Monatsschr Kinderheilkd
<https://doi.org/10.1007/s00112-021-01376-6>
Angenommen: 13. Oktober 2021

© Der/die Autor(en) 2021

Redaktion

Berthold Koletzko, München
Thomas Lücke, Bochum
Ertan Mayatepek, Düsseldorf
Norbert Wagner, Aachen
Stefan Wirth, Wuppertal
Fred Zepp, Mainz

Sprachtherapeutische Versorgung 4-jähriger Kinder in Hessen: ein Überblick

E. Zaretsky¹ · S. van Minnen² · B. P. Lange³ · C. Hey¹

¹ Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Marburg, Marburg, Deutschland

² Institut für Förderpädagogik und Inklusive Bildung, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

³ IU Internationale Hochschule, Berlin, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Eine verspätete Erkennung bzw. versäumte Intervention bei Sprachentwicklungsstörungen beeinträchtigen den schulischen und beruflichen Werdegang. Aufgrund ungünstiger soziodemografischer Bedingungen (mangelhafte Deutschkenntnisse der Eltern, niedriges familiäres Einkommen etc.) sowie medizinischer Auffälligkeiten sind zunehmend viele Kinder in ihrer Sprachentwicklung gefährdet.

Ziel der Arbeit: Im Rahmen einer hessischen Sprachstanderfassungsstudie wurde geprüft, inwiefern 4-jährige Kinder mit (KMM) und ohne Migrationshintergrund (KOM) sprachtherapeutisch versorgt wurden, und wie diese Therapien motiviert waren.

Material und Methoden: Vierjährige Kindergartenkinder ($n = 1384$) wurden mit dem Sprachtest KiSS.2 untersucht. Beide Untergruppen (KMM und KOM) wurden hinsichtlich sprachbezogener Störungsbilder und sprachtherapeutischer Versorgung verglichen.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 8% aller Kinder an Sprachtherapien teil. KMM waren fast doppelt so häufig klinisch abklärungsbedürftig wie KOM (21% vs. 11%). Bei KOM wurden dagegen mehr sprachbezogene Störungsbilder (z. B. häufige Mittelohrentzündungen) bereits vor der Studienteilnahme diagnostiziert. Klinisch abklärungsbedürftige KOM befanden sich daher häufiger in einer Sprachtherapie als KMM (37% vs. 23%).

Diskussion: Es fanden sich Hinweise für Diskrepanzen zwischen Sprachtherapiebedarf und sprachtherapeutischer Versorgung von bestimmten Untergruppen der 4-jährigen Kinder. Evidenzbasierte, flächendeckende Sprachstanderfassungsprogramme können dazu beitragen, dass bei der Einteilung der Kinder in sprachförder- und sprachtherapiebedürftige weniger falsch-positive bzw. -negative Ergebnisse erzielt werden.

Schlüsselwörter

Spracherwerb · Sprachstanderfassung · Kindersprachscreening · Migrationshintergrund · Sprachentwicklungsstörung

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Im Alter von 4 Jahren bleiben Kindern nur noch ein bis 2 Jahre Zeit bis zur Einschulungsuntersuchung. Bei Kindern mit auffälligen Deutschkenntnissen muss daher spätestens in diesem Alter geklärt werden, ob sprachpädagogischer Förderbedarf oder auch klinischer Abklärungsbedarf besteht. Entsprechende Entscheidungen werden oft durch ErzieherInnen sub-

jektiv bzw. auf der Grundlage von nicht validierten Sprachtestverfahren getroffen. Daher kann angenommen werden, dass einige der therapiebedürftigen Kinder nicht therapiert werden und umgekehrt.

Hintergrund und Fragestellung

Sprache ist Voraussetzung für Bildung und damit von zentraler Bedeutung für das Individuum wie für die Gesellschaft. Nur auf Basis ausreichender Kompetenzen in der Landessprache ist eine qualifizierte Schul- und Berufsausbildung möglich [19].

Im Jahr 2019 wurde dokumentiert, dass 22 % aller 5-Jährigen ohne ausreichende Sprachkompetenzen eingeschult werden, für Kinder mit Migrationshintergrund der ersten bzw. zweiten Generation trifft dies auf 24 % zu [1]. In Bremen lag der Anteil der Kinder, die laut Einschulungsuntersuchung kein oder kaum Deutsch sprachen, im Jahr 2012 bei 4 %, im Jahr 2016 schon bei 12 % [13]. Der Anteil deutscher Muttersprachler sank dabei von 68 % auf 56 %. Tatsächlich sind Kinder mit einem Migrationshintergrund besonders gefährdet, zur Einschulung über nur unzureichende Deutschkenntnisse zu verfügen. In manchen Bundesländern wie Hessen machen sie jedoch inzwischen mehr als die Hälfte aller Vorschulkinder aus [8].

Auch Kinder mit sprachbezogenen Erkrankungen, wie z. B. Hörstörungen, ebenso solche mit spätem Beginn des Deutscherwerbs oder familiär gehäuften Sprachstörungen können von einem unzureichenden Spracherwerb bis zur Einschulung betroffen sein [4, 5]. Bei frühzeitiger Detektion einer Auffälligkeit der Sprachentwicklung und auch deren Ursachen besteht jedoch die Möglichkeit, gezielte Maßnahmen einzuleiten [11]. Im Falle eines sprachpädagogischen Förderbedarfs kann neben einer Sprachförderung bereits ein früher und ausreichender Sprachkontakt mit Peers (z. B. in Kitas, Spielkreisen und Vereinen) den Sprachstand deutlich verbessern [23]. Bei Störungen der Sprachentwicklung, die immerhin eine Prävalenz bis zu 10 % aufweisen [25], besteht zudem die Notwendigkeit sprachtherapeutischer und ggf. medizinischer Maßnahmen.

Zahlreiche Vorsorgeuntersuchungen sind auf Bundesebene implementiert worden, um die langfristigen Folgen einer unzureichenden Sprachkompetenz sowohl für den Einzelnen als auch für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft zu mindern. Die Sprachstanderfassung wird aber auf Länderebene unterschiedlich gehandhabt [10], ist in der Regel nicht

verpflichtend und wird auch nicht, obwohl avisiert, flächendeckend umgesetzt [26]. Einzelne Sprachstanderfassungsverfahren unterscheiden sich dabei nicht nur in den Alters-, sondern auch in den Zielgruppen (nur Kinder mit Migrationshintergrund vs. alle Kinder etc.), in den geprüften Sprachebenen und in der Detaillierung der Ergebnisse (auffällig/unauffällig vs. andere Kategorisierungen). Die meisten Bundesländer entwickelten ihre eigenen Sprachtests, statt auf bereits validierte und normierte Verfahren zuzugreifen.

Allerdings ist die frühe Detektion einer klinisch abklärungsbedürftigen Sprachentwicklungsauffälligkeit nur dann erfolgversprechend, wenn sprachtherapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Daher erfolgte in der vorliegenden Studie eine Untersuchung der sprachtherapeutischen Versorgung 4-jähriger Kinder mit (KMM) und ohne Migrationshintergrund (KOM). Daneben interessieren mögliche Einflussfaktoren und damit mögliche Motivationsgründe für bereits initiierte Maßnahmen.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Im Zeitraum 2017–2019 wurden 1384 Kitakinder (Alter 4;0 bis 4;11 Jahre) in die Studie inkludiert. Einverständnis der Eltern lag vor. Weitere Ein- bzw. Ausschlusskriterien bestanden nicht.

Die Gesamtgruppe wurde in 2 Untergruppen unterteilt: KMM ($n=786$) und KOM ($n=598$). Das Alter aller Kinder betrug im Durchschnitt 54 Monate. Ein signifikanter Unterschied in der Altersverteilung der beiden Untergruppen bestand laut Mann-Whitney-U-Test nicht. Das Verhältnis der Geschlechtsverteilung zeigte sich in der Gesamtgruppe mit 672 (48 %) Mädchen und 712 (52 %) Jungen ausgeglichen.

Alle Kinder wurden mit dem validierten und normierten Sprachtest „Kindersprachscreening“ (KiSS.2 [6]) untersucht. Dieses prüft rezeptive und expressive Leistungen in den Bereichen Sprachverständnis, Wortschatz, phonologisches Kurzzeitgedächtnis, Grammatik und Aussprache. In unterschiedlich gewichteten Fragen müssen Kinder auf bestimmte Gegenstände auf einem Wimmelbild zeigen, Fragen wie „Was ist das?“, „Wie fühlt sich die Rutsche an?“

beantworten und Kunstwörter bzw. Sätze nachsprechen.

KiSS.2 unterscheidet in dichotomisierter Form zwischen gesamt(un)auffälligen, sprachpädagogisch (nicht) förderbedürftigen und klinisch (nicht) abklärungsbedürftigen Kindern. Diese Klassifizierung wird auf der Grundlage vordefinierter Cut-off-Werte für Untertest- und Gesamtttest-Scores sowie einiger Fragebogen-Items vorgenommen. Dabei unterscheiden sich Cut-off-Werte der KOM und KMM für den klinischen Abklärungsbedarf (KA), aber nicht für den sprachpädagogischen Förderbedarf (SF). Beim KA wird eine Abklärung durch den Kinderarzt empfohlen, im Fall vom SF die Teilnahme an einem Sprachförderkurs in der Kita.

Zu KiSS.2 gehören validierte Fragebögen für Eltern (Elternfragebogen) und ErzieherInnen (Kitafragebogen), die u. a. Fragen zu medizinischen Auffälligkeiten enthalten. Für die vorliegende Studie wurden diese Fragen um einige weitere Items ergänzt (z. B. „permanente Hörstörung“). Die meisten hinzugefügten Fragebogen-Items wurden in den KiSS.2-Validierungsstudien 2008–2012 statistisch geprüft und überwiegend aus zeitökonomischen Gründen in die endgültige KiSS.2-Version nicht aufgenommen [12]. Zudem enthielt der Kitafragebogen die für die aktuelle Studie zentrale Frage „Bekommt oder bekam das Kind eine Sprachtherapie (im Kindergarten oder außerhalb)?“.

KiSS.2 kommt ausschließlich im hessischen Sprachstanderfassungsprogramm zum Einsatz und wird in den Kitas durch speziell geschulte ErzieherInnen durchgeführt. Die Auswertung erfolgt durch SprachexpertInnen, die an die Gesundheitsämter angebunden sind. In der aktuellen Studie wurden die Sprachtestungen in den Kitas durch Linguistik- und MedizinstudentInnen sowie angehende LogopädInnen durchgeführt. Die Auswertung erfolgte im Universitätsklinikum Marburg durch wissenschaftliche MitarbeiterInnen (LinguistInnen). Ergebnisse samt Empfehlungen an die Eltern wurden im sog. Elternbrief dokumentiert.

In der statistischen Auswertung wurden zunächst sowohl die absoluten und prozentualen Häufigkeiten der Gesamtaufälligen, SF- und KA-Kinder erfasst. Im Anschluss erfolgte eine Vergleichsanalyse

Tab. 1 KiSS.2-Ergebnis der Kinder mit (KMM) und ohne Migrationshintergrund (KOM)			
	Alle Kinder	KMM	KOM
<i>n</i>	1384	786	598
Gesamtergebnis auffällig	623 (45,0 %)	549 (69,8 %)	80 (13,4 %)
Sprachpädagogischer Förderbedarf	611 (43,8 %)	543 (69,1 %)	64 (10,7 %)
Klinischer Abklärungsbedarf	232 (16,6 %)	163 (20,7 %)	67 (11,2 %)

dieser Häufigkeiten für KMM und KOM mittels Chi-Quadrat(χ^2)-Berechnung.

Danach wurde ermittelt, wie viele Kinder sprachtherapeutisch versorgt wurden. Die Analyse erfasste sowohl die Gesamt- und die beiden Untergruppen als auch KA-Kinder (differenziert nach KMM und KOM).

Der Grund für eine Sprachtherapie wurde dabei für die Gesamtgruppe sowie für die beiden Untergruppen durch Kreuztabellierung mit χ^2 -Berechnung untersucht. Dafür wurden die Angaben zu bekannten sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten der Kinder bzw. ihrer Familien aus beiden Fragebögen herangezogen und deren Verteilung bei sprachtherapeutisch versorgten und nicht versorgten Kindern geprüft.

Ebenso wurde über die Kreuztabellierung mit χ^2 -Berechnung untersucht, ob bei KMM und KOM sprachbezogene Störungsbilder mit unterschiedlicher Häufigkeit angegeben wurden.

Mit einer binären logistischen Regression wurde überprüft, welche Faktoren die (Nicht-)Teilnahme an einer Sprachtherapie beeinflussten. Als unabhängige Variablen wurden die Gesamtzahl der richtigen Antworten in KiSS-Aufgaben zu (a) Aussprache, (b) Wortschatz, (c) Grammatik und (d) Sprachverständnis sowie (e) Migrationshintergrund, (f) KA laut KiSS.2 und (g) Kitafragebogen-Item „Hat das Kind eine Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft?“ gewählt. Die Variable (f) enthält dabei auch weitere Faktoren wie Redeflussstörungen. Mit der Variablen (g) wurden sprachbezogene medizinische Auffälligkeiten berücksichtigt, die von KiSS.2 nicht identifiziert wurden.

Für den Vergleich der Wartezeiten auf eine Sprachtherapie (in Monaten) für KMM und KOM wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Da nicht für alle Kinder beide Fragebögen vorlagen und einige Fragebögen nicht vollständig beantwortet wurden, va-

riierten die Fallzahlen und wurden daher bei jeder Berechnung mitangegeben.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Marburg genehmigt (Ethikvotum AZ 117/16 vom 06.09.2016).

Ergebnisse

KMM zeigten signifikant häufiger als KOM ein gesamtauffälliges Ergebnis ($\chi^2_{(1)} = 436,81, p < 0,001$), SF ($\chi^2_{(1)} = 470,11, p < 0,001$) und KA ($\chi^2_{(1)} = 22,28, p < 0,001$), s. **Tab. 1**.

Eine Sprachtherapie erhielten 111 von 1315 Kindern (gesamt: 8,4 %; KOM: 47/573, 8,2 %; KMM: 64/739, 8,7 %). Der Unterschied zwischen KMM und KOM war nicht statistisch signifikant. Bei den KA-Kindern erhielten KMM (36/156, 23,1 %), verglichen mit KOM (23/62, 37,1 %), signifikant seltener eine sprachtherapeutische Versorgung ($\chi^2_{(1)} = 4,42, p = 0,036$). Im Umkehrschluss bedeuten diese Werte, dass 76,9 % der KA-KMM und 62,9 % der KA-KOM keine Sprachtherapie erhielten.

In **Tab. 2** finden sich die Angaben zur Häufigkeit der erfragten sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten. Es werden zunächst die Häufigkeitsangaben zu KOM und KMM einander gegenübergestellt (*Spalte 2*). Darüber hinaus erfolgt in den beiden Untergruppen (KOM vs. KMM) eine Gegenüberstellung der Häufigkeitsangaben sprachbezogener medizinischer Auffälligkeiten für jeweils die Kinder mit und ohne Sprachtherapie (*Spalten 3 und 4*).

Es zeigte sich, dass Eltern ohne Migrationshintergrund die folgenden drei sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten am häufigsten nannten: familiäre Lese-Rechtschreib-Schwäche, familiäre Häufung von Sprachtherapien sowie später Sprachbeginn (erstes Wort nach dem 2. Geburtstag des Kindes). An direkten medizinischen Auffälligkeiten wurden v. a. rezidivierende Otitiden und Verletzungen

bzw. Operationen im Kopfbereich benannt. Ähnlich zeigten sich die Angaben der Eltern mit Migrationshintergrund. Alle Auffälligkeiten (außer ein später Sprachbeginn beim Kind oder in seiner Familie) wurden von Eltern mit Migrationshintergrund seltener benannt als von Eltern ohne Migrationshintergrund. KMM und KOM mit (laut Fragebögen) bekannten medizinischen Auffälligkeiten waren in Sprachtherapien häufiger vertreten als Kinder ohne, obgleich der Unterschied nicht immer statistische Signifikanz erreichte.

In der binären logistischen Regression (**Tab. 3**) erklärten die ausgewählten Faktoren 28 % der Varianz (Nagelkerkes $R^2 = 0,279$). Teilnahme an Sprachtherapien war signifikant mit auffälliger Aussprache des Kindes, KA laut KiSS.2 sowie mit dem Vorhandensein einer „Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft“, assoziiert.

Insgesamt warteten die Kinder ($n = 71$) durchschnittlich $3,3 \pm 5,0$ Monate auf eine Sprachtherapie, darunter KMM ($n = 38$) $3,5 \pm 6,1$, KOM ($n = 33$) $3,1 \pm 3,4$. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untergruppen bestand nicht.

Diskussion

Fast die Hälfte aller Kinder erwies sich im Sprachtest „Kindersprachscreening“ (KiSS.2) als gesamtauffällig und sprachpädagogisch förderbedürftig (SF). Einen klinischen Abklärungsbedarf (KA) zeigte knapp ein Fünftel. Dabei bestand eine deutliche Diskrepanz zwischen Kindern mit (KMM) und ohne Migrationshintergrund (KOM) zuungunsten Ersterer. Auch zwischen KA laut Sprachtestung und tatsächlicher Sprachtherapieaufnahme wurde eine starke Diskrepanz detektiert. Weit mehr als die Hälfte der KA-Kinder befanden sich nicht in einer Sprachtherapie. Dabei wurde für KA-KMM eine signifikant schlechtere sprachtherapeutische Versorgung im Vergleich mit KOM aufgezeigt. Zudem erwies sich die Hälfte der Kinder, die zum Testzeitpunkt oder früher eine Sprachtherapie erhielten, als sprachlich unauffällig (kein KA). Medizinische Faktoren hinter der Sprachtherapieaufnahme blieben hiermit nicht erkennbar. In anderen Fällen konnte der Grund für

Tab. 2 Häufigkeit sprachbezogener medizinischer Auffälligkeiten für Kinder ohne (KOM) und mit Migrationshintergrund (KMM) sowie Gegenüberstellung dieser Häufigkeitsangaben für sprachtherapeutisch versorgte (SV) vs. nicht versorgte (NSV) KOM und KMM samt Angabe der Chi-Quadrat-Analyse (nur bei Signifikanz)

	Sprachbez. med. Auffälligkeiten			KOM			KMM		
	KOM	KMM	χ^2_1	SV	NSV	χ^2_1	SV	NSV	χ^2_1
KF: schlechtes Hören	17/571	23/734	–	5/43	12/516	11,7**	5/60	18/650	5,4*
	3,0%	3,1 %		11,6%	2,3 %		8,3 %	2,8%	
KF: die Sprache betreffende Krankheit/Störung	51/567	56/731	–	22/42	27/516	107,8***	19/58	35/652	56,9***
	9,0%	7,7 %		52,4%	5,2 %		32,8 %	5,4%	
EF: die Sprache betreffende Krankheit/Störung	41/567	32/715	4,5*	16/40	24/502	67,2***	11/56	20/628	32,2***
	7,2%	4,5 %		40,0%	4,8 %		19,6 %	3,2 %	
EF: Erhalt einer nichtsprachlichen Therapie	29/573	27/714	–	4/41	24/508	–	10/58	17/625	29,5***
	5,1%	3,8 %		9,8%	4,7 %		17,2 %	2,7 %	
EF: später Sprachbeginn in Muttersprache	62/569	175/713	39,1***	19/42	40/502	55,7***	32/60	137/622	28,8***
	10,9%	24,5 %		45,2%	8,0 %		53,3 %	22,0 %	
EF: Verletzungen/ Operationen im Kopfbereich	59/571	35/727	15,8***	13/42	45/504	19,8***	7/60	28/636	6,1*
	10,3%	4,8 %		31,0%	8,9 %		11,7 %	4,4%	
EF: Vorliegen einer permanenten Hörstörung	16/570	8/726	6,4*	6/41	10/504	21,3***	Zu geringe Fallzahlen		
	2,8%	1,1 %		14,6%	2,0 %				
EF: häufiges Vorkommen von Mittelohrentzündungen	52/572	32/715	12,4**	5/43	46/504	–	2/57	29/627	–
	9,1%	4,5 %		11,6%	9,1 %		3,5 %	4,6 %	
EF: Risiko-/Frühgeburt (vor 28. SSW; Gew. < 1500 g)	20/570	22/720	–	1/43	16/504	–	4/59	18/631	–
	3,5%	3,1 %		2,3%	3,2 %		6,8%	2,9%	
EF: familiär gehäufte Lese-Rechtschreib-Störungen	97/570	54/714	27,3***	17/43	75/502	17,1***	4/60	50/624	–
	17,0%	7,6 %		39,5%	14,9 %		6,7 %	8,0%	
EF: familiär gehäufte Sprachstörungen	40/567	35/721	–	12/43	28/500	28,9***	7/60	27/630	6,4*
	7,1%	4,9 %		27,9%	5,6 %		11,7 %	4,3 %	
EF: familiär gehäufte Teilnahme an Sprachtherapie	82/570	62/715	11,7**	11/43	68/502	4,6*	9/60	53/624	–
	14,4%	8,7 %		25,6%	13,5 %		15,0%	8,5 %	
EF: familiär gehäufte später Sprachbeginn	25/567	52/704	6,1*	4/43	19/500	–	10/59	42/614	7,7**
	4,4%	7,4 %		9,3%	3,8 %		16,9%	6,8%	
EF: häufigerer Arztbesuch als andere Kinder	29/564	26/718	–	6/43	21/496	7,9**	4/59	22/629	–
	5,1%	3,6 %		14,0%	4,2 %		6,8%	3,5%	
Klinischer Abklärungsbedarf laut KiSS.2	67/598	163/786	22,3***	23/47	27/526	103,9***	36/64	120/675	52,0***
	11,2%	20,7 %		48,9%	25,1 %		56,3 %	17,8 %	

KF Kitafragebogen, EF Elternfragebogen, SSW Schwangerschaftswoche

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Sprachtherapien auf vorhandene sprachbezogene medizinische Auffälligkeiten wie z. B. Hörstörungen zurückgeführt werden. Solche Störungsbilder waren bei KMM zum Testzeitpunkt seltener diagnostiziert als bei KOM, was die relativ seltene Einbindung Ersterer in Therapien erklärt.

Sowohl KMM als auch KOM befanden sich in einer Sprachtherapie im Fall einer Hörstörung, bei spätem Sprachbeginn, bei Verletzungen bzw. Operationen im Kopfbereich und bei Sprachstörungen in der Familie. Abgesehen von diesem gemeinsamen Nenner wurden weitere medizinische Faktoren identifiziert, die entweder bei KMM oder KOM mit einer Sprachthe-

rapie zusammenhingen. Bei KMM war es v. a. später Sprachbeginn in der Familie. Alle geprüften Faktoren sind in der Literatur als Komorbiditäten bei einer Sprachentwicklungsstörung bzw. Hinweise auf eine Prädisposition für eine spezifische Sprachentwicklungsstörung gut belegt [4]. Speziell zum Thema Hörstörungen sei darauf hingewiesen, dass der Anteil der hörgestörten Kinder unter sprachtherapeutisch versorgten KOM höher lag als bei KMM (12 % vs. 8 %), trotz gleicher Anteile der Hörgestörten unter KOM und KMM (je 3 %). Dies unterstreicht die Notwendigkeit des wiederholten Ausschlusses einer Hörminderung v. a. bei KMM, die nicht selten nicht

nur das Neugeborenenhörscreening, sondern auch spätere Vorsorgeuntersuchungen verpassen [3, S. 49], sowie die Notwendigkeit der konsequenten, kontrollierten Einbindung betroffener Kinder in therapeutische Maßnahmen.

Wie auch in der KiGGS-Studie [14], wurden in der aktuellen Arbeit keine Unterschiede zwischen KMM und KOM in der Inanspruchnahme der sprachtherapeutischen Maßnahmen gefunden, wenn diese nicht weiter in sprachauffällige bzw. -unauffällige eingeteilt werden. In der KiGGS-Studie lag die Inanspruchnahme in der Altersgruppe 0 bis 17 Jahre bei je 7 % der KMM und KOM, in der aktuellen Studie

Tab. 3 Binäre logistische Regression mit Teilnahme an einer Sprachtherapie als abhängige Variable, Methode „Einschluss“

Unabhängige Variablen	Regressionskoeffizient <i>B</i>	Wald
KiSS.2: Sprachverständnis	−0,10	0,00
KiSS.2: Wortschatz	−0,05	0,41
KiSS.2: Aussprache	0,18	11,44**
KiSS.2: Grammatik	0,11	3,65
Migrationshintergrund (ja/nein)	0,46	2,03
KiSS.2: klinischer Abklärungsbedarf (ja/nein)	−0,87	7,91**
Die Sprache betreffende Krankheit/Störung (ja/nein)	2,17	66,47***
Konstante	−4,00	15,25***

** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

bei 8 % KOM und 9 % KMM. Bei KOM war die Motivation für sprachtherapeutische Maßnahmen häufiger nachvollziehbar als bei KMM. Dies ist daran zu erkennen, dass bei therapierten KOM bzw. in ihren Familien mehr bekannte sprachbezogene Störungsbilder in Fragebögen gemeldet wurden als bei KMM. In der Untergruppe der sprachtherapeutisch versorgten KA-Kinder waren dementsprechend KOM überrepräsentiert, obwohl insgesamt KMM häufiger als KA-Kinder in der Studie klassifiziert wurden. Denkbar wäre, dass die medizinischen Auffälligkeiten der KMM zum Testzeitpunkt oft noch nicht diagnostiziert und entsprechend nicht therapiert wurden. Indirekt weisen diese Befunde auf eine spätere sprachtherapeutische Versorgung der KMM im Vergleich mit KOM hin, die auch in anderen Studien dokumentiert wurde [16]. Mit der sprachtherapeutischen Unterversorgung von KMM stellt Deutschland (in diesem Fall Hessen) keine Ausnahme unter europäischen Ländern dar [21]. Solche Unterschiede in der Versorgung mögen zu einem gewissen Grad in der besseren Zugänglichkeit des Gesundheitssystems bzw. im besseren Systemverständnis bei Familien ohne Migrationshintergrund begründet sein [15].

Weitere Gründe für die medizinische Unterversorgung der KMM, die in der vorliegenden Studie in einer sprachtherapeutischen Unterversorgung in Hessen resultierte, wurden u. a. in der KiGGS-Studie [13] thematisiert. KiGGS deckte auf, dass KMM seltener an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen als KOM, bei vergleichbaren Krankheitssymptomen seltener dem Kinderarzt vorgestellt werden und seltener Arzneimittel einnehmen [14]. Für Hessen wurde nachgewiesen, dass KMM die

U8-Vorsorgeuntersuchung deutlich häufiger verpassen als KOM (5 % vs. 1 %), und, vielleicht noch wichtiger, dass bei jedem 5. KMM überhaupt keine Informationen dazu vorliegen, ob es an der U8 teilnahm (vgl. 3 % bei KOM) [7]. Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen unterscheidet sich dabei weniger zwischen KOM und KMM und mehr zwischen Kindern mit einseitigem vs. beidseitigem Migrationshintergrund, mit geringeren Teilnahmeraten unter den Letzteren [18]. Zudem war in der aktuellen Studie der Anteil der sprachtherapierten KOM, die laut Eltern häufiger zum Arzt müssen als andere Kinder, höher als bei nicht sprachtherapierten KOM. Bei KMM zeigte sich in der Anzahl der Arztbesuche dagegen kein signifikanter Unterschied zwischen den sprachtherapierten bzw. nicht sprachtherapierten Kindern.

Die medizinische Unterversorgung der Familien mit Migrationshintergrund lässt sich auf mehrere weitere Faktoren zurückführen. Einige große Untergruppen der KMM (Türken, Araber, Afrikaner) leben häufig räumlich und sozial separiert in Gegenden mit relativ niedriger Kinder- und Jugendärztedichte [29]. Auch therapeutische Praxen und Frühförderstellen sowie Kitas mit fest etablierter Sprachförderung sind geografisch nicht gleichmäßig verteilt. Letzteres ist bereits an der lückenhaften Abdeckung des hessischen Sprachstanderfassungsprogramms zu erkennen [26]. Zudem verfügen einige der KMM-Eltern nur über schwache Deutschkenntnisse, niedrigere Bildungsabschlüsse, verbunden mit relativ niedrigem Einkommen [20, 24].

Etwa die Hälfte der KMM und KOM, die sich zum Testzeitpunkt oder davor in einer Sprachtherapie befanden, erwies

sich in der aktuellen Studie als nicht klinisch abklärungsbedürftig (letzte Zeile der Tab. 2: 100–49 % = 51 % bei KOM, 100–56 % = 44 % bei KMM), sodass die Motivation für ihre Therapieteilnahme unklar blieb. Erstens ist die Verwechslung des SF mit KA zu vermuten [16, 27, 28]. Diese kann zur Einbindung der betroffenen Kinder in Sprachförderkurse statt Sprachtherapien führen. Zweitens kann angenommen werden, dass bei einigen Kindern Sprachtherapien oder (v. a.) andere Therapien, die sich u. a. auf den Spracherwerb auswirken, bereits vor der Studienteilnahme, d. h. im Alter von 0 bis 4 Jahren, erfolgreich abgeschlossen wurden. Dadurch war zum Testzeitpunkt kein KA mehr erkennbar.

Es konnte kein Hinweis darauf gefunden werden, dass KOM alleine wegen ihrer deutschen Herkunft bevorzugt in Sprachtherapien aufgenommen werden. Denn obwohl in einer vergleichbaren Regression aus einer der früheren hessischen Studien der fehlende Migrationshintergrund als unabhängiger Prädiktor der Teilnahme an einer Sprachtherapie nachgewiesen wurde [30], lieferte dieser Faktor in der aktuellen Studie kein signifikantes Ergebnis. In der vorliegenden Studie wurde zwar das gleiche Regressionsmodell verwendet, jedoch die Variable „Hat das Kind eine Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft?“ zusätzlich mitaufgenommen. Das signifikante Ergebnis dieser zusätzlichen Variablen legt nahe, dass die häufigere Teilnahme der KOM an sprachtherapeutischen Angeboten durch ihre bereits bekannten sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten zu erklären ist. Auch die Wartezeiten vor der Aufnahme in eine Sprachtherapie erwiesen sich bei KMM und KOM als vergleichbar (dabei sind allerdings geringe Fallzahlen zu beachten). Die Wartezeiten dürfen aber nicht mit dem Alter des Therapiebeginns gleichgesetzt werden: In der aktuellen Studie wurde dieses Alter nicht erfasst; aus anderen Studien geht allerdings hervor, dass KMM etwas später sprachlich therapiert werden als KOM [17].

Die Studie weist einige Limitationen auf. Angaben zu medizinischen Störungsbildern und Therapieteilnahmen wurden nur den KiSS.2-Fragebögen entnommen, ohne dass Ergebnisse der U-Untersuchun-

gen oder andere externe Quellen (z. B. Arztbriefe), die möglicherweise aussagekräftiger sind, herangezogen wurden. Nicht alle Fragebogen-Items wurden in früheren KiSS.2-Validierungsstudien geprüft, und nicht alle weisen einen direkten Bezug zu Sprachentwicklungsstörungen auf (z. B. „Verletzungen oder Operationen im Kopfbereich“). Manche möglichen Einflussfaktoren auf die Sprachentwicklung, z. B. häufige Mittelohrstörungen [2, 9], werden zudem kontrovers diskutiert. Allerdings zeigten die meisten dieser Items einen signifikanten Zusammenhang mit der Teilnahme an Sprachtherapien in der aktuellen Studie und damit, direkt oder indirekt, einen Zusammenhang mit dem kindlichen Sprachstand im Alter von 4 Jahren. Zudem soll auf optimierungsbefürchtete Güteindizes von KiSS.2 für den KA hingewiesen werden (Sensitivität: 67 %, Spezifität: 89 % [12]). Im Gegensatz zum SF (Sensitivität: 98 %, Spezifität: 79 %) kann damit von einer Vielzahl nicht identifizierter KA-Kinder ausgegangen werden, die evtl. auch sprachtherapeutisch versorgt wurden.

Mit der flächendeckenden Detektion und adäquaten Versorgung sprachlich auffälliger Kinder (v. a. bei SF, aber auch bei einigen sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten wie Hörstörungen) besteht die Möglichkeit auf Chancengleichheit der Betroffenen, und das bereits vor Einschulungsbeginn. Dadurch können zielgerichtete Sprachfördermaßnahmen bzw. -therapien früher eingeleitet und unnötige Barrieren für die Schullaufbahn noch vor der Einschulung beseitigt werden. Da fast alle KA-Kinder laut KiSS.2 auch als SF-Kinder gelten, können sie nicht nur von sprachtherapeutischen bzw. generell medizinischen Maßnahmen, sondern auch von Sprachförderung bzw. von hoher Qualität und Quantität des Deutsch-Inputs profitieren. Dafür wären evidenzbasierte, in diesem Fall KiSS.2-gestützte Sprachfördermaßnahmen, aber auch Schulungen zu alltagsintegrierten und additiven Sprachfördermaßnahmen für Kitapersonal sowie eine bessere qualitative Ausstattung der Kitas wünschenswert.

Fazit für die Praxis

- **Kinder mit Migrationshintergrund müssen spätestens im Alter von 4 Jahren hinsichtlich ihrer Sprachauffälligkeiten gescreent und ggf. hinsichtlich Komorbiditäten untersucht und behandelt werden.**
- **Dafür sind die Validierung und Normierung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren für zwei-/mehrsprachige Kinder erforderlich, wie dies bei KiSS.2 bereits der Fall ist.**
- **Später Sprachbeginn in der Familie kann sich als guter Prädiktor für sprachbezogene medizinische Auffälligkeiten beim Kind erweisen.**

Korrespondenzadresse

Dr. E. Zaretsky

Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Universitätsklinikum Marburg
Baldingerstr. 1, 35043 Marburg, Deutschland
zaretsky@staff.uni-marburg.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Zaretsky, S. van Minnen, B. P. Lange und C. Hey geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Marburg genehmigt (Ethikvotum AZ 117/16 vom 06.09.2016). Das Einverständnis der Eltern lag vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020) Bildung in Deutschland 2020. BMBF, Bielefeld
2. Brennan-Jones CG, Whitehouse AJO, Calder SD et al (2020) Does otitis media affect later language ability? A prospective birth cohort study. *J Speech Lang Hear Res* 63:2441–2452
3. Bruns-Phillipps E, Hespe-Jungesblut K, Jahn N et al (2018) Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover
4. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (2011) S2k-Leitlinie „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES) (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES))“. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-006.html>. Zugriffen: 29. Apr. 2021
5. Eadie P, Bavin EL, Bretherton L et al (2021) Predictors in infancy for language and academic outcomes at 11 years. *Pediatrics* 147:e20201712
6. Euler HA, Holler-Zittlau I, van Minnen S et al (2010) Psychometrische Gütekriterien eines Kurztests zur Erfassung des Sprachstandes vierjähriger Kinder. *HNO* 58:1116–1123
7. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2020) Der Hessische Integrationsmonitor. HMSI, Wiesbaden
8. Hessisches Statistisches Landesamt (2018) Mikrozensus in Hessen 2017. https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/pmweb/pm1440_Mikrozensus_2015.pdf. Zugriffen: 29. Apr. 2021
9. Homøe P, Heidemann CH, Damoiseaux RD et al (2020) Panel 5: impact of otitis media on quality of life and development. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 130(Suppl 1):109837
10. Lisker A (2011) Additive Maßnahmen zur vorschulischen Sprachförderung in den Bundesländern. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. Deutsches Jugendinstitut, München
11. Mayer A, Ulich T (2017) Sprachtherapie mit Kindern. Ernst Reinhardt, München/Basel
12. Neumann K, Euler HA (2010) Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht. Goethe-Universität, Frankfurt/Main
13. Robert Koch-Institut (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003–2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. RKI, Berlin
14. 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. *J Health Monit* 3:22–36
15. Scharff Rethfeldt W (2020) Logopädische Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit Migrationshintergrund: Förderung oder Therapie? *Logopädi Schweiz* 3:4–15
16. Scharff Rethfeldt W (2019) Speech and language therapy services for multilingual children with migration background: a cross-sectional survey in Germany. *Folia Phoniatri Logop* 71:116–126
17. Scharff Rethfeldt W (2017) Logopädische Versorgungssituation mehrsprachiger Kinder mit Sprachentwicklungsstörung. *Forum Logop* 4:24–31
18. Schmidtke C, Kuntz B, Starker A et al (2018) Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnitt

- tergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit* 3:68–77
19. Schwippert K, Kasper D, Köller O et al (2020) TIMMS 2019. Waxmann, Münster
 20. Statistisches Bundesamt (2015) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012. DeStat, Wiesbaden
 21. Stow C, Dodd B (2003) Providing an equitable service to bilingual children in the UK: A review. *Int J Lang Commun Disord* 38:351–377
 22. Tempel G, Gerken C, Sadowski G (2018) Gesund in die Schule. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2016/2017 in Bremen. Gesundheitsamt, Bremen
 23. van Minnen S, Holler-Zittlau I (2018) Kinder mit Fluchterfahrung im Spracherwerb des Deutschen kompetent fördern. In: Henkel J, Neuß N (Hrsg) *Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen: Pädagogische Perspektiven für die Schule und Jugendhilfe*. Kohlhammer, Stuttgart, S57–66
 24. von De Groot O, Lutz S (2010) Migranten in Deutschland: Soziale Unterschiede hemmen Integration. *Wochenber Dtsch Inst Wirtschaftsforsch* 49:2–10
 25. von Suchodoletz W (2003) Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschr Kinderheilkd* 151:31–37
 26. Weiland M, Schmidt M, Herper-Klein S et al (2019) Sprachstandserfassung im Elementarbereich für ein- und mehrsprachige Kinder am Beispiel des hessischen Kindersprachscreenings KiSS. *Sprachförderung Sprachther* 2:84–88
 27. Wenzel R, Schulz P, Tracy R (2009) Herausforderungen und Potenzial der Sprachstandsdiagnostik – Überlegungen am Beispiel von LiSe-DaZ. In: Lengyel D, Reich HH, Roth H-J, al (Hrsg) *Von der Sprachdiagnose zur Sprachförderung*. Waxmann, Münster, S45–70
 28. White CDL, Jin L (2011) Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children. *Int J Lang Commun Disord* 46:613–627
 29. Zaretsky E, Hey C (2017) Geolinguistische Analyse von Sprachleistungen bei vierjährigen Vorschulkindern in Frankfurt am Main. 34. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP). <https://www.egms.de/static/de/meetings/dgpp2017/17dgpp61.shtml>. Zugegriffen: 29. Apr. 2021
 30. Zaretsky E, Lange BP (2016) Language screening studies point at insufficient medical and language therapeutic care of immigrant children. *J Acad Perspectives* 2. https://www.journalofacademicperspectives.com/app/download/969973748/Zaretsky+_Lange.pdf. Zugegriffen: 29. Apr. 2021

Speech and language therapies for 4-year-old children in Hesse: an overview

Background: A delayed identification of language impairments and missing interventions affect academic success and professional career. Due to various unfavorable sociodemographic conditions (e.g. parents' limited German language skills, low family income), a growing number of children runs a considerable risk of delays in language learning. In Germany, at the age of 4 years only 1 or 2 years remain until the school enrolment examination. Therefore, most language screening programs in Germany were introduced for children of this age. However, in many regions participation in such programs is either not obligatory or not available. Therefore, decisions regarding children's educational or medical needs are often made by kindergarten teachers on the basis of not validated language tests. Especially in cases of children with an immigration background it bears the risk that those with language-related medical issues participate in language courses instead of medical therapies or vice versa.

Objective: Data of a Hessian language assessment study were utilized to examine differences in the provision of language therapies to 4-year-old children with (KMM) and without immigration background (KOM), including motivation of these therapies.

Material and methods: Kindergarten children ($n = 1384$, age 4.0–4.11 years) were examined using the validated language screening test "Kindersprachscreening" (KiSS.2). The KMM ($n = 786$) and KOM ($n = 598$) were compared regarding their known language-related disorders and participation in language therapies. The KiSS.2 contains subtests on speech comprehension, vocabulary, articulation, grammar and phonological short-term memory. The KiSS.2 can differentiate between children needing additional educational and medical assistance in learning German. Sociodemographic characteristics of children and their families were assessed by questionnaires for parents and kindergarten teachers.

Results: In total, 8% of all children underwent language therapies. According to KiSS.2 the KMM were classified as needing medical assistance in learning German almost twice as often as KOM (21% vs. 11%); however, more language-related disorders (e.g. frequent otitis media) had already been diagnosed in the KOM subgroup prior to their inclusion in the study. Therefore, KOM with the KiSS.2 result "need for medical assistance" participated more frequently in language therapies in comparison to KMM (37% vs. 23%). Participation in language therapies was associated with children's and their parents' medical issues; however, most children classified as needing medical assistance in learning German, both KMM and KOM, did not undergo language therapies at the time of the language test or earlier. Also, approximately one half of children who underwent a language therapy did not need any medical assistance in acquiring German according to KiSS.2.

Conclusion: In certain subgroups of 4-year-olds, evidence was found for discrepancies between children's therapeutic needs and their participation in language therapies. The KOM's language-related medical issues were diagnosed and treated earlier than those of KMM. Therefore, KMM with medical needs underwent language therapies less often and later than KOM. In many cases, the motivation for language therapies remained unclear. Evidence-based, all-state language screening programs can contribute to the reduction of false positive and false negative results in the identification of children with educational and medical needs.

Keywords

Language acquisition · Language assessment · Kindersprachscreening · Emigration and immigration · Language disorders