

Stefan Jeuk,
Joachim Schäfer (Hrsg.)

Deutsch als Zweitsprache in Kindertageseinrichtungen und Schulen.
Aneignung, Förderung, Unterricht

Beiträge aus dem
7. Workshop „Kinder mit Migrationshintergrund“, 2011

Wie wird der Sprachstand mehrsprachiger Kinder in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen erhoben? Erste Ergebnisse aus dem Projekt *cammino*¹

BARBARA VOET CORNELLI, BARBARA GEIST,
ANGELA GRIMM, PETRA SCHULZ

1 Einleitung

Sprache stellt nicht nur einen zentralen Bereich der kindlichen Entwicklung dar; Sprachkompetenz gilt auch als eine wesentliche Voraussetzung für Bildungserfolg und eine erfolgreiche Teilhabe an der Gesellschaft (KMK 2002). Liegen sprachliche Beeinträchtigungen vor, wirkt sich dies erwiesenermaßen negativ auf die Möglichkeiten der Bildungsteilhabe aus (vgl. Britz 2006). Sprachauffälligkeiten im Kindesalter, d.h. geringe sprachliche Fähigkeiten gemessen an der Erwartung oder im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern, lassen sich auf verschiedene Ursachen zurückführen. Zum einen können sie pathologisch begründet sein: Immerhin 6 bis 8% aller Kinder eines Jahrgangs sind von einer sogenannten Spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SSES) betroffen, die sprachtherapeutisch behandelt werden muss (Grimm 2003, Leonard 1998, Schulz/Grimm im Druck). Damit zählt eine SSES zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter. Die Auftretenshäufigkeit ist für ein- und mehrsprachige Kinder gleich, d.h. unabhängig davon, ob Kinder eine oder mehrere Sprachen erwerben (Genesee/Paradis/Crago 2004). Dabei äußert sich eine SSES bei mehrsprachigen Kindern in allen Sprachen, die das Kind erwirbt. Zum anderen können Sprachauffälligkeiten ein Resultat mangelnder Lerngelegenheit sein. Dieser Befund wird vor allem mehrsprachigen Kindern ausgestellt. Unzureichender Input in der Zielsprache sowie der im sukzessiven Zweitspracherwerb naturgemäß spätere Erwerbsbeginn verbunden mit einer kürzeren Kontaktdauer sind Gründe dafür, warum mehrsprachige Kinder meist nicht über die gleichen sprachlichen Fähigkeiten wie ihre gleichaltrigen einsprachigen Altersgenossen verfügen (s. Schulz/Grimm im Druck). Um ihre Sprachkompetenz zu erweitern, benötigen diese Kinder Sprachförderung. Der

¹ Das an der Goethe-Universität Frankfurt angesiedelte Projekt *cammino* (Leitung: Petra Schulz und Angela Grimm) wird innerhalb des Förderbereichs „Kooperation von Elementar- und Primarbereich“ seit Frühjahr 2011 durch das BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) und den ESF (Europäischer Sozialfonds) gefördert.

geschätzte Anteil der Kinder mit Sprachförderbedarf schwankt, u.a. abhängig von Einzugsgebiet, Messverfahren und Alter, stark. So attestiert das Hessische Sozialministerium (2012) der Hälfte aller mehrsprachigen Kinder Sprachförderbedarf im Deutschen, während in Berlin lediglich ein Drittel der mehrsprachigen Kinder eines Jahrgangs als förderbedürftig eingeschätzt wird (Autorengruppe Regionale Bildungsberichterstattung Berlin-Brandenburg 2010).

Um den sprachlichen Entwicklungsstand angemessen beurteilen und ggf. sprachliche Auffälligkeiten frühzeitig entdecken zu können, ist eine fundierte und differenzierte Sprachdiagnostik notwendig (vgl. den Überblick in Schulz et al. 2009). Dabei spielen im (vor)schulischen Kontext neben den – ausschließlich unsystematisch erfolgenden – Einschätzungen der Eltern die Beurteilungen durch Erzieherinnen und Lehrkräfte sowie die Beurteilungen durch Kinder- und Jugendärzte und Schularzt eine wichtige Rolle.

Während die diagnostische Kompetenz der pädagogischen Fachkräfte in jüngster Zeit verstärkt ins Blickfeld der Forschung gerückt ist (Geist in Vorb., Voet Cornelli 2008), liegen zur Rolle der medizinischen Fachkräfte bei der Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten bis dato nur wenige Untersuchungen vor (s. Kelle 2006, 2010 für Untersuchungen aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive). Diese Forschungslage, die vermutlich aus den großen disziplinären Unterschieden resultiert, beschreibt gleichzeitig ein Desiderat für die Untersuchung der Vorgehensweise und der sprachdiagnostischen Kompetenz der Ärzte aus testtheoretischer und sprachwissenschaftlicher Perspektive. Kinder- und Jugendärzten kommt eine Schlüsselrolle für die Sprachdiagnostik zu, da sie die Kinder in der Regel kontinuierlich von der Geburt bis ins Jugendalter begleiten (vgl. Bode et al. 2009, G-BA 2005) und bei Bedarf Maßnahmen wie Sprachtherapie verordnen können. Die Beurteilung der Sprachentwicklung bildet einen festen Bestandteil der sogenannten Vorsorgeuntersuchungen. Für die Befunderfassung sind in diesem Rahmen Elternbefragungen vorgesehen; weitere verbindliche Vorgaben existieren für die Sprachdiagnostik nicht. Eine Analyse der Vorsorgeuntersuchungen bei monolingualen Kindern ergab, dass Ärzte zusätzlich zur Elternbefragung selbst zusammengestellte Materialien einsetzen, um die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes zu erfassen (Kelle 2006, 2010). Für mehrsprachige Kinder lässt sich vermuten, dass hier aufgrund ggf. eingeschränkter Deutschkenntnisse der Eltern die ergänzenden Untersuchungen durch den Kinderarzt einen besonders hohen Stellenwert für die Beurteilung der Sprachfähigkeiten besitzen. Bis dato liegen jedoch weder zum Vorgehen der Kinderärzte noch zu den verwendeten Materialien oder zur Beurteilungsgenauigkeit detaillierte Studien vor. Eine Untersuchung dieser

Berufsgruppe ist im Hinblick auf den (vor)schulischen Bildungsweg besonders aufschlussreich, da die medizinische und die pädagogische Diagnostik gleichermaßen das Ziel verfolgen, den sprachlichen Entwicklungsstand angemessen zu beurteilen und sprachliche Defizite bei ein- und mehrsprachigen Kindern zu erkennen.

Dem vorliegenden Beitrag liegt die Annahme zugrunde, dass sich die für die pädagogische Diagnostik formulierten testtheoretischen und sprachwissenschaftlichen Anforderungen auch auf die medizinische Sprachdiagnostik anwenden lassen. Ausgehend von dieser Prämisse wurde im Rahmen des Projekts *cammino* u.a. die Sprachstandserfassung bei mehrsprachigen Kindern im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen anhand folgender Fragen untersucht:

1. Wie gehen die Ärzte in der Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern vor und welche Verfahren verwenden sie dafür?
2. Erfüllen die gewählten Vorgehensweisen und Verfahren aus testtheoretischer, linguistischer und spracherwerbstheoretischer Perspektive die Anforderungen und Qualitätskriterien an die Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern?

Die vorliegende multimethodische Studie mit Kinderärzten beruht auf einer ersten quantitativen und qualitativen Analyse von Fragebogendaten ($n=35$), leitfadengestützten Experteninterviews ($n=20$) sowie teilnehmenden Beobachtungen in Vorsorgeuntersuchungen ($n=11$).

Die Ergebnisse zu Frage 1 weisen auf eine hohe Heterogenität in der Gruppe der Kinderärzte hin: Erstens findet eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren Verwendung. Zweitens ist eine hohe interindividuelle Variation in Bezug auf die Durchführung der Verfahren und die damit verbundenen Intentionen zu beobachten; dies wird im vorliegenden Beitrag anhand der besonders häufig eingesetzten „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache“ (Kottmann o.J.a) illustriert. Weiterhin wird als Ergebnis zu Frage 2 gezeigt, dass die Verfahren und die Verwendungsweisen – wie gemäß der Ergebnisse zu Frage 1 erwartet – nicht den testtheoretischen, linguistischen und spracherwerbstheoretischen Anforderungen an Sprachstandserhebungen bei mehrsprachigen Kindern entsprechen.

Der Beitrag ist wie folgt gegliedert: In Abschnitt 2 werden die Hintergründe der Sprachdiagnostik in der pädiatrischen Praxis und die Herausforderungen der Erfassung der Sprachkompetenz bei mehrsprachigen Kindern erläutert. Abschnitt 3 stellt das Untersuchungsdesign und die Ergebnisse der in *cammino* durchgeführten Studie vor. Nach einer Diskussion der Ergebnisse in Abschnitt 4 schließt

der Beitrag in Abschnitt 5 mit einem Ausblick auf weitere Untersuchungen und Analysen des Projekts *cammino*.

2 Hintergrund

2.1 Sprachstandserhebungen in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

Von den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin wird die sprachliche Entwicklung von der Geburt bis zur Einschulung regelmäßig zu vorgeschriebenen Zeitpunkten (Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9) beurteilt.² Diese Untersuchungen dienen generell dazu, die altersgerechte Gesamtentwicklung eines Kindes, d.h. neben der Sprache auch die körperliche Entwicklung, die Motorik sowie die Seh- und Hörfähigkeit, zu überprüfen. In Bezug auf Sprache dienen die Vorsorgeuntersuchungen der Früherkennung von „Sprach- oder Sprechstörungen, z.B. verzögerte Sprachentwicklung, Artikulationsstörungen, Stottern“ (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2011, 3). Die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin nehmen in der Sprachdiagnostik insofern eine Schlüsselrolle ein, als sie die Kinder häufig über den gesamten Zeitraum begleiten und anders als Erzieherinnen, Schulärzte und Lehrkräfte befugt sind, bei Störungen der Sprachentwicklung sprachtherapeutische Interventionen zu verordnen.

Tabelle 1 zeigt die für die Feststellung der Sprachentwicklung vorgegebenen Bereiche je Untersuchung. Wie in Tabelle 1 dargestellt ist, wird in der U6 mit etwa einem Jahr, in der U7 mit zwei Jahren, in der U7a mit drei Jahren, in der U8 mit vier Jahren und in der U9 mit fünf Jahren die Sprachentwicklung der Kinder erfasst. Abhängig vom Alter des Kindes werden die sprachlichen Fähigkeiten nach verschiedenen Kriterien beurteilt. So werden Aussprachestörungen erst ab der U8 überprüft. Dagegen soll sowohl in der U7 und U7a als auch in der U9 das Sprachverständnis überprüft werden, nicht aber in der U8. Der Befund ‚Sprachstörungen‘, die hier als Störungen im Bereich der Grammatik aufgefasst sind, ist erst bei der U9 im Alter von ca. fünf Jahren vorgesehen.

Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen werden in dem gelben „Kinder-Untersuchungsheft“ (G-BA 2005), das die Eltern mit sich führen, und in der Patientenakte des Arztes schriftlich dokumentiert. Zeitliche Vorgaben über die Dauer der Vorsorgeuntersuchungen fehlen in den Richtlinien, sie ergeben sich

² In vielen Bundesländern ist die Teilnahme an den Untersuchungen inzwischen verpflichtend und wird an eine zentrale Stelle gemeldet (z.B. Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen).

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

Tabelle 1: Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 zum Bereich Sprache im Kinder-Untersuchungsheft: Erfragte Befunde und vorgegebene Hinweise (G-BA 2005)

jedoch indirekt durch die Vergütungsrichtlinien der Krankenkassen. Im Kinder-Untersuchungsheft ist zu jeder Untersuchung eine Seite mit ankreuzbaren Befunden angelegt. Diese sind eingeteilt in ‚erfragte‘ und ‚erhobene‘ Befunde. Sprache wird bei den Untersuchungen U6 bis U9 ausschließlich den erfragten Befunden untergeordnet, d.h. Auffälligkeiten sind bei den Eltern zu erfragen. Da laut Befundbogen keine eigene Erhebung der Sprachkompetenzen durch den Arzt vorgeschrieben ist, ist dementsprechend auch kein Verfahren zur Sprachstandserfassung vorgegeben.

Verbindliche Vorgaben, auf welche Weise der Sprachstand zu untersuchen ist, liegen derzeit nicht vor.³ So sind die Leitlinien verschiedener medizinischer

³ Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) berät derzeit über die Einführung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Screenings (Kreis et al. 2012).

Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) lediglich als Empfehlungen bzw. Entscheidungshilfen zu verstehen.⁴ Eine kürzlich erschienene interdisziplinäre Leitlinie soll zur Optimierung der Diagnostik und Differentialdiagnostik von Sprachentwicklungsstörungen beitragen (de Langen-Müller et al. 2011), indem beispielsweise eine Vier-Augen-Diagnostik von Kinderarzt und Sprachtherapeut gefordert wird.

Fallstudien von Kelle (2006, 2010) weisen darauf hin, dass Kinderärzte über die Befragung der Eltern hinaus auch selbst den Sprachstand der Kinder erfassen. Dabei findet sich eine große Heterogenität hinsichtlich der Vorgehensweisen und der konkreten Verwendung der Materialien. So wurden beispielsweise die Items zur Artikulationsüberprüfung (s. Abbildung 1) aus den sogenannten Kottmann-Bögen (Kottmann, o.J.a) auch für die Erfassung des Wortschatzes eingesetzt; Verfahren wie die Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al. 1973) wurden anders als in der Durchführungsanleitung beschrieben verwendet (Kelle 2010). Laut Kelle (2010) wird die Beurteilung der Spontansprache der Kinder in den Vorsorgeuntersuchungen zudem dazu genutzt, Kompetenzen auf mehreren sprachlichen Ebenen festzustellen und die Kinder auch in ihren sozialen und kognitiven Fähigkeiten einzuschätzen. Dass durch diese Vorgehensweisen eine eindeutige Diagnostik spezifischer Auffälligkeiten möglich ist, ist fraglich.

Sprachstandserhebungen dienen dazu, den Sprachentwicklungsstand zu erfassen und mögliche Entwicklungsrisiken frühzeitig zu erkennen, um diesen dann durch gezielte Maßnahmen begegnen zu können. Dabei ist – vor allem für mehrsprachige Kinder mit Sprachauffälligkeiten – zwischen therapiebedürftigen Sprachstörungen und Sprachförderbedarf aufgrund mangelnder Lerngelegenheit zu unterscheiden. Festhalten lässt sich, dass Ärzte im Kinder-Untersuchungsheft nur wenige Vorgaben für eine adäquate Erfassung des Sprachentwicklungsstandes erhalten. Ärzte finden darüber hinaus keinerlei Hinweise dazu, nach welchen Kriterien bei mehrsprachigen Kindern eine Sprachstörung – in Abgrenzung zu Sprachförderbedarf – diagnostiziert werden kann. Diese Darstellung der Vorsorgeuntersuchungen deutet bereits darauf hin, dass eine adäquate Sprachstandserfassung auf der Basis dieser Vorgaben eine große Herausforderung für die Kinderärzte darstellt. Der folgende Abschnitt erläutert, welche generellen Anforderungen an die Erfassung der Sprachkompetenz bei mehrsprachigen Kindern gestellt werden.

⁴ Zur Verbindlichkeit von Leitlinien: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7>. (zuletzt abgerufen am 03.04.2012)

2.2 Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern – eine Herausforderung für die Praxis

Um den Sprachentwicklungsstand von Kindern adäquat zu erfassen, müssen Verfahren zur Sprachstandserhebung einer Reihe von Anforderungen genügen; diese werden in Abschnitt 2.2.1 ausgeführt. In Abschnitt 2.2.2 wird anhand des Überblicks über existierende Verfahren für mehrsprachige Kinder illustriert, warum die Gefahr einer Fehleinschätzung für mehrsprachige Kinder besonders groß ist.

2.2.1 Anforderungen an die Sprachdiagnostik aus testtheoretischer, linguistischer und spracherwerbstheoretischer Perspektive

Für die pädagogische Praxis liegen eine Reihe von Anforderungskatalogen und Qualitätskriterien für eine fundierte Sprachdiagnostik bei ein- und mehrsprachigen Kindern vor (vgl. Kany/Schöler 2007, Kleissendorf/Schulz 2010, Lütke/Kallmeyer 2007, Schulz et al. 2009).

Testtheoretische Kriterien

Aus Sicht der Testtheorie müssen Verfahren der Sprachstandserhebung die klassischen testtheoretischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität, Validität erfüllen (u.a. Kany/Schöler 2007). So können nur durch eine systematische und standardisierte Durchführung und Auswertung eines Verfahrens objektive, von der durchführenden Person unabhängige Ergebnisse gewährleistet werden. Sprachstandserhebungen führen zudem nur dann zu validen Ergebnissen, wenn mit ihnen relevante sprachliche Merkmale erfasst werden und diese beispielsweise vom Erfahrungswissen eines Kindes unabhängig sind. Die Verfahren sollten außerdem für den jeweiligen institutionellen Kontext praktikabel sein und sich in einem angemessenen Zeitaufwand durchführen lassen.

Linguistische Kriterien

Eine aus linguistischer Sicht umfassende Diagnostik sollte alle sprachlichen Ebenen (Phonologie, Morphologie, Syntax, Semantik, Pragmatik sowie Lexikon) erfassen, da sie jeweils spezifische Erwerbsaufgaben beinhalten und nach unterschiedlichen Regeln erworben werden. Werden ausgewählte Bereiche erfasst, ist zu beachten, dass sich von den Kompetenzen in einem sprachlichen Bereich nicht automatisch auf die Fähigkeiten in anderen Bereichen schließen lässt. So lässt beispielsweise der Wortschatz eines Kindes keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die grammatikalischen Fähigkeiten zu. Darüber hinaus sollten für eine umfassende Diagnostik sowohl die produktiven als auch die rezeptiven Fähigkeiten der Kinder

erfasst werden, da die Sprachkompetenz beide Modalitäten umfasst. Erforderlich ist bei der Erfassung der sprachlichen Kompetenzen zudem eine Abgrenzung von nicht-sprachlichem Wissen. So wird beispielsweise bei Wortschatztests zwangsläufig gleichzeitig das konzeptuelle Wissen des Kindes erfasst; dieses jedoch ist stark vom individuellen Erfahrungs- und Weltwissen eines Kindes abhängig. Eine Abbildung einer Giraffe als *Giraffe* benennen kann beispielsweise nur, wer weiß, dass es sich bei der Darstellung um das Tier GIRAFFE handelt. Alle Testitems sollten deshalb auf Relevanz, Frequenz und regionale Unterschiede hin kontrolliert werden. Abbildungen sollten zudem so kindgerecht und eindeutig sein, dass der Zugriff auf das sprachliche Wissen möglich ist.

Spracherwerbtheoretische Kriterien

Die Auswahl der überprüften Aspekte muss erwerbtheoretisch begründet sein, d.h. sie muss sich an für den Spracherwerb besonders relevanten Eigenschaften der deutschen Sprache sowie an aktuellen Erkenntnissen über typische Erwerbsphasen orientieren (vgl. Schulz/Tracy 2011). So ist der Erwerb morpho-syntaktischer Strukturen bei Kindern mit der Zweitsprache Deutsch vergleichsweise gut untersucht. Daher bilden Erkenntnisse zum Erwerb von Verbstellung und Subjekt-Verb-Kongruenz (u.a. Rothweiler et al. 2012, Tracy/Thoma 2009) die Basis für eine gezielte Überprüfung der sprachlichen Kompetenzen mehrsprachiger Kinder und zugleich die Einordnung in den Erwerbsverlauf. Im Gegensatz dazu liegen zur phonologischen Entwicklung im Deutschen bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache nur wenige Studien vor (s. jedoch Grimm in Vorb., Gunter 2010).

Den Erkenntnissen der Zweitspracherwerbsforschung folgend sollten die Sprachstandserhebungsverfahren für mehrsprachige Kinder den unterschiedlichen Erwerbsbedingungen mehrsprachiger Kinder Rechnung tragen. Neben dem chronologischen Alter zum Testzeitpunkt sollten daher auch das Alter zu Beginn des Deutschen Erwerbs sowie die Kontaktdauer zum Deutschen in der Auswertung systematisch berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird häufig gefordert, alle Sprachen eines Kindes zu untersuchen (z.B. Reich 2003); dies ist jedoch aufgrund fehlender Instrumente in den verschiedenen Erstsprachen für die überwiegende Mehrheit dieser Sprachen nur über eine Elternbefragung möglich. Um Verzerrungen der Ergebnisse zu vermeiden, sollte die Gestaltung des Sprachstandserhebungsverfahrens zudem kultur- und sozialfair sein, sowohl in Bezug auf den verwendeten Wortschatz und Abbildungen (vgl. Kany/Schöler 2007) als auch auf dargestellte Handlungen und Szenen (vgl. Schulz/Tracy 2011).

Eine systematische und standardisierte Sprachdiagnostik, die den testtheoretischen, linguistischen und spracherwerbtheoretischen Kriterien genügt, ist unabdingbare Voraussetzung für eine zuverlässige Einschätzung und ggf. Klassifikation der Sprachfähigkeiten sowie möglicher Interventionsentscheidungen.

2.2.2 Risiken der Fehleinschätzung bei mehrsprachigen Kindern

Mangel an geeigneten standardisierten Verfahren

Aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (z.B. Psychologie, Linguistik, Pädagogik) heraus wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Sprachstandserhebungsverfahren für (Vor-)schulkinder entwickelt. Diese bedienen sich unterschiedlicher Methoden und verfolgen verschiedene Zielsetzungen (vgl. die Überblicke in Fried 2004, Kany/Schöler 2007, Lisker 2010). Die meisten Verfahren wurden für Kinder mit Deutsch als Erstsprache entwickelt, so dass inzwischen verschiedene Verfahren zur Verfügung stehen, mit denen sich bei diesen Kindern der Sprachstand erheben lässt und mit denen auch Sprachentwicklungsstörungen diagnostiziert werden können (z.B. Grimm 2001: SETK 3-5, Kauschke/Siegmüller 2010: PDSS). Standardisierte und normierte Verfahren für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache liegen dagegen, abgesehen von einem jüngst erschienenen Test (Schulz/Tracy 2011: LiSe-DaZ), bis dato nicht vor. Zwar sind einige der Verfahren zur Sprachstandserhebung laut Verfasser auch zur Erfassung der Sprachkompetenzen mehrsprachiger Kinder geeignet, jedoch fehlen Normen für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache und mit unterschiedlicher Kontaktdauer (z.B. Petermann 2010: SET 5-10). Werden für einsprachige Kinder konzipierte Verfahren bei mehrsprachigen Kindern angewendet, ergibt sich im Vergleich zur monolingualen Norm in den meisten Fällen eine Bewertung der Sprachentwicklung als defizitär, da die besonderen Lernbedingungen dieser Kinder keine Berücksichtigung finden (Jeuk 2009). Zudem dienen die derzeit verfügbaren Verfahren fast ausnahmslos der Überprüfung der Sprachfähigkeiten im Deutschen; für die Überprüfung der Erstsprache stehen bislang nur wenige, meist informelle Verfahren zur Verfügung (Motsch 2011: ESGRAF-MK, Reich/Roth 2004: HAVAS-5, Wagner 2008: Skreemik).

Dieser Mangel an geeigneten Sprachstandserhebungsverfahren für mehrsprachige Kinder ist neben knappen personellen und zeitlichen Ressourcen vermutlich eine Ursache für die beobachtete Heterogenität in den Praktiken der Sprachstandserhebung. Dies gilt nicht nur für den pädiatrischen Bereich (Kelle 2010), sondern auch für Erhebungen durch Grundschullehrkräfte (Geist in Vorb., Voet Cornelli

2008). Laut Kelle (2010) sind in pädiatrischen Vorsorgen und Schuleingangsuntersuchungen zudem selbst bei der Verwendung gleicher Diagnostikverfahren variable Durchführungspraktiken zu beobachten. In der Folge ist ein hohes Maß an Fehleinschätzungen zu erwarten.

Mangelnde Abgrenzung von Sprachförder- und Sprachtherapiebedarf

Fehleinschätzungen bei mehrsprachigen Kindern können auch darauf basieren, dass ein Sprachförderbedarf im Unterschied zum Sprachtherapiebedarf nicht erkannt wird. Eine therapiebedürftige Sprachstörung liegt – ebenso wie bei einsprachigen Kindern – dann vor, wenn das Sprachsystem eines Kindes beeinträchtigt ist und sich die sprachlichen Fähigkeiten trotz eines ausreichenden Sprachangebots der Umgebung auf einer oder mehreren sprachlichen Ebenen nicht altersgemäß entwickeln (Grimm 2003, Rothweiler 2007a, Schulz/Grimm im Druck). Eine Sprachtherapie muss durch den Kinderarzt verordnet werden und wird von qualifizierten Sprachtherapeuten durchgeführt. Sprachförderbedarf dagegen liegt dann vor, wenn ein mehrsprachiges Kind eine altersgemäß entwickelte Erstsprache besitzt, jedoch im Deutschen – verglichen mit seinen einsprachigen Altersgenossen – über weniger weit entwickelte sprachliche Kompetenzen verfügt. Häufig wird argumentiert, dass die Zweitsprache Deutsch ohne zusätzliche Sprachfördermaßnahmen bis zu Schulbeginn nicht soweit erworben wird, dass das Kind erfolgreich am Unterricht teilnehmen kann. Der Förderbedarf ist folglich durch einen späten Erwerbsbeginn sowie ggf. durch ein quantitativ bzw. qualitativ unzureichendes Sprachangebot in der Zweitsprache Deutsch bedingt (vgl. Schulz/Tracy 2011). Die Durchführung von Sprachfördermaßnahmen ist Aufgabe pädagogischer Einrichtungen.

Neben der Fehleinschätzung, sprachunauffällige mehrsprachige Kinder fälschlicherweise als sprachgestört statt als sprachförderbedürftig zu klassifizieren, besteht zum anderen das Risiko, Sprachauffälligkeiten bei mehrsprachigen Kindern nicht zu entdecken (s.a. Bahr 2007, Knapp 1999, Moser 2007, Paradis 2005). Empirische Studien zur Klassifikation der Sprachkompetenzen mehrsprachiger Kinder stehen jedoch derzeit noch aus, so dass über das genaue Ausmaß oder über die Richtung der Fehlklassifikationen bislang keine Befunde vorliegen.

3 Untersuchungen im Rahmen des Projektes *cammino* zu Sprachstandserhebungen in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen

Seit Frühjahr 2011 wird im Projekt „*cammino* – Mehrsprachigkeit am Übergang zwischen Kita und Grundschule“ untersucht, wie pädiatrische Fachkräfte (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Schulärztinnen) und pädagogische

Fachkräfte (Erzieher, Lehrkräfte) den Sprachstand mehrsprachiger Kinder im Vorschulalter erheben. Der Begriff „mehrsprachig“ umfasst dabei sowohl simultan als auch sukzessiv mehrsprachige Kinder. Generelles Ziel des Projekts ist es, die Über- und Unterschätzung sprachlicher Fähigkeiten bei mehrsprachigen Kindern durch Ärzte, Erzieher, Lehrkräfte und Eltern zu untersuchen sowie die Ursachen und Konsequenzen dieser Fehleinschätzungen genauer zu bestimmen. Zum einen wird das Vorgehen der Akteure bei der Sprachstandserhebung mehrsprachiger Kinder dokumentiert und analysiert. Zum anderen werden zu verschiedenen Messzeitpunkten die Beurteilungen der Akteure mit den sprachlichen Leistungen mehrsprachiger Kinder verglichen.

Ziel der hier berichteten Teilstudie war es, die folgenden Fragen zu untersuchen: (1) Wie gehen die Ärzte in der Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern vor und welche Verfahren verwenden sie dafür? (2) Erfüllen die gewählten Vorgehensweisen und Verfahren aus testtheoretischer, linguistischer und sprach-erwerbtheoretischer Perspektive die Anforderungen bzw. Qualitätskriterien an die Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern? Im Folgenden wird zunächst das Studiendesign für die Akteursgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin vorgestellt (Abschnitt 3.1); anschließend werden die Ergebnisse zu Frage 1 (Abschnitt 3.2) und Frage 2 (Abschnitt 3.3) präsentiert.

3.1 Untersuchungsdesign – Akteursgruppe Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

3.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe der niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wurde mittels postalisch verschickter Fragebögen an 96 Arztpraxen in Hessen und Baden-Württemberg rekrutiert. Es nahmen 35 Probanden an der Fragebogenstudie teil, damit beträgt die Rücklaufquote 36%. Die angeschriebenen Ärzte wurden nach geografischen Kriterien ausgewählt, um die sich an die Fragebogenerhebung anschließenden Interviews und Beobachtungen realisieren zu können. Von den 35 Ärzten sind 13 weiblich und 22 männlich. Das Alter der Ärzte beträgt im Mittel 52 Jahre (SD=8,26); sie verfügen im Durchschnitt über 22,6 Jahre Berufserfahrung (SD=6,97). Von den 35 Ärzten praktizieren 25 in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern, die anderen zehn Ärzte sind in einer Praxis in einem kleinstädtischen oder ländlichen Umfeld tätig. Der Anteil der mehrsprachigen Patienten in der jeweiligen Praxis liegt im Mittelwert bei 51% (Min=10%, Max=90%, SD=21,51). Sechs der 35 Kinderärzte sind selbst nichtdeutscher Herkunft und haben eine andere Erstsprache als Deutsch. Aus den 96 kontaktierten Praxen erklärten sich

20 Ärzte zur Teilnahme an einem Experteninterview bereit. Bei 11 verschiedenen Kinderärzten konnten darüber hinaus insgesamt 20 teilnehmende Beobachtungen von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Diese Stichproben für Fragebogenerhebung, Experteninterview und Beobachtung sind nicht deckungsgleich, überschneiden sich jedoch. Von 8 Kinder- und Jugendärzten liegen uns Fragebogen, Interview und Beobachtungen vor (22,9%); 16 Kinder- und Jugendärzte nahmen an der Fragebogenerhebung und dem Interview teil (45,7%).

3.1.2 Methode

Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Studie wurden qualitative und quantitative Untersuchungsmethoden miteinander kombiniert, um die Vorgehensweisen der Kinderärzte möglichst umfassend zu erfassen.

Untersuchungsmethoden

Mit einem standardisierten Fragebogen wurden Informationen wie Alter, Berufsausbildung und sprachspezifische Weiterbildungen, Anteil mehrsprachiger Kinder in der Praxis, verwendete Sprachstandserhebungsverfahren, Erfragung anamnestischer Angaben sowie das Interesse an Weiterbildungsangeboten erhoben. Zusätzlich wurden ca. halbstündige leitfadengestützte Experteninterviews (s. Meuser/Nagel 2003) durchgeführt, in denen die Ärzte detailliert zur Art und Weise ihres Vorgehens bei der Sprachstandserhebung in der Vorsorgeuntersuchung befragt wurden. Der Leitfaden umfasst Fragen zu den untersuchten Sprachbereichen, zur Untersuchung mehrsprachiger Kinder, zur Unterscheidung zwischen auffälligen und unauffälligen Erwerbsverläufen, zu Interventionsentscheidungen und Kooperationen sowie zur Reflexion des Handelns. Alle Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und transkribiert. Von den Akteuren verwendete Dokumente wie Fragebögen, Bildmaterial oder Dokumentations- und Beobachtungsbögen wurden in Kopie erbeten, um sie einer Dokumentenanalyse zu unterziehen. Ergänzend wurden in den besonders sprachrelevanten Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8 und U9 (s. Abschnitt 2.1) passive teilnehmende Beobachtungen (Kochinka 2010, 453) durchgeführt. Die Untersuchungen wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Auf der Basis der Feldnotizen wurden zusätzlich ausführliche Beobachtungsprotokolle erstellt.

Analysemethoden

Die Angaben aus den Fragebögen wurden quantitativ ausgewertet. Die Transkripte der Interviews und Beobachtungen wurden zunächst in Anlehnung an die qualita-

tive Inhaltsanalyse (Mayring 2008) und das thematische Kodieren (Hopf/Schmid 1993) ausgewertet. Ober- und Unterkategorien wie z.B. für die verwendeten Verfahren wurden deduktiv gebildet; Unterkategorien wurden im Analyseprozess ggf. induktiv ergänzt, wenn beispielsweise ein Verfahren genannt wurde, das vorab nicht im Untersuchungsfeld erwartet wurde (vgl. Schmidt 2008). Darüber hinaus erfolgte eine qualitative Analyse relevanter Interviewausschnitte zu Reflexionen der Kinderärzte des eigenen Handelns und der Urteile, um so Einblick in handlungsleitende Wissensbestände und Rahmenbedingungen der Sprachstandsuntersuchungen in der kinderärztlichen Praxis zu erhalten.

Relevante Dokumente wie Fragebögen, Bildmaterial oder Beobachtungsbögen wurden zudem daraufhin analysiert, ob sie den Anforderungen an eine Sprachdiagnostik bei Mehrsprachigkeit (Abschnitt 2.2.1) gerecht werden.

3.2 Ergebnisse zu Frage 1: Wie wird der Sprachstand mehrsprachiger Kinder in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen erhoben?

Die Auswertung von Fragebögen, Interviews und Beobachtungen zeigt, dass die untersuchten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sehr unterschiedliche Vorgehensweisen und Verfahren wählen, um den Sprachstand zu erheben (Abschnitt 3.2.1) und dass selbst bei Verwendung gleicher Verfahren unterschiedlich vorgegangen wird (Abschnitt 3.2.2).

3.2.1 Heterogenität in der Vorgehensweise und der Verfahrensauswahl

Den Vorgaben im Kinder-Untersuchungsheft folgend soll der Sprachstand durch Befragung der Eltern erhoben werden. Tabelle 2 illustriert auf der Basis der von den Kinderärzten ausgefüllten Fragebögen, welche Verfahren die 35 Kinderärzte angegeben haben; Mehrfachnennungen waren möglich.

Typ der Erhebung	Verfahren	Anzahl der Kinderärzte (%)
A) Befragung der Eltern		U7a: 30 (85,7%) U8: 28 (80%) U9: 27 (77%)
B) Veröffentlichte Elternfragebögen (4 verschiedene)	SBE-2-KT (Suchodoletz/Sachse 2009)	9 (25,7%)
	SBE-3-KT (Suchodoletz et al. 2009)	9 (25,7%)
	ELFRA-2 (Grimm/Doil 2000)	2 (5,7%)
	MEF – Mannheimer Elternfragebogen (Esser/Laucht 2006)	2 (5,7%)
C) Veröffentlichte Testverfahren (10 verschiedene)	Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache (Kottmann o.J.a,b)	7 (20%)
	BUEVA (Esser/Wyschkon 2002)	3 (8,6%)
	HSET (Grimm/Schöler 1991)	2 (5,7%)
	MFED (Hellbrügge 1994)	2 (5,7%)
	SSV (Grimm et al. 2003)	2 (5,7%)
	Denver-Entwicklungsskalen (Flehmig et al. 1973)	1 (2,8%)
	ET 6-6 (Petermann et al. 2008)	1 (2,8%)
	SETK 2 (Grimm 2000)	1 (2,8%)
	SETK 3-5 (Grimm 2001)	1 (2,8%)
	PET (Angermaier 1977)	1 (2,8%)

Tabelle 2: Verwendete Verfahren zur Sprachstandserfassung in den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (laut Fragebogen, n=35), Mehrfachnennungen möglich

Neben der mündlichen Befragung der Eltern werden für die frühen Vorsorgeuntersuchungen U7 mit zwei und U7a mit drei Jahren auch die Elternfragebögen SBE-2-KT (Suchodoletz/Sachse 2009) und SBE-3-KT (Suchodoletz/Kademann/Tippelt 2009) verwendet: Neun von 35 Ärzten gaben im Fragebogen an, einen oder beide Bögen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen einzusetzen. Zwei Ärzte verwenden den ELFRA-2 (Grimm/Doil 2000), zwei weitere den MEF (Esser/Laucht 2006). Über die Elternbefragung hinaus führen alle an der Studie teilnehmenden Kinderärzte ergänzende Untersuchungen mit mehrsprachigen Kindern durch, um die sprachlichen Fähigkeiten direkt zu erheben. Dabei greifen sie auf vorgefertigte bzw. käufliche Testverfahren sowie auf selbst zusammengestellte Materialien wie Bildvorlagen oder Spiele zurück. Wie aus Tabelle 2 zu entnehmen ist, werden für die Vorsorgeuntersuchungen U7a bis U9 zehn unterschiedliche Test-

verfahren zur Sprachüberprüfung genannt (s. Tabelle 2). Sieben der 35 befragten Kinder- und Jugendärzte gaben an, die „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache“ (Kottmann o.J.a,b) einzusetzen, die in der Praxis auch häufig als „Kottmann-Bögen“ bezeichnet werden. Damit stellen sie das am häufigsten verwendete Testmaterial dar. Die Heterogenität im diagnostischen Vorgehen der Kinderärzte findet sich zusammengefasst sowohl in Bezug auf die Wahl des Verfahrenstyps (Elternbefragung, Elternfragebogen, eigene Erhebung) als auch in Bezug auf das Verfahren selbst. Im Folgenden wird exemplarisch anhand der Kottmann-Bögen aufgezeigt, dass auch in der Verwendung der Materialien selbst große Variation zu beobachten ist.

3.2.2 Variation in der Verwendung der Verfahren am Beispiel der „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen“ (Kottmann o.J.a)

Aufbau der Kottmann-Bögen

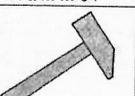
Die „Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache“ wurden zunächst von einem Pharmahersteller vertrieben; im Jahr 2005 wurden die Rechte sowie der Vertrieb der Überprüfungsbögen an einen Fachverlag übergeben. Seit dem ersten Erscheinen – vermutlich in den 70er Jahren (erstes Herausgabehjahr nicht angegeben) – sind sie mehrmals überarbeitet worden. Als Folge sind in der Praxis verschiedene Versionen in Gebrauch, u.a. eine frühe Version mit schwarz-weißen Zeichnungen, eine farbige Version (vgl. Abbildungen 1 und 2) und eine neue, ebenfalls farbige Version, die in deutscher und in türkischer Sprache vorliegt. Nicht nur die Darstellungen der Objekte wurden jeweils aktualisiert, zum Teil wurden auch Items ausgetauscht: „Dach“ wurde in der neuesten Version durch „Dose“ ersetzt, „Schiff“ durch „Schuh“. Die in Abbildung 1 und 2 dargestellte Version wurde in unseren Interviews und Beobachtungen von 8 Kinderärzten – und damit am häufigsten – verwendet. Die neue Version (Kottmann o.J.b) verwendeten hingegen nur zwei Kinderärzte.

I. Artikulation

Blatt 1

1. Artikulationszone
= Lippenlaute:

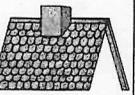
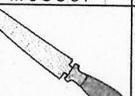
B- BI- P- F-

Ball 	Blume 	Puppe 	Fisch 
Apfel 	Maus 	Hammer 	Wolke 

-pf- M -mm- W-

2. Artikulationszone
= Zungen-Zahnlaute:

T- tt- D- Dr-

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

L- -ll- N- -nn-

S- -s- -ss- -s

Sch- Schm- Schw- -sch

3. Artikulationszone
= Gaumenlaute:

H- G- K- Kl-

Haus 	Gabel 	Kerze 	Kleid 
Knochen 	Kirche 	Krone 	Roller 

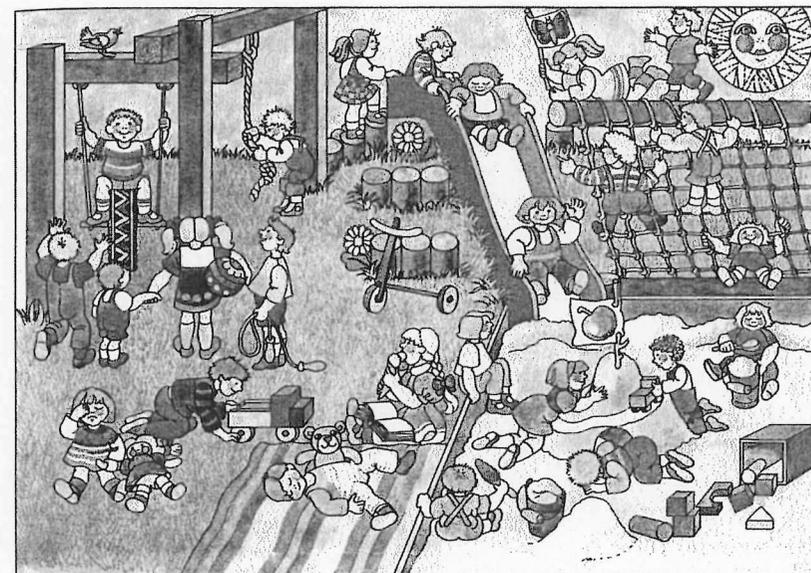
Kn- Kl- Kr- R-

Abbildung 1: Untersuchungs- und Dokumentationsbögen:
Testitems zur Überprüfung der Artikulation (Kottmann, o.J.a: Seite 1)

II. Sprachverständnis

III. Satzbildung

Blatt 2



Anmerkungen:

IV. Phonematische Diskrimination = Lautdifferenzierung

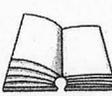
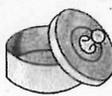
Tisch 	Hose 	Ohr 	Kanne 	Buch 
Fisch 	Dose 	Uhr 	Tanne 	Tuch 

Abbildung 2: Untersuchungs- und Dokumentationsbögen:
Testitems zur Überprüfung des Sprachverständnisses, der Satzbildung
und der phonematischen Diskrimination (Kottmann, o.J.a: Seite 2)

Laut Handanweisung der aktuellsten Version ist das Verfahren ein Screening zur Überprüfung der kindlichen Sprache. Es besteht neben dem Deckblatt aus sechs Seiten: zwei bebilderte Überprüfungsbögen (Abbildungen 1 und 2), ein Befundbogen, eine Seite mit Durchführungshinweisen und -vorschlägen, eine zweiseitige Übersicht über die Meilensteine der Sprachentwicklung von der 7. Lebenswoche bis zum 6. Lebensjahr sowie ein Schaubild zur Lautentwicklung zwischen 3 und 6 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.b, o.S.). Empfohlen wird die Anwendung in der U8 und U9. Zentraler Bestandteil des Überprüfungsverfahrens ist der in Abbildung 1 gezeigte sogenannte „Aussprachebogen“, der je nach Version zwischen 24 und 48 Abbildungen von Objekten zeigt. Mit diesen Items soll die Artikulation von Kindern überprüft werden. Zu der in Abbildung 1 gezeigten Version des Aussprachebogens gehört eine zweite Seite (Abbildung 2), auf der mit einem sogenannten Wimmelbild, einer farbigen Zeichnung von einer Spielplatzszene mit mehreren Kindern, Sprachverständnis und Satzbildung überprüft werden sollen. Ebenfalls auf der zweiten Seite sind zehn Items mit Minimalpaaren wie „Tanne – Kanne“ abgedruckt, die zur Überprüfung der phonematischen Diskrimination bzw. Lautdifferenzierung dienen. Für die Bereiche V. Redefluss und VI. Phonation gibt es keine eigenen Items. In den Durchführungshinweisen wird empfohlen, die Befunde in diesen Sprachbereichen während der Durchführung der Teile I. bis IV. mit zu erheben. In dem Befundbogen können Ergebnisse der Erhebungen wie das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung angekreuzt werden. Auf dem Bogen selbst kann während der Durchführung dokumentiert werden, welche Laute einem Kind Schwierigkeiten bereiten. Pro Kind ist ein Untersuchungsblatt vorgesehen, um die fehlerhaften Äußerungen zu notieren. Die abschließenden Befunde werden in der internen Dokumentation der Ärzte festgehalten. Die Verwendung der Kottmann-Bögen wird im Folgenden an zwei Fallanalysen, auf der Basis eines Interviews und einer teilnehmenden Beobachtung, verdeutlicht.

Flexible Auswahl des Verfahrens bei mehrsprachigen Kindern (Interview)

Die im folgenden Interviewausschnitt befragte Kinderärztin KJA_10 arbeitet als niedergelassene Kinder- und Jugendärztin und verfügt über 14 Jahre Berufserfahrung. Etwa 60 % ihrer Patienten in der Praxis sind mehrsprachig.

BG: Können Sie vielleicht für die U8 einfach mal beschreiben, wie Sie sich ein Bild von den sprachlichen Fähigkeiten machen?

KJA_10: Genau, bei U8 mit vier Jahren ist ja nicht immer ganz einfach. Also natürlich versuche ich erstmal, im direkten Gespräch mit dem Kind, wenn es drauf eingeht, einfach mal zu hören, wie ist die Aussprache, wie ist die Grammatik, (.)⁵ wie redefreudig ist das Kind, also kriegt man nur kurze Antworten oder erzählt der gerne was.

Idealer Weise läuft das natürlich schon so gut, dass man da sich gleich 'n Bild machen kann davon. Und (.) ich mach aber immer im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung zum Schluss noch einen Sprachtest. Ich versuche das immer mit diesem SSV-Fragebogen zu machen, (.) wobei das (.) ja sag ich mal für manche Kinder mit vier Jahren oder auch wenn sie erst dreieinhalb sind oder so bisschen schwierig ist noch, also da schafft man das nicht immer ganz. Da (.) **greif ich auch manchmal dann einfach auf diese Kottmann-Tafeln**⁶ zurück ganz besonders, **wenn ich merke, dass die Kinder eben noch zu wenig Deutschkenntnisse haben**, also dass es da wirklich auch an den Vokabeln (.) hängt, ne? Dass sie gar nicht verstehen, was ich will. Dann ist das eigentlich immer ganz schön, dass man einfach mal die guckt, wie sieht 'n das **Vokabular** aus, was kann der denn schon? Und einfach 'n bisschen dann noch was erzählen lässt bei dem bei (BG: *Dem Bild, das machen sie.*) dem Bild, genau, bei dem Spielplatz. Und (.) da merkt man auch wie wie ja wie **verstehen die Kinder denn Fragen**, wenn man sagt: „Wo ist denn der Vogel? Wo (.) wer hat die Fahne in der Hand?“ Das kann man glaub ich schon 'n ganz gutes Bild sich vom Sprachniveau einfach machen. **Natürlich also grad bei mehrsprachigen Kindern dann (.) mh frag ich auch die Eltern, wie das in der Muttersprache ist, welchen Eindruck sie haben. Aber natürlich sag ich mal ist das immer 'n sehr schwammiges Bild, was man da bekommt, und ist nicht natürlich nicht so zuverlässig wie jetzt wenn man so 'n objektiven Test machen kann.** Genau.

KJA_10 verwendet den Kottmann-Bogen vorrangig bei mehrsprachigen Kindern, die geringe Deutschkenntnisse haben und bei denen sie deshalb aus ihrer Sicht den SSV (Grimm et al. 2003) nicht mit Erfolg anwenden kann. Sie überprüft mit der Bildtafel vor allem den Wortschatz. Mit dem Wimmelbild (s. Abbildung 2) versucht sie darüber hinaus, das Sprachverständnis, insbesondere das Verstehen von

⁵ (.) markiert in der Transkription eine kurze Sprechpause.

⁶ Passagen im Fettdruck wurden als für diesen Beitrag besonders relevant hervorgehoben.

Fragen, sowie die Erzählkompetenz zu erfassen. Die erhobenen Befunde ergänzt sie mit einer Befragung der Eltern zum Sprachstand des Kindes. Die Ärztin geht in der Auswahl des Verfahrens und der Untersuchungsziele flexibel auf die Kompetenzen mehrsprachiger Kinder ein und hat dafür ein gestuftes Verfahren entwickelt. Wenn der standardmäßig verwendete SSV zu anspruchsvoll ist, greift sie auf die Kottmann-Bögen (o.J.) zurück.

Flexibilität in der Durchführung eines Verfahrens (teilnehmende Beobachtung)

Die folgenden Ausschnitte aus dem Beobachtungsprotokoll einer Sprachstandserhebung und dem dazugehörigen Transkript der Audioaufnahme illustrieren den flexiblen Umgang einer Kinderärztin mit den Kottmann-Bögen. Die Kinderärztin KJA_13 überprüft den Sprachstand bei einem mehrsprachigen Kind in der U9 in Anwesenheit der Mutter. Der Patient mit dem Pseudonym Robert ist 5;0 Jahre alt. Er wächst simultan bilingual mit Französisch und Deutsch auf und besucht eine französische Kindertagesstätte. Bereits bei der U8 ein Jahr zuvor hatte KJA_13 bei dem Jungen Hörprobleme festgestellt.

Aus dem Beobachtungsprotokoll der Vorgesorgeuntersuchung (Beobachterin BVC):

KJA_13 nimmt für den nun folgenden Sprachtest den Kottmann-Bogen ‚Artikulation‘ hervor. 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 Französisch oder Deutsch sprechen könne.

Zurück auf der Liege neben der Ärztin antwortet er mal auf Französisch, mal auf Deutsch.

Aus dem Transkript der Audioaufnahme [Übersetzungen in eckigen Klammern]:

KJA_13: So jetzt erzählst du mir mal, was du hier siehst. (.) Was ist das? Kannst Französisch sprechen, oder Deutsch.

Robert: Ballon. [Ball.]

KJA_13: Ballon ok. [Ball ok.]

KJA_13: (..) Was ist das? Guck genau hin.

Mutter: Du kannst Französisch oder Deutsch. (?? Unverständlich??)

KJA_13: (zeitgleich) Ja a~ das kannst (?? wenn du nicht sprechen willst??) in Französisch. Ich verstehe dich. (.) Ja?

Robert: Fleur. [Blume.]

KJA_13: [ɛ̃n] fleur⁷. [Eine Blume.]

KJA_13: Das ist eine Blume.

Robert: Doudou.

[Kuscheltier/Schmusedecke]

KJA_13: Eine Puppe. Hm.

⁷ KJA sagt tatsächlich „un fleur“ statt zielsprachlich „une fleur“.

Die Ärztin fragt bei vielen Begriffen nach der jeweiligen Übersetzung.

Deutsche Wörter lässt sie den Jungen zum Teil auch nachsprechen.

Robert: Poisson. [Fisch.]

KJA_13: Hm.

Robert: Pomme. (..) Souris. [Apfel. (..) Maus.]

KJA_13: Und wie heißt das auf Deutsch? Das kenne ich gar nicht auf Französisch.

(.) Eine? (...)

KJA_13: Was heißt (??suris??) oder souris (.) auf Deutsch? [Was heißt (??suris??) oder Maus (.) auf Deutsch?]

KJA_13: (...) So können wir nichts VERSTEHEN *Name1, hm.

Mutter: Nein, nein, nein. (??Unverständlich??) (..) Weißt du nicht auf Deutsch?

KJA_13: Du musst die MAMA es mir überder~ setzen. Ich kenne das Wort leider nicht. (.) Hm?

Mutter: Souris. [Maus.]

KJA_13: Maus.

Mutter: Eine Maus.

KJA_13: Und? (.) Sag mal Maus.

Robert: Maus.

...

Wie in diesem Ausschnitt deutlich wird, setzt KJA_13 die erste Seite der Kottmann-Bögen (s. Abbildung 1) als Wortschatztest ein und lässt den Jungen die gezeigten Items benennen. Robert darf dabei zwischen seinen beiden Sprachen wählen; die Ärztin beurteilt die Richtigkeit der deutschen und französischen Antworten. Sie fragt ihn aber auch nach deutschen Übersetzungen. Nennt er diese nicht, spricht sie sie vor und lässt ihn nachsprechen. Diese Fallanalyse illustriert, dass der Einsatz eines Verfahrens wie der Kottmann-Bögen bei mehrsprachigen Kindern sowohl in Bezug auf die überprüfte Sprachebene als auch in Bezug auf die Sprachwahl flexibel gehandhabt wird.

3.3 Ergebnisse zu Frage 2: Erfüllen die gewählten Vorgehensweisen und Verfahren die Anforderungen an die Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern?

Im Folgenden wird exemplarisch anhand der zwei bereits beschriebenen Fallanalysen (Ausschnitt aus einem leitfadengestützten Interview mit KJA_10, Ausschnitt aus einer teilnehmenden Beobachtung mit KJA_13) sowie anhand der häufig verwendeten Kottmann-Bögen exemplarisch analysiert, inwiefern die Vorgehensweise bei

der Sprachstandserhebung und das Sprachstandsverfahren den in Abschnitt 2.2.1 ausgeführten Anforderungen entsprechen.

Vorgehensweise von KJA_10 und KJA_13

Die Kinderärztin KJA_10 beschreibt im obigen Interviewausschnitt (s. Abschnitt 3.2.2), wie sie verschiedene Sprachstandserhebungsverfahren und -methoden flexibel einsetzt. Zunächst bemüht sie sich in einem informellen Gespräch darum, die Spontansprache des Kindes zu erfassen. Sie versucht zudem, mit allen Kindern das für einsprachige Kinder konzipierte standardisierte Verfahren SSV (Grimm et al. 2003) durchzuführen. Da dieses ihrer Auskunft nach bei jüngeren Kindern und bei Kindern mit geringen Deutschkenntnissen nicht immer möglich ist, greift sie in diesen Fällen auf die Kottmann-Bögen zurück. Damit erfasst die Kinderärztin laut eigener Aussage vor allem Kompetenzen in den Bereichen Wortschatz, Erzählen und Sprachverstehen. Die Überprüfung der Artikulation wird dagegen nicht erwähnt.

Transkription und Beobachtungsprotokoll der Untersuchung durch Ärztin KJA_13 belegen, dass die Ärztin den Patienten die Begriffe auf Seite 1 der Kottmann-Überprüfungsbögen benennen lässt. Auch sie verwendet wie KJA_10 den Untertest „Artikulation“ somit zunächst als Wortschatztest, obwohl dieser hierfür nicht konzipiert ist. Indem sie den Jungen zwischen seinen Sprachen wählen lässt, bezieht sie seine lexikalischen Kenntnisse in beiden Sprachen in die Überprüfung ein, wie dies prinzipiell für mehrsprachige Kinder gefordert wird. Der Bogen enthält jedoch für einen Wortschatztest nur sehr wenige Items und außer Substantiven keine weiteren Wortklassen. Die Items wurden für dieses Verfahren nach Kriterien der Artikulation zusammengestellt, nicht aber nach Frequenz und Relevanz im Alltagswortschatz von Vorschulkindern verschiedener Herkunft, wie für eine adäquate Wortschatzüberprüfung erforderlich. Deshalb lassen sich nur schwer Rückschlüsse auf die lexikalische Entwicklung des Jungen ziehen. In der Untersuchung lässt die Kinderärztin das Kind zudem einige Wörter aus dem Französischen ins Deutsche übersetzen. Ob sie damit die Aussprache oder die Beherrschung semantischer Äquivalente in beiden Sprachen überprüfen möchte, bleibt offen. Ebenfalls unklar ist, ob KJA_13 die französischen Begriffe auch zur Überprüfung der Aussprache heranzieht. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ärztin das Verfahren zur Erfassung des Wortschatzes in beiden Sprachen des Kindes nutzt, obwohl es dafür nicht konzipiert und nicht geeignet ist. Zudem vermischt sie die Überprüfung verschiedener sprachlicher Ebenen wie Wortschatz und Aussprache. Wie die Ärztin zu einem abschließenden Urteil kommt, ist nicht

erkennbar. Sie empfiehlt der Mutter im Abschlussgespräch dringend eine Untersuchung des Jungen durch einen Pädaudiologen und weist auf eine möglicherweise erforderliche logopädische Behandlung hin. Die Mutter berichtet, dass auch die Schule ihr bereits zu einer logopädischen Behandlung geraten hat, dass sie diesen Vorschlag jedoch nicht annehmen möchte.

Analyse der Kottmann-Bögen

Im Rahmen einer Dokumentenanalyse wurden die Kottmann-Bögen nach den in Abschnitt 2.2.1 genannten Qualitätskriterien an die Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern untersucht.

Für die Kottmann-Bögen spricht vor allem ihre Praktikabilität: Die Bögen sind mit angemessenem Zeitaufwand durchführbar, die farbigen Abbildungen sind auf den ersten Blick ansprechend, altersadäquat und kindgerecht. Jedoch sind einige Illustrationen der noch vielfach verwendeten veralteten Version (s. Abbildung 1 und 2) nicht mehr zeitgemäß und, wie z.B. die Sonne, zum Teil schwer zu erkennen.

Aus testtheoretischer Perspektive fehlen Vorgaben zur standardisierten Durchführung und Auswertung der erhobenen Daten. Beispielsweise werden zur Überprüfung des Sprachverständnisses mit dem Wimmelbild (Abbildung 2) nur einige Beispielfragen angegeben, die dem Testleiter die Entscheidung überlassen, für welche syntaktischen Strukturen in welchem Alter eine zielsprachliche Interpretation erwartet werden kann. Folglich liegen auch keine Normwerte und keine Angaben zu Gütekriterien vor.

Aus linguistischer Sicht lassen sich mit den Untersuchungs- und Dokumentationsbögen von Kottmann verschiedene sprachliche Bereiche überprüfen, die jedoch nicht alle zentralen linguistischen Ebenen umfassen. Schwerpunkt des Verfahrens bilden die lautlichen Fähigkeiten, insbesondere Artikulation und Lautdifferenzierung. In den Durchführungshinweisen für die U8 und U9 finden sich für die verschiedenen Artikulationszonen differenzierte Zielvorgaben und Kriterien zur Interventionsentscheidung. Der Befundbogen des Verfahrens bietet, ähnlich wie die Durchführungshinweise zur U8 und U9, für die Artikulation relativ differenzierte Fehlbildungsbefunde (z.B. Sigmatismus, Chitismus), während im Bereich Morphologie und Syntax als einziger Befund „Fehler in der Wortform-/Satzbildung = Dysgrammatismus“ genannt ist und hier zwischen „leicht“, „mittel“ und „schwer“ unterschieden werden kann.

Aus spracherwerbtheoretischer Perspektive ist an den Kottmann-Bögen zu kritisieren, dass für relevante Sprachbereiche wie die Morpho-Syntax keine erwerbsorientierten Befundmuster genannt werden. So kann der Befund „Dys-

grammatismus' als Resultat des Untertests ‚Satzbildung‘ lediglich nach ‚leicht‘, ‚mittel‘ und ‚schwer‘ differenziert werden. Beim Sprachverständnis kann nur zwischen ‚altersgemäß‘ und ‚herabgesetzt‘ unterschieden werden. Zwar kann auf dem Befundbogen in der aktuellsten Version ‚Bilingualität‘ als begleitendes Merkmal angekreuzt werden, eine aus zweitspracherwerbstheoretischer Sicht erforderliche systematische Unterscheidung verschiedener Erwerbstypen in der Auswertung, z.B. nach Erwerbsalter und Kontaktdauer, ist jedoch nicht enthalten. Wie der Testleiter aus den Testergebnissen die abschließenden Befunde ableitet, ist den Bögen nicht zu entnehmen.

4 Diskussion der Ergebnisse

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie stand die Sprachstandserfassung mehrsprachiger Kinder durch die bis dato wenig beachtete Gruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Anhand von Fragebögen, leitfadengestützten Interviews sowie teilnehmenden Beobachtungen wurde einerseits das konkrete Vorgehen bei Sprachstandserfassungen skizziert sowie andererseits die Angemessenheit des verwendeten Materials im Hinblick auf Anforderungen an eine fundierte Sprachdiagnostik analysiert.

Die Auswertung der 35 Fragebögen ergab, dass alle Kinderärzte zusätzlich zu den geforderten Elternbefragungen eigene Erhebungen mit den Kindern durchführen. Dies deutet darauf hin, dass die Kinderärzte Elternbefragungen als alleinige Beurteilungsgrundlage als nicht ausreichend bewerten. In Bezug auf die Auswahl und Durchführung der zusätzlich eingesetzten Verfahren besteht eine hohe Heterogenität. Selbst für ein spezifisches Erhebungsverfahren – hier illustriert am Beispiel der Kottmann-Bögen – zeigte sich keine einheitliche Durchführungspraxis.

Die Analysen der 20 Interviews und 20 teilnehmenden Beobachtungen ergaben zudem, dass die Kinderärzte die Sprachstandserhebungsverfahren bei mehrsprachigen Kindern variabel einsetzen. Am Beispiel von Ausschnitten aus einem Interview und einer Beobachtung wurde exemplarisch gezeigt, dass der Kottmann-Bogen zur Artikulation bei mehrsprachigen Kindern zu verschiedenen Anwendungsvarianten einlädt, von der Benenn- über die Nachsprechaufgabe bis hin zur Erfassung des Wortschatzes in verschiedenen Sprachen. Diesem Ergebnis kommt auch deswegen besonderes Gewicht zu, da der Schwerpunkt der Kottmann-Bögen in der Erfassung der Artikulation im Deutschen liegt und damit im Einklang mit den Vorgaben im Kinder-Untersuchungsheft für die U8 und U9 steht (s. Tabelle 1), in dem die Erfassung des Wortschatzes nicht explizit gefordert wird. Dennoch versuchen die zwei Kinderärzte, über die Erfassung des Wortschatzes bei Kindern

mit geringen Deutschkenntnissen einen Eindruck von ihren Sprachkompetenzen zu bekommen. Diese mehrfache Heterogenität bestätigt Untersuchungen zu Vorsorgeuntersuchungen vorwiegend einsprachiger Kinder von Kelle (2006, 2010), die ebenfalls auf variable Durchführungspraktiken bei Sprachtests, u.a. bei der Verwendung der Kottmann-Bögen, hinweisen. Auch in der Untersuchung einsprachiger Kinder nutzten einzelne Kinderärzte den Artikulationsbogen nicht nur zur Überprüfung der Aussprache, sondern auch als Wortschatztest.

Eine Dokumentenanalyse der Kottmann-Bögen ergab, dass das Verfahren für die Erfassung des Wortschatzes aufgrund der Itemauswahl und der geringen Anzahl der Items nicht geeignet ist und generell nicht die testtheoretischen, linguistischen und spracherwerbstheoretischen Anforderungen an ein Verfahren zur Sprachstandserfassung bei mehrsprachigen Kindern erfüllt. So erlauben die Kottmann-Bögen weder eine standardisierte Auswertung noch die Berücksichtigung von Erwerbsalter und Kontaktdauer zum Deutschen, wie es aus erwerbstheoretischer Sicht erforderlich wäre. Zudem liegen aus der Spracherwerbsforschung keine Belege dafür vor, dass die Erfassung der Artikulation mittels Aussprachebögen ermöglicht, einen generellen Sprachförderbedarf bzw. Sprachstörungen zu diagnostizieren. Die Vorzüge des Verfahrens liegen für die Ärzte vermutlich in seiner guten Handhabbarkeit, der intuitiven Verwendbarkeit und der kurzen Durchführungsdauer.

5 Ausblick auf weitere Ergebnisse zu Praktiken der Sprachstandserhebung

Die hier dargestellten Einzelfallanalysen aus dem Projekt *cammino* zeigen exemplarisch für die Berufsgruppe der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, wie sich diese in der Praxis der Herausforderung stellen, Sprachstandserhebungen bei mehrsprachigen Kindern durchzuführen. Weitere Auswertungen sind u.a. zu der Frage geplant, welche sprachbiographischen Aspekte die Kinderärzte in der Anamnese erfassen. Darüber hinaus wird untersucht, inwiefern die Ärzte anamnestische Angaben (wie z.B. Beginn der Einwortphase, familiäre Häufung von Sprachstörungen) in die Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder einbeziehen. Untersucht wird darüber hinaus, anhand welcher Kriterien die Klassifikation mehrsprachiger Kinder als sprachgestört, förderbedürftig bzw. unauffällig vorgenommen wird und anhand welcher Kriterien Interventionsentscheidungen getroffen werden. Die in diesem Beitrag vorgestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass es aufgrund der von den Kinderärzten verwendeten Verfahren und praktizierten Vorgehensweisen in den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen zu Fehleinschätzungen der sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder kommen kann. Auf-

grund der Schlüsselposition, die Kinderärzten aktuell im deutschen Gesundheits- und Bildungssystem für die Einleitung von Interventionsmaßnahmen zukommt, ist zu vermuten, dass ärztliche Fehlklassifikationen gravierende Auswirkungen auf den Bildungsweg der beurteilten mehrsprachigen Kinder haben.

Zentrales Ziel des Projekts *cammino* ist es, Über- und Unterschätzungen der sprachlichen Fähigkeiten und daraus resultierende Fehlklassifikationen von Kindern durch die für den Übergang von Kindergarten zur Schule zentralen Akteure zu untersuchen. Daher untersuchen wir neben der bis dato wenig beachteten Akteursgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin auch, wie die Einschätzung des Sprachstandes durch Erzieher, Lehrer, Eltern und Schulärzte erfolgt. Um Über- und Unterschätzungen zu erfassen, werden in einer Längsschnittstudie mit ca. 150 mehrsprachigen Kindern die Einschätzungen der verschiedenen Akteursgruppen der sprachlichen Fähigkeiten dieser Kinder den Ergebnissen standardisierter Sprachstandserhebungsverfahren gegenübergestellt.

Literatur

- Autorengruppe Regionale Bildungsberichterstattung Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2010): *Bildung in Berlin und Brandenburg*.
- Angermaier, Michael J. W. (1977): *Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET)*. Weinheim: Beltz Test.
- Bahr, Reiner (2007): Wer besucht die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprache? Analyse eines Einschulungsjahrgangs. In: de Langen-Müller, U./ Maihack, V. (Hrsg.): *Früh genug – aber wie? Sprachförderung per Erlass oder Sprachtherapie auf Rezept?* Köln: Prolog, 35–46.
- Bode, Harald/Straßburg, Hans-Michael/Hollmann, Helmut (Hrsg.) (2009): *Sozialpädiatrie in der Praxis*. München: Elsevier/Urban & Fischer.
- Britz, Lisa (2006): Bildungsbe(nach)teiligung von MigrantInnen. In: Reiberg, L. (Hrsg.): *Berufliche Integration in der multikulturellen Gesellschaft. Beiträge aus Theorie, Schule und Jugendhilfe zu einer interkulturellen sensiblen Berufsorientierung*. Paderborn: Bonifatius Druck Buch Verlag, 18–32.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2011): Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). In: *Bundesanzeiger 2011*, Nr. 40, 1013.
- de Langen-Müller, Ulrike/Kauschke, Christina/Kiese-Himmel Christiane/Neumann, Katrin/Noterdaeme, Michele (2011): *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES), Interdisziplinäre S2k-Leitlinie*. [http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-006.html] (zuletzt abgerufen am 05.06.2012).
- Esser, Günter/Laucht, Manfred (2006): *Mannheimer Elternfragebogen für die U7a – (MEF)*. In: BVJK, ed. *Gesundheitscheckheft für Kinder und Jugendliche*. Köln: BVJK.
- Esser, Günter/Wyschkon, Anne (2002): *BUEVA – Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter*. Göttingen: Beltz Test.
- Flehmgig, Inge/Schloon, Marje/Uhde, Jörn/Bernuth, Horst von (1973): *Denver Entwicklungsskalen*. Hamburg: Harburger Spastikerverein.
- Fried, Lilian (2004): *Expertise zu Sprachstandserhebungen für Kindergartenkinder und Schulanfänger – Eine kritische Betrachtung*. München: DJI [http://cgi.dji.de/bibs/271_2232_ExpertiseFried.pdf] (zuletzt abgerufen am 05.06.2012).
- G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Hrsg.) (2005): *Kinder-Untersuchungsheft*. Siegburg.
- Geist, Barbara (in Vorb.): *Praktiken der Sprachstandserhebung und sprachdiagnostische Kompetenz. Sprachförderkräfte von Kindern mit Deutsch als Zweitsprache im Fokus der Sprachdidaktik*. Dissertation. Goethe-Universität Frankfurt.
- Genesee, Fred/Paradis, Johanne/Crago, Martha B. (2004): *Dual Language Development and Disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Grimm, Angela (in Vorb.): *Phonological development in German monolinguals and early second language learners of German. Nonword repetition by typically developing and language-impaired children*.
- Grimm, Hannelore (2000): *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, Hannelore (unter Mitarbeit von M. Aktas und S. Frevert) (2001). *SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, Hannelore (2003). *Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention*. 2., überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, Hannelore/Aktas, Maren/Kießig, Uwe (2003): *Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, Hannelore/Doil, Hildegard (2000): *Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern – ELFRA 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, Hannelore/Schöler, Herrmann (1991): *Heidelberger Sprachentwicklungstest – HSET*. 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe.

- Gunter, So-Yoon (2010). *Der frühe L2-Lauterwerb von Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. Eine empirische Studie zum ungesteuerten frühen L2-Lauterwerb*. Berlin: Mensch & Buch.
- Hellbrügge, Theodor (1994): *Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, zweites und drittes Lebensjahr – MFED*. München: Universität München.
- Hessisches Sozialministerium (2012): Staatssekretärin Petra Müller-Klepper: „Defizite frühzeitig erkennen und durch Sprachförderung beheben“. Pressemitteilung vom 03.04.2012. [http://www.hsm.hessen.de/irj/HSM_Internet?rid=HSM_15/HSM_Internet/nav/6c3/6c3709ac-c097-d801-33e2-dca737ab19f3,8905bdf7-0547-6317-9cda-a2b417c0cf46,,11111111-2222-3333-4444-100000005004%26_ic_uCon_zentral=8905bdf7-0547-6317-9cda-a2b417c0cf46%26overview=true.htm&uid=6c3709ac-c097-d801-33e2-dca737ab19f3] (zuletzt abgerufen am 05.06.2012).
- Hopf, Christel/Schmidt, Christiane (1993): *Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen. Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema*. Institut für Sozialwissenschaften der Universität Hildesheim.
- Jeuk, Stefan (2009): Probleme der Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29 (2), 141-156.
- Kany, Werner/Schöler, Hermann (2007): *Fokus: Sprachdiagnostik*. Mannheim: Cornelsen Scriptor.
- Kauschke, Christina/Siegmüller, Julia (2010): *PDSS – Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier.
- Kelle, Helga (2006): Sprachtests – ethnographisch betrachtet. Ein Beitrag zur Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren. In: *ZBBS*, 7. Jg., Heft 2/2006, 271-292.
- Kelle, Helga (2010): Verfahren der Überprüfung von Sprachkompetenzen im Kontext medizinischer Früherkennung und Schuleingangsdiagnostik. In: *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen: Barbara Budrich, 207-254.
- Kleissendorf, Barbara/Schulz, Petra (2010): Sprachstandserhebung zweisprachiger Kinder in der Praxis am Beispiel Hessens. In: Rost-Roth, M. (Hrsg.): *DaZ-Spracherwerb und Sprachförderung Deutsch als Zweitsprache. Beiträge aus dem 5. Workshop Kinder mit Migrationshintergrund*. Freiburg i. Br.: Fillibach, 139-157.
- KMK (Kultusministerkonferenz) (2002): *Bericht „Zuwanderung“* (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 24.05.2002 i.d.F. vom 16.11.2006 [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_

- [beschluesse/2002/2002_05_24-Zuwanderung.pdf](#)] (zuletzt abgerufen am 05.06.2012).
- Knapp, Werner (1999): Verdeckte Sprachschwierigkeiten. In: *Die Grundschule*, 5, 30-33.
- Kochinka, Alexander (2010): Beobachtung. In: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 449-461.
- Kottmann, Uta (o.J.a): *Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache*. Ein Service von Grünenthal – Referat Antibiotika.
- Kottmann, Uta (o.J.b): *Untersuchungs- und Dokumentationsbögen zur Überprüfung der kindlichen Sprache. Sprache ist Leben*. Köln: Prolog.
- Kreis, Julia/Möller, Delia/Kasper, Jürgen/Scheibler, Fülöp/Steinzen, Andrea/Skipka, Guido/Knesebeck, Olaf von dem/Lange, Stefan (2012): Screening auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (UESS): Evidenz und Herausforderungen. In: *Logos interdisziplinär*, Jg. 20, Aug. 1, 2012, 14-22.
- Leonard, Laurence B. (1998): *Children with specific language impairment*. Cambridge, Mass: The MIT Press.
- Lisker, Andrea (2010): *Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten sowie beim Übergang in die Schule. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts*. München: DJI.
- Lüdtke, Ulrike M./Kallmeyer, Kirsten (2007): Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus Sicht der Linguistik, Diagnostik und Mehrsprachigkeitsforschung. In: *Die Sprachheilarbeit*, 52 (6), 261-278.
- Mayring, Philipp (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2003): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim und München: Juventa, 481-491.
- Moser, Barbara (2007): Sprachheilpädagogische Diagnostik bei mehrsprachigen Schülern. In: *Die Sprachheilarbeit*, 52 (3), 107-112.
- Motsch, Hans-Joachim (2011): *ESGRAF-MK. Evozierte Diagnostik grammatischer Fähigkeiten für mehrsprachige Kinder*. München: Reinhardt.
- Paradis, Johanne (2005): Grammatical Morphology in Children Learning English as a Second Language: Implications of Similarities With Specific Language Impairment. In: *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36, 172-187.

- Petermann, Franz (2010): *SET 5-10 – Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, Franz/Stein, I.A./Macha, Thorsten (2008): *Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre (ET 6-6)*. Frankfurt/M.: Pearson Assessment.
- Reich, Hans H. (2003): Tests und Sprachstandsmessungen bei Schülern und Schülerinnen, die Deutsch nicht als Muttersprache haben. In: Bredel, U./Günther, H./Klotz, P./Ossner, J./Siebert-Ott, G. (Hrsg.): *Didaktik der deutschen Sprache*, Bd 2. Paderborn: Schöningh, 914-923.
- Reich, Hans H./Roth, Hans-Joachim (2004): *Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-Jährigen (HAVAS-5)*. Hamburg: Behörde für Bildung und Sport.
- Rothweiler, Monika (2007a): Spezifische Sprachentwicklungsstörungen und Mehrsprachigkeit. In: Schöler, H./Welling, A. (Hrsg.): *Sonderpädagogik der Sprache*, Bd 1, Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen: Hogrefe.
- Rothweiler, Monika (2007b): „Mistaken identity“ – Zum Problem der Unterscheidung typischer grammatischer Strukturen bei SSES und Mehrsprachigkeit. In: de Langen-Müller, U./Maihack, V. (Hrsg.): *Früh genug – aber wie? Sprachförderung per Erlass oder Sprachtherapie auf Rezept?* Köln: Prolog, 110-125.
- Rothweiler, Monika/Chilla, Solveig/Clahsen, Harald (2012): Subject Verb Agreement in Specific Language Impairment: A study of monolingual and bilingual German-speaking children. In: *Bilingualism: Language and Cognition* 15 (1), 39-57.
- Schmidt, Christiane (2008): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 447-456.
- Schulz, Petra/Grimm, Angela (im Druck): Erst- und Zweitspracherwerb. In: Drügh, H./Komfort-Hein, S./Krass, A./Meier, C./Rohkowski, G./Seidel, R./Weiß, H. (Hrsg.): *Einführung in die Germanistik*. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler, 155-172.
- Schulz, Petra/Kersten, Anja/Kleissendorf, Barbara (2009): Zwischen Spracherwerbsforschung und Bildungspolitik: Sprachdiagnostik in der frühen Kindheit. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29 (2), 122-140.
- Schulz, Petra/Tracy, Rosemarie (2011): *Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Suchodoletz, Waldemar von/Kademann, Stefanie/Tippelt, Susanne (2009): *Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7a (SBE-3-KT)* [<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/download/SBE-3-KT.pdf>] (zuletzt abgerufen am 05.06.2012).

- Suchodoletz, Waldemar von/Sachse, Steffi (2009): *Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)* [<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/download/SBE-2-KT.pdf>] (zuletzt abgerufen am 05.06.2012).
- Tracy, Rosemarie/Thoma, Dieter (2009). „Convergence on finite V2 clauses in L1, bilingual L1 and early L2 acquisition.“ In: Jordens, P./Dimroth, C. (Hrsg.): *Functional categories in learner language*. Berlin/New York: Mouton de Gruyter, 1-43.
- Voet Cornelli, Barbara (2008): *Vorschulische Sprachförderung für Kinder mit Migrationshintergrund vor dem Übergang zwischen Kindergarten und Grundschule am Beispiel der hessischen Vorlaufkurse*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Goethe-Universität Frankfurt.
- Wagner, Lilli (2008): *SCREEMIK Version 2. Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern Russisch-Deutsch, Türkisch-Deutsch*. Manual und CD-Rom. München: Eugen Wagner.