen Vorgaben zu den Früherkennungsuntersuchungen U7a, U8 und U9 und der Annahme, dass die Mediziner/innen aufgrund ihrer fachlichen Ausrichtung bei der Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten insbesondere auf körperliche Voraussetzungen und Störungen der Sprachentwicklung ausgerichtet sind (Kelle, 2010d), ist zu erwarten, dass der Fokus der pädiatrischen Untersuchungen zum einen auf der Diagnose von Primärbeeinträchtigungen und zum anderen auf physiologisch erklärbaren Auffälligkeiten wie Aussprache- oder Redeflussstörungen liegt. Aufgrund der programmatischen Vorgaben im Kinderuntersuchungsheft (G-BA, 2005) könnten auch die Äußerungslänge und das Sprachverständnis der Kinder relevante Untersuchungskriterien sein. Ob typische Leitsymptome einer Spezifischen Sprachentwicklungsstörung im Deutschen bei mehrsprachigen Kindern gezielt erfasst werden, ist auf Grundlage der programmatischen Vorgaben und der bisherigen Forschungslage offen. Bezüglich der Zeitpunkte der Diagnosen und Interventionsentscheidungen wird vor dem Hintergrund der Heilmittelberichterstattung erwartet, dass die Ärzt/innen frühestens in der U8 und vorzugsweise in der U9 Entscheidungen treffen und Sprachtherapien verordnen.

5.3 Design der Studien I und II

Wie in Abschnitt 3.4 dargelegt, ist die Forschungslage zur Sprachentwicklungsdiagnostik der Kinderärzt/innen auch angesichts der großen Relevanz des Themas bislang unzureichend. Es liegen zwar empirische Erkenntnisse darüber vor, wie in der pädiatrischen Praxis die sprachlichen Fähigkeiten erhoben werden, weitgehend offen ist jedoch, wie das Vorliegen einer (Spezifischen) Sprachentwicklungsstörung bei mehrsprachigen Kindern differentialdiagnostisch festgestellt wird.

Im Mittelpunkt der beiden empirischen Studien steht die Sprachentwicklungsdiagnostik der Pädiater/innen in den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U7a, U8 und U9; kinderärztliche Untersuchungen der Sprachentwicklung außerhalb des Vorsorgeprogramms, z. B. bei Folgeterminen aufgrund bereits diagnostizierter und behandelter Sprachstörungen, wurden nicht berücksichtigt.

Zum Erreichen der in Abschnitt 5.2 genannten Ziele und zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Mixed-Methods-Design (Döring & Bortz, 2016) entwickelt, in dem verschiedene, vorwiegend qualitative und vereinzelt quantitative Methoden, aber auch theoretische Perspektiven miteinander trianguliert (Flick, 2004; 2007) werden. Auf Grundlage der bisher vorliegenden Forschungsergebnisse und der veröffentlichten Informationen über die Vorsorgeuntersuchungen ist anzunehmen, dass die dort situierte Sprachentwicklungsdiagnostik unter ungünstigen Rahmenbedingungen stattfindet und durch heterogene Vorgehensweisen gekennzeichnet ist. Mit einer mehrperspektivischen Herangehensweise wird das sprachdiagnostische Handeln der Kinderärzt/innen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen untersucht, um die Qualität des diagnostischen Prozesses unter Berücksichtigung der verschiedenen Einflussfaktoren zu beurteilen und ursächliche Faktoren für Qualitätsmängel herauszuarbeiten. Mit der Triangulation der verschiedenen Methoden, Daten und Stichproben ist keine wechselseitige Validierung der jeweiligen Erkenntnisse aus den einzelnen Erhebungen und Analysen beabsichtigt (Kelle, 2008). Die einzelnen Methoden bleiben in einem solchen Design nebeneinander stehen, „ihr Schnittpunkt ist der jeweilige Gegenstand“ (Flick, 2007, S. 44). Falls die einzelnen Methoden zu widersprüchlichen Ergebnissen führen, werden diese thematisiert und diskutiert, nicht jedoch zur Relativierung oder Bewertung der einzelnen Ergebnisse genutzt. Das Potenzial dieses Vorgehens liegt in der Möglichkeit, die Erkenntnisse systematisch zu erweitern und zu vervollständigen. Jede Methode leistet einen Beitrag zum Erkenntnisgewinn, hat jedoch hinsichtlich ihrer Aussagekraft auch Grenzen, die unter Umständen durch die Kombination mit anderen Methoden kompensiert werden können (Flick, 2007), sodass am Ende ein – wenn auch sicher nicht vollständiges, so doch multiperspektivisches – Gesamtbild entsteht. In Abbildung 8 wird das Design der Untersuchung im Überblick dargestellt.

Die Qualität der Sprachentwicklungsdiagnostik in pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen

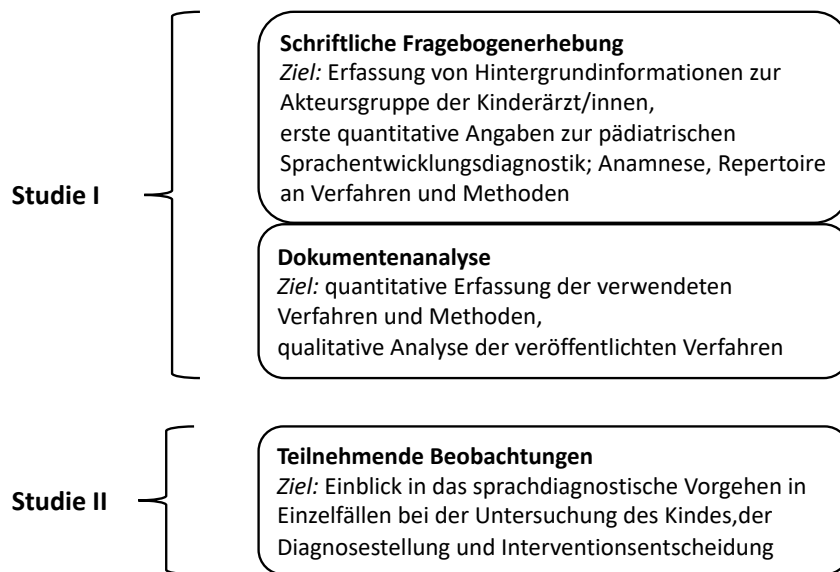


Abbildung 8. Design der Studie

Anders als in durchgängig qualitativen und ethnografischen Forschungsprojekten wird in dieser Untersuchung nicht in erster Linie vom Einzelfall ausgegangen, sondern mit dem Ziel der theoriegeleiteten Qualitätsbewertung vor allem fallübergreifend analysiert. Zur Beurteilung der sprachdiagnostischen Qualität der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik stehen die konkreten Vorgehensweisen der Handelnden im Feld, ihre verwendeten Instrumente sowie darin enthaltene Wissensbestände (Lüders, 2004) im Mittelpunkt der Untersuchung. Für deren Erfassung sind quantitative Zugänge weniger geeignet, denn es ist anzunehmen, dass sie den Handelnden teilweise nicht reflexiv zugänglich sind. Qualitative Methoden ermöglichen den Zugang zu implizitem Handlungswissen, Routinen und Überzeugungen. Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass auch die Daten aus qualitativen Erhebungen kein unmittelbares Abbild der Wirklichkeit selbst sind, weil auch qualitative Methoden lediglich einen Versuch darstellen, eine möglichst wirklichkeitsnahe Rekonstruktion sozialer Situationen und der subjektiven Sichtweisen von Handelnden zu erzeugen (Flick, 2007). Der Begriff ‚Rekonstruktion‘ bezeichnet in der qualitativen Forschung das Nachbilden der Wirklichkeit durch die am Forschungsprozess Beteiligten, z. B. der Forschenden, mithin eine Interpretation, d. h. eine subjektiv ‚gefärbte‘ Darstellung der Wirklichkeit.

Im Zentrum der Untersuchung stehen die Kinderärzt/innen als Expert/innen und ihr professionelles sprachdiagnostisches Vorgehen in den Früherkennungsuntersuchungen. Erste Informationen zu der Akteursgruppe und dem Handlungsfeld lassen sich per standardisiertem Fragebogen erfragen. Für einen darüber hinausgehenden unmittelbaren Zugang zum eigentlichen sprachdiagnostischen Handeln in der Praxis wird die Fragebogenerhebung durch Methoden der qualitativen Sozialforschung ergänzt. Teilnehmende Beobachtungen ermöglichen einen Einblick in den praktischen Vollzug der Sprachentwicklungsdiagnostik (Flick, 2007; Lamnek, 2010; Lüders, 2004) und eine

Dokumentenanalyse ermöglicht die Beschreibung und Analyse der verwendeten Verfahren und Materialien.

Die oben aufgeführten Forschungsfragen F1 und F2 werden jeweils mit den Daten einer Methode und anhand einer eigenen Stichprobe beantwortet: F1 (Anamnese und Methodenrepertoire der Ärzt/innen) anhand der Analyse der Fragebogendaten und der darin genannten Dokumente und F2 (Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik) durch die Analyse der Transkripte und Protokolle aus den teilnehmenden Beobachtungen.

Im folgenden Abschnitt wird sowohl der Zugang zu den Probanden als auch die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben. Beide Aspekte werden im Zusammenhang dargestellt, da sich die verschiedenen Stichproben aus dem Vorgehen bei der Probandengewinnung erklären lassen.

5.4 Probandengewinnung

Die Stichprobe der niedergelassenen Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin wurde ab Juli 2011 für das Projekt *cammino* rekrutiert. 96 Kinderarztpraxen wurden postalisch kontaktiert. Sie wurden vor allem nach geografischen Kriterien ausgewählt. Die Fragebogenerhebung war unter anderem mit der Absicht verknüpft, für die im Weiteren geplanten Interviews und teilnehmenden Beobachtungen mit Kinderärzt/innen Kontakt aufzunehmen. Aus forschungspraktischen Gründen handelt es sich um eine regionale Erhebung; der Großteil der teilnehmenden Kinderarztpraxen befand sich im Rhein-Main-Gebiet. Es wurden sowohl großstädtische als auch kleinstädtische bzw. ländliche Praxen angeschrieben. Um die Heterogenität der teilnehmenden Praxen zu erhöhen und um den Vergleich zu anderen Regionen zu ermöglichen, wurden einzelne weitere Praxen in anderen Teilen Hessens und ganz vereinzelt in Baden-Württemberg kontaktiert. Diese wurden zufällig aus dem Telefonverzeichnis ausgewählt.

Die angeschriebenen Kinderärzt/innen wurden um Teilnahme an der Studie gebeten. Dem Anschreiben lagen ein Informationsflyer zum Projekt und der *cammino*-Fragebogen (s. Anhang III) bei. Um die Teilnahmewahrscheinlichkeit zu erhöhen, wurde den Kinderärzt/innen angeboten, den ausgefüllten Fragebogen in einem beigelegten, frankierten Rückumschlag anonym zurückzusenden. Insgesamt 36 Probanden nahmen an der Fragebogenstudie teil; die Rücklaufquote betrug 37,5 Prozent. Alle Fragebogendaten wurden durch einen verschlüsselten Probandencode anonymisiert. In dem Fragebogen wurde in einem separaten Abschnitt die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Experteninterview erfragt. 16 Kinderärzt/innen erklärten sich über diesen Weg zum Interview bereit und gaben ihre Kontaktdaten an; fünf weitere Interviewpartner/innen wurden später über andere Kontakte gefunden. Die Interviewdaten werden derzeit noch ausgewertet und sind nicht Gegenstand dieser Arbeit. Im Anschluss an die Interviews wurden einige Kinderärzt/innen, die sich im Gespräch als kooperativ erwiesen und deren Praxis gut erreichbar war, gefragt, ob in ihrer Praxis eine Beobachtung von Vorsorgeuntersuchungen (U7a, U8, U9) bei mehrsprachigen Kindern möglich sei. Zehn Ärzt/innen aus neun Praxen, darunter eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Ärzt/innen, erklärten sich

mit den teilnehmenden Beobachtungen einverstanden. Ein weiterer Kinderarzt wurde über einen privaten Kontakt gewonnen, sodass bei 11 verschiedenen Kinderärzt/innen teilnehmende Beobachtungen von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden konnten. Einige Ärzt/innen ermöglichten mehrere Beobachtungen.

Die Termine für die Beobachtungen wurden unmittelbar im Anschluss an das Interview persönlich oder später telefonisch ausgemacht. Die Ärzt/innen oder ihre Mitarbeiter/innen nannten der Beobachterin Termine, zu denen sie mehrsprachige Kinder zu einer U7a, U8 oder U9 erwarteten. Bei den Terminabsprachen entstand verschiedentlich der Eindruck, die Ärzt/innen und Arzthelfer/innen schlugen bevorzugt ‚besonders interessante‘ Fälle vor. Sie gingen möglicherweise davon aus, dass der ‚Normalfall‘ für die Studie weniger interessant sei. Das bedeutet für die vorliegende Untersuchung, dass die Auswahl der Kinder seitens der Praxen nicht ganz zufällig vorgenommen wurde. Dies könnte für die spätere Interpretation der Ergebnisse relevant sein.

Die Beobachterin fand sich zu den jeweils vereinbarten Terminen in der Praxis ein. Sie wurde dem Kind und der Familie vorgestellt. Die Eltern der Kinder waren vor dem Termin nicht über das Anliegen der Forscherin informiert worden, um den organisatorischen Aufwand für die Praxismitarbeiter/innen möglichst gering zu halten. Zugleich wurde damit jedoch in Kauf genommen, dass einige Beobachtungen nicht durchgeführt werden konnten, weil beispielsweise Eltern der Teilnahme einer fremden Person nicht zustimmen würden. Aus diesem Grund war die gute Erreichbarkeit der Praxen ein wichtiges Auswahlkriterium. Insgesamt zwölf Fahrten zu Arztpraxen waren vergeblich, weil die Familien nicht zum vereinbarten Untersuchungstermin erschienen oder diesen sehr kurzfristig absagten.

Die Eltern wurden mündlich um ihr Einverständnis gebeten, die Vorsorgeuntersuchung beobachten und eine Audioaufnahme anzufertigen zu dürfen. Ihnen wurde erklärt, dass es bei den Beobachtungen vor allem um das Handeln des Arztes und weniger um ihr individuelles Kind ginge. Zur weiteren Information und für eventuelle spätere Rückfragen wurde den Eltern der Flyer des Forschungsprojektes mit den entsprechenden Kontaktdaten ausgehändigt. Mit einer Ausnahme erklärten sich alle angesprochenen Eltern mit der Teilnahme der Beobachterin in der Vorsorgeuntersuchung einverstanden. Im Anschluss an die Beobachtung holte die Beobachterin das schriftliche Einverständnis aller Beteiligten ein. Im Forschungsprojekt war die Entscheidung für dieses rückwirkende Einverständnis getroffen worden, weil die Teilnehmer/innen so nach der Untersuchung (und damit abhängig von deren Verlauf) die Möglichkeit hätten, ihr bis dahin mündliches Einverständnis zurückzuziehen. In einem solchen Fall, der aber nicht eintrat, wäre die Tonaufzeichnung in ihrem Beisein gelöscht worden. Neben den Ärzt/innen und Kindern waren ferner an den meisten Vorsorgeuntersuchungen auch Arzthelfer/innen beteiligt. Da diese nicht im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen, wurden von ihnen keine Informationen zur Person, bspw. Ausbildung, Alter oder Berufserfahrung, erhoben. Ebenso liegen keine Informationen über die Begleitpersonen der Kinder vor.

Die Gesamtstichprobe und erhobenen Daten im Überblick

Die vielfältigen Wege, über die Probanden für die vorliegende Untersuchung rekrutiert wurden, und der relativ schwierige Zugang zu der Akteursgruppe der niedergelassenen Ärzt/innen führten dazu, dass die Stichproben für die Fragebogenerhebung und Beobachtungen nicht deckungsgleich sind. Es gab bspw. einzelne Ärzt/innen, die auf telefonische Anfrage zu einem Interview bereit waren, aber den Fragebogen nicht ausfüllen wollten, und zwei Ärzt/innen aus Gemeinschaftspraxen, die weder den Fragebogen ausfüllten noch ein Interview gaben, dafür aber spontan einer Beobachtung zustimmten. Insgesamt wurden Daten von 42 Teilnehmer/innen ausgewertet (Tabelle 11).

Tabelle 11. Stichprobe nach Methoden

Methoden	Anzahl TN
nur Fragebogen	19
nur Interview	4
nur Beobachtung	2
Fragebogen und Beobachtung	1
Fragebogen und Interview	8
Fragebogen, Interview und Beobachtung	8
gesamt	42

Anmerkungen. TN = Teilnehmer/innen

Von 32 Teilnehmer/innen konnten Informationen über die verwendeten Verfahren zur Sprachstandserfassung erhoben werden, sodass diese für eine Dokumentenanalyse zur Verfügung standen. Sie zeigten bzw. nannten die Verfahren während der Interviews und Beobachtungen und händigten teilweise auch Kopien davon aus. Ein/e Teilnehmer/in legte dem Fragebogen eine Kopie bei. In Tabelle 12 sind die Teilnehmer/innen je Erhebungsmethode dargestellt.

Tabelle 12. Gesamtzahl Teilnehmer/innen je Erhebungsmethode

Methode	Anzahl TN
Fragebogen	36
Interview	20
Beobachtung	21
Dokumentenanalyse	32

Anmerkungen. TN = Teilnehmer/innen

Da einige Fragebögen anonym zurückgeschickt wurden und lediglich für einen Teil der Probanden alle Datentypen vorliegen, wurden die Daten aus Fragebögen, Beobachtungen und Dokumenten für

die anschließenden Analysen nicht personenbezogen miteinander verknüpft, sondern wie separate Datensätze behandelt (Flick, 2004).

5.5 Erhebungsmethoden

5.5.1 Schriftliche Fragebogenerhebung

Für das Projekt *cammino* und die vorliegende Untersuchung wurde eine schriftliche Expertenbefragung per postalisch verschicktem Fragebogen durchgeführt, um relevante Merkmale der Akteursgruppe der Kinderärzt/innen und erste Angaben zur Sprachentwicklungsdiagnostik in den Vorsorgeuntersuchungen zu erfassen. Es wurden *offene* und *geschlossene* Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sowie Ratingskalen miteinander kombiniert (Döring & Bortz, 2016).

Für die Wahl der Fragebogenmethode waren vier Gründe ausschlaggebend: *Erstens* sind Fragebögen im Rahmen einer Methodenkombination besonders geeignet für die Erfassung von Informationen, die nicht unmittelbar beobachtbar sind, etwa personenbezogene Daten wie Alter und Berufserfahrung oder institutionsbezogene Daten wie die Anzahl der Mitarbeiter/innen. Qualitative Datenerhebungen, bspw. Experteninterviews, können zudem durch eine vorgelagerte Fragebogenerhebung um faktenorientierte Fragen entlastet werden (Flick, 2007; Witzel, 2000). Die knappe Zeit, die in der Regel für Gespräche mit Experten/innen zur Verfügung steht, wird so nicht mit der Abfrage von Sachinformationen ‚vertan‘, sondern steht zur Verfügung, um über ihr spezifisches Wissen und ihre Erfahrungen zu sprechen (Döring & Bortz, 2016; Witzel, 2000). *Zweitens* ist ein Fragebogen ein geeignetes Instrument, um mit hoher Effizienz Informationen von einer größeren Stichprobe zu erheben und auszuwerten. Für das Ausfüllen eines Fragebogens wird im Vergleich zu anderen Forschungsmethoden wenig Zeit beansprucht; dieser Aspekt ist besonders für die Befragung von Expert/innen wie z. B. Kinderärzt/innen relevant, die in der Regel über knappe zeitliche Ressourcen verfügen. Je nach Umfang und Auswahl der Stichprobe können mit einem Fragebogen mehr oder weniger repräsentative Erkenntnisse gewonnen werden, die eine größere Geltungreichweite haben als bspw. Erkenntnisse aus teilnehmenden Beobachtungen. *Drittens* ist bei Fragebogenerhebungen, anders als bei vielen anderen Methoden, eine anonyme Teilnahme möglich (Döring & Bortz, 2016), die aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes ein relevantes Kriterium für die Akzeptanz sein könnte. *Viertens* kann ein Fragebogen den Zugang zu einem schwer erreichbaren Untersuchungsfeld wie den kinderärztlichen Praxen eröffnen.

Ein Nachteil des schriftlichen Fragebogens ist, dass er anders als das Interview oder die Beobachtung nicht adaptiv ist, etwa hinsichtlich der verwendeten Sprache und Terminologie, der Anordnung der Fragen oder der Länge. Nachfragen und Erläuterungen sind nicht möglich, weil die Befragten den Bogen zeitlich und örtlich unabhängig ausfüllen. Zudem treffen Expert/innen wie bspw. Kinderärzt/innen in einem Fragenbogen pauschale Aussagen, wenn sie zu ihrem praktischen Vorgehen befragt werden. Ihre Antworten beziehen sich auf eine Vielzahl von Fällen, z. B. generell verwendete Methoden oder Verfahren, auch wenn durch Ratingskalen Abstufungen der Gültigkeit möglich sind.

Für kritische Reflexionen und differenzierende ‚Zwischentöne‘ ist die Methode nicht geeignet. Ausnahmen und Einzelfälle bleiben bei den Aussagen unberücksichtigt. Für die differenzierte Erfassung komplexer Zusammenhänge sind Fragebögen im Vergleich zu qualitativen Methoden wie teilnehmenden Beobachtungen auch deshalb weniger geeignet, da die Antworten vorgegeben oder bei offenen Fragen zwar selbst verfasst, aber kurz sind. Die Aussagekraft der Angaben ist zudem dadurch eingeschränkt, dass die Probanden sich, obwohl sich Forschende und Befragte weder persönlich begegnen noch sprechen, mit ihren Antworten an den vermuteten Erwartungen der Forscher orientieren können, um bspw. Expertise zu demonstrieren (Döring & Bortz, 2016). Ein weiterer Nachteil der Methode ist, dass vorformulierte Antworten möglicherweise nicht die für das Untersuchungsfeld angemessene Ausdrucksweise oder den Sachverhalt treffen, weil bspw. aus Sicht der befragten Expert/innen relevante Items fehlen.

Im Folgenden werden diejenigen Fragen des cammino-Fragebogens (s. Anhang III) beschrieben und begründet, die für diese Arbeit ausgewertet wurden. In dem Fragebogen wurden die Kinderärzt/innen neben personenbezogenen Daten um Angaben zu ihrer Sprachbiografie und zu ihren Fremdsprachenkenntnissen gebeten. Ferner wurden Hintergrundinformationen zur Praxis, zur Patientenstruktur und zu ihrer Berufserfahrung erfragt. Ein zentrales Thema des Fragebogens waren die Sprachstandserhebungen der Ärzt/innen. Mit der folgenden Frage wurde erfasst, welche Methoden und Materialien sie für die Sprachstandserfassung im Rahmen der U7a, U8 und U9 einsetzen.

3.1 „Welche Methoden und Materialien nutzen Sie in der U7a, U8, U9, um den Sprachstand eines Kindes festzustellen?“ (Mehrfachnennungen)

	U7a	U8	U9
Elternbefragung			
Beobachtung			
Gespräch mit dem Kind			
Konkrete hausinterne Aufgaben			
Einsatz eines Testverfahrens			
In welcher/n Vorsorgeuntersuchung/en verwenden Sie veröffentlichte Materialien (wie z. B. Bildvorlagen, Fragebögen, Testverfahren)?			

Wenn Sie veröffentlichte Materialien oder Tests für die Sprachstandserhebung verwenden, geben Sie bitte hier Autor und Titel an:

Damit die mehrdeutigen Begriffe ‚Methoden‘ und ‚Materialien‘ von allen Teilnehmer/innen auf vergleichbare Weise interpretiert werden, wurden konkrete Antwortmöglichkeiten vorgegeben. So ließen sich auch Aspekte erfassen, die die Teilnehmer/innen möglicherweise in offenen Fragen oder

Interviews nicht explizit benennen würden, etwa weil sie zu selbstverständlichen Alltagsroutinen gehören und deswegen nicht nennenswert scheinen.

Mit einer weiteren geschlossenen Frage wurden die Ärzt/innen gefragt, ob und ggf. wie sie den Sprachstand in der Erstsprache erfassen. Die Frage aus dem Fragebogen lautet wie folgt.

3.2 Erfassen Sie bei mehrsprachigen Kindern auch den Sprachstand in der/den Erstsprache(n)?

ja nein

Wenn ja, wie? _____

Eine weitere Frage betraf die anamnestiche Erfassung sprachdiagnostisch relevanter Informationen über das Kind. Diese Frage wurde in den Fragebogen aufgenommen, weil eine detaillierte Antwort in Form einer vollständigen Auflistung erwünscht war. In einer mündlichen Befragung der Ärzt/innen hingegen wären zusammenfassende oder beispielhafte Antworten (z. B. „Ich befrage die Eltern zur frühen Sprachentwicklung“) zu erwarten gewesen, die eine fallübergreifende Auswertung erschwert hätten. Die Teilnehmer/innen wurden deshalb im Fragebogen gebeten, aus einer Antwortliste auszuwählen, welche (sprach-)biografischen Informationen sie bei mehrsprachigen Kindern erfassen. Die Zusammenstellung der Antwortitems war theoretisch begründet; sie wurden deduktiv aus der Forschung zum (ungestörten und gestörten) mehrsprachigen Spracherwerb abgeleitet. Als Antwortmöglichkeiten genannt waren neben einigen grundlegenden Informationen zum Kind vor allem Symptome und Indikatoren, die auf eine Sprachentwicklungsstörung oder auf ein erhöhtes Risiko dafür hinweisen (s. Abschnitt 4.3) und die deshalb für die Sprachentwicklungsdiagnostik bedeutsam sind. Die Frage aus dem Fragebogen lautet:

3.3 Welche der folgenden (sprach-)biografischen Informationen erheben Sie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Alter des Kindes
- Alter, in dem das Kind erste Wörter gesprochen hat
- Alter, in dem das Kind erste Wortkombinationen gesprochen hat
- Sprache(n), die das Kind erwirbt
- Herkunftsland der Eltern
- Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung in der Familie
- Vorliegen einer Lese-Rechtschreibstörung in der Familie
- Besuch einer Kindertagesstätte
- Alter bei Eintritt in eine Kindertagesstätte

Außerdem bei mehrsprachigen Kindern

- Sprachgebrauch (z. B. Mit wem spricht das Kind welche Sprache in welcher Situation?)
- Alter des Kindes bei Erwerbsbeginn des Deutschen
- Kontaktdauer des Kindes zum Deutschen zum Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchung

Für das Projekt *cammino* und die vorliegende Untersuchung wurde der Fragebogen genutzt, um standardisiert, zeitökonomisch und auf Wunsch anonym erste Informationen über die Akteursgruppe der Kinderärzt/innen und das Feld der Sprachentwicklungsdiagnostik in Vorsorgeuntersuchungen zu erfassen.

5.5.2 Dokumentenanalyse

Um die übergeordnete Frage nach der Qualität der Sprachentwicklungsdiagnostik im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen zu beantworten, wurde mithilfe der Methode der Dokumentenanalyse (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2007; Mayring, 2008; Wolff, 2004) untersucht, ob die im Fragebogen genannten Verfahren den wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen (s. Kapitel 4) entsprechen. Mithilfe einer Dokumentenanalyse können persönliche oder auch offizielle Dokumente analysiert werden, die für ein Forschungsprojekt angefertigt oder aber im Forschungskontext bereits vorgefundenen werden. Gegenüber anderen Daten bieten vor allem im Feld vorhandene Dokumente den Vorteil, dass sie „nicht-reaktiv“ (Flick, 2007), d. h. von der Interaktion zwischen Forscher/innen und Beforschten sowie der Forschungssituation weitgehend unabhängig sind, insbesondere wenn sie losgelöst von ihrer Verwendung untersucht werden. Offizielle Dokumente werden in öffentlichen oder privatwirtschaftlichen Institutionen verwendet; sie können öffentlich zugänglich oder vertraulich sein, es kann sich bspw. um Gesetzestexte, Dienstvorschriften oder Krankenakten, aber auch Fotos, Videoaufzeichnungen oder Gegenstände (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2007; Mayring, 2008) handeln. Die in den Vorsorgeuntersuchungen verwendeten Verfahren und Materialien zur Sprachentwicklungsdiagnostik werden für die vorliegende Untersuchung als im Feld vorgefundene Dokumente aufgefasst. In den praxisanalytischen Studien von Kelle (2006, 2010d) und Bollig (2008) wird die Analyse von Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik präziser als ‚Instrumentenanalyse‘ bezeichnet; schließlich dokumentiert ein Testverfahren nicht nur einen Sachverhalt oder Wissen, z. B. im Manual, sondern ist darüber hinaus ein Instrument, mit dem Wissen erzeugt und dokumentiert wird.

Durch die Dokumentenanalyse wird Material erschlossen, dass bei Beobachtungen oder Befragungen unbeachtet bliebe (Mayring, 2008). Dokumente sind „Informationscontainer“ (Döring & Bortz, 2016, S. 534), die eine Vielzahl an formalen und inhaltlichen Informationen beinhalten. Sie lassen sich je nach Erkenntnisinteresse mithilfe qualitativer und quantitativer Methoden analysieren (Döring & Bortz, 2016). Dabei können abhängig von der Fragestellung inhaltliche ebenso wie äußerliche Merkmale, z. B. die Art des Dokuments, der Aufbau, das Material und der Zustand oder auch die Herkunft berücksichtigt werden (Mayring, 2008).

Im Rahmen des Projektes *cammino* und für die vorliegende Arbeit wurde ein umfangreicher Dokumentenkörper mit verschiedenen Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik sowie weiteren Materialien zusammengetragen. Einzelne Ärzt/innen fügten dem postalisch verschickten Fragebogen ungefragt ihre Testunterlagen in Kopie bei. Die in den Fragebögen genannten veröffentlichten Ver-

fahren und Materialien wurden für die Analyse z. B. aus Testbibliotheken entliehen. Auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen wurden die Ärzt/innen gebeten, entsprechende Dokumente als Kopie zur Verfügung zu stellen, um die aufgezeichneten Äußerungen der Ärzt/innen später angemessen kontextualisieren zu können. Falls eine Aushändigung nicht möglich war, wurden die relevanten Angaben zu den Verfahren notiert, um diese anschließend auszuleihen. In Einzelfällen wurden in der Praxis Fotos gemacht, bspw. von Bildvorlagen. Insgesamt wurden von 32 Ärzt/innen Verfahren zur Sprachstandserfassung erfasst; für neun Ärzt/innen waren keine Angaben zu verwendeten Verfahren vorhanden. Bei den weiteren Materialien handelt es sich z. B. um Leitfäden zur Sprachstandserfassung, Bildkarten, Fragebögen, Tabellen oder Schemata zur Sprachentwicklung, Diagnostikpläne, Handreichungen für die elterliche Sprachförderung und Dokumentationsbögen für die Untersuchung.

Neben den vielfältigen in Dokumenten enthaltenen Informationen sind bei der Dokumentenanalyse auch die Zusammenhänge, in denen sie entstanden sind und verwendet werden, zu berücksichtigen (Döring & Bortz, 2016). Für die Analyse eines Diagnostikverfahrens ist die Frage nach seiner Entstehung relevant, d. h. danach, wann und von wem es zu welchem Zweck entwickelt wurde (Flick, 2007). Für die vorliegende Arbeit ist zudem bedeutsam, dass die Verfahren von dem jeweiligen Arzt aus einer individuellen, aktiven Entscheidung heraus für den Einsatz in den Vorsorgeuntersuchungen ausgewählt wurden, da keine konkreten Verfahren für die Sprachentwicklungsdiagnostik in den Vorsorgeuntersuchungen vorgeschrieben sind (s. Abschnitt 3.3). Die grundsätzliche Entscheidung für oder gegen die Verwendung von Verfahren und die anschließende Auswahl eines konkreten Verfahrens – mit dem, was es leisten und auch nicht leisten kann – erlauben bspw. Rückschlüsse auf den Stellenwert, den die einzelnen Pädiater/innen einer systematischen und standardisierten Sprachentwicklungsdiagnostik beimessen. Die Instrumente können darüber hinaus Hinweise auf den praktischen Vollzug der Sprachentwicklungsdiagnostik geben, denn sie strukturieren durch ihren Aufbau, bspw. durch die Reihenfolge und die Formate der Aufgaben, die ärztlichen Untersuchung vor, wenn sie in der vorgesehenen Art und Weise eingesetzt werden (Kelle, 2006, 2010d). Flick (2007) bezeichnet Dokumente als „Mittel der Kommunikation“ (S. 324), was auf Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik, die explizit die Kommunikation zwischen Testperson und Kind steuern, im Besonderen zutrifft.

Die Analyse der Materialien und Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik liefert folglich Erkenntnisse dazu, auf welche Verfahren die Ärzten/innen in den Vorsorgeuntersuchungen zugreifen können und ob ihnen geeignete Instrumente zur zuverlässigen Erfassung der Sprachkompetenzen mehrsprachiger Kinder zur Verfügung stehen. Die Analyse eines Sprachdiagnostikverfahrens als Dokument liefert jedoch keine Erkenntnisse darüber, welche Rolle es für den konkreten praktischen Vollzug der Sprachentwicklungsdiagnostik spielt, also bspw. dazu, wie oft, in welchen Fällen und wie ein Verfahren in der Praxis eingesetzt wird. Die Verfügbarkeit valider Verfahren ist eine zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für deren Verwendung und somit für eine flächen-

deckende, zuverlässige Diagnostik. Offen bleibt, ob ein Verfahren lediglich vereinzelt oder immer, ob es gemäß Anweisung oder davon abweichend, ganz oder lediglich in Auszügen und für die vorgesehene Zielgruppe eingesetzt wird. Auch bleibt unklar, welche Relevanz die Ärzt/innen den mit einem Verfahren gewonnenen Ergebnissen im Rahmen der Diagnosestellung beimessen. Zudem können mit der Dokumentenanalyse nicht die Einstellungen der durchführenden Untersuchungspersonen zu diesem Instrument erfasst werden (Lamnek, 2010). Dies ist besonders relevant in Bezug auf die veröffentlichten Verfahren zur Sprachstanderfassung, weil die damit arbeitenden Ärzt/innen sie nicht selbst verfasst haben und die Auswahl an veröffentlichten Verfahren gering ist. Die Dokumentenanalyse leistet folglich einen begrenzten, aber dennoch wichtigen Beitrag zur Evaluation der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik.

5.5.3 Teilnehmende Beobachtung

Ein zentrales Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, umfassende Erkenntnisse über die Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen zu erhalten. Neben der Fragebogenerhebung und Dokumentenanalyse wurden teilnehmende Beobachtungen (Flick, 2007; Lamnek, 2010; Lüders, 2004) durchgeführt. Während mit einem Fragebogen ermittelt werden kann, welche Verfahren den Ärzt/innen generell für die Sprachentwicklungsdiagnostik zur Verfügung stehen, und mit der Dokumentenanalyse beurteilt werden kann, ob die genannten Verfahren den Qualitätsanforderungen entsprechen, kann durch teilnehmende Beobachtungen erfasst werden, wie die Expert/innen in konkreten Einzelfällen die sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder diagnostizieren. Kelle (2006, 2010d) demonstrierte mit ihren praxisanalytischen Studien, dass eine Instrumentenanalyse gepaart mit teilnehmenden Beobachtungen wertvolle Erkenntnisse über das *Wie* der praktisch vollzogenen Sprachentwicklungsdiagnostik liefert. Die teilnehmenden Beobachtungen in den Vorsorgeuntersuchungen stellen deshalb die zentrale empirische Methode der vorliegenden Untersuchung dar.

Eine wissenschaftliche Beobachtung ist in Abgrenzung zur Alltagsbeobachtung eine „zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Erfassung, Dokumentation und Interpretation von Merkmalen, Ereignissen oder Verhaltensweisen“ (Döring & Bortz, 2016, S. 324). Durch die Methode der teilnehmenden Beobachtung wird den Forschenden das praktische Handeln von Expert/innen unmittelbar zugänglich. Die Rekonstruktion und Interpretation des Beobachteten erfolgt durch die Forschenden. Ein weiterer Vorteil der teilnehmenden Beobachtung ist, dass mit ihrer Hilfe auch Vorgehensweisen, professionelle Routinen und Praktiken der Handelnden erfasst werden können, die diesen selbst nicht reflexiv zugänglich sind und die deshalb bspw. nicht erfragt werden können (Döring & Bortz, 2016). Aus forschungspraktischer Perspektive ist ein Nachteil, dass durch Beobachtungen äußerst umfangreiche, komplexe Daten erzeugt werden, die sich nur aufwändig auswerten lassen.

Bei einer teilnehmenden Beobachtung ist die Forscherin im Untersuchungsfeld anwesend und beobachtet aus einer geeigneten Position heraus das Geschehen. Sie ist nicht aktiv in die Handlungen involviert.³ Dennoch ist sie Teil des Feldes und hat durch ihre körperliche Präsenz Einfluss auf die Situation; Beobachtungen erzeugen deshalb "reaktive Daten" (Döring & Bortz, 2016, S. 325). In den für diese Studie durchgeführten Beobachtungen befand sich die Beobachterin⁴ während der gesamten Vorsorgeuntersuchung im gleichen Raum wie das Kind. Wenn es räumlich möglich und der Arzt einverstanden war, beobachtete sie das Geschehen im Stehen, um bei Bedarf die Position wechseln zu können. Trotz einer prinzipiellen Offenheit für alle Vorgänge im Feld wird bei teilnehmenden Beobachtungen vorab ein theoretisch begründeter Beobachtungsfokus, z. B. auf eine Person oder auf bestimmte Situationen, festgelegt. Für die vorliegende Untersuchung lag der Fokus auf der Beobachtung des sprachdiagnostischen Handelns des Arztes. Deshalb waren jene Untersuchungsabschnitte von besonderem Interesse, die als möglicher Bestandteil der Sprachentwicklungsdiagnostik identifiziert wurden.

Die Beobachterin machte während der Untersuchung handschriftliche Feldnotizen zum Ablauf der gesamten Untersuchung und im Besonderen zu den als solche erkennbaren Bestandteilen der Sprachentwicklungsdiagnostik. Auch ergänzende Informationen und Eindrücke zum Raum, zu den Anwesenden und zu nonverbalen Handlungen der Teilnehmer/innen wurden festgehalten. Die Feldnotizen und Erinnerungen der Beobachterin wurden zeitnah nach den Terminen zu ausführlichen Beobachtungsprotokollen ausformuliert.

Ein Nachteil von Beobachtungen ist, dass einige für das Geschehen relevante Informationen vom Beobachtenden nicht erfasst werden können, weil sie zum geteilten Vorwissen der Handelnden gehören und deshalb nicht explizit thematisiert werden. So stellte sich in dieser Studie nach den ersten Beobachtungen heraus, dass es für die Interpretation des Beobachteten hilfreich wäre, einige Informationen zur Sprachbiografie des Kindes und seiner Familie zu haben, die sich aber der Beobachterin nicht in allen Fällen aus der Situation heraus erschlossen. Deshalb wurde zusätzlich ein standardisierter Kurzfragebogen für die Beobachtungen entwickelt (s. Anhang IV), der in allen weiteren Beobachtungen eingesetzt wurde. Mit dem Fragebogen wurde erfasst, ob es der erste Besuch bei diesem Kinderarzt war. Weiterhin wurden das Geburtsdatum des Kindes, seine Erstsprache(n) und die Sprachenfolge des Kindes eingetragen. Außerdem wurde nach dem Alter bei Beginn des Deutscherwerbs gefragt und danach, ob und ggf. seit wann das Kind eine Kita besucht. Daneben wurde erhoben, ob das Kind ältere Geschwister hat und wie alt diese ggf. sind. Zuletzt wurde nach Sprachauffälligkeiten in der Familie gefragt. Diese Informationen zum Kind wurden nach Möglichkeit bereits während der Beobachtungen aus den Gesprächen zwischen Ärzt/in, Eltern und Kind herausgefiltert und eingetragen, andernfalls wurde der Fragebogen nach der Untersuchung in einer kurzen Befragung der Eltern ergänzt.

³ Zur methodischen Unterscheidung aktiver und passiver teilnehmender Beobachtungen siehe Döring & Bortz (2016).

⁴ Die für diese Arbeit durchgeführten teilnehmenden Beobachtungen wurden in 19 von 21 Fällen von der Autorin selbst, in zwei Fällen von Barbara Geist durchgeführt.

Da in einer Beobachtungssituation sehr viele und komplexe Informationen gleichzeitig erfasst werden müssen, können zusätzlich zu den Sinnesorganen der Beobachterin auch technische Hilfsmittel (z. B. Video-, Foto- oder Audioaufnahmen) genutzt werden (Döring & Bortz, 2016). Für die vorliegende Untersuchung wurden in allen 21 Fällen mit Einverständnis aller Beteiligten zusätzlich zu den handschriftlichen Feldnotizen auch Audioaufnahmen der gesamten Vorsorgeuntersuchungen angefertigt, um alle sprachlichen Äußerungen zwischen Arzt, Kind, Helferin und Eltern sowie die Untersuchungszeiten genau zu erfassen. Das Audiogerät wurde jeweils nahe dem Untersuchungs geschehen platziert und nach Möglichkeit nicht bewegt, um es nicht unnötig in den Aufmerksamkeitsfokus der Beteiligten zu rücken. Auf Videoaufnahmen wurde verzichtet, weil es sich bei den Vorsorgeuntersuchungen um sehr sensible, zum Teil „intime und beanspruchende Situationen“ (Kelle, 2010c, S. 37) handelt und das Mitführen einer Kamera die Situation zusätzlich beeinflusst hätte. Außerdem wäre der Zugewinn an Informationen für die Ziele der Untersuchung nicht erheblich gewesen. Es wurden auch keine Dokumente zu den in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen gestellten Diagnosen, etwa Einträge in das Kinderuntersuchungsheft oder in die Patientenakte, gesammelt. Eine solche Erhebung wäre aus datenschutzrechtlichen Gründen schwierig. Ohnehin ist vor dem Hintergrund der Forschungslage ungewiss, ob die schriftlichen Dokumentationen vollständig und zuverlässig sind (s. Abschnitt 3.4).

Die Audioaufzeichnungen wurden im Anschluss an die Beobachtung von geschulten studentischen Hilfskräften transkribiert und jeweils von einer zweiten Hilfskraft gegengehört und kontrolliert. Die Äußerungen der Ärzt/innen und Eltern wurden bei der Transkription zwecks besserer Lesbarkeit standardsprachlich ‚geglättet‘, da nicht die phonologischen Details, sondern vor allem die Inhalte des Gesagten für die Analyse relevant waren. Intonationsunterschiede, z. B. zwischen Aussagesätzen, Aufforderungen und Fragesätzen, wurden durch entsprechende Satzschlusszeichen markiert (Transkriptionsregeln s. Anhang V).

Die Äußerungen der Kinder wurden lautgetreu transkribiert, um ihre sprachlichen Fähigkeiten z. B. im Bereich der Flexion genau wiederzugeben. Herkunftssprachliche Äußerungen von Eltern und Kindern wurden in nahezu allen Fällen von muttersprachlichen studentischen Hilfskräften transkribiert und ins Deutsche übersetzt.⁵ Die auf Grundlage der Feldnotizen entstandenen Beobachtungsprotokolle wurden schließlich je Fall mit den dazugehörigen Transkripten zu einem zweiseitigen Protokoll zusammengeführt (Beispielprotokoll s. Anhang VI).

Durch die Übersetzung der herkunftssprachlichen Sequenzen ins Deutsche wurde bei der Auswertung der Beobachtungen in vielen Fällen ein Wissensvorsprung der Forscherin gegenüber den handelnden Ärzt/innen erzeugt, nämlich immer dann, wenn eine Sprache verwendet wurde, die Arzt und Helfer/in nicht verstanden. Der Beobachterin standen dadurch nach der Beobachtung oftmals

⁵ Für folgende Sprachen wurden Übersetzer/innen gefunden: Türkisch, Polnisch, Panjabi, Urdu, Albanisch, Französisch und Arabisch. Dadurch standen für all diejenigen Protokolle Übersetzer/innen zur Verfügung, die besonders umfangreiche herkunftssprachliche Passagen beinhalteten. Lediglich für Serbisch und Schwedisch konnten keine Übersetzungen angefertigt werden; die entsprechenden Protokolle enthielten jedoch lediglich wenige Äußerungen in diesen beiden Sprachen.

mehr Informationen zur Verfügung als den Ärzt/innen und Helfer/innen während der Untersuchung. Die Übersetzungen gewährten Einsicht in die Qualität der Erstsprache, bspw. den Umfang der Äußerungen und die Verständlichkeit, aber auch in die Inhalte der Gespräche zwischen den Eltern und dem Kind. Dieser Wissensvorsprung ist bei der Analyse der Beobachtungsdaten und bei der Beurteilung des ärztlichen Handelns zu berücksichtigen.

Durch die Methode der teilnehmenden Beobachtung wurde ein unmittelbarer Zugang zum Feld der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen geschaffen. Dadurch ließen sich praktische Vollzüge und Handlungsrouninen der ärztlichen Sprachentwicklungsdiagnostik erfassen, zu denen man allein durch Befragung per Fragebogen oder Dokumentenanalyse keinen Zugang erhalten würde. Einschränkend ist auf die Limitationen teilnehmender Beobachtungen hinzuweisen: Es handelt sich auch bei mehreren Beobachtungsfällen immer jeweils um Einzelfälle. Die Daten lassen nicht erkennen, ob es sich um ‚typische‘ oder ‚besondere‘ Fälle handelt und ob demzufolge das Handeln des Arztes in der Situation für sein Vorgehen typisch oder eher eine Ausnahme ist. Insofern sind die Erkenntnisse aus den Beobachtungen nicht generalisierbar. Im Übrigen lässt sich durch Beobachtung nicht zweifelsfrei rekonstruieren, mit welchem Ziel welche Handlungen vorgenommen werden. Sprachentwicklungsdiagnostik beschränkt sich nicht allein auf die Durchführung eines Tests, sondern schließt auch informelle Einschätzungen im Gespräch und durch Beobachtung des Kindes ein. Da gemäß dem Untersuchungsprogramm in den Vorsorgeuntersuchungen nicht allein die Sprachentwicklung, sondern auch weitere Entwicklungsbereiche der Kinder untersucht werden müssen (s. Abschnitt 3.2) und die Übergänge zwischen einzelnen Untersuchungsabschnitten oft fließend sind, war an vielen Stellen der Vorsorgeuntersuchung nicht eindeutig ersichtlich, ob (auch) die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes Gegenstand der Diagnostik waren. Aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen ist es zudem typisch für die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, dass mehrere Entwicklungsbereiche gleichzeitig diagnostisch ‚bearbeitet‘ werden (Bollig, 2010; Kelle, 2010d).

6 Studie I. Die Inhalte der Anamnese und das Methodenrepertoire

Im Mittelpunkt dieser Studie stehen zwei Aspekte der Sprachentwicklungsdiagnostik, die der Untersuchung des Kindes vorausgehen und die in den Früherkennungsuntersuchungen selbst lediglich teilweise beobachtbar sind: die Erfassung anamnestischer Informationen über das Kind sowie die Verfügbarkeit von Methoden und Verfahren zur Sprachstandserfassung. Wie in Kapitel 5 erläutert, ist eine umfängliche Anamnese nicht unbedingt Bestandteil einer Vorsorgeuntersuchung, da viele Informationen bspw. bei regelmäßig in die Praxis kommenden Kindern bereits bei früheren Besuchen dokumentiert und deshalb nicht erneut erfragt werden. Auch im Hinblick auf die verfügbaren Methoden und Verfahren ermöglichen Beobachtungen in einzelnen Vorsorgeuntersuchungen lediglich einen partiellen Einblick, denn es erschließt sich der Beobachterin nicht, aus welchem Repertoire heraus eine Methode oder ein Verfahren für die Untersuchung eines Kindes ausgewählt wurde. Aus diesen Gründen wurden beide Aspekte mithilfe eines Fragebogens für die Pädiatrie (s. Anhang III) erfasst.

Ziel dieser Studie ist es zum einen zu ermitteln, ob im Vorfeld der Untersuchung des Kindes die zentralen (sprach)biografischen Informationen und SSES-Indikatoren erfasst werden, die Voraussetzung für die zuverlässige Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten und die Identifikation von Sprachentwicklungsstörungen sind. Zum anderen werden die von den Ärzt/innen genannten veröffentlichten Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik auf ihre Qualität und Eignung für mehrsprachige Kinder hin überprüft. Die Fragestellungen dieser Studie lauten:

(F1.1) Welche sprachbiografischen Informationen und SSES-Indikatoren der Kinder erheben die Pädiater/innen im Rahmen der Anamnese?

(F1.2) Welches Repertoire an Methoden und Verfahren nutzen die Pädiater/innen für die Sprachentwicklungsdiagnostik?

Anhand dieser zwei Teilfragen wird anschließend folgende übergeordnete Frage beantwortet:

(F1) Erfüllen die Anamnese und das Methodenrepertoire der Pädiater/innen die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen?

6.1 Proband/innen

An der Fragebogenstudie nahmen insgesamt 36 Kinderärzt/innen teil, der Rücklauf betrug 37,5%. Es wurde eine kleine, aber dennoch vielfältige Teilnehmergruppe gewonnen (für eine Beschreibung der Probandengewinnung s. Abschnitt 5.4), sowohl bezüglich der Geschlechterverteilung und des Alters der Ärzt/innen als auch hinsichtlich der Berufserfahrung und Lage der Praxis. Auch der Anteil mehrsprachiger Kinder variiert erheblich zwischen den Praxen der Teilnehmer/innen. Zudem verfügt

ein Teil der befragten Ärzt/innen über eine andere Muttersprache als Deutsch. Die Hintergrundvariablen der Stichprobe sind in Tabelle 13 zusammengefasst:

Tabelle 13. Merkmale der Stichprobe der Fragebogenerhebung ($n = 36$)

Merkmale der befragten Kinderärzt/innen	
Geschlecht	13w (36,11%), 23m (63,8%)
ø Alter in Jahren	52,0 (<i>SD</i> 8,3; <i>min</i> 34; <i>max</i> 64)
ø Berufserfahrung in Jahren	22,3 (<i>SD</i> 7,1; <i>min</i> 8,5; <i>max</i> 34)
Anzahl Ärzt/innen mit Praxis in einer Großstadt	26 (72,2%)
Anzahl Ärzt/innen mit Praxis in kleinerer Stadt oder im ländlichen Raum	10 (27,7%)
ø Geschätzter Anteil mehrsprachiger Kinder in der Praxis	51% (<i>SD</i> 21,2; <i>min</i> 10%; <i>max</i> 90%)
Erstsprache der Ärzt/innen	29 Deutsch, 7 andere

Anmerkungen. w = weiblich, m = männlich, *SD* = Standardabweichung, *min* = Minimum, *max* = Maximum

6.2 Methoden und Datenanalyse

Diese Studie basiert auf der quantitativen Auswertung ausgewählter Fragebogendaten von 36 Kinderärzt/innen sowie der anschließenden qualitativen Dokumentenanalyse von 14 veröffentlichten Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik, die von den Teilnehmer/innen in den Fragebögen angegeben wurden (für eine detaillierte Beschreibung der Erhebungsmethoden s. Abschnitt 5.5; vollständiger Fragebogen s. Anhang III).

Auffälligkeiten in der Erstsprache sind ein zentrales Einschlusskriterium für das Vorliegen einer SSES bei mehrsprachigen Kindern. Sie können anamnestisch über die Eltern oder durch Einschätzung eines Muttersprachlers erfasst werden. Aus diesem Grund wurden die Ärzt/innen im Fragebogen gefragt, ob und ggf. wie sie die Erstsprache bei mehrsprachigen Kindern erfassen. Zusätzlich wurden die Ärzt/innen gefragt, welche (sprach-)biografischen Informationen und SSES-Indikatoren sie anamnestisch erheben. Sie wurden gebeten, aus einer vorgegebenen Liste mit zwölf Antwortmöglichkeiten die zutreffenden Informationen auszuwählen. Die letzten drei der zwölf vorgegebenen Items betrafen explizit mehrsprachige Kinder.

Mit einer weiteren Frage, die sich nicht spezifisch auf mehrsprachige Kinder bezog, wurde ermittelt, welche Materialien und Methoden die Ärzt/innen für die Sprachentwicklungsdiagnostik in den Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8 und U9 einsetzen. Die Antwortmöglichkeiten wurden vorgegeben, um die Begriffe ‚Materialien‘ und ‚Methoden‘ zu konkretisieren und die Vergleichbarkeit der Antworten zu erleichtern. Die Teilnehmer/innen wurden gebeten, in einer Kreuztabelle die Items für jede der drei Vorsorgeuntersuchungen separat auszuwählen, so dass auch Unterschiede in der Material- und Methodenwahl zwischen den jeweiligen Alterszeitpunkten erfasst wurden. Abschließend wurden sie gebeten, die konkreten veröffentlichten Verfahren zu nennen.

Des Weiteren wurden die Ärzt/innen gebeten anzugeben, zu welchen der drei genannten Vorsorgeterminen U7a, U8 und U9 sie veröffentliche Materialien (z. B. Bildvorlagen, Fragebögen, Testverfahren) einsetzen. Gegebenenfalls sollten hier auch Titel und Autor der veröffentlichten Materialien angegeben werden. Die in den Fragebögen genannten veröffentlichten Verfahren wurden nach ihrem Verfahrenstyp kategorisiert: Spezifisch für die Diagnostik von Sprache entwickelte Verfahren wurden von Verfahren für die allgemeine Entwicklungsdiagnostik (inkl. Sprache) unterschieden. Die spezifisch für die Sprachdiagnostik entwickelten Verfahren wurde nochmals differenziert nach indirekten Zugangsweisen, z. B. durch Elternbefragung, und direkten Zugangsweisen, z. B. durch Untersuchung des Kindes mit einem nicht standardisierten oder standardisierten Verfahren. Anschließend wurden die zentralen Merkmale der Verfahren analysiert. Für die Analyse der Dokumente wurden ausschließlich veröffentlichte Verfahren berücksichtigt, weil nur diese im Anschluss an die Fragebogenerhebung für eine Analyse zugänglich waren. Nicht veröffentlichte Verfahren, z. B. hauseigene, selbst entwickelte, waren aber auch deshalb nicht von primärem Interesse für die Qualitätsbeurteilung, weil sie allein von ihrer Genese her den Qualitätsanforderungen an Verfahren (s. Abschnitt 4.4.2) nicht entsprechen können. Die Ergebnisse der Analysen werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Anamnese

Für die Fragen zur Anamnese und zur Erfassung der Erstsprache im Fragebogen (Fragen 3.2 und 3.3 des Fragebogens, s. Anhang III) liegen Angaben von 36 Kinderärzt/innen vor. In Tabelle 14 wird die Anzahl der Nennungen zu den einzelnen Items beider Fragen dargestellt. Die Items sind abweichend vom Fragebogen thematisch angeordnet, d. h. es wird unterschieden nach allgemeinen Informationen zum Kind, Informationen zu Mehrsprachigkeit und Spracherwerbstyp, Informationen zur Kontaktdauer und zu Indikatoren für das Risiko einer (S)SES.

Tabelle 14. Erfassung sprachbiografischer Informationen durch Kinderärzt/innen (Fragebogenangaben)

Items	Nennungen der Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendmedizin ($n = 36$)	
	absolut	%
<i>Allgemeine Informationen zum Kind</i>		
Alter des Kindes	35	97,2
<i>Informationen zu Mehrsprachigkeit und Spracherwerbstyp</i>		
Herkunftsland der Eltern	35	97,2
Sprachen des Kindes	36	100
Sprachgebrauch in der Familie	36	100
Alter bei Erwerbsbeginn des Deutschen	31	86,1

Kontaktdauer zum Deutschen	30	83,3
<i>Informationen zur Kontaktdauer und zum deutschsprachigen Input</i>		
Kitabesuch	34	94,4
Alter bei Kitaeintritt	31	86,1
<i>Informationen zu Indikatoren einer (S)SES</i>		
Alter bei Produktion erster Wörter	31	86,1
Alter bei Produktion erster Wortkombinationen	31	86,1
Stand der Erstsprache	23	63,9
Prädisposition SES	29	80,6

Die deskriptive Analyse dieser Fragebogendaten ergibt, dass nahezu alle Ärzt/innen nach eigenen Angaben bei mehrsprachigen Kindern das Herkunftsland der Eltern, die Sprachen des Kindes und den Sprachgebrauch in der Familie erfassen. Auch die sprachbiografischen Informationen zu Alter bei Erwerbsbeginn und Kontaktdauer zum Deutschen werden von jeweils mehr als 80% der Ärzt/innen erhoben. Mehr als 85% der befragten Kinderärzt/innen gaben weiterhin an, von den Eltern zu erfragen, ob und seit welchem Alter das Kind die Kita besucht. Auch die Meilensteine der frühen Sprachentwicklung werden nahezu durchgängig erhoben: Mehr als 80% der befragten Ärzt/innen gaben jeweils an, das Alter bei Produktion erster Wörter und erster Wortverbindungen sowie das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung in der Familie zu erfassen.

Die als Aus- bzw. Einschlusskriterium für eine SSES-Diagnose geltende Entwicklung der Erstsprache wird von knapp zwei Drittel der Ärzt/innen erfasst. Es ist nicht auszuschließen, dass das diesebezügliche Fragebogenitem von den Befragten unterschiedlich interpretiert wurde: Möglicherweise war hier nach Auffassung einiger Befragter die Verwendung einer konkreten Methode oder eines Verfahrens intendiert, weil im Anschluss an die Ja/Nein-Frage mit einer offenen Frage nach dem „Wie?“ gefragt wurde. Bei detaillierter Analyse der Daten stellte sich heraus, dass vier Ärzte auf die Frage, ob sie die Erstsprache erfassen, mit „Nein“ antworteten, dann aber auf die Frage „Wie?“ bspw. „durch Elternbefragung“ oder „nur anamnestisch“ angaben. Eine einfache Befragung der Eltern erschien ihnen dort als Antwort offenbar nicht adäquat. Rechnet man diese vier weiteren Nennungen hinzu, hat die Erfassung der Erstsprache als Indikator für eine SSES einen Anteil von 75% (27 Nennungen).

Zur Erfassung der Erstsprache verwenden die Ärzt/innen verschiedene Methoden, auch in Kombination. 19 Ärzt/innen befragen die Eltern; zehn Ärzt/innen gaben an, dass sie selbst oder eine andere Person, meist eine Arzthelferin, für ausgewählte Sprachen eine informelle Erfassung durchführen. Zwei weitere Ärzt/innen beobachteten die Äußerungslänge und die Aussprache des Kindes in der Erstsprache, während es mit seiner Mutter oder seinem Vater spricht. Auf welche Methoden und Verfahren die Ärzt/innen für die Sprachstandserfassung in der Untersuchung selbst zugreifen, ist Gegenstand des folgenden Abschnittes.

6.3.2 Repertoire an Methoden und Verfahren

Von den teilnehmenden 36 Kinderärzt/innen haben 35 Ärzt/innen auf die Frage nach den in der U7a, U8 und U9 zur Sprachstandsfeststellung genutzten Methoden und Materialien geantwortet (Frage 3.1 des Fragebogens, s. Anhang III). Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15. In den Vorsorgeuntersuchungen verwendete Methoden und Materialien

Methoden, Verfahren und Materialien	Nennungen der Ärzt/innen absolut und relativ (%)		
	U7a (3 J.)	U8 (4 J.)	U9 (5 J.)
Elternbefragung	35 (100%)	31 (88,6%)	30 (85,7%)
Beobachtung	30 (85,7%)	29 (82,9%)	29 (82,9%)
Gespräch mit Kind	30 (85,7%)	34 (97,1%)	34 (97,1%)
Konkrete hausinterne Aufgaben	16 (45,7%)	21 (60,0%)	19 (54,3%)
Testverfahren	19 (54,3%)	27 (77,1%)	26 (74,3%)
Veröffentlichtes Material (z. B. Bild- vorlagen, Fragebögen, Testverfahren)	19 (54,3%)	25 (71,4%)	25 (71,4%)

Anmerkung. Mehrfachnennungen möglich

Wie erwartet werden die Methoden ‚Elternbefragung‘, ‚Beobachtung‘ und ‚Gespräch mit dem Kind‘ durchgängig für alle drei Untersuchungszeitpunkte von mehr als 80% bis hin zu 100% der befragten Ärzt/innen eingesetzt, um die Sprache des Kindes zu erfassen. Die Elternbefragung wird von allen Ärzt/innen als sprachdiagnostische Methode für die U7a genannt. Deutlich geringer sind die Nennungen zum Einsatz von systematischen Verfahren, sei es in Form ‚konkreter hauseigener Aufgaben‘ oder in Form von ‚Testverfahren‘.

Die Häufigkeit der eingesetzten Methoden und Verfahren verändert sich nicht signifikant über die Untersuchungszeitpunkte ($\chi^2(10) = 3.075; p = .98$). Die Zahlen zeigen lediglich in der Tendenz, dass möglicherweise zwischen der U8 und U9 in Bezug auf die Methoden- und Verfahrenswahl weniger unterschieden wird als zwischen der 2008 neu eingeführten U7a und der U8. Im Vergleich zur Untersuchung Dreijähriger scheint die indirekte Untersuchung bei Vier- und Fünfjährigen ein wenig an Bedeutung zu verlieren, die direkte Untersuchung am Kind nimmt mit steigendem Alter leicht zu.

Mit einem weiteren Item der Frage 3.1 des Fragebogens wurde spezifisch danach gefragt, ob veröffentlichte Verfahren und Materialien eingesetzt werden. Dies kann für verschiedene der zuvor genannten Methoden, d. h. sowohl für eine indirekte Erfassung, z. B. mittels Elternfragebogen, als auch für die Methoden zur direkten Untersuchung am Kind durch Testverfahren zutreffen. Um diese Angaben zur Verwendung veröffentlichter Verfahren weiter zu konkretisieren und detaillierte Einsicht in die Qualität der einzelnen verwendeten Diagnostikverfahren zu erhalten, wurden die Teilnehmer/innen in Frage 3.1 abschließend gebeten, die von ihnen verwendeten veröffentlichten

Sprachdiagnostikverfahren mit Autor und Titel anzugeben. Bei der Analyse werden alle genannten Verfahren berücksichtigt, unabhängig davon, ob sie für Kinder im Alter von drei Jahren (U7a), vier Jahren (U8), fünf Jahren (U9) oder für jüngere Kinder konzipiert wurden. Denn es ist nicht auszuschließen, dass die Ärzt/innen die Verfahren ungeachtet der Vorgaben für Kinder anderen Alters einsetzen, bspw. im Fall von Kindern mit DaZ mit noch geringen Deutschkenntnissen.

Von 36 befragten Kinderärzt/innen nahmen 24 (66,7%) bei der Frage nach den veröffentlichten Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik Eintragungen vor. Zwölf Teilnehmer/innen (33,3%) arbeiten demnach nicht mit veröffentlichten Verfahren. Vier der Nennungen konnten nicht berücksichtigt werden. Es handelte sich entweder nicht um Sprachtests („Dr. med. D.R. Tigges Esser“, gemeint ist wahrscheinlich ein Indikationsschema zur Sprachentwicklung nach Tigges-Zuzok, 2008, und „Pilottest“, wahrscheinlich der sprachbasierte „Piloten-Hörtest“ der MAICO Diagnostic GmbH), oder das Verfahren war aufgrund der genannten Bezeichnung nicht eindeutig bestimmbar („Bildvorlagen“ und „Heidelberger Programm/ Late talker“). Die übrigen 44 Nennungen verteilten sich auf 14 verschiedene Sprachdiagnostikverfahren. In Tabelle 16 sind die Verfahren geordnet nach Häufigkeit der Nennungen aufgeführt.

Tabelle 16. In den Vorsorgeuntersuchungen verwendete veröffentlichte Diagnostikverfahren ($n = 24$ Ärzt/innen)

Veröffentlichte Verfahren ¹	Nennungen der Ärzt/innen	
	absolut	%
SBE-3-KT – Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7a (von Suchodoletz et al., 2009)	10	22,7
Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. a, b, c)	9	20,5
SBE-2-KT – Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7 (von Suchodoletz & Sachse, 2009)	8	18,2
BUEVA – Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (Esser & Wyschkon, 2002)	3	6,8
SETK-2 – Sprachentwicklungstests für zweijährige Kinder (H. Grimm, 2000)	2	4,5
SSV – Sprachscreening für das Vorschulalter 3-5 (H. Grimm et al., 2003)	2	4,5
ELFRA – Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (H. Grimm & Doil, 2000, 2006)	2	4,5
MEF – Mannheimer Elternfragebogen (Esser & Laucht, 2006)	2	4,5
H-S-E-T – Heidelberger Sprachentwicklungstest (H. Grimm & Schöler, 1978, 1991)	1	2,3
PET – Psycholinguistischer Entwicklungstest (Angermaier, 1977)	1	2,3
SETK 3-5 – Sprachentwicklungstests für drei- bis fünfjährige Kinder (H. Grimm, 2001)	1	2,3
Denver-Entwicklungsskalen (Flehmg et al., 1973)	1	2,3

ET 6-6 – Entwicklungstest für Kinder von 6 Mon. bis 6 Jahren (Petermann et al., 2001, 2006, 2008)	1	2,3
MFED – Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (Hellbrügge, 1994, Vorläuferversionen 1978, 1984, Version MFED I: 1. Lebens- jahr, MFED II: 2./3. Lebensjahr)	1	2,3
gesamt	44	

Anmerkungen. Fragebogen ($n = 36$), freie Nennungen, Mehrfachnennung möglich; 24 Teilnehmer/innen machten Angaben
¹ Da nicht nach dem Erscheinungsjahr gefragt wurde, hat keine/r der Teilnehmer/innen dieses genannt. Somit ist nicht belegt, auf welche Auflage eines Verfahrens jeweils Bezug genommen wird. Deshalb werden alle Auflagen bis zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung in 2011 angegeben.

Zahlreiche Teilnehmer/innen nannten mehrere Verfahren, die zu ihrem Repertoire gehören: Neun Ärzt/innen setzen ein veröffentlichtes Verfahren ein, sechs Ärzt/innen arbeiten mit zwei Verfahren, fünf Ärzte gaben drei verschiedene Verfahren und zwei weitere Ärzte vier Verfahren an. Die Elternfragebögen SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009) und SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse, 2009) mit zehn bzw. acht Nennungen wurden von den Kinderärzt/innen besonders häufig angegeben. Am zweithäufigsten wurden mit neun Nennungen die „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache“ von Kottmann (o. J. a, b, c) genannt. Diese hatten sich auch in den Studien von Kelle (2006, 2010d) als ein besonders häufig eingesetztes Verfahren erwiesen. Es ist in der Praxis unter verschiedenen Bezeichnungen bekannt, z. B. als ‚Kottmannbogen‘, ‚Grünenthal-Bildtafeln‘ oder ‚Sprachtafeltest‘, und liegt in verschiedenen Auflagen vor. Die verschiedenen Bezeichnungen wurden als Nennungen mitgezählt, sofern sie eindeutig zugeordnet werden konnten. Bei einzelnen, nicht anonym geschickten Fragebögen wurden zur Klärung ergänzende Informationen aus Beobachtungsbesuchen und Interviews hinzugezogen.

Die von den 24 befragten Kinderärzt/innen genannten veröffentlichten Verfahren lassen sich nach verschiedenen Verfahrenstypen klassifizieren. Es wurden Elternfragebögen zur indirekten Erfassung der Sprachentwicklung von denjenigen Verfahren unterschieden, mit denen die Sprache direkt am Kind erfasst werden kann. Spezifisch für die Sprachstandserfassung direkt am Kind entwickelte Verfahren wurden nochmals in nicht standardisierte Verfahren und standardisierte/normierte Verfahren unterschieden (s. Übersicht Abbildung 5, Abschnitt 3.3). Als letzte Kategorie kommen allgemeine Entwicklungstests mit einem Untertest zur Sprachentwicklung hinzu, die in den kinderärztlichen Praxen aufgrund der breiten Zielsetzung der Vorsorgeuntersuchungen ebenfalls zum Einsatz kommen. Hier sind sowohl standardisierte Testbatterien als auch nicht standardisierte Entwicklungsskalen enthalten. Tabelle 17 ist zu entnehmen, welche Verfahrenstypen von den Kinderärzt/innen nach eigenen Angaben verwendet werden.

Tabelle 17. In den Vorsorgeuntersuchungen verwendete Verfahrenstypen

Verfahrenstyp	Nennungen
<i>Zur indirekten Erfassung durch Elternbefragung</i>	
Standardisierte Elternfragebögen (ELFRA, SBE-2-KT, SBE-3-KT)	20
Nicht standardisierte Elternfragebögen (MEF)	2
<i>Zur Untersuchung direkt am Kind</i>	
Standardisierte, normierte Sprachentwicklungstests (SETK-2, SETK 3-5, SSV, HSET, PET)	7
Allgemeine Entwicklungstests mit Untertest Sprache (BUEVA, Denver-Entwicklungsskalen, ET 6-6, MFED)	6
Nicht standardisierte Verfahren (Untersuchungs- u. Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindl. Sprache, ,Kottmannbogen‘)	9
gesamt	44

Anmerkungen. Fragebögen (n = 36), freie Nennungen, Mehrfachnennungen möglich

Die Ergebnisse belegen, dass unter den veröffentlichten Verfahren standardisierte Elternfragebögen besonders häufig genutzt werden. Auf die fünf standardisierten und normierten Sprachentwicklungstests entfielen hingegen lediglich sieben der 44 Nennungen. Da zwei Teilnehmer/innen je zwei standardisierte Verfahren nannten, bedeutet dies, dass fünf der 24 befragten Ärzt/innen (13,9%) einen standardisierten und normierten Sprachentwicklungstests in ihrem Repertoire haben. Das am häufigsten genannte Verfahren für eine Untersuchung direkt am Kind ist mit dem ‚Kottmannbogen‘ ein nicht standardisiertes Verfahren. Sechs der 44 Nennungen entfielen auf allgemeine Entwicklungstests bzw. -skalen, die einen Untertest zur Sprache enthalten.

Alle veröffentlichten Verfahren für die Sprachstandserfassung direkt am Kind wurden detailliert analysiert, um ihre Eignung für die Früherkennungsuntersuchungen beurteilen zu können. In Tabelle 18 werden die zentralen Merkmale dieser Verfahren zusammengefasst. Die Analyse der 14 veröffentlichten Verfahren zeigt, dass diese sich in ihren Merkmalen zum Teil erheblich unterscheiden, sowohl hinsichtlich ihres Alters als auch unter dem Aspekt der Standardisierung. Neben Verfahren, die zum Zeitpunkt der Fragebogenstudie im Jahr 2011 erst vor wenigen Jahren veröffentlicht worden waren, nennen die Ärzt/innen auch Verfahren, deren Erscheinungsjahr und Normierung schon lange zurückliegt oder die auch in der Neuauflage weiter auf die alten Normen zurückgreifen. Alle genannten Verfahren wurden ausschließlich für einsprachige Kinder entwickelt.

Tabelle 18. Qualitätsmerkmale der veröffentlichten Verfahren zur Sprachstandserfassung

Verfahren	Erscheinungs- jahr	Normierungs- jahr	Altersbereich	Standardisie- rung/ Normierung	Norm für mehr- sprachige Kinder
Elternfragebögen					
ELFRA	2000/2006	k.A.	ca. 2;0	✓	–
SBE-3-KT	2009	k.A.	2;8-3;4	✓	–
SBE-2-KT	2008	k.A.	1;9-2;2	✓	–
MEF	2006	–	U7a-U10 (3-6 J.)	–	–
Verfahren zur Untersuchung direkt am Kind					
SETK 2	2000	k.A.	2;0-2;11	✓	–
SETK 3-5	2001	k.A.	3;0-5;11	✓	–
SSV	2003	k.A.	3;0-5;11	✓	–
HSET	1978/91/98	1978	3;0-9;11	✓	–
PET	1977	1973	3;0-9;11	✓	–
BUEVA	2002	1980/1999	4;0-5;11	✓	–
Denver	1973/91	Anf. 70er J.	0;0-6;0	–	–
ET 6-6	2006	1999	0;6-6;0	✓	–
MFED	1971/1978/ 1984/1994	1971	1;0-2;11	–	–
Kottmannbogen ¹	k.A., versch. Versionen	–	U8 (3;6-4;0) U9 (5;0-5;4)	–	–

Anmerkungen. ¹ Unter diesem Namen ist das Verfahren in der Praxis bekannt. Der offizielle Name lautet „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache“

Im Folgenden werden diejenigen veröffentlichten Verfahren detailliert vorgestellt, die von den Kinderärzt/innen besonders häufig genannt wurden. Ausgewählt wurden drei Verfahren, die jeweils mehr als 20 Prozent der Nennungen ausmachen. Es handelt sich um die Elternfragebögen SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009) und SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse, 2009) für die indirekte Erfassung der sprachlichen Kompetenzen und die Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. a, b, c) für eine systematische, aber nicht standardisierte Erfassung der Sprachkompetenzen direkt am Kind. Alle weiteren Verfahren wurden von maximal drei der 36, d. h. von weniger als 10% der befragten Ärzt/innen genannt, deshalb wird auf eine detaillierte Beschreibung dieser Verfahren verzichtet. Zunächst werden nacheinander die beiden Elternfragebögen beschrieben, weil sie ähnlich aufgebaut sind.

SBE-3-KT: Sprachbeurteilung durch Eltern, Kurztest für die U7a (von Suchodoletz et al., 2009)

Der SBE-3-KT ist ein von Psycholog/innen entwickelter Elternfragebogen für die Sprachstandserfassung von Kinderärzt/innen im Rahmen der U7a. Laut Manual (von Suchodoletz et al., 2011) handelt es sich um ein diagnostisches Screeningverfahren zur Früherkennung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen, das unter den Rahmenbedingungen einer pädiatrischen Praxis ohne großen Aufwand und unkompliziert einsetzbar ist. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert laut Handbuch fünf bis zehn Minuten, die Auswertung ca. zwei Minuten. Die Durchführung setzt den Autor/innen zufolge, anders als viele standardisierte psychometrische Testverfahren, keine speziellen linguistischen Kenntnisse voraus. Außerdem ist eine Mitarbeit der Kinder nicht erforderlich. Dadurch ist das Verfahren aus Sicht der Autor/innen für die pädiatrische Sprachdiagnostik in den U7a-Vorsorgeuntersuchungen besonders geeignet. Die Fragebogen und das Manual sind kostenlos im Internet abrufbar und somit für jedermann leicht zugänglich.

Der SBE-3-KT wurde für einsprachig aufwachsende Kinder vom 32. bis zum 40. Lebensmonat konzipiert. Die Altersspanne ist damit weiter gefasst als für die U7a (laut Kinderuntersuchungsheft: 34.-36. Lebensmonat, Toleranzgrenze 33.-38. Lebensmonat, s. Abschnitt 3.2.). Ziel des Verfahrens ist es, Eltern im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung U7a systematisch zu den Sprachkompetenzen ihres Kindes in den Bereichen Wortschatz und Grammatik zu befragen, um auf dieser Basis zwischen sprachlich altersgerecht entwickelten und sprachauffälligen Kindern unterscheiden zu können. Erfasst werden ausschließlich produktive Sprachkompetenzen; Fragen zum Sprachverständnis des Kindes erwiesen sich in der Pilotierung des Verfahrens hinsichtlich der diagnostischen Trennschärfe als nicht aussagekräftig.

Mit dem Fragebogen werden als Hintergrundinformationen das Geburtsdatum und das Alter des Kindes sowie das Vorliegen von Mehrsprachigkeit und ggf. die Erstsprache erfragt. Zur Mehrsprachigkeit werden keine weiteren Fragen gestellt. Für die Überprüfung des Wortschatzes sind im Verfahren 82 Wörter aufgelistet, die von Kindern in den ersten Lebensjahren häufig verwendet werden. Sie wurden nach einem Grundwortschatz des Bundesverbandes Alphabetisierung und Grundbildung (Bockrath & Hubertus, 2008) und nach einer Auswahl durch Eltern in der Pilotierungsphase zusammengestellt.

Im Fragebogen werden die Eltern gebeten, diejenigen Wörter anzukreuzen, die das Kind mehr als einmal selbstständig produziert, d. h. nicht nachgesprochen, hat. Abweichungen von der zielsprachlichen Aussprache dürfen vernachlässigt werden. Falls das Kind ein Synonym verwendet (z. B. *Becher* statt *Glas*), soll dieses Wort neben das entsprechende Item geschrieben werden. Die Wortliste enthält verschiedene Wortarten: 37 Nomen (z. B. *Tisch*, *Geburtstag*), 25 Verben (z. B. *schenken*, *vorlesen*), 14 Adjektive (z. B. *klein*, *schmutzig*), 5 Adverbien (z. B. *jetzt*, *zusammen*) und 1 Präposition (*mit*). Die angekreuzten Items werden zu einem Gesamtwert addiert.

Für den Bereich der Grammatik liegen insgesamt 15 Fragen vor. Die Eltern werden zunächst gefragt, ob ihr Kind bereits Wortverbindungen wie *Mama Buch*, *Baby spielen* oder *Kommt das da*

rein? verwendet. Wird diese Frage bejaht, sollen auch die weiteren Fragen zur Satzbildung beantwortet werden. Anhand von jeweils zwei paarweise angeordneten Beispieläußerungen sollen die Eltern angeben, welche von beiden ihr Kind am ehesten produzieren würde. Dabei werden sowohl Phänomene der Flexionsmorphologie (Plural: *viele Auto* vs. *viele Autos*; Verbflexion und Subjekt-Verb-Kongruenz: *Mama kochen* vs. *Mama kocht*) als auch der Syntax (*Da Katze* vs. *Da ist eine Katze*; *Meine sein* vs. *Das ist meins*) erfragt. Weiterhin wird mit je einem Item nach der Verwendung von Satzverknüpfungen mit *und*, nach Possessivpronomen, nach Verneinungen und nach den W-Fragepronomen *wie*, *was*, *wo* und *wohin* gefragt. Im Bereich Grammatik können maximal 15 Punkte erreicht werden.

Für die Auswertung werden die im Grammatikbereich erreichten Punkte mit sechs multipliziert, um die ansonsten zu starke Gewichtung der Wortschatzergebnisse auszugleichen (von Suchodoletz, 2011). Der Gesamtwert aus den Ergebnissen im Bereich Wortschatz und Grammatik wird anhand einer Normtabelle bewertet; die Normwerte wurden an einer repräsentativen Stichprobe von 1743 einsprachigen Kindern aus Bayern ermittelt. Es liegen Normwerte in Dreimonatsschritten (32-34/35-37/38-40 Monate) vor, die eine Bewertung sowohl des Gesamtergebnisses als auch der einzelnen Werte für Grammatik und Wortschatz erlauben. Als sprachauffällig gelten Kinder, deren Grammatik- und/oder Gesamtwert den jeweiligen Grenzwert unterschreitet. Diese Kinder sollen im Anschluss an das Screening mit dem SBE-3-KT Expert/innen vorgestellt und einer genaueren Untersuchung mit psychometrischen Verfahren unterzogen werden. Bei Auffälligkeiten ausschließlich im Bereich des Wortschatzes wird dies eher als Hinweis auf das Vorliegen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung oder einer zu geringen Förderung interpretiert.

Bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern ist laut Manual die Feststellung einer Sprachentwicklungsstörung mit dem SBE-3-KT nicht möglich, da eine solche nur dann vorliegen kann, wenn sich auch in der Muttersprache ausgeprägte Sprachauffälligkeiten zeigen. Ist dies nicht der Fall, weist ein auffälliger SBE-3-KT-Befund lediglich auf Sprachförderbedarf im Deutschen hin.

Das Manual enthält detaillierte Angaben zur Entwicklung des Verfahrens und zur Erfüllung der Gütekriterien. Die Validierung wurde anhand eines Expertenurteils, eines Spontansprachratings, der Ergebnisse des SETK 3-5 (H. Grimm, 2001), des AWST-R (Kiese-Himmel, 2005) und des SSV (H. Grimm et al., 2003) vorgenommen. Die Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des SBE-3-KT und dem Mittelwert des SETK 3-5 ($r_{sp} = 0.63$) sowie dem AWST-R ($r_{sp} = 0.61$) sind mittelhoch und hoch signifikant ($p < .001$). Die Treffsicherheit wird als vergleichbar mit dem SETK-Gesamttest und höher als die des SSV beschrieben (von Suchodoletz et al., 2011).

SBE-2-KT: Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7 (von Suchodoletz & Sachse, 2009)
Der SBE-2-KT ist ein ebenfalls von Psycholog/innen entwickeltes Screeningverfahren zur Früherkennung von Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen im Alter von 21 bis 24 Monaten, das spezifisch für die pädiatrische Vorsorgeuntersuchung U7 entwickelt wurde (von Suchodoletz &

Sachse, 2015). Es wurde in 2008, also ein Jahr vor dem zuvor beschriebenen SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009) veröffentlicht und ist ebenfalls kostenfrei online abrufbar. Mit diesem Elternfragebogen sollen sogenannte Late talker, d. h. zweijährige Kinder mit verspätetem Sprachbeginn, identifiziert werden.

Im Vergleich zu anderen veröffentlichten und normierten Elternfragebögen für diesen Altersbereich (z. B. ELFRA, H. Grimm & Doil, 2006; ELAN, Bockmann & Kiese-Himmel, 2006; FRAKIS, Szagun et al., 2009) zeichnet sich das Verfahren nach Angaben der Autor/innen durch seine Kürze aus, die es für den flächendeckenden Einsatz in Kinderarztpraxen besonders geeignet macht (von Suchodoletz & Sachse, 2015). Überprüft werden die produktiven Sprachkompetenzen im Bereich Wortschatz; das Sprachverständnis bleibt auch in diesem Bogen unberücksichtigt. Die Auswahl der Items erfolgte auch hier anhand eines Grundwortschatzes sowie auf Grundlage freier Nennungen von befragten Eltern.

Ebenso wie beim SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009) werden mit diesem Elternfragebogen Hintergrundinformationen zum Kind und der Familie erfasst. Die Eltern werden anhand einer Wortliste mit 57 Items zu den lexikalischen Kompetenzen ihres Kindes befragt; die Liste beinhaltet 43 ein-, zwei- und dreisilbige Nomen (z. B. *Ohr, Jacke, Banane*), drei Verben (*baden, essen, malen*), zwei Adjektive (*nass, kalt*), ein Pronomen (*mein*), fünf sozialpragmatische Ausdrücke (*hallo, danke, bitte, ja, nein*) und drei Verbpartikeln (*raus, runter, weg*). Alle Wörter, die vom Kind schon mehrfach selbstständig produziert wurden, sollen von den Eltern angekreuzt werden. Für jedes ausgewählte Item wird ein Punkt vergeben. Zur Einschätzung der Grammatikentwicklung, die sich in dem überprüften Altersbereich in der Regel noch auf erste Wortverbindungen beschränkt, soll eine abschließende Frage zur Produktion von Zwei- und Mehrwortäußerungen („*Benutzt Ihr Kind schon Wortverbindungen von zwei oder mehr Wörtern, wie z. B. Mama Buch, Baby spielen, das da rein?*“) beantwortet werden.

Der Elternfragebogen SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse, 2009) ist ein normiertes Verfahren. Es enthält genaue Anweisungen zur Durchführung, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Zur Feststellung eines Verdachts auf eine Sprachentwicklungsverzögerung liegt für zwei getrennte Altersbereiche jeweils ein kritischer Wert vor: Einsprachige Kinder im Alter von 21 bis 22 Monaten müssen mindestens 13 Punkte erreichen, Kinder zwischen 23 und 24 Monaten wenigstens 19 Punkte, um nicht als auffällig zu gelten (von Suchodoletz & Sachse, 2008).

Die Entwicklung des Verfahrens, die Pilotierung und die Zusammensetzung der Normierungstichprobe (685 einsprachige Kinder aus Bayern) sind im Handbuch samt Anlagen beschrieben. Die Ergebnisse der Normierung werden getrennt nach Mädchen und Jungen dargestellt. Die Erfüllung der Testgütekriterien Validität und Reliabilität wird nachgewiesen (von Suchodoletz & Sachse, 2008). Eine Validierung wurde mit dem Elternfragebogen ELFRA-2 (H. Grimm & Doil, 2006) an einer Teilstichprobe von 298 Kindern vorgenommen. Der SBE-2-KT-Score korreliert hoch signifikant ($p < .001$) mit den einzelnen Skalen des ELFRA-2. Die Rangkorrelation des SBE-2-KT-Scores

und des ELFRA-Wortschatzwertes beträgt für die Gesamtgruppe $r_{sp} = 0.862$. Im unteren und mittleren Leistungsbereich ist die Übereinstimmung des SBE-2-KT und des ELFRA-2-Wortschatzwertes noch höher ($r_{sp} = 0.912$), da die Liste keine Wörter enthält, die zwischen sprachlich weit entwickelten Kindern im oberen Leistungsbereich genauer differenzieren, und sich folglich dort Deckeneffekte zeigen (von Suchodoletz & Sachse, 2015). Gemessen am ELFRA-2 beträgt die Sensitivität des Verfahrens 82,5%, die Spezifität 99,2% und die Gesamtrefferquote 97%. Die Normgrenzen der beiden Verfahren unterscheiden sich allerdings insofern, als mit dem SBE-2-KT weniger Kinder als Late Talker klassifiziert werden (von Suchodoletz & Sachse, 2008). Die prognostische Validität beider Verfahren ist gleich hoch: Der sprachliche Entwicklungsstand mit drei Jahren ließ sich mit beiden Verfahren vergleichbar vorhersagen (SBE-2-KT: $r_{sp} = 0.686$; ELFRA-2-Wortschatz: $r_{sp} = 0.664$) (von Suchodoletz & Sachse, 2015).

Der SBE-2-KT wurde ausschließlich für einsprachig deutsche Kinder entwickelt und normiert. Im Handbuch wird darauf hingewiesen, dass bei Durchführung mit mehrsprachigen Kindern keine Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Sprachentwicklungsverzögerung gezogen werden können (von Suchodoletz & Sachse, 2015). Dafür ist laut Autor/innen auch eine Überprüfung der Kompetenzen in der Erstsprache erforderlich. Für die Erfassung der erstsprachlichen Fähigkeiten werden sukzessiv Übersetzungen des Verfahrens in ca. 30 verschiedenen Herkunftssprachen vorgenommen, darunter auch Versionen für verschiedene Dialekte des Deutschen. Diese Verfahren sind jeweils zweisprachig. Die einleitenden Fragen zum Kind und die Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens sind in der jeweiligen Herkunftssprache verfasst; die Items werden in Deutsch und der jeweiligen Herkunftssprache präsentiert, um die Wortschatzkompetenzen des Kindes in beiden Sprachen zu erfassen. Die Eltern werden gebeten anzukreuzen, welche Wörter die Kinder bereits mehrmals produziert haben. Wird das Wort in beiden Sprachen produziert, sollen jeweils beide Items angekreuzt werden. Bei der Auswertung werden die Wörter in der Herkunftssprache und im Deutschen separat ausgezählt. In einem weiteren Schritt werden alle Wörter jeweils einmal gezählt, die in der einen oder der anderen Sprache verwendet werden, um die Summe der verschiedenen beherrschten Wörter zu errechnen.

Die nicht deutschen Versionen werden nicht von Expert/innen erstellt. Auf der Homepage zum SBE-2-KT¹ werden Muttersprachler/innen um Mitarbeit gebeten. Dort wird auch auf die Probleme und Risiken solcher Übersetzungen hingewiesen: Die übersetzten Versionen wurden nicht wissenschaftlich überprüft und nicht eigens normiert, sodass ihre Zuverlässigkeit eingeschränkt und eine Interpretation der Ergebnisse nur bedingt möglich ist. Mit den übersetzten Versionen des SBE-2-KT können nach Angaben der Autor/innen lediglich eindeutig sprachentwicklungsverzögerte Kinder von eindeutig unauffälligen Kindern unterschieden werden; eine Differenzierung im Grenzbereich ist unsicher.

¹ Siehe Homepage der Universität Heidelberg <https://www.ph-heidelberg.de/sachse-steffi/professur-fuer-entwicklungspsychologie/elternfragebogen-sbe-2-kt-sbe-3-kt/sbe-2-kt-fremdspr.html> (Abruf 19.09.2020).

Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. a, b, c)²

Die Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache sind ein „Screening – Sprachtest“ zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. c). Das Verfahren wird für die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 empfohlen. Es wurde etwa seit den 70er Jahren von dem Pharmahersteller Grünenthal herausgegeben. Das genaue Herausgabedatum ist nicht bekannt. Seit dem ersten Erscheinen ist das Verfahren mehrmals überarbeitet und neu aufgelegt worden. Als Folge sind in der Praxis verschiedene Versionen in Gebrauch: eine sehr frühe Version mit schwarz-weißen Zeichnungen (Kottmann, o. J. a, s. Anhang VII)³, eine frühe farbige Version (Kottmann, o. J. b, s. Abbildung 9) und eine neuere, ebenfalls farbige Version, die vom Prolog-Verlag herausgegeben wird (Kottmann, o. J. c, s. Anhang VII). Die Durchführung ist nicht standardisiert und es liegen entsprechend auch keine Normwerte vor. Im Einzelfall, bspw. wenn das Kind in der Arztpraxis die Mitarbeit verweigert, können die Eltern die Bögen zuhause ausfüllen.

I. Artikulation Blatt 1

1. Artikulationszone
= Lippenlaute:

Ball	Blume	Puppe	Fisch
			
Apfel	Maus	Hammer	Wolke
			

B - Bl - P - F -
-pl - M - mm - W -

2. Artikulationszone
= Zungen-Zahnlaut:

Tasse	Bett	Dach	Drachen
			
Löffel	Teller	Nest/Nadel	Tanne
			
Sonne	Hose	Messer	Eis
			
Schiff	Schmetterling	Schwein	Frosch
			

T - tt - D - Dr -
L - ll - N - nn -
S - s - ss - s -
Sch - Schm - Schw - sch

3. Artikulationszone
= Gaumenlaute:

Haus	Gabel	Kerze	Kleid
			
Knochen	Kirche	Krone	Roller
			

H - G - K - Kl -
Kn - Kl - Kr - R -

II. Sprachverständnis Blatt 2

III. Satzbildung



Anmerkungen:

IV. Phonematische Diskrimination = Lautdifferenzierung

Tisch	Hose	Ohr	Kanne	Buch
				
Fisch	Dose	Uhr	Tanne	Tuch
				

Abbildung 9. Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. b.)

Zentraler Bestandteil des Überprüfungsverfahrens ist der in Abbildung 9 links dargestellte Aussprachebogen, der je nach Version 32, 40 oder 48 Abbildungen von Objekten enthält, mit denen die

² Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens und seiner variablen Handhabung in den kinderärztlichen Untersuchungen ist veröffentlicht in Voet Cornelli et al. (2012b).

³ Für eine detaillierte Analyse siehe Kelle (2006).

Artikulation von Kindern überprüft werden soll. Auf dem Aussprachebogen kann während der Durchführung dokumentiert werden, welche einzelnen Laute von einem Kind noch nicht zielsprachlich artikuliert werden. Zu dem Bogen gehört ein zweites Blatt (Abbildung 9 rechts), mit dem anhand eines sogenannten ‚Wimmelbildes‘ Sprachverständnis und Satzbildung überprüft werden können. Unten auf der zweiten Seite sind zehn (in der neuesten Version zwölf) Minimalpaare wie „Tanne – Kanne“ abgedruckt, die zur Überprüfung der phonematischen Diskrimination dienen.

Für die verschiedenen Auflagen wurden nicht nur die Illustrationen der Bildvorlagen jeweils aktualisiert, sondern zum Teil auch Items ausgetauscht oder ergänzt. Beispielsweise wurde für die neueste Version (Kottmann, o. J., c) das Item ‚Dach‘ durch ‚Dose‘ ersetzt, ‚Schiff‘ durch ‚Schuh‘ und ‚Kirche‘ durch ‚Küche‘; das Minimalpaar ‚Hose – Dose‘ wurde durch ‚Pfanne – Wanne‘ ersetzt, ‚Kabel – Gabel‘ wurde neu hinzugefügt. Die in Abbildung 9 dargestellte Version (Kottmann, o. J. b) wurde in den teilnehmenden Beobachtungen am häufigsten verwendet.

Die aktuelle Version (Kottmann, o. J. c) besteht neben dem Deckblatt aus sechs Seiten: zwei bebilderten Überprüfungsbögen (s. Anhang VII unten), einem Befundbogen, einer Seite mit Durchführungshinweisen und -vorschlägen, einer zweiseitigen Übersicht über die Meilensteine der Sprachentwicklung von der 7. Lebenswoche bis zum 6. Lebensjahr sowie einem Schaubild zur Lautentwicklung zwischen drei und sechs Jahren. In den Durchführungshinweisen werden folgende sechs Überprüfungsbereiche genannt: „I. Artikulation, II. Sprachverständnis, III. Satzbildung, IV. Phonematische Diskrimination, V. Redefluss und VI. Phonation (Stimme)“ (Kottmann, o. J. c, o. S.). Für die Bereiche V. Redefluss und VI. Phonation sind keine eigenen Items vorgesehen. In den Durchführungshinweisen wird empfohlen, die Befunde in diesen Sprachbereichen während der Durchführung der Teile I. bis IV. mit zu erheben.

Die Anleitung enthält unverbindliche Vorschläge zur Durchführung, wie Beispielfragen zum Wimmelbild und Empfehlungen zur Wiederholung von Items bei falscher Artikulation. Lediglich zur Überprüfung der Artikulation finden sich genaue Hinweise darauf, wann, d. h. zur U8 oder zur U9, welche Laute erworben sein sollten. Wird nur ein Item der Sprechtafel nicht fehlerfrei artikuliert, ist laut Manual eine Sprachheilbehandlung anzuraten.

In dem Befundbogen können auffällige Ergebnisse aller verschiedenen Überprüfungsbereiche sowie das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung durch Ankreuzen dokumentiert werden. Wie die Durchführenden zu dem Befund einer Sprachentwicklungsstörung kommen können, wird nicht erklärt. In dem Befundbogen werden auch einige anamnestiche Informationen erfasst, die als mögliche (Mit)verursacher für einen festgestellten Sprachentwicklungsrückstand in Frage kommen: Neben bspw. motorischen oder allgemeinen Entwicklungsverzögerungen kann auch „Bilingualität“ angekreuzt werden, eine weitere Differenzierung ist hierzu nicht vorgesehen. Es gibt im Bogen keine Hinweise, wie diese Informationen in der weiteren Auswertung der Ergebnisse zu berücksichtigen sind, sodass sie höchstens indirekt in die Gesamtbewertung einfließen. Eine Unterscheidung zwischen Abweichungen von der Zielsprache aufgrund eines Zweitspracherwerbs und Sprach-

störungen ist bei mehrsprachigen Kindern demnach nicht vorgesehen. Am Ende des Befundbogens können zwei Interventionsoptionen angekreuzt werden: i) „Differenzialdiagnostik der Sprache durch Logopäden/Sprachtherapeuten erforderlich“ und ii) „Sprachheilbehandlung erforderlich“. Ob eine oder auch beide Optionen ausgewählt werden können, ist nicht zu erkennen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die befragten Kinderärzt/innen über ein umfangreiches und vielfältiges Repertoire an Methoden und Verfahren verfügen, auf das sie für die Sprachstandserfassungen in den Früherkennungsuntersuchungen zugreifen. Neben Einschätzungen auf der Basis von Beobachtungen und Gesprächen mit dem Kind, die von allen Kinderärzt/innen genannt wurden, nutzen sie Elternfragebögen zur indirekten Erfassung und systematische Verfahren zur direkten Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten. Während bei den Elternfragebögen standardisierte Verfahren einen hohen Stellenwert haben, dominieren bei der Sprachstandserfassung nicht standardisierte Verfahren. Die vereinzelt genannten standardisierten Testverfahren sind allesamt für einsprachige Kinder konzipiert. Sie unterscheiden sich in ihrer Aktualität und der Altersgruppe, für die sie vorgesehen sind. Im Folgenden werden diese Ergebnisse diskutiert.

6.4 Diskussion der Ergebnisse

In Studie I wurde untersucht, welche sprachbiografischen Informationen und SSES-Indikatoren die Pädiater/innen im Rahmen der Anamnese erheben und welches Repertoire an Methoden und Verfahren die Pädiater/innen für die Sprachentwicklungsdiagnostik nutzen. Mittels einer Fragebogenerhebung wurden 36 Kinderärzt/innen zu ihrer diesbezüglichen Praxis befragt. In diesem Abschnitt wird anhand der wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen bewertet, ob die Anamnese und das Methodenrepertoire der Pädiater/innen die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik (s. Kapitel 4) erfüllen. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Kinderärzt/innen in ihrem Vorgehen lediglich zur Einhaltung der berufsspezifischen Vorgaben gemäß den Kinder-Richtlinien (G-BA, 2010) bzw. dem Kinderuntersuchungsheft (G-BA, 2005) verpflichtet sind. Diese stimmen nicht mit den in Kapitel 4 dieser Arbeit dargestellten wissenschaftlichen Anforderungen überein. Um den Ärzt/innen mit der Beurteilung ihres Vorgehens gerecht zu werden, wird deshalb jeweils zu Beginn jedes folgenden Abschnittes die Erfüllung dieser professionsspezifischen Anforderungen diskutiert.

6.4.1 Anamnese

Seitens der Profession werden im Kinderuntersuchungsheft (G-BA, 2005), das zum Zeitpunkt der Datenerhebung für diese Studie gültig war, keine expliziten Vorgaben zur Anamnese in der U7a, U8 und U9 gemacht. Jedoch sind Befragungen der Eltern zur Sprachentwicklung bereits in den frühen Vorsorgeuntersuchungen Teil des verbindlichen Vorsorgeprogramms, wenngleich die Inhalte recht vage oder lediglich exemplarisch vorgegeben sind (s. Tabelle 1, Abschnitt 3.3). Ggf. festgestellte

Auffälligkeiten sollen im U-Heft dokumentiert werden und können dann zu späteren Untersuchungszeitpunkten als anamnestiche Angaben herangezogen werden. So ist bspw. laut Untersuchungsheft in der U6 mit 10 bis 12 Monaten die Überprüfung von Silbenverdopplungen, in der U7 mit zwei Jahren die Überprüfung von Zweiwortäußerungen und das Sprechen in der 3. Person („Peter essen“) vorgeschrieben (G-BA, 2005). Die sprachdiagnostischen Informationen und SSES-Indikatoren, die Gegenstand der oben dargestellten Fragebogenstudie waren, sind bis auf die genannte Produktion von Zweiwortsätzen zur U7 im Kinderuntersuchungsheft nicht aufgeführt. Inwieweit die Ärzt/innen die im Untersuchungsprogramm vorgeschriebenen Befragungen der Eltern durchführen und damit die professionsspezifischen Anforderungen erfüllen, war nicht Gegenstand dieser Studie. Die Ergebnisse der Fragebogenstudie zeigen jedoch, dass die Ärzt/innen zahlreiche Informationen über das Kind und seine Familie erheben, die im Untersuchungsheft nicht konkret genannt werden, die aber für die Qualität der Sprachentwicklungsdiagnostik bedeutsam sind.

In Studie I wurde untersucht, ob die Anamnese der Kinderärzt/innen den wissenschaftlichen Anforderungen genügt. Ergebnissen der (Zweit)spracherwerbsforschung und der Forschung zu Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen zufolge kann die Beurteilung der Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern nur unter Berücksichtigung verschiedener sprachbiografischer Informationen zuverlässig vorgenommen werden. Aus wissenschaftlicher Perspektive wird gefordert, dass im Rahmen der Anamnese Informationen zum Alter und zu den Sprachen des Kindes, zum Alter bei Beginn des Deutscherwerbs und der Kontaktdauer zum Deutschen sowie zur Quantität und Qualität des Inputs im Deutschen erfasst werden. Überdies sollten die Risikofaktoren einer SSES, d. h. Auffälligkeiten in der Entwicklung der Erstsprache und in der frühen Sprachentwicklung, eine familiäre Disposition für Sprachentwicklungsstörungen und Störungen im Bereich des Schriftspracherwerbs sowie die Einschätzung der Sprachfähigkeiten durch Eltern und weitere Bezugspersonen erhoben werden (s. Abschnitt 4.3).

Bis dato war offen, inwieweit die Kinderärzt/innen diese Informationen zum Kind und seiner Familie in den Früherkennungsuntersuchungen erfragen und dokumentieren. Es wurde erwartet, dass die Pädiater/innen verschiedene zentrale Informationen zum Kind und zur Familie routinemäßig erheben, nicht zuletzt da viele dieser Informationen auch grundlegend für die Beurteilung weiterer Entwicklungsbereiche sind. Die Ergebnisse der Befragung belegen, dass die befragten Kinderärzt/innen die relevanten sprachbiografischen Informationen zum Kind ganz überwiegend erfassen. Erwartungsgemäß werden das Alter des Kindes und das Herkunftsland der Familie (je 97,2%) sowie die Sprachen des Kindes und der Sprachgebrauch in der Familie (je 100%) durchgängig erhoben. Auch den Kitabesuch des Kindes (94,4%) erfragen nahezu alle Teilnehmer/innen. Diese Fragen werden in den Vorsorgeuntersuchungen sicherlich auch deshalb regelmäßig von den Ärzt/innen gestellt, weil sie sich gut eignen, um mit Eltern und Kind ins Gespräch zu kommen.

Die frühe Sprachproduktion, d. h. das Alter bei Produktion erster Wörter und erster Wortverbindungen, wird von den befragten Ärzt/innen mit je 86,1% ganz überwiegend erfasst. Laut

Untersuchungsprogramm werden Zweiwortsätze in der U7 mit zwei Jahren überprüft (s. Abschnitt 3.3). Ebenso werden das Alter des Kindes bei Kitaeintritt (86,1%), das Alter bei Beginn des Deutscherwerbs (86,1%) sowie die Kontaktdauer zum Deutschen zum Zeitpunkt der Untersuchung (83,3%) von den meisten Ärzt/innen nach eigenen Angaben erhoben. Es ist anzunehmen, dass der Eintritt in die Kita und der Beginn des Deutscherwerbs mit nahezu allen Eltern mehrsprachiger Kinder, die regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung kommen, besprochen werden, doch werden diese Informationen offensichtlich nicht von allen Teilnehmer/innen systematisch mit genauer Altersangabe erhoben und festgehalten. Dies ist jedoch erforderlich, damit sie später als sprachbiografische Information für die Diagnosestellung zur Verfügung stehen. Die familiäre Prädisposition für eine Sprachentwicklungsstörung wird ebenfalls von vier Fünftel der Befragten (80,6%) erhoben.

Der etwas geringere Wert zur Erfassung der Erstsprache (75%) kann bedeuten, dass einige Pädiater/innen nicht wissen, dass eine unauffällige Entwicklung der Erstsprache ein zentrales Ausschlusskriterium für das Vorliegen einer SSES ist. Er lässt sich möglicherweise jedoch auch dadurch erklären, dass es hierfür keine geeigneten Verfahren gibt und viele Ärzt/innen sich nicht in der Lage sehen, die Fähigkeiten der Kinder zu beurteilen, sofern sie oder eine ihrer Helfer/innen nicht zufällig über entsprechende Sprachkenntnisse verfügen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass einige Ärzt/innen die Befragung der Eltern hierzu für nicht reliabel halten, bspw. weil sie den Eltern eine Beurteilung nicht zutrauen oder weil sie annehmen, dass diese sich und ihr Kind angesichts der Kontrollfunktion der Vorsorgeuntersuchungen ‚von ihrer besten Seite zeigen‘ möchten und deshalb Schwierigkeiten nicht benennen. Denkbar ist auch, dass einige Ärzt/innen die Erfahrung machen, sich mit vielen Eltern von mehrsprachigen Kindern aufgrund sprachlicher Barrieren nicht ausreichend verständigen zu können, um eine brauchbare Einschätzung der Erstsprache zu erhalten.

Lediglich 17 Nennungen (47,2%) wurden zur Erfragung des Vorliegens einer Lese-Rechtschreibstörung in der Familie verzeichnet. Dieser geringe Wert bedeutet jedoch keine erhebliche Qualitätseinbuße für die Diagnostik, da sich diese Information bei zugewanderten Familien ohnehin nur bedingt als relevanter Prädiktor für das Auftreten einer SSES nutzen lässt (s. Abschnitt 4.3). Die Befragung der Eltern zum Auftreten von schriftsprachlichen Schwierigkeiten in der Familie bleibt oft ergebnislos, nicht allein aufgrund sprachlicher Barrieren, sondern auch weil sie selbst oder Familienangehörige möglicherweise nicht alphabetisiert sind oder ihnen das Konzept einer Dyslexie bzw. LRS aus dem Herkunftsland nicht bekannt ist (Paradis et al., 2010).

Zusammengefasst belegen die Ergebnisse dieser Studie, dass die große Mehrheit der Ärzt/innen die sprachbiografischen Informationen und Risikofaktoren einer SSES erheben, die Voraussetzung für eine adäquate Interpretation der Untersuchungsergebnisse sind. Lediglich die Erfassung der Fähigkeiten in der Erstsprache wird mit 27 von 36 Nennungen (75%) etwas seltener angegeben, obwohl sie für die Qualität der SSES-Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern zentral ist. Insgesamt erfüllen die befragten Kinder- und Jugendärzt/innen mit ihren Angaben mithin mehrheitlich die in Kapitel 4 genannten wissenschaftlichen Anforderungen an die sprachdiagnostische Anamnese.

6.4.2 Repertoire an Methoden und Verfahren

Die professionsspezifischen Vorgaben zur Sprachentwicklungsdiagnostik in den Vorsorgeuntersuchungen (G-BA, 2010, 2017a) sehen zur Erfassung des kindlichen Sprachentwicklungsstandes lediglich eine Befragung der Eltern vor. Den Ärzt/innen wird weder eine weitere Methode noch ein Verfahren zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten direkt am Kind vorgeschrieben (s. Abschnitt 3.3). In der Fragebogenstudie geben alle Ärzt/innen für die U7a an, wie vorgeschrieben die Eltern zu befragen. Für die U8 (88,6%) und U9 (85,7%) liegen die Werte nur unbedeutend niedriger. Die Ärzt/innen kommen mit ihrem sprachdiagnostischen Vorgehen somit den Anforderungen nach, die seitens der Profession an sie gestellt werden. Die wissenschaftlichen Anforderungen an die Methoden und Verfahren, die in dieser Studie als Maßstab für eine zuverlässige Sprachentwicklungsdiagnostik herangezogen wurden, gehen hingegen weit über die Vorgaben seitens der Profession hinaus.

Ausgehend von den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen zur Praxis der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik (s. Abschnitt 3.4) wurde im Vorfeld der Studie I erwartet, dass die Kinderärzt/innen die sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder zum einen auf der Basis von Einschätzungen, z. B. durch Beobachtungen und Gespräche mit dem Kind, und zum anderen mithilfe nicht standardisierter Verfahren beurteilen. Überdies wurde erwartet, dass in der Praxis verschiedene veröffentlichte Verfahren und Methoden eingesetzt werden, die auf eine heterogene Untersuchungspraxis innerhalb der Stichprobe schließen lassen. Den Ergebnissen dieser Fragebogenstudie zufolge nutzen die Kinderärzt/innen in der U7a, U8 und U9 verschiedene Methoden zur Sprachstandserfassung: Sowohl die Elternbefragung als auch die Beobachtung und das Gespräch mit dem Kind werden von mehr als 80% der Ärzt/innen in den Vorsorgeuntersuchungen eingesetzt. Diese Methoden zählen vermutlich zur methodischen ‚Grundausstattung‘ der Kinderärzt/innen, weil sie erste Hinweise auf Auffälligkeiten in verschiedensten Entwicklungsbereichen ermöglichen.

Darüber hinaus lassen die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zu den verwendeten Methoden und Verfahren auf eine recht hohe Akzeptanz von systematischen Verfahren zur Sprachstandserfassung schließen. Konkrete hausinterne Aufgaben, Testverfahren oder veröffentlichte Materialien werden je nach U-Typ von fast der Hälfte (45,7%) bis zu einem Dreiviertel (77,1%) der Ärzt/innen genannt. 22 der 36 der Ärzt/innen gaben insgesamt 44 verschiedene veröffentlichte Verfahren an, die sie in der U7a, U8 oder U9 einsetzen. Auch wenn diese Angaben zu den verwendeten Verfahrenstypen und Materialien noch kein Urteil über deren Qualität erlauben, deuten sie auf das Bemühen der Ärzt/innen um ein systematisches, auf Vergleichbarkeit zwischen den Einzelfällen ausgerichtetes Vorgehen hin.

Die Ergebnisse legen zudem die Annahme nahe, dass in der erst im Jahr 2008 eingeführten U7a etwas anders vorgegangen wird als in der U8 und U9, auch wenn die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind. Es ist anzunehmen, dass sich mit einer sukzessive zunehmenden Kooperationsbereitschaft und weiter entwickelten sprachlich-kommunikativen Kompetenzen älterer Kinder die

methodischen Zugänge zwischen den Untersuchungszeitpunkten sukzessive verschieben: Die Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten direkt am Kind, z. B. mit Testverfahren, gewinnt gegenüber indirekten Methoden wie der Elternbefragung leicht an Bedeutung.

Die Analyse der von den Ärzt/innen genannten veröffentlichten Verfahren und eine Klassifizierung nach Verfahrenstypen ergab, dass die indirekte Erfassung der kindlichen Sprachkompetenzen einen besonders hohen Stellenwert hat, denn bei 22 der 44 genannten veröffentlichten Verfahren handelte es sich um Elternfragebögen. Diese Verfahren stellen zwar zur Erfassung der Sprachkompetenzen insbesondere bei jungen Kindern eine hilfreiche Ergänzung des Methodenrepertoires dar. Sie sind jedoch bei Kindern im Alter von drei bis fünf Jahren, von denen bereits umfangreichere rezeptive und produktive Sprachkompetenzen erwartet werden können, nicht als Ersatz für ein Verfahren anzusehen, mit dem sprachliche Äußerungen unmittelbar vom Kind erhoben werden können. Anders als bei den eingesetzten Verfahren zur Sprachstandserfassung direkt am Kind handelt es sich bei den genannten Elternfragebögen ganz überwiegend, d. h. bei 20 von 22 Nennungen, um standardisierte Verfahren. Vor allem wurden die standardisierten Fragebögen SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009) (10 Nennungen, 22,7%) und SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse, 2009) (8 Nennungen, 18,2%) angegeben. Dass diese Verfahren von den befragten Kinderärzt/innen in der Studie am häufigsten genannt wurden, liegt vermutlich nicht zuletzt an ihrer hohen Praktikabilität: Die beiden Verfahren sind kostenlos im Internet erhältlich, sie sind ohne linguistische Expertise durchführbar und können im Vorfeld der Untersuchung von den Eltern zuhause, z.B. nach Download von der Homepage der Praxis, oder im Wartezimmer selbstständig ausgefüllt werden, was zu einer zeitlichen Entlastung der Vorsorgeuntersuchung selbst beiträgt. Beim SBE-2-KT handelt es sich um ein Verfahren zur Befragung der Eltern Zweijähriger (Alter 1;9-2;0) über die produktiven Wortschatzkompetenzen ihres Kindes. Der Einsatz dieses Verfahrens bei älteren Kindern ist möglicherweise auf die zahlreichen herkunftssprachlichen Versionen des SBE-2-KT zurückzuführen. Es ist anzunehmen, dass einige Ärzt/innen den SBE-2-KT abweichend von der eigentlichen Zielgruppe einsetzen, um die Deutschkenntnisse von älteren Kindern mit noch geringen Deutschkenntnissen zu erfassen oder auch um Eltern zu befragen, deren Befragung ausschließlich in ihrer Herkunftssprache möglich ist.

Aus wissenschaftlicher Sicht sind nur bei Verwendung eines standardisierten, normierten Sprachentwicklungstests, der die testtheoretischen Gütekriterien erfüllt, zuverlässige Aussagen über den Sprachstand eines Kindes und das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung möglich. Bei sieben der 44 im Fragebogen genannten Verfahren zur direkten Untersuchung am Kind handelt es sich um standardisierte Sprachentwicklungstests. Lediglich fünf Ärzt/innen (13,9%) verfügen in ihrer Praxis über Verfahren dieses Typs. Vier weitere Nennungen entfielen auf standardisierte allgemeine Entwicklungstests, die einen Untertest zur Sprache enthalten. Standardisierte Verfahren sind somit wie erwartet in den pädiatrischen Praxen bislang kaum verbreitet.

Standardisierte und normierte Verfahren sollten zum Altersbereich passen, in dem sie eingesetzt werden, da ansonsten die Normwerte nicht verwendet werden können und eine entsprechende Aus-

wertung nicht möglich ist. Zwei von zehn genannten standardisierten Verfahren (ELFRA, Grimm & Doil, 2000, 2006; SBE-2-KT, von Suchodoletz & Sachse, 2009) sind nicht für Kinder im Alter zwischen drei (U7a) und fünf Jahren (U9) vorgesehen, sodass eine Verwendung ihrer Normen in diesen Untersuchungen nicht möglich ist. Der genannte SETK-2 (Grimm, 2000) verfügt über Normen bis zum Alter von 2;11 Jahren und kann damit gemäß seiner Bestimmung lediglich für die wenigen Kinder eingesetzt werden, die mindestens einen Monat vor ihrem dritten Geburtstag zur U7a vorgestellt werden.

Verfahren für mehrsprachige Kinder sollten nach Alter bei Erwerbsbeginn und Kontaktdauer differenzierte Normwerte enthalten, die einen Vergleich mit Kindern ähnlichen Erwerbstyps ermöglichen. Keines der genannten veröffentlichten Verfahren verfügt jedoch über differenzierte Normen für mehrsprachige Kinder. Die verwendeten Verfahren sollten zudem aktuell sein; standardisierte Verfahren sollten über aktuelle Normwerte einer repräsentativen Stichprobe verfügen. Mehrere der 14 genannten veröffentlichten Verfahren sind jedoch zum Zeitpunkt der Fragebogenuntersuchung im Jahr 2011 schon weit über 15 Jahre alt und/oder beziehen sich auf sehr alte Normierungsdaten (z. B. Denver-Entwicklungsskalen, Flehmig et al., 1973; MFED, Hellbrügge, 1994; PET, Angermaier, 1977; HSET, H. Grimm & Schöler, 1991, Normierung 1978).

Die Verfahren sollten für die durchführenden Berufsgruppen und die Rahmenbedingungen der Untersuchung geeignet sind. Mehrere im Fragebogen genannte Verfahren wurden eigens für die Diagnostik in medizinischen Kontexten entwickelt, z. B. der SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse, 2009) und der SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009), BUEVA (Esser & Wyschkon, 2002), der Kottmannbogen (Kottmann, o. J. a, b, c) und die Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al., 1973); sie sind folglich für die Durchführung durch Arzthelfer/innen und Ärzt/innen geeignet.

Falls keine standardisierten Testverfahren verfügbar sind, sollten verschiedene Methoden und Verfahren in der Kombination angewendet werden, um dadurch verschiedene Zugänge zu den sprachlichen Fähigkeiten der Kinder zu eröffnen. Alle befragten Ärzt/innen nennen für die U7a, U8 und U9 mehrere Methoden, die sie für die Sprachentwicklungsdiagnostik einsetzen. Zwei Drittel der Ärzt/innen geben zusätzlich an, veröffentlichte Verfahren zu verwenden. 15 der 36 befragten Ärzt/innen können für die Untersuchungen auf ein Repertoire von mehr als einem bis hin zu vier verschiedenen veröffentlichten Verfahren zugreifen. Ob sie die genannten Methoden und Verfahren in den Früherkennungsuntersuchungen einzeln oder in Kombination anwenden, kann anhand der Fragebogendaten allerdings nicht ermittelt werden.

Eindeutig bevorzugt werden von den Ärzt/innen die in der Praxis häufig als „Kottmannbogen“ bezeichneten Untersuchungsbögen (Kottmann, o. J. a, b, c) mit 20,5% der Nennungen. Dieses Verfahren ermöglicht eine systematische, aber nicht standardisierte Erfassung des kindlichen Sprachstandes (s. Abschnitt 6.3.2). Zumindest die älteren, in der Praxis ganz überwiegend verwendeten Versionen sind im Hinblick auf die Items und Illustrationen veraltet und nicht für die Untersuchung mehrsprachiger Kinder mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen konzipiert (s. Abschnitt

7.3.4). Die Präferenz der Ärzt/innen für dieses nicht standardisierte Verfahren ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass es bereits seit mehreren Jahrzehnten in vielen pädiatrischen Praxen genutzt wird und somit Routinen der Durchführung etabliert wurden. Zudem ist es zumindest in den frühen Versionen ebenfalls kostenlos, äußerst praktikabel in seiner Handhabung und lässt sich dadurch gut in das dichte und vielschichtige Programm der Vorsorgeuntersuchungen einfügen. Die Vorlage ist vielfach verwendbar und erfordert nicht zwingend eine schriftliche Dokumentation. Es handelt sich um eine Bildtafel zur Benennung illustrierter Objekte, die auch in Auszügen verwendet und flexibel variiert werden kann. Die Auswertung kann während der Durchführung stattfinden und erfordert von der durchführenden Person kein linguistisches Fachwissen, denn die genannten Objektnamen sollen lediglich in Hinblick auf die Aussprache und Wortwahl mit der Zielsprache Deutsch abgeglichen werden. Der Schwerpunkt des Verfahrens liegt auf der Überprüfung der Artikulation. Vor allem Grammatik und Wortschatz werden lediglich eingeschätzt. Normierungsdaten liegen nicht vor. Trotzdem wird in der Anleitung zur aktuellen Version des Verfahrens (Kottmann, o. J. c) ein genauer Grenzwert zur Beurteilung der Artikulation angegeben: Macht ein Kind bei 32 Items (im Türkischen sogar 48 Items) lediglich einen Fehler, ist eine Sprachheilbehandlung anzuraten. Wie diese äußerst präzise und strenge Norm für die Artikulation zustande kommt, wird im Manual nicht dargelegt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Fragebogenstudie, dass die Ärzt/innen über ein umfangreiches Repertoire an Methoden und Verfahren verfügen. Diese Tatsache lässt auf eine große Heterogenität hinsichtlich der Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik schließen. Die Analyse der genannten veröffentlichten Verfahren ergab, dass keines der Verfahren den zentralen wissenschaftlichen Anforderungen an die Sprachentwicklungsdiagnostik mehrsprachiger Kinder gerecht wird; vor allem die Forderung nach separaten Normen für mehrsprachige Kinder wird von keinem Verfahren erfüllt. Dieses Ergebnis war angesichts des bisher unzureichenden Angebots an veröffentlichten Verfahren, die für mehrsprachige Kinder geeignet sind, zu erwarten. Bislang ist mit LiSe-DaZ (Schulz & Tracy, 2011) erst ein Verfahren auf dem Markt, das diesem Anspruch gerecht wird; die Durchführung und Auswertung dieses Verfahrens ist allerdings gemessen an den Rahmenbedingungen einer kinderärztlichen Praxis sehr zeitintensiv (Dauer der Durchführung abhängig vom Alter des Kindes: 20 bis 30 Min., Auswertung: ca. 30 Min.). Somit bleibt festzuhalten, dass aufgrund der großen Heterogenität der sprachdiagnostischen Verfahren sowie ihrer überwiegend unzureichenden Qualität eine flächendeckend einheitliche und zuverlässige Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen, wie sie aus wissenschaftlicher und medizinischer Perspektive gefordert wird, in den Vorsorgeuntersuchungen der Teilnehmer/innen dieser Studie nicht gewährleistet wird.

Mit dieser Studie wurde ein erster deskriptiver Überblick gegeben, welche anamnestisch relevanten Informationen der Kinder die Pädiater/innen erfassen und welche Methoden, Materialien und Verfahren sie für die obligatorischen Sprachstanderfassung im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung haben, zunächst unabhängig davon, ob damit ein- oder mehr-

sprachige Kinder untersucht werden. Die Aussagekraft der Studie ist aufgrund der kleinen Stichprobe bestehend aus 36 Ärzt/innen vergleichsweise gering. Auch vermitteln die Ergebnisse lediglich einen sehr begrenzten Einblick in die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik. Beispielsweise lässt sich aus den Fragebogenergebnisse zur Anamnese nicht ableiten, welche Bedeutung die befragten Ärzt/innen den von ihnen erhobenen Informationen für die Beurteilung der Sprachentwicklung beimessen, weil viele dieser Informationen ebenso für andere Entwicklungsbereiche relevant sind. Es kann überdies nicht beurteilt werden, wie die Ärzt/innen die anamnestisch erhobenen Informationen im Zuge der Diagnosestellung mit den ermittelten sprachlichen Fähigkeiten des Kindes verknüpfen.

Hinsichtlich der Methoden und Verfahren für die Sprachentwicklungsdiagnostik liefern die Ergebnisse der Fragebogenerhebung keine Erkenntnisse dazu, wie regelmäßig, in welchen Fällen und auf welche Weise die einzelnen genannten Verfahren und Methoden in der Praxis eingesetzt werden. Unklar bleibt beispielsweise, ob die Verfahren vollständig oder lediglich in Auszügen verwendet werden, und ebenso, ob in einzelnen Untersuchungen verschiedene Verfahren miteinander kombiniert werden. Auch kann anhand der Ergebnisse nicht beantwortet werden, welche Methoden und Verfahren speziell bei mehrsprachigen Kindern eingesetzt werden. Hier liefern teilnehmende Beobachtungen in Vorsorgeuntersuchungen vertiefende Erkenntnisse. In Studie II wird deshalb anhand der Beobachtungsdaten nochmals auf die in den Vorsorgeuntersuchungen eingesetzten Verfahren eingegangen.

6.5 Zusammenfassung

In Studie I zur Qualität der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8 und U9 wurden Aspekte der Diagnostik empirisch untersucht, die für gewöhnlich der eigentlichen Untersuchung des Kindes, d. h. der Durchführung einer Sprachstandserfassung, vorgelagert sind. Es wurde erstens untersucht, welche sprachbiografischen Informationen und SSES-Indikatoren der Kinder die Pädiater/innen im Rahmen der Anamnese erheben (F1.1). Zweitens wurde der Frage nachgegangen, welches Repertoire an Methoden und Verfahren die Pädiater/innen für die Sprachentwicklungsdiagnostik nutzen (F1.2). Mithilfe dieser Teilfragen wurde die übergeordnete Frage beantwortet, ob die Anamnese und das Methodenrepertoire der Pädiater/innen die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen erfüllen (F1).

Mit einem Fragebogen wurden 36 Kinderärzt/innen dazu befragt, welche Informationen und Risikofaktoren von mehrsprachigen Kindern sie erheben, die Voraussetzung für eine adäquate Beurteilung ihrer sprachlichen Fähigkeiten sind. Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass nahezu alle Teilnehmer/innen nach eigenen Angaben die wesentlichen Informationen und Risikofaktoren der Kinder erfassen. Während alle Teilnehmer/innen die Eltern zum Herkunftsland, zu den Sprachen des Kindes und zum Sprachgebrauch in der Familie befragen, erfassen zwischen 80% und 86% der Teilnehmer/innen die Kontaktdauer zum Deutschen, das Alter bei Erwerbsbeginn, das Alter bei Produktion erster Wörter und Wortverbindungen und die familiäre Prädisposition für Sprachentwick-

lungsstörungen. Der Stand der Erstsprache als Ein- bzw. Ausschlusskriterium einer SSES wird von 75% der befragten Ärzt/innen erfasst. Lediglich 47,2% erfassen das Vorliegen von Leserechtschreibstörungen in der Familie; diese Information ist jedoch ohnehin bei mehrsprachigen Kindern als SSES-Indikator nur bedingt geeignet (s. Abschnitt 4.3). Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Teilnehmer/innen die professionsspezifischen Vorgaben und die wissenschaftlichen Anforderungen an die anamnestische Erfassung der relevanten Informationen über das Kind überwiegend erfüllen.

Ein weiteres Ergebnis dieser Studie ist, dass die Teilnehmer/innen für die Erfassung des Sprachstandes in den Vorsorgeuntersuchungen verschiedenste Methoden und Verfahren nutzen; Methoden wie die Beobachtung, das Gespräch mit dem Kind und Elternbefragungen stehen dabei eindeutig im Vordergrund. Zwischen 46% und 77% der Ärzt/innen gaben für die einzelnen Untersuchungszeitpunkte die Verwendung von hauseigenen Verfahren, Testverfahren oder veröffentlichten Verfahren an. Insgesamt 24 (66,7%) der 36 befragten Ärzt/innen nannten konkrete veröffentlichte Verfahren, mit denen sie in den Vorsorgeuntersuchungen arbeiten. Sie gaben 44 verschiedene veröffentlichte Verfahren an, was auf eine große Heterogenität der sprachdiagnostischen Vorgehensweise innerhalb der Gruppe schließen lässt. Bei den genannten veröffentlichten Verfahren handelt es sich an erster Stelle um standardisierte Elternfragenbögen, gefolgt von einem nicht standardisierten Verfahren zur Untersuchung des Kindes, in dessen Mittelpunkt Benennaufgaben zur Überprüfung der Artikulation stehen. Lediglich 15,9% aller 44 genannten Verfahren sind im testtheoretischen Sinne standardisierte, normierte Sprachentwicklungstest; keines dieser Verfahren wurde von mehr als zwei Befragten genannt. 13,9% der Befragten haben ein solches Verfahren in ihrem Repertoire.

Mit der nachgewiesenen Auswahl an Methoden und Verfahren erfüllen die Teilnehmer/innen der Studie die Vorgaben ihrer Profession, denn diese schreiben für die Sprachentwicklungsdiagnostik im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen lediglich eine Befragung vor. Dadurch dass die Pädiater/innen neben der Befragung der Eltern viele weitere Methoden und auch Verfahren einsetzen, lassen sie ein grundsätzliches Bemühen um ein systematisches Vorgehen und zuverlässige Ergebnisse erkennen.

Keines der im Fragebogen genannten Verfahren erfüllt jedoch die wissenschaftlichen Anforderungen an ein zuverlässiges Diagnostikverfahren, viele sind z. B. veraltet, keines ist für mehrsprachige Kinder konzipiert und normiert. Eine nach testtheoretischen Kriterien zuverlässige Sprachentwicklungsdiagnostik ist aufgrund der eingesetzten Methoden und Verfahren ebenso wenig gewährleistet wie eine Vergleichbarkeit der Diagnosen zwischen den einzelnen Ärzt/innen.

7 Studie II. Das sprachdiagnostische Vorgehen der Kinderärzt/innen

Um zu untersuchen, wie die Pädiater/innen in der Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern in konkreten Einzelfällen vorgehen, wurden teilnehmende Beobachtungen in Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. In Studie II werden ausgehend von dem Prozessmodell der Sprachentwicklungsdiagnostik (s. Abbildung 1, Abschnitt 2.2.1), das den in Kapitel 4 erarbeiteten Qualitätsanforderungen und den empirischen Teilstudien als Heuristik zugrunde liegt, die folgenden Teilfragen zum Vorgehen der Kinderärzt/innen in den beobachteten Früherkennungsuntersuchungen beantwortet:

Rahmenbedingungen der Durchführung

(F2.1) Unter welchen zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen wird die Sprachentwicklungsdiagnostik in der U7a, U8 und U9 durchgeführt?

Untersuchung des Kindes

(F2.2) Wie werden Verfahren und Materialien für die Sprachstandserfassung gehandhabt?

(F2.3) Welche Fragen und Gesprächsimpulse verwenden die Ärzt/innen, um die Kinder zum Sprechen anzuregen?

Diagnosen und Interventionsempfehlungen

(F2.4) Welche Beurteilungen der kindlichen Sprachfähigkeiten und welche Interventionsempfehlungen geben die Ärzt/innen an die Eltern weiter?

Diese Teilfragen dienen der Beantwortung der folgenden übergeordneten Frage:

(F2) Erfüllt das sprachdiagnostische Vorgehen der Pädiater/innen in der U7a, U8 und U9 bei mehrsprachigen Kindern die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen?

7.1 Proband/innen

Für diese Studie wurden Beobachtungsdaten von 21 pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (U7a, U8, U9) bei elf verschiedenen Ärzt/innen ausgewertet. Zu jedem der 21 Vorsorgetermine wurde je ein mehrsprachiges Kind untersucht. Ergänzend zur teilnehmenden Beobachtung wurden die Vorsorgeuntersuchungen mit einem Audiogerät aufgezeichnet (s. ausführlich Kapitel 5.5.3). Da neun der elf Ärzt/innen der Beobachtungsstudie auch Teilnehmer/innen der Fragebogenstudie waren und für die übrigen beiden Probanden keine detaillierten Angaben zur Person vorliegen, wird diese Stichprobe nicht separat beschrieben. Fünf der elf Ärzt/innen sind weiblich und sechs männlich. Von einzelnen Ärzt/innen liegt lediglich eine, von anderen liegen bis zu vier Beobachtungen vor.¹ Zwei

¹ An den Arztnummern im Probandencode (also KJA9 ..., KJA10 etc.) ist erkennbar, um welche der Ärzt/innen es sich handelt.

Ärzt/innen gehören derselben Praxis an. Bis auf KJA13 haben alle an der Studie teilnehmenden Ärzt/innen und Praxen eine Kassenzulassung. Die Anzahl der Beobachtungen je Ärzt/in wird in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19. Anzahl Beobachtungen je Ärzt/in in den Untersuchungen U7a, U8 und U9

Kinderärzt/in (KJA)	U7a	U8	U9	gesamt
KJA2	0	0	1	1
KJA3	0	1	1	2
KJA8	0	1	1	2
KJA9	0	2	0	2
KJA12	0	1	1	2
KJA13	0	0	1	1
KJA14	1	0	2	3
KJA16	2	2	0	4
KJA19 ¹	0	1	1	2
KJA21 ¹	1	0	0	1
KJA602	0	1	0	1
Summe	4	9	8	21

Anmerkungen.¹ KJA19 und KJA 21 sind in derselben Praxis tätig.

Unabhängig davon, ob bei einem Arzt eine oder mehrere Vorsorgeuntersuchungen beobachtet wurden, werden in dieser Studie alle 21 Beobachtungen als Einzelfälle behandelt, da unterschiedliche Kinder untersucht wurden. Es ist nicht auszuschließen, dass Vorsorgeuntersuchungen derselben Ärzt/innen ähnliche Merkmale, z. B. hinsichtlich der Dauer oder der verwendeten Verfahren, aufweisen, weil diese auch von deren Durchführungspraktiken oder den vereinbarten Vorgehensweisen in der gemeinsamen Praxis abhängig sind.

Weitere Teilnehmer/innen in den Beobachtungssituationen waren die untersuchten mehrsprachigen Kinder ($n = 21$). In Tabelle 20 sind die sprachbiografischen Merkmale der Kinder im Einzelnen aufgeführt. Die Informationen wurden aus den Beobachtungen und zum Teil aus anschließend mit den Eltern anhand eines Kurzfragebogens (s. Anhang IV) geführten Befragungen gewonnen.²

² Die Angaben der Eltern zum Alter bei Erwerbsbeginn waren in einigen Fällen, auch aufgrund von Verständigungsproblemen, nicht ganz eindeutig. Sie wurden aus den verfügbaren Informationen bestmöglich rekonstruiert, sodass die daraus resultierende Bestimmung des Spracherwerbstyps eine (recht zuverlässige) Einschätzung ist.

Tabelle 20. Sprachbiografische Merkmale der beobachteten Kinder

Untersuchung	Kind					
	Geschlecht (m, w)	Erwerbstyp ¹	AoO	KM	Alter bei Untersuchung	Erstsprache
U7a						
KJA14_U7a_PM	w	MON/L1	–	0	3;0	Polnisch
KJA16_U7a_TM	m	BIL	1;6	17	2;11	Schwedisch, Französisch
KJA16_U7a_MS	w	MON/L1	–	0	2;11	Panjabi
KJA21_U7a_AH	w	BIL	0	35	2;11	Somalisch
U8						
KJA3_U8_LK	w	BIL	0	47	3;11	Chinesisch
KJA8_U8_HI	m	BIL	0	55	4;7	Kroatisch
KJA9_U8_OD	w	BIL	1;6	29	3;11	Polnisch
KJA9_U8_VH	w	BIL	0	47	3;11	Thailändisch
KJA12_U8_YB	m	fDaZ	2;8	13	3;9	Arabisch
KJA16_U8_AD	m	fDaZ	3;0	9	3;9	Türkisch
KJA16_U8_AS	m	fDaZ	3;7	2	3;9	Panjabi
KJA19_U8_LD	m	fDaZ	3;0	10	3;10	Serbisch
KJA602_U8_HS	m	MON/L1	–	0	3;11	Urdu
U9						
KJA2_U9_MC	m	BIL	0	60	5;0	Italienisch
KJA3_U9_AK	w	fDaZ	2;10	25	4;11	Türkisch
KJA8_U9_EY	m	fDaZ	3;2	24	5;2	Türkisch
KJA12_U9_AP	m	fDaZ	2;0	37	5;1	Tamil
KJA13_U9_TS	m	BIL	0	60	5;0	Französisch
KJA14_U9_LB	m	BIL	0	59	4;11	Albanisch
KJA14_U9_LN	m	BIL	1;11	37	5;0	Kroatisch
KJA19_U9_DP	m	fDaZ	3;0	24	5;0	Polnisch

Anmerkungen. AoO = Alter bei Beginn des Deutscherwerbs, KM = Kontaktmonate, w = weiblich, m = männlich

¹ Spracherwerbstyp: BIL = simultan bilingualer Erwerb von Geburt an; fDaZ = Deutsch als frühe Zweitsprache, AoO zwischen dem 2. und 4. Geburtstag; MON/L1 = monolingual in der Herkunftssprache, noch kein systematischer Kontakt zum Deutschen

Es nahmen 14 Jungen und 7 Mädchen an den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen teil. Neun Kinder wuchsen von Geburt an mit Deutsch und einer weiteren Sprache auf (simultan bilingualer Erwerbstyp, BIL), ein Kind erwarb durch die Eltern zwei verschiedene Herkunftssprachen und zusätzlich Deutsch seit dem Eintritt in die Krippe mit 1;6 Jahren. Dieses Kind wurde aufgrund seines Alters bei Beginn des Deutscherwerbs ebenfalls als bilingual eingestuft. Acht Kinder erwarben Deutsch als frühe Zweitsprache (fDaZ), drei Kinder hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keinen systematischen Kontakt zum Deutschen, weil sie noch keine Kindertagesstätte besuchten; sie erwarben somit bis dahin ausschließlich ihre Herkunftssprache (MON/L1). Die 21 teilnehmenden Kinder sprachen 15 verschiedene Herkunftssprachen. Das Alter der Kinder zum Untersuchungs-

zeitpunkt entsprach, mit einer Ausnahme, bei jedem Untersuchungstyp den Vorgaben des Früherkennungsprogramms (s. Abschnitt 3.2). In Tabelle 21 wird das Alter der Kinder sowie ihre Kontaktdauer zum Deutschen zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt zusammengefasst.

Tabelle 21. Chronologisches Alter der Kinder ($n = 21$) und Kontaktdauer zum Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchungen

Untersuchungstyp	Anzahl Kinder	Alter des Kindes in Monaten	Kontaktdauer zum Deutschen in Monaten
U7a (3 J.)	4	\bar{x} 35,3 SD 0,5 min 35, max 36	\bar{x} 13,0 SD 16,7 min 0, max 35
U8 (4 J.)	9	\bar{x} 47,1 SD 3,1 min 45, max 55 ¹	\bar{x} 23,6 SD 21,3 min 0, max 55
U9 (5 J.)	8	\bar{x} 60,1 SD 1,0 min 59, max 62	\bar{x} 40,8 SD 16,5 min 24, max 60

Anmerkungen. SD = Standardabweichung; min = Minimum, max = Maximum

¹ Ein Kind wurde zu spät zur U8 angemeldet und war deshalb bei der Untersuchung bereits 55 Monate alt, alle anderen Kinder dieser Gruppe waren zwischen 45 und 47 Monate alt.

Betrachtet man die Proband/innen hinsichtlich der Altersverteilung, zeigt sich je Untersuchungstyp eine sehr homogene Probandengruppe. Hingegen sind die Untersuchungsgruppen nach dem Kriterium der Sprachbiografien zu jedem der drei Vorsorgezeitpunkte äußerst heterogen: Neben den in Tabelle 20 aufgeführten 15 verschiedenen Erstsprachen trägt auch die große Streuung der Kontaktdauer zur sprachbiografischen Heterogenität innerhalb jeder der drei Gruppen bei. Durch die Homogenisierung nach dem Merkmal Alter wird bei mehrsprachigen Kindern erwartungsgemäß nicht erreicht, dass sie zu den einzelnen Untersuchungszeitpunkten auch hinsichtlich ihrer Spracherwerbsbiografie vergleichbar sind. Im folgenden Abschnitt werden die in Studie II verwendeten Analysemethoden begründet und beschrieben.

7.2 Methoden und Datenanalyse

Für die Analyse der teilnehmenden Beobachtungen wurden die transkribierten Audioaufzeichnungen der Vorsorgeuntersuchungen und die ausformulierten Feldnotizen aus den Beobachtungssituationen zu Gesamtprotokollen (im Weiteren als ‚Beobachtungsprotokolle‘ oder kurz ‚Protokolle‘ bezeichnet) zusammengeführt. Diese wurden zur Beantwortung der Teilfragen (F2.1) bis (F2.4) ausgewertet. Ziel war eine fallübergreifende, vergleichende Analyse der 21 teilnehmenden Beobachtungen. Neben Erkenntnissen zur Durchführung der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen sollten auch Gemeinsamkeiten und Unterschiede im diagnostischen Vorgehen der Ärzt/innen erfasst werden, um schließlich die übergeordnete Frage nach der Erfüllung der wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik beantworten zu können (F2). Für die Auswertung wur-

den die umfangreichen Beobachtungsdaten mithilfe induktiv und deduktiv gebildeter Codes und Kategorien in Untersuchungsabschnitte unterteilt und dadurch strukturiert. Um einen Fokus auf mögliche ‚Problemstellen‘ im Ablauf der Früherkennungsuntersuchungen zu richten, die zu Fehldiagnosen beitragen könnten, und ebenso um Besonderheiten einzelner Fälle Raum zu geben, wurden ausgewählte Situationen und Dialoge aus den Beobachtungsprotokollen detailliert dargestellt und vertiefend analysiert. Im Folgenden wird das Vorgehen in der Datenanalyse erläutert und begründet.

Rahmenbedingungen der Untersuchung

Die ersten Analysen wurden mit dem Ziel durchgeführt, den äußeren Ablauf und die Rahmenbedingungen der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik deskriptiv zu erfassen. Die Beobachtungsprotokolle wurden in Untersuchungsabschnitte unterteilt, um die Struktur der pädiatrischen Untersuchungen offenzulegen. Anhand induktiv gebildeter Codes und Kategorien wurden die Gesprächs- und Untersuchungssequenzen nach Untersuchungsinhalten kodiert (Beispielprotokoll mit thematischer Kodierung s. Anhang VI). Für eine Untersuchungssequenz konnten auch mehrere Codes vergeben werden, wenn etwa der Arzt parallel zur körperlichen Untersuchung ein Gespräch mit dem Kind führte. Es zeigte sich, dass die mit den ersten Kodierungen entstehenden Codes und Kategorien auf alle weiteren Protokolle anwendbar waren, weil die meisten Vorsorgeuntersuchungen nach einem vergleichbaren Schema abliefen, auch wenn sich die Reihenfolge in der Durchführung unterschied. Die in Tabelle 22 aufgeführten Bestandteile erwiesen sich bei der Kodierung als typisch für die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen.

Tabelle 22. Typische inhaltliche Bestandteile der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen

Themen	Bestandteile der Untersuchung
Entwicklungsbereich Sprache	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elternbefragung zu Sprache und Sprachbiografie ▪ Gespräch mit dem Kind ▪ Systematische Sprachstandserfassung ▪ Besprechung der Befunde und ggf. Interventionsempfehlungen zur Sprachentwicklung
andere Entwicklungsbereiche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elternbefragung zu anderen Entwicklungsbereichen ▪ Messen und Wiegen ▪ Sehtest (incl. Stereo-/3D-Sehen und Rot-Grün-Sehen) ▪ Hörtest ▪ Überprüfung der Kenntnis von Farben, Formen, Zahlen, Mengen, Größen (Kognition) ▪ Körperliche Untersuchung ▪ Überprüfung der Grob- und Feinmotorik/ Graphomotorik ▪ Überprüfung des Impfstatus ▪ Besprechung der Befunde und ggf. Interventionsempfehlungen zu anderen Entwicklungsbereichen
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ z. B. An- und Ausziehen, Dokumentation

Als Bestandteile der Sprachentwicklungsdiagnostik wurden unter Rückgriff auf das in Abschnitt 2.2.1 dargestellte Prozessmodell der Diagnostik (s. Abbildung 1) alle Sequenzen betrachtet, in denen i) eine anamnestiche Befragung der Erziehungsberechtigten zur Sprachentwicklung und Sprachbiografie des Kindes vorgenommen wurde, ii) eine systematische Sprachstandserfassung des Kindes stattfand, iii) ein Gespräch mit dem Kind geführt wurde und iv) Befunde und Interventionsempfehlungen zum Entwicklungsbereich Sprache mit den Eltern besprochen wurden. Die Bestimmung dieser vier Sequenztypen der Sprachentwicklungsdiagnostik wurde nach den folgenden Einschlusskriterien vorgenommen.

(I.) *Einschlusskriterien ‚Elternbefragung zu Sprache und Sprachbiografie‘*

Folgendes Kriterium muss erfüllt sein:

- ✓ Die durchführende Person befragt die Begleitperson des Kindes zu seiner frühen Sprachentwicklung, zu seinen sprachlichen Fähigkeiten und eventuellen Auffälligkeiten in der Erst- und Zweitsprache, zur Sprachbiografie und/oder zu den Erwerbsgelegenheiten (z. B. Kitabesuch, Kontakt zu deutschsprachigen Personen).

(1) Beispiel für die Befragung einer Mutter (M) zur Sprachentwicklung des Kindes

KJA19: Geht er schon in, in den Kindergarten? (M: Ja, hm.) Seit wann geht er in den Kindergarten?

M: Seit März (Kind: (hustet).) (.) letztes Jahr, März (KJA19: (zeitgleich) März.) letztes Jahr.

KJA19: Also jetzt fast ein, ein Jahr. (M: Genau.) (.) Und äh, wie kommt er dort zurecht? (M: Gut, richtig gut.) Sie, die hm was wir, was w~, sprechen Sie zu Hause Deutsch, oder was, oder sprechen (M: Serbisch.) Serbisch, aha. Und ähm (.) Serbisch spricht er gut? (M: Ja.) Ja? (M: Sehr gut.) Spricht er schon ganze Sätze? Und (M: Ja, alles.) Ja? Richtig fließend?

M: Richtig fließend. Also er ähm kann ja noch nicht richtig [r] aussprechen, aber.

KJA19: [r]

M: Genau.

KJA19: Das, das serbische [r]? (M: (lacht)) Oder wie?

M: Hm, also er sagt statt einem R [r] ein L [l] oder, oder so. (KJA19: Ah ja, aha.) Also kann er noch nicht richtig [r], wenn ich ihm sage: Sag [r]! dann sagt er [r], aber wenn ich ihm sage: Dann sag Fisch, also auf deu~ also auf serbisch Rieba [ri:ba], dann sagt er Lieba [li:ba]. Also nur nur sie~ dieses [r], ist ja (KJA19: Ja, sie rollen das im Serbischen so irgendwie.) Wie bitte? (KJA19: Sie, die, das ist ein anderes R [ɾ] als im Deutschen, ne?) Genau, sie, es ist nicht R [ɾ], sondern R [r], [r], [r], Rieba [ri:ba] halt. (KJA19: (zeitgleich) Äh, ich kann das jetzt auch nicht.) (beide lachen).

KJA19: Okay, gut. Also.

(aus KJA19_U8_LD)

(II.) *Einschlusskriterien ‚Systematische Sprachstandserfassung‘*

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

- ✓ Die durchführende Person kündigt den folgenden Untersuchungsabschnitt explizit als Sprachtest oder Sprachüberprüfung an.

- ✓ Ein für die Sprachentwicklungsdiagnostik entwickeltes Verfahren wird verwendet, d. h. ein veröffentlichtes Verfahren oder vergleichbare hauseigene Materialien wie Bildvorlagen, Objekte oder Bilderbücher.
- ✓ In der Sprachentwicklungsdiagnostik etablierte, systematische Aufgabenformate und Methoden werden eingesetzt, z. B. Benennaufgaben, Wort-Bild-Zuordnungen (Zuordnen von Begriffen zu Bildern durch Zeigen), Elizitieren von Begriffen oder Sätzen, Gegensätze oder Oberbegriffe benennen, Begriffe definieren, Begriffe unterscheiden, Beschreiben von Bildern, Fragen (zu Bildern) beantworten, zum Fragenstellen auffordern, Nachsprechen einzelner Wörter und Sätze, Nachsprechen von Minimalpaaren und Kunstwörtern.

(2) Beispiel für die Ankündigung einer Sprachstandserfassung

KJA16: Hallo guten Tag. (..) Ja hallo. (..) So beim Name*³ brauche ich nicht fragen, wie lange er schon in den Kindergarten geht, dass weiß ich sehr gut (lacht). So (..) ja das ist ja jetzt hier ein dreisprachig erzogenes Kind, ne? (..) Oder?

Vater: Ja.

KJA16: Papa spricht Schwedisch, Mama spricht Französisch und das Kind spricht Deutsch. Stimmt das Name*?

Kind: Ja.

KJA16: Ja, ne? (.) Genau (.) und ich habe ja schon paar U's gemacht bei Ihnen. Ich mache jetzt nur wegen der Sprache noch irgendwas Besonderes.

(III.) *Einschlusskriterien ,Gespräch mit dem Kind‘*

Die folgenden beiden Kriterien müssen erfüllt sein:

- ✓ Ein Gespräch mit dem Kind wird von der durchführenden Person initiiert oder eine Äußerung des Kindes wird, z. B. durch eine Frage, zu einem Gespräch ausgebaut.
- ✓ Die Inhalte des Gesprächs sind losgelöst vom Kontext der Untersuchung, d. h. es wird über Themen aus der Lebenswelt des Kindes, z. B. Erlebnisse am Vormittag, Kitabesuch, Freunde, Lieblingsspiele, Geburtstag oder Geschwister, oder anhand eines Materialimpulses, z. B. einem Bild, Buch oder Gegenstand über ein Thema gesprochen.

(3) Beispiel für die Initiierung eines Gespräches mit dem Kind

KJA12: Wo warst du denn heute morgen? (..) Wo warst du heute morgen?

Kind: Kindergarten.

KJA12: Im Kindergarten? (.) Und was habt ihr da gemacht?

Kind: (??unverständlich??).

KJA12: Gespielt? (.) Hast du da Freunde?

Kind: Ja.

(aus KJA12_U9_AP)

³ Alle Eigennamen wurden in den Protokollen als Name* anonymisiert. Kamen mehrere Namen vor, wurden sie nummeriert (Name1*, Name2* ...)

(4) Beispiel für ein aus einer zufälligen Situation heraus entwickeltes Gespräch

Kind: Ich hab mich heute im Kindergarten wehgetan.

KJA2: Bitte, was hast du heute im Kindergarten gemacht?

Kind: Mich wehgetan.

KJA2: Warum?

Kind: Ähm. Wei, wei, weil Name1* wollte Name2* und mich fang, dann bin ich hingefalln.

KJA2: Au, aber du wolltest gefangen werden?

Kind: Nein.

KJA2: Oder wie habt ihr das gemacht? Also Name1* wollte dich fangen?

Kind: Ähm, (.) m~ nicht Name1*. (..) Name3 *

KJA2: Hm. Und dann? Bist du weggelaufen?

Kind: Mm. Die, die. Erst mal ham wir gespielt, da (.) da da dann dann ähm dann ha ha hat da uns angegriffen.

KJA2: Angegriffen? (.) Wieso das denn?

Kind: Ich wa weiß nüsch.

KJA2: Hm. (.) Und bist du dann? (.) Und (.) aber das war doch im Kindergarten, bist du nicht schnell weggelaufen?

Kind: Ne.

KJA2: Und wo bist du hingefallen?

Kind: Hier.

KJA2: Okay. Das muss ich mir gleich nochmal angucken. Das sieht ja richtig abgeschürft aus, oder?
(aus KJA2_U9_MC)

(IV.) *Einschlusskriterien ,Besprechung der Befunde und Interventionsempfehlung zur Sprache‘*

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

- ✓ Der Arzt teilt den Eltern sein Urteil über die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes bzw. festgestellte Auffälligkeiten mit.
- ✓ Der Arzt berät die Eltern zur Förderung der weiteren Sprachentwicklung oder empfiehlt konkrete Maßnahmen zur Förderung oder Therapie

(5) Beispiel für eine Befundbesprechung und Elternberatung

KJA12: ... mit der Sprache ist einfach eine Sache, da würde ich ihm Zeit im Moment geben, ja? Klar. Da b~ (Vater: Jetzt was lesen vor?) mit Arab~. Nein, generell jetzt einfach wenn er wenn er hier lebt, dass er jetzt im im über den Kindergarten primär erst mal Deutsch lernt. Das s~ sehen wir uns ja nochmal in einem Jahr guckt man ja nochmal bei der bei der nächsten U. Aber ich glaube, da das ist in Ordnung so momentan wie sich das jetzt äh äh entwickelt. Er er spricht es auch gut nach. Ich habe nicht das Gefühl, dass er da Probleme hat. Mit äh der Sprache als solchem, sondern es ist einfach eine Sache vom Lernen äh der Vokabeln, der Sätze. Er muss es halt sprechen.

Vater: Ich habe gedacht vor Kurzem, habe ich meine Frau gesagt: Ja ich, jetzt fangen wir an. Langsam äh spricht sie mit ihm auf Arabisch. Ich sprech auf Deutsch. Und wenn ich spreche, dann ich

halte so ich ich achte, dass ist was ich sage richtig. Damit es kein Kompl~ oder Probleme gibt. (KJA12: Ja.) (??sehen??) Ja er hört für mich (KJA12: (zeitgleich) ja ja. Natürlich.) Weil ich habe einmal ich habe einmal gehört. Habe ich so RICHTIG NERVEN. In Kinderp~ Kinder~ äh -spielplatz. Ein eine äh Kind in sein Alter sagt äh äh. Wie sagt äh. Äh "Ich machen". Dann habe ich mir gedacht äh welche Eltern die wollen so ein bisschen? Weil viele Eltern die f~ profitieren von die Kinder. (KJA12: Ja, weil die es AUCH NICHT GENAU KÖNNEN.) Deutsche sprechen. (KJA12: Natürlich.) Und die machen das. Ich gib gesagt, lieber wann dann ich kein. Okay, ich spreche nicht deutsch Sprache hundert Prozent. Aber trotzdem ich versuche wenn ich etwas rede, (.) sage ich RICHTIG. Er spricht das auch, dass er (KJA12: Ja.) nicht zu n~

KJA12: Gut von der von der Grammatik ist schon ist schon rel~ gut. Also die ganzen Endungen lassen, dass machen Sie schon richtig, ja? Da beim Sprechen. Es ist, wenn man eine Sprache nicht richtig kann, es ist besser, sie nicht unbedingt beizubringen. Das ist klar, hm?

(aus KJA12_U8_YB)

Die anhand dieser Kriterien ermittelten Bestandteile der Sprachentwicklungsdiagnostik wurden im Weiteren genauer analysiert. In einem ersten Schritt wurde untersucht, wie viel Zeit die Sprachstandserfassung in den einzelnen Beobachtungen in Anspruch nahm. Anhand der Zeitmarken der Audiodateien wurde die Dauer der Gesamtuntersuchung sowie der kodierten Untersuchungsabschnitte zur Untersuchung der Sprache direkt am Kind, d. h. eine systematische Sprachstandserfassung und Gespräche mit dem Kind ermittelt. Pausen und Unterbrechungen in den Untersuchungen, verursacht z. B. durch das Warten auf den Arzt, wurden aus den Berechnungen herausgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die Beobachtungsprotokolle danach analysiert und kodiert, welche Untersuchungsabschnitte von welcher Person durchgeführt wurden, d. h. von dem Arzt oder einer Arzthelferin. Ziel dieser Analysen war es, zu ermitteln, wie viel Zeit die Ärzt/innen selbst für eine Untersuchung aufwenden und welche Teile der Sprachüberprüfung sie selbst übernehmen oder aber delegieren.

Handhabung von Materialien und Verfahren zur Sprachstandserfassung

Anknüpfend an die Ergebnisse aus Studie I (s. Kapitel 6) wurden diejenigen Sequenzen der Beobachtungsprotokolle kodiert, in denen ein Verfahren oder Material zur Sprachstandserfassung eingesetzt wurde, und sie wurden zusätzlich danach kodiert, welche Verfahren und Materialien in den Vorsorgeuntersuchungen erkennbar zum Einsatz kamen. Die Analysen wurden zum einen durchgeführt, weil bei den weiteren Auswertungen der Beobachtungsprotokolle Hintergrundinformationen zu den verwendeten Verfahren hilfreich sein könnten, wenn sich dort festgehaltene Handlungen und Dialoge auf verwendete Materialien bezogen und deren Erfassung somit zum Verstehen der dokumentierten Vorgänge beitragen konnte. Ein weiteres Ziel dieser Analysen war eine Vertiefung der generalisierenden Angaben aus der Fragebogenerhebung in Studie I: Es sollte erfasst werden, welche Instrumente die Kinderärzt/innen in konkreten Einzelfällen bei mehrsprachigen Kindern einsetzen. Um die

Durchführungsweise von sprachdiagnostischen Verfahren beispielhaft zu illustrieren, wurden diejenigen Protokollsequenzen genauer analysiert, in denen die Verwendung eines Verfahrens wiedergegeben wurde.

Fragen und Impulse des Arztes im diagnostischen Gespräch mit dem Kind

Wie in Abschnitt 4.4.3 dargelegt wurde, sind die vom Arzt verwendeten Gesprächsimpulse besonders relevant für die vom Kind erwartbaren Antworten. Durch gezielte Fragen und Impulse lässt sich die Anzahl und Qualität der kindlichen Äußerungen erhöhen. Ausgehend von dieser Überlegung wurden Umfang und Qualität der Gesprächsimpulse, mit denen die Ärztin bzw. der Arzt das Kind zum Sprechen anregte, untersucht. In einem weiteren Analysedurchgang wurden in den Protokollen alle Untersuchungsabschnitte identifiziert und kodiert, in denen die Ärzt/innen selbst, d. h. nicht die Arzthelfer/innen, die Vorsorgeuntersuchung durchführten und in denen sie mit dem Kind dialogisch sprachen.

Auf eine Analyse der Antworten des Kindes in den Dialogen wurde verzichtet, da diese für die Bewertung der Qualität ärztlicher Fragen nicht relevant sind. Der Umfang und die Qualität der konkreten kindlichen Äußerungen in den beobachteten diagnostischen Dialogen hängt nicht allein vom Gesprächsimpuls ab. Vielmehr haben verschiedene Faktoren auf Seiten des Kindes Einfluss auf die Qualität ihrer Antworten. Neben den rezeptiven und produktiven Sprachkompetenzen des Kindes in der Untersuchungssprache Deutsch können Hörvermögen, Persönlichkeitsmerkmale des Kindes, kulturelle Einflüsse und soziale Erfahrungen im Umgang mit Fremden oder Erwachsenen, die Vertrautheit des Kindes mit den Räumlichkeiten und den anwesenden Personen sowie Erfahrungen aus vorherigen Arztbesuchen das Antwortverhalten beeinflussen. Diese Faktoren auf Seiten des Kindes lassen sich durch die Art der sprachlichen Impulse nicht beeinflussen. Darüber hinaus werden die sprachlichen Äußerungen der Kinder durch die Erhebungssituation selbst beeinflusst, d. h. durch die Testsituation und den empfundenen Zeitdruck. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht die Frage nach der Qualität des sprachdiagnostischen Handelns des Arztes. Das Anregungs- und Anforderungspotenzial der ärztlichen Fragen bestimmt das diagnostische Potenzial des Gesprächs.

Das beschriebene Vorgehen in der Analyse trägt der Annahme Rechnung, dass der Arzt idealerweise alle im Rahmen der Untersuchung direkt vom Kind gewonnen sprachlichen Äußerungen als Informationen für die Sprachentwicklungsdiagnostik nutzt, unabhängig davon, ob in der Untersuchung ein Verfahren zur Sprachstandserfassung verwendet wurde oder nicht. Alle identifizierten Sequenzen wurden fortan als ‚diagnostische Dialoge‘ mit dem Kind aufgefasst. Unter der Annahme, dass nahezu alle Gespräche mit dem Kind diagnostisch verwertbar sind, wurden neben den erkennbaren sprachdiagnostischen Untersuchungsabschnitten auch diejenigen Sequenzen der Vorsorgeuntersuchung ausgewählt, in denen zwar offensichtlich andere Entwicklungsbereiche im Mittelpunkt standen, der Arzt aber dialogisch mit dem Kind sprach. Es wurden Sequenzen ausgewählt, die die folgenden Kriterien erfüllten:

- ✓ Dialoge während einer vom Arzt durchgeführten systematischen Sprachstanderfassung
- ✓ Dialoge im Rahmen der vom Arzt durchgeführten ‚Gespräche mit dem Kind‘
- ✓ alle weiteren Dialoge zwischen dem Arzt und Kind während der Untersuchung anderer Entwicklungsbereiche (z. B. Sehtest, Überprüfen von Farb-, Formen- und Mengenkenntnissen, Nachsprechen von Zahlen- und Wortfolgen)

Ausgeschlossen wurden lediglich diejenigen Sequenzen, in denen der Arzt zwar mit dem Kind sprach, die jedoch erkennbar nicht relevant für die Sprachentwicklungsdiagnostik waren. Dies waren z. B. Dialoge zwischen Arzt und Kind, die nach der Besprechung der Befunde mit der Begleitperson stattfanden, etwa bei der Verabschiedung. Unberücksichtigt blieben auch jene Sequenzen, in denen der Arzt während der Untersuchung handlungsbegleitend sprach und keine Antworten des Kindes erwartete. In Beispiel (6) wird eine solche Situation wiedergegeben:

(6) Beispiel für handlungsbegleitendes, nicht dialogisches Sprechen des Arztes

KJA9: So pass auf. (.) Jetzt müssen wir die Haare ein bisschen weghalten. Jetzt guck mal mit den Augen hinter der Lampe her. (.) Und nochmal den Mund auf ganz weit und die Zunge raus. Äh. Sehr schön. Jetzt kommen die Ohren dran. (.) Super. Jetzt kommen die Beine dran. Pass mal auf da musst du ein bisschen nach vorne rücken. Jawohl. (.) Ne, lass es mal hängen das Bein. Einfach so hängen. Und dann hüpf es nämlich von ganz alleine guck mal. Ja super. (lacht) Und die Füße auch guck. (.) Und hast du das gemerkt. Jetzt habe ich mir auf meinen Finger gehauen und dein Arm hat gehüpft. (.) Das ist doch Klasse, oder? So jetzt komm mal runter. (.) Pass mal auf. Du machst bitte mal die Füße zusammen. Mhm. (aus KJA9_U8_VH)

Ebenfalls von den Analysen ausgenommen wurden Sequenzen, in denen auf Grundlage der transkribierten Audioaufzeichnungen und Protokolle nicht ausgeschlossen werden konnte, dass die Fragen und Impulse durch zusätzliche nonverbale Hilfestellungen, z. B. Gestik oder Mimik, soweit kontextualisiert wurden, dass sie vom Kind auch ohne entsprechende Sprachkompetenzen verstanden werden konnten. Dies war bspw. bei Handlungsaufforderungen im Rahmen der grob- oder feinmotorischen Überprüfung der Fall, wenn dem Kind die gewünschte Handlung, z. B. einen Ball fangen, auf einem Bein hüpfen oder eine geometrische Figur abzeichnen, vorgemacht wurde, sodass es nicht auf das Verstehen sprachlicher Aufforderungen angewiesen war. Das folgende Beispiel (7) veranschaulicht dies.

(7) Beispiel für nonverbale Unterstützung einer Handlungsaufforderung

KJA2: Ich werde hier mal was gucken und zwar male ich dir hier mal einen wunderbaren Kreis. (.) Das schönste Viereck (.) und das noch schönere Dreieck. (.) Malst du das noch mal nach?

Kind: (...) Ein Kreis. (KJA2: Hm.) (...) ein Viereck (KJA2: Hm.) (...) (aus KJA2_U9_MC)

Die anhand der zuvor erläuterten Kriterien ausgewählten Untersuchungssequenzen wurden je Einzelfall in einem eigenen Dokument (im Weiteren als ‚Gesprächsprotokoll‘ bezeichnet) zusammengefasst; dieses stellte die Grundlage für die weiteren Analysen dar. Die identifizierten diagnostischen Dialoge wurden danach analysiert, welche sprachlichen Mittel die Kinderärzt/innen einsetzen, um das Kind im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen zu sprachlichen Äußerungen anzuregen. Non-verbale Sprechaufforderungen wurden nicht berücksichtigt, da keine Videoaufnahmen vorlagen. Für die Analyse der ärztlichen Gesprächsimpulse wurde eine Kodierung der Impulse und Fragetypen in den diagnostischen Dialogen vorgenommen. Die Kategorien wurden deduktiv aus den in Abschnitt 4.4.3 erläuterten Anforderungen gebildet und induktiv durch die in den Daten vorgefundenen Impulse ergänzt. Die von Weinrich (2003) als ‚Verbfragen‘ klassifizierten Fragesätze werden in dieser Studie als ‚Verbalfragen‘ bezeichnet, da sie nicht allein auf das Verb, sondern auch auf die u. U. mit diesem in einer Verbalphrase bzw. einem Verbalkomplex (bzw. Prädikat) verbundenen Informationen gerichtet sind. Die für die Analyse verwendeten Fragetypen und Impulse mitsamt den erwartbaren Antwortstrukturen sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23. In den diagnostischen Gesprächen kodierte Fragetypen und Impulse mit erwartbaren Antworten

Fragetypen	erwartbare Antwortstrukturen
(1a) Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen (V2-Satz mit Frageintonation oder Frageanhängsel) <i>Das ist eine Prinzessin, nicht wahr?</i>	(Ja)
(1b) Entscheidungsfragen <i>Hast du ...? Kennst du ...? Ist das ...?</i>	Ja / Nein
(2) Alternativfragen nach Konstituenten <i>Nimmst du einen Kuchen oder eine Brezel?</i> <i>Möchtest du zum Bäcker oder zum Kiosk gehen?</i> <i>Möchtest du mit dem Roller fahren oder laufen?</i>	Eine der vorgegebenen Konstituenten (NP, PP, VP)
(3) Einfache Konstituentenfragen (W-Fragen nach Ergänzungen und lokalen, temporalen, instrumentalen, modalen Angaben)	Verblose Konstituenten (NP, PP, AP, lokale oder temporale Adverbien)
(4) Konstituentenfragen nach kausalen oder finalen Adjunkten <i>Warum ...? Wieso ...? Weshalb ...? Weswegen ...?, Wozu...?</i>	Nebensatz oder Hauptsatz (jeweils mit finitem Verb, SVK); bei Begründungen auch PP mit <i>wegen ...</i> möglich
(5a) Verbalfragen Typ I (W-Fragen nach Verbal-komplex bzw. Prädikat) <i>Was + (Pro-Verb) ...? Was macht/ tut ...?</i> <i>Wie + (Pro-Verb) ...? Wie funktioniert das? Wie macht man das?</i>	Verbhaltige Konstituente (infini) oder Hauptsatz (mit finitem Verb, SVK) oder verblose Konstituente
(5b) Verbalfragen Typ II (W-Fragen nach Subjekt und Verbalkomplex bzw. Prädikat) <i>Was passiert da?</i> <i>Was ist da los?</i> <i>Was geht da vor?</i>	Hauptsatz (mit Subjekt, finitem Verb, SVK, je nach Verb auch V2) oder verblose Konstituente

(6) W-Fragen mit sprachaktbezeichnenden oder mentalen Verben <i>Was sagt/denkt er wohl? Was fragt sie wohl?</i>	Nebensatz oder Hauptsatz oder Fragesatz (jeweils mit finitem Verb, SVK)
(7) komplexe Fragesätze (indirekte u. eingebettete Fragen) <i>Weißt du, was das ist? Sag mir mal, was du siehst.</i>	Uneindeutig
(E) Satzanfänge zur Elizitierung <i>Das ist ein ...? Das Auto ist ... ? Der Junge will den Kuchen ...?</i>	Verblose oder verbhaltige Konstituenten
(N) Nachsprechen von Wörtern	
(S) sonstige Gesprächsimpulse, z. B. Sprech- aufforderungen wie <i>Erzähl mal!</i>	

Anmerkungen. NP = Nominalphrase, PP = Präpositionalphrase, VP = Verbalphrase, AP = Adjektivphrase

Mithilfe dieser Klassifikation wurde eine Analyse und Bewertung der Gesprächsimpulse des Arztes vorgenommen. Es wurde ermittelt, wie viele und welche Fragen die Ärzt/innen konkret verwendeten, um daraus zu schlussfolgern, welche ‚Sprachdaten‘ mithilfe dieser Fragen erzeugt werden konnten (und welche nicht). Die Analyse der diagnostischen Fragen und Impulse der Ärzt/innen erfolgte zunächst deskriptiv und wurde in drei Schritten vorgenommen. Zuerst wurden alle Fragen je Arzt kodiert und ausgezählt. Unberücksichtigt blieben Fragen, die nach Instruktion des Arztes von den Eltern in der Erstsprache an das Kind gestellt wurden. Separat kodiert wurden in diesem ersten Analysedurchgang neben Fragen auch weitere Gesprächsimpulse des Arztes wie Satzanfänge, die von den Kindern ergänzt werden sollten, z. B. *Hier ist unten und da ist ...?* (KJA8_U8_HI), und Imperativsätze, mit denen das Kind zum Sprechen aufgefordert wurde, z. B. *Nenn mir eine!* (KJA8_U8_HI) oder *Sag doch mal!* (KJA2_U9_MC). In einem zweiten Schritt wurden aus den kodierten Fragen ausschließlich satzwertige Fragesätze ausgewählt. Unvollständige Fragen, wie z. B. *Und dann?* oder *Das hier?*, blieben bei den weiteren Analysen unberücksichtigt, da sie ohne Einbezug des Gesprächskontextes nicht eindeutig nach Fragesatztypen klassifiziert werden können. Ausgeschlossen von den weiteren Analysen wurden außerdem Fragen, die als ‚nicht auswertbar‘ klassifiziert wurden, weil sie im Gespräch vom Kind nicht beantwortbar waren. Es handelte sich dabei z. B. um Fragen, die der Arzt unmittelbar selbst beantwortete (*Nee, niemand verletzt? Gott sei Dank.*, KJA19_U9_DP), außerdem um Fragen ohne anschließende Pause, die keine Antwort zuließen (*Weißt du, was wir mal machen? Komm mal her.*, KJA12_U8_YB) sowie um Fragen, auf die unmittelbar eine weitere Frage folgte (*Spielst du mit deinem Freund? Was machst du gerne?*, KJA12_U8_YB). Bei mehreren ohne Pause aufeinanderfolgenden Fragen des Arztes wurde ausschließlich die letzte Frage gewertet.

Nach diesem Ausschlussverfahren wurden in einem dritten Analyseschritt die verbliebenen Fragesätze je Ärzt/in ausgezählt und nach Fragetypen klassifiziert (Tabelle 24). Diese Klassifizierung nach Fragetypen ermöglicht einen detaillierten Vergleich der verwendeten Fragen zwischen den Fällen. Die Kodierung und Klassifizierung der Fragen wurde von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt und anschließend verglichen. Bei Abweichungen wurden die betreffenden Fragen erneut gemeinsam klassifiziert. Um die Qualität der Fragen zu bewerten, wurden die Fragesätze aus einer Perspektive auf mündliche Dialoge danach beurteilt, welche grammatischen Strukturen in der Antwort des Kindes erwartet werden können. Dadurch lässt sich das Potenzial von Fragen für die Sprachentwicklungsdiagnostik theoretisch fundiert bewerten.

Tabelle 24. Klassifikation der Fragetypen nach Relevanz

Klassifikation	Fragetypen
„sehr relevant“	Verbalfragen (Typ II) W-Fragen mit sprachaktbezeichnenden oder mentalen Verben Konstituentenfragen nach kausalen oder finalen Adjunkten
„relevant“	Verbalfragen (Typ I)
„weniger relevant“	einfache Konstituentenfragen Alternativfragen
„nicht relevant“	Entscheidungsfragen, Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen
„ungeeignet“	komplexe Fragesätze

Als „sehr relevant“ für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen wurden demzufolge Fragen eingestuft, die einen syntaktischen Rahmen für satzförmige Antworten mit finiten Verben in V2 bzw. VL-Position und SVK eröffnen und damit für alle Erwerbstypen als Marker fungieren können. Je nach Valenz des verwendeten Verbs können die Antworten auch Auskunft über den Erwerb der Verbstellung geben. Als „relevant“ wurden Fragen eingestuft, die verbhaltige Äußerungen ohne Subjekt und mit infiniten Verben erfordern. Fragen nach verblosen Konstituenten wurden als „weniger relevant“ klassifiziert, weil durch sie keine Daten zu Kompetenzen im Bereich der früh erworbenen Verbstellung und Finitheit gewonnen werden können. Sie können jedoch bei Erwerbstypen mit frühem AoO und längerer Kontaktdauer zur Erfassung vergleichsweise spät erworbener morphologischer Phänomene wie Kasus oder Plural sowie lexikalischer Kompetenzen und der Aussprache beitragen. Ebenso sind Alternativfragen aufgrund der bereits vorgegebenen Antwortalternativen (meist verblose Phrasen) für die Diagnostik weniger relevant. „Nicht relevant“ sind Fragen nach Ja/Nein-Antworten; als „ungeeignet“ werden komplexe Fragen bewertet.

Diagnosen und Interventionsempfehlungen

Abschließend wurden diejenigen Sequenzen analysiert, die in den Beobachtungsprotokollen unter der Kategorie ‚Beurteilung der Sprache und Interventionsempfehlungen‘ kodiert worden waren. Diese Gespräche fanden üblicherweise am Ende der Vorsorgeuntersuchungen statt; in manchen Fällen wurde von den Ärzt/innen auch direkt im Anschluss an die Durchführung einer Sprachstandserfassung eine erste Einschätzung der Sprachkompetenzen formuliert.

Die betreffenden Sequenzen wurden aus den Protokollen herausgefiltert und sortiert nach den einzelnen Fällen in einer Tabelle aufbereitet. In den Analysen nicht berücksichtigt wurden jene Äußerungen der Ärzt/innen zu den Sprachkompetenzen der Kinder, die abseits der Untersuchung, z. B. nach Verabschiedung der Familie, an die Beobachterin gerichtet waren. Die Einschätzungen der Ärzt/innen wurden danach analysiert, welche sprachlichen Bereiche im Mittelpunkt der Diagnostik standen und welche Diagnosen und Interventionsentscheidungen zu welchen Untersuchungszeitpunkten getroffen wurden. Bei den Analysen wurde auch die von den Ärzt/innen verwendete Terminologie zur Beschreibung von Auffälligkeiten berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Analysen sind den Zielen dieser Arbeit entsprechend rein deskriptiv; auf Grundlage der Beobachtungsdaten war nicht beurteilbar, ob die Diagnosen und Interventionsentscheidung der Ärzt/innen zutreffen.⁴ Eine qualitative Analyse der Befunde gibt Aufschluss über das Vorgehen der Pädiater/innen in diesem Bereich sowie über die Art und die Zeitpunkte der Diagnosen und Interventionsentscheidungen. Zudem trägt das Wissen darum, ob es sich aus Sicht des Arztes um ein sprachlich auffälliges oder unauffälliges Kind handelt, in den weiteren Analysen dazu bei, sein diagnostisches Vorgehen vor dem Hintergrund des individuellen Falls angemessen zu interpretieren. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus den Analysen der teilnehmenden Beobachtungen dargestellt.

7.3 Ergebnisse

7.3.1 Rahmenbedingungen der Untersuchungen

Um zu ermitteln, unter welchen zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen die Sprachentwicklungsdiagnostik in der U7a, U8 und U9 durchgeführt wird (F2.1), wurden zunächst die Merkmale ‚Dauer der Untersuchungen‘ und ‚durchführende Person‘ ausgewertet. Für einen ersten Überblick wurde die mittlere Gesamtdauer der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen analysiert. Für diese Analysen wurden 17 der 21 Protokolle berücksichtigt; die übrigen vier Audioaufnahmen bzw. Protokolle enthielten keine Aufzeichnung der gesamten Untersuchung.⁵ Die Auswertungen zur

⁴ Dafür wäre eine parallele, standardisierte Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder erforderlich, die diesen Ergebnissen gegenübergestellt werden könnte. Eine solche Beurteilung der ärztlichen Diagnosen war Inhalt der zweiten Förderphase des Projekts *cammino*. Dort wurde an einer anderen Stichprobe in einem Längsschnittdesign untersucht, inwieweit die Einschätzung der behandelnden Kinderärzt/innen in den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 mit den Ergebnissen psycholinguistischer Diagnostikverfahren übereinstimmt (Schulz et al., 2014).

⁵ Für vier Beobachtungen lagen keine Angaben zur Gesamtdauer der Untersuchung vor: Bei den Vorsorgeuntersuchungen KJA19_U8_LD, KJA19_U9_DP und KJA21_U7a_AH, alle in in derselben Arztpraxis, hatte der von der Arzthelferin durchgeführte Untersuchungsteil bereits zuvor an einem gesonderten Termin stattgefunden, sodass dazu keine Aufzeichnungen vorlagen. Nach Angaben des Arztes werden bei dem separaten Termin der Hörtest, Sehtest inkl. Farberkennen und eine verkürzte Variante der Denver-Entwicklungs-skalen (Flehmg et al., 1973) durchgeführt. Bei der Vorsorgeuntersuchung KJA14_U7a_PM in einer anderen Praxis

Untersuchungsdauer ergaben, dass die 17 Vorsorgeuntersuchungen im Mittel 35:25 Min. ($SD = 12:50$) dauerten. Die längste Untersuchung (U9)⁶ war mit ca. 61 Minuten fast viermal so lang wie die kürzeste mit ca. 15 Minuten (U7a). Es wurden Mittelwerte für die verschiedenen U-Typen gebildet, um zu überprüfen, ob diese sich in ihrer mittleren Länge unterscheiden. Die für die U7a, U8 und U9 unterschiedlichen Mittelwerte sprechen für diese Annahme: Der mittlere zeitliche Aufwand nimmt in dieser Stichprobe mit zunehmendem Alter der Kinder leicht zu. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass es sich bei den U7a-Untersuchungen lediglich um zwei Fälle handelt, die zudem beide bei demselben Arzt beobachtet wurden. Auch ist innerhalb der U8 und U9 ist eine große Heterogenität hinsichtlich der Untersuchungsdauer erkennbar. Die Ergebnisse der Analysen sind in Tabelle 25 zusammengefasst.

Tabelle 25. Gesamtdauer der Vorsorgeuntersuchungen je Untersuchungstyp

Untersuchungs- typ	Anzahl der Unter- suchungen	Dauer der Untersuchung in Min. ¹			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
U7a	2	18:06	02:54	15:13	21:00
U8	8	34:12	10:01	17:50	51:04
U9	7	41:46	12:18	24:10	61:24
U gesamt	17	35:25	12:50	15:13	61:24

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *min* = Minimum, *max* = Maximum, Min. = Minuten,
¹ reine Untersuchungszeit, Wartezeiten und Pausen abgezogen

Weiterhin wurde ermittelt, wie viel Zeit die Ärzt/innen selbst in die einzelnen Untersuchungen einbrachten und wie viel der Untersuchungszeit sie den Arzthelfer/innen überließen. In Tabelle 26 sind die Zeiten sowie der prozentuale Anteil an der Gesamtuntersuchung dargestellt.

Tabelle 26. Gesamtdauer der Vorsorgeuntersuchungen ($n = 21$) und Anteil des Arztes

ID der Beobachtung	U-Typ	Gesamtdauer in Min.	Untersuchung durch KJA in Min.	Anteil Untersuchung durch KJA an Gesamtdauer in %
KJA2_U9_MC	U9	33:30	33:30	100
KJA3_U9_AK	U9	47:33	11:11	23,5
KJA3_U8_LK	U8	39:27	11:01	27,9

wurde die Beobachterin aufgrund eines Missverständnisses erst ins Behandlungszimmer gerufen, als die Helferin ihren Teil bereits beendet hatte und der Kinderarzt mit der Untersuchung begann.

⁶ Die mit 61:24 min längste Beobachtung von KJA 13 ist ein Sonderfall, weil die Ärztin der Beobachterin im Nachgespräch („off-record“) sagte, dass sie normalerweise nicht alle Untersuchungsteile selbst durchführe, sondern ein Teil von der Arzthelferin übernommen werde. Aufgrund der Anwesenheit der Beobachterin führte sie ausnahmsweise alle Teile selbst durch. Dadurch ist die Untersuchung möglicherweise länger als üblich ausgefallen. Andererseits handelte sich um eine Privatpraxis, sodass generell mehr Untersuchungszeit zur Verfügung steht. Zudem wurden bei dem untersuchten Kind Auffälligkeiten festgestellt.

KJA8_U8_HI	U8	17:50	7:53	44,2
KJA8_U9_EY	U9	24:10	10:54	45,1
KJA9_U8_OD	U8	29:00	10:05	34,8
KJA9_U8_VH	U8	22:20	12:42	56,9
KJA12_U9_AP	U9	28:16	28:16	100
KJA12_U8_YB	U8	35:00	35:00	100
KJA13_U9_TS	U9	61:24	k.A. ²	k.A. ²
KJA14_U9_LB	U9	51:03	25:06	49,2
KJA14_U9_LN	U9	46:27	23:41	51,0
KJA14_U7a_PM	U7a	k.A. ¹	35:35	k.A. ¹
KJA16_U7a_TM	U7a	21:00	12:24	59,1
KJA16_U7a_MS	U7a	15:13	10:31	69,1
KJA16_U8_AD	U8	39:39	18:18	46,2
KJA16_U8_AS	U8	51:04	15:41	30,7
KJA19_U8_LD	U8	k.A. ¹	16:49	k.A. ¹
KJA19_U9_DP	U9	k.A. ¹	23:07	k.A. ¹
KJA21_U7a_AH	U7a	k.A. ¹	15:12	k.A. ¹
KJA602_U8_HS	U8	39:16	29:37	75,4
<i>M</i>		32:25	19:20	57,1

Anmerkungen. KJA = Kinderärzt/in, ID = Identifikationsnummer der Untersuchung, *M* = Mittelwert, k.A. = keine Angaben

¹ Ausschließlich Arztuntersuchung, Teil der Helferin konnte nicht beobachtet werden

² KJA13 führt normalerweise lediglich einige Teile der Untersuchung selbst durch, andere delegiert sie an eine Helferin

Auch in Bezug auf die zeitliche Beteiligung der Ärzt/innen an der Vorsorgeuntersuchung ist eine heterogene Durchführungspraxis erkennbar. Im Mittel nahmen sich die Ärzt/innen in den 20 auswertbaren Einzelfällen je Vorsorgeuntersuchung 19:20 Minuten ($SD = 8:56$) Zeit; die weiteren Untersuchungsteile wurden von den Mitarbeiterinnen durchgeführt. Die Spanne ist auch hier groß, sie reicht von 7:53 bis zu 35:35 Minuten je ärztlicher Untersuchung. Während in drei der 17 Untersuchungen, für die entsprechende Daten vorliegen, die Ärzt/innen die Untersuchung zu 100% selbst durchführten, führte der Proband mit dem geringsten Anteil lediglich 23,5% der Untersuchung selbst durch. Durchschnittlich übernahmen die Ärzt/innen der Stichprobe in den 17 auswertbaren Einzelfällen 57% ($SD = 24,6$) der Untersuchung selbst.

Nach diesen ersten Analysen der zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen der gesamten Vorsorge wurde ermittelt, ob im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung eine Erfassung der Sprachkompetenzen direkt am Kind durchgeführt wurde, wie viel Untersuchungszeit dafür ggf. aufgewendet wurde und wer diese durchgeführt hat. In Tabelle 27 wird für alle Einzelfälle aufgeführt, wie viel Zeit für die beiden Untersuchungsabschnitte ‚systematische Sprachstandserfassung‘ und ‚Gespräch mit dem Kind‘ aufgewendet wurde und welche Person, d. h. der Arzt oder die Arzthelferin, den jeweiligen Untersuchungsteil durchgeführt hat.

Tabelle 27. Dauer der Sprachstandserfassung sowie des Gesprächs mit dem Kind und durchführende Person

ID der Beobachtung	U-Typ	Systematische Sprachstandserfassung		Gespräch mit dem Kind	
		Dauer in Min.	Durchführende Person	Dauer in Min.	Durchführende Person
KJA2_U9_MC	U9	7:55	KJA	1:08	KJA
KJA3_U9_AK	U9	8:37	AH	0:00	–
KJA3_U8_LK	U8	7:17	AH	1:25	KJA
KJA8_U8_HI	U8	3:13	KJA	0:12	KJA
KJA8_U9_EY	U9	7:24	KJA	1:54	KJA
KJA9_U8_OD	U8	3:25	AH	1:52	AH
KJA9_U8_VH	U8	1:14	AH	1:34	AH
KJA12_U9_AP	U9	3:28	KJA	2:14	KJA
KJA12_U8_YB	U8	2:40	KJA	1:05	KJA
KJA13_U9_TS ²	U9	7:38	(k.A.)	2:45	(k.A.)
KJA14_U9_LB	U9	2:06	AH	2:11	KJA
KJA14_U9_LN	U9	2:00	AH	4:15	KJA
KJA14_U7a_PM ¹	U7a	k.A.	AH	8:08	KJA
KJA16_U7a_TM	U7a	2:09	KJA	0:45	KJA
KJA16_U7a_MS	U7a	3:26	KJA	0:03	KJA
KJA16_U8_AD	U8	4:02	KJA	1:52	KJA
KJA16_U8_AS	U8	2:13	KJA	0:46	KJA
KJA19_U8_LD ¹	U8	k.A.	AH	0:27	KJA
KJA19_U9_DP ¹	U9	k.A.	AH	2:55	KJA
KJA21_U7a_AH ¹	U7a	k.A.	AH	0:00	–
KJA602_U8_HS	U8	1:32	KJA	0:04	KJA
Mittelwert		3:52		1:42	

Anmerkungen. KJA = Kinderärzt/in; AH = Arzthelfer/in; ID = Identifikationsnummer; Min. = Minuten
KJA19 und KJA21 sind in derselben Praxis tätig.

¹Ausschließlich Arztuntersuchung, von der Helferin durchgeführter Teil wurde nicht beobachtet.

²Arzt führt normalerweise nicht alle Untersuchungsteile selbst durch.

Zur Dauer der systematischen Sprachstandserfassung liegen Daten von 17 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen vor.⁷ Im Mittel wurden 3:52 Minuten für die systematische Erfassung des Sprachstandes aufgewendet; ebenso wie bei der Dauer der Gesamtuntersuchung ist auch hier eine große Heterogenität erkennbar. Zur Dauer des Gesprächs mit dem Kind liegen Daten aus 21 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen vor. Für das Gespräch mit dem Kind wurden im Mittel 1:42 Minuten aufgewendet; in zwei Untersuchungen wurde kein Gespräch mit dem Kind geführt, in zwei weiteren Untersuchungen ein Gespräch von weniger als 5 Sekunden; es wurde bspw. lediglich eine Frage gestellt. Das längste Gespräch dauerte etwas mehr als 8 Minuten.

⁷ In einem Fall wurde die Beobachterin aufgrund eines Missverständnisses nicht hinzugerufen, als die Arzthelferin vor der Untersuchung durch den Arzt die Sprachstandserfassung durchführte. In drei weiteren Fällen bei zwei Ärzt/innen einer Gemeinschaftspraxis war die Sprachstandserfassung an einem separaten Termin durchgeführt worden.

Unter der Fragestellung, wer diese beiden zentralen Untersuchungsabschnitte durchführt, waren 20 Beobachtungsprotokolle auswertbar. In zehn von 20 Fällen (50%) führten die Ärzt/innen die systematische Sprachstandserfassung mit dem Kind selbst durch; in 16 von 20 Fällen (80%) führten sie selbst ein Gespräch mit dem Kind. Da von einigen Ärzt/innen mehrere Beobachtungsfälle vorliegen, wurden in Tabelle 27 die Einzelfälle je Ärzt/in (erkennbar an den gleichen Nummern am Anfang der ID, z. B. KJA3_..., KJA16_...) gebündelt. Auf Basis der verschiedenen Ärzt/innen ergibt sich, dass acht von zehn Ärzt/innen (80%) selbst ein Gespräch mit dem Kind führen, wohingegen lediglich fünf von zehn Ärzt/innen (50%) die systematische Sprachstandserfassung selbst durchführen. Die prozentuale Verteilung entspricht somit der Betrachtung nach Einzelfällen. Fünf von zehn Ärzt/innen (50%) geben weder die Sprachstandserfassung noch das Gespräch mit dem Kind aus der Hand. Drei Ärzt/innen (30%) führen selbst das Gespräch, lassen aber die Helferin zuvor die systematische Sprachstandserfassung durchführen. Bemerkenswert ist, dass ein/e Ärzt/in der Stichprobe (KJA9) in beiden beobachteten Vorsorgeuntersuchungen die gesamte Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten ihrer Arzthelferin überlässt. Diese führt einen kombinierten Seh- und Sprachtest durch (für eine detaillierte Beschreibung s. Abschnitt 7.3.4). Einer der zwei Fälle wird im folgenden Abschnitt (7.3.2) genauer dargestellt, weil er verschiedene Problembereiche der Arbeitsteilung zwischen Ärzt/in und Helfer/in deutlich macht.

Anhand dieser Eckdaten zur Untersuchungsdauer und zur Aufgabenverteilung zwischen Ärzt/in und Helfer/innen zeigt sich eine ausgeprägte Heterogenität zwischen den einzelnen Fällen und Ärzt/innen bzw. Arztpraxen hinsichtlich der praktischen Durchführung der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik zeigt. Für nahezu alle beobachteten Untersuchungen gilt, dass das Gespräch mit dem Kind für die Ärzt/innen selbst die zentrale Methode zur Erfassung der Sprachkompetenzen zu sein scheint. Mithilfe einer Fallanalyse werden im folgenden Abschnitt mögliche Probleme der Arbeitsteilung zwischen Ärzt/innen und Helfer/innen veranschaulicht.

7.3.2 Fallanalyse: Arbeitsteilung zwischen Ärzt/in und Helfer/in

In der Untersuchung KJA9_U8_OD zeigt das Kind im Gespräch mit der Arzthelferin Auffälligkeiten in der Aussprache. Sie sagt bspw. gleich zu Beginn des Gesprächs *Die Hände sind ga* (statt: da) *versteckt*. und *Hier ist die Kür* (statt: Tür). Die Arzthelferin reagiert nicht auf die auffällige Aussprache des Kindes, solange sie die Wörter der zielsprachlichen Variante zuordnen und verstehen kann. Erst als sie das Wort *Kischkicker* (die Beobachterin interpretiert dieses als ‚Tischkicker‘) nicht versteht, hakt sie nach, wie der folgende Ausschnitt aus dem Beobachtungsprotokoll (Beispiel 8) zeigt.

(8)

Anwesende:	Arzthelferin (AH9), Mutter (M), Kind (w) 3;11 J.
Erstsprache des Kindes:	Polnisch
Spracherwerbstyp:	DaZ, AoO 1;6 J.
Untersuchung:	U8

Aus dem Transkript der Audioaufnahme

[Übersetzung aus dem Polnischen in eckigen Klammern]

AH9: Du gehst ja morgen wieder in den Kindergarten, ne?
 Kind: Ja.
 AH9: Und was willst du da spielen im Kindergarten? Weißt du das schon?
 Kind: Ja. Lego (AH9: Hm)⁸, Kischkicker.
 AH9: Bitte? (.) Sag es nochmal, ich habe es nicht ganz genau verstanden.
 Kind: Kischkicker.
 AH9: So Stecker, so ein Steckspiel? Oder was ist das?
 M: Tischdecke? Wie heißt das?
 AH9: Was ist das? (..)
 Kind: Mama (.), gu weißt gis schon.
 AH9: Die Mama weiß das schon?
 Kind: Kischkicker.
 M: Kischtecker?
 Kind: Nee.
 M: Was (??unverständlich??).
 AH9: Sag es mal der Mama.
 M: Ich weiß nicht, niunia.
 Kind: Goch.
 M: Dann kannst du auf Polnisch mir sagen.
 AH9: Sag es der Mama mal auf Polnisch. Weißt du es, wie es auf Pol~ auf Pol~ Polnisch heißt? Weißt du das?
 Kind: Ja.
 AH9: Sag es mal der Mama.
 M: No to powiedz mi. Jak się nazywa? Co to jest? (OD flüstert) Ale możesz głośno powiedzieć. No powiedz głośno. Jak jak ta zabawa jest w przedszkolu? (.) A w przedszkolu nie macie Lego przecież. To co cie~ (OD: Co?) nie macie Lego w przedszkolu przecież. [Na dann sag es mir. Wie heißt das? Was ist das? Aber du kannst es laut sagen. Na sag es laut. Wie wie ist das Spiel im Kindergarten? (.) Aber im Kindergarten habt ihr doch gar kein Lego. Dann was ~ (OD: Was?) ihr habt doch gar kein Lego im Kindergarten.].
 Kind: Guck.
 M: Ihr habt keine Lego im Kindergarten, ich denke.
 AH9: Das hat sie gesagt auf Polnisch?
 M: Weil sie Lego hat gesagt zum Anfang, aber ich denke.
 AH9: Ja, Lego hast du ja gesagt und was spielst du noch? Außer Lego?
 M: Im Kindergarten, Name*, nicht zu Hause, sondern im Kindergarten, nie [ne]?
 Kind: Ich habe ja auch im Kindergarten gesagt.
 M: Ja und was machst du noch dort? Co robisz tam? [Was machst du dort?] (..)
 Kind: Äh (..) äh.
 AH9: Überleg mal, hm (...).
 Kind: Auko (Auto).
 AH9: Hm. Autos? Mit Autos? Ah ja, ok. ...

Aus dem Beobachtungsprotokoll

Die Arzthelferin nimmt das Gespräch mit dem Kind wieder auf und fragt danach, was es in der Kita gerne spielt.

Sie antwortet: „Lego“ und „Kischkicker“.

Letzteres Wort verstehen weder die Mutter noch die Arzthelferin, trotz Nachfragen – ich verstehe „Tischkicker“, mische mich als Beobachterin aber nicht ein. Da mir zuvor aufgefallen war, wie sie ‚d‘ durch ‚g‘ ersetzt hat, vermute ich hier die Vertauschung von ‚T‘ und ‚K‘.

Kurze Zeit später spricht das Kind auch von „Auko“ und meint hier ein Auto.

(aus KJA9_U8_OD, Beobachterin BVC)

Die Arzthelferin führt ihr Nicht-Verstehen des Wortes *Kischkicker* nicht auf die abweichende Aussprache des Kindes zurück, sondern geht vermutlich davon aus, dass sie das genannte Spiel oder die (möglicherweise polnische) Bezeichnung nicht kennt. Sie fordert das Kind auf, es der Mutter zu

⁸ In Klammern eingefügte Äußerungen sind zeitgleich gesprochen.

sagen, die es kennen und die polnische Bezeichnung verstehen könnte. Doch auch der Mutter gelingt es trotz verschiedener Versuche nicht, das Wort zu identifizieren. Möglicherweise kennt die Tochter das polnische Wort für Tischkicker nicht. Weil sich das Nicht-Verstehen auch mithilfe der Mutter nicht auflösen lässt, weicht das Kind schließlich auf eine andere Antwort aus und sagt *Auko*. Die Arzthelferin gibt sich damit zufrieden, denn hier gelingt ihr mühelos die Zuordnung zu einem deutschen Wort. Eine sprachliche Auffälligkeit wird offenbar nicht festgestellt und auch nicht dokumentiert. Als die Ärztin später selbst das Kind untersucht, richtet sie lediglich zwei Fragen an das Kind, die sich mit *Ja* oder *Nein* beantworten lassen. Das abschließende Ergebnis der Untersuchung lautet: „Gut. Da war alles in Ordnung“.

Die Ärztin KJA9 überantwortet die Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten möglicherweise generell ihrer Helferin und verlässt sich weitgehend auf deren Urteil. Für diese Annahme spricht, dass die Helferin der Beobachterin in einem Nachgespräch zu einer anderen Vorsorgeuntersuchung mit einem thailändisch sprechenden Kind (KJA9_U8_VH) berichtet, sie dokumentiere ihren Teil der Untersuchung immer, gehe dann hinaus und gebe der Ärztin eine Rückmeldung. Das zuvor untersuchte Kind habe ja – typisch für thailändische Kinder – Probleme mit dem ‚l‘ und dem ‚r‘. Meistens unternähmen sie in solchen Fällen aber erst bei der U9 etwas, indem sie bspw. Sprachtherapie verordneten. Als die Ärztin schließlich zum zweiten Teil der Untersuchung kommt, schlägt sie die Unterlagen auf. Sie lobt das Kind und sagt, die Arzthelferin habe ja alles abgehakt. Sprachliche Auffälligkeiten werden von ihr gegenüber den Eltern auch in diesem Fall nicht thematisiert und sie führt kein ausführliches Gespräch mit dem Kind. Die Helferin bewertet die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder offenbar selbstständig; so kann es dazu kommen, dass Auffälligkeiten nicht erkannt oder nicht als relevant erachtet werden bzw. sich im Zuge der Übergabe an die Ärztin verlieren.

7.3.3 Handhabung von Verfahren und Materialien zur Sprachstandserfassung

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie Verfahren und Materialien für die Sprachstandserfassung von den Kinderärzt/innen gehandhabt werden (F2.2). Um diese Frage zu beantworten, wurde in den 21 Beobachtungsprotokollen kodiert, welche Verfahren und Materialien zur Sprachstandserfassung in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen konkret eingesetzt wurden. In Tabelle 28 sind die von den elf verschiedenen Ärzt/innen verwendeten Verfahren und Materialien aufgeführt.

Tabelle 28. Anzahl der Ärzt/innen ($n = 11$), die Verfahren und Materialien zur Diagnostik einsetzen

Verfahren/ Materialien	Anzahl Ärzt/innen, die dieses Verfahren/Material einsetzen
Kottmannbogen (o.J. a, b)	6
Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al., 1973)	3
Bildmaterial (Herkunft unbekannt)	2

Dia-Test zur Bildbenennung (Herkunft unbekannt)	1
Bilderbuch „Die kleine Raupe Nimmersatt“ (Carle, 1994)	1
Elternfragebogen SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009)	1
Visus- und Sprechtafel (Nordmark, o.J.)	1
gesamt	15

Anmerkungen. Teilnehmende Beobachtungen ($n = 21$); mehrere Verfahren je Ärzt/in möglich

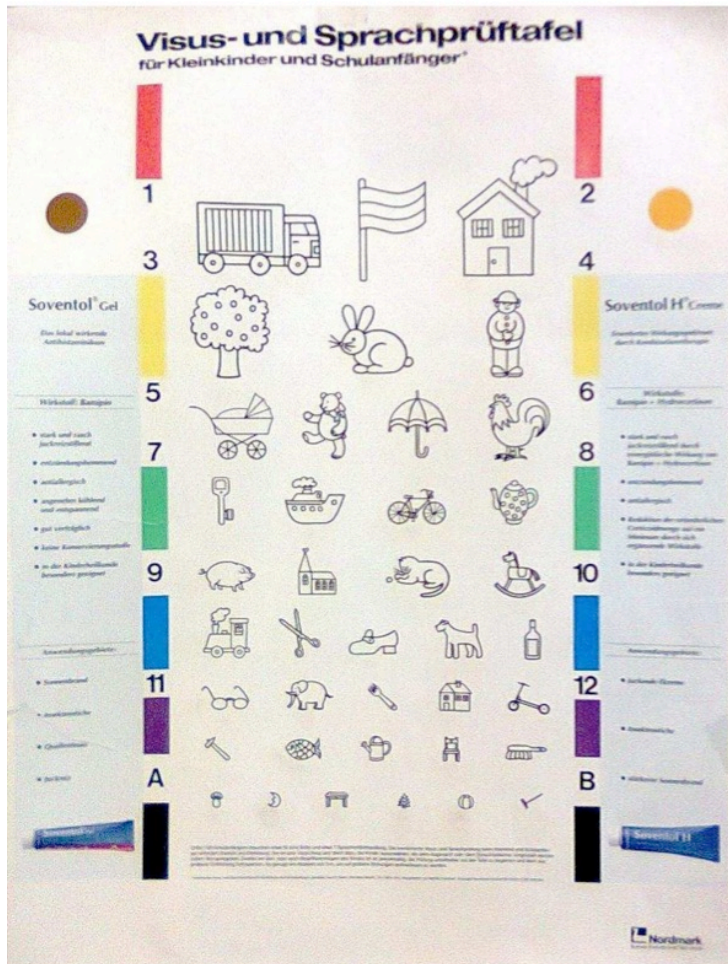
Eine/r der elf beobachteten Ärzt/innen (KJA21) hat in der U7a außer einem Elternfragebogen (SBE-3-KT, von Suchodoletz et al., 2009) zur indirekten Untersuchung kein Verfahren oder Material für die systematische Sprachstandserfassung direkt am Kind eingesetzt, drei Ärzt/innen (KJA3, KJA14, KJA16) hingegen haben zwei Verfahren innerhalb einer Untersuchung eingesetzt. Bei Ärzt/innen, von denen mehrere Vorsorgeuntersuchungen beobachtet wurden, zeigte sich, dass sie generell zunächst gleiche Verfahren einsetzten, allerdings im Einzelfall, bspw. wenn das Kind noch kaum Deutsch sprach, auch weiteres Material hinzunehmen, d. h. sie passten ihre Vorgehensweise fallweise an.

Die Analyse der Beobachtungsdaten ergab, dass hauseigene informelle und nicht standardisierte Verfahren zur Sprachstandserfassung von den Ärzt/innen bevorzugt wurden; es wurde in keinem der beobachteten 21 Fälle ein standardisiertes Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik verwendet. Der sog. Kottmannbogen (Kottmann, o. J.) wurde auch hier am häufigsten eingesetzt, nämlich von sechs der elf Ärzt/innen oder ihren Helfer/innen. Eine Ärzt/in verwendete die sehr alte, schwarzweiße Variante (Kottmann, o. J. a), die übrigen fünf Ärzt/innen setzten die farbige, etwas jüngere Variante (Kottmann, o. J. b) ein. Niemand verwendete die neue Version (Kottmann, o. J. c). In allen Fällen wurde ausschließlich die Bildtafel zur Überprüfung der Artikulation, nicht jedoch ein anderer Bestandteil des Verfahrens verwendet. Der am zweithäufigsten eingesetzte Denver-Test (Flehmit et al., 1973) wurde von drei Ärzt/innen bzw. ihren Helfer/innen verwendet. Zwei Ärzt/innen verwendeten Bildvorlagen unbekannter Herkunft, bei denen es sich um Bestandteile eines Testsets handeln könnte.⁹ Bei einer Untersuchung wurden mit einem Diaprojektor Bilder von Objekten gezeigt, die vom Kind benannt werden sollten. Name und Herkunft dieses Verfahrens konnten nicht ermittelt werden, allein aufgrund der Dia-Technik ist aber anzunehmen, dass es sehr alt war.¹⁰ Ein weiterer Arzt verwendete den Kinderbuchklassiker „Die kleine Raupe Nimmersatt“ (Carle, 1994) als Gesprächsgrundlage. In einer Untersuchung wurde der Einsatz des SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009) beobachtet. In einer weiteren der elf Praxen (KJA9) wurde ein Verfahren eingesetzt, das laut Bezeichnung sowohl zur Überprüfung des Sehvermögens als auch der Sprachkompetenzen bei

⁹ Bei einer Bildkarte in der Untersuchung KJA16_U8_AD_BVC war auf der Rückseite der Name eines Testsets zu lesen: Fragebogen über die Entwicklung 5-jähriger/ Testbild zur funktionellen Entwicklungsdiagnostik. Es könnte sich damit um Material aus Ohrt et al., (1993/94) handeln.

¹⁰ Tatsächlich versagte das Gerät während der Beobachtung bereits nach wenigen gezeigten Bildern seinen Dienst. Es wurde ersatzweise die Artikulationstafel des Kottmannbogens (Kottmann, o. J. b) eingesetzt.

Kleinkindern und Schulanfängern konzipiert wurde: die „Visus- und Sprachprüftafel“ (Nordmark¹¹, o. J.), die ebenso wie die frühen Auflagen des Kottmannbogens (Kottmann, o. J. a, b) von einem Pharmahersteller herausgegeben wurde (s. Abbildung 10).



(eigenes Foto)

Abbildung 10. Visus- und Sprachprüftafel für Kleinkinder und Schulanfänger (Nordmark, o. J.)

Dieses Instrument veranschaulicht in besonderer Weise, wie bereits in der Entwicklung des Instruments dem Bemühen der Ärzt/innen um Verdichtung und Mehrschichtigkeit der pädiatrischen Untersuchungen Rechnung getragen wird. Auf der Tafel sind lineare, schwarz-weiße Zeichnungen von 39 Objekten zu sehen, die in Reihen angeordnet sind. Von Reihe zu Reihe werden die Darstellungen nach unten hin immer kleiner, wie bei Sehtafeln üblich. Die Bilder können zum Benennen der Objekte, d. h. zur Überprüfung des aktiven Wortschatzes und der Aussprache, sowie zur Kontrolle des Sehvermögens genutzt werden. Rechts und links der Objektbilder sind farbige Rechtecke angeordnet, mit denen außerdem das Benennen von Farben überprüft werden kann. Durch das

¹¹ Die Firma Nordmark vertreibt verschiedenste Arzneimittel, die nicht im Besonderen mit dem Seh- oder Sprechvermögen verbunden sind.

Zusammenführen von drei zielverschiedenen Instrumenten zu einer einzigen Bildtafel wird den begrenzten räumlichen und zeitlichen Ressourcen in den Kinderarztpraxen Rechnung getragen. In der ersten der folgenden Fallanalysen wird ebendiese Bildtafel verwendet.

7.3.4 Fallanalyse: Durchführung nicht standardisierter Verfahren

Um einen vertiefenden Einblick in den praktischen Vollzug der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik zu geben, wird im Folgenden anhand von drei ausgewählten Beobachtungssequenzen exemplarisch veranschaulicht, wie veröffentlichte, nicht standardisierte Verfahren zur systematischen Sprachstandserfassung in den beobachteten Untersuchungen verwendet wurden. Es wurden drei Fälle ausgewählt, die auf typische Problembereiche bei der Handhabung sprachdiagnostischer Verfahren hinweisen: Beispiel (9) illustriert, zu welchen Unklarheiten die durch das spezifische Instrument und die begrenzten zeitlichen Ressourcen begünstigte gleichzeitige Überprüfung ganz unterschiedlicher Entwicklungsbereiche (hier: Sehen und Sprache) beim Kind und der durchführenden Person führen kann. Bereits Kelle (2010) wies darauf hin, dass in der informellen Beurteilung des Sprechens verschiedene Teilleistungen konfundieren und es oftmals unklar bleibt, auf welchen Kompetenzbereich etwaige Auffälligkeiten zurückzuführen sind. Wird bei Benennaufgaben gleichzeitig mit dem Sprechen das Sehen untersucht, gilt diese umso mehr. Beispiel (10) veranschaulicht, wie eine für das Deutsche konzipierte Artikulationstafel in flexibler Verwendungsweise für die Erfassung sowohl der Aussprache durch Nachsprechen als auch des Wortschatzes durch Benennen genutzt wird und dabei auch noch zwischen den Untersuchungssprachen gewechselt wird (wie in Kelle, 2011), sodass das Verfahren letztlich nur als ein Bildimpuls fungiert. Beispiel (11) zeigt, wie ein hoch kulturspezifisches Item (*Kirche*) bei einem Kind mit Zuwanderungsgeschichte in einer Benennaufgabe verwendet wird, obwohl die Kenntnis dieses Wortes nicht erwartet werden kann und somit die gezeigte Leistung des Kindes bei diesem Item keine Rückschlüsse auf seine generelle Wortschatzkompetenz zulässt. In allen drei Fällen bleibt offen, ob die Durchführenden in der konkreten Situation reflektieren, was sie mit welchem Ziel erheben wollen und welche Informationen über die Kompetenzen des Kindes sie dabei gewinnen bzw. nicht gewinnen.

Mit Beispiel (9) wird veranschaulicht, wie die in Abbildung 10 gezeigte ‚Visus- und Sprachprüftafel für Kleinkinder und Schulanfänger‘ (Nordmark, o. J.) in einer U8 eingesetzt wurde. Das Vorgehen wurde in einer kinderärztlichen Praxis in einer Kleinstadt beobachtet. Es handelt sich um dieselbe Untersuchung wie in Abschnitt 7.3.2. Die Untersuchung wurde von der Arzthelferin durchgeführt. Sie kündigte der Mutter und dem Kind die folgende Überprüfung in dieser Vorsorgeuntersuchung als ‚Sehtest‘ an. Da in der gesamten weiteren Untersuchung keine andere Sequenz als systematische Sprachstandserfassung identifiziert wurde, ist unklar, ob hier neben dem Sehvermögen auch die Sprachkompetenz beurteilt wurde, wie es vom Verfahren vorgesehen ist.

(9)

Anwesende:	Arzthelferin (AH9), Mutter (M), Kind (w) 3;11 J.
Erstsprache des Kindes:	Polnisch
Spracherwerbstyp:	DaZ, AoO 1;6 J.
Untersuchung:	U8
Verfahren:	Visus- und Sprachprüftafel für Kleinkinder und Schulanfänger (Nordmark, o. J.)

Aus dem Transkript der Audioaufnahme

[Übersetzung aus dem Polnischen in eckigen Klammern]

AH9: ... Jetzt machen wir noch einen Sehtest. Stellst du dich bitte mal hin, ja, stellst du dich mal hin. Schau mal, stell dich mal hier hin. (.) (Kind stellt sich in die Mitte des Raumes) Die Mama kommt auch, gell? (M: So, Mama auch) Die Mama kommt auch (AH lacht) (M lacht). ... Schau mal, du siehst doch auf die, auf der Tafel da vorne ganz viele Bilder, ok? Und die zeige ich dir und du sagst mal einfach, was du da siehst, ja? Geh mal ein Stückchen zurück bitte. Noch ein Stück, so. Und jetzt die Mama hält dir ein Auge zu (M: Hm), dann schaust du nämlich nur mit einem Auge, ja? Guck mal. (..) Schau mal, was ist denn das?

Kind: Ein Bär.

AH9: Super! Und das da?

Kind: Ein Bok.

AH9: (lacht) Und das da?

Kind: (.) Weiß ich überhaupt nicht.

AH9: Das weißt du überhau~ eine Katze, oder? Ist das eine Katze?

Kind: Ja.

AH9: Ja. Und das da? (.)

Kind: Ein Schaf.

M: (??Nee??).

AH9: Und das da?

Kind: Ein Schuh.

AH9: Super! Und das da?

Kind: Ein Haus.

AH9: Ein Haus. Ja. Und das?

Kind: (...) Ein U.

AH9: Und da nebendran das? (..) Japapa, nicht schummeln. Du schummelst. Schön die Ha~ schön die Hand drauflassen. Was ist denn das? (.) Kannst du das erkennen?

Kind: Ja.

AH9: Und was ist

Kind: Ein Weihnachtsbaum.

AH9: Super! Genau! Und weißt du, was das ist? Schau (..).

Kind: Monk.

AH9: JA. Mond, ok. Das andere Auge bitte zuhalten.

M: I teraz to. Ok [und jetzt dieses.] (...).

AH9: Was ist denn das da?

Kind: Ein Fahrrak (AH9: Hm.). Ich habe zu Hause auch ein Fahrrak.

AH: Hast du auch ein Fahrrad? Kannst du schon Fahrrad fahren, ja? Toll! Was ist denn das da?

Kind: Ein Schuh.

AH9: Ein Schuh. Und äh das da?

Aus dem Beobachtungsprotokoll

Das Mädchen stellt sich nach Aufforderung der Arzthelferin in die Mitte des Raumes zum Sehtest.

Die Mutter hält jeweils ein Auge des Kindes zu.

Es benennt „Bär“, dann sagt sie zum Schiff „Book“, will vermutlich ‚Boot‘ sagen.

Es folgen „ein Schuh“, „ein Haus“, „ein Weihnachtsbaum“.

Statt ‚Mond‘ sagt sie „Monk“, statt ‚Fahrrad‘ „Fahrrak“, den ‚Stuhl‘ benennt sie mit „Schkuhl“.

Kind: Ein Schkuhl.	
AH9: Ja. Und das da? Schau mal (...).	
Kind: Ein Kisch.	
AH9: Ein Tisch. Und das da?	Zu dem kleinen Ball in der untersten Reihe
Kind: Ein U.	sagt sie mehrfach „U“.
AH9: Hm lassen Sie mal die Hand bitte weg. (.) Schau mal, ist das ein U? Was ist denn das? (.) Siehst du das?	
Kind: Ja, gas ist überhaupt kein U.	
AH9: Sondern komm mal ein Stückchen vor. Komm mal ein Stückchen vor zu mir. Schau. Siehst du, was das ist?	
Kind: Äh, (.) ich glaube, das ist kein U.	
AH9: Hm. Kein U, ne? Das ist ein Ball, oder?	
Kind: JA.	
AH9: JA. Stell dich noch einmal zurück bitte, zur Mama (...). Schau nochmal mit beiden Augen. Was ist denn das da? (.)	Sie versucht den Pilz sie zu benennen, bleibt aber an einem „K“ als Anlaut stecken.
Kind: Ein K~, ein Kw~, ein (...).	
AH9: Ja, das ist schwierig. Das wissen die wenigsten, ne? Das ist hm. Weißt du, was das ist? (..) (M lacht)	
Kind: Gu hast geschummelt.	
AH9: Bitte?	
M: Aber jetzt jetzt weißt du doch.	
AH9: Nee, die Mama sieht das auch. Und was siehst du das? Schau mal, weißt du, was das ist?	Die Arzthelferin zeigt dann in der vorletzten Reihe auf ein Bild. O. umschreibt: „zum Haarekämmen“.
Kind: Ein (..) zum Haare kämmen.	
AH9: Weißt du es auf Polnisch, wie es heißt? (..)	
M: Szczotka do zamiatania [Besen].	
Kind: Szczotka [Bürste].	
M: Szczotka [Bürste].	Die Arzthelferin fordert sie auf, doch noch mal genau hinzuschauen, was es sei, verstand dann offensichtlich, was das Kind meinte. Sie sagte, es sei ein Besen, räumte dann aber ein, dass es auch eine Bürste sein könnte.
AH9: Du meinst eine Bürste? (Kind: Ja.) Komm mal, komm mal bitte vor zu mir. Schau nochmal, ob das eine Bürste ist.	
Kind: JA! Das ist eine Bürste.	
AH9: Eine Bürste? Ist das kein Besen? (.)	
Kind: Nein (AH lacht) (M lacht). Es ist wirklich eine Bürste.	Im Anschluss überprüft die Arzthelferin anhand der Bildtafel, ob das Kind Farben benennen kann.
AH9: Meinst du? Ah ja, hast du so eine tolle Haarbürste zu Hause, ja? Ja?	(aus KJA9_U8_OD, Beobachterin BVC)

Das Kind wird, wie bei einem Sehtest üblich, mit einem bestimmten Abstand zur Bildtafel positioniert und ihm wird während der Durchführung erst das eine, dann das andere Auge zugehalten. Die Arzthelferin achtet offenbar nicht nur auf das Erkennen, sondern zeitgleich auch auf die richtige Benennung der abgebildeten Objekte, denn sie verwendet in ihren Fragen an das Kind neben den Verben *sehen*, *schauen* und *erkennen* auch das Verb *wissen*. Die Arzthelferin weist am Schluss auf ein Bild, das eine Bürste oder einen Handbesen darstellen könnte. Da die Größen der abgebildeten Objekte nicht den realen Verhältnissen entsprechen und zudem nach unten hin immer kleiner werden, ist es nicht zweifelsfrei zu identifizieren. Die Arzthelferin gibt sich mit der Erklärung des Kindes „zum Haare kämmen“ nicht zufrieden und will wissen, ob das Kind das gezeigte Objekt in seiner Erstsprache benennen kann. Das Kind bezeichnet das Objekt dann als „Bürste“. Die Arzthelferin möchte aber offenbar den Begriff ‚Besen‘ hören. Sie beharrt auf dem Unterschied zwischen Besen und Bürste, der für die Überprüfung des Sehvermögens irrelevant ist. Auf der Bildtafel direkt unter

der Bürste ist im Übrigen ein typischer Besen mit langem Stiel abgebildet, sodass es unwahrscheinlich ist, dass auch das darüber befindliche Bild einen Besen darstellen soll. Letztlich ist dadurch unklar, ob die Arzthelferin und das Kind sich überhaupt auf dasselbe Bild beziehen. Die abweichende Aussprache des Kindes wird von der Arzthelferin nicht angesprochen (s. hierzu die Analyse in Abschnitt 7.3.2 zu demselben Fall).

Die Beispielsequenz (10) ist einer Beobachtung in einer Privatpraxis in einer Großstadt entnommen¹². Die Ärztin setzt den Artikulationsbogen des in Abschnitt 6.3.2 vorgestellten ‚Kottmannbogens‘ (Kottmann, o. J. b) bei einem französischsprachigen Kind ein. Dabei wird die Durchführung des Verfahrens an den spezifischen Fall angepasst und flexibel handhabt, sowohl hinsichtlich der Durchführungssprache als auch hinsichtlich der Methoden und untersuchten sprachlichen Bereiche.

(10)

Anwesende:	Kinderärztin (KJA), Mutter (M), Kind (m) 5;0 J.
Erstsprache des Kindes:	Französisch
Spracherwerbstyp:	Bilingual ab Geburt (2L1), besucht die Vorklasse einer französischen Schule
Untersuchung:	U9, bereits in der U8 Sprachauffälligkeiten und Hörbeeinträchtigungen festgestellt
Verfahren:	Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. c)

Aus dem Transkript der Audioaufnahme

[Übersetzung aus dem Französischen in eckigen Klammern]

KJA13: So, jetzt erzählst du mir mal, was du hier siehst! (.)
Was ist das? Kannst Französisch sprechen oder Deutsch.
Kind: Ballon [Ball].
KJA13: Balloon, okay [Ball, okay].
KJA13: (..) Was ist das? Guck genau hin!
M: (...) Du kannst Französisch oder Deutsch. (??unverständlich??)
KJA13: (zeitgleich) Ja, a~ das kannst, (??wenn du nicht sprechen willst??), in Französisch. Ich verstehe dich. (.) Ja?
Kind: Fleur [Blume].
KJA13: Un fleur [Eine Blume].
KJA13: Das ist eine Blume.
Kind: Doudou [Puppe].
KJA13: Eine Puppe. Hm.
Kind: Poisson. [Fisch].
KJA13: Hm.
Kind: Pomme. (..) Souris. [Apfel. (..) Maus].
KJA13: Und wie heißt das auf Deutsch? Das kenne ich gar nicht auf Französisch. (.) Eine? (...) Was heißt (??suris??) oder souris (.) auf Deutsch? [Was heißt

Aus dem Beobachtungsprotokoll

KJA13 nimmt für den nun folgenden Sprachtest die Kottmann-Überprüfungsbögen hervor, die ich schon aus anderen Praxen kenne. Sie bittet den Jungen, die Bilder zu benennen, wenn er möchte auch auf Französisch. Er sagt „ballon“, rutscht dann von der Liege, geht zu seiner Mutter und flüstert ihr etwas zu. Ich vermute, dass er fragt, ob er Französisch oder Deutsch antworten soll/darf. Die Mutter sagt, dass er ruhig Französisch sprechen kann. Zurück auf der Liege neben der Ärztin antwortet er mal auf Französisch, mal auf Deutsch.

Die Ärztin fragt bei vielen Begriffen nach der Übersetzung.

¹² Dieses Beispiel wurde in ähnlicher Form in Voet Cornelli et al. (2012b) veröffentlicht.

- (??suris??) oder Maus (.) auf Deutsch?] (...) So können wir nichts VERSTEHEN¹³, Name*, hm.
- M: Nein, nein, nein. (??unverständlich??) (...) Weißt du nicht auf Deutsch?
- KJA13: Du musst die MAMA es mir überder~ setzen. Ich kenne das Wort leider nicht. (.) Hm?
- M: Souris [Maus.].
- KJA13: Maus. Deutsche Wörter lässt sie den Jungen zum Teil auch nachsprechen.
- M: Eine Maus.
- KJA13: Und? (.) Sag mal Maus!
- Kind: Maus. Sie spricht auch etwas Französisch und sie scheint dies gern anzuwenden.
- KJA13: Siehst du.
- Kind: Marteau [Hammer.].
- KJA13: Das ist ein Hammer. Das verstehe ich. Und das hier?
- Kind: (...) Nuage [Wolke.]. Während des Sprachtests sitzt der Junge im Schneidersitz auf der Liege, spielt etwas verlegen mit einem seiner Strümpfe.
- KJA13: Hm, eine Wolke. Und das hier?
- Kind: (...) Tasse.
- KJA13: Hm.
- Kind: Bett.
- KJA13: SEHR GUT. Und das?
- Kind: (...) Dach.
- KJA13: Ja, gut.
- Kind: (...) Dachen.
- KJA13: Ein Drache, genau. Das kenne ich auch nicht auf Französisch. Könnte ich dir gar nicht sagen.
- M: Cerf-volant.
- KJA13: Aha. Und das hier?
- Kind: (...) Tuillère [Löffel.].
- KJA13: Genau, ein LÖFFEL. Sag mal Löffel!
- Kind: Löffel.
- KJA13: Gut. Und das hier?
- Kind: (...) Bol [Schüssel.].
- KJA13: Ja, wei~ des wa~ ni~ es d~ ein Topf oder so ein ku~ oder was hat er gesagt, (.) ein bol n~ sagt man une plat, ein Teller, hm?
- KJA13: (.) Sag mal Teller!
- Kind: Teller.
- KJA13: Genau. Und das ist ein? (...) Hm? (...) Ein Nest. (.) (aus KJA13_U9_TS, Beobachterin BVC)
- Kind: Nest.

Die Kinderärztin passt die Durchführung des Verfahrens an die Zweisprachigkeit des Kindes an und führt die Untersuchung teilweise auf Französisch durch. Der Bildbogen ist für die Erfassung der artikulatorischen Fähigkeiten im Deutschen vorgesehen. Die Ärztin überprüft damit hingegen offensichtlich auch den Wortschatz des Kindes in beiden Sprachen. Einige deutsche Begriffe lässt sie den Jungen nachsprechen, wohl um auch seine Fähigkeiten in der Aussprache zu beurteilen. Nach welchen Kriterien sie diese Nachsprechitems auswählt, ist nicht zu erkennen.

Die Beispielsequenz (11) stammt aus einer Vorsorgeuntersuchung U8, die in einer kinderärztlichen Praxis einer Kleinstadt beobachtet wurde. Die Arzthelferin, die in diesem Fall die Sprachstandserfassung durchführt, verwendet dasselbe Verfahren (Kottmann, o. J. c) wie in Beispiel (2). Das untersuchende Kind erwirbt Chinesisch als Erstsprache. Auch in dieser Untersuchung wird mit dem

¹³ Großschreibung bei besonderer Betonung (s. Transkriptionsregeln Anhang V)

Artikulationsbogen des Verfahrens (zumindest auch) der Wortschatz des Kindes überprüft. Bei der Durchführung des Verfahrens zeigt sich, dass dem Kind kulturelles Wissen für die Benennung eines Items fehlt.

(11)

Anwesende:	Arzthelferin (AH3), Vater (V), Kind (w) 3;11 J.
Erstsprache des Kindes:	Deutsch und Mandarin-Chinesisch
Spracherwerbstyp:	Bilingual ab Geburt (2L1)
Untersuchung:	U8
Verfahren:	Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. c)

Aus dem Transkript der Audioaufnahme

AH3: Genau. Hier haben wir noch ein paar Bildchen und ich deute dann immer mit dem Schreiber drauf und dann sagst du mir was das ist, was du da siehst, ok?
 Kind: Ein Ball.
 AH3: Hm.
 Kind: Eine Blume.
 AH3: Ja.
 Kind: Eine Puppe.
 AH3: Hm.
 Kind: Ein Fisch, ein Affe (AH3: Hm.), eine Maus (AH3: Hm.), ein Hammer, Wolke (AH3: Ja.), Teetasse (AH3: Hm.). Bett, Dach, Drachen, Löffel (AH3: Hm.) Pfanne.
 AH3: Ne Pfanne? Hm und hier?
 Kind: Nest.
 AH3: Hm. Und hier vorne das? Kennst du das auch? Was da noch so ist? (Kind: Nee.) Mit dem Faden das hme? (.) Und das hier?
 Kind: Tannenbaum ja?
 AH3: (...) Und hier? (V: ??unverständlich??).
 AH3: Hm.
 Kind: Die Sonne.
 AH3: Genau.
 Kind: Die Hose.
 AH3: Hm.
 Kind: Ein Messer.
 AH3: Hm.
 Kind: Eis.
 AH3: Ja.
 Kind: ??Muschel??.
 AH3: Ja.
 Kind: Schmetterling. ??Schweich?? Felosch, Haus, Gabel, Kerze, Kleid, Hund im Knochen.
 AH3: Genau. Das hier? (V: ??unverständlich??).
 AH3: Hm, da bimmelt es immer, hm? Ist nicht so schlimm. Mach mal hier weiter.
 Kind: Klone.
 AH3: Hm hm.
 Kind: Lolla.
 AH3: Gut und das war ein?
 Kind: Floosch.

Aus dem Beobachtungsprotokoll

Die AH erklärt, sie habe „Bildchen“ und das Kind solle immer sagen, was das ist. Sie zeigt die einzelnen Items mit dem Kugelschreiber.

Das Kind benennt sie zügig. Sie kennt die richtigen Begriffe.

Statt Teller sagt sie aber „Pfanne“ (die Abbildung ähnelt auch tatsächlich einer Pfanne).

AH3 zeigt auf Nadel und Faden, diesen Begriff kennt das Kind nicht.

Bei der Abbildung einer Kirche stutzt das Kind.

Der Vater imitiert eine Glockenmelodie. Das Kind weiß das Wort nicht.

Bei Frosch sagt das Kind „Flosch“.

AH3: Ok. Und das ist eine Kir(s)che, ne? (Kind: Hm.) Gell?
 Da läuten immer die Glocken am Sonntag, gell? (aus KJA3_U8_LK, Beobachterin BVC)
 Kind: Hm.

Das Kind kann nahezu alle Items ohne zu Zögern mit dem passenden Wort benennen. Den abgebildeten Teller bezeichnet sie abweichend als Pfanne; beim Item Nest/Nadel (diese Begriffe sind wahlweise zu benennen) kennt sie lediglich letzteren Begriff nicht. Das Bild der Kirche kann sie hingegen nicht benennen. Selbst die wohlwollenden Hilfsangebote der Arzthelferin, die zusätzliche Informationen zum Bimmeln der Glocken am Sonntag gibt, und des Vaters, der Glockengeräusche imitiert, reichen nicht aus, um dem Kind das Wort ‚Kirche‘ zu entlocken. Es gehört offenbar noch nicht zu seinem Wortschatz. Die Arzthelferin drückt mit ihrer Äußerung „Ist nicht so schlimm“ implizit aus, dass das Kind es eigentlich hätte wissen sollen; sie scheint nicht zu reflektieren, dass dieser Begriff hochgradig kulturspezifisch ist.¹⁴ Ihre dialektal ausgesprochene Erklärung „Und das ist eine Kir(s)che, ne?“ trägt durch die lautliche Ähnlichkeit mit dem Wort ‚Kirsche‘ wahrscheinlich nicht zur Erklärung des Begriffs bei. Ob die Arzthelferin mit dem Verfahren auch die Fähigkeiten des Kindes im Bereich der Aussprache erfasst, ist nicht eindeutig zu erkennen. Dass sie das Item ‚Frosch‘ am Ende nochmals abfragt, nachdem das Kind es vorher als „Flosch“ benannte, deutet darauf hin. Die weiteren abweichend artikulierten Begriffe, „Klone“ statt ‚Krone‘, „Lolla“ statt ‚Roller‘, wiederholt sie jedoch nicht.

Anhand dieser drei Beispiele wird anschaulich, wie veröffentlichte Verfahren in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen gehandhabt werden. Sie werden teils entgegen ihrer Bestimmung, gleichzeitig für verschiedene Untersuchungsbereiche und in verschiedenen Sprachen eingesetzt. Welche Fragen und Gesprächsimpulse die Ärzt/innen im Rahmen der sprachdiagnostischen Dialoge verwenden, um die Kinder zum Sprechen anzuregen, wird im folgenden Abschnitt analysiert.

7.3.5 Fragen und Impulse der Ärzt/innen im diagnostischen Gespräch mit dem Kind

Das Gespräch mit dem Kind stellt den ersten Analysen zufolge die zentrale diagnostische Methode der beobachteten Kinderärzt/innen dar, mit der sie selbst sich einen Eindruck von den sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes verschaffen. Diese Gespräche scheinen spontan in den Untersuchungsablauf integriert zu werden. In keinem der analysierten Fälle wurde eine schriftliche Dokumentation oder Audioaufnahme beobachtet, wie es in der Sprachtherapie im Rahmen einer Spontansprachanalyse üblich ist. Um die Qualität der Gespräche zu beurteilen, wurde in dieser Studie analysiert, welche Fragen und Gesprächsimpulse die Ärzt/innen verwenden, um die Kinder zum Sprechen anzuregen (F2.3). Ziel dieser Analysen war es, zu ermitteln, welche Informationen die Ärzt/innen über die Sprachfähigkeiten des Kindes aus ihren Gesprächen mit dem Kind gewinnen können.

Wie in Abschnitt 7.2 beschrieben, wurden alle im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung geführten sprachdiagnostischen Dialoge danach analysiert, welche Gesprächsimpulse die Ärzt/innen selbst

¹⁴ In der aktuellsten Version des Verfahrens (Kottmann, o. J. c) wurde ‚Kirche‘ durch ‚Küche‘ ersetzt.

an die Kinder richteten, um sie zu sprachlichen Äußerungen zu ermuntern. Die Untersuchungen, die nicht von den Ärzt/innen, sondern von den Arzthelfer/innen durchgeführt wurden, blieben in diesen Analysen unberücksichtigt. Ausgewertet wurden 19 der 21 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen bei neun verschiedenen Ärzt/innen¹⁵. Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Anzahl und Art der verwendeten Sprechimpulse dargestellt. Die verwendeten Fragen werden nach Fragetypen differenziert.

Anzahl der Gesprächsimpulse je Ärzt/in

In den Gesprächsprotokollen wurden alle Fragen und sonstigen verbalen Gesprächsimpulse kodiert und ausgezählt. Als ‚auswertbar‘ wurden ausschließlich Fragen und Impulse klassifiziert, die in der konkreten Gesprächssituation eine Antwort des Kindes zuließen (für das Vorgehen in der Kodierung s. Abschnitt 7.2). In Tabelle 29 wird nach den verschiedenen U-Typen geordnet dargestellt, wie viele Fragen und Impulse insgesamt in den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen verwendet wurden und wie viele davon als ‚auswertbar‘ klassifiziert wurden.

Tabelle 29. Anzahl der Fragen und Impulse der Ärzt/innen je Beobachtung ($n = 19$)

Beobachtung	Gesamtzahl Fragen und Impulse	davon auswertbare ¹ Fragen und Impulse	
		absolut	%
U7a			
KJA14_U7a_PM	51	50	98
KJA16_U7a_TM	39	35	90
KJA16_U7a_MS	7	7	100
KJA21_U7a_AH	2	2	100
U8			
KJA3_U8_LK	31	14	43
KJA8_U8_HI	49	36	73
KJA9_U8_OD	2	2	100
KJA9_U8_VH	6	4	67
KJA12_U8_YB	71	60	85
KJA16_U8_AD	58	54	93
KJA16_U8_AS	38	24	63
KJA19_U8_LD	2	2	100
U9			
KJA2_U9_MC	131	126	96
KJA3_U9_AK	13	7	54

¹⁵ Die Beobachtung bei KJA13 wurde nicht berücksichtigt, weil die Ärztin nach eigenen Angaben im Normalfall nicht alle Teile der Vorsorgeuntersuchung selbst durchführt. Die Beobachtung bei KJA602 wurde nicht berücksichtigt, weil es in der gesamten Untersuchung trotz vielfältiger Versuche weder dem Arzt noch der Helferin gelang, eine Interaktion mit dem Kind aufzubauen; auch die Kommunikation mit den Eltern war schwierig. Es handelte sich nach Einschätzung der Beobachterin um eine insgesamt sehr ungewöhnliche Vorsorgeuntersuchung (s. Fallanalyse in Abschnitt 7.3.8).

KJA8_U9_EY	87	62	71
KJA12_U9_AP	102	82	80
KJA14_U9_LB	18	16	89
KJA14_U9_LN	57	43	75
KJA19_U9_DP	37	27	73
Summe gesamt	801	653	82
<i>M</i> gesamt	42	34 (<i>R</i> = 124)	82
<i>M</i> U7a	25	23,5 (<i>R</i> = 48)	97
<i>M</i> U8	32	24,5 (<i>R</i> = 58)	78
<i>M</i> U9	64	52 (<i>R</i> = 119)	77

Anmerkungen. *R* = Spannweite/range, *M* = Mittelwert

¹ Ausgeschlossen wurden alle Fragen und Impulse, nach denen der Arzt ohne Pause weitergesprochen hat, sowie unvollständige Fragen wie „Und dann?“.

Die Ärzt/innen richteten in einer Untersuchung im Mittel 42 Fragen oder andere Gesprächsimpulse an das Kind, um es zu sprachlichen Äußerungen anzuregen. Über alle Beobachtungen hinweg waren im Mittel 34 (82%) der Fragen und Impulse nach den vorab festgelegten Kriterien auswertbar. Zwischen den einzelnen beobachteten Untersuchungen zeigt sich eine große Heterogenität sowohl hinsichtlich der Gesamtzahl an Fragen als auch hinsichtlich des Anteils auswertbarer Fragen und Impulse. Während in acht der 19 Untersuchungen 90% oder mehr der Fragen und weiteren Impulse eine Antwort des Kindes zuließen, war in acht weiteren Untersuchungen ein Viertel oder mehr der Fragen und Impulse nicht auswertbar.

Die Spannweite der Anzahl analysierbaren Fragen und Impulse ist groß (*R* = 124). Sie reicht von zwei bis hin zu 126 auswertbaren Fragen in einer Untersuchung. In drei Untersuchungen bei drei verschiedenen Ärzt/innen (KJA21_U7a_AH, KJA9_U8_OD, KJA19_U8_LD) waren lediglich zwei Fragen oder sonstige Impulse relevant, KJA2 hingegen regte ein Kind in einer U9 mit 126 auswertbaren Fragen und Impulsen zum Sprechen an.

Verschiedene Impulse zur Anregung der Sprachproduktion

Über die Anzahl der verwendeten Fragen und weiteren Sprechimpulse hinaus ist für die Qualität der Gespräche bedeutsam, welche Art von Impulsen von den Ärzt/innen für die informelle Sprachentwicklungsdiagnostik genutzt werden. Dafür wurden die als auswertbar klassifizierten Fragen und Impulse weiter nach Typen differenziert. Von den Fragen wurden Satzanfänge, die zur Elizitierung dienen, und Aufforderungen zum Nachsprechen unterschieden. Alle weiteren Impulse, etwa Aufforderungen wie *Erzähl mal!*, wurden unter ‚Sonstige Gesprächsimpulse‘ zusammengefasst. In Tabelle 30 wird dargestellt, wie sich die als auswertbar klassifizierten Fragen und Impulse nach Typ verteilen.

Tabelle 30. Anzahl der Fragen und Impulse der Ärzt/innen nach Typ

ID	Auswertbare ¹ Fragen und Impulse nach Typ			
	Fragen	Satzanfänge zur Elizitierung	Aufforderung zum Nach-sprechen	Sonstige Gesprächs-impulse
U7a				
KJA14_U7a_PM	44	–	6	–
KJA16_U7a_TM	32	1	2	–
KJA16_U7a_MS	6	–	1	–
KJA21_U7a_AH	2	–	–	–
U8				
KJA3_U8_LK	14	–	–	–
KJA8_U8_HI	31	5	–	–
KJA9_U8_OD	2	–	–	–
KJA9_U8_VH	4	–	–	–
KJA12_U8_YB	38	3	18	1
KJA16_U8_AD	49	2	2	1
KJA16_U8_AS	19	1	3	1
KJA19_U8_LD	2	–	–	–
U9				
KJA2_U9_MC	118	2	–	6
KJA3_U9_AK	7	–	–	–
KJA8_U9_EY	58	4	–	–
KJA12_U9_AP	71	4	7	–
KJA14_U9_LB	16	–	–	–
KJA14_U9_LN	41	–	–	2
KJA19_U9_DP	24	3	–	–
Summe	578	25	39	11
Anteil in %	89	4	6	2
<i>M</i>	30	1,3	2,1	0,6

Anmerkungen. ID = Identifikationsnummer; *M* = Mittelwert

¹ Als ‚auswertbar‘ wurden Fragen und Sprechimpulse klassifiziert, nach denen eine Antwort des Kindes möglich war. Ausgeschlossen wurden alle Fragen und Impulse, nach denen ohne Pause weitergesprochen wurde, sowie unvollständige Fragen wie *Und dann?*

Es bestätigte sich die Erwartung, dass die Ärzt/innen vor allem Fragen nutzen, um die Kinder zu Äußerungen zu veranlassen. Im Durchschnitt wurden 30 Fragen je Untersuchung verwendet, sie machten 89% aller Gesprächsanregungen aus. Andere Impulse, z. B. Satzanfänge zur Elizitierung oder Nachsprechaufgaben, kamen in den beobachteten Untersuchungen insgesamt seltener vor und wurden lediglich in zwölf der 19 beobachteten Untersuchungen verwendet. Die großen Unterschiede in der Anzahl der Fragen je Untersuchung lassen sich demnach nicht dadurch erklären, dass die Ärzt/innen statt Fragen häufiger andere Impulse verwenden.

Satzanfänge zur Elizitierung wurden bspw. bei der gemeinsamen Betrachtung von Bilderbüchern wie in Beispiel (12) und (13) oder bei Benennaufgaben (14) mithilfe von Bildtafeln eingesetzt. Elizitiert wurden einzelne Konstituenten, wie Verben (13) und Nominalgruppen (12 und 14); Elizitierungen satzförmiger Äußerungen (Haupt- oder Nebensätze) liegen in den Daten nicht vor.

(12) Der Arzt betrachtet mit dem Kind ein Bilderbuch.

KJA19: Und das ist ja ist hier?

(Kind: Roller.)

KJA19: Der Roller, genau. Und hier fährt ...?

(KJA19_U9_DP)

(13) Der Arzt betrachtet mit dem Kind das Bilderbuch ‚Die kleine Raupe Nimmersatt‘ (Carle, 1969, 1994).

KJA2: Und wenn der Mond scheint und die Sonne scheint, was macht die Raupe dann?

(Kind: Lläuft sie.)

KJA2: Lläuft. Und sucht sich was zu ...?

(KJA2_U9_MC)

(14) Der Arzt befragt das Kind zu den Bildern der Artikulationstafel von Kottmann (o.J. b). Er zeigt auf das Bild des Löffels.

KJA8: Es gibt also Messer und Gabel und ...?

(KJA8_U8_HI)

KJA8 und KJA12 lehnen sich mit den Elizitierimpulsen an die Vorschläge aus den Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al., 1973) an, wie die Beispiele (15) und (16) zeigen. In der Handanweisung des nicht standardisierten Verfahrens zur Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten wird diese Methode anhand konkreter Beispiele empfohlen, um Antonyme zu elizitieren (s. Anhang VIII).

(15) Der Arzt befragt das Kind ohne unterstützendes Material.

KJA8: Guck. Hier ist unten. Und da ist ...?

(Kind: Oben.)

KJA8: Jawohl. Elefant ist groß. Und die Maus ist ...?

(Kind: Klein.)

KJA8: Jawohl. Winter ist kalt. Und Sommer ist ...?

(Kind: Warm.)

(KJA8_U9_EY)¹⁶

(16) Der Arzt befragt das Kind ohne unterstützendes Material.

KJA12: Guck mal. Im Winter ist es kalt. Und im Sommer ist es ...?

(Kind: Warm.)

KJA12: Ein Elefant ist groß und eine Maus ist ...?

(Kind: Klein.)

(KJA12_U9_AP)

¹⁶ KJA8 hat Deutsch als Zweitsprache erworben.

Durch diese Analysen wurde gezeigt, dass die Anzahl und Art der Sprechimpulse zwischen den einzelnen Beobachtungen und Ärzt/innen erheblich variiert. Einige Ärzt/innen greifen auf Impulse zurück, die explizit für die Sprachentwicklungsdiagnostik vorgeschlagen werden. Fragen sind das zentrale Mittel, um ein Kind zum Sprechen anzuregen. Im Weiteren werden die Fragen der Ärzt/innen an das Kind detailliert untersucht.

Fragetypen

Insgesamt wurden in den 19 Untersuchungen von den Ärzt/innen 578 auswertbare diagnostische Fragen an die Kinder gestellt. Diese Fragesätze wurden nach den in Abschnitt 7.2 definierten Fragetypen klassifiziert; die übrigen Gesprächsimpulse, die zusammen lediglich ca. 12% aller Impulse ausmachen, blieben bei den weiteren Analysen unberücksichtigt, da sie für ein diagnostisches Gespräch weniger relevant sind und sich zudem schwerer spontan in ein Gespräch mit einem Kind integrieren lassen. Die Verteilung der Fragetypen auf die einzelnen Fälle ist in Tabelle 31 dargestellt.

Tabelle 31. Diagnostische Fragen der Ärzt/innen nach Fragetypen je Beobachtung ($n = 19$)

ID Beobachtung	Summe aller auswertbaren ¹ Fragen	Anteil verwendeter Fragetypen absolut und %							
		einfache Konstituentenfragen	Entscheidungsfragen	Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen	Verbalfragen Typ I und II	Alternativfragen nach Konstituenten	Komplexe Fragen (indirekte oder eingebettete)	Konstituentenfragen, kausal oder final	Fragen mit sprechaktbezeichnenden oder mentalen Verben
<i>U7a</i>									
KJA14_U7a_PM	44	7 (16%)	26 (59%)	4 (9%)	7 (16%)	-	-	-	-
KJA16_U7a_TM	32	18 (56%)	11 (34%)	1 (3%)	2 (6%)	-	-	-	-
KJA16_U7a_MS	6	5 (83%)	1 (17%)	-	-	-	-	-	-
KJA21_U7a_AH	2	-	-	1 (50%)	-	-	1 (50%)	-	-
<i>U8</i>									
KJA3_U8_LK	14	2 (14%)	7 (50%)	3 (21%)	-	2 (14%)	-	-	-
KJA8_U8_HI	31	21 (68%)	4 (13%)	3 (10%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	-	-
KJA9_U8_OD	2	-	2 (100%)	-	-	-	-	-	-
KJA9_U8_VH	4	-	3 (75%)	1 (25%)	-	-	-	-	-
KJA12_U8_YB	38	14 (37%)	14 (37%)	1 (3%)	2 (5%)	-	7 (18%)	-	-
KJA16_U8_AD	49	40 (82%)	8 (16%)	-	1 (2%)	-	-	-	-
KJA16_U8_AS	19	14 (74%)	-	-	3 (16%)	-	2 (11%)	-	-
KJA19_U8_LD	2	-	2 (100%)	-	-	-	-	-	-
<i>U9</i>									
KJA2_U9_MC	118	54 (46%)	20 (17%)	30 (25%)	4 (4%)	3 (3%)	-	5 (4%)	2 (2%)
KJA3_U9_AK	7	1 (14%)	3 (43%)	2 (29%)	-	1 (14%)	-	-	-
KJA8_U9_EY	58	26 (45%)	19 (33%)	6 (10%)	-	6 (10%)	-	1 (2%)	-
KJA12_U9_AP	71	27 (38%)	19 (27%)	6 (8%)	10 (14%)	4 (6%)	4 (6%)	-	1 (1%)
KJA14_U9_LB	16	1 (6%)	8 (50%)	-	5 (31%)	-	2 (13%)	-	-
KJA14_U9_LN	41	10 (24%)	13 (32%)	7 (17%)	4 (10%)	3 (7%)	3 (7%)	1 (2%)	-
KJA19_U9_DP	24	6 (25%)	6 (25%)	6 (25%)	4 (17%)	1 (4%)	1 (4%)	-	-
Summe	578	246	166	71	43	21	20	8	3
Mittelwert	30	13	8,7	3,6	2,1	1,2	1,1	0,4	0,2

Anmerkungen: ¹ Ausgeschlossen wurden unvollständige Fragen wie „Und dann?“ sowie Fragen, nach denen die Äußerung ohne Pause fortgesetzt wurde, z.B. indem der Arzt unmittelbar eine weitere Frage anschluss oder seine Frage selbst beantwortete.

Die Analyse der Fragen je Einzelfall verdeutlicht eine große Heterogenität im Frageverhalten – sowohl hinsichtlich der Fragenanzahl als auch des Fragetyps. In Tabelle 32 wird der Anteil der einzelnen Fragetypen an der Gesamtmenge aller auswertbaren Fragen des Datenkorpus dargestellt. Dabei werden die Verbalfragen des Typs I und Typs II getrennt aufgeführt. Außerdem wurde der Anteil an Untersuchungen, in denen diese Fragetypen vorkommen, sowie der Ärzt/innen, die diese Fragen verwenden, errechnet.

Tabelle 32. Verteilung der Fragetypen innerhalb der auswertbaren Fragen ($n = 578$)

Fragetyp	Häufigkeit	Prozent	Anzahl Untersuchungen ($n = 19$)	Anzahl Ärzt/innen ($n = 9$)
Einfache Konstituentenfragen	246	43	15	7
Entscheidungsfragen	166	29	17	8
Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen	71	12	13	9
Verbalfragen (Typ I)	40	6,5	11	7
Verbalfragen (Typ II)	3	0,5	2	2
Alternativfragen	21	4	9	7
Komplexe Fragen	20	3	7	5
Konstituentenfragen kausal, final	8	1	4	3
Fragen mit sprechaktbez. oder mentalen Verben	3	0,5	2	2

Anmerkungen. Prozentangaben gerundet

Die Analyse ergab, dass einfache Konstituentenfragen und Entscheidungsfragen am häufigsten und in den meisten Untersuchungen verwendet werden, gefolgt von Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen sowie Verbalfragen. Wie die Ärzt/innen die verschiedenen Fragetypen im Gespräch einsetzten, wird im Folgenden anhand von Auszügen aus den Gesprächsprotokollen verdeutlicht.

Mit Konstituentenfragen fragen die Ärzt/innen nach einzelnen Wörtern oder Phrasen. Besonders häufig handelte sich dabei um einfache Benennfragen wie in Beispiel (17) und (18), mit denen anhand von Bildmaterial, wie z. B. der Bildtafel von Kottmann (o. J. a, b, c), nach Bezeichnungen von Gegenständen gefragt wird. Daneben wurden Fragen nach Adjunkten wie in den Beispielen (19), (20), (21) und (22) und Objektfragen wie (23) oder auch Fragen nach Attributen, z. B. Farben oder Mengenangaben, wie (24), (25) und (26) gestellt.

(17) Und was ist denn das? (KJA19_U9_DP)

(18) Und wie nennt man das? (KJA8_U8_HI)

- | | | |
|------|--|---------------|
| (19) | Wo warst du heute morgen? | (KJA12_U9_AP) |
| (20) | Wo ist die Zimmerdecke? | (KJA8_U8_HI) |
| (21) | Und womit hast du da draußen gespielt? | (KJA16_U8_AD) |
| (22) | Mit was schneidest du den Apfel? | (KJA8_U8_HI) |
| (23) | Was malst du denn? | (KJA12_U8_YB) |
| (24) | Und wie alt bist du? | (KJA3_U8_LK) |
| (25) | Welche Farbe ist das? | (KJA16_U8_AS) |
| (26) | Wie viele Beine hat die Raupe? | (KJA2_U9_MC) |

Entscheidungsfragen wie in (27) bis (30) wurden häufiger verwendet, um ein neues Thema einzuleiten und anschließend eine Konstituentenfrage zu stellen, oder sie dienten als Rückfrage.

- | | | |
|------|--|----------------------------|
| (27) | Malst du im Kindergarten? | (KJA14_U7a_PM) |
| (28) | Hast du einen Freund? | (KJA8_U9_EY) |
| (29) | Und Fußball, guckst du kein Fußball mit deinem Papa? | (KJA8_U9_EY) ¹⁷ |
| (30) | Kennst du die Bremer Stadtmusikanten? | (KJA9_U8_VH) |

Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen wie in (31) und (32) dienen häufig dazu, das Verständnis zu sichern und den Dialog aufrecht zu erhalten.

- | | | |
|------|--------------------------------------|--------------|
| (31) | Also Name* wollte dich fangen? | (KJA2_U9_MC) |
| (32) | Du isst doch die Löffel nicht, oder? | (KJA8_U9_EY) |

Außerdem wurden diese Fragetypen verwendet, wenn ein Kind zuvor auf eine Frage nicht oder nicht korrekt antwortete, wie in den Beispielen (33) und (34).

- | | | |
|------|--------------------------------|--------------|
| (33) | Das ist eine kleine Raupe, ne? | (KJA2_U9_MC) |
| (34) | Das sind Apfelsinen, ne, oder? | (KJA2_U9_MC) |

Auf einige Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen wie in (35) bis (37) schien keine Antwort erwartet zu werden.

- | | | |
|------|---|----------------------------|
| (35) | Die wissen, dass du heute ein bisschen später kommst, gell? | (KJA9_U8_VH) |
| (36) | Kindergarten macht Spaß, ja? | (KJA8_U9_EY) |
| (37) | Magst du Kindergarten, ne? | (KJA3_U8_LK) ¹⁸ |

¹⁷ KJA8 hat Deutsch als Zweitsprache erworben. Äußerungen mit sprachlichen Fehlern wurden unverändert transkribiert.

¹⁸ KJA3 hat Deutsch als Zweitsprache erworben. Äußerungen mit sprachlichen Fehlern wurden unverändert transkribiert.

Von den insgesamt 43 Verbalfragen entsprachen 40 dem Typ I (s. Tabelle 23); sie wurden vorwiegend mit dem W-Fragewort *was* und dem Pro-Verb *machen* gebildet wie in (38), (39) und (40). Somit erforderten sie eine verblose Konstituente oder eine verbhaltige Antwort mit Infinitiv (40) oder Partizip (38) (39), aber nicht zwingend eine satzwertige Antwort mit finitem Verb und SVK.

- | | | |
|------|---|----------------|
| (38) | Was hast du denn gemacht heute morgen? | (KJA16_U7a_TM) |
| (39) | Und was habt ihr da gemacht? | (KJA12_U9_AP) |
| (40) | Was macht denn das Kind mit der Banane? | (KJA14_U7a_PM) |

Bei lediglich 3 der insgesamt 578 auswertbaren Fragen (von zwei verschiedenen Ärzt/innen), siehe Beispiele (41) bis (43), handelte es sich um Verbalfragen des Typs II (s. Tabelle 23), die nicht nur eine verbhaltige Äußerung, sondern einen Satz mit finitem Verb erforderten.

- | | | |
|------|--|---------------|
| (41) | Was passiert dann, wenn man so viel auf einmal isst? | (KJA2_U9_MC) |
| (42) | Oh, was passiert denn da? | (KJA19_U9_DP) |
| (43) | Und wie geht es weiter? | (KJA19_U9_DP) |

Einige Ärzt/innen setzten auch Alternativfragen ein, wie in den Beispielen (44) bis (50), die die Auswahl einer vorgegebenen Konstituente erforderten. Sie wurden vor allem als Nachfragen oder zusätzliche Hilfestellung verwendet. KJA8 (47) (48), KJA12 (49) und KJA14 (50) orientierten sich thematisch auch hier, wie bereits bei den oben gezeigten Elizitierungen, an den Vorschlägen in den Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al., 1973), in denen Fragen zu Materialien vorgeschlagen werden (s. Anhang VIII), allerdings nicht explizit als Alternativfragen.

- | | | |
|------|---|---------------|
| (44) | Hast du eine Puppe zuhause oder einen Teddybärchen? | (KJA3_U8_LK) |
| (45) | Wenn die Sonne scheint, muss sie da viel oder wenig anziehen? | (KJA2_U9_MC) |
| (46) | Wird sie entscheiden einen Pelzmantel oder einen Bikini anzuziehen? | (KJA2_U9_MC) |
| (47) | Ist das Holz oder ist das Metall? | (KJA8_U8_HI) |
| (48) | Was ist eigentlich Obst? (..) Ist das zum Anziehen oder zum Essen? | (KJA8_U9_EY) |
| (49) | Magst du mal anfassen? (.) Ist auch Holz oder Glas oder Stein oder Plastik oder Papier? | (KJA12_U9_AP) |
| (50) | Ist das aus Metall oder aus Glas oder aus Plastik? | (KJA14_U9_LN) |

Einzelne diagnostische Dialoge enthielten komplexe Fragen, bei denen der Fragesatz in einen übergeordneten Imperativsatz (53) oder eine Frage wie in (51), (52), (54) und (55) eingebettet war. Vor allem wenn es sich bei dem Matrixsatz um eine Entscheidungsfrage handelte, wie in den Beispielen (51), (54) und (55), führte dies wie zu erwarten gelegentlich dazu, dass die Kinder mit *Ja* oder *Nein*

antworteten, statt auf die eingebettete Konstituentenfrage mit der gewünschten Information zu antworten.

- | | | |
|------|---------------------------------------|---------------|
| (51) | Weißt du, was eine Banane ist? | (KJA12_U8_YB) |
| (52) | Was meinst du, was das ist? | (KJA12_U9_AP) |
| (53) | Sag mir mal, was du da siehst. | (KJA12_U9_AP) |
| (54) | Weißt du auch, wie das heißt, das da? | (KJA14_U9_LN) |
| (55) | Weißt du, was ein Fernglas ist? | (KJA14_U9_LN) |

In den Daten fanden sich insgesamt acht Belege für Konstituentenfragen nach kausalen oder finalen Informationen, wie in den Beispielen (56) bis (58). KJA8 verwendet Warum-Fragen lediglich als rhetorische Fragen wie in (56). Eine Antwort des Kindes auf diese Frage ist nicht sehr wahrscheinlich.

- | | | |
|------|--|--------------|
| (56) | Ja, und warum sagst du denn nicht? | (KJA8_U8_HI) |
| (57) | Angegriffen? (.) Wieso das denn? | (KJA2_U9_MC) |
| (58) | Warum müssen die Zähne geputzt werden? | (KJA2_U9_MC) |

Die zwei Ärzt/innen, die Fragen mit sprechaktbezeichnenden und mentalen Verben einsetzten, stellten diese unmittelbar im Anschluss an eine andere Frage, wie die Beispiele (59) bis (61) zeigen. Diese Fragen haben in allen Fällen lediglich die Funktion eines Verstärkers der vorhergehenden Frage. Echte Sprechaktfragen, die tatsächlich einen Satz evozieren, werden in den 21 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen nicht eingesetzt.

- | | | |
|------|---|---------------|
| (59) | Wo kommt die Raupe her? Was meinst du? | (KJA2_U9_MC) |
| (60) | Willst du dich wieder anziehen? Oder willst du so nackig nach Hause gehen? (.) Was meinst du? | (KJA2_U9_MC) |
| (61) | Oder Pa- Plastik, Holz. Papier oder Metall? Was meinst du? | (KJA12_U9_AP) |

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die beobachteten Ärzt/innen zwar insgesamt eine Vielzahl verschiedener Fragen einsetzten, um den Kindern im Dialog sprachliche Äußerungen zu entlocken, die für die Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten genutzt werden können. Allerdings unterschieden sich die Untersuchungen und Ärzt/innen erheblich in der Anzahl und Art der Fragen. Besonders häufig wurden von den Ärzt/innen einfache Konstituentenfragen sowie Entscheidungs- und Vergewisserungs- bzw. Bestätigungsfragen genutzt. Lediglich 11 von 578 auswertbaren Fragen erforderten eine verbhaltige Antwort, nur drei dieser Fragen waren geeignet, eine satzwertige Äußerung mit einem finiten Verb zu elizitieren.

Erwartbare Antwortstrukturen

Die verwendeten Fragetypen wurden danach zusammengefasst, welche sprachlichen Strukturen sie als Antwort mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartbar machen. In Tabelle 23 (s. Abschnitt 7.2) wurde detailliert dargestellt, welche Fragetypen in einem mündlichen Dialog welche Antwortstrukturen erfordern. Bei Verbalfragen des Typs I ist eine verbhaltige Konstituente mit infinitem Verb erwartbar, es kann jedoch auch mit einem Satz geantwortet werden. Verbalfragen des Typs II erfordern eine satzwertige Antwort, die ein finites Verb enthält. Auf Fragen mit sprechaktbezeichnenden oder mentalen Verben lässt sich mit einem Nebensatz, Hauptsatz oder Fragesatz adäquat antworten. Kausale und finale Konstituentenfragen können entweder mit einem Neben- oder mit einem Hauptsatz und in einigen Fällen mit einer Konstituente (Präpositionalphrase mit *wegen*) beantwortet werden. Zur Beantwortung einer einfachen Konstituentenfrage eignet sich eine verblose Konstituente, je nach Frage bspw. eine Nominalphrase (NP), Präpositionalphrase (PP) oder Adjektivfrage (AP). Durch Alternativfragen können verblose oder auch verbhaltige Konstituenten erfragt werden. Da die sprachlichen Anforderungen aufgrund der bereits vorgegebenen Antwortalternativen geringer sind als bei den offenen Konstituentenfragen, wird dieser Antworttyp weiter separat aufgeführt. Entscheidungsfragen erfordern ebenso wie Vergewisserungs- und Bestätigungsfragen eine Ja-/Nein-Antwort. Nicht eindeutig ist die erwartbare Antwortstruktur bei den komplexen Fragen. In Abbildung 11 wird dargestellt, welchen Anteil am Gesamtkorpus der analysierten Fragen die jeweils erwartbaren Antwortstrukturen haben.

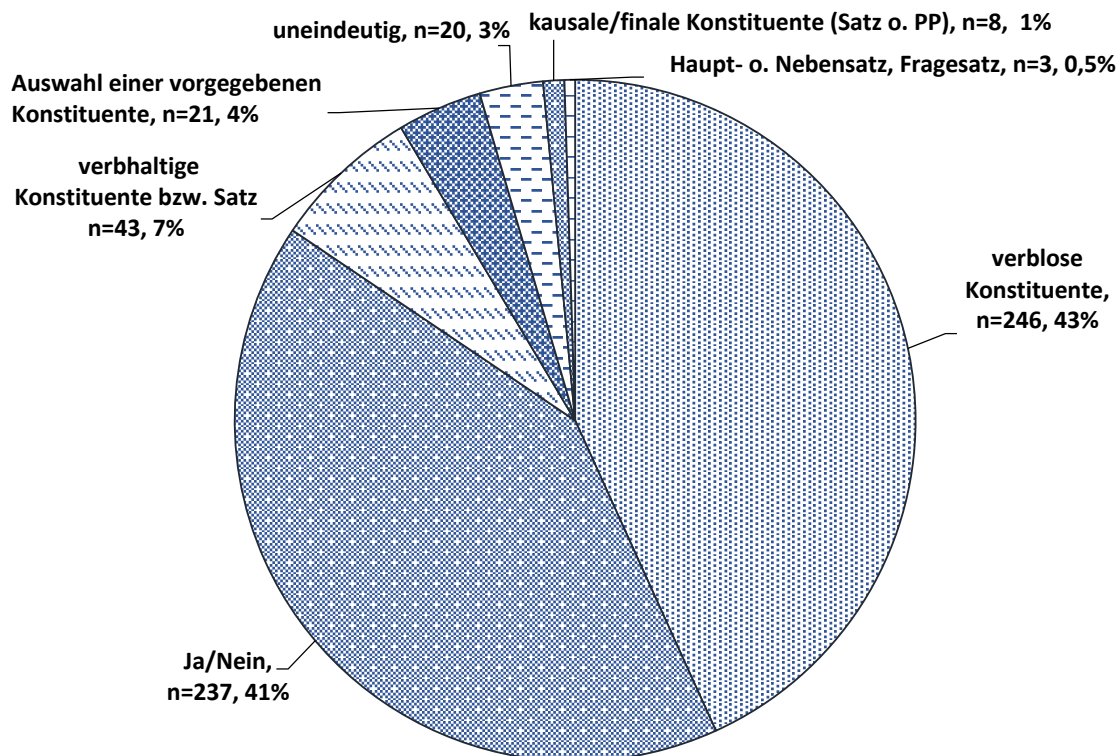


Abbildung 11. Verteilung erwartbarer Antwortstrukturen innerhalb auswertbarer Fragen ($n = 578$)

Die Analysen zeigen, dass insgesamt 84% der ärztlichen Fragen als Antwort eine nominale, d. h. verblose Konstituente oder ein *Ja* bzw. *Nein* erfordern. Fragen, auf die von den Kindern eine verbhaltige Antwort erwartet werden kann, machen lediglich 8,5% aller Fragen aus und werden nicht in allen Untersuchungen eingesetzt.

Aus diesen Analysen der diagnostischen Fragen der Ärzt/innen lässt sich schließen, zu welchen sprachlichen Ebenen sie mit den gewonnenen Sprachdaten Zugang gewinnen können (und zu welchen nicht). Die Fragen im diagnostischen Dialog wurden zur Beurteilung ihrer Qualität in diagnostisch ‚sehr relevante‘, ‚relevante‘, ‚weniger relevante‘, ‚nicht relevante‘ und ‚ungeeignete‘ Fragen eingeteilt. Das Kriterium für diese Klassifikation war, inwieweit die Fragen zur Erfassung der zentralen Symptome einer SSES bei ein- und mehrsprachigen Kindern zwischen drei und fünf Jahren beitragen können, indem sie Äußerungen elizitieren, die bei möglichst allen Erwerbstypen Auffälligkeiten in den vulnerablen Bereichen zeigen (s. Abschnitt 4.4.3). Vor allem die morphosyntaktischen Fähigkeiten im Bereich der Verbstellung und -finitheit (‚sehr relevant‘) sowie das Verblexikon (‚relevant‘) sollten erfasst werden, da sie schon früh erworben werden und für nahezu alle Erwerbstypen als Marker gelten können (s. Tabelle 5, Abschnitt 4.4.1). In Tabelle 33 ist dargestellt, wie viele Fragen der einzelnen Untersuchungen und Ärzt/innen diesen Relevanzstufen im Einzelnen zuzuordnen sind.

Tabelle 33. In den Untersuchungen verwendete Fragetypen nach Relevanz für die SSES-Diagnostik

Diagnostische Relevanz der Fragen	Mittlere Anzahl Fragen je Untersuchung	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	Anzahl Untersuchungen, in denen Fragen verwendet werden (<i>n</i> = 19)	Anzahl Ärzt/innen, die Fragen verwenden (<i>n</i> = 9)
sehr relevant ¹	0,7	1,9	0	11	6	5
relevant ²	2,1	2,8	0	7	11	6
weniger relevant ³	14,1	16	0	57	15	7
nicht relevant ⁴	12,5	12,8	1	50	18	9
ungeeignet ⁵	1,1	1,9	0	7	7	5

Anmerkungen. *SD* = Standardabweichung, *min* = Minimum, *max* = Maximum

¹ Fragen, die satzwertige Äußerungen mit finitem Verb erfordern (Verbalfragen Typ II; Fragen nach finalen, kausalen Konstituenten; Fragen mit sprechaktbezeichnenden und mentalen Verben)

² Fragen, die durch verbhaltige Konstituenten mit infinitem Verb (Verbalfragen Typ I) beantwortet werden können

³ Fragen nach verblosen Konstituenten oder nach vorgegebenen Konstituenten (einfache Konstituentenfragen, Alternativfragen)

⁴ Fragen nach Ja/ Nein-Antworten (Entscheidungsfragen, Vergewisserungs- bzw. Bestätigungsfragen)

⁵ Komplexe Fragen

In den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen wurden im Mittel 0,7 Fragen der Kategorie ‚sehr relevant‘ verwendet, d. h. Fragen, die einen syntaktischen Rahmen für satzwertige Äußerungen mit

finitem Verb eröffnen und (je nach Valenz des Verbs) auch den Erwerb der V2-Stellung des Verbs im Hauptsatz bzw. den fortgeschrittenen Erwerb der VL-Position im Nebensatz zeigen. In sechs der 19 analysierten Untersuchungen sind solche Fragen zu finden. In elf von 19 Untersuchungen ($M = 2,1$) erhielten die Kinder durch eine oder mehr Fragen der Kategorie ‚relevant‘ die Gelegenheit, verbhaltige Äußerungen zu produzieren, die zwar kein finites Verb erfordern, an denen sich aber Fähigkeiten im Bereich des Verblexikons erkennen lassen. Aus der Kategorie ‚weniger relevant‘ werden in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen im Mittel 14,1 Fragen verwendet, die verblose Konstituenten erwarten lassen. In 15 von 19 Untersuchungen kommen Fragen dieser Kategorie vor. Die Antworten auf diese Fragen können Fähigkeiten im Bereich des Kasus, also in der Produktion von Akkusativen und auch von Dativen in Präpositionalphrasen erkennen lassen, und damit nicht nur bei monolingualen, sondern je nach Kontaktdauer auch bei simultan bilingualen Kindern sowie bei Kindern mit frühem Zweitspracherwerb als Marker für eine SSES gelten (s. Tabelle 5, Abschnitt 4.4.1). Fragen, auf die ein *Ja* oder *Nein* als Antwort erwartet wird, wurden als diagnostisch ‚nicht relevant‘ eingestuft, sie leisten bestenfalls einen kommunikativ-pragmatischen Beitrag zum Gespräch. In 18 der 19 beobachteten Untersuchungen wird dieser Fragetyp von allen Ärzt/innen und im Mittel 12,5 mal eingesetzt, allerdings sehr unterschiedlich häufig. Die als für die Diagnostik ‚ungeeignet‘ eingestuften komplexen Fragen werden in sieben der 19 Untersuchungen von fünf verschiedenen Ärzt/innen an die Kinder gerichtet. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Anzahl der für die SSES-Diagnostik relevanten Fragen je Untersuchung sehr heterogen ist. Die Gesamtzahl der relevanten oder sehr relevanten Fragen variiert zwischen 0 und 57 Fragen. In 4 von 19 Untersuchungen wird keine ‚sehr relevante‘ und keine ‚weniger relevante‘ Frage gestellt.

7.3.6 Fallanalyse: Ärzt/innen mit wenigen und mit vielen Fragen an das Kind

In diesem Abschnitt werden ausgewählte Untersuchungen vertiefend analysiert, die hinsichtlich der Anzahl der von den Ärzt/innen verwendeten Fragen besonders auffielen. Die Analyse der Untersuchungen mit auffallend wenigen Fragen wurden mit dem Ziel durchgeführt, Hinweise auf die Ursachen zu ermitteln. Hingegen können zwei der Untersuchungen mit einer besonders hohen Zahl ärztlicher Fragen unter diesem Gesichtspunkt als Best-Practice-Beispiele dienen.

Ärzt/innen mit wenigen Fragen an das Kind

In sechs von 19 Untersuchungen wurden weniger als acht auswertbare Fragen an das Kind gerichtet. In drei dieser Untersuchungen waren es lediglich zwei Fragen. In diesem Abschnitt werden diese sechs Fälle einzeln betrachtet, um mögliche Erklärungen für die geringe Anzahl an Fragen zu finden. KJA9 stellt in den beiden bei ihr beobachteten Früherkennungsuntersuchungen lediglich zwei (KJA9_U8_OD) bzw. vier Fragen (KJA9_U8_VH) an das Kind. Bei allen verwendeten Fragen handelt es sich um Entscheidungsfragen und Vergewisserungsfragen, d. h. um Fragetypen, die hinsichtlich der SSES-Diagnostik als ‚nicht relevant‘ einzustufen sind. Da die Ärztin in beiden beob-

achteten Untersuchungen die gesamte Sprachstandserfassung an die Helferin überantwortete, verlässt sie sich offensichtlich auch in der Diagnose ganz auf deren Urteil.

Anders liegt der Fall bei der Kinderärztin KJA3; sie richtet in den beiden bei ihr beobachteten Untersuchungen zwar 31 (KJA3_U8_LK) und 13 (KJA3_U9_AK) Fragen an das Kind, jedoch waren davon lediglich 14 (43%) bzw. 7 (54%) auswertbar, weil sie häufig mehrere Fragen unmittelbar nacheinander stellte, wie in den Beispielen (62) und (63).

(62)

KJA3: Hmhm sehr schön, das sind Prinzessinnen oder was ist das? Hm? Selber? Du bist selber? Oder? (..) Und Papa, Mama auch, oder? (..) Nein. Ja au~ wo ist Mama? (.)

(63)

KJA3: Oh (??unverständlich??) ein bisschen müde heute, ne? Früh aufgestanden oder? Hast du schon gefrühstückt heute? (.) Nein? (.)

(aus KJA3_U9_AK)

Die rasch aufeinanderfolgenden Fragen ließen keine Antworten zu. Sie scheinen bei dieser Ärztin möglicherweise eher eine vertrauensbildende oder beruhigende Funktion zu haben und weniger der gezielten Erzeugung von Äußerungen des Kindes zu dienen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Medizinerin Deutsch als späte Zweitsprache erworben hat und nicht auf muttersprachlichem Niveau beherrscht. Möglicherweise verlässt sie sich deshalb bei der Einschätzung der kindlichen Sprachkompetenzen generell auf das Urteil ihrer Helferin, die Deutsch auf muttersprachlichem Niveau spricht und in beiden beobachteten Fällen die systematische Sprachuntersuchung durchführte.

Bei Kinderarzt KJA16 fällt auf, dass er in einer von vier beobachteten Untersuchungen (KJA16_U7a_MS) lediglich sieben Fragen oder sonstige Impulse an das Kind richtete, in den übrigen hingegen 35 (KJA16_U7a_TM), 24 (KJA16_U8_AS) und 54 Fragen (KJA16_U8_AD). Das Kind in der Untersuchung KJA16_U7a_MS hatte noch keinen systematischen Kontakt zur deutschen Sprache, da es zu diesem Zeitpunkt noch keine Kita besuchte. Auch die Mutter, die gemeinsam mit dem Vater an der Untersuchung teilnahm, sprach nach dem Eindruck der Beobachterin fast kein Deutsch, sodass das Kind wahrscheinlich bislang wenig Kontakt zu deutschsprachigen Personen hatte. Es war in der Untersuchungssituation äußerst scheu und flüsterte lediglich, sodass nichts zu verstehen war. Die geringe Zahl der ärztlichen Fragen und Sprechimpulse in dieser Untersuchung kann folglich durch den noch fehlenden Kontakt des Kindes zur deutschen Sprache erklärt werden.¹⁹ Der Arzt befragte in diesem Fall vor allem den Vater, der ein wenig Deutsch sprach, und versuchte ihn anzuleiten, dem Kind in seiner Erstsprache Panjabi Fragen zu stellen.

¹⁹ Zufällig handelt es sich bei dem Kind aus KJA16_U7a_MS um die Schwester des etwa ein Jahr älteren Jungen aus der Beobachtung KJA16_U8_AS, die zu einem anderen Zeitpunkt bei demselben Kinderarzt stattfand. Der Bruder besuchte zum Zeitpunkt der U8 seit etwa zwei Monaten die Kita. Der Kinderarzt richtet 24 auswertbare Fragen und Impulse an das Kind. Hier wird deutlich, dass der Arzt bei einem Kind mit kurzer Kontaktzeit zum Deutschen anders vorgeht.

Im Fall von KJA21_U7a_AH wurden dem Kind selbst lediglich zwei Fragen gestellt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass das noch sehr junge Kind in dieser Untersuchung kaum Kooperationsbereitschaft signalisierte – ebenso wie laut Ärztin bereits in den zuvor von einer Helferin durchgeführten Voruntersuchungen, die an einem separaten Termin stattfanden. Die Mutter machte sich Sorgen über die Sprachentwicklung des Kindes. Die Ärztin sprach mit ihr darüber und ließ sie anschließend im Wartezimmer den Elternfragebogen SBE-3-KT (von Suchodoletz et al., 2009) ausfüllen, um auf diesem Wege zusätzliche Informationen über die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes zu erhalten. Hier entschied sich die Ärztin, nach Einschätzung der Beobachterin, aufgrund der individuellen Faktoren des Kindes für eine indirekte Erfassungsmethode.

Auch im Fall von KJA19_U8_LD richtete der Arzt lediglich zwei Fragen an das Kind. Dieses Kind wurde dem Arzt zum ersten Mal vorgestellt. Es drehte dem Arzt trotz Ansprache durchgehend den Rücken zu und antwortete nicht. Der Arzt befragte daraufhin die Mutter zur Sprachentwicklung des Kindes und beobachtete die Interaktion zwischen Mutter und Kind, wie er der Beobachterin in einem Nachgespräch verriet. Außerdem lag ihm die Dokumentation aus den Voruntersuchungen, die mit einer Kurzversion der Denver-Entwicklungsskalen durchgeführt wurden, sowie ein von der Bezugserzieherin der Kita ausgefüllter Fragebogen zur Entwicklung des Kindes vor.²⁰ Anhand dieser Informationen machte er sich ein Bild von den sprachlichen Fähigkeiten des Kindes.

Diese kurze Beschreibung von Einzelfällen mit auffallend wenigen sprachlichen Impulsen seitens der Ärzt/innen veranschaulicht, dass individuelle Gründe auf Seiten des Arztes oder des Kindes das Frageverhalten der Ärzt/innen beeinflussen können. In einzelnen Fällen kann die geringe Zahl an Gesprächsimpulsen auf den Arzt selbst zurückzuführen sein – sei es aufgrund einer grundsätzlich vereinbarten Arbeitsteilung zwischen Ärzt/in und Helfer/in, wie bei KJA9 anzunehmen, oder aufgrund eingeschränkter Deutschkenntnisse, wie im Fall von KJA3. Auch die fehlende Kooperationsbereitschaft eines Kindes oder ein noch fehlender Kontakt zur Untersuchungssprache Deutsch erschweren im Einzelfall einen Dialog mit dem Kind. Es gibt in der Stichprobe jedoch auch Ärzt/innen, die selbst bei Kindern mit geringem Deutschkontakt mehr Fragen stellen, wie der Fall von KJA14_U7a_PM in Abschnitt 7.3.8 veranschaulicht. Festzuhalten bleibt, dass das Frageverhalten in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen sehr unterschiedlich ist. Inwieweit die einzelnen Ärzt/innen ihre Verwendung von Fragen und den Zusammenhang zwischen den verwendeten Fragen und den demzufolge erwartbaren Antworten reflektieren, lässt sich aus den Beobachtungsdaten nicht ableiten.

²⁰ Die Vorsorgeuntersuchungen werden in dieser Praxis jeweils auf zwei Termine verteilt: Zum ersten Termin führt eine Helferin einen Hörtest, Sehtest und eine Kurzversion der Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al., 1973) durch und den Eltern wird ein Fragebogen für die Kita ausgehändigt mit der Bitte, ihn von der/dem Bezugserzieher/in ausfüllen zu lassen und zum zweiten Termin wieder mitzubringen. Beim zweiten Termin untersucht der Arzt selbst das Kind.

Ärzt/innen mit vielen Fragen an das Kind

Im Weiteren werden zwei positive Einzelfälle dargestellt, in denen der Arzt besonders viele und diagnostisch relevante Fragen an das Kind richtete. Diese Einzelfälle können als Best-Practice-Beispiele für die Professionalisierung im Bereich der Sprachentwicklungsdiagnostik dienen. Im ersten Fall (Beispiel 64) handelt es sich um den Arzt KJA2, der ein Kind im Alter von 5;0 Jahren in der U9 mithilfe des Bilderbuch-Klassikers „Die kleine Raupe Nimmersatt“ (Carle, 1994) in ein umfangreiches Gespräch verwickelt und ihm unterschiedlichste Fragen stellt. Der Junge erwirbt Deutsch und Italienisch von Geburt an. Es wird von seiner Mutter zur Vorsorgeuntersuchung begleitet. Der Arzt KJA2 ist bei den zuvor beschriebenen Analysen besonders aufgefallen, weil er sich in der Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik in mehreren Punkten von seinen Kolleg/innen unterscheidet: Er führt die gesamte Vorsorgeuntersuchung selbst durch und nimmt sich zudem mit ca. 33 Minuten überdurchschnittlich viel Zeit dafür. Während der Untersuchung verwendet KJA2 überdurchschnittlich viele Fragen, nämlich 126, sowie verschiedenste Fragetypen. Er nimmt für die Sprachentwicklungsdiagnostik kein einschlägiges Verfahren zu Hilfe. Im Folgenden wird der erste Teil des Gesprächs wiedergegeben, das insgesamt 7:53 Minuten dauerte:

(64)

KJA2: ... (.) Okay. Wollen wir uns mal ein Buch angucken?

Kind: Ja.

KJA2: Kennst du das schon?

Kind: Ja.

KJA2: Na, wollen wir mal sehen. (.) Was ist denn das?

Kind: Hm a (..) wie heißt das (??nochmal??)?

KJA2: Hm, (..) das ist eine kleine Raupe, ne?

Kind: Ja.

KJA2: Und wie viele Beine hat die Raupe?

Kind: (...) Sechs.

KJA2: Sechs. Hervorragend. Und wo kommt die Raupe her? Was meinst du?

Kind: Hier is bunt.

KJA2: Wo kommt die Raupe her?

Kind: Weiß ich nicht. (.) Äh ähm (KJA_2: Hm?) Äh, die kommt her (.) von sein zu Hause.

KJA2: Kommt aus, schlüpft aus einem kleinen Ei, ne? (K_MC: Hm.) Und wenn der Mond scheint und die Sonne scheint, was macht die Raupe dann?

Kind: Läuft sie.

KJA2: (zeitgleich) Läuft. (.) Und sucht sich was zu ...?

Kind: Essen.

KJA2: Hm. Wenn die Sonne scheint, muss sie da viel oder wenig anziehen?

Kind: Hm (.) Wenig.

KJA2: Wenig, warum?

Kind: Ähm, weil (.) dann (...) die hat doch keine Jacke.

- KJA2: Aber wir haben doch eine ganz besondere Raupe. Und die hat eine ganz (.) die hat eine ganz äh ganz viel Kleider in sein~ in ihrer Raupenhöhle, wenn sie rausschlüpft (.) und die Sonne scheint. (.) Was meinst du? Wird sie (.) entscheiden einen Pelzmantel oder einen Bikini anzuziehen?
- Kind: (..) Hm. 'N Pelzmantel.
- KJA2: Einen Pelzmantel? Wenn die Sonne scheint. (..) Meinst~ bist du ganz sicher? (K_MC: Hm.) Macht sie doch nur im WINTER. (..) Hm?
- Kind: Stimmt.
- KJA2: Und im Sommer, was wird sie da anziehen?
- Kind: Bikini.
- KJA2: Einen Bikini, ne? Und warum?
- Kind: Äh, weil der dann (..) da gibt's doch kein Wasser.
- KJA2: Na, aber es ist warm ne? oder?
- Kind: Ja.
- KJA2: Okay. Wie viel Sonnenstrahlen hat denn die Sonne?
- Kind: (...) Ja.
- KJA2: Hm? Wie viel Sonnenstrahlen hat die Sonne?
- Kind: Hm. (...) Vierundzwanzig.
- KJA2: Hm. Und wer viel spazieren geht, der hat natürlich auch viel Hunger. Und was frisst die Raupe dann?
- Kind: Ein Apfel, eine Birne.
- KJA2: Ja (..) dann?
- Kind: Ich wei~ ich weiß nicht mehr, wie der heißen.
- KJA2: Pflaumen.
- Kind: Ja, Pflaumen.
- KJA2: Und da hat sie immer noch was.
- Kind: Erdbeeren.
- KJA2: Und dann hat sie immer noch Hunger.
- Kind: (.) Das sind, wie heißen die denn nochmal?
- KJA2: Hm. Das sind Apfelsinen ne, oder?
- Kind: Ja.
- KJA2: Okay. Und dann hat sie IMMER noch Hunger. (.) Was frisst sie dann noch?
- Kind: Sie frisst (?? Süßigkeiten??) und Kuchen. (.) Eis, weiß nicht mehr.
- KJA2: Was ist das? (...) Ist eine Gurke, ne?
- Kind: Ja.
- KJA2: Und dann?
- Kind: Käse.
- KJA2: Und dann? (K_MC: Hm.) (..) Was ist das?
- Kind: Eine Wurst.
- KJA2: Ja, und dann?
- Kind: Ein Lolli.

- KJA2: (zeitgleich) Hm. Und dann?
 Kind: Ein Kuchen.
 KJA2: Und dann?
 Kind: Eine Wurst.
 KJA2: Noch eine Wurst und was dann?
 Kind: Ähm, mm ein Muffin.
 KJA2: Und ganz zum Schluss?
 Kind: Wa~ Wassermelone.
 KJA2: Hm. Und wenn sie das alles gegessen hat, was hat sie dann?
 Kind: Dick (.) is sie.
 KJA2: (zeitgleich) Noch ist sie nicht dick. Vorher was tut, was was passiert dann, wenn man so viel auf einmal isst?
 Kind: Ähm. (..) Hat man Bauchweh.
 KJA2: Hat man Bauchweh, ne? (.) Und was muss sie essen, dass es ihr wieder gut geht?
 Kind: Blatt.
 KJA2: Hm. Und machst du das auch, wenn du Bauchschmerzen hast, dass du Blätter isst?
 Kind: (??Hee??)
 KJA2: Hm, was machst denn du?
 Kind: Ähm (.) mmm (...) ähm (..)
 KJA2: Hm. Du trinkst einen Tee, ne? oder?

(aus KJA2_U9_MC, Beobachterin BG)

Der Kinderarzt KJA2 verwendet das Bilderbuch, um mit dem Kind ein Gespräch zu führen. Ihm gelingt es dabei, dem zurückhaltend wirkenden Kind mit einer Vielzahl verschiedener Fragen und Impulse auch komplexere Antworten zu entlocken. KJA2 beginnt das Gespräch mit einfachen Ja/Nein-Fragen, geht dann zu Subjektfragen (*Was ist denn das?*) und Objektfragen (*Was wird sie da anziehen?, Und was frisst die Raupe dann?*) über und verwendet im Verlauf des Gesprächs sowohl Verbalfragen (*Was macht die Raupe dann?, Was passiert dann?*) als auch Elizitationen (*Und sucht sich was zu ...?*) und Alternativfragen (*Muss sie da viel oder wenig anziehen?, Wird sie (.) entscheiden einen Pelzmantel oder einen Bikini anzuziehen?*) sowie Fragen, auf die ein kausaler Nebensatz erwartet werden kann (*Wenig, warum?*). Ganz nebenbei kann er sich mithilfe des Gesprächs auch einen Eindruck von den Zählfähigkeiten des Kindes und seinem Wortschatz im alltagsnahen Themenfeld ‚Nahrungsmittel‘ verschaffen.

Auch KJA12 in Beispiel (65) führt in der Beobachtung KJA12_U8_YB die gesamte U8 selbst durch; er wendet dafür 35 Minuten auf und stellt dem Kind insgesamt 38 Fragen. Der Junge mit Arabisch als Erstsprache lässt trotz einer Kontaktdauer von 13 Monaten noch äußerst geringe produktive Fähigkeiten in der deutschen Sprache erkennen. Auch die Kommunikation des Arztes mit dem Vater ist aufgrund sprachlicher Barrieren eher schwierig, sodass es ihm nicht gelingt, den Vater zu einer

Befragung des Kindes in der Erstsprache zu instruieren. Im Folgenden werden in den Auschnitten (65) und (66) zwei Gesprächssequenzen wiedergegeben, die nicht unmittelbar zusammenhängen, weil KJA12 mehrmals an verschiedenen Stellen der Gesamtuntersuchung versucht, das Kind zum Sprechen anzuregen:

(65)

KJA12: Hast du Freunde im Kindergarten?

Kind: Ja.

KJA12: Ja. (.) Und äh, weißt du, wie dein Freund heißt?

Kind: Ja.

KJA12: Sag mal, wie genau heißt der?

Kind: Hm. (??unverständlich??)

KJA12: Hm?

Kind: (??unverständlich??)

KJA12: Und spielt ihr viel zusammen?

Vater: Spiel was?

KJA12: Spielt ihr zusammen? (Kind: Ja.) Spielst du mit deinem Freund? Was ma~ was machst du gerne?

Kind: Hm Auto.

Vater: AUTO SPIELEN.

KJA12: Und spielt ihr auch draußen? Rutschst du gern auf der Rutsche?

Kind: Ja.

KJA12: Hm. (Vater: (??unverständlich??)) Und was macht ihr noch? Darf ich einmal schauen? Was macht ihr noch?

Kind: Hm.

KJA12: Hm?

Vater: Was machst du noch, Name*? Erzähl es.

KJA12: Was habt ihr denn da noch für Möglichkeiten (Vater: Erzähl.) Könnt ihr da noch Ball spielen?

Kind: Das das BALL!

KJA12: Ball spielen.

Kind: Das.

KJA12: Rumrennen oder Roller fahren? Hm? Dreirad? Habt ihr auch ein Dreirad?

Vater: Ja?

Kind: Hm. Socken.

(...)

KJA12 zeigt dem Kind den Artikulationsbogen der Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann, o. J. b, s. Abbildung 9) und fährt damit fort. Er lässt den Jungen Begriffe nachsprechen.

(66)

KJA12: Komm mal her. Schau mal, Name*. Weißt du, was das ist?

Kind: Mhm.

KJA12: Oder sag einfach mal nach. Das ist ein ...

Kind: Mhm BALL BALL.

KJA12: Ein Ball! (Es klingelt im Hintergrund).

KJA12: (??Die Blume??).

Kind: Des Sa.

Vater: Saba, ja richtig auf Arabisch, klar.

KJA12: Eine Blume.

Kind: N mäna.

KJA12: Nee eine eine eine Puppe.

Kind: Puppe.

KJA12: Fisch.

Kind: Fisch.

KJA12: Maus.

Kind: Mans.

(aus KJA12_U8_YB, Beobachterin BVC)

Obwohl das Kind kaum antwortet, bemüht sich der Arzt KJA12 mit allen Mitteln, es mithilfe von verschiedenen Fragen und Impulsen zum Sprechen zu bringen. Wie KJA2 im vorherigen Beispiel beginnt auch er das Gespräch mit Entscheidungsfragen (*Hast du Freunde im Kindergarten?*) und versucht es im Weiteren mit Verbalfragen (*Was ma~ was machst du gerne?*, *Was macht ihr noch?*) und Satzanfängen zur Elizitierung (*Das ist ein ... ?*). Da das Kind weiterhin kaum spricht, probiert KJA12 es mit Impulsen zum Nachsprechen, die das Kind schließlich durch Wiederholung beantwortet.

Diese beiden Beispiele verdeutlichen, wie Ärzt/innen mit einem vielfältigen Repertoire an Fragen und Impulsen auch Kinder, die in der Untersuchungssituation sehr zurückhaltend sind, gezielt dazu veranlassen können, sprachliche Äußerungen zu produzieren. Verschiedene Frage- und Impulstypen führen zu unterschiedlich komplexen Antworten, die die sprachlichen Kompetenzen des Kindes sichtbar machen. Im folgenden Abschnitt werden die an die Eltern kommunizierten Diagnosen und die Interventionsempfehlungen beschrieben.

7.3.7 Diagnosen und Interventionsempfehlungen

Ein Ziel der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen ist es, den Erziehungsberechtigten eine Rückmeldung zur Entwicklung ihres Kindes zu geben. Die Weitergabe der ärztlichen Einschätzung an die Eltern, als Eintrag im Kinderuntersuchungsheft und/oder unmittelbar im Gespräch, ist demzufolge ein fester Bestandteil der Untersuchungen. Liegen Auffälligkeiten vor, müssen die Ärzt/innen darüber entscheiden, ob sie in Abstimmung mit den Eltern konkrete Maßnahmen zur Prävention oder Intervention empfehlen und einleiten. Dabei kann es sich beispielsweise um die Veranlassung einer

weiterführenden Diagnostik, die Vereinbarung einer späteren Kontrolluntersuchung oder die Verordnung einer Sprachtherapie handeln. Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, welche Beurteilungen der kindlichen Sprachfähigkeiten und welche Interventionsempfehlungen die Ärzt/innen an die Eltern weitergeben (F2.4). Die Analysen beschränkten sich auf die mündlichen Rückmeldungen während der Vorsorgeuntersuchung. Es wurde deskriptiv erfasst, welche sprachlichen Bereiche und Auffälligkeiten die Ärzt/innen thematisierten, welche Begrifflichkeiten sie zur Beschreibung einsetzten und welche Interventionsvorschläge sie den Eltern zu welchen Zeitpunkten und bei welchen Auffälligkeiten unterbreiteten.

In diesem Abschnitt werden die von den Ärzt/innen benannten sprachlichen Auffälligkeiten und Interventionsentscheidungen je Einzelfall dargestellt. Dafür wurden in den Beobachtungsprotokollen jeweils diejenigen Sequenzen, in denen die Ärzt/innen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen mitteilten, analysiert. Um zu zeigen, auf welche sprachlichen Bereiche die Ärzt/innen achten, wurden bei dieser Analyse nicht nur pathologische, sondern jede Art von Auffälligkeiten im Entwicklungsbereich Sprache kodiert, die von den Ärzt/innen gegenüber den Eltern thematisiert wurden. Diese Rückmeldungen fanden in einigen Fällen unmittelbar nach der systematischen Sprachstandserfassung, meist aber in einer zusammenfassenden Befundbesprechung am Ende der gesamten Untersuchung statt.

Die Befunde zur Sprachentwicklung waren bei zehn der 21 untersuchten Kinder (47,6%) unauffällig, d. h. es wurden von den Ärzt/innen bei der Besprechung der Untersuchungsergebnisse mit den Erziehungsberechtigten keine sprachlichen Auffälligkeiten thematisiert. Bei elf der 21 Kinder (52,4%) wies der Arzt die Begleitperson auf sprachliche Besonderheiten oder Auffälligkeiten hin. Aufgrund der weit gefassten Definition von Auffälligkeiten liegt dieser Anteil von fast 50% der Stichprobe deutlich über den aus der Literatur bekannten Prävalenzwerten für Sprachentwicklungsstörungen (s. Abschnitt 2.1). Bei neun von 13 Jungen (69,2%) gegenüber zwei von acht Mädchen (25%) wurden Auffälligkeiten benannt. In Tabelle 34 werden die auffälligen Befunde und die daraufhin getroffenen Interventionsentscheidungen je Einzelfall dargestellt. Die Äußerungen der Ärzt/innen zu den als auffällig beschriebenen Kindern sind nach den Untersuchungszeitpunkten bzw. -typen angeordnet. Um die tabellarische Darstellung zu ermöglichen, wurden die Äußerungen leicht zusammengefasst, von den Ärzt/innen verwendete markante Äußerungen und Fachtermini wurden beibehalten.

Tabelle 34. Sprachauffälligkeiten und Interventionsvorschläge je Kind (n = 11)

Beobachtung	Geschlecht	Alter (Jahr;Mon.)	L1	KM	Den Eltern mitgeteilte Auffälligkeiten im Bereich Sprache	Interventionsvorschläge
U7a						
KIA16_U7a_TM	m	2;11	Schwedisch, Französisch	17	eingeschränkter Wortschatz im Deutschen, leichte „Sprachbildungsstörung“, Dysgrammatismus, aber für Dreisprachigkeit adäquat	abwarten bis U8, dann ggf. Logopädie
KIA16_U7a_MS	w	2;11	Panjabi	0	keine Deutschkenntnisse, „Sprache nicht beurteilbar“, „Anstrengung der expressiven Sprache. Auch wegen Schüchternheit“, kein Therapiebedarf, sondern Sprachförderbedarf	Wiedervorstellung in 6 Mon., da baldiger Kitaeeintritt, Elternberatung: kein Fernsehen, Spiele wie Memory
KIA21_U7a_AH	w	2;11	Somalisch	35	KIA: spricht zum Teil undeutlich	SBE-3-KT ausfüllen, nach Auswertung ggf. Rücksprache; nach 6 Mon. Wiedervorstellung, wenn durch Kitaeeintritt Verbesserung eintritt Elternberatung: Merkblatt einer Logopädin, das Kind „immer korrigieren“, „immer loben“, „korrekt nochmal vorsprechen“, Bilder betrachten, dabei gegenübersitzen, damit es die Lautbildung sieht
U8						
KIA8_U8_HI	m	4;7	Kroatisch	55	lispelt	Beobachten, abwarten bis U9, dann ggf. Logopädie Elternberatung: Das Kind immer auffordern, richtig auszusprechen abwarten bis U9
KIA12_U8_YB	m	3;9	Arabisch	13	kaum Deutschkenntnisse, hat noch keine Wörter, kann aber Wörter nachsprechen; versteht eine ganze Menge, „er kann das Deutsch noch nicht gut können. Dafür ist die Zeit zu kurz“	Elternberatung: mit dem Kind nur Arabisch sprechen, v.a. in den ersten zwei bis drei Jahren nicht Sprachen mischen
KIA16_U8_AS	m	3;9	Panjabi	2	Aussprache: einige Buchstaben kann er nicht so gut, „grenzwertiger Befund“, „Dysgrammatismus“, „eingeschränktes Sprachverständnis“, kann Farben teilw. benennen. Sprache teilweise nicht beurteilbar, Sprache ist noch auszureifen, Wortschatz für 3 KM sehr gut. Aussprache auffällig. Verdacht auf Lautbildungsstörung	„evtl. Frühförderung“, aber abwarten bis U9, wenn Kita Auffälligkeiten benennt, früher wieder vorstellen, Elternberatung: max. eine bis eineinhalb Stunden Fernsehen pro Woche, Bücher anschauen, Gesehenes erklären
KIA16_U8_AD	m	3;9	Türkisch	9	Sprache nicht ausreichend, „verwaschene“ Aussprache: Probleme mit "p" und "r", geringer Wortschatz, evtl. Probleme mit Wahrnehmung, Benennen zu langsam, Dysgrammatismus (Einzahl, Mehrzahl), wg. kurzer Erwerbszeit noch kein Grund für Logopädie	3x Logopädie verordnet zur Diagnostik, „danach geht es wahrscheinlich weiter“ Elternberatung: max. eine bis eineinhalb Stunden Fernsehen pro Woche
KIA602_U8_HS	m	3;11	Urdu	0	Keine Deutschkenntnisse, Durchführung Sehtest und Sprachtest nicht möglich, weil Kind auch in L1 (unterstützt durch Eltern) offenbar nichts versteht und nichts benennt. Versteht auch keine nonverbalen Aufforderungen zum Malen und zur Motorik.	Frühförderung fortsetzen. möglichst bald in den Kindergarten, Kontakte zu anderen Kindern aufbauen. Prognose: wird Sprache lernen ("losplappern"), wenn er Kontakt zu anderen Kindern hat, weil er motorisch unauffällig ist.
U9						
KIA2_U9_MC	m	5;0	Italienisch	60	Stottert, Sprache ist noch ein bisschen undeutlich	Bereits in Stottertherapie: fortsetzen
KIA13_U9_TS	m	5;0	Französisch	60	Sprachauffälligkeiten: Aussprache schwierig. v.a. Laute k, d, t, h, sch; Verdacht auf Hörstörungen durch Polypen	Differentialdiagnostik HNO-Arzt u. Pädaudiologie. dann evtl Logopädie
KIA14_U9_LB	m	4;11	Albanisch	59	Sprachauffälligkeiten; früherer Verdacht auf Autismus nicht bestätigt; hat nach sehr spätem Sprechbeginn durch Sprachtherapie und Kitabesuch zu sprechen begonnen; wenig eigene Sprachproduktion, wiederholt meistens Äußerungen der Gesprächspartner/innen	Seit 6 Monaten in Sprachtherapie: fortsetzen; erneut Hörtest nach 4 Wochen, SPZ-Termin in folgender Woche. Schuleingangsuntersuchung nach 5-6 Monaten, danach Wiedervorstellung Elternberatung: Hörspiele und CDs mit Liedern zum Mitsingen

Anmerkungen. L1 = Erstsprache, KM = Kontaktdauer zum Deutschen in Monaten

Zunächst wurde analysiert, in welchen sprachlichen Bereichen Auffälligkeiten festgestellt wurden. Besonders häufig, d. h. in sieben Fällen, wurden Auffälligkeiten in der Aussprache angesprochen: Die Befunde zu diesem sprachlichen Bereich reichen von „Lispeln“ (KJA8_U8_HI) über eine ein „bisschen undeutliche“ bis „sehr undeutliche“ (KJA2_U9_MC; KJA21_U7a_AH) oder „verwaschene Aussprache“ (KJA16_U8_AD) bis zu Schwierigkeiten bei der Bildung einzelner Laute wie „p und r“ (KJA16_U8_AD), „Sprachbildungsstörungen“ (KJA16_U7a_TM) und „auffällige Aussprache, Lautbildungsstörungen“ (KJA16_U8_AS).

In drei Fällen desselben Arztes²¹ (KJA16_U7a_TM, KJA16_U8_AS, KJA16_U8_AD) wurde als Befund ein „Dysgrammatismus“ genannt. Allerdings ließen die weiteren Äußerungen des Arztes vermuten, dass er diese Befunde eher als eine Abweichung von den Leistungen einsprachig deutsch aufwachsender Kinder verstand, sich somit auf typische Phänomene des Zweitspracherwerbs bezog, und mit dem Begriff nicht eine Sprachentwicklungsstörung bezeichnete. Denn er relativierte seine Befunde jeweils mit Hinweis auf die Mehrsprachigkeit. Derselbe Arzt stellte bei zwei dieser Kinder (KJA16_U7a_TM, KJA16_U8_AD) auch einen „eingeschränkten“ bzw. „geringen Wortschatz“ fest. In einem weiteren Fall eines anderen Arztes (KJA12_U8_YB) wurde ebenfalls ein mangelnder Wortschatz festgestellt („hat noch keine Wörter“). Bei zwei Kindern (KJA14_U9_LB, KJA13_U9_TS) wurde pauschal von „Sprachauffälligkeiten“ gesprochen.

Betrachtet man die von den Pädiater/innen verwendete Terminologie zur Beschreibung sprachlicher Besonderheiten, so fällt auf, dass sie sich teilweise sehr allgemeiner Begrifflichkeiten bedienen, bspw. spricht KJA16 von „Sprachbildungsstörungen“, KJA13 und KJA14 verwenden die Bezeichnungen „Sprachauffälligkeiten“. Auch alltagssprachliche Formulierungen wie „undeutliche“ (KJA21, KJA2) oder „verwaschene“ Aussprache (KJA16) werden gebraucht. KJA16 greift auf schulische Beschreibungen der Sprache zurück, indem er Laute als „Buchstaben“ bezeichnet und über „Einzahl“ und „Mehrzahl“ spricht. Er verwendet auch die in der Medizin und in der WHO-Klassifikation (DIMDI, 2020) gebräuchlichen Termini „Dysgrammatismus“, „expressive Sprache“ oder „eingeschränktes Sprachverständnis“. Die Bezeichnungen ‚Spezifische Sprachentwicklungsstörungen‘ oder ‚Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen‘ wurden in keiner der beobachteten Untersuchungen verwendet.

Bei vier Kindern nahmen die Ärzt/innen in den Befundbesprechungen explizit Bezug auf die Sprachbiografie: In einem Fall (KJA16_U8_AS) wurde der Wortschatz gemessen an der geringen Kontaktdauer von drei Monaten für gut befunden, in zwei Fällen (KJA16_U7a_TM, KJA16_U8_AD) begründete der Arzt die gefundenen Auffälligkeiten mit der Mehrsprachigkeit des Kindes und der kurzen Erwerbsdauer. Im Fall KJA12_U8_YB (s. auch Protokollauschnitt in Abschnitt 7.3.6) wurden die sehr geringen Deutschkenntnisse mit der Begründung „Dafür ist die Zeit zu kurz“ (immerhin 13 Kontaktmonate) in den Normalbereich eingeordnet.

²¹ Dieser Arzt beschäftigte sich intensiver mit dem Thema Sprache, weil seine Tochter zum Zeitpunkt der teilnehmenden Beobachtungen eine Ausbildung zur Logopädin machte, wie er der Beobachterin nach Abschluss der Untersuchung berichtete.

Angesichts der Dringlichkeit von frühen Interventionen bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen ist es für diese Studie aufschlussreich, die Befunde und Interventionsentscheidungen bei festgestellten Sprachauffälligkeiten differenziert nach Vorsorgetyp zu analysieren, um zu ermitteln, welche Entscheidungen und Empfehlungen den Eltern zu welchem Untersuchungszeitpunkt mitgeteilt wurden. Wie in Tabelle 34 zusammengefasst, wurden in 11 von 21 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen sprachliche Auffälligkeiten festgestellt. Bei den drei Kindern mit in der U7a festgestellten Auffälligkeiten wurde die Diagnose zur Sprachentwicklung vertagt: Im Fall von KJA16_U7a_TM wurde ein Abwarten bis zur U8 ein Jahr später, in den anderen beiden Fällen (KJA16_U7a_MS; KJA21_U7a_AH) eine Wiedervorstellung nach spätestens sechs Monaten vereinbart.

Die fünf Kinder mit in den U8-Untersuchungen festgestellten Auffälligkeiten wurden wie folgt behandelt: Einem Kind (KJA16_U8_AD) wurden drei Sitzungen Logopädie verordnet; dort sollte eine genauere Diagnostik durchgeführt werden, um die Ergebnisse in den weiteren Entscheidungsprozess einbeziehen zu können. Im Falle des Kindes, das lispelte (KJA8_U8_HI), teilte der Arzt mit, die Entwicklung solle weiter beobachtet werden. In zwei Fällen (KJA12_U8_YB, KJA16_U8_AS) entschied der Arzt, noch ein Jahr, d. h. bis zur nächsten Vorsorgeuntersuchung (U9), abzuwarten. In dem Fall KJA16_U8_AS wurde den Eltern geraten, früher wiederzukommen, sollte die Kita sprachliche Auffälligkeiten feststellen. In einem anderen Fall (KJA602_U8_HS), in dem das Kind noch keine Kita besuchte und weder auf eine Ansprache in Deutsch reagierte noch in seiner Herkunftssprache mit den Eltern kommunizierte (s. Fallanalyse in Abschnitt 7.3.8), wurde empfohlen, die begonnene Frühförderung fortzusetzen und möglichst rasch einen Kitaplatz zu suchen. Ein konkreter Termin für eine Wiedervorstellung zur Überprüfung der Sprachentwicklung wurde nicht vereinbart.

Im Rahmen der U9 wurden bei drei Kindern Auffälligkeiten benannt. Ein Kind (KJA2_U9_MC) sprach leicht undeutlich und stotterte; es befand sich zur Behandlung des Stotterns bereits in Sprachtherapie und sollte diese fortsetzen. Bei den weiteren zwei Kindern mit auffälligem Befund in der U9-Untersuchung wurde eine Differenzialdiagnostik veranlasst: Im Fall von KJA13_U9_TS sollten zunächst die Ergebnisse eines Hörtests in der eigenen Praxis, einer Untersuchung bei einem Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und einem Facharzt für Pädaudiologie abgewartet werden, bevor über Interventionsmaßnahmen entschieden werden sollte. Im Fall von KJA14_U9_LB war das Kind seit 6 Monaten in sprachtherapeutischer Behandlung, Termine für eine Untersuchung im Sozialpädiatrischen Zentrum und zur Schuleingangsuntersuchung im Gesundheitsamt waren bereits geplant; eine anschließende Wiedervorstellung in der Kinderarztpraxis wurde vereinbart. Insgesamt zeigen diese Analysen, dass Auffälligkeiten in den frühen Vorsorgeuntersuchungen U7a und U8 zwar thematisiert wurden, aber keine konkreten Maßnahmen nach sich zogen. Zwei der drei Kinder mit Auffälligkeiten in der U9 wurden offensichtlich im Zeitraum zwischen der U8 und U9 mit Sprachtherapie versorgt, denn sie waren in der U9 bereits seit einem halben Jahr in Behandlung. Spätestens in der U9 wurden differentialdiagnostische Untersuchungen vereinbart und sprach-

therapeutische Behandlungen in Aussicht gestellt. Wie die Ärzt/innen bei Kindern, die noch über keine Deutschkenntnisse verfügten, zu einer Diagnose als ‚auffällig‘ oder ‚unauffällig‘ gelangten, wird im Folgenden an drei Fallbeispielen beschrieben.

7.3.8 Fallanalyse: Diagnosen bei Kindern ohne Kontakt zum Deutschen

Drei der 21 untersuchten Kinder hatten zum Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchung noch keinen nennenswerten Kontakt zur deutschen Sprache, da sie noch nicht oder erst seit wenigen Wochen eine Kita besuchten. Während bei zwei dieser drei Kinder (KJA16_U7a_MS, KJA602_U8_HS) in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen sprachliche Auffälligkeiten benannt wurden, wurde das dritte Kind (KJA14_U7a_PM) als unauffällig beurteilt. Anhand dieser drei Fälle wird veranschaulicht, wie Pädiater/innen bei Kindern ohne jegliche Deutschkenntnisse zu einem unauffälligen oder auffälligen Befund kommen. In diesem Abschnitt wird das diagnostische Vorgehen der Ärzt/innen beschrieben, die diese Kinder untersucht haben.

Im ersten Fall (KJA14_U7a_PM) wird in der Vorsorgeuntersuchung U7a ein Kind vorgestellt, das 3;0 Jahre alt ist, Polnisch als Erstsprache erwirbt und seit wenigen Tagen den Kindergarten besucht. Die Ärztin kennt das Kind und die begleitende Mutter offenbar bereits länger, denn sie bezieht sich im Gespräch auf frühere Besuche. Die Mutter verfügt über ausreichende Deutschkenntnisse, um Fragen der Ärztin zum Stand der Sprachentwicklung ihres Kindes zu beantworten. Zunächst versucht die Ärztin selbst, ein Gespräch mit dem Kind zu führen. Dies erweist sich jedoch aufgrund seiner fehlenden Deutschkenntnisse als schwierig; das Kind wiederholt lediglich einzelne Wörter. Die Ärztin kann die Mutter daraufhin instruieren, dem Kind verschiedene Fragen auf Polnisch zu stellen, wie der folgende Ausschnitt aus dem Gesprächsprotokoll (67) verdeutlicht.

(67)

[Übersetzungen aus der Erstsprache Polnisch in eckigen Klammern]

KJA14: Fragen Sie mal, ob sie eine Freundin im Kindergarten hat?

Mutter: Masz Name* przyjaciółkę w przedszkolu? [Name*, hast du eine Freundin im Kindergarten?]

Kind: Mam przyjaciółkę w przedszkolu. [Ich habe eine Freundin im Kindergarten.].

Mutter: A jak ma na imię? A jak ma na imię? [Und wie heißt sie? Und wie heißt sie?]

Kind: Name* (Kind nennt seinen eigenen Namen)

KJA14: Ahh Name* bist DU. Und wie heißt die Freundin?

Mutter: A jak ma na imię ta przyjaciółka? [Und wie heißt diese Freundin?]

Kind: Moja. [Meine.]

Mutter: A jak ma na imię? [Und wie heißt sie?]

Kind: Name*.

KJA14: Du bist die Name*. (.)

Mutter: Ja, das ist ein bisschen schwierig~

KJA14: Was was macht die Name* im Kindergarten, fragen Sie mal?

- Mutter: Co robisz w przedszkolu? [Was machst du im Kindergarten?]
- Kind: Äh, äh. Robie w przedszkolu äh (??unverständlich??) [Ich mache im Kindergarten (??unverständlich??)].
- Mutter: No co robisz? Malujesz, TAK? [Na was machst du? Malst du, JA?]
- Kind: Tak, maluję. [Ja, ich male.]
- KJA14: Malst du im Kindergarten? (Mutter: Hm, hm.) Mit dem Stift? (.)
- Mutter: Malujesz? [Malst du?]
- Kind: Maluję. [Ich male.]
- Mutter: I plasteliną się bawisz, TAK? [Und du spielst mit Knete, JA?]
- Kind: Tak [Ja.].
- Mutter: Habe ich letztens gesehen, Knete (KJA14: Knete, aha.) hat sie ja (KJA14: Hm.).
- Kind: Nie chcę na Spielplatz (??bananem??). [Ich will nicht auf den Spielplatz (??mit der Banane??)]
- Mutter: Aha. Da Spielplatz da dürfen die nicht. Erst da ab 12 Uhr und die ist nur bis 12 Uhr.

(aus KJA14_U7a_PM, Beobachterin BVC)

Da sich die Ärztin nicht mit dem Kind verständigen kann, leitet sie einen kurzen Dialog zwischen Mutter und Kind in der Erstsprache Polnisch an. Wie die Übersetzungen aus dem Polnischen zeigen, versteht die Mutter die Instruktionen der Ärztin und setzt sie wie erwartet um. Auch wenn das Kind sich lediglich zum Teil auf diese inszenierte Befragung einlässt und überwiegend knappe Antworten gibt, kann die Ärztin, die nach eigenen Angaben selbst ein wenig Polnisch versteht, sich offenbar einen Eindruck von den kommunikativen Fähigkeiten und den polnischen Äußerungen des Kindes verschaffen. Auf dieser Basis stuft sie die Sprachentwicklung des Kindes als unauffällig ein.

Im zweiten Fall (KJA602_U8_HS) wird ein Junge mit Erstsprache Urdu zur U8 vorgestellt. Er ist zum Zeitpunkt der Untersuchung 3;11 Jahre alt. Beide Eltern und der jüngere Bruder begleiten das Kind. Da die Familie schon früher zu anderen Untersuchungen in die Praxis kam, ist sie dem Arzt bekannt. Die Mutter spricht Urdu, Englisch und wenig Deutsch; der Arzt und der Vater können sich auf Deutsch verständigen. Der Junge besucht eine Frühförderung. Er zeigt sich in der Untersuchung insgesamt weitgehend teilnahmslos. Die Durchführung eines Sehtests ist nicht möglich, weil er auf die Ansprache der Helferin nicht reagiert. Auf die Bitte der Arzthelferin, ein Männchen mit Luftballon zu malen, kritzelt er lediglich ein wenig auf dem Papier. Der Arzt befragt die Eltern ausführlich zu den Sprachkompetenzen des Kindes. Nach ihren Aussagen spricht er zuhause nur einzelne Wörter und in „Kindersprache“. Sie berichten von einem Neffen, der auch bis zum Alter von fünf Jahren nicht gesprochen habe. Im Gespräch mit dem Arzt antwortet der Junge nicht auf seine Fragen und spricht augenscheinlich auch für die Eltern weitgehend unverständlich, wie der folgende Ausschnitt aus dem Gesprächsprotokoll (68) belegt.

(68)

Der Arzt KJA602 legt den Aussprachebogen von Kottmann (Kottmann, o. J. b) vor dem Jungen auf den Tisch. Er bittet Vater und Mutter, ihren Sohn zu fragen, was das jeweils sei. Als der Arzt auf das erste Bild mit dem Ball weist, antwortet die Mutter „ball“, scheinbar auf Englisch.

[Übersetzungen aus der Erstsprache Urdu in eckigen Klammern]

KJA602: Ja, Sie sollen es nicht vorsagen. Sie sollen ihm sagen (lacht) Also der Test soll jetzt einmal.

Mutter: Ja okay.

Vater: Is se pucho na, ye kia cheez hai. [Frag ihn doch, was das ist/ Was er da sieht.] Mutter: Acha mein puchti hoon. Ye kiya hai? Ye kia hai? Ye kia hai, dekho? [In Ordnung, ich frage ihn. Was ist das? Was ist das? Was ist das, schau mal?]

Vater: Ball ko, isko to uthalo Pen ko. [Den Ball, tu doch den Stift weg.]

Mutter: Is se kia kehna hai? Ye dekho. (...) [Wie soll das heißen? Schau mal her.]

Kind: Ye ye ye. [Das, das das.]

Mutter: Ye dekho. Ye dekho. Ye kiya hai? [Schau mal, schau mal. Was ist das?]

Vater: Ye dekho. [Schau her.]

Mutter: Ye, ye, ye kia hai? [Das, das, was ist das?]

Kind: (lallt)

Mutter: Ye kia hai? [Was ist das?]

KJA602: Was, was hat er Ihnen erzählt?

Vater: Das ist Babysprache. Verstehen wir sowieso nicht. (lacht)

Mutter: Babysprache. Meine Sprache in, äh, Reim. sprechen. in Hause.

Vater: English mein bata na usko. [Sag ihm das doch auf English.]

(aus KJA602_U8_HS, Beobachterin BVC)

Der Arzt kommt zu dem Schluss, dass das Kind über die Frühförderung hinaus in erster Linie Kontakt zu anderen Kindern braucht und baldmöglichst einen Kindergarten besuchen sollte, damit er mit dem Sprechen beginnt. Da die Eltern offenbar Schwierigkeiten haben, an ihrem neuen Wohnort einen Kitaplatz zu bekommen, beabsichtigt er, zu diesem Thema Kontakt mit der Frühförderstelle aufzunehmen. Weiteren Handlungsbedarf sieht er nicht, denn „der [Junge, Anm. der Autorin] ist ja motorisch gut. Das sieht man ja. Ähm und wer motorisch gut ist, der wird ja auch sprachlich gut. Und ähm ich glaube der müsste nur in den Kindergarten und würde sofort losplappern.“ Der Arzt erkennt die Auffälligkeiten im Spracherwerb des Jungen. Seine Entscheidung über Interventionsmaßnahmen trifft er aus seiner subjektiven Überzeugung heraus, dass der Kontakt zu Kindern den Spracherwerb anrege.

Im dritten Fall (KJA16_U7a_MS) wird dem Arzt KJA16 zur U7a ein Mädchen im Alter von 2;11 Jahren mit Panjabi als Erstsprache vorgestellt. Es kommt mit beiden Eltern. Die Mutter verfügt augenscheinlich nicht über Deutschkenntnisse, der Vater hingegen spricht Deutsch. Das Kind ant-

wortet in der Untersuchungssituation kaum auf die Fragen seiner Eltern, sondern flüstert unverständlich, wie an dem folgenden Gesprächsausschnitt (69) deutlich wird.

(69)

Der Arzt KJA16 gibt dem Vater Bildkarten in die Hand und bittet ihn, die Tochter zu fragen, was das sei. Die Tochter scheint sehr fröhlich und lacht viel. Sie schaut immer wieder zum Vater, antwortet ihm aber nicht.

[Übersetzungen aus der Erstsprache Panjabi in eckigen Klammern]

KJA16: So, dann machen Sie bitte Folgendes. Fragen Sie bitte, was das ist. Einfach fragen. Sie soll sagen, was das ist.

Vater: Ai ki hai? Boli ja fata fat. [Was ist das? Sag ganz schnell] (Mutter: Name*, ki hai? [Name*, was ist das?])

Kind: (flüstert) (??unverständlich??)

Vater: Hain? bol, Uchi bol ki hai? [Bitte? Rede mal lauter. Was ist das?] (Mutter: Uchi bol ke das. [Sags mal ganz laut.].

KJA16: Sag mal, was ist das?

Mutter: Oder dekh, ki hai? [Schau mal hier. Was ist das?].

Vater: Ki hai? Hain? Ki hai? Hain? Ki hia? Warna Doctor ne chadna nahi [Was ist das? Hm? Was ist das? Bitte? Sonst wird der Onkel Doktor böse.].

Mutter: Name*.

Kind: (flüstert) (??unverständlich??).

Im weiteren Verlauf der Untersuchung zeigt sich, dass es dem Kind nicht allein an Sprachkenntnissen im Deutschen, sondern auch an Erfahrungswissen fehlt:

(70)

Der Arzt nimmt eine Pyramide mit farbigen Kunststoffringen, die auf einer Halterung aufgestapelt sind. Er bittet den Vater, die Tochter in ihrer Sprache nach den Farben der Ringe zu fragen.

KJA: Fragen Sie bitte mal, welche Farbe das ist. Das~

Vater: Äh, Farbe, das kann sein. Die weiß nicht. Name* ai rang kera hai? Kera rang hai? [Name* welche Farbe ist das? Welche Farbe?] ... Farbe weißt der, hundert Prozent weiß das nicht.

KJA: Kann die Farben noch nicht?

Vater: Ne, noch nicht. Wir haben auch noch nicht gelernt.

(aus KJA16_U7a_MS, Beobachterin BVC)

Trotz aller Bemühungen gelingt es dem Arzt nicht, eine Kommunikationssituation zwischen Eltern und Kind zu inszenieren. Die Sprache des Kindes wird demzufolge vom Arzt als „nicht beurteilbar“ beschrieben. Er benennt eine „Anstrengung der expressiven Sprache. Auch wegen Schüchternheit“

und stellt demzufolge einen Sprachförderbedarf fest. Da der Kitaeintritt des Kindes unmittelbar bevorsteht, bittet er die Eltern um Wiedervorstellung nach einem halben Jahr. Er empfiehlt ihnen darüber hinaus, das Kind nicht fernsehen zu lassen und Spiele wie Memory mit ihm zu spielen.

Unabhängig davon, ob die Ärzt/innen in diesen drei Untersuchungen zu zutreffenden Diagnosen gekommen sind, zeigen diese Beispiele, dass es auch bei Kindern ohne Deutschkenntnisse vielfältige Faktoren gibt, die auf die Sprachentwicklungsdiagnostik der Ärzt/innen einwirken. Neben der Gesprächsbereitschaft des Kindes leisten die Deutschkompetenzen der Eltern sowie ihre Fähigkeit, in der Durchführung der Untersuchung mit dem Arzt zu kooperieren, einen Beitrag zum Gelingen der Diagnostik. Des Weiteren erleichtert es die Untersuchung, wenn ein Kind über kulturelle Praktiken und Erfahrungen wie das Malen, Benennen von Farben und Betrachten von Bilderbüchern verfügt, die in den Untersuchungen vorausgesetzt werden.

7.4 Diskussion der Ergebnisse

Im Vorfeld der Diskussion und Bewertung der Ergebnisse anhand der wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen (s. Kapitel 4) wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ärzt/innen der Studie trotz ihrer heterogenen Durchführungspraktiken und obwohl sie mit ihren Vorgehensweisen zentrale wissenschaftliche Anforderungen nicht erfüllen, den professionsspezifischen Vorgaben des Untersuchungsprogramms (G-BA, 2010, 2017) gerecht werden, denn dieses lässt Ihnen, wie in Abschnitt 3.2 beschrieben, in der Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik weitgehend freie Hand.

7.4.1 Rahmenbedingungen der Untersuchungen

Die Analysen zum zeitlichen Umfang der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen ergaben, dass im Durchschnitt 3:52 Minuten für eine systematische Sprachstandserfassung und 1:42 Minuten für ein Gespräch mit dem Kind aufgewendet wurden, bei jeweils erheblicher Varianz. Diese Ergebnisse lassen zwar keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Qualität der Diagnostik zu, denn eine längere Untersuchung führt nicht generell zu zuverlässigeren Ergebnissen. Auch liegen keine wissenschaftlich fundierten Anforderungen an die Mindestdauer einer Sprachstandserfassung vor, sodass nicht kriteriengeleitet bewertet werden kann, ob ein/e Ärzt/in ausreichend Zeit mit der Sprachentwicklungsdiagnostik zubringt, um ein zuverlässiges Ergebnis sicherzustellen. Jedoch spricht eine sehr kurze Dauer gegen eine differenzierte und fundierte Diagnostik, denn ausreichende zeitliche Ressourcen zählen zu den notwendigen Voraussetzungen für eine zuverlässige Diagnostik. Die ermittelte durchschnittliche Dauer der Sprachstandserfassung in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen liegt erheblich unter der Zeit, die für die Durchführung und Auswertung von standardisierten Sprachentwicklungstests angegeben wird. Die Qualität und Durchführbarkeit einer systematischen Sprachstandserfassung sowie einer zuverlässigen Erfassung der Spontansprache im Gespräch sind unter diesen Rahmenbedingungen nicht zu gewährleisten.

Es zeigte sich wie erwartet eine große Heterogenität zwischen den einzelnen Fällen und den verschiedenen Kinderärzt/innen, sowohl bezüglich der Gesamtdauer der Vorsorgeuntersuchung als auch in Bezug auf die Dauer einzelner Untersuchungsabschnitte. Beispielsweise dauert die kürzeste systematische Sprachstandserfassung 1:14 Minuten (KJA9_U8_VH) und die längste 8:37 Minuten (KJA3_U9_AK). Die Frage, worin diese Unterschiede begründet liegen, war nicht Gegenstand dieser Studie. Neben den von Bollig (2010) angeführten Unterschieden in der Patientenstruktur der Praxis und der Versicherung des Kindes (s. Abschnitt 3.4) kann die aktuelle Patientenzahl im Wartezimmer ebenso wie der individuelle Fall Einfluss auf die Untersuchungsdauer ausüben. So macht es vermutlich einen Unterschied, ob bspw. bei einem Kind Auffälligkeiten vorliegen, ob es kooperativ ist und ob es bereits über fortgeschrittene Deutschkenntnisse verfügt.

Hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Ärzt/innen und ihren Helfer/innen wurde ermittelt, dass lediglich zwei der elf beobachteten Ärzt/innen die gesamte Vorsorgeuntersuchung selbst durchführten. Die übrigen neun Ärzt/innen delegierten mehr oder weniger große Anteile der Untersuchung an ihre Helfer/innen. Die Aufgabenverteilung zwischen Ärzt/innen und Helfer/innen wird vermutlich nicht fallweise getroffen, sondern als Routine in einer Praxis etabliert. Offenbar unterscheiden sich die zeitlichen Ressourcen der teilnehmenden Ärzt/innen erheblich, über die Gründe hierfür wurden keine Erkenntnisse gewonnen. Es kann vermutet werden, dass auch hier die Patientenstruktur, d.h. die sozialräumliche Lage der Praxis und der Anteil privat versicherter Kinder, eine Rolle spielt ebenso wie die Anzahl der Patienten je Ärzt/in, die eine Praxis aufnimmt.

Die bevorzugte Methode der Ärzt/innen zur Sprachstandserfassungen ist das Gespräch mit dem Kind. In 16 von 20 Untersuchungen bei acht von zehn verschiedenen Ärzt/innen führten diese erkennbar ein intentional angebahntes Gespräch mit dem Kind über Themen jenseits des Praxis-kontextes. Lediglich in zwei Fällen wurde auch das Gespräch mit dem Kind an eine Helferin delegiert und in zwei weiteren Untersuchungen wurde kein Gespräch mit dem Kind geführt. Den meisten Ärzt/innen ist es offenbar ein besonderes Anliegen, selbst ein Gespräch mit dem Kind zu führen. Das könnte zeitliche Gründe haben, denn ein Gespräch lässt sich, anders als die Durchführung eines Verfahrens, sehr zeitökonomisch parallel zu anderen Untersuchungen durchführen. Im Vergleich zur systematischen Sprachstandserfassung mit einem Verfahren erfordert ein Gespräch eine hohe Flexibilität und Erfahrung. Ob die Ärzt/innen das Gespräch auch deshalb nicht an die Helferin delegieren, weil die Beurteilung und die Dokumentation der Ergebnisse anspruchsvoll und bei Delegation an eine Arzthelferin noch fehleranfälliger sind, lässt sich nicht beantworten.

In der Hälfte der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen delegierten die Ärzt/innen die systematische Sprachstandserfassung an ihre Helfer/innen. Eine zuverlässige Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten erfordert eine angemessene Qualifikation der Durchführenden. Inwieweit die Arzthelfer/innen für diese Aufgabe vorbereitet sind, war nicht Gegenstand der Studie. Es wurde ermittelt, dass in keiner beobachteten Vorsorgeuntersuchung ein psychometrisches Testverfahren verwendet wurde, dessen Ergebnisse von der Arzthelfer/in anhand eines Manuals systematisch dokumentiert

und ausgewertet sowie anschließend vom Arzt interpretiert werden könnten. Demzufolge konnten die Helfer/innen keine nach wissenschaftlichen Standards ermittelten Ergebnisse an die Ärzt/innen weitergeben. Die Qualität ihrer Einschätzungen wurde in dieser Studie nicht untersucht. Selbst wenn sie über eine angemessene Qualifikation verfügen, stellt die Arbeitsteilung und die eigenverantwortliche Durchführung von Teilen der Diagnostik durch die Arzthelfer/innen ein Risiko für die Qualität der Ergebnisse dar. Der in Abschnitt 7.3.2 analysierte Fall KJA9_U8_OD bestätigt die Erkenntnisse von Kelle (2010d), dass Diagnosen im Zuge der Arbeitsteilung zwischen Helfer/in und Ärzt/in abhandeln können. Letztlich liegt die Verantwortung für eine zuverlässige Diagnose bei den Ärzt/innen. Ob sie dieser Verantwortung auch in den Fällen gerecht werden, in denen die Helfer/innen die Sprache lediglich informell erfassen und die Ergebnisse ebenso informell weitergeben, ist fraglich.

Insgesamt zeigten die Ergebnisse der Studie II, dass eine aus wissenschaftlicher Sicht geforderte flächendeckend zuverlässige Sprachentwicklungsdiagnostik nicht zuletzt aufgrund der Rahmenbedingungen in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen nicht gewährleistet ist. Die knappen zeitlichen Ressourcen, der Mangel an geeigneten Verfahren und die in vielen Praxen etablierte arbeitsteilige Durchführung der Diagnostik stellen ungünstige Voraussetzungen für eine zuverlässige Beurteilung der Sprachentwicklung dar. Aufgrund der heterogenen Durchführungsweisen sind zudem Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Ärzt/innen und den Praxen zu erwarten.

7.4.2 Handhabung von Verfahren und Materialien zur Sprachstandserfassung

Die Analysen der Beobachtungsprotokolle führten zu dem Ergebnis, dass die Ärzt/innen verschiedene sprachdiagnostische Verfahren verwenden und eine klare Präferenz für nicht standardisierte Verfahren haben. Zudem werden informelle hauseigene und nicht explizit für die Diagnostik entwickelte Materialien, wie bspw. Bilderbücher, eingesetzt. Insoweit stimmen die Erkenntnisse aus den Beobachtungen mit den Fragebogenangaben der Ärzt/innen aus Studie I überein. Während jedoch in der Fragebogenerhebung auch verschiedene psychometrische Testverfahren genannt wurden, führten die Ärzt/innen in keiner der 21 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen ein solches Verfahren durch.

Die Gründe für die Verfahrenswahl lassen sich anhand der Beobachtungsdaten nicht ermitteln. Es ist anzunehmen, dass neben dem Mangel an geeigneten standardisierten Verfahren auch die knappen zeitlichen Ressourcen mit für die Wahl nicht standardisierter Verfahren verantwortlich sind, da diese sich flexibel in eine Untersuchung einfügen und beliebig verkürzt verwenden lassen. Das am häufigsten verwendete veröffentlichte Verfahren zur Untersuchung direkt am Kind ist auch in dieser Studie der sog. ‚Kottmannbogen‘ in einer veralteten Version (Kottmann, o. J. b). Somit erfüllen ebenso wie in Studie I auch die in Studie II verwendeten sprachdiagnostischen Verfahren die wissenschaftlichen Anforderungen nicht. Sie sind weder aktuell noch handelt es sich um standardisierte und normierte Testverfahren, die für mehrsprachige Kinder konzipiert wurden.

Die Analysen der praktischen Durchführung der informellen und nicht standardisierten Verfahren ergaben zudem, dass die fehlende Standardisierung und Normierung der eingesetzten Verfahren vielfach zu flexiblen und variablen Handhabungen führte, wie sie schon von Kelle (2010d) dargestellt wurden. Die Verfahren wurden teilweise abweichend von ihrer Bestimmung, gleichzeitig für verschiedene Untersuchungsbereiche und in verschiedenen Sprachen eingesetzt. Beispielsweise wurde der ‚Kottmannbogen‘ (Kottmann, o. J. b) in keiner der Untersuchungen vollständig durchgeführt, sondern stets lediglich der Bildbogen zur Überprüfung der Artikulation eingesetzt. So bleibt die Chance auf eine praxisinterne Vergleichbarkeit durch eine systematische Durchführung solcher Verfahren, wie Titz et al. (2018) sie vorschlagen, ungenutzt. Letztlich werden diese Verfahren vor allem als Bildvorlagen verwendet. In der Beobachtung KJA13_U9_TS (s. Abschnitt 7.3.4) beispielsweise setzt die Ärztin den Artikulationsbogen von Kottmann (o.J. b) zur Überprüfung des Wortschatzes und der Artikulation ein und wechselt bei der Befragung zwischen der deutschen und der französischen Sprache. Der Bogen ist jedoch ausschließlich für eine Bearbeitung in deutscher Sprache konzipiert, denn Items für die Überprüfung der Artikulation werden eigens danach ausgewählt, ob die Bezeichnungen in der jeweiligen Sprache diagnostisch relevante Laute und Lautkombinationen enthalten. Benennungen in einer anderen Sprache enthalten nicht die Laute, die eine Beurteilung der Artikulation ermöglichen. Auch für eine fundierte Überprüfung des Wortschatzes sind solche ‚Sprechtafeln‘ ungeeignet, weil die Itemzahl zu gering ist und ausschließlich Nomen überprüft werden. Die Items zur Artikulationsprüfung werden nicht danach ausgewählt, ob sie für die Überprüfung lexikalischer Fähigkeiten mehrsprachige Kinder im betreffenden Alter geeignet sind.

Wie anhand der Beobachtung KJA3_U8_LK (s. Abschnitt 7.3.4) am Beispiel des Items ‚Kirche‘ gezeigt wurde, sind die nach artikulatorischen Gesichtspunkten ausgewählten Bilder dieser Version des Kottmannbogens (o. J. b) auch nicht für Kinder unterschiedlicher kultureller Herkunft kontrolliert. Sie können zu Fehleinschätzung der sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder führen. Die wissenschaftliche Forderung nach Verwendung von Verfahren, die Unterschiede der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindern berücksichtigen, wird bei Verwendung der alten Version des Kottmannbogens (o. J. b) nicht erfüllt. Anhand dieser Untersuchung wurde zudem veranschaulicht, dass die Arzthelferin offenbar nicht reflektierte, dass es sich bei ‚Kirche‘ um ein kulturspezifisches Item handelt, obwohl sie dieses Verfahren sicherlich regelmäßig durchführt. Hier wie auch am Beispiel von KJA9_U8_OD (s. Abschnitt 7.3.4) wird deutlich, dass die Verwendung von nicht standardisierten Verfahren von den Durchführenden eine einschlägige Qualifizierung und eine hohe Reflexionsfähigkeit erfordert. Die Arzthelferin scheint in dieser zuletzt genannten Untersuchung bei der Verwendung der Visus- und Sprachprüftafel für Kleinkinder und Schulanfänger (Nordmark, o. J.), die eine gleichzeitige Überprüfung des Sehens und Sprechens ermöglicht, nicht genau zu wissen, was sie überprüft, da sie das Kind bezogen auf die Bilder mal nach dem Sehen bzw. Erkennen und mal nach dem Wissen fragt.

7.4.3 Fragen und Impulse der Ärzt/innen im diagnostischen Dialog mit dem Kind

Ein Ergebnis der Studie II ist, dass die Ärzt/innen vorzugsweise Gespräche mit dem Kind nutzen, um sich ein Bild von seinen sprachlichen Fähigkeiten zu machen. Das Gespräch mit dem Kind wird in dieser Studie als Bestandteil der Sprachentwicklungsdiagnostik betrachtet, auch wenn nicht eindeutig zu erkennen ist, mit welcher Intention dieses geführt wird und welche Entwicklungsbereiche des Kindes damit ggf. überprüft werden. Die Ärzt/innen der Stichprobe handhaben das Gespräch mit dem Kind sehr unterschiedlich. Einige von ihnen bemühen sich mit einer Vielzahl an Gesprächsimpulsen, den Kindern sprachliche Äußerungen zu entlocken. Sie nehmen dafür verschiedene Materialien wie Bilderbücher, Bildkarten oder Bildtafeln aus Diagnostikverfahren zu Hilfe, oder sie orientieren sich an Empfehlungen aus Entwicklungsinstrumenten wie den Denver-Skalen (Flehmig et al., 1973) (s. Anhang VIII).

Insgesamt verwendeten die Ärzt/innen in den 21 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen 801 Fragen und Impulse, um die Kinder zum Sprechen anzuregen; nahezu ein Fünftel dieser Gesprächsimpulse (18%) war jedoch nicht auswertbar, weil sie im Dialog keine Antwort der Kinder zuließen. 578 der verwendeten Fragen und 75 andere Impulse, wie Satzanfänge zur Elizitierung oder Aufforderungen zum Nachsprechen, wurden als auswertbar klassifiziert. Im Mittel verwendeten die Ärzt/innen je Untersuchung 33 auswertbare Fragen und Impulse. Die Anzahl variierte zwischen zwei und 126 Fragen je Untersuchung. Die Unterschiede zeigen sich sowohl zwischen den Ärzt/innen als teils auch zwischen verschiedenen Untersuchungen desselben Arztes.

Die Beobachtungsdaten geben keine Hinweise auf konkrete Ursachen für die unterschiedliche Anzahl an Gesprächsimpulsen. Jedoch wurden in den Analysen mögliche Einflussfaktoren aufgezeigt: Diese betreffen das Alter des Kindes, seine Kooperationsbereitschaft und seine Deutschkenntnisse sowie die Sprachkenntnisse der Ärzt/innen selbst und die in der Praxis etablierte Arbeitsteilung. Auch das unterschiedliche Alter der Kinder zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten kann das Frageverhalten der Ärzt/innen beeinflussen. Es ist zu erwarten, dass sich die mit steigendem Alter zunehmende Sprachkompetenz der Kinder auf das Gesprächsverhalten der Ärzt/innen auswirkt. In Studie I zeigt sich die Tendenz, dass das Gespräch mit dem Kind für die Ärzt/innen in der U8 und U9 einen höheren Stellenwert hat als in der U7a (s. Abschnitt 6.3.2). Betrachtet man die mittlere Anzahl der auswertbaren Fragen und Impulse nach Vorsorgetyp, ergibt sich zwischen der U7a ($M = 23,5$) und U8 ($M = 24,5$) kaum ein Unterschied, während sich der Mittelwert der U9 ($M = 52$) gegenüber der U8 mehr als verdoppelt. Allerdings ist ein systematischer Unterschied in Bezug auf die Gesprächsanregung der Ärzt/innen je nach U-Typ anhand der kleinen Stichprobe nicht belegbar, da die Unterschiede in der Impulsanzahl auch innerhalb der einzelnen Vorsorgetypen groß sind. Bei einigen Ärzt/innen, von denen mehrere Beobachtungen vorliegen, z. B. KJA16, KJA14, KJA19, variiert das Frageverhalten erheblich auch zwischen den einzelnen Untersuchungen gleichen Typs, sodass weitere Faktoren auch auf Seiten des Kindes anzunehmen sind.

Einen Einfluss auf das Gesprächsverhalten hat es erwartungsgemäß, wenn ein Kind noch über keine oder lediglich geringe Deutschkenntnisse verfügt, weil es noch keinen systematischen Deutschkontakt hatte. In diesen Fällen, wie etwa bei KJA16_U7a_MS (s. Abschnitt 7.3.6), stellen Ärzt/innen mitunter lediglich wenige Fragen und versuchen stattdessen, eine Befragung in der Erstsprache mithilfe eines Elternteils anzuleiten. Andererseits zeigt das Beispiel von KJA12_U8_YB (s. Abschnitt 7.3.6), dass es dem Arzt selbst bei einem sehr zurückhaltenden Kind mit noch sehr geringen Deutschkenntnissen mithilfe besonders vieler Fragen gelingen kann, das Kind zu Äußerungen zu bewegen. Auch die mangelnde Kooperationsbereitschaft eines Kindes, wie in KJA19_U8_LD und KJA21_U7a_AH (s. Abschnitt 7.3.6), kann dazu führen, dass die Ärzt/innen wenige Fragen an das Kind stellen und stattdessen auf eine Elternbefragung ausweichen.

Weitere Gründe für eine geringe Anzahl an Gesprächsimpulsen sind bei den Ärzt/innen selbst zu vermuten. KJA3 verfügt als späte Zweitsprachlernerin bspw. lediglich über mittlere Deutschkenntnisse; folglich ist für sie das Gespräch mit dem Kind für die Einschätzung der Sprachkompetenzen weniger geeignet; sie verlässt sich vermutlich auf das Urteil ihrer Helfer/innen. Die Beobachtungen bei KJA9 deuten indes darauf hin, dass das Gespräch mit dem Kind für diese Ärztin irrelevant ist. Sie delegiert die gesamte Sprachentwicklungsdiagnostik an ihre Helferin. Mithin führen viele Gründe zu einer geringen Zahl an kindgerichteten Fragen. Sie sind nicht allein auf die Qualifikation der Ärzt/innen zurückzuführen.

Ob die Anzahl der verwendeten Fragen und Impulse in den beobachteten Einzelfällen jeweils hinreichend für eine zuverlässige Diagnostik war, lässt sich nicht beurteilen, da kein theoretisch begründbares Beurteilungskriterium hierfür vorliegt (s. Abschnitt 4.4.3) und die Unterschiedlichkeit der Einzelfälle einen Einfluss auf die Gespräche in der konkreten Untersuchungssituation hat. Die nicht alltägliche Kommunikationssituation in den Vorsorgeuntersuchungen, d. h. ein Gespräch mit Testcharakter mit einem kaum oder gar nicht bekannten Erwachsenen in möglicherweise unbekanntem Räumen, wirkt sich erwartungsgemäß hemmend auf viele Kinder aus. In den 21 beobachteten Vorsorgeuntersuchungen gab es kein Kind, das von sich aus bereitwillig und ausführlich sprach, d. h. lediglich durch wenige Impulse angeregt werden musste. Angesichts der Heterogenität des ärztlichen Frageverhaltens ist zu bezweifeln, dass in allen analysierten Fällen die Anzahl der Fragen für das Entdecken sprachlicher Auffälligkeiten ausreicht. Bei Ärzt/innen wie KJA9, die in beiden beobachteten Vorsorgen sowohl die systematische Sprachstandserfassung als auch das Gespräch mit dem Kind an die Helferin delegiert, oder bei KJA3, die ebenfalls kaum mit den Kindern spricht, ist zu bezweifeln, dass sie eine zuverlässige Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten in ihren Vorsorgeuntersuchungen gewährleisten können.

Nicht allein die Anzahl, sondern vor allem die Qualität der Sprechimpulse beeinflusst das diagnostische Potenzial eines Gesprächs zwischen Ärzt/in und Kind. Die linguistische Analyse der an das Kind gerichteten ärztlichen Fragen ($n = 578$) wurde auf die Elizitierung von V2 und Finitheit, also auf morpho-syntaktische Eigenschaften der kindlichen Äußerungen fokussiert, da diese als Leit-

symptome geltenden sprachlichen Bereiche früh erworben werden und in der Spracherwerbsforschung gut untersucht sind (s. Abschnitt 4.4.1). Zudem handelt es sich um sprachliche Phänomene im Bereich der Sprachproduktion, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in informellen Gesprächen erfassbar sind. Somit bleiben Subtypen einer SSES, die sich nicht in den produktiven Fähigkeiten im Bereich Morphosyntax äußern, in diesen Analysen unberücksichtigt.

Die Analysen ergaben, dass die eingesetzten Fragetypen lediglich zu einem geringen Teil geeignet sind, von Kindern in frühen Phasen des Zweitspracherwerbs diagnostisch relevante Äußerungen zu gewinnen, d. h. die zentralen Symptome einer Sprachentwicklungsstörung zu identifizieren. Nahezu 84% der von den Ärzt/innen verwendeten Fragen eignen sich ausschließlich zur Elizitierung von Ja-/Nein-Antworten oder verblosen Satzkonstituenten. Sieben von neun Ärzt/innen boten den Kindern durch ihre Fragen Gelegenheiten, verblose Konstituenten zu produzieren, anhand derer sie sich einen Eindruck von ihren Fähigkeiten im Bereich des Wortschatzes, der Aussprache und v. a. auch morphologischer Fähigkeiten, z. B. in den Bereichen Plural und Kasus, verschaffen können. Allerdings ist eine informelle Einschätzung der Fähigkeiten in diesen spät und langsam erworbenen Bereichen nicht ausreichend, um bei mehrsprachigen Kindern im Vorschulalter zwischen typischen DaZ-Phänomenen und Symptomen einer SSES zu unterscheiden. Für diese Bereiche ist eine systematische Sprachstandserfassung erforderlich (s. Abschnitt 4.4.1).

Fragen, die als Antwort verbhaltige Äußerungen und vor allem vollständige Sätze erfordern und die dadurch die frühen Leitsymptome einer SSES sichtbar machen können, wurden lediglich in zwölf der 19 Untersuchungen und von sechs der 9 Ärzt/innen gestellt. Dies lässt den Umkehrschluss zu, dass die Kinder in mehr als einem Drittel der beobachteten Untersuchungen nicht durch Fragen der Ärzt/innen angeregt wurden, verbhaltige Äußerungen und Sätze zu produzieren. Die Ärzt/innen erhalten in diesen Untersuchungen folglich von den Kindern keine Äußerungen, die ihnen ein Urteil darüber erlauben, ob das Kind Schwierigkeiten im für die SSES-Diagnostik zentralen Bereich der Verbstellung und Finitheit hat. Ungünstig ist auch der hohe Anteil an Entscheidungs- und Vergewisserungs- bzw. Bestätigungsfragen, die zwar der Initiierung oder Aufrechterhaltung eines Gesprächs dienen können, deren Antworten jedoch für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen nahezu unerheblich sind. Komplexe Fragen, die für die Diagnostik nicht geeignet sind, machen einen Anteil von 3% aller Fragen aus; zusammen mit den 18% zuvor als nicht auswertbar klassifizierten Fragen summiert sich der Anteil ungeeigneter Fragen auf 21% aller Fragen.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse dieser Analysen, dass sowohl die Quantität als auch die Qualität der Fragen des Arztes in vielen diagnostischen Gespräch aus wissenschaftlicher Perspektive nicht ausreichend sind. Die informelle Befragung der Kinder leistet folglich in vielen Fällen keinen nennenswerten Beitrag zu einer zuverlässigen Sprachentwicklungsdiagnostik. Diese Ergebnisse zur Verwendung von Fragen im diagnostischen Gespräch lassen überdies die Vermutung zu, dass die Ärzt/innen ihr Frageverhalten in sehr unterschiedlichem Umfang reflektieren. Für diese Annahme spricht der zum Teil hohe Anteil nicht auswertbarer Fragen, diagnostisch irrelevanter Verge-

wissensfragen und für die Zielgruppe ungeeigneter komplexer Fragen. Das diagnostische Potenzial der ressourcenschonenden, kindgerechten und flexibel einsetzbaren Methode ‚Gespräch mit dem Kind‘ wird folglich lediglich von einem Teil der Ärzt/innen ausgeschöpft. Wertvolle Untersuchungszeit wird mit diagnostisch irrelevanten und ungeeigneten Fragen verschenkt.

7.4.4 Diagnosen und Interventionsempfehlungen

Die Analysen der Beobachtungsprotokolle ergaben, dass die Ärzt/innen in elf von 21 Vorsorgeuntersuchungen sprachliche Auffälligkeiten gegenüber den Eltern thematisierten. Die hohe Zahl an benannten Auffälligkeiten und die vorläufig wirkenden Befunde entsprechen dem Ziel der Vorsorgeuntersuchungen, zunächst möglichst alle Kinder mit erhöhtem Entwicklungsrisiko zu erkennen, die Eltern auch auf leichte und möglicherweise vorübergehende Auffälligkeiten hinzuweisen und sie hinsichtlich der Förderung der sprachlichen Entwicklung zu beraten. (s. Abschnitt 3.2). Dabei werden im Sinne der Prävention auch möglicherweise fälschlich benannte Auffälligkeiten in Kauf genommen.

Ohne die Richtigkeit der Befunde beurteilen zu können, wurden die Aussagen der Ärzt/innen danach analysiert, welche sprachlichen Bereiche sie in ihren Befunden thematisierten und welche Zeitpunkte sie für die Interventionsempfehlungen wählten. Die Ärzt/innen benannten am häufigsten, d. h. in sieben Fällen, Auffälligkeiten in der Aussprache. Der Bereich der Artikulation ist für die SSES-Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern nicht relevant. Auffälligkeiten in diesem Bereich gehören, wie in Abschnitt 2.1 erläutert, nicht zu den Sprachstörungen, sondern sind den Sprechstörungen zuzuordnen. Sie zählen folglich nicht zu den Symptomen einer SSES.

Für die Dominanz der Artikulation werden mehrere Gründe angenommen: Es handelt sich um einen sprachlichen Bereich, in dem auch einsprachige Kinder im Vorschulalter häufig Auffälligkeiten zeigen. Diese werden im Untersuchungsprogramm des Kinderuntersuchungsheftes (G-BA, 2005) für mehrere Untersuchungszeitpunkte aufgeführt. Auch die WHO-Klassifikation ICD-10 (DIMDI, 2020); die an einsprachigen Kindern ausgerichtet ist und keine Differenzierung nach Spracherwerbstypen enthält, vergibt einen eigenen Diagnoseschlüssel für Artikulationsstörungen (F80.0). Ferner sind Therapieerfolge für Kinder mit Artikulationsstörungen nachgewiesen. Auffälligkeiten in der Artikulation fallen zudem selbst in informellen Sprachstandserfassungen leicht auf. Kelle (2010d) wies überdies darauf hin, dass die Aussprache, anders als etwa die Grammatik, in einem vergleichsweise engen Zusammenhang mit körperlichen Phänomenen steht, etwa bei Fehlbildungen des Sprechapparates oder mundmotorischen Problemen. Dieser sprachliche Bereich ist den Mediziner/innen vermutlich vertrauter als bspw. der abstraktere Bereich der Grammatik.

Darüber hinaus ist zu erwarten, dass Auffälligkeiten je nach Schwerpunkt eines verwendeten Verfahrens unterschiedlich häufig gefunden werden: Da die Ärzt/innen der Stichprobe ausnahmslos für einsprachige Kinder konzipierte Verfahren verwendeten und eine klare Präferenz für Bildtafeln zeigten, die vor allem zur Überprüfung der Artikulation vorgesehen sind, war ein Schwerpunkt der

Befunde in diesem Bereich zu erwarten. Bei dem am häufigsten verwendeten Verfahren, dem sogenannten Kottmannbogen (o.J.), steht die Artikulation im Mittelpunkt.

Seltener wiesen die Ärzt/innen auf Probleme in anderen sprachlichen Bereichen hin: Lediglich in zwei Fällen besprachen die Ärzt/innen mit den Eltern Auffälligkeiten in der Grammatik, in vier Fällen thematisierten sie den Wortschatz des Kindes. Letzterer wurde, wie an den Beispielen KJA3_U8_LK und KJA13_U9_TS gezeigt (s. Abschnitt 7.3.4), häufig ebenfalls mithilfe von Artikulationsprüftafeln eingeschätzt. Folglich wurden ausschließlich Nomen, nicht jedoch diagnostisch relevante Verben überprüft. Auffälligkeiten in der grammatischen Entwicklung oder im Wortschatz wurden von den Ärzt/innen der Stichprobe oftmals relativiert, indem sie auf die Mehrsprachigkeit des Kindes verwiesen. Befunde zum Sprachverständnis wurden lediglich in einer Untersuchung (KJA12_U8_YB) benannt, obwohl dieses im Kinderuntersuchungsheft als Beurteilungskriterium für die U7a und U9 aufgeführt wird (s. Abschnitt 3.2).

Ob die Ärzt/innen mit der beschriebenen Sicht auf die Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder zu zuverlässigen Diagnosen kommen, ist anhand der untersuchten Einzelfälle nicht zu beurteilen. Typische Symptome einer Sprachentwicklungsstörung sind bspw. eine auffällige Entwicklung in der Erstsprache oder gemessen an der Kontaktdauer geringe Fortschritte in der Zweitsprache. Diese Phänomene wurden von den Ärzt/innen der Stichprobe lediglich in einer U9 in einem besonders schwierigen Fall mit Verdacht auf eine Primärbeeinträchtigung (KJA14_U9_LB) thematisiert.

Die Analysen der elf Einzelfälle mit auffälligen Befunden im Bereich Sprache ergaben, dass in keiner der drei U7a-Untersuchungen eine Differentialdiagnostik oder eine Intervention, wie z. B. eine logopädische Behandlung, veranlasst wurde. In vier der sechs beobachteten U8-Untersuchungen wurde die Entscheidung über eine Intervention auf einen späteren Zeitpunkt oder auf die ein Jahr später folgende U9 vertagt. In einem Fall wurde eine differenzierte Diagnostik durch eine/n Logopäd/in verordnet, um eine Interventionsentscheidung durch eine Zweitmeinung zu untermauern. Im Fall des Kindes ohne Deutschkenntnisse wurde auf eine förderliche Wirkung der fortgesetzten Frühförderung und eines (noch nicht absehbaren) Kitabesuchs verwiesen, ohne weitere Maßnahmen oder eine außerplanmäßige Wiedervorstellung zu vereinbaren. In den drei U9-Untersuchungen wurden schließlich Entscheidungen hinsichtlich der Diagnosen und Maßnahmen getroffen. Zwischen der U8 und U9 bereits begonnene Sprachtherapien sollten fortgesetzt werden und in den beiden Fällen mit Verdacht auf Primärbeeinträchtigungen wurden differentialdiagnostische Untersuchungen eingeleitet, um zu einer begründeten Diagnose und Interventionsentscheidung zu gelangen.

Die Analyse der Interventionszeitpunkte zeigt, dass eine Tendenz zu späten Entscheidungen zu erkennen ist, wie sie sich in den Statistiken zur Verordnung von Sprachtherapie (s. Abschnitt 3.4) widerspiegelt und wie sie auch in den praxisanalytischen Studien von Bollig (2010) und Kelle (2010d) beschrieben wurde. Demnach werden Entscheidungen über differentialdiagnostische und therapeutische Maßnahmen seltener in der U7a und U8 getroffen und erst bei Kindern im Alter zwischen vier und fünf Jahren konkretisiert. Der diagnostische Prozess scheint sich über mehrere

Untersuchungszeitpunkte zu erstrecken. Zum Zeitpunkt der U9, der letzten Pflichtuntersuchungen im pädiatrischen Vorsorgeprogramm, kann eine Entscheidung über Interventionen schließlich nicht mehr auf eine später Vorsorgeuntersuchung verschoben werden.

Eine späte Entscheidung über die Verordnung von Sprachtherapie kann aber, wie anhand der in Abschnitt 7.3.8 beschriebenen Einzelfälle deutlich wurde, bei mehrsprachigen Kindern auch in ihrer individuellen Sprachbiografie begründet liegen. Verfügt ein Kind zum Zeitpunkt der U7a oder U8 noch über keinen oder lediglich einen sehr kurzen Kontakt zum Deutschen, ist die Beurteilung seiner sprachlichen Fähigkeiten schwierig, weil nach kurzer Kontaktdauer noch kaum sprachliche Bereiche als erworben gelten können und damit differentialdiagnostisch verfügbar sind (s. Abschnitt 4.4.1). Können außerdem die Eltern keine verwertbaren Angaben über die Entwicklung der Erstsprache machen oder den Arzt bei der Befragung des Kindes unterstützen, ist eine Differenzialdiagnostik unmöglich und muss auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Unter Umständen ist dann für ein Kind mit DaZ die U9 die erste und mithin einzige Pflichtvorsorgeuntersuchung, in der eine Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert werden kann.

Auch das Wissen und die subjektiven Theorien der Ärzt/innen über den Spracherwerb haben Einfluss auf die Interventionspraxis, schließlich werden aus diesen neben den Diagnosen auch die individuellen Prognosen über den weiteren Verlauf der Sprachentwicklung abgeleitet. So zeigt sich bspw. der Arzt in der Untersuchung KJA602_U8_HS (s. Abschnitt 7.3.8) zuversichtlich, dass sich die Sprache des untersuchten vierjährigen Jungen aufgrund seiner für gut befundenen motorischen Entwicklung schon entwickeln werde, wenn er erstmal einen Kindergarten besucht. KJA602 kam zu dieser Prognose, obwohl es ihm trotz intensiver Bemühungen und bei einer Untersuchungszeit von nahezu 30 Minuten nicht gelang, eine verbale oder auch nur nonverbale Interaktion mit dem Kind aufzubauen. Auch mit den Eltern kommunizierte das Kind nicht. Die Prognose beruhte auf der Überzeugung des Arztes, dass motorisch unauffällige Kinder keine Sprachstörungen entwickelten. Unabhängig von der Richtigkeit der Diagnosen und den erkennbaren Gründen für die Interventionszeitpunkte bestätigen die Analysen der Einzelfälle die erwartete Tendenz der Ärzt/innen zu einer späten Entscheidung.

Abschließend wird auf die eingeschränkte Reichweite der Studie hingewiesen. Die vorwiegend qualitativen Erhebungs- und Auswertungsmethoden der Studie machten eine Begrenzung auf eine kleine Probandengruppe erforderlich. Die Probanden für die teilnehmenden Beobachtungen wurden zunächst nach geographischen Kriterien, dann aber weitgehend nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Es handelt sich folglich um eine nicht repräsentative, regionale Stichprobe. Auch die Auswahl der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen wurde nicht streng nach dem Zufallsprinzip vorgenommen. Es ist anzunehmen, dass die Arzthelfer/innen neben der vermuteten Mehrsprachigkeit der Kinder auch weitere Kriterien zur Auswahl der Fälle anlegten, z. B. die Erwartung, dass es sich um einen ‚interessanten‘ Fall handeln könnte.

Des Weiteren ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass einige der 21 Beobachtungen bei denselben Ärzt/innen und in derselben Praxis stattfanden, von anderen Ärzt/innen hingegen lag nur eine Beobachtung vor. Dennoch wurden sie in den Analysen als unabhängige Einzelfälle betrachtet. Fallübergreifende, vergleichende Auswertungen sind somit unter der Einschränkung zu interpretieren, dass nicht alle Vorsorgeuntersuchungen unabhängig voneinander sind und sie sich in der Durchführung ähneln können. Um dies zu berücksichtigen, wurden verschiedene Analysen nicht nur fallbezogen, sondern zusätzlich arztbezogen vorgenommen. Bezüglich der Analyse von Beobachtungsdaten ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass insbesondere aus einem Einzelfall nicht geschlossen werden kann, ob das beobachtete Vorgehen typisch für den jeweiligen Arzt ist oder ob ein besonderer Fall und ein außergewöhnliches Vorgehen des Arztes beobachtet wurden. Gerade bei Vorliegen lediglich einer Beobachtung eines Arztes ist nicht beurteilbar, ob sein Vorgehen prototypisch ist oder eine Ausnahme darstellt. Generell kann aufgrund der Häufigkeit von Vorsorgeuntersuchungen in den Praxen davon ausgegangen werden, dass jeder Arzt Routinen in der Durchführung entwickelt hat, die zunächst standardmäßig bei allen Kindern eingesetzt und bei Bedarf im Verlauf der Untersuchung adaptiert werden. Es ist ferner nicht auszuschließen, dass die Ärzt/innen und Arzthelfer/innen die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung aufgrund der anwesenden Beobachterin gegenüber ihren sonstigen Vorgehensweisen geändert haben. Im Fall von KJA13_U9_TS, die nach eigenen Angaben für die Beobachterin ausnahmsweise die gesamte Untersuchung selbst durchführte, wurde dies in den Analysen berücksichtigt. Alle Annahmen dazu, wie die teilnehmenden Ärzt/innen üblicherweise in der Sprachentwicklungsdiagnostik vorgehen, stehen folglich unter diesen Vorbehalten.

7.5 Zusammenfassung

In Studie II wurde mithilfe teilnehmender Beobachtungen in 21 Vorsorgeuntersuchungen bei 11 niedergelassenen Kinderärzt/innen untersucht, unter welchen zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen und auf welche Weise die pädiatrische Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern durchgeführt wird. Des Weiteren wurde untersucht, wie die Verfahren und Materialien für die Sprachstandserfassung gehandhabt werden. Unter den Annahmen, dass erstens die Ärzt/innen alle im Rahmen der Untersuchung gewonnenen sprachlichen Äußerungen des Kindes für die Beurteilung seiner sprachlichen Fähigkeiten heranziehen und dass zweitens ihre sprachlichen Impulse den Umfang und die grammatische Struktur der Kinderäußerungen in erheblichem Maße bestimmen, wurde außerdem analysiert, welche Fragen und Gesprächsimpulse die Ärzt/innen im Gespräch mit den Kindern verwenden. Des Weiteren wurde ermittelt, welche Beurteilungen der kindlichen Sprachfähigkeiten und welche Interventionsempfehlungen die Ärzt/innen den Eltern mitteilten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Ärzt/innen im Rahmen des bundesweit einheitlichen Untersuchungsprogramms sehr heterogen vorgehen. Die beobachteten Vorsorgeuntersuchungen unterschieden sich erheblich hinsichtlich der Gesamtdauer. Auch bezogen auf die Zeit, die jeweils für die

systematische Sprachstandserfassung und für ein informelles diagnostisches Gespräch mit dem Kind aufgewendet wurde, zeigten sich in der Stichprobe deutliche Unterschiede; mit einem Mittelwert von 3:52 Minuten für die Sprachstandserfassung und 1:42 Minuten für das Gespräch mit dem Kind war die insgesamt für die Sprachentwicklungsdiagnostik aufgewendete Zeit so gering, dass sie für die Durchführung eines standardisierten Testverfahrens und einer systematischen Spontansprachanalyse nicht ausreichen würde. Des Weiteren unterschieden sich die beobachteten Vorsorgeuntersuchungen hinsichtlich der durchführenden Person: Während einzelne Pädiater/innen die Untersuchung vollständig selbst durchführte, delegierten die meisten einen beträchtlichen Teil der Untersuchungen an eine Helferin. An einem Beispiel wurde gezeigt, dass diese Arbeitsteilung zu Beeinträchtigungen der diagnostischen Qualität führen kann.

Angesichts der knappen zeitlichen Ressourcen ist es nicht überraschend, dass in keiner der beobachteten Vorsorgeuntersuchungen ein standardisiertes Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik eingesetzt wurde. Dieses Ergebnis weicht von den Befragungsergebnisse der Studie I ab, in der die Ärzt/innen auch standardisierte Verfahren zur Sprachstandserfassung in den Vorsorgeuntersuchungen nannten. Stattdessen wurden in den beobachteten Untersuchungen ausschließlich informelle Verfahren eingesetzt und auch diese lediglich auszugsweise und in flexibler Weise.

Während die systematische Sprachstandserfassungen in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen oftmals von den Arzthelfer/innen durchgeführt wurden, erwies sich das Gespräch mit dem Kind für die Ärzt/innen selbst als bevorzugte Methode. Sie wurde in 16 der 20 beobachteten Untersuchungen genutzt; in zwei Untersuchungen führten die Arzthelfer/innen ein Gespräch mit dem Kind, in zwei weiteren Fällen wurde weder von den Ärzt/innen noch von den Helfer/innen ein Gespräch mit dem Kind geführt. Die Gespräche der Ärzt/innen mit dem Kind unterschieden sich erheblich hinsichtlich ihres Umfangs und auch hinsichtlich der Anzahl der an das Kind gerichteten Fragen und Impulse. Im Mittel richteten die Ärzt/innen 42 Fragen oder Impulse an das Kind. Bei knapp einem Fünftel dieser Fragen und Impulse wurde dem Kind keine Zeit zum Antworten gegeben, sodass sie diagnostisch bedeutungslos waren. Zentral für die diagnostische Qualität eines Gesprächs sind die Fragen, die an das Kind gestellt werden, denn abhängig vom Fragetyp sind unterschiedlich komplexe Antworten vom Kind erwartbar. Eine linguistische Analyse der verwendeten Fragen zeigte, dass sich die Gespräche mit dem Kind sowohl hinsichtlich der Anzahl der Fragen als auch bezüglich ihres sprachdiagnostischen Potenzials erheblich unterschieden. Nahezu die Hälfte aller Fragen der Ärzt/innen waren für die Diagnostik irrelevant, weil sie lediglich ein *Ja* oder *Nein* als Antwort erwarten ließen (41%) oder die Frage strukturell so komplex war, dass sie von Zweitsprachlernenden im Vorschulalter mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht verstanden wurden (3%). Lediglich 8,5% der ärztlichen Fragen waren vom Typ her geeignet, verbaltige und satzwertige Antwortstrukturen zu erzeugen, die zentrale frühe Symptome einer Sprachentwicklungsstörung, bspw. Auffälligkeiten in der Verbstellung oder der Finitheit des Verbs, enthalten können. 43% der Fragen waren geeignet, Nominalphrasen oder Präpositionalphrasen zu elizitieren, die u. a. eine Beurteilung

der Fähigkeiten im Bereich der Kasusproduktion erlauben. Allerdings ist der Kasuserwerb ein vergleichsweise später und langwieriger Erwerbsbereich, sodass auftretende Fehler bei Kindern mit DaZ lediglich bedingt zur Diagnostik einer SSES genutzt werden können. Durch Einzelfallanalysen wurden sowohl mögliche Gründe für die Verwendung weniger Fragen als auch Best-Practice-Beispiele unter Verwendung zahlreicher und vielfältiger Fragen herausgearbeitet. Als problematisch erwies sich das Gespräch mit dem Kind als Methode zur Sprachstandserfassung, wenn die Ärzt/innen selbst nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten.

Eine abschließende Analyse der Diagnosen und Interventionsentscheidungen in den beobachteten Untersuchungen ergab, dass Auffälligkeiten im Bereich der Artikulation von den Ärzt/innen besonders häufig thematisiert wurden. Entscheidungen über die Verordnung von Logopädie wurden seltener in den frühen Untersuchungen und eher im Laufe des fünften Lebensjahres oder in der letzten verpflichtenden Vorsorgeuntersuchung, der U9 mit fünf Jahren, getroffen. Eine besondere Herausforderung stellte die Diagnosestellung bei Kindern ohne Deutschkontakt dar. Die Ergebnisse dieser Beobachtungsstudie lassen den Schluss zu, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen und angesichts der heterogenen Durchführungspraktiken eine flächendeckend zuverlässige Sprachstandserfassung und frühe Intervention bei sprachlichen Auffälligkeiten nicht gewährleistet ist.

8 Schlussfolgerungen

8.1 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob die Sprachentwicklungsdiagnostik in den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen U7a (mit 3 J.), U8 (mit 4 J.) und U9 (mit 5 J.) die wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an eine zuverlässige Identifikation von mehrsprachigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen erfüllt. Ein Ziel der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik ist das frühzeitige und zuverlässige Erkennen von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen, d. h. sprachlichen Auffälligkeiten mit Störungswert. Im Mittelpunkt der Arbeit stand die Diagnostik von Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES), die per definitionem ohne zugrundeliegende Primärbeeinträchtigungen auftreten. Da die Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern, insbesondere bei Kindern mit DaZ, eine große Herausforderung darstellt und Fehleinschätzungen bei dieser Gruppe besonders häufig vorkommen, standen mehrsprachige Kinder im Fokus dieser Untersuchung.

In Studie I, einer Fragebogenerhebung mit 36 teilnehmenden Kinderärzt/innen, wurde erstens der Frage nachgegangen, welche Informationen zur Sprachbiografie sowie zur frühen Sprachentwicklung und welche Indikatoren einer Spezifischen Sprachentwicklungsstörung in den Früherkennungsuntersuchungen anamnestisch erhoben werden. Zweitens wurde in dieser Studie untersucht, welche sprachdiagnostischen Methoden und Verfahren zum Repertoire der Kinderärzt/innen für die Früherkennungsuntersuchungen gehören.

Den Ergebnisse zufolge werden die für die Diagnostik mehrsprachiger Kinder relevanten sprachbiografischen Informationen (Alter und Sprachen des Kindes, Sprachgebrauch in der Familie, Alter bei Beginn des Deutscherwerbs, Kontaktdauer) und Risikoindikatoren (späte Produktion erster Wörter und Wortverbindungen, Sprachentwicklungsstörungen in der Familie) von den befragten Kinderärzt/innen nahezu durchgängig erfasst. Der Stand der Erstsprache des Kindes, ein zentrales Ein- bzw. Ausschlusskriterium in der Differentialdiagnostik, wird lediglich von 75% der Teilnehmer/innen erhoben.

Laut Vorsorgeprogramm sind den Ärzt/innen keine Methoden und Verfahren zur Sprachstandserfassung vorgeschrieben; wie erwartet weisen die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zu diesem Thema auf eine heterogene Durchführungspraxis hin. Die Kinderärzt/innen verfügen über vielfältige Methoden und Verfahren, mit denen sie eine Einschätzung sprachlicher Fähigkeiten vornehmen können. Neben Elternbefragungen, Beobachtungen und Gesprächen mit dem Kind wurden verschiedene veröffentlichte Verfahren zur Sprachstandserfassung genannt. Die Ärzt/innen zeigten eine Präferenz für standardisierte Elternfragebögen, die sich ressourcenschonend einsetzen lassen. Unter den veröffentlichten Verfahren zur Sprachstandserfassung direkt am Kind dominierten nicht standardisierte Verfahren, die zeitökonomisch und flexibel in die Untersuchung integriert werden können. Die genannten Verfahren sind zum Teil veraltet und allesamt nicht für die Zielgruppe der mehr-

sprachigen Kinder geeignet. Keines der Verfahren genügt den wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an Verfahren zur pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik. Eine flächendeckend zuverlässige Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen ist demzufolge in den Früherkennungsuntersuchungen nicht gewährleistet.

In Studie II wurde mittels teilnehmender Beobachtung in 21 Früherkennungsuntersuchungen bei 11 Ärzt/innen untersucht, wie Kinderärzt/innen in Vorsorgeuntersuchungen die Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder überprüfen und möglicherweise vorliegende Sprachentwicklungsstörungen diagnostizieren. In den Untersuchungen wurden im Durchschnitt 3:52 Minuten für eine systematische Sprachstandserfassung aufgewendet. Dafür wurden ausschließlich nicht standardisierte Diagnostikverfahren eingesetzt; bevorzugt wurden Bildtafeln zur Artikulationsprüfung verwendet. Mit diesen wurde neben der Artikulation oftmals auch der Wortschatz der Kinder überprüft. In der Hälfte aller beobachteten Fälle wurde die Durchführung von Verfahren zur Sprachstandserfassung an die Arzthelfer/innen delegiert. Diese Arbeitsteilung zwischen Ärzt/in und Helfer/innen erwies sich als problematisch, weil die Arzthelfer/innen ausschließlich nicht standardisierte Verfahren und informelle Methode zur Verfügung hatten und somit Ergebnisse an die Ärzt/innen übermittelten, die letztlich auf subjektiven Einschätzungen beruhten. Die Ärzt/innen selbst bevorzugten das Gespräch mit dem Kind als Methode zur Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten; allerdings unterschieden sich die Gespräche in ihrem Umfang erheblich. Unter der Annahme, dass die Ärzt/innen im Verlauf der Untersuchung allen Äußerungen eines Kindes Informationen über seine sprachlichen Fähigkeiten entnehmen, wurden alle Dialoge zwischen Ärzt/innen und Kindern auf ihre diagnostische Qualität hin analysiert. Eine linguistische Analyse aller Fragen und Impulse ($n = 801$), die die Ärzt/innen an die Kinder richteten, ergab, dass ihr Potenzial für die Sprachentwicklungsdiagnostik nur unzureichend genutzt wurde. 18% der ärztlichen Fragen und Impulse an das Kind waren nicht auswertbar, weil sie im Gespräch keine Antwort des Kindes zuließen. Die verbleibenden 578 auswertbaren Fragen wurden näher analysiert.

Insbesondere satzwertige Äußerungen eines Kindes sind für die SSES-Diagnostik sehr relevant, da sie besonders frühe Symptome einer Sprachentwicklungsstörung, d. h. Auffälligkeiten in der Verbstellung, -finitheit und Subjekt-Verb-Kongruenz, sowie ein eingeschränktes Verblexikon sichtbar machen können. Sie können deshalb in den informellen diagnostischen Gesprächen in den Früherkennungsuntersuchungen bei nahezu allen Spracherwerbstypen bis zur U9 im Alter von 5 Jahren erste Hinweise auf das Vorliegen einer SSES liefern (s. Tabelle 5 und 6, Abschnitt 4.4.1). Zu bedenken gilt bei diesem analytischen Fokus auf morpho-syntaktische Eigenschaften der kindlichen Äußerungen, dass Subtypen einer SSES, die sich auf anderen sprachlichen Ebenen äußern, somit unberücksichtigt bleiben. Allerdings sind bislang für andere sprachliche Ebenen kaum klinische Marker einer SSES bekannt, die sich bei mehrsprachigen Kindern in diesem frühen Alter und zudem im informellen Gespräch erfassen lassen.

Im Mittel waren pro Untersuchung lediglich 8,5% der von den Ärzt/innen verwendeten Fragen an die Kinder dazu geeignet, verbaltliche Äußerungen, d. h. Verbalphrasen, Haupt- oder Nebensätze, zu elizitieren. In 12 von 19 ausgewerteten Untersuchungen wurde keine solche Frage an das Kind gerichtet. Verbalfragen des Typs I, wie *Was macht er da?* oder *Was hast du gemacht?*, die mit einem nicht finiten Verb (Infinitiv oder Partizip) beantwortet werden können, machten einen Anteil von 6,5% aus. Die besonders für die Sprachentwicklungsdiagnostik geeigneten Verbalfragen des Typs II, wie *Was passiert denn da?*, *Was ist da los?*, *Wie geht das?*, die eine Antwort mit einem finiten Verb in V2-Position erfordern, wurden in allen beobachteten Untersuchungen insgesamt lediglich dreimal (in zwei Untersuchungen von zwei verschiedenen Ärzt/innen) verwendet. Weitere 43% der von den Ärzt/innen verwendeten Fragen ließen verblose Konstituenten als Antwort erwarten; diese sind jedoch für die SSES-Diagnostik, vor allem bei DaZ-Lerner/innen mit noch kurzer Kontaktdauer, von untergeordneter Bedeutung, da sie sich vor allem für die Identifizierung phonologischer, lexikalischer und morphologischer Problembereiche oder je nach Erwerbstyp für späte Erwerbsbereiche wie Kasus eignen, die jedoch nur für einzelne Erwerbstypen im Alter bis 5;0 Jahren differentialdiagnostisch relevant sind (s. Tabellen 5 und 6, Abschnitt 4.4.1). 41% der ärztlichen Fragen waren Entscheidungsfragen, die sich mit *Ja* oder *Nein* beantworten lassen, und die deshalb als nicht relevant für die Diagnostik eingestuft wurden.

Die Analyse der Diagnosen und Interventionsempfehlungen, die den Eltern im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen mitgeteilt wurden, ergab, dass in den frühen Untersuchungen (U7a und U8) zwar bereits sprachliche Auffälligkeiten thematisiert wurden, eine Entscheidung über Interventionsmaßnahmen jedoch tendenziell auf einen späteren Zeitpunkt vertagt wurde. Erwartungsgemäß standen bei den Befunden die Bereiche Artikulation und Wortschatz im Mittelpunkt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Studie II, dass das sprachdiagnostische Vorgehen der Kinderärzt/innen in den beobachteten Vorsorgeuntersuchungen zentrale wissenschaftliche Anforderungen nicht erfüllt: Die zeitlichen Rahmenbedingungen sind für eine zuverlässige Diagnostik meist nicht ausreichend. Durch die Verwendung nicht standardisierter Verfahren und deren unsystematische Handhabung sowie die Arbeitsteilung mit den Helfer/innen und die in vielen Untersuchungen geringe Qualität der diagnostischen Gespräche mit dem Kind werden die wissenschaftlichen Anforderungen an eine fächendeckend zuverlässige Sprachentwicklungsdiagnostik nicht erfüllt. In diesem Zusammenhang ist jedoch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Ärzt/innen in der Durchführung der Sprachentwicklungsdiagnostik ihren professionsspezifischen Vorgaben im Wesentlichen nachkommen.

Zur Einordnung der Ergebnisse wird im Weiteren zunächst auf den wissenschaftlichen Beitrag dieser Arbeit zum Forschungsfeld und anschließend auf die Limitationen der Studien sowie auf offene Forschungsfragen hingewiesen. Mit dieser Arbeit wird ein Beitrag zur Erforschung der vorschulischen Sprachentwicklungsdiagnostik in der Praxis geleistet. Die beiden empirischen Studien ergänzen

zen die Ergebnisse des Projektes *cammino*, in dem die Sprachentwicklungsdiagnostik mehrsprachiger Kinder durch verschiedene vorschulische Akteure aus sprachdidaktischer Perspektive erforscht wurde. Durch die detaillierte Untersuchung des diagnostischen Vorgehens der Akteursgruppe ‚Kinderärzt/innen‘ wurde mit dieser Arbeit die zentrale Rolle der Kinderärzt/innen im vorschulischen Gesamtgefüge herausgearbeitet. Überdies wurden verschiedene mögliche Ursachen für Fehldiagnosen bei mehrsprachigen Vorschulkindern seitens dieser Akteursgruppe offengelegt: Neben den bekanntermaßen fehlenden zuverlässigen Verfahren für die Zielgruppe der mehrsprachigen Kinder sind hier die unzureichenden zeitlichen und personellen Ressourcen, die heterogene Qualifikation der Durchführenden und die oftmals durch Arbeitsteilung verursachten Informationsverluste zu nennen. Die diesbezüglichen Ergebnisse dieser Arbeit weisen über das untersuchte Feld der pädiatrischen Diagnostik hinaus. Sie zeigen die generellen Bedingungen und Probleme auf, unter denen Sprachentwicklungsdiagnostik in institutionellen Kontexten oftmals stattfindet.

Auch wenn mehrsprachige Kinder im Zentrum der Arbeit standen, weil die Problematik der Fehleinschätzungen bei diesen Zielgruppe besonders gravierend ist, sind viele der zugrundeliegenden Überlegungen, wie etwa die wissenschaftlichen Anforderungen an die Sprachentwicklungsdiagnostik, und verschiedene empirische Ergebnisse, etwa zu den Rahmenbedingungen der Vorsorgeuntersuchungen, auch für die Zielgruppe der Kinder mit Deutsch als Muttersprache zutreffend.

Die Arbeit schließt an die praxisanalytischen Studien des Projektes „Kinderkörper in der Praxis“ unter Leitung von Helga Kelle an, insbesondere an die Arbeiten von Kelle (2006, 2010d) zur Sprachentwicklungsdiagnostik im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen. Ihre detaillierten Erkenntnisse zu den kinderärztlichen Praktiken und Routinen wurden durch diese Arbeit bestätigt und vertieft. Kelle zeigte mit ihren Untersuchungen u. a., dass die Ärzt/innen ganz überwiegend informelle Verfahren wie bspw. die Sprechtafel von Kottmann (o. J. a, b) verwendeten, die weitgehend veraltet waren und zudem in der Durchführung frei variiert wurden. Auch auf die Probleme durch die Arbeitsteilung zwischen Arzt bzw. Ärztin und Helfer/innen wies sie hin. Diese Ergebnisse wurden durch die vorliegende Arbeit bestätigt.

Darüber hinaus leistet die Arbeit einen Beitrag zum sprachdidaktischen Fachdiskurs über die Qualität von Sprachentwicklungsdiagnostik in der Praxis. Die von Kelle (2010d) benannte sich öffnende Schere zwischen den Anforderungen an Verfahren und den Handlungsbedingungen in der Praxis lässt sich nicht allein durch bessere (und damit zugleich zeitaufwändigere) Verfahren und zusätzliche Fortbildungen schließen. Daneben sind verbesserte zeitliche und personelle Rahmenbedingungen und gezielte, an die Besonderheiten der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen angepasste Qualifizierungsangebote für die durchführenden Ärzt/innen und ihre Helfer/innen geboten. Neben den Anforderungen an die sprachdiagnostische Qualifikation der Kinderärzt/innen und des weiteren medizinischen Personal sowie den Qualitätskriterien für Verfahren zur Sprachentwicklungsdiagnostik wurde deshalb der gesamte Diagnostikprozess im Kontext der nahezu realen zeitlichen und personellen Durchführungsbedingungen betrachtet.

Ein Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Analyse der diagnostischen Fragen für die Erfassung sprachlicher Fähigkeiten im Gespräch. Dafür wurden Fragesätze des Deutschen danach analysiert und klassifiziert, welche sprachlichen Strukturen in den elizitierten Antworten erwartet werden können und welchen Beitrag somit verschiedene Fragetypen zur Diagnostik einer SSES leisten. Die in diesem Zusammenhang entwickelten linguistisch fundierten Anforderungen an die Fragen sind auch auf andere Kontexte, z. B. Spontanspracherhebungen in der Sprachtherapie oder die Sprachförderung in pädagogischen Kontexten, übertragbar (s. Voet Cornelli et al., 2020). Sie lassen sich folglich nicht nur für die Weiterqualifizierung der Kinderärzt/innen, sondern auch für andere Berufsgruppen wie Sprachtherapeut/innen und pädagogische Fachkräfte aus Kitas und Grundschulen fruchtbar machen.

An dieser Stelle bleibt auf die Limitationen dieser Studien hinzuweisen: Untersucht wurde eine kleine, regionale, und deshalb nicht repräsentative Stichprobe; jedoch wurden Ärzt/innen aus Praxen mit unterschiedlichen sozialräumlichen Umgebungen für die Teilnahme gewonnen. Die vorwiegend qualitativen und deskriptiven Ergebnisse sind über die beschriebenen Einzelfälle hinaus von geringer Reichweite. Unklar ist, ob es sich bei den untersuchten Fällen um besondere oder typische Fälle handelt. Aus den Ergebnissen darf deshalb nicht gefolgert werden, dass die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen in ganz Deutschland wie beschrieben durchgeführt werden. Angesichts der bundesweit einheitlichen Programmvorgaben und ähnlichen Rahmenbedingungen in den kinderärztlichen Praxen ist jedoch anzunehmen, dass die regionalen Unterschiede gering sind. Zudem stimmen die Ergebnisse dieser Studie mit denen aus Kelles (2006, 2010) Studien, die damals an einem Sample von 25 Kinderärzt/innen gewonnen wurden, in verschiedenen Punkten überein. So wurden etwa ihre Analysen der verwendeten Instrumente zur Sprachstandserfassung im Wesentlichen bestätigt, sodass diesbezügliche Ergebnisse dieser Arbeit über die untersuchte Stichprobe hinaus aussagekräftig sind.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die empirischen Untersuchungen bereits einige Jahre zurückliegen, sodass letztlich nicht auszuschließen ist, dass die Kinderärzt/innen inzwischen unter veränderten Bedingungen arbeiten. Sofern konkrete Hinweise auf systemische Veränderungen, z. B. der Vorgaben und Kinderuntersuchungshefte, verfügbar waren, wurde in der Arbeit zusätzlich auf diese hingewiesen. Es liegen der Autorin keine Anhaltspunkte vor, dass sich bis heute grundsätzlich etwas an den Zielen und Vorgaben der Vorsorgeuntersuchungen geändert hat. Daher ist anzunehmen, dass weiterhin viele Kinderärzt/innen die sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder auf ähnliche Weise wie die hier beobachteten Kolleg/innen erfassen.

Am Ende dieser Arbeit bleiben Fragen offen, die weiteren Forschungsarbeiten vorbehalten sind. Während bereits Ergebnisse des Projekts *cammino* zur Evaluation der kinderärztlichen Diagnosen veröffentlicht wurden, die belegen, dass die sprachlichen Fähigkeiten bei mehrsprachigen Kindern von vielen Kinderärzt/innen falsch eingeschätzt werden und zu Fehldiagnosen führen (Schulz & A.

Grimm, 2014a), stehen Studien zu den sprachdiagnostischen Kompetenzen der Kinderärzt/innen noch aus. Bisher ist lediglich bekannt, dass viele Kinderärzt/innen sich mehr Fortbildungen zu den Themenfeldern Sprachentwicklungsdiagnostik und Mehrsprachigkeit wünschen (s. Abschnitt 3.4). Vertiefend wäre in diesem Zusammenhang zu untersuchen, über welches Wissen sie zu den Themen Sprache, Spracherwerb, Mehrsprachigkeit und (Spezifische) Sprachentwicklungsstörungen verfügen. Es wird erwartet, dass die noch nicht abgeschlossenen Auswertungen der cammino-Interviews Erkenntnisse dazu liefern, wie kompetent sich die Kinderärzt/innen in der Beurteilung der grammatischen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder fühlen und inwieweit sie ihre Gesprächsführung in diagnostischen Gesprächen mit dem Kind reflektieren. Schließlich wäre im Hinblick auf Überlegungen zur Qualitätsverbesserung und Professionalisierung des Feldes zu untersuchen, aus welchen Gründen sich die Ärzt/innen für welche Verfahren und Methoden zur Sprachstandserfassung entschieden haben. Inwieweit die Arzthelfer/innen über sprachdiagnostische Kompetenzen verfügen, war nicht Gegenstand dieser Arbeit. Auch hier wäre eine ergänzende Untersuchung wünschenswert. Aus der Perspektive der Spracherwerbsforschung ließe sich zudem empirisch untersuchen, wie, d.h. mit welchen Satzstrukturen Kinder verschiedenen Spracherwerbstyps und Alters tatsächlich auf die als diagnostisch (sehr) relevant klassifizierten Fragetypen, insbesondere die Verbalfragen, antworten.

8.2 Implikationen für die Praxis

An die Ergebnisse der in dieser Arbeit dargestellten Studien lassen sich Überlegungen zur Optimierung der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik anschließen. Diese betreffen i) die verwendeten Verfahren, ii) die Professionalisierung der Fachkräfte und iii) das Programm der Früherkennungsuntersuchungen.

Aus wissenschaftlicher Sicht wird die Verwendung von psychometrischen Testverfahren mit separaten Normen für Kinder mit DaZ, differenziert nach Alter bei Erwerbsbeginn und Kontaktdauer, gefordert. Diese Testverfahren sind informellen Einschätzungen hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit deutlich überlegen; insbesondere zur Erfassung rezeptiver sprachlicher Fähigkeiten sind sie unerlässlich. Kinderärzt/innen setzen ganz überwiegend nicht standardisierte Verfahren zur Sprachstandserfassung ein, nicht zuletzt weil es bisher an für die pädiatrische Praxis geeigneten Testverfahren für mehrsprachigen Kinder mangelt. An der Entwicklung von geeigneten Testverfahren muss folglich weiter intensiv gearbeitet werden. Liegen standardisierte Verfahren vor, lässt sich ihre Durchführung bei entsprechender Schulung ohne Qualitätsverlust an die Helferinnen delegieren, da die so ermittelten und dokumentierten Ergebnisse nicht auf ihren subjektiven Einschätzungen beruhen. Dies trägt auf der einen Seite zu einer zeitlichen Entlastung der Ärzt/innen selbst und auf der anderen Seite zu einer Qualitätsverbesserung und Verringerung der Fehleinschätzungen bei.

Weitere Handlungsempfehlungen betreffen die Professionalisierung der Kinderärzt/innen im Bereich der Sprachentwicklungsdiagnostik. In Studie II wurde das sprachdiagnostische Handeln der Kinderärzt/innen in der Praxis dargestellt. Angesichts der nachgewiesenermaßen ungünstigen

Rahmenbedingungen, d. h. der knappen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen, ist zu bezweifeln, ob vorhandene sprachdiagnostische Kompetenzen der Ärzt/innen unter diesen Bedingungen überhaupt zur Anwendung kommen (können). Ein unmittelbarer Rückschluss vom Handeln der Ärzt/innen auf ihre sprachdiagnostischen Kompetenzen ist demnach unzulässig. Trotzdem lassen sich aus der Studie einige generelle Überlegungen für die künftige Qualifizierung von Kinderärzt/innen ableiten. Unabhängig davon, ob es in Zukunft ein verbindliches Screeningverfahren zur Identifikation von Kindern mit dem Risiko einer SSES geben wird, obliegt den Ärzt/innen auf Dauer die differenzierte Individualdiagnose als Voraussetzung für die Zuweisung eines passenden Diagnoseschlüssels. Somit ist und bleibt auch künftig die weitere Qualifizierung der Ärzt/innen und ihrer Helfer/innen im Themenfeld der Sprachentwicklungsdiagnostik geboten. Im Curriculum der Mediziner Ausbildung sollten die Themen Sprachentwicklungsstörungen und Sprachentwicklungsdiagnostik im Hinblick auf die Zielgruppe der mehrsprachigen Kinder weiter ausdifferenziert und zuverlässig verankert werden. Überdies sollte das Aus- und Fortbildungsprogramm für die Berufsgruppe der Arzthelfer/innen um verbindliche Kompetenzstandards ergänzt werden. Eine fundierte Qualifizierung der Arzthelfer/innen ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die Arbeitsteilung zwischen ihnen und den Ärzt/innen gelingt.

Weitgehend unabhängig von den Rahmenbedingungen in den Früherkennungsuntersuchungen lässt sich die Qualität der diagnostischen Gespräche mit dem Kind verbessern, indem die Ärzt/innen gezielt für die unterschiedliche diagnostische Relevanz verschiedener Fragetypen, die in dieser Arbeit vorgestellt wurden, sensibilisiert werden. Denkbar wäre es überdies, den Pädiater/innen in einer Handreichung konkrete Beispielfragen zur Verfügung zu stellen. Die Analysen der ärztlichen Fragen ergab, dass verschiedene Ärzt/innen sich an den im veralteten Denver-Verfahren (Flehmig et al., 1073) vorgeschlagenen Fragen (s. Anhang VIII) orientieren. Dies deutet darauf hin, dass ein Wunsch nach entsprechenden Beispielfragen besteht. Dadurch könnte ein Beitrag zu einer zielgerichteten Gesprächsführung und zur besseren Nutzung der knappen zeitlichen Ressourcen in den Früherkennungsuntersuchungen geleistet werden.

Für eine zuverlässige SSES-Diagnostik bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache benötigen die Ärzt/innen konkrete und differenzierte Symptombeschreibungen unter Berücksichtigung von Alter, Alter bei Erwerbsbeginn und Kontaktdauer der Kinder. Die ICD-10-Klassifikation der WHO (DIMDI, 2020), die für die Diagnosestellung verbindlich ist, liefert hier keine ausreichende Hilfestellung: Es handelt sich um ein internationales Klassifikationssystem für Krankheiten, das im Original in englischer Sprache verfasst und dann in verschiedene Sprachen, so auch ins Deutsche, übersetzt wird. Die in der ICD-10 enthaltenen Beschreibungen von Krankheiten, die die Sprachentwicklung betreffen, beziehen sich generalisierend auf alle Sprachen, einzelsprachliche Besonderheiten werden erwartungsgemäß nicht berücksichtigt. Für die Diagnostik einer SSES, die in jeder Einzelsprache spezifische Leitsymptome aufweist, ist eine einzelsprachliche Spezifizierung erforderlich, die sich an den aktuellen Forschungsergebnissen zur SSES im Deutschen orientiert und auch

die Besonderheiten bei mehrsprachigen Kindern darstellt. Auch die deutschsprachigen interdisziplinären Leitlinien, die den Ärzt/innen als ergänzende Hilfestellung zur Verfügung stehen (de Langen-Müller et al., 2011), gehen in Bezug auf mehrsprachige Kinder nicht ausreichend ins Detail; eine weitere Ausdifferenzierung wäre wünschenswert.

Abschließend wird das Programm der Früherkennungsuntersuchungen betrachtet. Veränderungen in diesen Bereichen müssten von den medizinischen Verbänden und Organisationen sowie den Ausbildungsinstituten (sprich für die Ärzte: Hochschulen und Universitätskliniken) vorgenommen werden. Das Programm ist darauf ausgelegt, durch genau definierte enge Altersfenster eine hohe Vergleichbarkeit zwischen den Kindern herzustellen. Wie in Studie II, wenngleich lediglich an einer sehr kleinen Stichprobe, dargestellt wurde, gelingt den Ärzt/innen diese Altershomogenisierung durch eine entsprechende Terminvergabe sehr gut. Auch die Eltern scheinen sich weitestgehend an die zeitlichen Programmvorgaben zu halten. Homogene Altersgruppen und standardisierte Untersuchungen tragen vermutlich dazu bei, die knappen zeitlichen Ressourcen, die zu hohem Zeitdruck und dadurch sehr ‚dichten‘ Untersuchungen führen, sowie insbesondere fehlende evidenzbasierte Messverfahren ein Stück weit zu kompensieren. Die programmatisch erzeugte Altershomogenität liefert vermutlich ‚inoffizielle‘, praxiseigene Normwerte, an denen die Ärzt/innen sich orientieren können, selbst wenn diese Normen zwischen den Arztpraxen, z. B. beeinflusst von der Sozialstruktur des Einzugsgebiets, variieren und heterogene Verläufe selbstredend in allen Entwicklungsbereichen zu erwarten sind. Die praxiseigenen Normwerte gepaart mit Berufserfahrung erlauben vermutlich selbst bei informellem Vorgehen einen recht zuverlässigen Vergleich zwischen Kindern gleichen Alters in nahezu allen Entwicklungsbereichen. Für die Erfassung der Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern greift die intendierte Synchronisierung von Entwicklungen (Bollig, 2010) jedoch vermutlich weniger. Während die Einbestellung nach Alter für den Vergleich sprachlicher Fähigkeiten einsprachig deutscher Kinder unbestritten hilfreich ist, reicht diese altersbezogene Homogenisierung insbesondere bei mehrsprachigen Kindern mit sukzessivem DaZ-Erwerb nicht aus: Aufgrund ihrer äußerst heterogenen Sprachbiografien, Erwerbsbedingungen und Erstsprachen dürfte es den meisten Ärzt/innen selbst nach langjähriger Berufspraxis schwer fallen, eigene, informelle ‚Normen‘ für erwartbare Sprachkompetenzen zu den einzelnen Zeitfenstern des Untersuchungsprogramms zu entwickeln, die einen Vergleich und damit auch das recht zuverlässige Erkennen von Abweichungen ermöglichen. Deshalb wäre zu überlegen, die Sprachstandserfassungen von Kindern mit DaZ aus den Zeitfenstern des Vorsorgeprogramms herauszulösen und zu separaten, nach Kontaktdauer homogenisierten Zeitpunkten durchzuführen, beispielsweise jeweils nach sechs Monaten oder einem Jahr Kitabesuch. Dadurch werden die Kinder untereinander vergleichbarer. Um die Ärzt/innen in schwierigen Fällen in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, sollte in Verdachtsfällen zudem die Möglichkeit einer Vier-Augen-Diagnostik institutionalisiert werden (s. Empfehlungen in den interdisziplinären Leitlinien, de Langen-Müller et al., 2011), sodass sie bspw. einen Kollegen bzw. eine Kollegin hinzuziehen können. Da der Bereich

Sprache Schnittstellen zu verschiedenen Professionen und wissenschaftlichen Disziplinen aufweist, sollte besser noch eine Zusammenarbeit verschiedener Professionen in multiprofessionellen Teams, etwa aus Pädiater/innen, Sprachtherapeuten bzw. Logopäd/innen, Pädagog/innen, Klinischen Linguist/innen, Psycholog/innen und Pädaudiolog/innen möglich sein.

Ferner ist zu überlegen, ob in der Pädiatrie auch Strukturen für die Verordnung von Sprachförderung geschaffen werden können. Da in den Früherkennungsuntersuchungen der Sprachförderbedarf häufig als ein Zufallsbefund mit entdeckt wird, sollten den Ärzt/innen auch in diesem Bereich Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Schließlich werden ihnen die Kinder bereits sehr früh vorgestellt und sie sehen auch diejenigen Kinder regelmäßig, die vor der Einschulung keine Kita oder andere Betreuungsangebote besuchen. In den Interviews des Projektes *cammino*, die derzeit noch ausgewertet werden, äußern zahlreiche Kinderärzt/innen einen entsprechenden Bedarf. Solche Angebote entlasten voraussichtlich das Gesundheitssystem, weil in der Praxis nicht nur medizinische Gründe zur Verordnung von Sprachtherapie führen (s. Abschnitt 3.4). Bedenkt man zudem, dass ein frühzeitiger und erfolgreicher Erwerb des Deutschen maßgeblich einer Benachteiligung entgegenwirkt und zur Bildungsteilhabe von Kindern beiträgt, ist es unverständlich, dass den Ärzt/innen hier keinerlei präventive Interventionsmöglichkeit geboten wird. Die Verordnung von Sprachförderung leistet im Übrigen auch einen Beitrag zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen. Wenn ein Kind aufgrund seiner noch sehr geringen Deutschkenntnisse nicht diagnostizierbar und nicht therapierbar ist, kann eine Sprachförderung im Sinne eines *response-to-intervention-Ansatzes* (Bishop et al., 2016; Paradis et al., 2011) genutzt werden: Macht es trotz einer intensiven Förderung über mehrere Wochen oder Monate kaum Fortschritte im Deutschen, lässt sich der Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung schneller erhärten.

Ein weiterer Vorschlag zur Optimierung des Programms betrifft die verpflichtenden Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen: Bislang sind Untersuchungen bis zum Alter von fünf Jahren, d. h. bis zur U9, bundesweit für alle Kinder Pflicht; die spätere U10 und U11 sind optional und werden lediglich von einigen Krankenkassen bezahlt. Mit Blick auf die Kinder mit DaZ wäre mindestens eine weitere verpflichtende Vorsorgeuntersuchung über die U9 hinaus von großer Bedeutung. Da diese Kinder das Deutsche zeitversetzt erwerben, greifen vor allem bei einem späten Erwerbsbeginn die verpflichtenden pädiatrischen Untersuchungstermine für die Sprachentwicklungsdiagnostik zu kurz. In Studie II wurde gezeigt, dass die Kontaktdauer zum Deutschen bei einigen Kindern mit DaZ selbst bei der U8 noch so gering war, dass eine Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten im Deutschen – geschweige denn eine Identifikation von SSES-Symptomen – aufgrund der geringen Sprachkenntnisse kaum möglich war. Für die Diagnostik einer SSES bleibt bei diesen Kindern dann lediglich die letzte Pflichtuntersuchung, d. h. die U9 mit fünf Jahren. In den zentralen Phasen ihres Zweitspracherwerbs werden diese Kinder folglich von den Kinderärzt/innen unter Umständen nicht mehr auf ihre Sprachentwicklung untersucht, kommen sie doch später meist nur noch mit Infekten oder zum Impfen in die Praxis. Zuständig für die Sprachentwicklung sind nach

dem Alter von fünf Jahren neben den Schulärzten/innen auch die Lehrkräfte am Grund- oder Förderschulen. Es ist fraglich, ob eine SSES, die ja bekanntlich auch Folgeprobleme in schulischen Entwicklungsbereichen nach sich zieht, dann noch zuverlässig als zugrundeliegendes Problem erkannt wird. Schließlich wird auch im förderdiagnostischen Bereich von Fehlzusammenhängen zwischen den einzelnen Förderbereichen berichtet (Bahr, 2007; Moser, 2007; Kornmann, 2009; Weishaupt & Kemper, 2009).

Mit dieser Arbeit wurden neue Erkenntnisse zur Praxis und Qualität der pädiatrischen Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern gewonnen, die an bisherige Studien anknüpfen und zugleich die Perspektive der Sprachwissenschaft und (Zweit)Spracherwerbsforschung berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Forschung zu Sprachentwicklungsstörungen und Sprachdiagnostik bei ein- und mehrsprachigen Kindern wurde das diagnostische Handeln in den pädiatrischen Praxen analysiert und es wurden Handlungsempfehlungen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet. Am Schluss lässt sich das Fazit ziehen, dass das Programm der Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden und frühzeitigen Identifizierung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen leistet. Im Hinblick auf mehrsprachige Kinder, die in besonderem Maße dem Risiko von Fehleinschätzungen und deren Folgen ausgesetzt sind, besteht jedoch noch deutlicher Optimierungsbedarf.

Literaturverzeichnis

A

- Althaus, R., Berger, B., Fetz, C., Mori, C., Niggemann, M. & Weidemann, M. (2002). *Deutsch-Frühförderung in Vorlaufkursen: Eine Handreichung für Grundschulen*. Wiesbaden: Hessisches Landesinstitut für Pädagogik.
- Angermaier, M. (1977). *PET – Psycholinguistischer Entwicklungstest* (2. korrig. Aufl.). Weinheim: Beltz Test.
- APA/American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR – Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.
- Armon-Lotem, S. (2012). Specific language impairment in bilingual children. *Bilingualism: Language and Cognition*, 15(1), 1–4.
- Armon-Lotem, S. & de Jong, J. (2015). Introduction. In S. Armon-Lotem, J. de Jong & N. Meir (Eds.), *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment* (pp. 1–22). Bristol: Multilingual Matters.
- Armon-Lotem, S., de Jong, J. & Meir, N. (Eds.). (2015). *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment*. Bristol: Multilingual Matters.
- Artiles, A., Rueda, R., Salazar, J. & Higarred, I. (2005). Within-group diversity in minority disproportionate representation: English language learners in urban school districts. *Exceptional Children*, 71(3), 283–300.

B

- Bahr, R. (2007). Wer besucht die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache? Analyse eines Einschulungsjahrgangs. In U. de Langen-Müller & V. Maihack (Hrsg.), *Früh genug – aber wie? Sprachförderung per Erlass oder Sprachtherapie auf Rezept?* (S. 35–46). Köln: Prolog.
- Baumann, T. (2013). *Atlas der Entwicklungsdiagnostik: Vorsorgeuntersuchungen von U1 bis U10/J1* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Baumert, J. & Kunter, M. (2011). Das Kompetenzmodell von COAKTIV. In M. Kunter, J. Baumert, W. Blum, U. Klusmann, S. Krauss & M. Neubrand (Hrsg.), *Professionelle Kompetenz von Lehrkräften. Ergebnisse des Forschungsprogramms COAKTIV* (S. 29–53). Münster: Waxmann.
- Baumert, J., Stanat, P. & Demmrich, A. (2001). PISA 2000: Untersuchungsgegenstand, theoretische Grundlagen und Durchführung der Studie. In J. Baumert, E. Klieme, M. Neubrand, M. Prenzel, U. Schiefele, W. Schneider, P. Stanat, K.-J. Tillmann & M. Weiß (Hrsg.), *PISA 2000: Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich* (S. 15–68). Opladen: Leske + Budrich.
- Becker-Mrotzek, M., Ehlich, K., Füssenich, I., Günther, H., Hasselhorn, M., Hopf, M., Jeuk, S., Lengyel, D., Neugebauer, U., Panagiotopoulou, A., Stanat, P. & Wilbert, J. (2013).

- Qualitätsmerkmale für Sprachstandsverfahren im Elementarbereich. Ein Bewertungsrahmen für fundierte Sprachdiagnostik in der Kita.* Köln: Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache.
- Bedore, L. M. & Pena, E. D. (2008). Assessment of bilingual children for identification of language impairment: Current findings and implications for practice. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 11(1), 1–29.
- Bedore, L. M., Pena, E., Joyner, D. & Macken, C. (2011). Parent and teacher rating of bilingual proficiency and language development concerns. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 14(5), 489–511.
- Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2018). *Mehr Humankapital wagen! Wie Bildung die Gesellschaften der Welt fit für das 21. Jahrhundert machen kann.* Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Beushausen, U. (2011). Clinical Reasoning. In J. Siegmüller & H. Bartels (Hrsg.), *Leitfaden Sprache – Sprechen – Stimme – Schlucken* (S. 387–391). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Bialystok, E. (2001). *Bilingualism in development – language, literacy, and cognition.* New York: Cambridge University.
- Bishop, D. & McDonald, D. (2009). Identifying language impairment in children: Combining language test scores with parental report. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44(5), 600–615.
- Bishop, D., Snowling, M., Thompson, P. & Greenhalgh, T. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS ONE*, 11(7), e0158753.
- Bockmann, A. & Kiese-Himmel, C. (2012). *ELAN-R – Eltern Antwort – Revision. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter.* Beltz Test. Göttingen: Hogrefe.
- Bockmann, A., Machmer, A., Radtke, E. & Buschmann, A. (2013). Beratungspraxis und elterlicher Umgang bei Mehrsprachigkeit. *Sprache – Stimme – Gehör*, 37, e13–e19.
- Bode, H. (2007). Leitlinien Sprachentwicklungsstörungen: Bestandsaufnahme und kritische Diskussion. In U. de Langen-Müller & V. Maihack (Hrsg.), *Früh genug – aber wie? Sprachförderung per Erlass oder Sprachtherapie auf Rezept?* (S. 88–101). Köln: ProLog.
- Bode, H., Straßburg, H. & Hollmann, H. (2009). *Sozialpädiatrie in der Praxis.* München: Elsevier Urban & Fischer.
- Bohsem, G. (2015, April 01). Reformplan der Union: Ohne Arztbesuch zum Krankengymnasten. *Süddeutsche Zeitung*. Verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/reformplan-der-union-ohne-rezept-zum-krankengymnasten-1.2420002> [Abruf vom 22.04.2019].
- Bollig, S. (2008). Praktiken der Instrumentalisierung. Methodologische und methodische Überlegungen zur ethnographischen Analyse materieller Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen

- Vorsorgeuntersuchungen. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 28(2), 108–113.
- Bollig, S. (2010). Die Eigenzeiten der Entwicklungsdiagnostik. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 95–132). Opladen: Barbara Budrich.
- Bollig, S. & Kelle, H. (2009). Früherkennung und Prävention von Entwicklungsstörungen: Medizinisierung und Pädagogisierung der frühen Kindheit aus praxisanalytischer Perspektive. In: M. Behnisch & M. Winkler (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Naturwissenschaft. Einflüsse, Diskurse, Perspektiven* (S. 42–57). München: Reinhardt.
- Botting, N., Conti-Ramsden, G. & Crutchley, A. (1997). Concordance between teacher/therapist opinion and formal language assessment scores in children with language impairment. *European Journal of Disorders of Communication*, 32(3), 317–327.
- Brown, C. (2004). Reducing the over-referral of culturally and linguistically diverse students (CLD) for language disabilities. *NABE Journal of Research and Practice*, 2(1), 225–243.
- Brunner M. & Schöler, H. (2001/02). HASE – Heidelberger Auditive Screening in der Einschulungsdiagnostik. Wertingen: Westra.
- Buschmann, A. (2017). *Heidelberger Elternt raining frühe Sprachförderung* (3. Aufl.). München: Elsevier.
- Buschmann, A., Radtke, E., Jooss, B. & Bockmann, A. (2011). Kinderärztliche Beratungspraxis bei Mehrsprachigkeit – Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. *Kinderärztliche Praxis*, 82(2), 105–108.
- Bußmann, H. (2002). *Lexikon der Sprachwissenschaft*. Stuttgart: Kröner.
- BZgA/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015). *Informationen zu den Untersuchungen*. Verfügbar unter <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-j1/> [Abruf am 29.03.2019].

C

- C4EO (2010). *Grasping the nettle: Early intervention for children, families and communities. A practice guide to the challenges and opportunities in supporting children, families and communities through early intervention, based on effective local, national and international practice*. Verfügbar unter https://www.family-action.org.uk/content/uploads/2014/06/early_intervention_grasping_the_nettle_full_report.pdf [Abruf am 18.5.2020].
- Carle, E. (1994). *Die kleine Raupe Nimmersatt*. Hildesheim: Gerstenberg.
- Charité & Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (2009). *Expertise: Früherkennung bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren*. Berlin. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/So>

- nstiges/Studie_Expertise_zum_Thema_Frueherkennungsuntersuchungen_bei_Kindern_im_Alte
r_von_6_bis_10_Jahren.pdf [Abruf am 18.05.2020].
- Chiat, S. (2015). Non-Word Repetition. In S. Armon-Lotem, J. de Jong & N. Meir (Eds.), *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment* (pp. 125–150). Bristol: Multilingual Matters.
- Chilla, S. & Hamann, C. (2018). Mehrsprachigkeit und umschriebene Sprachentwicklungsstörungen (USES) – Methoden der Diagnostik in der Zweitsprache Deutsch. *Sprache – Stimme – Gehör*, 42, 78–81.
- Choudhury, N. & Benasich, A. (2003). A family aggregation study: The influence of family history and other risk factors on language development. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46(2), 261–272.
- Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (2000). Educational placement for children with specific language impairments. In D. Bishop & L. Leonard (Eds.), *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome* (pp. 211–225). East Sussex: Psychology Press.
- Crutchley, A. (2000). Bilingual children in language units: Does having ‘well-informed’ parents make a difference? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(1), 65–81.
- Crutchley, A., Botting, N. & Conti-Ramsden, G. (1997). Bilingualism and specific language impairment in children attending language units. *European Journal of Disorders of Communication*, 32(2), 267–276.
- D**
- de Lamo White, C. & Jin, L. (2011). Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(6), 613–627.
- de Langen-Müller, U. & Hielscher-Fastabend, M. (2007). retro quant – retrospektive Erfassung quantitativer Daten der Sprachtherapie mit Kindern in Deutschland. *Die Sprachheilarbeit*, 52(2), 48–62.
- de Langen-Müller, U. & Hielscher-Fastabend, M. & Kauschke, C. (in Vorb.). *Diagnostikverfahren in der sprachtherapeutischen Praxis. Eine Bestandsaufnahme*.
- de Langen-Müller, U., Iven, C. & Maihack, V. (Hrsg.). (2003). *Früh genug, zu früh, zu spät? Modelle und Methoden zur Diagnostik und Therapie sprachlicher Entwicklungsstörungen von 0 bis 4 Jahren*. Köln: ProLog.
- de Langen-Müller, U., Kauschke, C., Kiese-Himmel, C., Neumann, K. & Noterdaeme, M. (2011). *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)*. *Interdisziplinäre S2k-Leitlinie*, AWMF. Verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-006.html> [Abruf am 13.10.2020].

- de Langen-Müller, U., Kauschke, C., Kiese-Himmel, C., Neumann, K. & Noterdaeme, M. (Hrsg.). (2012). *Diagnostik von (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen. Eine interdisziplinäre Leitlinie*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- de Valenzuela, J. S., Copeland, S. R. & Huaqing Qi, C. (2006). Examining educational equity: Revisiting the disproportionate representation of minority students in special education. *Exceptional Children*, 72(4), 425–441.
- de Villiers, J. (2015). Taking account of both languages in the assessment of dual language learners. *Seminars in Speech and Language*, 36(2), 120–132.
- de Villiers, J. (2017). Unbiased language assessment: Contributions of linguistic theory. *Annual Review of Linguistic*, 3(1), 309–330.
- de Villiers, P. & de Villiers, J. (2010). Assessment of language acquisition. *WIREs Cognitive Science*, 1(1), 230–244.
- Dilling, H. & Freyberger, H. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9., aktualisierte Aufl., entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hans Huber.
- DIMDI (2020). *ICD-10-GM. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision German Modification*. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/> [Abruf am 18.05.2020].
- Dimroth, C. (2008). Age effects on the process of L2 acquisition? Evidence from the acquisition of negation and finiteness in L2 German. *Language Learning*, 58(1), 117–150.
- Döpfner, M., Dietmair, I., Mersmann, H., Simon, K. & Trost-Brinkhues, G. (2005). *S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Theoretische und statistische Grundlagen*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollst. überarb., aktual. u. erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Dollaghan, C. & Horner, E. (2011). Bilingual language assessment: A meta-analysis of diagnostic accuracy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 1077–1088.
- Dubowy, M., Ebert, S., Maurice, J. & Weinert, S. (2008). Sprachlich-kognitive Kompetenzen beim Eintritt in den Kindergarten. Ein Vergleich von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 40(3), 124–134.

E

- Egert, F. & Hopf, M. (2016). Zur Wirksamkeit von Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 25(3), 153–163.

- Ehlich, K. (Hrsg.). (2005). *Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund*. Berlin: BMBF.
- Eisenberg, P. (2006). *Der Satz. Grundriss der deutschen Grammatik* (3., durchges. Aufl.). Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.
- Ellger, K. & Kauschke, C. (2018). SES – Nicht mehr spezifisch? Nicht mehr umschrieben? Interview mit Christina Kauschke. *Logos*, 26(3), 196–199.
- Esser, G. & Laucht, M. (2006). MEF – Mannheimer Elternfragebogen für die U7a. In BVJK (Hrsg.), *Gesundheitscheckheft für Kinder und Jugendliche*. Köln: BVJK.
- Esser, G. & Wyschkon, A. (2002). *BUEVA – Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter*. Göttingen: Beltz Test.
- Ewart, R. (2000). Primum non nocere and the quality of evidence: Rethinking the ethics of screening. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(3), 188–196.

F

- Flehmig, I., Schloon, M., Uhde, J., & Bernuth, H. (1973). *Denver Entwicklungsskalen*. Hamburg: Hamburger Spastikerverein.
- Flick, U. (2004). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (3. Aufl., S. 309–318). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Fox, A. (2020). *Trog-D – Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses* (8. Aufl.). Idstein: Schulz Kirchner.
- Fox-Boyer, A. (2014). Intervention bei mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörungen. In S. Chilla & S. Haberzettl (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen* (S. 167–171). München: Elsevier.
- Fricke, S., Bowyer-Crane, C., Haley, A., Hulme, C. & Snowling, M. (2013). Efficacy of language intervention in the early years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (54), 280–90.
- Fried, L. (2004). *Expertise zu Sprachstandserhebungen für Kindergartenkinder und Schulanfänger. Eine kritische Betrachtung*. München: DJI.
- Fried, L. (2006). *Wissensbasis der Sprachförderkompetenz von Erzieherinnen. Kurzform des Forschungsberichtes*. Universität Dortmund.
- Fried, L. (2007). Sprachförderkompetenz von ErzieherInnen. *Sozial Extra*, 31(5), 26–28.
- Fried, L. (2008). Pädagogische Sprachdiagnostik für Vorschulkinder – Dynamik, Stand und Ausblick. In H.-G. Roßbach & H.-P. Blossfeld (Hrsg.), *Frühpädagogische Förderung in Institutionen* (S. 63–78). Wiesbaden: VS.

Friedmann, N., & Novogrodsky, R. (2008). Subtypes of SLI: SySLI, PhoSLI, LeSLI, and PraSLI. In A. Gavarró, & M. João Freitas (Eds.), *Language acquisition and development* (pp. 205–217). Newcastle, UK: Cambridge Scholars Press.

G

Gagarina, N. (2013). Sprachdiagnostik in der Erstsprache mehrsprachiger Kinder (am Beispiel des Russischen). *Sprache – Stimme – Gehör*, 37, 196–200.

Gagarina, N. (2014). Diagnostik von Erstsprachkompetenzen im Migrationskontext. In S. Chilla, & S. Haberzettl (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Mehrsprachigkeit* (S. 73–84). München: Elsevier.

G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2005). *Kinder-Untersuchungsheft*. Siegburg.

G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2010). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). *Bundesanzeiger*, 211(40), 1013.

G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2015a). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung* (Neustrukturierung). Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_2015-08-20_2016-05-19_2016-07-07_Kinder-RL_Neustrukturierung_Neufassung_konsolidiert_BAnz.pdf [Abruf vom 25.09.2018]

G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2015b). *Früherkennungsuntersuchungen für Kinder: Neustrukturierung der Richtlinie beschlossen* (Pressemitteilung Nr. 16/2015). Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/34-215-580/16-2015-06-18_Ki-RL_Neustrukturierung.pdf [Abruf am 05.04.2019].

G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2016). *Kinder-Untersuchungsheft. Ansichtsexemplar*. Verfügbar unter <https://www.kbv.de/media/sp/Kinderuntersuchungsheft.pdf> [Abruf vom 13.10.20].

G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2017a). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie)* (in der Fassung vom 18. Juni 2015, zuletzt geändert am 19. Oktober 2017, in Kraft getreten am 16. März 2018, Bundesanzeiger AT 15.03.2018 B2). Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf [Abruf vom 14.3.19].

G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2017b). *Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittelkatalog)*. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf

- ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01_Heilmittelkatalog.pdf
[Abruf vom 14.3.19].
- G-BA/Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2017c). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) (in der Fassung vom 19. Mai 2011). *Bundesanzeiger* 96, 2247. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf [Abruf vom 14.03.19].
- Geist, B. (2013). *Sprachdiagnostische Kompetenz von Sprachförderkräften*. Berlin: De Gruyter.
- Geyer, S. (2018). *Sprachförderkompetenz im U3-Bereich: Eine empirische Untersuchung aus linguistischer Perspektive*. Stuttgart: Metzler.
- Geyer, S., Schwarze, R. & Müller, A. (2018). Sprachförderung im Elementarbereich. In C. Titz, S. Geyer, A. Ropeter, H. Wagner, S. Weber & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Konzepte zur Sprach- und Schriftsprachförderung entwickeln* (S. 161–178). Stuttgart: Kohlhammer.
- Geyer, S., Titz, C., Ropeter, A., Weber, S. & Hasselhorn, M. (2018). Werkzeuge zur Umsetzung von Konzepten: Woran erkennt man gute Tools? In C. Titz, S. Weber, A. Ropeter, S. Geyer & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Konzepte zur Sprach- und Schriftsprachförderung umsetzen und überprüfen* (S. 29–45). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gold, A. (2015). *Was ist guter Unterricht? Was wir darüber wirklich wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gold, A. & Schulz, P. (2014). *Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen in Frankfurt am Main. Expertise im Auftrag des Magistrats der Stadt Frankfurt am Main*. Stadtschulamt Frankfurt am Main. Verfügbar unter https://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Expertise_Gold_Schulz.pdf [Abruf am 25.04.2019].
- Grandt, D., Kossack, N. & Brechtel, T. (2017). *Barmer Heil- und Hilfsmittelreport 2017*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Bd. 6). Wuppertal: Barmer
- Granzow-Emden, M. (2014). *Deutsche Grammatik verstehen und unterrichten. Eine Einführung*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Grimm, A. (2016). Quatschwörter nachsprechen – gleiche Anforderungen für alle Kinder? *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 1, 113–118.
- Grimm, A. & Hübner, J. (2021). Nonword repetition by bilingual learners of German. The role of language-specific complexity. In C. dos Santos & L. de Almeida (Eds.), *Bilingualism and Specific Language Impairment*. Amsterdam: Benjamins.
- Grimm, A. & Schulz, P. (2014a). Specific language impairment and early second language acquisition: The risk of over- and underestimating children's language abilities. *Child Indicators Research*, 7(4), 821–841.
- Grimm, A. & Schulz, P. (2014b). Sprachfähigkeiten von Kindern mit DaZ bei Schuleintritt. In B. Lütke & I. Petersen (Hrsg.), *Deutsch als Zweitsprache – erwerben, lernen und lehren. Beiträge*

- aus dem 9. Workshop „Kinder mit Migrationshintergrund“ (S. 35–50). Stuttgart: Fillibach bei Klett.
- Grimm, A. & Schulz, P. (2016). Warum man bei mehrsprachigen Kindern dreimal nach dem Alter fragen sollte: Sprachfähigkeiten simultan-bilingualer Lerner im Vergleich mit monolingualen und frühen Zweitsprachlernern. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 11(1), 27–42.
- Grimm, A. & Schulz, P. (2017). Die Rolle von Risikofaktoren für die Diagnose von SSES bei ein- und mehrsprachigen Kindern. In C. Otto, T. Frische, Ö. Yetim & A. Adelt (Hrsg.), *Spektrum Patholinguistik 10* (S. 21–48). Universitätsverlag Potsdam.
- Grimm, A. & Schulz, P. (2021). Phonology and semantics: markers of SLI in bilingual children at age 6? In K. Grohmann & S. Armon-Lotem (Eds.), *LITMUS in Action*. Amsterdam: Benjamins.
- Grimm, H. (2000). *SETK-2 – Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2001). *SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003). *Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2012). *Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention* (3., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2015). *SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2017). *SSV – Sprachscreening für das Vorschulalter. Kurzform des SETK 3-5* (2., überarb. u. neu norm. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H., Aktas, M. & Kießing, U. (2003). *SSV – Sprachscreening für das Vorschulalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2000). *ELFRA – Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2006). *ELFRA – Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Schöler, H. (1991). *HSET – Heidelberger Sprachentwicklungstest* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Guiberson, M. & Atkins, J. (2012). Speech-language pathologists' preparation, practices, and perspectives on serving culturally and linguistically diverse children. *Communication Disorders Quarterly*, 33(3), 169–180.
- Gutiérrez-Clellen, V. F. & Kreiter, J. (2003). Understanding child bilingual acquisition using parent and teacher reports. *Applied Psycholinguistics*, 24(2), 267–288.

H

- Haberzettl, S. (2005). *Der Erwerb der Verbstellungsregeln in der Zweitsprache Deutsch durch Kinder mit russischer und türkischer Muttersprache*. Tübingen: Niemeyer.
- Hamann, C. (2015). Specific language impairment in German speaking children. In S. Stavrakaki (Eds.), *Specific language impairment. Current trends in research* (pp. 215–251). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Harms, E. (2010). Pädiatrische Vorsorgestrukturen. In G. Hoffmann, W. Eckart & P. Osten (Hrsg.), *Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendmedizin. 150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg* (S. 346–357). Mainz: Kirchheim.
- Hart, B. & Risley, T. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Paul H Brookes.
- Hartmann, W. (2015, Oktober 07). *Presseerklärung des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) anlässlich des 43. Herbst-Seminar-Kongresses des BVKJ in Bad Orb*. Verfügbar unter <https://www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/article/presseerklaerung-von-dr-med-wolfram-hartmann-praesident-des-berufsverbands-der-kinder-und-juge/> [Abruf vom 13.10.2020].
- Heier, M. (2011, März 07). Blickt Dr. Heilmann noch durch? *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, S. 65. Verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizinernaehrung/medizinische-leitlinien-blickt-dr-heilmann-noch-durch-1612280.html> [Abruf am 28.3.2019].
- Hellbrügge, T. (1994). *MFED – Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, zweites und drittes Lebensjahr* (4. korrig. u. erw. Aufl.). München: Universität München.
- Hock, S., Berchner, Y., Blankenstein, O., Buschbaum, T., Ellsäßer, G., Heuermann, M.W., Klein, R., Kolbow, D., Metzner, F., Röhlich-Pause, K., Thaiss, H., Untze, P., Zimmermann, E. & Kieslich, M. (2013). Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprogramme. Ergebnisse des ersten bundesweiten Arbeitstreffens 2011 in Frankfurt am Main. *Das Gesundheitswesen*, 75, 143–148.
- Hock, S., Herb, S. & Kieslich, M. (2012). Akzeptanz und Auswirkungen verpflichtender Untersuchungen in Hessen. Erfahrungsberichte des Bereichs KVU im Hessischen Kindervorsorgezentrum. *Hessisches Ärzteblatt*, 80(7), 442–446.
- Hoff, E. (2006). How social contexts support and shape language development. *Developmental Review*, 26, 55–88.
- Hoff, E. & Tian, C. (2005). Socioeconomic status and cultural influences on language. *Journal of Communication Disorders*, 38, 271–278.
- Hoffmann G., Lentze M., Spranger J. & Zepp F. (Hrsg.). (2015). *Pädiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hopp, H., Thoma, D. & Tracy, R. (2010). Sprachförderkompetenz pädagogischer Fachkräfte. Ein sprachwissenschaftliches Modell. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 13(4), 609–629.

HSM/Hessisches Sozialministerium (2011). *KiSS – Kindersprachscreening. Sprachstandserfassung für vier- bis viereinhalbjährige Kinder in hessischen Kindertagesstätten*. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

HSM/Hessisches Sozialministerium & HKM/Hessisches Kultusministerium. (2012). *Hessischer Bildungs- und Erziehungsplan* (4. Aufl.). Wiesbaden.

Hyltenstam, K. & Abrahamsson, N. (2003). Maturation constraints in second language acquisition. In C. Doughty & M. Long (Eds.), *The handbook of second language acquisition*. (pp. 539–588). Oxford: Blackwell.

I

IQWiG/Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009). *Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache*. Abschlussbericht S06-01, Nr. 57. Verfügbar unter https://www.iqwig.de/de/suche.1029.html?query_extended=Sprachentwicklungsstörung&date_from=&date_to= [Abruf vom 13.10.2020].

IQWiG/Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2011). *Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei Kindern: Bewertung der KiSS.2-Studie*. Arbeitspapier Version 1.0. Verfügbar unter <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoese-verfahren/ga-projekte/ga10-04-frueherkennungsuntersuchung-auf-umschriebene-entwicklungsstoerungen-des-sprechens-und-der-sprache-bei-kindern-bewertung-der-kiss-2-studie.1329.html> [Abruf vom 13.10.2020].

J

Jenni, O. (2013). Die Rolle der Kindermedizin in der frühkindlichen Bildung. In M. Stamm & D. Edelmann (Hrsg.), *Handbuch frühkindlicher Bildungsforschung* (S. 113–119). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

K

Kambanaros, M. & Grohmann, K. (2015). More general all-purpose verbs in children with specific language impairment? Evidence from Greek for not fully lexical verbs in language development. *Applied Psycholinguistics* 36, 1029–1057.

Kany, W. & Schöler, H. (2007). *Fokus: Sprachdiagnostik. Ein Leitfaden zur Sprachstandsbestimmung im Kindergarten*. Mannheim: Cornelsen Scriptor.

Kauschke, C. (2012). *Kindlicher Spracherwerb im Deutschen: Verläufe, Forschungsmethoden, Erklärungsansätze*. Berlin: De Gruyter.

- Kauschke, C. & de Langen-Müller, U. (2020). Sprachtherapie mit Kindern. In S. Sachse, A. Bockmann & A. Buschmann (Hrsg.), *Sprachentwicklung. Entwicklung – Diagnostik – Förderung im Kleinkind und Vorschulalter* (S. 331–357). Berlin: Springer.
- Kauschke, C., Fauck, A. & Nachbarschulte, A. (2010). Zur hierarchischen Organisation des mentalen Lexikons bei Kindern mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Sprache – Stimme – Gehör*, 34, 228–236.
- Kauschke, C. & Rath, J. (2017). Implizite und/oder explizite Methoden in Sprachförderung und Sprachtherapie – was ist effektiv? *Forschung Sprache*, 2, 28–43.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2010). *PDDS – Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen* (2. Aufl.). München: Elsevier.
- Kauschke, C. & Vogt, S. (2019). Positionspapier zur Terminologie und Definition von Sprachentwicklungsstörungen. *Logos*, 3(27), 174–181.
- KBV/Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). Online-Version des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EMB). Verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> [Abruf am 31.01.2019].
- Kehler, M. (2019, Januar 18). Was wir Kinderärzte machen, ist Selbstausschöpfung. *FAZ.NET*. Verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/rhein-main/ueberlastung-warum-eltern-und-kinderaerzte-alarm-schlagen-16011167.html> [Abruf am 27.3.19].
- Kelle, H. (2006). Sprachtests – ethnographisch betrachtet: Ein Beitrag zur Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs-, und Sozialforschung*, 7(2), 271–292.
- Kelle, H. (2010a). *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Kelle, H. (2010b). Einleitung: Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als entwicklungsdiagnostische Verfahren. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 7–22). Opladen: Barbara Budrich.
- Kelle, H. (2010c). Theoretische und methodologische Grundlagen einer Praxis- und Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 23–39). Opladen: Barbara Budrich.
- Kelle, H. (2010d). Verfahren der Überprüfung von Sprachkompetenzen im Kontext medizinischer Früherkennung und Schuleingangsdiagnostik. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 207–254). Opladen: Barbara Budrich.
- Kelle, H. (2011). Schuleingangsuntersuchungen an einer International School. Beobachtungen zur differenziellen Sprachüberprüfung und Aufführung feiner Unterschiede. In H. de Boer, H. Deckert-Peaceman & K. Westphal (Hrsg.), *Irritationen – Befremdungen – Entgrenzungen*.

- Fragen an die Grundschulforschung. Frankfurter Beiträge zur Erziehungswissenschaft* (S. 153–170). Frankfurt a. M.: Goethe Universität.
- Kelle, H. (2018). Entgrenzung der vorschulischen Diagnostik. *Zeitschrift für Grundschulforschung*, 11(1), 85–100.
- Kelle, H. & Seehaus, R. (2010). Die Konzeption elterlicher Aufgaben in pädiatrischen Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 41–94). Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Kiese-Himmel, C. (2005). *AWST-R – Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder – Revision*. Göttingen: Beltz Test Hogrefe.
- Kiese-Himmel, C. (2021). Therapie von Sprachentwicklungsstörungen: Eine Leitlinie ist überfällig. *Laryngo-Rhino-Otologie*, Online-Publikation 20. April 2021.
- Kiese-Himmel, C. & Kozielski, P. M. (1996). *AWST – Aktiver Wortschatztest für 3- bis 6-jährige Kinder*. Göttingen: Beltz.
- Kiese-Himmel, C. & Reeh, M. (2009). Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen in einer klinischen Ambulanz: Anspruch und Wirklichkeit. *Journal für Psychology*, 17(3), o. S. Verfügbar unter <https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/165/163> [Abruf am 18.5.2020].
- Kiese-Himmel, C. & Rosenfeld, J. (2012). Analyse aktueller Untersuchungsinstrumente zur Früherkennung von Auffälligkeiten in Sprechen und Sprache in der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchung U8. *Gesundheitswesen*, 74, 661–672.
- Kiese-Himmel, C., Sellner, L., Bockmann, A.-K. (2013). Der frühe expressive Wortschatzumfang simultan mehrsprachig aufwachsender Kinder – ein diagnostisch relevantes Kriterium? *Gesundheitswesen*, 75, 496–499.
- Knapp, W. (1999). Verdeckte Sprachschwierigkeiten. *Grundschule*, 31(5), 30–33.
- Knopp, M. (2009). Qualitative Interviews. In BMBF (Hrsg.), *Referenzrahmen zur altersspezifischen Sprachaneignung – Forschungsgrundlagen* (S. 271–288). Berlin.
- Köhne, J., Kronenwerth, S., Redder, A., Schuth, E. & Weinert, S. (2015). Bildungssprachlicher Wortschatz – linguistische und psychologische Fundierung und Itementwicklung. In A. Redder, J. Naumann & R. Tracy (Hrsg.), *Forschungsinitiative Sprachdiagnostik und Sprachförderung* (S. 67–92). Münster: Waxmann.
- Köker, A., Rosenbrock-Agyei, R., Ohm, U., Carlson, S., Ehmke, T., Hammer, S., Koch-Priewe, B. & Schulze, N. (2015). DaZKom – Ein Modell von Lehrerkompetenz im Bereich Deutsch als Zweitsprache. In B. Koch-Priewe, A. Köker, J. Seifried & E. Wuttke (Hrsg.), *Kompetenzerwerb an Hochschulen: Modellierung und Messung. Zur Professionalisierung angehender Lehrerinnen und Lehrer sowie frühpädagogischer Fachkräfte* (S. 177–205). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

- Koletzko, B. (Hrsg.). (2013). *Kinder- und Jugendmedizin* (14., vollst. akt. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kornmann, R. (2009). Die Überrepräsentation ausländischer Jugendlicher in Sonderschulen mit dem Schwerpunkt Lernen. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Schieflagen im Bildungssystem: Die Benachteiligung der Migrantenkinder* (S. 71–85). Wiesbaden: VS.
- Kottmann, U. (o. J. a). *Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache. Ein Service von Grünenthal – Referat Antibiotika* (schwarz-weiße Version). Stolberg: Grünenthal.
- Kottmann, U. (o. J. b). *Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache. Ein Service von Grünenthal – Referat Antibiotika* (farbige Version). Stolberg: Grünenthal.
- Kottmann, U. (o. J. c). *Sprache ist Leben: Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache*. Köln: Prolog.
- Kreis, J., Möller, D., Kasper, J., Scheibler, F., Steinzen, A., Skipka, G., von dem Knesebeck, O. & Lange, S. (2012). Screening auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS): Evidenz und Herausforderungen. *Logos interdisziplinär*, 20(1), 14–22.
- Krifka, M. (2004). *Sprechakte und Satztypen*. Vorlesungsskript der Humboldt-Universität, Berlin. Verfügbar unter https://amor.cms.hu-berlin.de/~h2816i3x/Lehre/2005_HS_Sprechakte/Sprechakte_01_02_Einfuehrung_Austin.pdf [Abruf am 19.5.2020].
- Krifka, M. (2005). *Die Propositionsmengen-Theorien der Frage*. Vorlesungsskript der Humboldt-Universität, Berlin. Verfügbar unter https://amor.cms.hu-berlin.de/~h2816i3x/Lehre/2005_HS_Fragen/Fragen_2005_04_Propositionsmengen.pdf [Abruf am 29.10.2021]
- Kroffke, S. & Rothweiler, M. (2006). Variation im frühen Zweitspracherwerb des Deutschen durch Kinder mit türkischer Erstsprache. In M. Vliegen (Hrsg.), *Variation in Sprachtheorie und Spracherwerb* (S. 145–154). Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Kuo, A. A., Inkelas, M., Lotstein, D. S., Samson, K. M., Schor, E. L. & Halfon, N. (2006). Rethinking well-child care in the United States: An international comparison. *Pediatrics*, 118, 1692–1703.

L

- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. (5., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lampert, T., Kuntz, B., KiGGS Study Group (2015). Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? *GBE kompakt* 6(1), Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lang-Roth, R. & Dübbers, M. (2019). Kindlicher Spracherwerb. In C. Speer, M. Gahr & J. Dötsch (Hrsg.), *Pädiatrie* (5. vollst. überarb. Aufl., S. 773–776). Heidelberg: Springer Medizin.
- Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2010). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder (review). *The Cochrane Library, Issue 5*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Lemmer, R. (2018). *Sprachentwicklungsstörungen bei frühen Zweitsprachlernern – Der Erwerb von Kasus, Finitheit und Verbstellung* (Dissertation). Goethe-Universität Frankfurt.
- Lemmer, R., Huschka, S., Geyer, S., Brandenburg, J., Ehm, J., Lausecker, A., Schulz, P. & Hasselhorn, M. (2019). Sind Fortbildungsmaßnahmen zu linguistisch fundierter Sprachförderung wirksam? – Analysen zu den Kompetenzen von Fachkräften und mehrsprachigen Kindern. *Frühe Bildung*, 8(4), 181–186.
- Lemmer, R., Voet Cornelli, B. & Schulz, P. (2021). Warum Sprachdiagnostik bei Mehrsprachigkeit von besonderer Bedeutung ist. *Praxis Sprache*, 4, 204–210.
- Lengyel, D. (2012). *Sprachstandsfeststellung bei mehrsprachigen Kindern im Elementarbereich. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WIFF)*. München: DJI.
- Leonard, L. (2000). *Children with specific language impairment* (paperback ed.). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Leonard, L. (2014). *Children with specific language impairment* (2nd ed.). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Letts, C. (2013). What are the building blocks for language acquisition? Underlying principles of assessment for language impairment in the bilingual context. In V. Mueller Gathercole (Ed.), *Solutions for the assessment of bilinguals* (pp. 36–56). Bristol, Buffalo, Toronto: Multilingual Matters.
- Lisker, A. (2010). *Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten sowie beim Übergang in die Schule. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts*. München: DJI.
- List, G. (2010). *Frühpädagogik als Sprachförderung: Qualifikationsanforderungen für die Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte*. Expertise für das Projekt WIFF. München: DJI.
- Locke, J. L. (1994). Gradual emergence of developmental language disorders. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37, 608–618.
- Lüders, C. (2004). Beobachten im Feld und Ethnographie. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (3. Aufl., S. 384–401). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Lüdtke, U. & Kallmeyer, K. (2007a). Vorschulische Maßnahmen zur Sprachstandserhebung und Sprachförderung in den deutschen Bundesländern: Wissenschaftliche Vorschläge zur Optimierung bildungspolitischer Initiativen. *Die Sprachheilarbeit* 52(6), 244–260.
- Lüdtke, U. & Kallmeyer, K. (2007b). Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus Sicht der Linguistik, Diagnostik und Mehrsprachigkeitsforschung. *Die Sprachheilarbeit*, 52(6), 261–278.
- Lüke, C. & Ritterfeld, U. (2011). Mehrsprachige Kinder in sprachtherapeutischer Behandlung: Eine Bestandsaufnahme. *Heilpädagogische Forschung*, 37(4), 188–197.

M

- Marinis, T. & Armon-Lotem, S. (2015). Sentence Repetition. In S. Armon-Lotem, J. de Jong & N. Meir (Eds.), *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment* (pp. 95–121). Bristol: Multilingual Matters.
- Marinis, T., Armon-Lotem, S., Pontika, G. (2017). Language impairment in bilingual children: State of the art 2017. *Linguistic Approaches to Bilingualism*, 7(3-4). 265–276.
- Mayring, P. (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Meibauer, J., Demske, U., Geilfuß-Wolfgang, J., Pafel, J., Ramers, K. H., Rothweiler, M. & Steinbach, M. (2015). *Einführung in die germanistische Linguistik* (3. überarb. u. akt. Aufl.). Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.
- Meibauer, J., Steinbach, M. & Altmann, H. (2013). *Satztypen des Deutschen*. Berlin, Boston: De Gruyter Lexikon.
- Meisel, J. (2007). Mehrsprachigkeit in der frühen Kindheit: Zur Rolle des Alters bei Erwerbsbeginn
In T. Anstatt (Hrsg.), *Mehrsprachigkeit bei Kindern und Erwachsenen. Erwerb – Formen – Förderung* (S. 93–113). Tübingen: Attempto.
- Melzer, J., Rißling, J.-K., Lehmkuhl, G. & Petermann, F. (2018). Sprachentwicklungsdiagnostik. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166, 159–168.
- Melzer, J., Rißling, J.-K. & Petermann, F. (2015a). Sprachdiagnostik im Vorschulalter. Analyse aktueller Testverfahren für Kinder im Alter zwischen 4 und 5 Jahren. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 1, 58–66.
- Melzer, J., Rißling, J.-K. & Petermann, F. (2015b). Sprachentwicklungsstörungen im Vor- und Grundschulalter. Aktueller Stand der psychologischen Diagnostik. *Nervenheilkunde*, 1, 1–6.
- MFT/Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (Hrsg.). (2015). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)*. Verfügbar unter http://www.nkml.de/files/nkml_final_2015-07-03.pdf [Abruf am 14.6.2019].
- Michaelis, R. (2019). Entwicklung, Entwicklungsstörungen und Risikofaktoren. In C. Speer, M. Gahr & J. Dötsch (Hrsg.), *Pädiatrie* (5. vollst. überarb. Aufl., S. 159–168). Heidelberg: Springer Medizin.
- Michaelis, R., Berger, R., Nennstiel-Ratzel, U. & Krägeloh-Mann, I. (2013). Validierte und teilvalidierte Grenzsteine der Entwicklung. Ein Entwicklungsscreening für die ersten 6 Lebensjahre. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161, 898–910.
- Möller, D., Furche, G., Slabon-Lieberz, S., Gaumert, G., Breitfuss, A. & Licht, A. (2008). Blickdiagnose Sprachverständnisstörungen – Die diagnostische Güte von Experten- und Elternurteilen. *Sprache – Stimme – Gehör*, 32, 129–135.
- Moser, B. (2007). Sprachheilpädagogische Diagnostik bei mehrsprachigen Schülern. *Die Sprachheilarbeit*, 52(3), 107–112.

- Motsch, H.-J. (2011). *ESGRAF–MK. Evozierte Diagnostik grammatischer Fähigkeiten für mehrsprachige Kinder*. München: Reinhardt.
- Müller, A. (2014). Profession und Sprache: Die Sicht der (Zweit-)Spracherwerbsforschung. In: T. Betz & P. Cloos (Hrsg.), *Kindheit und Profession* (S. 66–83). Weinheim: Beltz.
- Müller, A., Schulz, P. & Tracy, R. (2018). Spracherwerb. In C. Titz, S. Geyer, A. Ropeter, H. Wagner, S. Weber & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Konzepte zur Sprach- und Schriftsprachförderung entwickeln* (S. 53–68). Stuttgart: Kohlhammer.

N

- Nayeb, L., Wallby, T., Westerlund, M., Salameh, E. & Sarkadi, A. (2015). Child healthcare nurses believe that bilingual children show slower language development, simplify screening procedures and delay referrals. *Acta Pædiatrica*, 104, 198–205.
- Nentwich, H. & Hartmann, W. (2010). Zukunft der ambulanten Pädiatrie. In G. Hoffmann, W. Eckart, P. Osten (Hrsg.), *Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendmedizin. 150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg* (S. 359–372). Mainz: Kirchheim.
- Neugebauer, U. & Becker-Mrotzek, M. (2013). *Die Qualität von Sprachstandsverfahren im Elementarbereich. Eine Analyse und Bewertung*. Köln: Stiftung Mercator. Verfügbar unter http://www.mercator-institut-sprachfoerderung.de/fileadmin/user_upload/Mercator-Institut_Qualitaet_Sprachstandsverfahren_Web_03.pdf [Abruf vom 13.10.2020].
- Neumann, K. & Euler, H. (2013). Kann ein Sprachstandsscreening zwischen dem Bedarf für Sprachförderung und für Sprachtherapie trennen? In A. Redder; S. Weinert (Hrsg.), *Sprachförderung und Sprachdiagnostik. Interdisziplinäre Perspektiven* (S. 174–198). Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Neumann, K., Keilmann, A., Rosenfeld, J., Schönweiler, R., Zaretsky, Y. & Kiese-Himmel, C. (2009). Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (gekürzte Fassung). *Kindheit und Entwicklung* 18(4), 222–231.
- Nippold, M., Mansfield, T., Billow J. & Toblin, J. (2009). Syntactic development in adolescents with a history of language impairments: a follow-up investigation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(3), 241–251.
- Nordmark (Hrsg.). (o. J.). *Visus- u. Sprachprüftafel für Kleinkinder und Schulanfänger*. o. O.

O

- Ohr, B., Schlack, H. G., Largo, R. H., Michaelis, R. & Neuhäuser, G. (1993/94). Erfassen von Entwicklungsauffälligkeiten bei Fünfjährigen. Ein normierter Fragebogen. *Pädiatrische Praxis*, 46, 11–19.

Osswald, M. (2008). *Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten und Ärzten*. (Unveröffentlichte Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität München. Verfügbar unter https://edoc.ub.uni-muenchen.de/8760/1/Osswald_Martina.pdf [Abruf vom 19.6.2019].

P

Paradis, J. (2005). Grammatical morphology in children learning English as a second language: Implications of similarities with specific language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36(3), 172–187.

Paradis, J. (2010). The interface between bilingual development and specific language impairment. Keynote article for special issue with peer commentaries. *Applied Psycholinguistics*, 31(1), 3–28.

Paradis, J. (2011). Individual differences in child English second language acquisition. Comparing child-internal and child-external factors. *Linguistic Approaches to Bilingualism*, 1(3), 213–237.

Paradis, J. (2017). Parent report data on input and experience reliably predict bilingual development and this is not trivial. *Bilingualism: Language and Cognition*, 20(1), 27–28.

Paradis, J., Emmerzael, K. & Sorenson Duncan, T. (2010). Assessment of English language learners: Using parent report on first language development. *Journal of Communication Disorders*, 43(6), 474–497.

Paradis, J., Genesee, F. & Crago, M. (Eds.). (2011). *Dual language development and disorders. A handbook on bilingualism and second language learning* (Communication and language intervention series, Vol. 11, 2nd ed.). Baltimore, London, Sydney: Paul H. Brookes.

Pena, E. D. & Halle, T. (2011). Assessing preschool dual language learners: Travelling a multiforked road. *Child Development Perspectives*, 5(1), 28–32.

Pena, E. D., Gillam, R., Bedore, L. M. & Bohman, T. (2011). Risk for poor performance on a language screening measure for bilingual preschoolers and kindergarteners. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 302–314.

Penner, Z. & Kölliker-Funk, M. (1998). *Therapie und Diagnose von Grammatikerwerbsstörungen. Ein Arbeitsbuch*. Luzern: Edition SZH.

Penner, Z., Schulz, P. & Wymann, K. (2003). Learning the meaning of verbs: What distinguishes language impaired from normally developing children? *Linguistics*, 41(2), 289–319.

Petermann, F., Stein, I. A. & Macha, T. (2008). *ET 6-6 – Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre* (3. Aufl.). München: Pearson.

Peyer, A. (2011). *Sätze untersuchen. Lernorientierte Sprachreflexion und grammatisches Wissen*. Seelze: Klett Kallmeyer.

Prathanee, B., Thinkhamrop, B. & Dechongkit, S. (2007). Factors associated with specific language impairment and later language development during early life: a literature review. *Clinical Pediatrics*, 46(1), 22–29.

Ptok, M., Kühn, D., Jungheim, M., Schwemmler, C. & Miller, S. (2014). Leitliniengerechte Diagnostik bei Spracherwerbsstörungen. *HNO*, 62, 266–270.

Purse, K. & Gardener, H. (2013). Does formal assessment of comprehension by SLT agree with teachers' perception of functional comprehension skills in the classroom? *Child Language Teaching and Therapy*, 29(3), 343–357.

R

Rausch, M. (2013). Schulversorgung und Gesundheitsversorgung für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen. In S. Ringmann & J. Siegmüller (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen. Schuleingangsphase* (S. 267–299). München: Elsevier Urban & Fischer.

Reich, H. & Roth, H. (2004). *HAVAS-5 – Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-Jährigen*. Hamburg: Behörde für Bildung und Sport.

Reis, M. (2013). Assertive Frage und Echofrage. In J. Meibauer, M. Steinbach & H. Altmann (Hrsg.), *Satztypen des Deutschen* (S. 105–119). Berlin, Boston: De Gruyter Lexikon.

Reiss, K., Weis, M., Klieme, E. & Köller, O. (Hrsg.). *PISA 2018 – Grundbildung im internationalen Vergleich*. Münster, New York: Waxmann.

Rescorla, L. (1989). The language development survey. A screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 587–599.

Restrepo, M. A. (1998). Identifiers of predominantly Spanish-Speaking children with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(6), 1398–1411.

Restrepo, M. & Wagovich, S. (2001). The validity of the preschool language scale. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 10, 382–393.

Rice, M. L. (1993). Social consequences of specific language impairment. In H. Grimm & H. Skowronek (Eds.), *Language acquisition problems and reading disorders. Aspects of diagnosis and intervention. Prevention and intervention in childhood and adolescence* (pp. 111–128). Berlin, New York: De Gruyter.

Rice, M. L. (2013). Language growth and genetics of specific language impairment. *International Journal of Speech and Language Pathology*, 15, 223–233.

RKI/Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012*. RKI, Berlin. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_inanspruchnahme_frueherk.pdf%3F__blob%3DpublicationFile [Abruf am 28.3.2019].

Rommel, A., Hintzpeter, B. & Urbanski, D. (2018). Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

- Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 22–37.
- Roseberry-McKibbin, C. & O'Hanlon, L. (2005). Nonbiased assessment of English language learners: A tutorial. *Communication Disorders Quarterly*, 26(3), 178–185.
- Rosenecker, J. & Schmidt H. (Hrsg.). (2008). *Pädiatrische Anamnese, Untersuchung, Diagnose*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Roth, H. (2014). HAVAS 5. Diagnostik von Sprachkompetenzen im Vor- und Grundschulalter bei Kindern mit Migrationshintergrund. In S. Rühle, A. Müller, P. Knobloch (Hrsg.), *Mehrsprachigkeit – Diversität – Internationalität. Erziehungswissenschaft im transnationalen Bildungsraum* (S. 157–184). Münster: Waxmann.
- Rothweiler, M. (2006). The acquisition of V2 and subordinate clauses in early successive acquisition of German. In C. Lleó (Ed.), *Interfaces in multilingualism. Acquisition and representation* (pp. 91–113). Amsterdam: Benjamins.
- Rothweiler, M. (2007a). „Mistaken identity“. Zum Problem der Unterscheidung typischer grammatischer Strukturen bei SSES und Mehrsprachigkeit. In U. de Langen Müller & V. Maihack (Hrsg.), *Früh genug – aber wie? Sprachförderung per Erlass oder Sprachtherapie auf Rezept?* (S. 110–125). Köln: Prolog.
- Rothweiler, M. (2007b). Spezifische Sprachenwicklungsstörung und Mehrsprachigkeit. In H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (S. 254–258). Göttingen: Hogrefe.
- Rothweiler, M. (2007c). Bilingualer Spracherwerb und Zweitspracherwerb. In M. Steinbach, R. Albert, H. Girth, A. Hohenberger, B. Kümmerling-Meibauer, J. Meibauer, M. Rothweiler & M. Schwarz-Friesel (Hrsg.), *Schnittstellen der germanistischen Linguistik* (S. 103–135). Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.
- Rothweiler, M. (2013). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern. *Sprache – Stimme – Gehör*, 37, 186–190.
- Rothweiler, M., Chilla, S. & Clahsen, H. (2012). Subject-verb agreement in specific language impairment: A study of monolingual and bilingual German-speaking children. *Bilingualism: Language and Cognition*, 15(1), 39–57.
- Rothweiler, M., Ruberg, T. & Utecht D. (2009). Praktische Kompetenz ohne theoretisches Wissen? Zur Rolle von Sprachwissenschaft und Spracherwerbstheorie in der Ausbildung von Erzieherinnen und Grundschullehrerinnen. In D. Wenzel, G. Koeppel & U. Carle (Hrsg.), *Kooperation im Elementarbereich. Eine gemeinsame Ausbildung für Kindergarten und Grundschule* (S. 111–122). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Rothweiler, M., Schönenberger, M. & Sterner, F. (2017). Subject-verb agreement in German in bilingual children with and without SLI. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft*, 36(1), 79–106.
- Ruberg, T. (2013). *Der Genuserwerb ein- und mehrsprachiger Kinder*. Hamburg: Dr. Kovac.

Ruberg, T. & Rothweiler, M. (2018). Die Entwicklung sprachdiagnostischer Kompetenzen frühpädagogischer Fachkräfte im Rahmen einer Weiterbildung. *Forschung Sprache*, 2, 56–72.

S

Saenz, T. I. & Huer, M. B. (2003). Testing strategies involving least biased language assessment of bilingual children. *Communication Disorders Quarterly*, 24(4), 184–193.

Scharff Rethfeldt, W. (2019). Speech and language therapy services for multilingual children with migration background: A cross-sectional survey in Germany. *Folia Phoniatica et Logopaedia*, 71, 116–126.

Scherger, A. (2015). Kasus als klinischer Marker im Deutschen. *Logos*, 3(23), 164–175.

Scherger, A. (2019). Dative case marking in 2L1 and L2 bilingual SLI. In P. Guijarro Fuentes & C. Suárez-Gómez (Eds.), *Language acquisition and development – Proceedings of the GALA 2017* (pp. 95–115). Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars.

Schmidt, M. (2014). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen und Mehrsprachigkeit. In S. Chilla & S. Haberzettl (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen* (S. 97–109). München: Elsevier.

Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A. & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 68–77. Berlin: Robert Koch-Institut.

Schöler, H. & Brunner, M. (2008). *HASE – Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung* (2., erweiterte Aufl.). Wertingen: Westra.

Schrader, F. (2009). Anmerkungen zum Themenschwerpunkt Diagnostische Kompetenz von Lehrkräften. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 23(3-4), 237–245.

Schrey-Dern, D. (2006). *Sprachentwicklungsstörungen. Logopädische Diagnostik und Therapieplanung. Forum Logopädie*. Stuttgart: Thieme.

Schulz, P. (2007a). Sprachentwicklungsstörungen. In H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (S. 178–190). Göttingen: Hogrefe.

Schulz, P. (2007b). Frühdiagnostik: Frühindikatoren und Verfahren zur Früherkennung von Risikokindern. In H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (S. 688–704). Göttingen: Hogrefe.

Schulz, P. (2007c). Erstspracherwerb Deutsch: Sprachliche Fähigkeiten von Eins bis Zehn. In U. Graf & E. Moser Opitz (Hrsg.), *Diagnostik und Förderung im Elementarbereich und Grundschulunterricht* (S. 67–86). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Schulz, P. (2013a). Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern. *Sprache – Stimme – Gehör*, 37, 1–5.

Schulz, P. (2013b). Wer versteht wann was? Sprachverstehen im frühen Zweitspracherwerb des Deutschen am Beispiel der w-Fragen. In A. Deppermann (Hrsg.), *Das Deutsch der Migranten*.

- Jahrbuch 2012 des Instituts für die deutsche Sprache Mannheim* (S. 313–337). Berlin: De Gruyter.
- Schulz, P. (2018). Zur Semantik von Verben im Spracherwerb. In S. Engelberg, H. Lobin, K. Steyer & S. Wolfer (Hrsg.), *Wortschätze. Dynamik – Muster – Komplexität. Institut für Deutsche Sprache, Jahrbuch 2017* (S. 133–151). Berlin, New York: De Gruyter.
- Schulz, P. & Grimm, A. (2012). Spracherwerb. In H. Drügh, S. Komfort-Hein, A. Kraß, C. Meier, G. Rohowski, R. Seidel & H. Weiß (Hrsg.), *Germanistik. Sprachwissenschaft – Literaturwissenschaft – Schlüsselkompetenzen* (S. 155–172). Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.
- Schulz, P. & Grimm, A. (2019). The age factor revisited: Timing in acquisition interacts with age of onset in bilingual acquisition. *Frontiers in Psychology online*, 9:2732. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02732.
- Schulz, P., Grimm, A., Geist, B. & Voet Cornelli, B. (2014). cammino – Mehrsprachigkeit am Übergang zwischen Kita und Grundschule. In Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), *Bildungsforschung 2020 – Herausforderungen und Perspektiven* (S. 281–284). Berlin: BMBF.
- Schulz, P., Grimm, A., Schwarze, R. & Wojtecka, M. (2017). Spracherwerb bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache: Chancen und Herausforderungen. In U. Hartmann, M. Hasselhorn, A. Gold (Hrsg.), *Entwicklungsverläufe verstehen – Kinder mit Bildungsrisiken wirksam fördern* (S. 190–206). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz, P., Kersten, A. & Kleissendorf, B. (2009). Zwischen Spracherwerbsforschung und Bildungspolitik: Sprachdiagnostik in der frühen Kindheit. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29(2), 122–140.
- Schulz, P. & Roeper, T. (2011). Acquisition of exhaustivity in wh-questions: A semantic dimension of SLI? *Lingua*, 121(3), 383–407.
- Schulz, P. & Schwarze, R. (2017). How robust is the ban on nonfinite verbs in V2? Evidence from early second language learners of German with and without SLI. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft*, 36(1), 51–78.
- Schulz, P. & Tracy, R. (2011). *LiSe-DaZ – Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, P. & Wittek, A. (2003). Opening doors and sweeping floors: What children with specific language impairment know about telic and atelic verbs. In B. Beachley, A. Brown & F. Colin (Eds.), *Proceedings of the 27th Annual Boston University Conference on Language Development* (Vol. 2., pp. 727–738). Somerville, MA: Cascadilla Press.
- Schweda, A., Grab, M. & Kelle, H. (2015). Sprachstandserhebungen in medizinischen Schuleingangsuntersuchungen und in Grundschulen – eine analytische Kontrastierung professioneller Durchführungslogiken. *Zeitschrift für Grundschulforschung*, 8(1), 122–135.

- Semel, E., Wiig, E. & Secord, W. (1995). *CELF-3 – Clinical evaluation of language fundamentals* (3rd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Siegmüller, J. (2013). Kompensierter Dysgrammatismus. In S. Ringmann, J. Siegmüller (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Schuleingangsphase* (S. 103–132). München: Elsevier.
- Siegmüller, J., Herzog, C. & Herrmann, H. (2005). Syntaktische und lexikalische Aspekte beim Verstehen von Informationsfragen. *Logos interdisziplinär*, 13(1), 29–35.
- Siegmüller, J., Ringmann, S., Strutzmann, E., Beier, J., Marschik, P. B. (2012). Ein Marker für Sprachentwicklungsstörungen im späten Vorschulalter: die Textproduktion. *Sprache – Stimme – Gehör*, 36(3), e65–e75.
- Skerra, A., Adania, F. & Gagarina, N. (2013). Diskurskohäsive Mittel in Erzählungen als diagnostischer Marker für Sprachentwicklungsstörungen. *Spektrum Patholinguistik*, 6, 127–158.
- Speer, C. P. & Gahr, M. (Hrsg.). (2009). *Pädiatrie* (3. vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Speer, C., Gahr, M. & Dötsch, J. (Hrsg.). (2019). *Pädiatrie* (5. vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Spix C. & Blettner M. (2012). Screening – Part 19 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(21), 385–90.
- Szagan, G., Stumper, B. & Schramm, S. (2014). *FRAKIS – Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung* (2., korr. Aufl.). München: Pearson.

T

- The Communication Trust (o. J.). *Working with Speech and Language Therapists*. Verfügbar unter https://www.thecommunicationtrust.org.uk/media/167275/s1_working_with_speech_and_language_therapists_final_jb.pdf [Abruf am 11.4.2019].
- Theodorou, E., Kambanaros, M. & Grohmann, K. (2016). Diagnosing bilingual children with SLI: Determination of identification accuracy. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 30(12), 925–943.
- Thoma, D., Ofner, D., Seybel, C. & Tracy, R. (2011). Professionalisierung in der Frühpädagogik: Eine Pilotstudie zur Sprachförderkompetenz. *Frühe Bildung*, 0(0), 31–36.
- Thoma, D. & Tracy, R. (2006). Deutsch als frühe Zweitsprache: zweite Erstsprache? In B. Ahrenholz (Hrsg.), *Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten* (S. 58–79). Freiburg im Breisgau: Fillibach.
- Thomas, A. (2018, Februar 16). Heilmittelprüfungen bringen Ärzte auf die Palme. *Ärzte Zeitung online*. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/rezepte/article/957607/heilmittel-heilmittelpruefungen-bringen-aerzte-palme.html [Abruf vom 13.3.2019].
- Thordardottir, E. (2015a). *Proposed Diagnostic Procedures and Criteria for Bi-SLI COST Action Studies. COST Action ISO80*. Verfügbar unter <http://www.bi-sli.org>. [Abruf vom 13.10.2020].

- Thordardottir, E. (2015b). Proposed diagnostic procedures for use in bilingual and crosslinguistic contexts. In S. Armon-Lotem, J. de Jong & N. Meir (Eds.), *Assessing multilingual children. disentangling bilingualism from language impairment* (pp. 331–358). Bristol, Buffalo, Toronto: Multilingual Matters.
- Thornton, R. (1996). Elicited production. In D. McDaniel, C. McKee & H. S. Cairns (Eds.), *Methods for assessing childrens syntax* (pp. 77–102). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Tigges-Zuzok, C. (2008): Was soll wann behandelt werden? Indikation zur Logopädischen Therapie in der pädiatrischen Praxis. *Kinder- und Jugendarzt*, 1(39), 11–14. Verfügbar unter https://www.vdls-ev.de/wp-content/uploads/2019/02/KJA_01-2008_Auszug.pdf [Abruf vom 13.10.2020].
- Titz, C., Ropeter, A. & Hasselhorn, M. (2018). Ausgangslagen erfassen und Veränderungen dokumentieren: Zum Mehrwert von Diagnostik. In C. Titz, S. Geyer, A. Ropeter, H. Wagner, S. Weber & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Konzepte zur Sprach- und Schriftsprachförderung entwickeln*. (S. 87–100), Stuttgart: Kohlhammer.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P. R., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(6), 1245–1260.
- Tomblin J. B., Smith, E. & Zang, X. (1997). Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors. *Journal of Communication Disorders*, 30(4), 325–343.
- Tracy, R. (2008). *Wie Kinder Sprachen lernen. Und wie wir sie dabei unterstützen können* (2. Aufl.). Tübingen: Francke.
- Tracy, R. (2014a). Erstspracherwerb. In J. Ossner & H. Zinsmeister (Hrsg.), *Sprachwissenschaft für das Lehramt* (S. 51–86). Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Tracy, R. (2014b). Mehrsprachigkeit: Vom Störfall zum Glücksfall. In M. Krifka, J. Blaszcak, A. Leßmöllmann, A. Meinunger, B. Stiebels, R. Tracy & H. Truckenbrodt (Hrsg.), *Das mehrsprachige Klassenzimmer. Über die Muttersprachen unserer Schüler* (S. 13–33). Wiesbaden: Springer VS.
- Tracy, R., Ludwig, C. & Ofner, D. (2010). Sprachliche Kompetenzen pädagogischer Fachkräfte: Versuch einer Annäherung an ein schwer fassbares Konstrukt. In M. Rost-Roth (Hrsg.), *Beiträge des 5. Workshops Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund* (S. 183–204). Freiburg: Fillibach.
- Tracy, R., Schulz, P. & Voet Cornelli, B. (2018). Sprachstandsfeststellung im Elementarbereich. In C. Titz, S. Geyer, A. Ropeter, H. Wagner, S. Weber & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Konzepte zur Sprach- und Schriftsprachförderung entwickeln* (S. 101–116). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tracy, R. & Thoma, D. (2009). Convergence on finite V2 clauses in L1, bilingual L1 and early L2 acquisition. In P. Jordens & C. Dimroth (Eds.), *Functional categories in learner language* (pp. 1–43). Berlin: De Gruyter.

- Tsimplici, I. (2014). Early, late or very late?: Timing acquisition and bilingualism. *Linguistic approaches to bilingualism*, 4(3), 283–313.
- Tuller, L. (2015). Clinical use of parental questionnaires in multilingual contexts. In S. Armon-Lotem, J. de Jong & N. Meir (Hrsg.), *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment* (S. 301–330). Bristol, Buffalo, Toronto: Multilingual Matters.
- Tuller, L., Abboud, L., Ferré, S., Fleckstein, A., Prévost, P., Dos Santos, C., Scheidnes, M. & Zebib, R. (2013). Specific language impairment and bilingualism: Assembling the pieces. In C. Hamann & E. Ruigendijk (Eds.), *Language acquisition and development: Proceedings of GALA 2013* (pp. 533–567). Newcastle: Cambridge Scholars.

U

- Ulich, M. & Mayr, T. (2003). *Sismik – Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen*. Freiburg: Herder.
- Ullrich, K. & von Suchodoletz, W. (2011). Möglichkeiten und Grenzen der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. *HNO*, 59, 55–60.
- Unsworth, S. (2013). Assessing the role of current and CUMULATIVE exposure in simultaneous bilingual acquisition: The case of Dutch gender. *Bilingualism: Language and Cognition*, 16(1), 86–110.

V

- van Ophuysen, S. (2010). Professionelle pädagogisch-diagnostische Kompetenz – eine theoretische und empirische Annäherung. In N. Berkenmeyer, W. Bos, H.-G. Holtappels, N. McElvany & R. Schulz-Zander (Hrsg.), *Jahrbuch der Schulentwicklung. Daten, Beispiele und Perspektiven* (S. 203–234). Weinheim, München: Juventa.
- Voet Cornelli, B. (2008). *Vorschulische Sprachförderung für Kinder mit Migrationshintergrund vor dem Übergang zwischen Kindergarten und Grundschule am Beispiel der hessischen Vorlaufkurse* (Unveröffentlichte Magisterarbeit). Goethe Universität, Frankfurt a.M.
- Voet Cornelli, B., Geist, B., Grimm, A. & Schulz, P. (2012b). Wie wird der Sprachstand mehrsprachiger Kinder in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen erhoben? Erste Ergebnisse aus dem Projekt cammino. In S. Jeuk & J. Schäfer (Hrsg.), *Deutsch als Zweitsprache in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Aneignung, Förderung, Unterricht. Beiträge aus dem 7. Workshop Kinder mit Migrationshintergrund* (S. 43–73). Freiburg: Fillibach.
- Voet Cornelli, B., Geyer, S., Müller, A., Lemmer, R. & Schulz, P. (2020). *Vom Sprachprofi zum Sprachförderprofi – Linguistisch fundierte Sprachförderung in Kita und Grundschule*. Weinheim: Beltz Pädagogik.

- Voet Cornelli, B., Schulz, P. & Tracy, R. (2013). Sprachentwicklungsdiagnostik bei Mehrsprachigkeit. Eine Herausforderung für die pädiatrische Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161, 911–917.
- von Kardoff, E. (2004). Qualitative Evaluationsforschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (3. Aufl., S. 238–259). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- von Kries, R. & Schlack, H. (2006). Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9: alte und neue Herausforderungen. *Kinderärztliche Praxis*, 77(6), 324–328.
- von Suchodoletz, W. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151(1), 31–37.
- von Suchodoletz, W. (2004). Zur Prognose von Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen?* (S. 155–199). Göttingen: Hogrefe.
- von Suchodoletz, W. (2009). Wie wirksam ist Sprachtherapie? *Kindheit und Entwicklung*, 18(4), 213–221.
- von Suchodoletz, W. (2010). Therapie von Sprech- und Entwicklungsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was hilft wirklich?* (S. 57–87). Göttingen: Hogrefe.
- von Suchodoletz, W. (2011). *Handbuch zum SBE-3-KT*. Erstveröffentlichung 2009. Verfügbar unter https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-sachse/SBE-3-KT/SBE-3-KT_Handbuch.pdf [Abruf vom 08.10.2018].
- von Suchodoletz, W., Kademann, S. & Tippelt, S. (2009). *SBE-3-KT – Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7a*. Verfügbar unter <https://www.kjp.med.uni-muenchen.de/download/SBE-3-KT.pdf> [Abruf vom 12.10.20].
- von Suchodoletz, W., Kademann, S. & Tippelt, S. (2011). *Handbuch zum SBE-3-KT*. Verfügbar unter https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-sachse/SBE-3-KT/SBE-3-KT_Handbuch.pdf [Abruf vom 19.09.2020].
- von Suchodoletz, W. & Sachse, S. (2008). *Anlagen zum Handbuch des SBE-2-KT*. Verfügbar unter <https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-sachse/SBE-2-KT/SBE-2-KT-Anlagen.pdf> [Abruf vom 08.10.2018].
- von Suchodoletz, W. & Sachse, S. (2009). *SBE-2-KT – Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7*. Verfügbar unter <https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-sachse/SBE-2-KT/SBE-2-KT.pdf> [Abruf vom 28.10.2018].
- von Suchodoletz, W. & Sachse, S. (2015). *Handbuch zum SBE-2-KT*. Erstveröffentlichung 2008. Verfügbar unter https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-sachse/SBE-2-KT/Handbuch-SBE-2-KT_31.3.2015.pdf [Abruf vom 08.10.2018].

von Suchodoletz, W., Sachse, S., Kademann, S. & Tippelt, S. (2010). *Anlagen zum Handbuch des SBE-3-KT*. Verfügbar unter https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/wp/wp-sachse/SBE-3-KT/SBE-3-KT_Anlagen.pdf [Abruf vom 08.10.2018].

W

Weber, P. & Jenni, O. (2012). Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(24), 413–437.

Wegener, H. (1992). Pluralregeln und mentale Grammatik. In I. Zimmermann & A. Strigin (Hrsg.), *Fügungspotenzen* (S. 226–249). Berlin: Akademie-Verlag.

Weinrich, H. (2003). *Textgrammatik der deutschen Sprache* (2., rev. Auflage). Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms.

Weishaupt, H. & Kemper, T. (2009). Zur nationalitätenspezifischen und regionalen Bildungsbenachteiligung ausländischer Schüler unter besonderer Berücksichtigung des Förderschulbesuchs. In I. H. Sylvester, I. Sieh, M. Menz, H. Fuchs & J. Behrendt (Hrsg.), *Bildung, Recht, Chancen. Rahmenbedingungen, empirische Analysen und internationale Perspektiven zum Recht auf chancengleiche Bildung. Festschrift für Lutz R. Reuter* (S. 97–111). München: Waxmann.

Weithase, A., Vogel, M., Kiep, H., Schwarz, S., Meißner, L., Herrmann, J., Rieger, K., Koch, C., Schuster, V., Kiess, W. (2017). Qualität und Inanspruchnahme von Kindervorsorgeuntersuchungen in Deutschland. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 142(8), e42–e50. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0043-100841.pdf> [Abruf am 29.3.2019].

WIdO/Wissenschaftliches Institut der AOK (2018a). *Heilmittelbericht – Ergotherapie – Sprachtherapie – Physiotherapie – Podologie*. Berlin: WIdO.

WIdO/Wissenschaftliches Institut der AOK. (2018b). *Sprach- und Bewegungstherapien bei Schulanfängern leicht rückläufig* (Pressemitteilung zum Heilmittelbericht 2018 vom 18.12.2018). Berlin: WIdO. Verfügbar unter https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/pm__wido_heilmittelbericht_2018.pdf [Abruf vom 12.06.2019].

Winter, K. (1999). Speech and language therapy provision for bilingual children: aspects of the current service. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34(1), 85–98.

Winter, K. (2001). Numbers of bilingual children in speech and language therapy: Theory and practice of measuring their representation. *The International Journal of Bilingualism*, 5(4), 465–495.

Wintruff, Y., Orlando, A. & Gumpert, M. (2011). Diagnostische Praxis bei mehrsprachigen Kindern. Eine Umfrage unter Therapeuten zur Entscheidung über den Therapiebedarf mehrsprachiger Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten. *Forum Logopädie*, 25(1), 6–13.

- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Art. 22. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> [Abruf vom 05.09.2018].
- Wöllstein, A. (Hrsg.). (2016). *Die Grammatik, DUDEN Bd. 4* (9. vollst. überarb. u. akt. Aufl.). Berlin: Duden.
- Wolff, S. (2004). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (3. Aufl., S. 502–513). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Anhang

Anhang I

Sprachdiagnostische Kompetenzen in der Pädiatriebildung (Auszug dem Nationalen Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin – NKLM (MFT, 2015))

Prinzipien normaler Struktur und Funktion (S. 117)

Sie erläutern Prinzipien von Konzeptbildung, Sprache und Sprechen. Sie können ...

... Grundbegriffe der Sprache und des Sprechens und deren Beziehung zueinander erklären.

Anwendungsbeispiel: Artikulation; Semantik; verbal; paraverbal; nonverbal; Syntax, Phonetik und Phonologie, Pragmatik

Querverweis zu Beratungsanlass, Krankheiten: Aphasien; Artikulationsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Dysarthrien

... Phasen der normalen Sprachentwicklung beschreiben.

Anwendungsbeispiel: Sprachentwicklungsverzögerung

Querverweis zu Beratungsanlass, Krankheiten: Sprachentwicklungsstörungen, psychomotorische Entwicklungsverzögerungen, Redeflussstörungen; Rett-Syndrom

... neurobiologische und neuroanatomische Grundlagen der Sprache und des Sprachverständnisses erklären.

Anwendungsbeispiel: Hemisphärenasymmetrie, Sprachlokalisation, Sprachmodelle

Querverweis zu Beratungsanlass, Krankheiten: Aphasien (Broca und Wernicke), Dyspraxien, Dysarthrien

... die mechanische Ausführung und Koordination des Sprechens erklären

Querverweis zu Beratungsanlass, Krankheiten: Lippen-Kiefer-Gaumenspalte; phonetische Störungen, Artikulationsstörungen, Dysarthrien, Dysglossien, Näseln

Diagnostische Verfahren (S. 182 ff.)

Die Absolventin und der Absolvent beherrschen die methodischen Grundlagen und den Ablauf der Diagnostik sowie den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit, Risiken von Diagnostik und Überdiagnostik und diagnostischen Ergebnissen im Niedrigprävalenzbereich.

Sie wenden die methodischen Grundlagen der Diagnostik an und können insbesondere mit der Unsicherheit der Diagnostik umgehen und Validitätsparameter einschätzen. Sie können ...

... die unterschiedlichen Normen und Normierungskriterien erklären und Abweichungsnormen als statistische Norm anwenden.

... die Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität, ihre Beziehung zueinander und ihre Einflussfaktoren erklären und die Methoden erläutern, mit denen die Testgütekriterien bestimmt werden können.

... spezielle methodische Herausforderungen der diagnostischen Praxis wie differentielle Validität, Änderungssensitivität, die Abhängigkeit der prädiktiven Werte von der Prävalenz, Testfairness, Testethik, Urteilsheuristiken, Beurteilungsfehler erklären und diese im diagnostischen Prozess berücksichtigen.

... Methoden der Qualitätssicherung in der Diagnostik erläutern.

... nationale und internationale Klassifikationssysteme einschließlich ihrer Vor- und Nachteile erklären und diese anwenden.

Therapeutische Prinzipien (S. 226)

Sie können übende Therapieverfahren bei Stimm-, Schluck-, Sprach- und Sprechstörungen erklären.

Gesundheitsförderung und Prävention (S. 259)

Sie kennen, erläutern und vermitteln zielgruppenspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche.

Sie können die Bedeutung der aktiven Sinneswahrnehmung für die körperliche, psychische und sprachliche Entwicklung des Kindes erläutern.

Anwendungsbeispiel: Sprachentwicklung/Kommunikation: Bedeutung des aktiven Spielens, Tastens und Bewegens des Kindes und des Sprechens und Vorlesens durch die Eltern

Anhang II

Gesprächsführungskompetenzen in der Pädiatriebildung (Auszug dem Nationalen Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin – NKLM (MFT, 2015, S. 174 ff.)

Ärztliche Gesprächsführung

Sie sind sich der soziokulturellen Vielfalt und der Werte- und Normenpluralität in der Gesellschaft bewusst und berücksichtigen diese in medizinischen Situationen angemessen. Sie können ...

... kulturelle, soziale, geschlechterbezogene, sozioökonomische, religiöse und weltanschauliche Wert- und Normsysteme differenziert bei sich und anderen wahrnehmen und ihre Bedeutung für den Einzelfall und für die medizinische Behandlung reflektieren.

... sich Wissen über soziokulturelle Diversität aneignen und dabei kritisch gegenüber Vereinfachungen bleiben (Kulturalisierung vermeiden). (Anwendungsbeispiel: möglicherweise erschwerte Voraussetzungen bei der Verständigung aufgrund sprachlicher Barrieren und/oder unterschiedlicher kultureller Hintergründe insbesondere bezüglich kulturspezifischer Konzepte von Krankheit, deren Verursachung und Behandlung kennen und berücksichtigen.

... Strategien zur kultursensiblen Kommunikation anwenden.

Sie sind sich der Konsequenzen sprachlicher Barrieren für die Interaktion mit Patientinnen/Patienten und deren Bezugspersonen bewusst und berücksichtigen diese bei der Planung und Durchführung des Gesprächs. Sie können

... die Sprachkenntnisse und das individuelle Sprachniveau von Patienten einschätzen und das eigene Sprachniveau anpassen können, z. B. bei Patientinnen und Patienten mit einer anderen Muttersprache als Deutsch. (Anwendungsbeispiel: Sprachniveau anpassen: Patientinnen und Patienten direkt, langsam und voraussetzungsarm ansprechen, ...)

... das Verständnis von Patientinnen und Patienten durch verständnissichernde Maßnahmen (verbal und nonverbal) gezielt kontrollieren und beim Eindruck von Verständnisproblemen direkt intervenieren (Anwendungsbeispiel: Maßnahmen: a) verbal: langsam, laut und deutlich sprechen sowie voraussetzungsarm, eher einfaches Vokabular, Fachausdrücke erklären; vermehrtes Nachfragen, Paraphrasieren, Zusammenfassen, ...)

Anhang III**Fragebogen des Projektes cammino zur Befragung von Kinderärzt/innen****Fragebogen: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin****I. Angaben zur Praxis**

1.1 Wo liegt Ihre Praxis? in einer Stadt (über 100.000 Einwohner)

in einer ländlichen Region (unter 100.000 Einwohner)

1.2 Wie hoch ist der Anteil mehrsprachiger Kinder unter Ihren Patienten? ca. _____ %

2. Angaben zu Ausbildung und Beruf

2.1 Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung (und ggf. Zusatzqualifikationen)? _____

2.2 Wie lange sind Sie bereits in Ihrem Beruf tätig (einschl. Facharztausbildung)? _____ Jahre

2.3 Das Thema „Sprache“ spielt in verschiedenen Berufen eine unterschiedliche Rolle. In welcher Phase Ihres Berufslebens waren die folgenden Themen Lerngegenstand? Bitte geben Sie je Phase mit Ziffern zwischen 0 und 6 an, wie intensiv Sie sich mit dem Thema beschäftigt haben (0 = „gar nicht“ bis 6 = „sehr ausführlich“).

	Studium	Facharztausbildung	Fort- und Weiterbildungen/ Kongresse/Vorträge
Sprachentwicklung			
Sprachentwicklungsstörungen			
Sprachstandserhebung			
Mehrsprachigkeit			
Interventionsmöglichkeiten			

2.4 Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin werden vielfältige Fort- und Weiterbildungen zu den verschiedenen Entwicklungsbereichen angeboten. Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine Fort-/Weiterbildung zum Bereich Sprache wahrgenommen?

ja nein

Wenn ja, z.B. zu folgenden Themen: _____

2.5 Wie informieren Sie sich über Sprachentwicklung, Mehrsprachigkeit und Verfahren zur Sprachstandserhebung? (Mehrfachnennung möglich)

- Literatur
 Internet
 Kollegen
 Fort-/Weiterbildungen
 Fachtage, Vorträge, Kongresse
 sonstiges _____

2.6 Wünschen Sie sich mehr Informationen zu Sprachentwicklung und Mehrsprachigkeit, z.B. durch

- Fort-/ Weiterbildungen
 Vorträge
 sonstiges _____
 kein weiterer Informationsbedarf

3. Sprachstandserhebungen

3.1 Welche Methoden und Materialien nutzen Sie, um den Sprachstand eines Kindes festzustellen? (Mehrfachnennung möglich)

	U7a	U8	U9
Elternbefragung			
Beobachtung			
Gespräch mit dem Kind			
Konkrete hausinterne Aufgaben			
Einsatz eines Testverfahrens			
In welcher/n Vorsorgeuntersuchung/en verwenden Sie veröffentlichte Materialien (wie z.B. Bildvorlagen, Fragebögen, Testverfahren)?			

Wenn Sie veröffentlichte Materialien oder Tests für die Sprachstandserhebung verwenden, geben Sie bitte hier Autor und Titel an: _____

3.2 Erfassen Sie bei mehrsprachigen Kindern auch den Sprachstand in der/den Erstsprache(n)?

- ja
 nein

Wenn ja, wie? _____

3.3 Welche der folgenden (sprach-)biografischen Informationen erheben Sie? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Alter des Kindes
- Alter, in dem das Kind erste Wörter gesprochen hat
- Alter, in dem das Kind erste Wortkombinationen gesprochen hat
- Sprache(n), die das Kind erwirbt
- Herkunftsland der Eltern
- Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung in der Familie
- Vorliegen einer Lese-Rechtschreibstörung in der Familie
- Besuch einer Kindertagesstätte
- Alter bei Eintritt in eine Kindertagesstätte

Außerdem bei mehrsprachigen Kindern

- Sprachgebrauch (z.B. Mit wem spricht das Kind welche Sprache in welcher Situation?)
- Alter des Kindes bei Erwerbsbeginn des Deutschen
- Kontaktdauer des Kindes zum Deutschen zum Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchung

4. Angaben zu Ihrer Person

4.1 Geschlecht: weiblich männlich

4.2 Bitte nennen Sie Ihr Alter: _____ Jahre

4.3 Mit wie vielen Sprachen sind Sie aufgewachsen? einsprachig mehrsprachig

4.4 Welche Sprache(n) sprechen Sie seit der Geburt? _____
als Zweit-/Fremdsprache(n)? _____

Kontaktdaten *(Angaben sind freiwillig)*

Im Rahmen von Veranstaltungen und in Kurzbeschreibungen informieren wir die Teilnehmer der Studie – falls gewünscht – über den weiteren Verlauf und (erste) Ergebnisse der Studie.

Möchten Sie über den Verlauf der Studie informiert werden? Ja Nein

Wir würden Sie gerne für ein Experteninterview zum Thema „Beurteilung der Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder“ gewinnen (Dauer ca. 30 Minuten).

Wären Sie bereit daran teilzunehmen? Ja Nein

Bitten geben Sie hier Ihre Kontaktdaten an, damit wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen können:

Name, Vorname: _____

Name der Praxis: _____

Anschrift der Praxis: _____

Telefonnummer: _____ und E-Mailadresse: _____

Gerne können Sie uns bereits Tage nennen, an denen Sie ca. 30 Minuten Zeit für ein Interview haben:

Montag _____ Uhr

Dienstag _____ Uhr

Mittwoch _____ Uhr

Donnerstag _____ Uhr

Freitag _____ Uhr

Bitte per Post zurück an:

Goethe-Universität Frankfurt
 Fachbereich 10 Neuere Philologien
 Barbara Geist
 Hauspostfach 177
 60629 Frankfurt am Main

Tel. 069 / 798 33124

Anhang IV

Elternfragebogen zu den teilnehmenden Beobachtungen

**Elternfragebogen zur
Beobachtung von Vorsorgeuntersuchungen**

Sind sie erstmals bei diesem Kinderarzt oder waren Sie schon öfter hier?

erstmals schon öfter/immer

Geburtsdatum des Kindes: _____

Welche Sprache(n) spricht Ihr Kind? _____

Welche Sprache(n) hat es zuerst gelernt? _____

Wie alt war Ihr Kind, als es begonnen hat Deutsch zu erwerben? _____

Seit wann geht Ihr Kind in die Kita? _____

Hat er/sie ältere Geschwister? Wenn ja, wie alt? _____

Ggf. Gibt es Sprachauffälligkeiten in der Familie? _____

- ➔ Erwerbstyp: DaZ
 BIL
 DaM

Anhang V

Transkriptionsregeln des Projektes cammino

Projekt cammino

Transkriptionsregeln für Interviews und Beobachtungen

(In Anlehnung an Dresing & Pehl (2011), Knapp et al. (2007, S. 111), Flick (2007, S. 381 ff.)

Verschriftungsregeln:

1. Umgangssprachliche Abkürzungen wie „'ne Flasche“ werden orthographisch korrekt geschrieben. Allerdings darf nicht interpretiert werden. Wenn aus dem Kontext nicht klar ersichtlich ist, um welches Wort es sich handelt (z.B. bei „beim“), dann schreibe es so in Klammern: (??beim??)
2. Verschleifungen, die im Mündlichen üblich sind, werden orthografisch korrekt transkribiert. (z.B. „jetzt“ statt „jetz“)
3. lexikalischen Dialekt wie „nimmer“ statt „nie mehr“, „nei“ statt „rein“, „nee“ statt „nein“, „anderthalb“ statt „eineinhalb“ beibehalten
4. Regel: wenn durch das Weglassen von e/schwa für das Deutsche unübliche Konsonantenhäufungen entstehen, dann orthografisch korrekte Transkription. (z.B. „rennen“ statt „rennn“)
5. *zur, vom, im, beim, am, zum* sind feststehende Präpositionen und werden in den Transkripten auch so verschriftlicht. stattdessen wird *ins, ans, vorm* ... transkribiert als in das, an das, vor dem

s. weitere Beispiele für alle Regeln in den Listen unten, die nach Wortarten sortiert sind

Interpunktion

1. Interpunktion: konventionell
2. Wenn der Sprecher sich korrigiert oder Wörter unmittelbar hintereinander wiederholt, werden diese nicht mit einem Komma getrennt. Kommata sollten nur nach den aktuellen Regeln der Interpunktion gesetzt werden. (Bsp.: Ich muss überlegen, welche welche Mutter das noch mal war.)
- 3.

Weitere Regeln

1. Zahlen ausgeschrieben, jedoch Uhrzeiten und Nummer der Vorsorgeuntersuchung ausnahmsweise in Zahlen notiert. z. B.: „... von 8:30Uhr bis 9:30Uhr machen wir mit den Kindern Deutschunterricht...“
„In der U8 machen wir...“
2. Abkürzungen wie „z.B.“ ausschreiben „zum Beispiel“

Verwendete Zeichen

<i>kursiv</i>	Gesprächsbeitrag der Interviewerin BVC/BG
standard	Gesprächsbeitrag der/ des Interviewpartner/-in
N*, *Schule, *Ort	anonymisierter Name (Eigename, Schule, Ort bzw. Stadtteil)
(.)	sehr kurze Pause (< 1 Sek.)
(..)	kurze Pause (1-3 Sek.)
(...)	längere Pause (> 3 Sek.)
<i>Pausen innerhalb eines Kompositums:</i>	„Einwort-(..)-sätze“ oder „Einwort-ähm-sätze“
(<i>kursiv</i>)	nichtsprachliche Äußerungen z.B. (<i>lacht</i>)
(??standard??)	unsichere Transkription
Abc~	Wortabbruch z.B. „Dann schau ich nach der Spra~ . nach dem Sprechen.“
Satzabbrüche	Bricht der Sprecher einen Satz ab und ein anderer Sprecher setzt ein, wird kein Interpunktionszeichen an den abgebrochenen Satz gesetzt. Unterbricht der Sprecher seinen eigenen Satz, trenne die Sätze mit einem Komma

Weitere Konventionen

Absatz	nach jedem Sprecherwechsel
Zustimmende Lautierung	des Interviewers (z.B. „Hm“) wird nicht mit transkribiert, Zustimmende Lautierung des Interviewten jedoch schon

Verben:

Die Personalendungen sowie das Verb im Infinitiv werden stets ausgeschrieben.

Die Regel gilt: Verschleifungen werden der Orthographie des Deutschen angepasst.

Äußerung des Sprechers	Transkription
ich geb	ich gebe
sie ham	sie haben
was das Kind lern soll	was das Kind lernen soll
können Sie ein Beispiel nenn	können Sie ein Beispiel nennen

Personalpronomen:

Personalpronomen werden in der Transkription der Orthographie angepasst.

da gibt's, ich schaff's	da gibt es, ich schaffe es
se sind	sie sind
sei's	sei es

Indefinitpronomen:

sie kennt jemand	sie kennt jemanden
ma macht das so	man macht das so

Definite/Indefinite Artikel:

wichtig ist hier: Interpretiere nicht. Wenn aus dem Kontext nicht klar ersichtlich ist, ob es sich um einen definiten oder indefiniten Artikel handelt, dann schreibe es in Klammern: (??beim??)

beim, im, zum, am, vom	beim, im, zum, am, vom
ins, ans, ums, vor's	in das, um das, an das, vor das
de Aussprache, de Schule	die Aussprache, die Schule
den (im Sinne von „denen“)	denen
für'n	für ein
in 'n	in einen/den (aus dem Kontext entnehmen)
ins	in das
'n	ein
'ne	eine
'nen	einen
das war's	das war es
wenn'n	wenn ein

Andere Fälle:

andern Saft	ander en Saft
denn (im Sinne von „dann“ in „und denn schaue ich ins gelbe Heft“)	d ann
viele Information‘n	viele Information en
jetz	jetzt t
Kein‘n Schritt gehen	kein en Schritt gehen
ma machen	ma l machen
Na (z.B. in „Na, da schauen wir doch mal“)	Beibehalten: Na
Naa (für „Nein“ in süddt. Dialekten „Naa, das mache ich anders“)	Beibehalten: Naa
nee (im Sinne von „Nein“)	Beibehalten: nee
ne (im Sinne von „...stimmts?“ oder „... wohl?“)	Beibehalten: ne
net (in „Das mache ich net“)	Beibehalten: net
nich	nicht t
„nix“	nichts
Mehrere Person‘n	Person en
un dann	un d dann
Was (im Sinne von „etwas“ in „ich hätte gern was x“)	Beibehalten: was
Zusamm oder zusamm‘n	zusamm en

Besonderheiten der Transkription von Beobachtungen

- Die Aussprache der Kinder wird möglichst genau transkribiert, ggf. phonetische Transkription, anschließend wird das Wort in runden Klammern, nochmal in korrekter Orthografie aufgeschrieben
- Äußerungen in anderen Sprachen, werden möglichst in der Fremdsprache transkribiert und anschließend in „eckigen Klammern“ [] möglichst genau und in korrekter Orthografie übersetzt

Verwendete Zeichen

<i>kursiv</i>	Gesprächsbeitrag der Ärztin/ des Arztes
standard	Gesprächsbeitrag aller Sprecher, außer Arzt/ Ärztin

Anhang VI
Beispielprotokoll

<p>KJA_19: Hm hm hm die haben auch Hacken, ne? Oder was haben die? #00:01:04-6# DP: Hacken. #00:01:02-1# KJA_19: Ja ok. Nee, nicht so schnell nicht so schnell. #00:01:05-6# DP: Und soll ich dir den Krankenwagen zeigen? #00:01:09-1# KJA_19: Ein Krankenwagen ist auch da? (.) Ah. (.) Und ist da jemand, ist da jemand verletzt? #00:01:18-0# DP: Nein. #00:01:16-8# KJA_19: Nee, niemand verletzt? Gott sei Dank hm. #00:01:22-1#</p>	<p>Dann nimmt der Junge ein anderes Buch vom Stapel, in dem Kaninchen abgebildet sind. Er spricht von „Kikaninchen“. Diesen Ausdruck kennt er vermutlich aus dem Fernsehen vom Kinderkanal Kika. Mit dem Arzt spricht er noch kurz über die Abbildungen im Buch, dann wendet sich der Arzt der Mutter zu.</p>	<p>KJA GK Gespräch KJA mit dem Kind</p>
<p>DP: Ja und gucken wir jetzt das Kikanini- #00:01:21-6# KJA_19: Und was ist denn das da hier? #00:01:28-0# DP: Und gucken wir das Kikaninchenbuch an (KJA_19: Das Kaminir-), was da drinne ist? #00:01:30-2# KJA_19: Hast du jetzt schon alles angesehen? #00:01:31-6# DP: Nee, ich wollte nicht mehr. #00:01:34-9# KJA_19: Du wolltest nicht mehr? Willst lieber das Kaminchenbuch angucken? #00:01:36-6# DP: Ja mit dir (lacht) (KJA_19: Ah) (.) Guck mal. (KJA_19: Hm.) Kikaninchen. (KJA_19: Ein Hase (.) ein Kaninchen oder ein Hase?) (.) Ninchen. #00:01:52-8# KJA_19: Die tu- was macht denn des? #00:01:51-0# DP: Die will Karotte. #00:01:56-3# KJA_19: Ja, der tut vielleicht gern die Karotten essen, ne? #00:01:59-3# DP: Ja und ähm alles. (KJA_19: Hm.) Und die hat Schokolade verboten. #00:01:58-5# KJA_19: (zeitgleich) Und jetzt hat (...) Hm hat der hat der hat der jetzt hier eingekauft oder ne? (.) Würde ich mal denken. Hat eingekauft, hat hier leckere Sachen gekauft (.) und das ist ja ist hier? #00:02:16-2# DP: Roller. #00:02:13-4# KJA_19: Der Roller genau. Und hier fährt? (...) Fährt der irgendwo hin, vielleicht nach Hause. (DP: Ja.) Hm, gell. Oh was passiert denn da da? #00:02:24-0#</p>	<p>KJA GK Gespräch KJA mit dem Kind</p>	

<p>Transkript KJA_19_U9_DP_BVC_160112</p>	<p>Protokoll KJA_19_U9_DP_BVC_160112 Beobachtung einer U9 in einer Kinderarztpraxis in einer Großstadt. 16.01.12, 10.00 Uhr D. (m)5;0 J. alt, L1 Polnisch</p>	<p>Dauer 23:07 Min</p>
<p>(Vorab: Ursprünglich war ich an diesem Tag für eine andere U-Untersuchung eingeplant. Der Patient kam aber nicht. Kurzfristig wurde mir dann die folgende U zur Beobachtung angeboten.) Die Ärztin bittet mich in den Behandlungsraum, in dem Frau P. und ihr Sohn schon auf den Arzt warten. Mutter und Sohn sitzen vor dem Schreibtisch des Arztes. D. schaut sich ein Bilderbuch vom Bücherstapel auf dem Schreibtisch an. Ich stelle mich der Mutter vor, erkläre ihr mein Anliegen und übergebe ihr einen Flyer. Ich unterhalte mich ein wenig mit der Mutter. Sie berichtet, dass sie schon seit D's Geburt zu diesem Arzt gehe, nun aber in einen weiter entfernten Stadtteil gezogen sei und deshalb mit dem zweiten Kind, das sie bald erwartet, zu einem anderen Arzt gehen möchte. D. ist ihr ältester Sohn. Die Mutter spricht sehr gut Deutsch. Zuhause sprechen sie und ihr Mann nur Polnisch. D. hat mit 3 Jahren, mit Eintritt in die Kita begonnen, Deutsch zu lernen. Sie fragt mich, ob es gut sei, dass sie zu Hause nur Polnisch sprechen. Ich bejahe dies und sage ihr, dass die Kinder in der Regel beide Sprachen gut lernen, wenn sie früh und regelmäßig in die Kita gehen.</p>	<p>Als der Arzt hereinkommt, begrüße ich ihn und erkläre ihm, dass Frau P. mit meiner Teilnahme und der Audioaufzeichnung einverstanden ist. Ich schalte das Audiogerät ein, während KJA19 sich schon dem Jungen zugewandt hat. Er spricht mit dem Kind über die Bilder in dem Kinderbuch, das aufgeschlagen auf dem Tisch liegt. KJA 19 stellt dem Jungen Fragen zu den Bildern.</p>	<p>KJA GK Gespräch KJA mit dem Kind</p>
<p>KJA_19: Muss ich doch mal gucken. Ei was brennt denn da? #00:00:11-9# DP: Die Bäume. #00:00:14-2# KJA_19: Stehst du, was da brennt? (DP: Ja.) Was brennt denn da? #00:00:16-1# DP: Bäume. #00:00:18-5# KJA_19: Bäume hm. #00:00:18-1# DP: Feuer. #00:00:19-9# KJA_19: Ist das vielleicht ein Wald? (DP: Ja.) Wenn da nicht so schnell, nicht so schnell ich habe noch nicht alles gesehen. O und was ist denn DA? #00:00:30-7# DP: Ein ein Feuerwehrtank. #00:00:29-7# KJA_19: Ein Feuerwehrtank. Guck mal, was was hat denn der da unten dran? #00:00:35-6# DP: Ein Löcher. #00:00:37-6# KJA_19: Das ist irgendwie so ein ein Wasserbehälter, hm oder? #00:00:42-1# DP: Nein, der löscht alles. #00:00:43-0# KJA_19: Löscht alles äh. Mit mit Löschtflüssigkeit. hm. Und guck mal hast ja hier gesehen, was was passiert denn da? Was machen denn da, das sind auch Leute, ne? (DP: Ja.) Was machen die? #00:00:51-8# DP: Die die machen, dass das Feuer nicht ganz viel ausbricht. #00:01:01-6#</p>	<p>D. antwortet, will aber immer wieder weiterblättern. Der Arzt sagt ihm, er solle nicht so schnell sein.</p>	<p>KJA GK Gespräch KJA mit dem Kind</p>

<p>KJA_19: Das wäre nett, wenn Sie den bekommen ähm, dass sie mir den mal geben, ne? #00:03:40-2#</p> <p>M_DP: Ok gut. #00:03:42-7#</p> <p>KJA_19: Ok ähm *Name2 spricht der auch Polnisch? (M_DP: Hm.) Und spr~ und wie spricht der Polnisch? #00:03:49-0#</p> <p>M_DP: Sehr gut (lacht). #00:03:49-7#</p> <p>KJA_19: Sehr gut Polnisch? Ja das ist schön, ne? (M_DP: Ja.) Später muss er #00:03:52-1#</p> <p>M_DP: Weil wir reden nur Polnisch zu Hause, hm. #00:03:54-0#</p> <p>KJA_19: Zu Hause sprechen Sie Polnisch, ne? Ja genau. Und äh spricht der gut Polnisch toll, ne? (.) Ist ein Geschenk, was sie ihm machen. #00:04:02-4#</p> <p>DP: Ja, wir haben dich schon einmal gesehen. #00:04:03-7#</p> <p>KJA_19: Mich hast du schon mal gesehen? Ah- Ich habe dich auch schon mal gesehen. (DP: Ja?) (.) Du bist mir nicht unbekannt. (M_DP: (lacht).) Ok. #00:04:07-9#</p> <p>DP: Guck mal, was ich gebaut habe. #00:04:11-4#</p> <p>KJA_19: Ja sehr schön (.) ne? #00:04:13-9#</p> <p>DP: Hm. #00:04:16-8#</p> <p>KJA_19: Tut der geme bauen? #00:04:16-8#</p> <p>M_DP: Ja, ja. #00:04:17-5#</p>	<p>Nun fragt er, wie gut D. das Polnische spreche. Die Mutter sagt, er spreche dies sehr gut.</p>	<p>KJA EBef_S</p> <p>Elternbefragung Kompetenzen in L1 und Sprachgebrauch zuhause</p>
<p>KJA_19: Ja? Also da kann ich Ihnen was empfehlen (DP: Huch, MAMA.), was sehr schön ist, was ich vor zwei Wochen mit meinem Enkel gemacht habe. Und zwar da gibt es im ähm Legobaustelle, die Legobaustelle (M_DP: Wo?). Das ist im deutschen Architekturmuseum (M_DP: Aha). Ab dann am Sonntag müssen sie da aber früh hingehen, die machen um 10 Uhr auf und um 12 Uhr kommen Sie, da ist alles voll, ne? Und die ähm, das heißt Legobaustelle, ich schreibe es Ihnen mal auf (M_DP: Ja bitte.) (.) Das macht echt Spaß. (.) Legobaustelle. (.) (DP: Legobaustelle äh.) Und und zwar fahren Sie fahren Sie mit der U-Bahn bis Schweizer Platz oder also Garten- äh Gartenstraße. Bis hinter den Main, ne? (M_DP: Hm.) Also erste Haltestelle hinter dem Main mit der U2 (M_DP: Hm.). Steigen da aus und dann gleich am Mainufer gleich das zweite Museum ist das, ist das deutsche Architekturmuseum. #00:05:14-5#</p> <p>M_DP: Haben Sie vielleicht die Adresse, weil wir wohnen nicht hier, wir wohnen in "Ort". #00:05:17-0#</p> <p>KJA_19: Ja, aber trotzdem Parkplätze ist ganz schwierig, (M_DP: Besser ist mit U-Bahn.) besser mit äh mit U-Bahn</p>	<p>Der Arzt sieht den Jungen mit den Bauklötzen bauen und fragt, ob er gerne baue. Die Mutter bestätigt auch dies.</p> <p>Daraufhin erzählt der Arzt von einer Legobaustelle in einem Museum. Er selbst sei dort sonntags mit seinem Enkel gewesen. Er empfiehlt der Mutter, mit dem Jungen einmal dorthin zu gehen und schreibt ihr den Namen des Museums auf. Man müsse dort sonntags um 10 Uhr hingehen, gleich nach Öffnung des Museums. Der Junge hat aufmerksam zugehört und fragt nun, ob man dort auch ganz große Häuser bauen könne.</p>	<p>KJA EBef_ab</p> <p>Elternbefragung Spielvorlieben</p>

<p>DP: Und der verliert jetzt alles. #00:02:24-0#</p> <p>KJA_19: Da verliert der alles, genau ok? Und wie geht es weiter. #00:02:28-9#</p> <p>DP: Und hier (.) sieht er nichts mehr. #00:02:29-3#</p> <p>KJA_19: Hups hups (.) ja genau. (.) Ok. #00:02:34-3#</p> <p>DP: Und wenn (...) Und die hat alles verbraucht (.) von den Elefant. #00:02:38-5#</p> <p>KJA_19: Alles weg (.) nix mehr da. Alles (??unverständlich??) der Elefant, der hat ja auch viel ist ja groß, ne? Der hat ja auch viel Hunger, ne? (.) Und HIER da liegt ja. #00:02:47-5#</p> <p>DP: Hat er gefunden. #00:02:48-7#</p> <p>KJA_19: Hat er dann gefunden, hm genau. #00:02:51-5#</p> <p>DP: Weil die Ninchen hat hat das verloren. #00:02:55-1#</p> <p>KJA_19: Genau. Nehmen Sie ruhig Platz Frau *Name1. (M_DP lacht.) (.) So ok wie sind sie denn so mit dem *Name2 zufrieden? #00:03:01-4#</p> <p>DP: (zeitgleich) Mama liest du mit mir das? (.) Kommst du mit mir? (.) Mama baust du mit mir was? #00:03:01-0#</p> <p>M_DP: Ja sehr ja. #00:03:02-5#</p> <p>KJA_19: Sehr zufrieden, ja? Toll das ist gut. (.) ... (KJA) ... Ok und im Kindergarten? So (??unverständlich??) (.) Hast du auch so Freu- äh gehst du gerne in den Kindergarten? Hast du auch Freunde da? #00:03:14-5#</p> <p>DP: Hm. #00:03:16-0#</p> <p>M_DP: Das Wochenende fragst er, ob er zu Kindergarten darf. Deswegen ich weiß, dass er gern geht. #00:03:22-4#</p> <p>KJA_19: Aha (.) Hm haben Sie der äh also haben Sie auch den Zettel da abgegeben bei denen? #00:03:24-7#</p> <p>M_DP: Ja, habe ich habe ich. #00:03:25-7#</p> <p>DP: (zeitgleich) Mama Mama Mama bauen. #00:03:27-5#</p> <p>KJA_19: Haben Sie den auch schon ausgefüllt bekommen? #00:03:29-6#</p> <p>M_DP: Ähm das ist mein, (KJA_19: Ja, das ist von Ihnen.) das sollte ich und die von Kindergarten habe ich noch nicht bekommen. #00:03:30-1#</p> <p>KJA_19: Von hier noch nicht bekommen? (.) Noch nicht zurück bekommen. #00:03:36-6#</p> <p>M_DP: ähm von Kindergarten. Genau nicht noch nicht. #00:03:37-9#</p>	<p>Der Junge steht kurz danach auf und geht zu dem Spieltisch, auf dem Bauklötze liegen. Er beginnt zu spielen.</p> <p>KJA_19 fragt, ob Frau P. mit der Entwicklung des Jungen zufrieden sei. Sie sagt, sie sei sehr zufrieden.</p> <p>Der Arzt fragt weiter, ob D. in den Kindergarten gehe. Die Mutter bestätigt dies.</p> <p>Der Arzt fragt, ob sie den Fragebogen von der Kita mit habe. Sie versteht erst nicht, erklärt dann aber, dass sie ihn abgegeben, aber noch nicht zurück erhalten habe. Der Arzt bittet sie, diesen nachzuschicken, sobald sie ihn habe.</p>	<p>KJA EBef_ab</p> <p>Elternbefragung Fremdeinschätzung ERZ</p>
<p>KJA_19: Ja, aber trotzdem Parkplätze ist ganz schwierig, (M_DP: Besser ist mit U-Bahn.) besser mit äh mit U-Bahn</p>	<p>M_DP: Haben Sie vielleicht die Adresse, weil wir wohnen nicht hier, wir wohnen in "Ort". #00:05:17-0#</p>	<p>KJA EBef_ab</p> <p>Elternbefragung Fremdeinschätzung ERZ</p>

<p>KJA_19: Die sehe ich ja, sie ziehen ihm aus, ne? #00:06:52-8#</p> <p>M_DP: Hm. #00:06:55-4#</p> <p>DP: Aber dann wird mir kalt (M_DP: (lacht)). #00:06:55-6#</p> <p>KJA_19: Sie fahren ja auch äh fahren wahrscheinlich auch noch regelmäßig nach Polen, ne? #00:07:01-8#</p> <p>M_DP: Ja ja zu meiner Mutter. (.) Deswegen will ich. #00:07:03-9#</p> <p>KJA_19: Wo wo wo wohnt die? #00:07:02-2#</p> <p>M_DP: Sch~ Oberschlesien. (KJA_19: Ah ja.) Deswegen will ich, dass er Polnisch kann, ne. Weil meine Mutter kann kein Deutsch. Meine Familie, ne? #00:07:13-3#</p> <p>KJA_19: Ja das ist wichtig ja. Deswegen echt ja die Verbindung dann, das ist ganz ganz wichtig ja. #00:07:15-3#</p> <p>M_DP: Genau. (.) Und ich rede auch gerne Polnisch (lacht). #00:07:18-5#</p> <p>KJA_19: Na ja gut, wenn das Ihnen vertraut ist, ist doch gut. #00:07:22-5#</p> <p>DP: Ich bin schon fünf Jahre alt. #00:07:22-9#</p> <p>KJA_19: Muss muss er später auch noch schreiben lernen? #00:07:26-9#</p> <p>M_DP: Ja (lacht). #00:07:27-4#</p> <p>KJA_19: Polnisch schreiben, ja? Lesen und Schreiben, damit er kein polnischer Analphabet ist. #00:07:33-1#</p> <p>M_DP: Genau. (lacht) (.) Das musst du auch ausziehen, misiu [Bärchen]. 00:07:36-1</p> <p>DP: Hm, hm.</p> <p>KJA_19: Die äh pass auf, die äh Schuhe musst du ausziehen und oben dein Pulli. Unterhose lässt du an, ne ok? #00:07:43-3#</p> <p>M_DP: Hopp hopp. #00:07:47-9#</p> <p>KJA_19: So ok. Die ah ja Strumpfhose auch noch ausziehen. #00:07:50-6#</p> <p>M_DP: Strumpfhose auch, misiu [Bärchen]. Aber schnell guck mal wir ziehen das aus. Zaraz to ubierzemy misiu, dobra ok? [Gleich ziehen wir das an, Bärchen. Gut, ok?] 00:08:01-9 #00:07:56-4#</p> <p>DP: Hm hm. #00:07:58-3#</p> <p>M_DP: Ale pan doktor musi cie zbadać kochanie [Aber</p>	<p>KJA EBef_S</p> <p>Herkunft und Förderung L1</p> <p>Der Arzt fragt die Mutter nun, ob sie regelmäßig nach Polen fahren und aus welchem Teil von Polen sie käme. Sie kommt aus dem schlesischen Teil und sagt, sie fahre regelmäßig dorthin zu ihrer Mutter. Deshalb möchte sie auch gern, dass ihre Kinder Polnisch sprechen, damit sie sich auch mit ihrer Mutter unterhalten können. Der Arzt sagt, es sei gut, wenn ein Kind mit zwei Sprachen aufwache. Die Eltern geben ihm damit eine unglaubliche Kompetenz mit.</p>	<p>KJA Org</p> <p>Ausziehen</p> <p>Sie fragt, ob er auch die Strumpfhose ausziehen solle, der Arzt stimmt zu. Der Junge protestiert. Es sei ihm zu kalt. Der Arzt vermittelt und sagt, er könne sie auch anbehalten. Dann lässt D. sie sich doch ausziehen.</p>
--	--	--

6

<p>fahren, ne? (M_DP: Hm.) Deutsches Architekturmuseum von den Frankfurter Museen, ne? Heißt Legobaustelle (hustet) und da müssen Sie Sonntag um zehn Uhr hingehen. (.) Die haben drei so große (DP: HEUTE?), mehrere so große Kisten (.) mit Legoteilen (M_DP: Hm.), aber aber voll, ne? Und tolle Legoteile, die man so normal kaufen hat (DP: Ganz große Legoteile?) (hustet) Ganz viele. (M_DP: (lacht).) Ganz viele. (DP: Ganz große viele?) Und da da kannst du da kannst du zu ein Haus bauen, was so hoch ist. (DP: Und da alle reinpassen?) Wirst du sehen du. Da haben Kinder haben da haben da Hochhäuser gebaut, die sind so hoch (M_DP: Wow.). Ja. #00:06:04-6#</p> <p>M_DP: Willst du da fahren? #00:06:04-9#</p> <p>DP: Jetzt! #00:06:06-4#</p> <p>M_DP: Nein, müssen wir Sonntag. #00:06:08-6#</p> <p>KJA_19: Ja, da müssen Sie müssen Sie, also Sonntag, ich äh die Nummer habe ich jetzt nicht im Kopf, aber es ist ganz einfach zu finden. Das kann ich Ihnen. #00:06:14-5#</p> <p>M_DP: Müssen wir im Internet schauen. Dankeschön. #00:06:12-6#</p> <p>DP: Und ist nächstes Mal nächsten Sonntag? (M_DP: (lacht)). #00:06:17-0#</p> <p>KJA_19: Das musst du mit deinen Eltern mal besprechen, ne? (M_DP: Wir werden mit Papa reden, ja?) Ich weiß nicht, ob die Zeit haben. Aber das ist eine tolle Sache. #00:06:23-9#</p> <p>M_DP: (??) Oder: DP??): Mama ist ist nächstes Mal nächsten Sonntag? #00:06:24-0#</p> <p>KJA_19: Hör mal *Name2, ich muss heute auch noch mal gucken, wie groß du bist und wie schwer du bist, ne? (M_DP: Genau) Das heißt du ziehst jetzt mal deine Schuhe aus, deinen Pulli aus, Unterhose lässt du aber an. Und dann tue ich dich als erstes Mal hinten wiegen und messen, ne? (...) #00:06:39-8#</p> <p>DP: Ich hab was drunter, guck mal. #00:06:44-6#</p> <p>KJA_19: Ja das ziehst du auch noch aus, aber Unterhose lässt du an. #00:06:46-1#</p> <p>M_DP: Können Sie. #00:06:46-1#</p> <p>KJA_19: Können Sie ihm gerade helfen, da geht ein bisschen schneller, ne? #00:06:48-7#</p> <p>M_DP: Können Sie gerne die Füße von ihm noch sehen? #00:06:48-6#</p> <p>KJA_19: Die Füße, ja? #00:06:50-6#</p> <p>M_DP: Ja, weil ich. #00:06:52-1#</p>	<p>KIA Org</p> <p>Wiegen und Messen</p> <p>Der Arzt bittet D. nun, sich bis auf die Unterwäsche ausziehen. Die Mutter dürfe ihm ruhig dabei helfen, damit es schneller gehe. Sie zieht ihm die Hose und den Pulli aus.</p>
--	---

5

<p>auf jetzt schön leise. #00:10:09-8#</p> <p>DP: Darauf mal machen? #00:10:11-2#</p> <p>KJA_19: Das war dein, das war dein Herz, ne? Was du gehört hast. #00:10:13-3#</p> <p>DP: Ja darf ich auch meine Mutter hören? #00:10:15-5#</p> <p>KJA_19: Äh deine Mama, nicht nicht. #00:10:16-1#</p> <p>M_DP: Später *Name2, ok? #00:10:16-2#</p> <p>KJA_19: Kannst du vielleicht nachher noch, wenn oh nicht so schnell, nicht so schnell. Wir sind noch nicht fertig. (...)</p> <p>(KJA) ... Ich muss noch äh Blutdruck messen. Kennst du Blutdruck messen? Schon mal gehört (?) gesehen? #00:10:24-4#</p> <p>DP: Ja. #00:10:26-1#</p> <p>KJA_19: Bei der Oma? #00:10:26-1#</p> <p>M_DP: Er macht doch er mas~ Er macht das zu Hause alleine (lacht). 00:10:30-7</p> <p>KJA_19: Ach ja? #00:10:32-9#</p> <p>M_DP: Zum Spaß. #00:10:34-0#</p> <p>KJA_19: Ach ja Kinder. (...) Blutdruck ist gut. Hier machen wir das auch noch auf der Seite. (...) So ok. #00:10:58-0#</p> <p>DP: Ich habe zu Hause ein eine Lok. #00:11:02-9#</p> <p>KJA_19: Hm. (...) Sehr schön. (...) Gut Blutdruck ist gut. (...) ...</p> <p>(KJA) ... Messe mal noch deinen Kopf. (...) (flüstert) 52 (...) Machst du mal deinen Hut ab bitte? (...) Hm. (...) Immer schön (??unverständlich??) (...) ok. Ohren kommen noch dran. (...) So (flüstert) (??unverständlich??) ...</p> <p>(KJA) ... Legst du dich gerade mal hin. Nee, gerade noch hinlegen, wir sind gleich fertig. (...) Muss ich mal gucken, ob deine Eierchen da sind. #00:11:55-8#</p> <p>DP: Ja. (lacht) Das kitzelt. #00:11:55-3#</p> <p>KJA_19: Aber ja das kitzelt, ok gut. Aber ja ich ich bin gleich fertig. (DP: (lacht)) Ich muss trotzdem mal gucken. Die sind mir irgendwie entwischt. (...) Wo sind sie denn? (...) Hier sind sie. Ich habe da jetzt gerade gedacht, wo sind die denn? #00:12:25-7#</p> <p>DP: Das ist mein Ei. #00:12:26-2#</p> <p>KJA_19: Nee, dass hier sind die Eier, hier unten. Hier und hier, ne? Ok. Hoden heißen die, ne? Ok. (DP: Autsch)</p>	<p>KJA U_ab_nsb</p> <p>Körperliche Untersuchung: Blutdruck</p>
<p>der Herr Doktor muss dich untersuchen, mein Schatz.] #00:08:00-8#</p> <p>DP: Ale potem będzie mi zimno [Aber dann wird mir kalt.], M_DP: Dir wird nicht kalt. Guck mal, mir ist so warm hier, misiu [Bärchen]. Aber schnell ja? #00:08:05-8#</p> <p>KJA_19: Also wenn das dir Schwierigkeiten bereitet, dann dann lässt sie mal an (M_DP: Ja?) und dann kommst du einfach mal so, ne? 00:08:12-0 #00:08:09-4#</p> <p>M_DP: Szybciutko. Rozbierz [Schnell. Zieh aus.]. #00:08:10-7#</p> <p>DP: Hm, hm. #00:08:12-1#</p> <p>M_DP: Schnell, ok?</p> <p>KJA_19: Komm, wie du willst. #00:08:13-7#</p> <p>M_DP: Gib mir dein (lacht) hopp () und geh zum Herr Doktor. #00:08:22-5#</p> <p>KJA_19: Komm mein Lieber komm. Stellst dich mal mit dem Rücken an die Wand, drehst dich mal um Feuerwehmann. Ok, komm hier hinten ran, hinten ran. (...) Ok (...) Du bist 1,1m und einen halben Zentimeter. Jetzt gehst du mal hier auf die Waage. (??111,5??) (...) so (...) (flüstert) 25 Kilo und 20 Gramm ok.</p> <p>(KJA) ... So kommst du gerade mal? (...) So kommst dich hier hinsetzen. Ich helfe dir hoch. #00:09:02-9#</p> <p>DP: Ich kann alleine schon (M_DP: (lacht)). #00:09:01-9#</p> <p>KJA_19: Du kannst alleine? Na wenn du alleine kannst, dann will ich dir nicht helfen. () oder soll ich doch ein bisschen helfen? #00:09:08-7#</p> <p>DP: Kann ich auf das rauf? #00:09:07-1#</p> <p>KJA_19: Nur~ du kannst draufstellen, ne? (...) Setze dich einfach mal hier hin. (...) So ok. (??unverständlich??) gerade noch was. (...) Ist dir kalt? () Nee? Ok ich beile mich auch, damit es nicht so lange dauert, ne? #00:09:43-0#</p> <p>DP: Darf ich gucken, wie () ist das eine Uhr? #00:09:45-6#</p> <p>KJA_19: Nee, das ist ein Stetoskop. #00:09:49-4#</p> <p>DP: Nein das. #00:09:49-4#</p> <p>KJA_19: Nee, das sind, nein das steht hier nur so. Verziert ne, das ist eine Membran, nennt man Stetoskop. Willst du mal auch mal in die Ohren tun? #00:09:58-6#</p> <p>DP: Hm. #00:09:59-5#</p> <p>KJA_19: Ok pass auf jetzt tust dir mal. Ja genau (...) pass</p>	<p>KJA U_ab_nsb</p> <p>Messen und wiegen</p> <p>KJA Org</p> <p>KJA U_ab_nsb</p> <p>Körperliche Untersuchung: Abhören</p>

<p>Vorhaut, Vorhaut, ja ich mach nicht zurück. So ok gut. ... (KJA) ... Jetzt helfe ich dir erstmal runter, das ist ja doch ein bisschen hoch. (...) Schau mal, jetzt tust du nochmal so hier balancieren. Schau mal, so (...). Ja, aber nicht festhalten. (...) Das gilt nicht. Ok. (...) So und jetzt mal so, aber auch nicht festhalten, so ein Fuß hinter den anderen so. #00:13:07-7#</p> <p>DP: Guck. #00:13:07-6#</p> <p>KJA_19: Nur zu. (...) Nicht festhalten, gilt nicht. Ok. Hör mal, einmal zur Mama auf einem Fuß, auf einem Fuß hupfen. Mal zur Mama. Ja noch weiter. Ja und jetzt zurück, mit dem anderen zurück. Ja, komm. (...) (M_DP lacht) Ok gut. Schau und JETZT tust du mal so hin und her, mach mal so. (...) Ja ok. So jetzt ziehst du dich mal wieder an, ok? (DP: Hm.) Gut hast du rein gemacht, prima. #00:13:39-8#</p>	<p>abgegeben musste.</p>	<p>KJA_U_ab_nsb Motorik</p>
<p>M_DP: Und was ist mit den mit die Füße? #00:13:42-4#</p> <p>KJA_19: Die Füße sind ok, ne? (M_DP: ECHT?) Die Füße sind ok (M_DP: Ja?). Ich sage ihnen wir darfst dich mal anziehen. #00:13:53-6#</p>	<p>Die Mutter bittet den Arzt im Laufe der Untersuchung, nach den Füßen des Jungen zu schauen. Offenbar macht sie sich diesbezüglich etwas Sorgen. Später kommt der Arzt darauf zurück und sagt, die Füße seien in Ordnung.</p>	<p>KJA_BI_ab Problem- besprechung Füße</p>
<p>DP: Pipi. 00:13:52-9</p> <p>M_DP: Willst du Pipi gehen? 00:13:53-0 #00:13:49-2#</p> <p>DP: Nein (??unverständlich?) Pipi. #00:13:53-3#</p> <p>M_DP: Was Pipi?</p> <p>KJA_19: Muss er Pipi ma- Musst du Pipi machen? #00:13:54-9#</p> <p>DP: Nein so. #00:13:56-8#</p> <p>M_DP: Achso wir haben Pipi hier gegeben zum. #00:14:01-3#</p> <p>KJA_19: Achso ja. Hm. Zieh dich mal an, ne? #00:14:04-0#</p> <p>DP: Und dann müssen wir das. #00:14:07-6#</p> <p>M_DP: Herr Doktor wird das kontrollieren, ob alles in Ordnung ist, ja? Setze dich hin. #00:14:10-9#</p> <p>KJA_19: Also Urin war eigentllich in Ordnung. #00:14:12-7#</p> <p>M_DP: Stehst du? (...) Deine Pipi war in Ordnung. #00:14:13-1#</p>	<p>KJA Org</p>	<p>KJA_BI_ab Ergebnisse Urinunter- suchung</p>

<p>DP: Da ist ein LKW. 00:14:16-0 #00:14:16-6#</p> <p>M_DP: Hm. hm.</p> <p>KJA_19: Genau. #00:14:18-3#</p> <p>DP: Eine Ampel. #00:14:17-3#</p> <p>KJA_19: *Name 2 guck mal. (...) Guck mal. Erkennst du das? #00:14:24-6#</p> <p>DP: Ja, das habe ich gemacht für dich. #00:14:25-6#</p> <p>KJA_19: Genau, das haben wir gescannt. (...) ...</p>	<p>Der Kinderarzt schaut nun in seinem Computer nach den Ergebnissen der Voruntersuchungen.</p>	<p>KJA Org</p>
<p>(KJA) ... Sehstest war gut. Hörstest war in Ordnung. (DP: Hab ich gemacht.) Ja. Blutdruck war ok. ...</p>	<p>Beim Sehstest und Hörstest und mit der Urinprobe war alles in Ordnung, fasst er zusammen.</p>	<p>KJA_BI_ab Befund- besprechung Hören, Sehen, Blutdruck</p>
<p>(KJA) ... Ziehst du dich mal wieder an? (...) #00:14:39-6#</p> <p>DP: Und ich durfte damit spielen. #00:14:42-1#</p> <p>KJA_19: Kennst du auch noch, ja? Wenn deine Mutter genug Zeit hat. (M_DP: (lacht).) #00:14:49-7#</p> <p>DP: Und ist das? Was ist das denn? #00:14:51-3#</p> <p>KJA_19: Was denn? #00:14:51-5#</p> <p>DP: Das da (...) was du gerade gemacht hast. #00:14:53-7#</p> <p>KJA_19: Das ist ein Stempel. #00:14:57-1#</p> <p>DP: Da~ Darf ich gucken? #00:14:57-3#</p> <p>KJA_19: Probleme es selbst aus. (...) Und? #00:15:01-1#</p> <p>DP: Wow. #00:15:03-4#</p> <p>KJA_19: Ein Stempel, ja. #00:15:06-7#</p> <p>M_DP: Er muss alles sehen, alles probieren #00:15:09-1#</p> <p>KJA_19: Ja ist ja auch richtig, ne? (...) Schöner Stempel, gel? #00:15:12-3#</p> <p>DP: Hm. #00:15:15-5#</p> <p>KJA_19: Aha. Ok. #00:15:17-0#</p>	<p>KJA Org</p>	<p>KJA Org</p>

<p>DP: Herr Doktor, soll ich dir was zeigen? Guck mal. #00:18:45-7#</p> <p>KJA: 19: Ja () ja ein Panda. Ich drucke das Ihnen gerade mal aus und ähm, dann sehen Sie das noch besser. (...)#00:19:04-6#</p> <p>DP: Guck mal Doktor. Was das was ist. #00:19:00-7#</p> <p>M_DP: *Name2, *Name2.</p> <p>KJA: 19: Er lag immer im normalen Bereich mit dem BMI. BMI ist so ein in (M_DP: Ja.) Maß für Übergewicht, Untergewicht oder Normalgewicht. Er lag immer im normalen Bereich, ne? Jetzt liegt er hier weit drüber, ne? Also das ist seit dem seit der letzten Vorsorge ist das äh (M_DP: Ja.) hat sich das äh ja. Gut. (M_DP: Das macht mich ein bisschen Sorgen.) Da müssen wir wieder was tun (M_DP: Ja.). Das ist die eine Sache. Die andere Sache ist ähm die Vorhaut geht noch nicht zurück, ne? Die ist noch relativ eng. Die Vorhaut (M_DP: Achso, von den Penis). Die geht noch nicht richtig zurück (M_DP: Ok.). Wenn er geduscht hat oder äh gebadet hat, soll er selbst versuchen jeden Tag ein bisschen zurück zu machen (M_DP: Ok.). Und das muss auch in einem Vierteljahr kontrollieren (M_DP: Hm hm). Ja? Wenn es in einem Vierteljahr nicht mehr ist als jetzt, dann muss müssen Sie zum Urologen gehen (M_DP: Ok.). Also insgesamt also möchte ich ihn nochmal in einem Vierteljahr sehen, ja? (M_DP: Gut.) Was sonst was mir gut gefällt ist, er ist ein sehr lebhaft, er ist sehr aufgeweckt, er spricht gut, ne? (M_DP: Hm.) Und äh dass Sie Polnisch mit ihm sprechen, ist natürlich auch wunderbar, ne? (M_DP: Hm.) Und dass er dass er das auch gut kann. Sehr sehr netter sehr netter Junge, ne? (M_DP: Dankeschön (lacht)). So () Gut. Also Gewicht, das muss man (M_DP: ändern genau) () da müssen Sie es verändern, ne? (M_DP: Ja.) So. #00:20:32-5#</p>	<p>KJA Org</p> <p>KJA Bl_alleB</p> <p>Befund- besprechung Gewicht, körperliche Untersuchung, Gesamt- entwicklungs- Zweisprachig- keit. Wieder- vorstellung in Vierteljahr wg Gewicht und Vorhaut</p> <p>Während der Untersuchung ist der Junge sehr lebhaft, balanciert, spielt, und will immer wieder zeigen, was er kann. Der Arzt macht Eintragungen in das gelbe Heft, reißt ein Blatt heraus. Er trägt die Maße des Jungen in die Somatogramme ein und zieht mit dem Lineal jeweils einen Strich von dem Kreuzchen bis zur X-Achse unten. Er zeigt der Mutter dann das Gewichtssomatogramm. Hier sieht man deutlich, dass D. zur U8 noch im normalen Bereich war und nun gewichtsmäßig am oberen Rand der Normalkurve ist. Seine individuelle Kurve hat einen regelrechten Knick.</p> <p>Nach Aussage des Arztes hat sich der Junge ansonsten insgesamt gut entwickelt. Ihm gefällt gut, dass er viel fragt. Er möchte ihn aber gern in drei Monaten noch mal sehen, auch wegen des Gewichts. Da seine Vorhaut noch sehr eng ist, rät er der Mutter außerdem, diese jeden Tag beim Duschen ein wenig nach hinten zu ziehen, damit sie sich weitet. Wenn dies in drei Monaten nicht besser sei, müsse sie mit ihm zum Urologen gehen.</p>	<p>KJA Org</p> <p>DP: Ups. Das ist runtergefallen. #00:20:38-4#</p> <p>M_DP: *Name2, *Name2 deine Hose. Ej. No. [Na.]. #00:20:53-2#</p> <p>DP: Müssen wir das mitnehmen? #00:20:56-0#</p> <p>M_DP: Ja, das ist von uns. #00:20:55-4#</p> <p>KJA: 19: Ja, das ist für da steht das mit der Legobaustelle (DP: (??unverständlich??)) mit der mit der mit der Legobau- mit der Legobaustelle (DP: Darf ich ein Flugzeug machen?) (M_DP lacht). Kannst du auch machen, ja (DP: Soll ich dir ein ein ameri-). Aber da-</p>
---	---	--

<p>Die Mutter fragt nach dem Gewicht des Jungen. Der Arzt sagt, D. habe seit der U8 sehr zugenommen. Er fragt nach den Gründen. Ob sich an der Ernährung etwas geändert habe.</p> <p>Die Mutter berichtet, D. habe sehr viel Hunger. Er esse im Kindergarten gut zu Mittag, habe aber dann zu Hause wieder Hunger. Wenn die Mutter dann für ihren Mann nach der Arbeit etwas koche, esse der Sohn nochmals mit.</p>	<p>KJA Bl_ab</p> <p>Befund- besprechung Gewicht</p> <p>KJA Eber_ab</p> <p>Eltern- beratung Ernährung</p>	<p>M_DP: Ich habe so eine Frage. Wieviel soll er wiegen? Er ist bisschen zu (??unverständlich??). #00:15:19-4#</p> <p>KJA: 19: Augenblick, das kommt gleich, ja. Also er, er wiegt zu viel, ne? (M_DP: Ja.) Er ist übergewichtig, ne? Wissen Sie, ne? (M_DP: Ja.) Ich zeig es Ihnen gleich, das ist das eine, was ich ansprechen will. Ich will das gerade nochmal eingeben. (...) (Kind albert herum) (M_DP: Psst) So, er ist erst Meter (??unverständlich??) (M_DP: No, przynies swoja koszulke. [Ja, bring mal dein T-Shirt.]) (...) Und zwar hm ich denke da eher, dass er in den letzten zwölf Monaten seit der letzten Vorsorge hat er über- übermäßig zugenommen, ne? (M_DP: Ja genau.) Davor war das eigentlich ganz (M_DP: normal.) ganz gut, normal und in den letzten zwölf Monaten ist es irgendwie äh (M_DP: zuviel) ja. Wenn sie hier mal schauen, schauen sie mal. Er ist von der Größe her liegt er genau in der Mitte, er lag immer schon so in der Mitte, ne? (M_DP: Hm.) Mittelfröh und er lag auch mit dem Gewicht immer so in der Mitte, ja? Gut in der Mitte. Und jetzt liegt er über der Obergrenze, ne? (M_DP: Hm.) Das heißt in den letzten äh seit der letzten Vorsorge in den letzten einvierthel Jahren ist es irgendwie aus dem Ruder gelaufen. Was was was hat sich da verändert? (M_DP: Ich weiß nicht.) Das müssen Sie #00:17:08-1#</p> <p>M_DP: Im Kindergarten ist er gerne alles. Zu Hause er kommt nach Hause nach Hause. Er hat Hunger. Mach ich Mittagessen zu mein Mann, für mein Mann. Er will mitessen, ja? #00:17:21-3#</p> <p>DP: (zeitgleich) Herr Doktor, das ist runtergefallen. #00:17:11-9#</p> <p>KJA: 19: (zeitgleich) Oh danke, danke ja, zieh dich mal weiter an, () Danke. () Also () Hm, das müssen Sie irgendwie wieder verändern, sodass es also das heißt er m- er muss einträch weniger essen. Also ich würde denken ähm () insgesamt weniger essen ähm aber was was können sie ändern? Also vor allem dass Sie vielleicht äh tun sie so Polnisch kochen mit viel Sahne und so? (M_DP: Auch.) Auch ja? (M_DP: Ja.) Können Sie versuchen da irgendwie das ein bisschen zu verändern? (M_DP: Muss ich () Habe ich keine Wahl.) Und er muss weniger essen. Süßigkeiten bremsen ganz stark bremsen. Zum Trinken Wasser geben. Keine Säfte geben, keinen Eissee geben, solche Sachen, die sie sparen können, ne? (M_DP: Ok.) () Süßigkeiten, Säfte ersetzen durch Wasser, ne? Wasser oder Tee, aber ungesüßt, keinen Eissee kaufen, auch auch Limo nicht nicht. Limo kaufen und versuchen weniger zu essen. Auch, dass er vielleicht nicht zwei Mal warm isst, ne? Da da mehr Gemüße, mehr Obst. Ein- verändern ne? Und das muss ich auch im Auge behalten, ich tu es Ihnen mal ausdrücken. (DP: Guck mal, wie schön ich damit spiele Herr Doktor.) Das heißt ich muss das mal so in einem Vierteljahr mal kontrollieren. (M_DP: Und wieviel soll er wiegen? Na ja so bei einem Meter, wenn er 20 Kilo wiegen würde wäre ok 20 (M_DP: 20?). 21 Ich würde versuchen 5 Kilo (??unverständlich??). #00:18:45-7#</p>
---	--	---

<p>DP: Mama? (M_DP: So. Hm?) Gehen wir zu dem Spielzimmer? #00:22:56-2#</p> <p>M_DP: Ja, mom- #00:22:56-1#</p> <p>KJA_19: So. #00:22:56-1#</p> <p>M_DP: Dankeschön Herr (??unverständlich??). #00:22:57-7#</p> <p>KJA_19: Tschüß. Hast du alles schön gemacht. #00:23:00-1#</p> <p>BVC: Tschüß, vielen Dank! #00:23:02-7#</p> <p>M_DP: Nicht zu danken. Tschüß.</p> <p>DP: Tschüß wir gehen noch (??den Weg??) zu dem Spielzimmer, weil ich will noch spielen. #00:23:03-3#</p> <p>KJA_19: Kannst du noch machen, ja. Kannst du noch machen. #00:23:07-2#</p> <p>BVC: Kann ich von Ihnen noch eine kurze Unterschrift haben, nur dass ich dabei sein dürfte. Genau. Dann lasse ich Sie auch. Tschüß.</p> <p>Nach der Beobachtung vereinbare ich mit der Ärztin an der Rezeption einen weiteren Beobachtungstermin zu einer U7a. Ich frage sie, ob sie im ersten Teil der Vorsorgeuntersuchungen, die die Ärztinnen ohne den Arzt durchführen, auch einen Sprachtest machen. Sie verneint dies, sagt, dass sie den SBE-2 KT ausfüllen lasse und dem Arzt lediglich einen Hinweis gebe, wenn hinsichtlich der Sprache des Kindes etwas auffalle.</p> <p>Ich bedanke mich und verlasse die Praxis.</p>	<p>KJA BV</p>
---	---------------

Abkürzungen:

- BL_ab: Befund und Interventionsentscheidung andere Entwicklungsbereiche
- BL_S: Befund und Interventionsentscheidung Sprache
- BV: Begrüßung/Verabschiedung
- EBef_ab: Elternbefragung zu anderen Entwicklungsbereiche
- EBef_S: Elternbefragung zur Sprache
- EBer_ab: Elternberatung andere Entwicklungsbereiche
- EBer_S: Elternberatung Sprache
- GK: Gespräch mit Kind
- KJA: Kinderärzt/in
- Org: Organisation
- U_ab_nsb: Untersuchung andere Entwicklungsbereiche, nicht sprachbasiert
- U_ab_sb: Untersuchung andere (Entwicklungs-) Bereiche, sprachbasiert
- U_nk_sb: Untersuchung nicht klassifizierbar, sprachbasiert
- U_S: Untersuchung, systematische Sprachstandserfassung direkt am Kind

<p>das musst du aber dann mitnehmen, weil da steht drauf, wo die (M_DP: Nicht verlieren.) wie das heißt, ne? (M_DP: Genau). #00:21:14-0#</p> <p>DP: Soll ich dir ein Flugzeug machen? #00:21:15-2#</p> <p>KJA_19: Kannst du auch machen, ja. #00:21:17-0#</p> <p>DP: Guck mal (KJA_19: Hm.). Was für ein Flugzeug (KJA_19: Ja) ich dir mache (.) So eins. Guck mal. #00:21:40-1#</p> <p>KJA_19: Ja, genau. Die ha~ die habe ich früher auch gemacht. #00:21:43-8#</p> <p>M_DP: Wir haben so viel davon, ne *Name2 zu Hause (lacht). #00:21:48-3#</p> <p>DP: Guck mal. #00:21:48-3#</p> <p>KJA_19: Das (??unverständlich??) auch, ne? Ne? So hier hier (M_DP: Hm.) und hier ist es jetzt rausgegangen (DP: Doktor, guck mal.), ne? #00:21:57-7#</p> <p>M_DP: Ich wusste, dass es dass er übergeichtlich ist (KJA_19: Ja), aber nicht SO VIEL. #00:22:05-3#</p> <p>DP: Doktor, Doktor guck mal, wie er fliegt. #00:22:04-5#</p> <p>KJA_19: Ah, den kann man noch verbessern. #00:22:07-7#</p> <p>DP: Aber ich mer- mach das, wie es war. #00:22:13-7#</p> <p>KJA_19: Ja. #00:22:14-1#</p> <p>M_DP: Hast du gehört *Name2? Keine Süßigkeiten, keine Säfte (.), ja? #00:22:20-3#</p> <p>DP: Warum? #00:22:21-7#</p> <p>M_DP: Ja (.) (lacht). #00:22:25-8#</p> <p>KJA_19: D~ ja das äh (M_DP lacht) es ist so, du du du bi~ bist ja ein bisschen zu schwer, ne? (DP: Wie viel?) (M_DP: Genau) Und das müssen wir ein bisschen verändern, ne? So. Das gut also in einem Vierteljahr gucke ich dann nochmal, ne? (M_DP: Ok) (DP: Mama, gehen wir spielen?). Und wenn Sie mir vom äh Kindergarten noch diese äh diesen (M_DP: Ich bringe das.) Bogen- Fragebogen, ja. Hm. (M_DP: Deine Schuhe.) Das ist für Sie (M_DP: Hm.). Das stellen wir wieder rüber. #00:22:52-5#</p>	<p>KJA EBer_ab</p> <p>Die Mutter bedankt und verabschiedet sich. Ich verabschiede mich ebenfalls von der Mutter, nachdem sie mir die Einverständniserklärung unterschrieben hat.</p>
---	--

Anhang VII

Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (,Kottmannbogen')

Vorbereitung des Prüflings: Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Alter: _____
 Untersuchungsdatum: _____
 Diagnose: _____

pf - Apfel	zw - Zweig	br - Brezel	kr - Krone	k - Käse
T - Tüte	g - Gans	m - Baum	sch - Schlüssel	qu - Quadrat
u - Uhu	d - Nudel	sch - Fisch	l - Löffel	zw - Zwerg
str - Stumpf	dr - Drache	pf - Knopf	f - Fahne	sch - Schmetterling
b - Bäll	B - Messer	B - Eis	pr - Prinzessin	j - Junge
sp - Kriecher	pf - Pflaume	sch - Schnecke	fl - Flasche	s - Sonne
gl - Glas	rk - Bank	fr - Frau	sch - Schraube	st - Stiefel
kr - Kragen	bl - Blume	kl - Clown	sch - Schwein	tr - Trommel

Referat Antibiotika
 V - Verständlich - A - Aussprache

Blatt 1 des Prüfbogens von Grünenthal, schwarz-weiß, (Kottmann, o. J. a, o. S.)

I. Artikulation: Jeder falsch gesprochene Laut sollte vermerkt oder in Lautschrift über die vorgegebene Bezeichnung geschrieben werden. Blatt 1

1. Artikulationszone - Lippenlaute:	Ball	Blume	Puppe	Fisch
B - Bl - P - F -	Apfel	Maus	Hammer	Wolke
- pf - M - mm - W -	Tasse	Bett	Dose	Drache
2. Artikulationszone - Zungen-Zahnlaute:	Löffel	Teller	Nest	Zelt
T - tt D - Dr -	Löffel	Teller	Nest	Zelt
L - ll N - nn -	Sonne	Hose	Messer	Eis
S - s - ss - s -	Schuh	Schmetterling	Schwein	Frosch
Sch - Schm - Schw - sch	Haus	Gabel	Kerze	Kleid
3. Artikulationszone - Gaumenlaute:	Knochen	Küche	Krone	Roller
H - G - K - Ki -	Knochen	Küche	Krone	Roller
Kn - K - Kr - R -	Knochen	Küche	Krone	Roller

II. Sprachverständnis III. Satzbildung Blatt 2



Anmerkungen:

IV. Phonematische Diskrimination = Lautdifferenzierung

Tisch	Pfanne	Ohr	Kanne	Buch	Kabel
Fisch	Wanne	Uhr	Zelt	Tuch	Gabel

Blatt 1 und 2 des Prüfbogens von Prolog (Kottmann, o. J. c., o. S.)

Anhang VIII

Auszug aus den Denver Entwicklungsskalen (Flehmg et al., 1973)

7. Stellen Sie dem Kind folgende Fragen, eine zur Zeit: „Was tust Du, wenn Du müde bist?“ (z. B. schlafengehen, hinsetzen, ausruhen). „Was tust Du, wenn Dir kalt ist?“ (z. B. Mantel überziehen, hineingehen, Heizung höher stellen). (Es gilt als Fehler, wenn das Kind mit „husten“, „Medizin nehmen“ antwortet oder irgendetwas von Erkältung sagt. Dann hat es nicht verstanden, was es gefragt wurde). „Was tust Du, wenn Du hungrig bist?“ (z. B. essen, zu Abend essen, um etwas zu essen bitten).

8. Geben Sie dem Kind ein Klötzchen und bitten Sie es Folgendes zu tun, und zwar eins zur Zeit: „Leg' das Klötzchen auf den Tisch“, „leg' das Klötzchen vor Mamis Stuhl“, „leg' das Klötzchen hinter ihren Stuhl“. Eine falsche Antwort sollte nicht beichtet werden. Bestanden, wenn das Kind drei von vier Anweisungen richtig befolgt.

9. Fragen Sie das Kind: „Feuer ist heiß, Eis ist . . . ?“ (kalt, kühl, frierend, nicht naß, Wasser, schmilzt nicht). „Mutter ist eine Frau, Vater ist ein . . . ?“ (Mann, nicht Vati, Junge, Ehemann). „Ein Pferd ist groß, eine Maus ist . . . ?“ (klein, winzig). Wenn nötig, kann jeder Satz dreimal wiederholt werden. Bestanden, wenn das Kind bei zwei von drei Analogien ein passendes, entgegengesetztes Wort sagt.

10. Fragen Sie das Kind: „Was ist ein Ball, was ist ein See, was ist ein Schreibtisch, was ist ein Haus, was ist eine Banane, was ist ein Vorhang, was ist eine Zimmerdecke, was ist eine Hecke, was ist ein Bürgersteig?“ (oder ein Kantstein). Bestanden, wenn das Kind sechs von neun Wörtern auf eine der folgenden Weisen definiert: 1. Gebrauch, 2. Form, 3. woraus es gemacht ist, 4. allgemeine Kategorien (z. B. die Banane ist eine Frucht, aber nicht nur gelb oder Bananenschale).

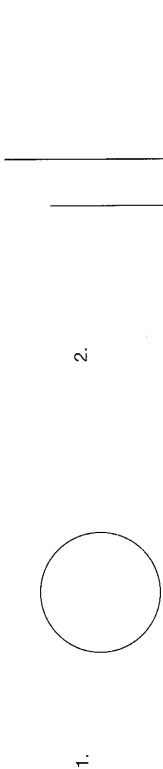
11. Fragen Sie das Kind: „Woraus ist ein Löffel gemacht?“, „woraus ist ein Schuh gemacht?“, „woraus ist eine Tür gemacht?“. Bestanden, wenn das Kind antwortet: „Ein Löffel ist aus Metall (oder irgendein spezifisches Metall), Plastik oder Holz gemacht. Ein Schuh ist aus Leder, Gummi oder Stoff gemacht. Eine Tür ist aus Holz oder Metall gemacht.“

Verhaltensbeobachtungen:

- 1 interessiert, arbeitet gut mit
- 2 nicht sehr interessiert, arbeitet aber mit
- 3 widerstrebt, etwas ängstlich
- 4 widerstrebt, will nicht mitmachen
- 5 weigert sich mitzumachen, teilnahmslos
- 6 ständig unruhig, weigert sich, läuft weg
- 7 anderes

Abb. 4

ANWEISUNGEN:



1. Geißt bei jeder Form, die geschlossen ist. Nicht geißt, wenn nur eine runde Bewegungszeichnung gemacht wird.



3. Geißt bei jeder überkreuzten Linie. Erst das Kind nachzeichnen lassen. Wenn das nicht gelingt, vormachen.

4. Wenn man die Aufgaben betreffend KREIS, KREUZ und QUADRAT vorgibt, die Form nicht benennen. KREIS und KREUZ nicht vormachen.

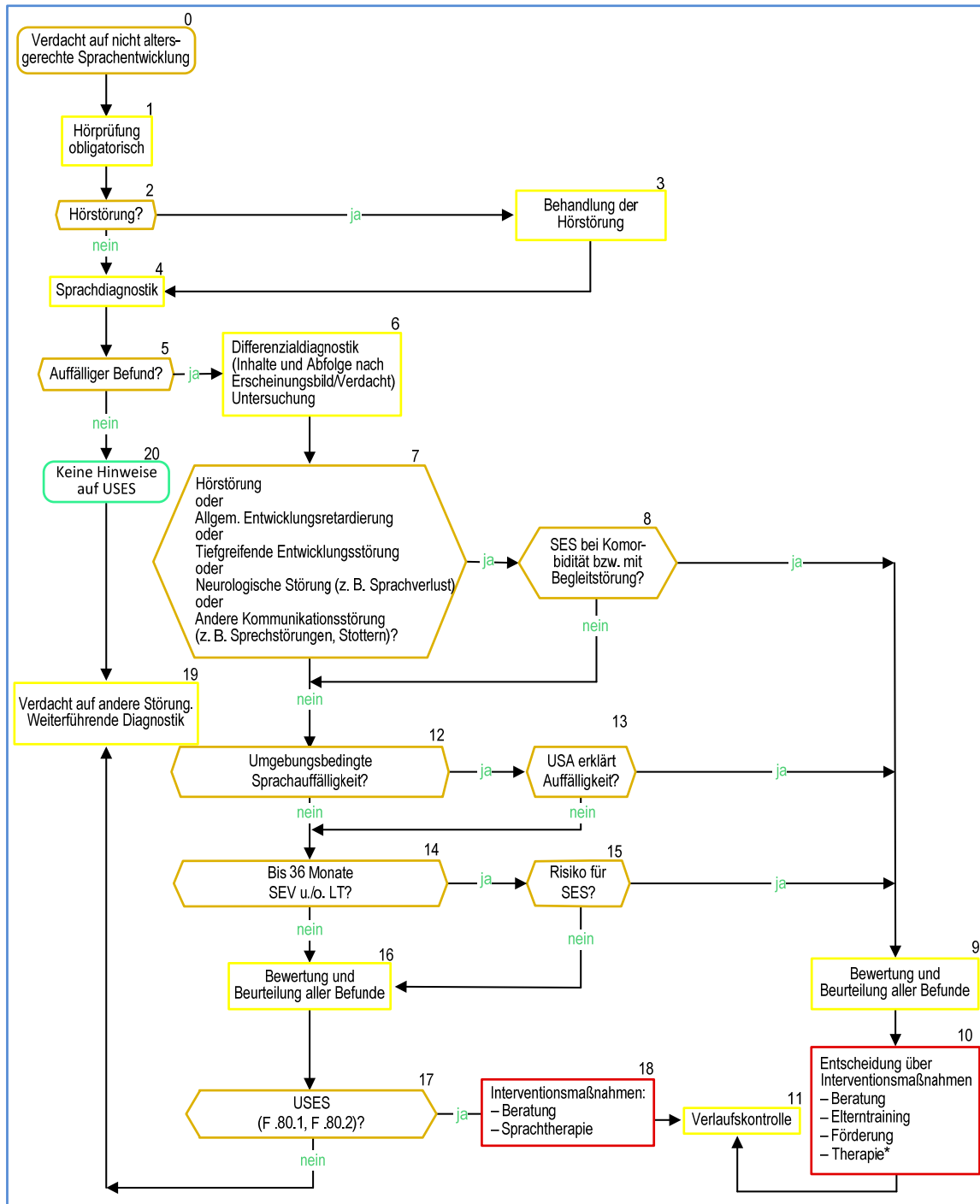
5. Zeigen Sie auf das Bild und bitten Sie das Kind, die Figur zu benennen (Tiergeräusche sind nicht als Lösung erlaubt, fragen Sie aber die Eltern, wie dieses Tier zu Hause benannt wird, z. B. Wau-Wau als Hund).



6. Geben Sie dem Kind nacheinander folgende Anweisungen: „Gib! Mamma das Klötzchen“, „leg' das Klötzchen auf den Tisch“, „leg' das Klötzchen auf den Fußboden“. Der Untersucher und die Eltern sollten darauf achten, dem Kind keine Hilfe zu geben, indem sie auf die Mutter, den Tisch oder den Boden gucken oder zeigen.

Anhang IX

Diagnostischer Algorithmus „Sprachentwicklungsstörung“ (de Langen-Müller et al., 2011, S. 52)



LT: Late Talker

SES: Sprachentwicklungsstörung

SEV: Sprachentwicklungsverzögerung

USA: Umgebungsbedingte Sprachauffälligkeit

USES: Umschriebene Sprachentwicklungsstörung

* Therapie: alle in Frage kommenden Therapieformen