



Sprachkontakt und soziale Interaktion im Spiel als Einflussfaktoren auf den Sprachstand ein- und mehrsprachiger Kinder im Alter von vier Jahren*

Language contact and social interaction in play as impact factors for the language competence of mono- and multilingual four-year-old children

Eugen Zaretsky, Susanne van Minnen, Benjamin P. Lange, Christiane Hey

Zusammenfassung

Hintergrund: Qualität und Quantität des Sprachinputs sowie Aspekte der sozialen Interaktion eines Kindes wurden in mehreren Studien als wichtige Korrelate des Erst- und Zweitspracherwerbs nachgewiesen. Die Befundlage hierzu ist jedoch widersprüchlich.

Fragestellung: Die vorliegende Studie prüft den Zusammenhang zwischen Sprachkontakt bzw. Variablen der sozialen Interaktion beim Spielen einerseits und dem Sprachstand im Deutschen sowie der Teilnahme an Sprachförderkursen und -therapien andererseits.

Methodik: In dieser Querschnittsstudie wurden Daten von insgesamt 1628 vierjährigen ($M = 53,5 \pm 3,5$ Monate) ein- ($n = 734$) und mehrsprachigen ($n = 894$) Kindern analysiert (841/52 % männlich, 787/48 % weiblich). Die Daten wurden mit dem Sprachtest „Kindersprachscreening“ (KiSS) erhoben. Die hier analysierten KiSS-Daten umfassen die Elternfragebögen, die Kitafragebögen und die Kinderbögen zur Sprachstandsbestimmung. Angaben zum Sprachkontakt, zur sozialen Interaktion sowie zur Teilnahme an Sprachförderung und -therapie wurden beiden o. g. Fragebögen entnommen.

Ergebnisse: Quantität und Qualität des Deutschinputs sowie soziale Interaktion korrelierten hoch mit Deutschkenntnissen, aber kaum mit der Teilnahme an Sprachförderkursen und Sprachtherapien. Stattdessen ließ sich diese durch den sprachpädagogischen Förderbedarf bzw. klinischen Abklärungsbedarf laut KiSS bzw. durch medizinische Auffälligkeiten der Kinder laut Kitafragebögen erklären.

Schlussfolgerungen: Kinder mit intensivem Kontakt zur deutschen Sprache, d. h. mit längerem und höherwertigem Deutschinput im Kindergarten und außerhalb, ob durch Peers oder Erwachsene, verfügen über fortgeschrittene Deutschkenntnisse. Allerdings kann daraus nicht abgeleitet werden, dass Kinder mit eingeschränktem Deutschinput bzw. solche, die sich beim Spielen eher zurückgezogen verhalten, oft in Sprachförderkursen und Sprachtherapien zu finden sind. Eine frühe Aufnahme der Kinder in Betreuungseinrichtungen ermöglicht eine frühe Detektion der Sprachauffälligkeiten und damit die Möglichkeit einer jeweils individuell angemessenen Intervention. Dies trägt zur Chancengleichheit der mehrsprachigen Kinder bei.

Schlüsselwörter:

Sprachkontakt, soziale Interaktion, Spracherwerb, Mehrsprachigkeit, Sprachstandserfassung

Abstract

Background: According to numerous previous studies, quality and quantity of the language input as well as the child's social interaction correlate with the first and second language acquisition. However, some contradicting evidence was found.

* Dieser Beitrag hat das Peer-Review-Verfahren durchlaufen.

Aims: The present study analyses associations between language contact and variables of the social interaction (related to playing behaviour) as well as children's German language competence and their participation in language courses and therapies.

Methods: In this cross-sectional study, data of 1,628 four-year-old ($M = 53.5 \pm 3.5$ months) monolingual ($n = 734$) and multilingual ($n = 894$) children were analysed (841/52 % male, 787/48 % female). The data were assessed by the language test "Kindersprachscreening" (KiSS). KiSS questionnaires for parents and kindergarten teachers as well as language screening results reflecting children's language competences were utilized. Information regarding language contact and social interaction as well as participation in language courses and therapies was documented in both KiSS questionnaires.

Results: The quality and quantity of the German language input as well as social interaction correlated strongly with German language skills, but did not correlate with the participation in language courses and therapies. Participation in language courses could be traced back to the children's additional educational needs, participation in language therapies to the children's medical issues documented either in KiSS or in questionnaires for kindergarten teachers.

Conclusions: Children with an intensive contact to the German language, that is, with a long and high-quality German language input in day care centres and beyond both from peers and adults, were shown to have advanced German language skills. However, it does not mean that children with limited German language skills as well as children with a withdrawn playing behaviour often participated in German language courses and language therapies. Low age of onset of day care facility attendance contributes to the early detection of delays in the language acquisition. This allows early and individual intervention to achieve equal social participation in multilingual children.

Keywords:

language contact, social interaction, language acquisition, multilingualism, language assessment

1 Einleitung

Ein altersgemäßer Spracherwerb stellt eine der Grundvoraussetzungen für Bildungsteilhabe dar und gehört damit zu den wichtigsten Einflussfaktoren für den späteren Bildungsabschluss und den erfolgreichen Einstieg ins Berufsleben (IntMK, 2019). Mangelhafte Deutschkenntnisse, gleich welcher Genese, gefährden die Erfolgsaussichten des Kindes hinsichtlich der schulischen und später der beruflichen Laufbahn. Dies gilt für Kinder sowohl ohne als auch mit Migrationshintergrund.

Eine frühe Erkennung der Auffälligkeiten im Erst- sowie Zweitspracherwerb kann dazu beitragen, dass verpasste Grenzsteine der Sprachentwicklung nicht erst bei der Einschulungsuntersuchung, sondern bereits im Kindergarten erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Im Rahmen des hessischen „Kindersprachscreenings“ (KiSS) wird dabei grundsätzlich zwischen sprachpädagogischen Maßnahmen wie alltagsintegrierte oder additive Sprachförderung, vor allem in den Kindergärten, und medizinischen Maßnahmen, z. B. Sprachtherapien, unterschieden (Euler, Holler-Zittlau, van Minnen, Sick, Dux, Zaretsky & Neumann 2012; Holler-Zittlau, Euler, & Neumann, 2011). Programme zur Sprachstandserfassung, in denen solche Sprachtests zum Einsatz kommen, werden in einigen Bundesländern flächendeckend für alle Kinder einer Altersgruppe durchgeführt (z. B. Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt), in anderen nur für bestimmte Untergruppen der Kinder (z. B. solche mit Migrationshintergrund) (Lisker, 2013) und in manchen trotz avisierte Flächendeckung nur in bestimmten Regionen (Weiland, Schmidt, Herper-Klein, & Kieslich, 2019). Viele Sprachstandserfassungsverfahren berücksichtigen bei der Auswertung auch soziodemographische bzw. soziolinguistische Merkmale der Kinder, die mit zusätzlichen Fragebögen über die Sprachstandserfassung hinaus dokumentiert werden.

Kinder ohne sprachbezogene medizinische Auffälligkeiten, d. h. ohne Komorbiditäten wie z. B. Hörstörungen, können Deutsch unter günstigen soziodemographischen Bedingungen sowohl als Erst- als auch als Zweitsprache ohne spezielle Förderung erwerben. Als solche Bedingungen gelten eine ausreichende Qualität und Quantität des Deutschinputs, ob in Kindertageseinrichtungen, im familiären Umfeld oder in Vereinen und Spielkreisen (Hoff, Welsh, Place, & Ribot, 2014; Sun, Ng, O'Brien, & Fritzsche, 2020; Rowe, 2012; Unsworth, 2016). Auch die mit dem Sprachkontakt eng verbundenen sozialen Kompetenzen des Kindes, d. h. seine Offenheit im Umgang mit anderen Kindern und Erwachsenen, kann sich fördernd auf den Erwerb einer Erst-, aber auch Zweitsprache auswirken (Evans, 2010; Rudasill, Prokasky, Tu, Frohn, Sirota & Molfese,

2014; Takač & Požega, 2012). Zugleich sind Zurückgezogenheit bzw. Schüchternheit der Kinder beim Spielen mit ihren Altersgenossen und Erwachsenen vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund mit verlangsamtem Zweitspracherwerb assoziiert (Keller, Troesch, & Grob, 2013).

Obwohl der Einfluss der Quantität des Sprachinputs und der sozialen Interaktion auf den Spracherwerb zunächst offensichtlich erscheint, bleibt die Befundlage dafür eher lückenhaft und widersprüchlich. Während beispielsweise laut KiSS-Validierungsstudien die aktive Verwendung des Deutschen im familiären Umfeld der vierjährigen Kinder mit besseren Deutschkenntnissen korreliert (Neumann & Euler, 2010, vgl. Buac, Gross, & Kaushanskaya, 2014; Ertanir, Kratzmann, Frank, Jahreiss, & Sachse, 2018; Place & Hoff, 2011), wurden solche Zusammenhänge in mehreren anderen Studien nicht nachgewiesen (Pham & Tipton, 2018). So demonstrierten Klarsert und Gagarina (2010) am Beispiel von russisch-deutschen Berliner Vorschulkindern ($N = 45$), dass die aktive Verwendung des Deutschen durch ihre Eltern keinen fördernden Einfluss auf Deutschkenntnisse hatte und stattdessen nur die Russischkenntnisse beeinträchtigte. Aus der Längsschnittstudie von Troesch, Keller, Loher und Grob (2017) mit schweizerischen Vorschulkindern ($N = 431$) geht sogar hervor, dass sich gute elterliche Deutschkenntnisse und die aktive Verwendung des Deutschen zuhause in keiner Weise auf den Sprachstand der Kinder im Deutschen (als Zweitsprache) auswirkten. Hippmann, Jambor-Fahlen und Becker-Mrotzek (2019) verglichen Deutschkenntnisse, gemessen an Leseleistungen der ersten und zweiten Schulklasse, bei ein- und mehrsprachigen Kindern ($N = 992$). Sie stellten fest, dass zwischen den Leseleistungen dieser beiden Gruppen kein bedeutsamer Unterschied bestand, wenn sozioökonomische Faktoren „Bildungsgrad der Eltern“ und „familiäres Einkommen“ herausgerechnet werden. Damit demonstrierten ein- und mehrsprachige Kinder mit gleichem sozioökonomischem Hintergrund vergleichbare Leseleistungen, offenbar weitgehend unabhängig davon, wie viel Deutsch zuhause gesprochen wurde.

Trotz unklarer Evidenzlage werden Fragen zu Sprachkontakt und sozialer Interaktion der Kinder in einigen Sprachstandserfassungsverfahren standardmäßig dokumentiert, beispielsweise im „Sprachscreening für das Vorschulalter“ (Grimm, 2017). Mehr noch: Diese Fragebogen-Items fließen in die dazugehörigen Entscheidungsalgorithmen mit ein, ohne derzeit jedoch hinreichend empirisch abgesichert zu sein. Aus diesem Grund besteht dringender Bedarf zu klären, inwiefern Sprachkontakt und soziale Interaktionen tatsächlich mit dem Sprachstand der Kinder zusammenhängen. Denn: Bei der aktuell kontroversen Evidenz stellen entsprechende Fragebogen-Items keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage für die Bewertung des kindlichen Sprachstands dar.

2 Fragestellung und Zielsetzung

In der aktuellen Studie wurde der Frage nachgegangen, ob sich in einer repräsentativen Stichprobe vierjähriger einsprachiger (ESP) und mehrsprachiger (MSP) Kinder Einflüsse der Quantität und Qualität des Deutschkontakts und der sozialen Interaktion auf ihren Sprachstand im Deutschen nachweisen lassen. Auffälliger Sprachstand wurde dabei als sprachpädagogischer Förderbedarf und/oder klinischer Abklärungsbedarf laut Sprachtest KiSS definiert. Darüber hinaus wurden Sprachkontakt und soziale Interaktionen der Kinder (beim Spielen) in Verbindung mit ihrer Teilnahme an Sprachförder- und Sprachtherapieangeboten gesetzt. Es besteht die Annahme, dass die hohe Qualität und Quantität des Deutschinputs, darunter als Ergebnis der aktiven sozialen Interaktion, sowohl bei ESP als auch bei MSP den kindlichen Sprachstand im Deutschen positiv beeinflussen. Im Umkehrschluss würde man erwarten, dass extensiver Zugang zu anderen Sprachen als Deutsch bei MSP den Sprachstand im Deutschen beeinträchtigen kann. Damit wurde ein indirekter Zusammenhang zwischen Sprachkontakt bzw. sozialer Interaktion einerseits und Teilnahme an Sprachfördermaßnahmen andererseits erwartet. Auch ein indirekter Zusammenhang mit der Teilnahme an Sprachtherapien war zu erwarten, weil eingeschränkte Kontakte zum Kindergartenpersonal, vor allem bei MSP, zu einer späteren Diagnosestellung im Fall von sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten führen können.

3 Methode

3.1 Stichprobe

Im Zeitraum von 2017 bis 2019 wurden im Rahmen dieser prospektiven Querschnittsstudie 1789 Kindergartenkinder rekrutiert. Als Einschlusskriterien galten (a) das Alter von 4;0 bis 4;11 Jahren, (b) Vorliegen beider KiSS-Fragebögen: Kita- und Elternfragebögen. Es wurden keine weiteren Ein- bzw. Ausschlusskriterien definiert. Von den 1789 Kindern wurden 161 wegen fehlender Kita- und/oder Elternfragebögen ausgeschlossen. Die verbliebenen 1628 Kinder (841/51,7% männlich, 787/48,3% weiblich) wurden in die Studie inkludiert. Das Durchschnittsalter lag bei $53,5 \pm 3,5$ Monaten.

Die 1628 Kinder wurden in zwei Untergruppen unterteilt, (1) ESP (734/45,1%; Alter $M = 53,9 \pm 3,4$ Monate; 377/51,4% männlich), (2) MSP (894/54,9%; Alter $M = 53,2 \pm 3,5$ Monate; 464/51,9% männlich). MSP sprachen am häufigsten Türkisch ($n = 131/14,7\%$ der MSP), Russisch ($n = 163/18,2\%$) und Arabisch ($n = 113/12,6\%$). In der MSP-Untergruppe wuchsen 766 Kinder zweisprachig auf (85,7%) und 128 dreisprachig (14,3%).

Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Marburg genehmigt (Ethikvotum AZ 117/16 vom 06.09.2016). Für alle Kinder lag eine durch Sorgeberechtigte unterschriebene Einverständniserklärung vor.

3.2 Material

Alle Kinder wurden mit der zweiten Version des validierten, normierten, standardisierten Sprachstandserfassungsverfahrens „Kindersprachscreening“ (KiSS; Euler et al., 2012; Holler-Zittlau et al., 2011) untersucht. Anhand eines Wimmelbildes, welches unterschiedliche alltagsbezogene Situationen abbildet, kommen Prüfer und Kind in einen Dialog. Im Rahmen dieses Dialoges kann das Sprachkompetenzprofil eines Kindes erstellt werden, indem Sprachverständnis (3 Items), Wortschatz (9 Items), Arbeitsgedächtnis (6 Items), Grammatik (13 Items) sowie Aussprache (11 Items) abgeprüft werden. KiSS ermöglicht die Einschätzung der Sprachkompetenzen als gesamtunauffällig, oder aber als sprachpädagogisch förderbedürftig und/oder klinisch abklärungsbedürftig. Sprachpädagogischer Förderbedarf laut KiSS ist mit „insufficient exposure to the language“ in der internationalen Terminologie von Bishop, Snowling, Thompson, Greenhalgh und CATALISE-2-Konsortium (2017) direkt vergleichbar, klinischer Abklärungsbedarf mit „language disorder associated with X“. Elternfragebögen (20 Items) und Kitafragebögen (22 Items; beantwortet von der Bezugserzieherin) ergänzen die Informationen über das Kind. Für Kinder mit einem sprachpädagogischen Förderbedarf werden Sprachfördermaßnahmen z. B. in der Kita, empfohlen. Für Kinder mit einem klinischen Abklärungsbedarf werden weitere medizinische Untersuchungen bei einem Kinderarzt und eventuell eine Sprachtherapie empfohlen.

Soziodemographische Variablen wurden mit KiSS-Fragebögen für Eltern (Elternfragebögen) und Erzieher (Kitafragebögen) erfasst, welche für diese Studie um einige Items ergänzt wurden (z. B. „In der Gruppe gibt es mindestens ein weiteres Kind, das dieselbe nicht-deutsche Sprache spricht wie das Kind“). Diese validierten Zusatz-Items waren in früheren KiSS-Versionen enthalten (Neumann & Euler, 2010) und wurden für den flächendeckenden Einsatz von KiSS.2 nur zwecks möglichst zeitökonomischer Durchführung aussortiert. Die Fragebögen erhoben Informationen zu Sprachstand der Kinder, medizinischen Auffälligkeiten, sozialen Interaktionen sowie Qualität und Quantität des Deutschinputs. Für die aktuelle Studie wurden neun Fragebogen-Items zu Sprachkontakt und vier zur sozialen Interaktion der Kinder (am Beispiel des kindlichen Spielverhaltens) analysiert (s. Tab. 1). Zudem enthielt der Elternfragebogen zwei für diese Studie relevante dichotome Items zur Teilnahme des Kindes an Sprachförderangeboten und Sprachtherapien.

Die Gütekriterien von KiSS wurden in mehreren Studien aufwendig geprüft (Euler, Holler-Zittlau, van Minnen, Sick, Dux, Zaretsky & Neumann, 2012; Neumann & Euler, 2010; Neumann, Holler-Zittlau, van Minnen, Sick, Zaretsky & Euler, 2011) und durch das Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache bewertet (Neugebauer & Becker-Mrotzek, 2013). Laut dieser Bewertung erfüllte KiSS.2 25 von 32 Qualitätsmerkmalen und erreichte damit den höchsten Wert unter allen deutschen Sprachscreenings. Als Begründung wurden gute Sensitivität, sehr gute Spezifität, sehr gute Reliabilitätswerte sowie überzeugende Ergebnisinterpretation angegeben. Die Sensitivität für die Gesamtauffälligkeit liegt in KiSS bei 98%, die Spezifität bei 78% (Neumann & Euler, 2010). Bei der Differenzierung zwischen sprachpädagogischem Förderbedarf (Sensitivität 98%, Spezifität 79%) und klinischem Abklärungsbedarf (Sensitivität 67%,

Spezifität 89 %) zeigt sich allerdings die Hauptschwäche von KiSS, nämlich die unzureichend zuverlässige Detektion der Kinder mit sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten. Diese werden allerdings in der Regel nicht als sprachunauffällig, sondern als sprachpädagogisch förderbedürftig klassifiziert.

Beide KiSS-Fragebögen wurden ebenfalls in Hinblick auf ihre Aussagekraft für die kindliche Sprachentwicklung statistisch geprüft (Neumann & Euler, 2010). Dafür wurde die Eigentrennschärfe einzelner Items anhand von Korrelationen mit dem dichotomisierten KiSS-Gesamtergebnis (pass/fail) quantifiziert. Fast alle Korrelationen erwiesen sich als signifikant, die Höhe der Korrelationen lag (bei den für diese Studie relevanten Items, s. Tab. 1) zwischen r bzw. $r_{pb} = 0,12$ und $0,53$.

Die Auswertung von KiSS erfolgt algorithmisch und berücksichtigt sowohl den Screeningbogen als auch beide Fragebögen. Die Normwerte wurden getrennt für ein- und mehrsprachige Kinder anhand von repräsentativen Stichproben mit Fallzahlen im dreistelligen Bereich definiert (Neumann & Euler, 2010).

Tab. 1: Relevante Items aus den KiSS-basierten Kita- (KF) und Elternfragebögen (EF)

Fragebogen-Items	Antwortmöglichkeiten
Dichotome Variablen	
KF: Kitabesuch	halbtags/ganztags
KF: Kinderkrippenbesuch vor dem 3. Lebensjahr	ja/nein
KF: Besuch von Vereinen, Spielkreisen oder ähnlichen Einrichtungen	ja/nein
KF: Mindestens ein weiteres Kind mit derselben nicht-deutschen Sprache in der Kindergartengruppe	ja/nein
EF: Teilnahme an einer Sprachtherapie zum Testzeitpunkt	ja/nein
EF: Teilnahme an einer Sprachfördermaßnahme zum Testzeitpunkt	ja/nein
Ordinale Variablen	
KF: In der Familie gesprochene Sprachen	nur Deutsch – mehr Deutsch als andere Sprache – mehr eine andere Sprache als Deutsch – nur eine andere Sprache
KF: Aktives Spielen mit anderen Kindern	nie – selten – manchmal – häufig – immer
KF: Aktives Spielen mit deutschsprachigen Kindern	nie – selten – manchmal – häufig – immer
KF: Aktives Spielen mit Kindern, die dieselbe nicht-deutsche Sprache sprechen, in der Kindergartengruppe	nie – selten – manchmal – häufig – immer
KF: Sprachliche Äußerungen beim Spielen	nie – selten – manchmal – häufig – immer
KF: Alter des Deutscherwerbs beim Kind	in Jahren (aus einer ordinalen Variablen konvertiert)
EF: Deutschkenntnisse der Mutter	nicht so gut – gut – sehr gut
EF: Deutschkenntnisse des Vaters	nicht so gut – gut – sehr gut
Metrische Variable	
KF: Länge des Kindergartenbesuchs	in Monaten

3.3 Durchführung der Untersuchung

Die Testungen fanden direkt in den Kindergärten statt, die sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen. Als Sprachtester wurden mehrere Doktoranden (Medizinstudierende), Praktikanten (Linguistikstudierende), angehende Logopäden sowie eine Professorin (Forschungsschwerpunkt Förderpädagogik und inklusive Bildung) eingesetzt. Einheitlichkeitshalber wurden alle Sprachtester durch denselben wissenschaftlichen Mitarbeiter standardisiert in das Testverfahren eingewiesen.

Die Dauer der Sprachtestung betrug in der Regel ca. 15 Minuten. Bei Bedarf (geringe Compliance, Krankheit) konnte die Testung auf zwei Termine aufgeteilt werden, was aber nach Möglichkeit vermieden wurde. Testungen fanden in einem ruhigen Raum statt, oft in Anwesenheit eines Kindergarten-Mitarbeiters. Im Laufe der Testung beantworteten die Kinder anhand eines Wimmelbildes mehrere Fragen wie „Was ist das?“, „Welche Form hat x?“ sowie stellten selbst einige Fragen an den Tester und sprachen darüber hinaus Kunstwörter und Sätze nach. Alle Fragestellungen waren fest vorgegeben und standardisiert, Nachfragen waren nur unter bestimmten Be-

dingungen zulässig, vor allem, wenn das Kind die Frage vermutlich akustisch nicht verstand. Alle Kinder wurden für die Testteilnahme mit einem kleinen Spielzeug belohnt. Testbatterien mit vermerkten falschen und grenzwertigen Antworten wurden nochmal durch einen (immer denselben) wissenschaftlichen Mitarbeiter kontrolliert und in der Auswertung vereinheitlicht. Bei Bedarf wurden dabei Audioaufnahmen der Testungen herangezogen.

KiSS-Fragebögen wurden den Kindergärten in der Regel im Voraus zur Verfügung gestellt und bei einem der Testtermine abgeholt. Pädagogische Fachkräfte in den Kitas übernahmen es, Eltern über den Studienablauf zu informieren, Kitafragebögen auszufüllen, Elternfragebögen zu verteilen sowie einzusammeln und die Briefe mit den Testergebnissen an die Eltern weiterzuleiten. Für diese Elternbriefe wurde vom Studienteam für jedes Kind eine Übersicht mit dichotomisierten KiSS-Ergebnissen und Empfehlungen vorbereitet.

3.4 Auswertung

In der statistischen Auswertung wurden als Erstes dichotomisierte KiSS-Ergebnisse deskriptiv dargestellt: Anteile der gesamtauffälligen, sprachpädagogisch förderbedürftigen und klinisch abklärungsbedürftigen Kinder in beiden Untergruppen (ESP und MSP). Ferner wurde geprüft, wie viele ESP und MSP laut Elternfragebogen zum Testzeitpunkt an Sprachförderangeboten bzw. -therapien teilnahmen.

Um zu analysieren, ob Zusammenhänge zwischen sprachpädagogischem Förderbedarf und Teilnahme an einer Sprachförderung bzw. zwischen klinischem Abklärungsbedarf und Teilnahme an einer Sprachtherapie bestanden, wurden Phi-Korrelationen (ϕ) getrennt für ESP und MSP berechnet.

Danach wurde, ebenfalls getrennt für ESP und MSP, ermittelt, inwiefern Sprachkontaktvariablen bzw. Variablen zur sozialen Interaktion aus den KiSS-Fragebögen (s. Tab. 1) mit der Sprachauffälligkeit der Kinder laut KiSS sowie mit der Teilnahme der Kinder an Sprachförder- bzw. Sprachtherapieangeboten zusammenhängen. Diese Berechnungen erfolgten, je nach Skalenniveau der Fragebogen-Items, entweder mittels Chi-Quadrat-Berechnung (χ^2) (dichotom), Linearmit-Linear-Zusammenhang-Verfahrens (ordinal) oder mittels Mann-Whitney *U*-Tests (metrisch). Bei ESP wurden einige Fragebogen-Items in diesen Berechnungen nicht berücksichtigt, da diese nur von den Eltern der MSP beantwortet wurden (z. B. „In der Familie gesprochene Sprachen“). Entsprechende Items bezogen sich allesamt auf den Kontakt zu anderen Sprachen als Deutsch.

Schließlich wurde den Gründen für die Teilnahme der Kinder an Sprachförder- und Sprachtherapieangeboten (laut Elternfragebogen) mit zwei Klassifizierungsbäumen nachgegangen. Im Gegensatz zu anderen multivariaten Methoden wie Regression können Klassifizierungsbäume (a) mit vielen unabhängigen Variablen (in der aktuellen Studie 17) umgehen, (b) fehlende Angaben als eigene Untergruppe auswerten, (c) Einflüsse auf abhängige Variablen hierarchisch darstellen, (d) bei mehrfachen Gruppenvergleichen automatisch eine Bonferroni-Korrektur des *p*-Wertes vornehmen.

Die Klassifizierungsbäume wurden mit der Methode „Exhaustive CHAID“ kalkuliert (CHAID = Chi-squared automatic interaction detector). Teilnahme an Sprachförderung bzw. -therapie wurde durch (a) alle Fragebogen-Items zu Sprachkontakt bzw. sozialer Interaktion der Kinder, (b) KiSS-Ergebnis zum sprachpädagogischen Förderbedarf bzw. klinischen Abklärungsbedarf, (c) Klassifikation ESP/MSP, (d) Angabe der Erzieher zum Vorliegen einer „Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft“ beim Kind erklärt. Die letzte Variable wurde wegen des bekannten Schwachpunktes von KiSS.2 in der Identifizierung der klinisch abklärungsbedürftigen Kinder herangezogen (vgl. Neumann & Euler, 2010).

Kita- und Elternfragebögen lagen für alle Kinder vor. Aufgrund von lückenhaften Angaben in einigen Fragebögen variierten allerdings die Fallzahlen je nach Berechnung im zweistelligen Bereich.

4 Ergebnisse

MSP wurden in KiSS häufiger als ESP als sprachpädagogisch förderbedürftig, klinisch abklärungsbedürftig und gesamtauffällig klassifiziert (s. Tab. 2). Passend dazu nahmen sie auch etwas häufiger an Sprachfördermaßnahmen und Sprachtherapien teil.

Tab. 2: Deskriptive Statistiken zur Sprachauffälligkeit laut „Kindersprachscreening“ sowie zur Teilnahme an der Sprachförderung und Sprachtherapie, getrennt für einsprachig deutsche (ESP) und mehrsprachige (MSP) Kinder

	ESP	MSP
Sprachpädagogischer Förderbedarf	120 (16,3 %)	638 (71,4 %)
Klinischer Abklärungsbedarf	109 (14,9 %)	161 (18,0 %)
Gesamtaufälligkeit	150 (20,4 %)	645 (72,1 %)
Gesamtunauffälligkeit	584 (79,6 %)	249 (27,9 %)
Sprachförderung	34 (4,7 %)	70 (8,2 %)
Sprachtherapie	47 (6,4 %)	66 (7,5 %)

Der Zusammenhang zwischen dem sprachpädagogischen Förderbedarf laut KiSS und der Teilnahme an Sprachfördermaßnahmen erwies sich als schwach sowohl bei ESP ($n = 19/17,1\%$; $\varphi = 0,249$, $p < 0,001$) als auch bei MSP ($63/10,5\%$; $\varphi = 0,129$, $p < 0,001$). Der Zusammenhang zwischen klinischem Abklärungsbedarf und Sprachtherapieernahmen lag etwas höher, aber trotzdem im niedrigen Bereich sowohl bei ESP ($24/22,4\%$; $\varphi = 0,270$, $p < 0,001$) als auch bei MSP ($27/17,2\%$; $\varphi = 0,172$, $p < 0,001$).

Bei der Gegenüberstellung der Variablen zum Sprachkontakt und zur sozialen Interaktion (im Sinne von Spielverhalten) mit der KiSS-Klassifizierung der Kinder als sprachpädagogisch förderbedürftig und klinisch abklärungsbedürftig (s. Tab. 3 und Tab. 4) wurden fast durchgehend signifikante Zusammenhänge festgestellt. Unauffällige Ergebnisse in KiSS waren ausnahmslos mit längerem Kontakt zur deutschen Sprache bzw. mit stärker ausgeprägter sozialer Interaktion assoziiert. Reduzierter Kontakt zu den Peers, die dieselbe nicht-deutsche Sprache sprachen wie das Kind, war bei MSP ebenfalls mit besseren Deutschkenntnissen assoziiert.

Tab. 3: Einsprachige Kinder: Zusammenhang zwischen sprachpädagogischem Förderbedarf bzw. klinischem Abklärungsbedarf (laut „Kindersprachscreening“) mit Sprachkontakt bzw. sozialer Interaktion laut Fragebögen: Chi-Quadrat-Analyse (χ^2), Linear-mit-Linear-Zusammenhang (lml) bzw. Mann-Whitney U-Tests

		Sprachpädagogischer Förderbedarf			Klinischer Abklärungsbedarf		
		Ja	Nein		Ja	Nein	
Sprachkontakt	Dichotome Variablen: Chi-Quadrat			$\chi^2_{(1)}$			$\chi^2_{(1)}$
	Kitabesuch halbtags/ganztags: ganztags	70 (68,0 %)	405 (78,0 %)	4,83*	60 (64,5 %)	415 (78,4 %)	8,51**
	Kinderkrippenbesuch vor dem 3. Lebensjahr: ja	56 (56,0 %)	387 (75,6 %)	16,06***	53 (59,6 %)	390 (74,6 %)	8,58**
	Besuch von Vereinen, Spielkreisen od. ähnlichen Einrichtungen: ja	47 (45,6 %)	358 (70,5 %)	23,65***	42 (47,7 %)	363 (69,4 %)	15,84***
	Metrische Variable: Mann-Whitney U-Test	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>Z</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>Z</i>
	Länge des Kindergartenbesuchs in Monaten	21,3 ±9,4	22,1 ±9,8	-0,82	22,1 ±9,9	22,0 ±9,7	-0,00
Soziale Interaktion	Ordinale Variablen: Linear-mit-Linear-Zusammenhang			<i>lml</i>			<i>lml</i>
	Aktives Spielen mit anderen Kindern: immer	63 (52,5 %)	378 (61,9 %)	6,24*	55 (51,4 %)	386 (61,9 %)	12,96*
	Aktives Spielen mit deutschsprachigen Kindern: immer	59 (49,6 %)	348 (57,3 %)	5,79*	54 (50,5 %)	353 (57,0 %)	5,23*
	Sprachliche Äußerungen beim Spielen: immer	37 (31,1 %)	311 (51,1 %)	38,35***	40 (37,4 %)	308 (49,6 %)	12,60***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; *M* = Mittelwert ±Standardabweichung

Tab. 4: Mehrsprachige Kinder: Zusammenhang zwischen sprachpädagogischem Förderbedarf bzw. klinischem Abklärungsbedarf (laut „Kindersprachscreening“) mit Sprachkontakt bzw. sozialer Interaktion laut Fragebögen: Chi-Quadrat-Analyse (χ^2), Linear-mit-Linear-Zusammenhang (*lml*) bzw. Mann-Whitney U-Tests

		Sprachpädagogischer Förderbedarf			Klinischer Abklärungsbedarf		
		Ja	Nein		Ja	Nein	
Sprachkontakt	Dichotome Variablen: Chi-Quadrat			$\chi^2_{(1)}$			$\chi^2_{(1)}$
	Kitabesuch halbtags/ganztags: ganztags	379 (66,3%)	166 (78,3%)	10,59**	87 (59,2%)	458 (71,9%)	9,11**
	Kinderkrippenbesuch vor dem 3. Lebensjahr: ja	169 (31,9%)	116 (59,2%)	44,47***	36 (25,7%)	249 (42,6%)	13,44***
	Besuch von Vereinen, Spielkreisen od. ähnlichen Einrichtungen: ja	103 (18,3%)	102 (46,6%)	64,96***	25 (16,6%)	180 (28,6%)	9,08**
	Kein weiteres Kind mit derselben nicht-dt. Sprache: ja	265 (42,9%)	137 (57,1%)	13,90***	71 (45,2%)	331 (47,3%)	0,22
	Metrische Variable: Mann-Whitney U-Test	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>Z</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>Z</i>
	Länge des Kindergartenbesuchs in Monaten	17,4 ±8,3	20,6 ±9,8	-4,52***	16,0 ±7,4	18,8 ±9,1	-3,81***
	Ordinale Variablen: Linear-mit-Linear-Zusammenhang			<i>lml</i>			<i>lml</i>
	In der Familie gesprochene Sprachen: nur Deutsch	8 (1,4%)	19 (8,2%)	184,57***	2 (1,4%)	25 (3,8%)	38,52***
	Alter des Deutscherwerbs in Jahren: seit Geburt	87 (16,1%)	148 (67,9%)	208,78***	20 (14,9%)	215 (34,5%)	28,24***
	Deutschkenntnisse der Mutter: sehr gut	215 (34,4%)	189 (75,6%)	116,70***	37 (32,7%)	352 (49,2%)	21,32***
	Deutschkenntnisse des Vaters: sehr gut	211 (35,0%)	169 (68,7%)	71,04***	44 (28,9%)	336 (48,3%)	13,26***
Soziale Interaktion	Aktives Spielen mit anderen Kindern: immer	301 (47,3%)	146 (57,3%)	15,91***	69 (42,9%)	378 (51,7%)	13,34***
	Aktives Spielen mit deutschsprachigen Kindern: immer	196 (31,2%)	141 (56,4%)	76,44***	43 (27,2%)	294 (40,8%)	22,89***
	Sprachliche Äußerungen beim Spielen: immer	124 (19,5%)	124 (48,8%)	104,23***	17 (10,6%)	231 (31,7%)	48,70***
	Aktives Spielen mit Kindern derselben nicht-dt. Sprache: nein	125 (33,9%)	69 (59,5%)	25,93***	31 (35,2%)	163 (41,1%)	0,78

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; *M* = Mittelwert ±Standardabweichung

Da sich bei der Gegenüberstellung der Variablen zu Sprachkontakt bzw. sozialer Interaktion (s. Tab. 1) und Teilnahme an Sprachförder- und Sprachtherapieangeboten, getrennt für ESP und MSP, nur wenige Ergebnisse als statistisch signifikant erwiesen, wurde hierfür auf eine tabellarische Darstellung verzichtet. Die Darlegung der Ergebnisse erfolgt zuerst für ESP, dann für MSP.

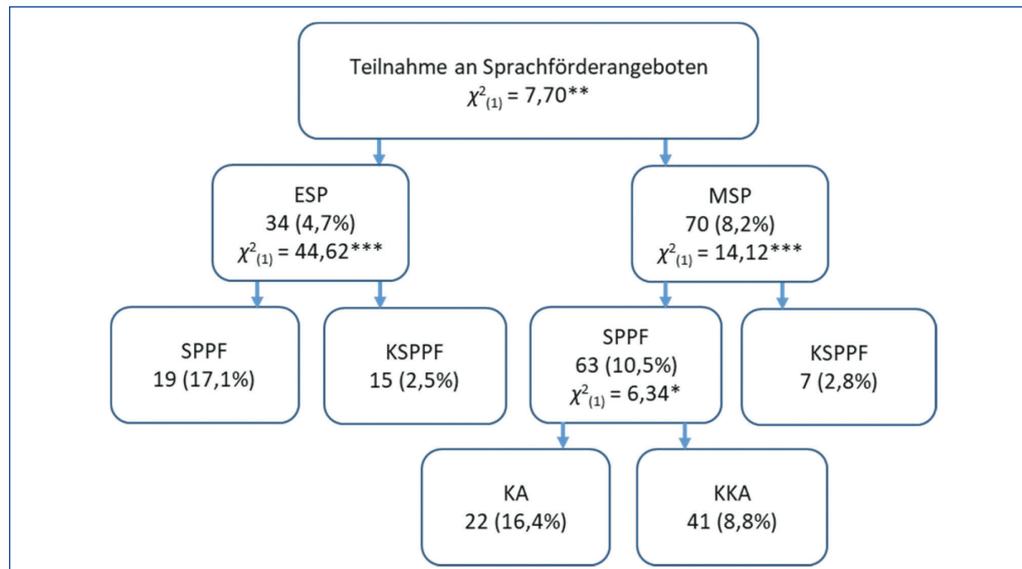
ESP, die zum Testzeitpunkt sprachlich gefördert wurden, besuchten Kindergärten seltener ganztags als nicht geförderte Kinder: 18 (60,0%) vs. 450 (77,7%) ($\chi^2_{(1)} = 5,03$, $p = 0,025$). Dasselbe gilt für sprachtherapeutisch versorgte ESP im Vergleich mit nicht therapeutisch versorgten ESP: 24 (60,0%) vs. 449 (77,7%) ($\chi^2_{(1)} = 6,51$, $p = 0,011$).

Sprachlich geförderte bzw. therapierte ESP äußerten sich etwas seltener sprachlich beim Spielen als nicht geförderte ($lml = 6,33$, $p = 0,012$) bzw. nicht therapierte ($lml = 5,21$, $p = 0,022$). So äußerten sich 12 sprachlich geförderte ESP (35,3%) immer beim Spielen, bei den nicht geförderten waren es 328 (48,4%). Dasselbe Verhältnis für sprachtherapeutisch versorgte ESP betrug 18 (38,3%) vs. 327 (48,3%). Der Anteil sprachlich geförderter ESP, die einen Verein oder Spielkreis besuchten, lag signifikant niedriger als bei nicht geförderten: 14 (48,3%) vs. 384 (67,5%) ($\chi^2_{(1)} = 4,58$, $p = 0,032$). Sprachtherapeutisch versorgte ESP besuchten den Kindergarten für einen längeren Zeitraum als unversorgte ESP: $M = 23,9 \pm 8,6$ vs. $21,9 \pm 9,8$ Monate ($Z = -2,00$, $p = 0,049$).

Unter sprachlich geförderten MSP war der Anteil der Kinder, die zuhause nur andere Sprachen als Deutsch als Input erhielten, höher als bei nicht geförderten: 21 (32,8%) vs. 139 (19,5%) ($lml = 4,78$, $p = 0,029$). Bei sprachtherapeutisch versorgten MSP war der Anteil der Kinder, die sich beim Spielen immer sprachlich äußerten, geringer als bei sprachtherapeutisch unversorgten MSP 12 (18,2%) vs. 235 (28,9%) ($lml = 4,13$, $p = 0,042$).

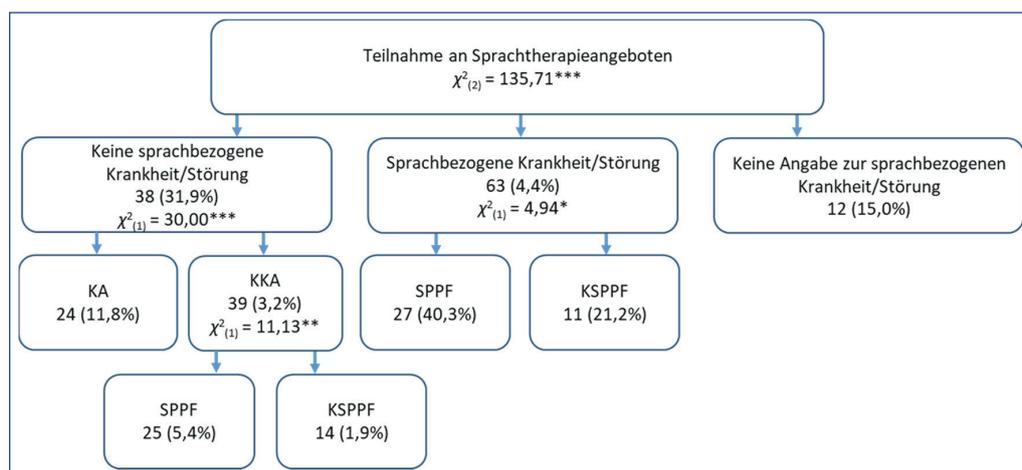
Die Klassifizierungsbäume konnten 93,4% der Werteverteilung in der Variablen zur Teilnahme an Sprachförderangeboten und 93,0% in der Variablen zur Teilnahme an Sprachtherapien richtig

vorhersagen. Variablen zum Sprachkontakt bzw. zur sozialen Interaktion (beim Spielen) zeigten in beiden Klassifizierungsbäumen keine signifikanten Ergebnisse. Die Struktur der beiden Klassifizierungsbäume wird in den Abbildungen 1 und 2 verdeutlicht. Klassifizierungsbäume sind von oben nach unten zu lesen. Untere Ebenen präsentieren Einflussfaktoren für obere Ebenen. Die Klassifikation ESP/MSP (Abb. 1) stellt beispielsweise einen Einflussfaktor für die Teilnahme an Sprachförderangeboten dar. Die Häufigkeiten der Teilnahme an Sprachförderangeboten unterscheiden sich hiermit signifikant bei ESP und MSP. Die nächste Ebene erklärt, dass die Teilnahme in beiden Untergruppen (ESP/MSP) davon abhängt, ob diese Kinder laut KiSS als sprachpädagogisch förderbedürftig klassifiziert wurden. Die unterste Ebene zeigt, dass bei mehrsprachigen Kindern auch klinischer Abklärungsbedarf laut KiSS als Einflussfaktor eine Rolle spielt.



ESP = einsprachig Deutsch, MSP = mehrsprachig, SPPF = sprachpädagogischer Förderbedarf, KSPPF = kein sprachpädagogischer Förderbedarf, KA = klinischer Abklärungsbedarf, KKA = kein klinischer Abklärungsbedarf; * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Abb. 1: Klassifizierungsbaum mit Teilnahme an Sprachförderangeboten als abhängige Variable



ESP = einsprachig Deutsch, MSP = mehrsprachig, SPPF = sprachpädagogischer Förderbedarf, KSPPF = kein sprachpädagogischer Förderbedarf, KA = klinischer Abklärungsbedarf, KKA = kein klinischer Abklärungsbedarf; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Abb. 2: Klassifizierungsbaum mit der Teilnahme an Sprachtherapien als abhängige Variable

Die Teilnahme an Sprachförderangeboten war laut erstem Klassifizierungsbaum (Abb. 1) überwiegend mit dem Migrationshintergrund der Kinder assoziiert. Sowohl bei ESP als auch bei MSP nahmen Kinder mit dem KiSS-Ergebnis „sprachpädagogisch förderbedürftig“ häufiger an Sprachförderung teil als nicht förderbedürftige. Bei sprachpädagogisch förderbedürftigen MSP

verdoppelte zusätzlicher klinischer Abklärungsbedarf laut KiSS die Wahrscheinlichkeit einer Sprachförderung. Es wurden keine weiteren signifikanten Zusammenhänge zwischen Sprachkontaktvariablen bzw. Variablen zur sozialen Interaktion (s. Tab. 1) und Teilnahme an Sprachförderangeboten festgestellt.

Die Teilnahme an Sprachtherapien hing laut dem zweiten Klassifizierungsbaum (Abb. 2) in erster Linie mit einer „Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft“ zusammen. Kinder, die laut diesem Kitafragebogen-Item auffällig waren, wurden häufiger therapiert als unauffällige. In 80 Fällen ließen Erzieher dieses Fragebogen-Item aus, und der Anteil der sprachlich therapierten Kinder erwies sich bei diesen Kindern als deutlich erhöht. Kinder mit einer „Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft“, wurden häufiger therapiert, wenn sie zusätzlich sprachpädagogisch förderbedürftig waren. Kinder ohne solche Krankheit oder Störung wurden dann häufiger sprachlich therapiert, wenn sie laut KiSS klinisch abklärungsbedürftig waren. Kinder, die weder eine sprachbezogene Krankheit oder Störung laut Kitafragebogen aufwiesen noch einen klinischen Abklärungsbedarf laut KiSS, wurden im Fall eines sprachpädagogischen Förderbedarfs laut KiSS häufiger therapiert.

5 Diskussion

Die Anteile der sprachpädagogisch förderbedürftigen und klinisch abklärungsbedürftigen Kinder lagen in der monolingual deutschen Untergruppe unter 20 % und entsprachen damit den testkonstruktionsbedingten Vorgaben von KiSS (Neumann & Euler, 2010). In der Gruppe der mehrsprachigen Kinder war der Anteil klinisch abklärungsbedürftiger im Vergleich mit testkonstruktionsbedingten Vorgaben erhöht, aber vergleichbar mit den Ergebnissen des flächendeckenden hessischen Sprachstandserfassungsprogramms (Weiland et al., 2019). Dabei zeigten sich vier Fünftel der einsprachigen Kinder, aber nur knapp über ein Viertel der mehrsprachigen Kinder als sprachlich unauffällig.

Die Teilnahme an Sprachförder- und Sprachtherapieangeboten bewegte sich in beiden Gruppen im einstelligen Prozentbereich. Längerer und qualitativ höherwertiger Kontakt zur deutschen Sprache, intensive Sozialkontakte sowie bei mehrsprachigen Kindern eingeschränkter Kontakt zu anderen Sprachen als Deutsch waren fast durchgehend mit besseren Deutschkenntnissen assoziiert. Eingeschränkter Kontakt zur deutschen Sprache hing tendenziell, aber nur sehr schwach mit häufigeren Teilnahmen an Sprachförderung und -therapien zusammen.

Im Einklang mit zahlreichen früheren Studien war längerer Sprachkontakt in Kindergärten (BBMFI, 2019; Becker, 2010; Knollmann & Thyen, 2019; Rizzoli-Córdoba, Vargas-Carrillo, Vásquez-Ríos, Reyes-Morales, Villasis-Keever, O`Shea-Cuevas, Aceves-Villagrán, Muñoz & García-Aranda, 2017) und außerhalb mit besseren Deutschkenntnissen assoziiert.

Sprachkontaktmöglichkeiten außerhalb des Kindergartens schlossen in der aktuellen Studie Vereine, Spielkreise, das familiäre Umfeld und Kinderkrippen mit ein (Ertanir et al., 2018; Keller, Troesch, Loher & Grob, 2015; Paradis & Jia, 2017; Sorenson Duncan & Paradis, 2020; Troesch, et al., 2017; Zaretsky, Euler, Neumann & Lange, 2014). Dieser Zusammenhang (mit Signifikanzwerten als Kriterium) war etwas stärker für mehrsprachige als für einsprachige Kinder nachweisbar. Unter Berücksichtigung des schwächer ausgeprägten Deutschkontakts im familiären Umfeld bei Ersteren erscheint dies nachvollziehbar.

Im Umkehrschluss wäre zu erwarten, dass eingeschränkter Kontakt zu anderen Sprachen als Deutsch bei mehrsprachigen Kindern in häufigeren Kontakten zur deutschen Sprache und dadurch in besseren Deutschkenntnissen resultiert. Tatsächlich wurden mehrsprachige Kinder, die keine gleichsprachigen Peers in ihren Kindergartengruppen kontaktieren konnten, seltener als sprachpädagogisch förderbedürftig klassifiziert. Auch die mehrsprachigen Kinder, die solche gleichsprachigen Peers in ihrer Umgebung hatten, aber nur selten mit ihnen spielten, wurden häufiger als unauffällig in ihren Deutschkenntnissen eingestuft. Dies entspricht den Ergebnissen der retrospektiven Auswertung der Daten aus KiSS-Validierungsstudien (Zaretsky & Lange, 2015) und zeigt, dass entsprechende potentielle Einflussfaktoren auf den Deutscherwerb nach wie vor nachweisbar sind.

Nicht nur die höhere Quantität, sondern auch Qualität des Deutschinputs, gemessen an besseren Deutschkenntnissen der Eltern, vor allem der Mütter, war mit besseren Deutschkenntnissen der Kinder assoziiert. Dies widerspricht zwar manchen eingangs zitierten eher kontraintuitiv erscheinenden Befunden, deckt sich aber sowohl mit den Ergebnissen von KiSS-Validierungsstudien (Neumann & Euler, 2010) als auch mit zahlreichen anderen Studienergebnissen (Keller,

Troesch, Loher & Grob, 2015; Scheible & Rother, 2017; Rothweiler & Ruberg, 2011; Unsworth, Brouwer, de Bree, & Verhagen, 2019).

Variablen zum Sprachkontakt bzw. solche zur sozialen Interaktion beim Spielen zeigten sich in den Berechnungen nicht als eigenständige Prädiktoren für die Teilnahme an Sprachförderung und -therapie bei Einbezug der Sprachauffälligkeit laut KiSS bzw. laut Kitafragebogen. An Sprachförderangeboten nahmen vor allem sprachpädagogisch förderbedürftige Kinder teil und an Sprachtherapien Kinder „mit einer Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft“ (laut Erziehern).

Wenn aber dieselben Sprachkontaktvariablen nicht in Bezug auf den Zusammenhang mit Deutschkenntnissen der Kinder, sondern in Bezug auf die Teilnahme an Sprachförder- bzw. Sprachtherapieangeboten hin geprüft werden, lässt sich als schwache Tendenz feststellen, dass Kinder mit eingeschränktem Kontakt zur deutschen Sprache etwas häufiger sprachlich gefördert oder therapiert wurden. Die meist ausgebliebenen statistischen Signifikanzen erscheinen insofern nachvollziehbar, dass nur wenige sprachauffällige Kinder zum Testzeitpunkt an Sprachförder- bzw. -therapieangeboten teilnahmen, und dass die große Mehrheit der mehrsprachigen Kinder, d. h. auch viele Kinder mit längerem Kontakt zur deutschen Sprache, als sprachpädagogisch förderbedürftig eingestuft wurde.

Bezüglich der sozialen Interaktion der Kinder (in der aktuellen Studie am Beispiel der Interaktion beim Spielen) zeigte sich ein ähnliches Bild. Wie auch in anderen Studien (Harrison & McLeod, 2010; Keller et al., 2013) wurden bei Kindern, die gerne mit anderen Kindern spielten und sich dabei sprachlich äußerten, bessere Sprachkenntnisse (hier: Deutschkenntnisse) detektiert. Aber mit der Teilnahme an Sprachförder- und Sprachtherapieangeboten bestanden fast keine Zusammenhänge. Als Tendenz kann lediglich festgehalten werden, dass sowohl einsprachige als auch mehrsprachige Kinder, die sprachtherapeutisch versorgt wurden, eher dazu neigten, beim Spielen zu schweigen. Tatsächlich wurde in mehreren früheren Studien bei sprachauffälligen Kindern eine soziale Zurückgezogenheit nachgewiesen (Maggio, Grañana, Richaudeau, Torres, Giannotti & Suburo, 2014; King-Dowling, Missiuna, Rodriguez, Greenway, & Cairney, 2015). Wie auch beim Sprachkontakt dürfte der Grund für den meist fehlenden statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Teilnahme an Sprachförder- bzw. Sprachtherapiemaßnahmen und sozialer Interaktion darin bestehen, dass nur wenige sprachauffällige Kinder an solchen Maßnahmen teilnahmen, und dass die Teilnahme eher in Zusammenhang mit anderen Faktoren als die soziale Interaktion erfolgte. Beispielsweise würde eine diagnostizierte Hörstörung eher als (stärker oder schwächer ausgeprägte) soziale Interaktion dazu beitragen, dass ein Kind sowohl gefördert als auch therapiert wird.

Auch eine gewisse Willkür der Entscheidungsträger bei der Aufnahme der Kinder in Maßnahmen der Sprachförderung und -therapie (Zaretsky & Lange, 2016) trug vermutlich dazu bei, dass in der Stichprobe der aktuellen Studie der Zusammenhang zwischen Sprachkontakt bzw. sozialer Interaktion und der Teilnahme an entsprechenden Maßnahmen verwaschen wirkte. Vor allem bei Sprachförderkursen gilt, dass der Bedarf das Angebot bei Weitem übersteigt. Die Entscheidung, wer in die von Kindergärten angebotenen Förderprogramme aufgenommen wird, erfolgt oft ohne Überprüfung durch ein Sprachstandsverfahren, sondern nach subjektiven Kriterien. So ergab eine Umfrage in den Kindergärten in Frankfurt/Main (hier wurden auch die meisten Kinder in der hier präsentierten Studie getestet), dass nur in jeder vierten Einrichtung bei der Entscheidung bzgl. Teilnahme an Sprachförderkursen Sprachtests zum Einsatz kamen (Gold & Schulz, 2014). Wenn Sprachtests durchgeführt wurden, stammten diese teilweise aus eigener Entwicklung und/oder waren nicht validiert bzw. normiert. Das nur vom Namen her flächendeckende hessische Sprachstandserfassungsprogramm spielte dabei kaum eine Rolle: Beispielsweise in Frankfurt nahmen fast keine Kindergärten daran teil.

Aus der Kombination von Unterangebot an Sprachförderkursen und den Fehlentscheidungen bzgl. der Notwendigkeit der Sprachförderung resultieren große Anteile sprachpädagogisch förderbedürftiger Kinder, die bis zur Einschulung in ihrem Deutscherwerb nicht unterstützt wurden. Die Umfrage von Liebau, Gambaro, Peter und Weinhardt (2018) zeigte beispielhaft, dass nur die Hälfte der eingeschulten Flüchtlinge eine Sprachförderung erhielt. Zu erwartende Zusammenhänge zwischen Sprachkontakt bzw. deutschsprachigen sozialen Interaktionsmöglichkeiten und der Teilnahme an Sprachförderangeboten werden damit u. a. infolge von subjektiven, nicht evidenzbasierten Entscheidungen verwaschen.

Und doch sollen diese Befunde nicht als Hinweis auf eine fehlende Begründung der Sprachförderung bzw. -therapie gedeutet werden. Aus den Klassifizierungsbäumen in der aktuellen Stu-

die geht hervor, dass die Teilnahme an Sprachförderangeboten sowohl bei einsprachigen als auch bei mehrsprachigen Kindern in erster Linie mit Sprachförderbedarf (laut KiSS) zusammenhing. Die Teilnahme an Sprachtherapien korrelierte mit sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten wie z. B. Hörstörungen. Dabei wurden in die Sprachförderung eher die Kinder aufgenommen, bei denen erschwerend klinischer Abklärungsbedarf hinzukam (bei mehrsprachigen Kindern), und in die Sprachtherapien eher Kinder mit zusätzlichem sprachpädagogischem Förderbedarf (sowohl bei einsprachigen als auch mehrsprachigen Kindern).

Dieselben Klassifizierungsbäume lassen mehrere weitere Schlussfolgerungen bzgl. der Initiierung von Sprachförder- und Sprachtherapieangeboten ziehen. Unter Berücksichtigung der KiSS-Klassifikationen zum sprachpädagogischen Förderbedarf und zum klinischen Abklärungsbedarf erwiesen sich sämtliche Variablen zu Sprachkontakt und sozialer Interaktion als keine eigenständigen Einflussfaktoren. Ihre Wirkung floss anscheinend in die o. g. KiSS-Klassifikationen komplett mit ein und zeigte keine unerwarteten Effekte wie etwa Sprachförderung der Kinder, die die Erzieher erst seit Kurzem kennen, unabhängig von den Deutschkenntnissen dieser Kinder.

Darüber hinaus demonstrierte der zweite Klassifizierungsbaum (Abb. 2) den bekannten Schwachpunkt von KiSS in der Identifizierung des klinischen Abklärungsbedarfs. Da die Sensitivität von KiSS.2 für klinisch Abklärungsbedürftige bei lediglich 67 % liegt (einsprachige und mehrsprachige Kinder zusammengenommen; Neumann & Euler, 2010), war die Angabe der Erzieher zu vorliegenden sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten des Kindes stärker mit der Sprachtherapieeteiligung assoziiert als klinischer Abklärungsbedarf laut KiSS. Nur in der Untergruppe der Kinder, die laut Kitafragebögen in diesem Item unauffällig waren, ließ sich die Teilnahme an einer Sprachtherapie durch den KiSS-Befund zum klinischen Abklärungsbedarf erklären. Diese Faktorenhierarchie ließe sich aber auch anders interpretieren als durch die schwache Sensitivität: Sprachtherapieeteiligungen vor der KiSS-Durchführung hingen vor allem davon ab, ob den Erziehern (oder zuerst den Eltern und dann den Erziehern) schon eine medizinische Auffälligkeit bekannt war. Über manche medizinischen Auffälligkeiten und Therapieeteiligungen waren aber die Erzieher zum Testzeitpunkt nicht informiert, und in solchen Fällen konnten Therapieeteiligungen in Zusammenhang mit dem auffälligen KiSS-Ergebnis gebracht werden.

Nicht für alle Kinder lagen Angaben der Erzieher zu sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten vor. In immerhin 80 Fällen ließen sie dieses Feld im Kitafragebogen aus. Da Klassifizierungsbäume fehlende Werte als eigene Kategorie betrachten können, wurde statistisch nachgewiesen, dass der Anteil der Kinder, die sich zum Testzeitpunkt in einer Sprachtherapie befanden, in dieser Untergruppe drei Mal höher war als in der Untergruppe, die laut Kitafragebogen definitiv keine medizinischen Auffälligkeiten zeigte. Damit kann die Unsicherheit der Erzieher bzgl. sprachbezogener Krankheiten oder Störungen des Kindes als erster Hinweis auf das Vorliegen eben einer solchen Auffälligkeit gedeutet werden.

Eher selten wurden Kinder sprachlich therapiert, die weder laut Erziehern noch laut KiSS medizinisch auffällig waren. In diesen seltenen Fällen konnte die Therapieeteiligung lediglich auf den sprachpädagogischen Förderbedarf laut KiSS zurückgeführt werden. Die Verwechslung sprachpädagogischen Förderbedarfs mit Therapiebedarf, vor allem bei mehrsprachigen Kindern mit minimalen oder fehlenden Deutschkenntnissen, wurde oft in der Fachliteratur thematisiert (Scharff Rethfeldt, 2019; White & Jin, 2011). Es lassen sich aber in solchen Fällen auch noch nicht diagnostizierte Störungsbilder vermuten, die mit dem sprachpädagogischen Förderbedarf einhergehen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass in KiSS testkonstruktionsbedingt fast alle klinisch abklärungsbedürftigen Kinder gleichzeitig auch als sprachpädagogisch förderbedürftig gelten.

Während stärker ausgeprägter Kontakt zur deutschen Sprache selten mit klinischem Abklärungsbedarf assoziiert war, nahmen Kinder mit einer längeren Kitabesuchsdauer, und damit einem längeren Deutschkontakt, häufiger an Sprachtherapien teil. Dieser scheinbare Widerspruch in den Studienergebnissen lässt sich vermutlich in erster Linie dadurch erklären, dass Kinder, die schon vor der Studienteilnahme Sprachtherapien absolviert hatten, dank diesen Therapien zum Testzeitpunkt in KiSS.2 nicht mehr auffällig waren. Die Teilnahme der Kinder mit längerer Kitabesuchsdauer an Sprachtherapien wird also evtl. indirekt dadurch begünstigt, dass ihre medizinischen Auffälligkeiten durch einen längeren Aufenthalt in Kindertageseinrichtungen früher durch pädagogische Fachkräfte erkannt wurden und entsprechende Therapien früher eingeleitet werden konnten.

Die Limitation der Studie lassen sich erstens auf die verbesserungswürdige Trennschärfe des Sprachtests KiSS zwischen sprachpädagogisch förderbedürftigen und klinisch abklärungsbedürft-

tigen Kindern zurückführen und zweitens auf die regionalen Einschränkungen (Testungen in hessischen Kindergärten). Zusätzlich sei nochmal darauf hingewiesen, dass nicht alle herangezogenen Fragebogen-Items zur aktuellen KiSS-Version gehören und damit eher als experimentell zu verstehen sind. Die statistische Überprüfung der Items fand zwar in den KiSS-Validierungsstudien statt, diese liegen aber inzwischen mehr als zehn Jahre zurück, so dass dringender Aktualisierungsbedarf besteht. Die 2020 vorgelegte Aktualisierung von Tomasik, Lindner, Weiland, Schmidt, Moser & Kieslich (2020) muss aufgrund relevanter inhaltlicher und statistischer Limitationen als nicht belastbar betrachtet werden, obwohl eine beeindruckende Fallzahl aus den Jahren 2010-2017 zugrunde gelegt wurde. Daher wurde diese modifizierte Version für die hier durchgeführte Studie nicht herangezogen (siehe auch die Diskussion in Lange & van Minnen, im Druck). Die Aktualisierung der Güteindizes läuft zurzeit im Rahmen der KiSS.3-Entwicklung.

6 Fazit

Sprachkontakt bzw. soziale Interaktionen (beim Spielen) im deutschsprachigen Umfeld können den Deutscherwerb sowohl bei einsprachigen als auch bei mehrsprachigen Kindern potentiell begünstigen, womit die Anteile der Kinder mit sprachpädagogischem Förderbedarf sowie mit klinischem Abklärungsbedarf direkt oder indirekt reduziert werden könnten. Teilnahmen an Sprachförderangeboten und -therapien werden aber vermutlich nicht durch den fehlenden Sprachkontakt bzw. die eingeschränkte soziale Interaktion alleine bedingt, sondern durch Sprachauffälligkeiten der Kinder, die auch aus vielen anderen Umgebungsvariablen (mit)resultieren. Schwache Korrelationen zwischen dichotomen KiSS-Ergebnissen und Teilnahmen an Sprachförder- sowie Sprachtherapieangeboten können auf eine Unter- und Fehlversorgung hinweisen.

Vor allem bei mehrsprachigen Kindern lässt sich eine stark ausgeprägte sprachpädagogische Unterversorgung annehmen. Damit die pädagogischen Fachkräfte auch für diese Kinder konkrete und individuelle Förderangebote machen können sowie die Eltern zielführend beraten können, müssen, wie bereits für einsprachig deutsch aufwachsende Kinder, auch für mehrsprachige Kinder validierte und normierte Sprachstandsverfahren verfügbar sein. Diese Verfahren müssen in der Lage sein, auch Kinder mit minimalen bzw. fehlenden Deutschkenntnissen einzubeziehen. Mit diesem Ziel erfolgt derzeit die vom Land Hessen initiierte Weiterentwicklung zu KiSS.3, welche kurz vor dem Abschluss steht. Des Weiteren bedarf es evidenzgestützter Sprachfördermaßnahmen, die auf dem im jeweiligen Bundesland eingesetzten Sprachstandsverfahren basieren (Neugebauer & Becker-Mrotzek, 2013). Gerade KiSS.2 nach Neumann & Euler (2010) bzw. zukünftig KiSS.3 ermöglicht die Erhebung eines individuellen Sprachprofils und damit die optimale Grundlage für ein darauf abgestimmtes Förderkonzept. Ein solches besteht derzeit nicht; die entsprechende auf KiSS.3 aufbauende, evidenzgestützte Entwicklung ist jedoch laut Koalitionsvertrag der jetzt laufenden 20. Hessischen Legislaturperiode vorgesehen, ebenso wie die flächendeckende Einführung von beidem (Hessischer Koalitionsvertrag, 2018). Damit wird die Möglichkeit geschaffen, der sprachpädagogischen und -therapeutischen Unter- bzw. Fehlversorgung entgegenzuwirken, um das zu erreichen, was jetzt und in Zukunft so dringend notwendig ist: Chancengleichheit beim Zugang zu Bildung von Anfang an.

Literatur

- BBMFI = Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. (2019). *Deutschland kann Integration: Potenziale fördern, Integration fördern, Zusammenhalt stärken*. 12. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Abgerufen von <https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/72490/1699390/478a6d7d9cd3fc2c18131ebfcfe3dac/lagebericht-12-data.pdf> [28.01.2021]
- Becker, B. (2010). Wer profitiert mehr vom Kindergarten? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 62(1), 139-163.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T. & CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080.
- Buac, M., Gross, M. & Kaushanskaya, M. (2014). The role of primary caregiver vocabulary knowledge in the development of bilingual children's vocabulary skills. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57(5), 1804-1816.
- Ertanir, B., Kratzmann, J., Frank, M., Jahreiss, S. & Sachse, S. (2018). Dual language competencies of Turkish-German children growing up in Germany: Factors supportive of functioning dual language development. *Frontiers in Psychology*, 9, 2261.
- Euler, H. A., Holler-Zittlau, I., van Minnen, S., Sick, U., Dux, W., Zaretsky, Y. & Neumann, K. (2012). Psychometrische Gütekriterien eines Kurztests zur Erfassung des Sprachstands 4-jähriger Kinder. *HNO*, 58(11), 1116-1123.

- Evans, M. A. (2010). Language performance, academic performance, and signs of shyness: A comprehensive review. In K. H. Rubin & R. J. Coplan (Hrsg.), *The Development of Shyness and Social Withdrawal* (S. 179-212). New York: The Guilford Press.
- Gold, A. & Schulz, P. (2014). *Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen in Frankfurt am Main*. Magistrat der Stadt Frankfurt/Main. Abgerufen von https://www.uni-frankfurt.de/53065321/Expertise_Gold_Schulz.pdf [28.01.2021]
- Grimm, H. (2017). SSV. Sprachscreening für das Vorschulalter. Kurzform des SETK 3-5 (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Harrison, L. J. & McLeod, S. (2010). Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53(2), 508-529.
- Hessischer Koalitionsvertrag (2018). Koalitionsvertrag zwischen CDU Hessen und BÜNDNIS90/Die Grünen Hessen für die 20. Legislaturperiode. Abgerufen von <https://www.gruene-hessen.de/partei/files/2018/12/Koalitionsvertrag-CDU-GR%C3%9CNE-2018-Stand-20-12-2018-online.pdf> [28.01.2021]
- Hippmann, K., Jambor-Fahlen, S. & Becker-Mrotzek, M. (2019). Der Einfluss familiärer Hintergrundvariablen auf die Leseleistung von Grundschulkindern im Anfangsunterricht. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 22, 51-73.
- Hoff, E., Welsh, S., Place, S. & Ribot, K. M. (2014). Properties of dual language input that shape bilingual development and properties of environments that shape dual language input. In T. Grüter & J. Paradis (Hrsg.), *Input and Experience in Bilingual Development* (S. 119-140). Amsterdam: John Benjamins.
- Holler-Zittlau, I., Euler, H. A. & Neumann, K. (2011). Kindersprachscreening (KiSS) – das hessische Verfahren zur Sprachstandserfassung. *Sprachheilarbeit*, 5(6), 263-268.
- IntMK = Länderoffene Arbeitsgruppe „Indikatorenentwicklung und Monitoring“ der Konferenz der für die Integration zuständigen Ministerinnen und Minister/Senatorinnen und Senatoren der Länder. (2019). *Fünfter Bericht zum Integrationsmonitoring der Länder. Berichtsjahre 2015-2017*. Berlin: Konferenz für die Integration.
- Keller, K., Troesch, L. M. & Grob, A. (2013). Shyness as a risk factor for second language acquisition of immigrant preschoolers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(6), 328-335.
- Keller, K., Troesch, L. M., Lohrer, S. & Grob, A. (2015). Deutschkenntnisse von Kindern statusniedriger und statushoher Einwanderergruppen. Der Einfluss des familialen und extrafamilialen Sprachkontexts. *Frühe Bildung*, 4, 144-152.
- King-Dowling, S., Missiuna, C., Rodriguez, M. C., Greenway, M. & Cairney, J. (2015). Co-occurring motor, language and emotional-behavioral problems in children 3-6 years of age. *Human Movement Science*, 39, 101-108.
- Klassert, A. & Gagarina, N. (2010). Der Einfluss des elterlichen Inputs auf die Sprachentwicklung bilingualer Kinder: Evidenz aus russischsprachigen Migrantenfamilien in Berlin. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 5(4), 11-12.
- Knollmann, C. & Thyen, U. (2019). Einfluss des Besuchs einer Kindertagesstätte (Kita) auf den Entwicklungsstand bei Vorschulkindern. *Gesundheitswesen*, 81(3), 196-203.
- Lange, B. & van Minnen, S. (im Druck). Kommentar: Tomasik et al. (2020), „Landesweite Normierung des Hessischen Kindersprachscreenings“, *Diagnostica* (2020), 66; 178-189; *Diagnostica*
- Liebau, E., Gambaro, L., Peter, F. & Weinhardt, F. (2018). Kinder von Geflüchteten. *DIW-Wochenbericht*, 84(19), 379-387.
- Lisker, A. (2013). *Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung vor der Einschulung – eine Bestandsaufnahme in den Ländern*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Maggio, V., Grañana, N. E., Richaudeau, A., Torres, S., Giannotti, A. & Suburo, A. M. (2014). Behavior problems in children with Specific Language Impairment. *Journal of Child Neurology*, 29(2), 194-202.
- Neugebauer, U. & Becker-Mrotzek, M. (2013). *Die Qualität von Sprachstandsverfahren im Elementarbereich. Eine Analyse und Bewertung*. Köln: Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache.
- Neumann, K. & Euler, H. A. (2010). *Einführung einer flächendeckenden Sprachstandserfassung in Hessen. Forschungsbericht 2010*. Frankfurt am Main: Universität Frankfurt am Main.
- Neumann, K., Holler-Zittlau, I., van Minnen, S., Sick, U., Zaretsky, Y., & Euler, H. A. (2011). Katzensgoldstandards in der Sprachstandserfassung: Sensitivität und Spezifität des Kindersprachscreenings (KiSS). *HNO*, 59(1), 97-109.
- Paradis, J. & Jia, R. (2017). Bilingual children's long-term outcomes in English as a second language: Language environment factors shape individual differences in catching up with monolinguals. *Developmental Science*, 20(1). doi: 10.1111/desc.12433.
- Pham, G. & Tipton, T. (2018). Internal and external factors that support children's minority first language and English. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 49(3), 595-606.
- Place, S. & Hoff, E. (2011). Properties of dual language exposure that influence 2-year-olds' bilingual proficiency. *Child Development*, 82(6), 1834-1849.
- Rizzoli-Córdoba, A., Vargas-Carrillo, L. I., Vásquez-Ríos, J. R., Reyes-Morales, H., Villasis-Keever, M. Á., O'Shea-Cuevas, G., Aceves-Villagrán, D., Muñoz, O. & García-Aranda, J. A. (2017). Association between time of permanence at early education program (Estancias Infantiles) and developmental level for children in situation of poverty. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(2), 98-106.
- Rothweiler, M. & Ruberg, T. (2011). *Der Erwerb des Deutschen bei Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache. Sprachliche und außersprachliche Einflussfaktoren. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)*. München: Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Rowe, M. L. (2012). A longitudinal investigation of the role of quantity and quality of child-directed speech in vocabulary development. *Child Development*, 83(5), 1762-1774.
- Rudasill, K. M., Prokasky, A., Tu, X., Frohn, S., Sirota, K. & Molfese, V. J. (2014). Parent vs. teacher ratings of children's shyness as predictors of language and attention skills. *Learning and Individual Differences*, 34, 57-62.
- Scharff Rethfeldt, W. (2019). Speech and language therapy services for multilingual children with migration background: A cross-sectional survey in Germany. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 71(2-3), 116-126.
- Scheible, J. A. & Rother, N. (2017). *Schnell und erfolgreich Deutsch lernen – wie geht das? Erkenntnisse zu den Determinanten des Zweitspracherwerbs unter besonderer Berücksichtigung von Geflüchteten. Working Paper 72 des Forschungszentrums des Bundesamtes*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Sorenson Duncan, T. & Paradis, J. (2020). Home language environment and children's second language acquisition: The special status of input from older siblings. *Journal of Child Language*, 47(5), 982-1005.
- Sun, H., Ng, S. C., O'Brien, B. A. & Fritzsche, T. (2020). Child, family, and school factors in bilingual preschoolers' vocabulary development in heritage languages. *Journal of Child Language*, 47(4), 817-843.

- Takač, V. P. & Požega, D. (2012). Personality traits, willingness to communicate and oral proficiency in English as a foreign language. In L. Pon, V. Karabalić, & S. Cimer (Hrsg.), *Applied Linguistics Today: Research and Perspectives* (S. 67-82). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Tomasik, M. J., Lindner, N., Weiland, M., Schmidt, M., Moser, U., & Kieslich, M. (2020). Landesweite Normierung des Hessischen Kindersprachscreenings. *Diagnostica*, 66, 178–189.
- Troesch, L. M., Keller, K., Loher, S. & Grob, A. (2017). Umgebungs- und Herkunftssprache: Der Einfluss des elterlichen Sprachgebrauchs auf den Zweitspracherwerb der Kinder. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 31, 149-160.
- Unsworth, S. (2016). Quantity and quality of language input in bilingual language development. In E. Nicoladis & S. Montanari (Hrsg.), *Language and the Human Lifespan Series. Bilingualism across the Lifespan: Factors Moderating Language Proficiency* (S. 103-121). Washington: American Psychological Association.
- Unsworth, S., Brouwer, S., de Bree, E. & Verhagen, J. (2019). Predicting bilingual preschoolers' patterns of language development: Degree of non-native input matters. *Applied Psycholinguistics*, 40(5), 1189-1219.
- Weiland, M., Schmidt, M., Herper-Klein, S. & Kieslich, M. (2019). Sprachstandserfassung im Elementarbereich für ein- und mehrsprachige Kinder am Beispiel des hessischen Kindersprachscreenings KiSS. *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 2, 84-88.
- White, C. D. L. & Jin, L. (2011). Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46(6), 613-627.
- Zaretsky, E., Euler, H. A., Neumann, K. & Lange, B. P. (2014). Sociolinguistic predictors of language deficits in pre-school children with and without immigrant background. In ACLL2014 – The Asian Conference on Language Learning. Osaka, Japan 2014. Conference Proceedings 2014 (S. 42-53). Osaka: The International Academic Forum.
- Zaretsky, E. & Lange, B. P. (2015). Ob Italienisch Deutsch fördert: Warum Italienisch sprechende Kinder schneller Deutsch erwerben als einige andere Migrantengruppen in Deutschland. *Dutch Journal of Applied Linguistics*, 4(1), 122-140.
- Zaretsky, E. & Lange, B. P. (2016). Language screening studies point at insufficient medical and language therapeutic care of immigrant children. *Journal of Academic Perspectives*, 9(2). Abgerufen von https://www.journalofacademicperspectives.com/app/download/969973748/Zaretsky+_Lange.pdf [28.01.2021]

Die Autorinnen und Autoren

Dr. Eugen Zaretsky ist wissenschaftlicher Mitarbeiter (PostDoc) an der Philipps-Universität Marburg. Seine Schwerpunkte liegen in der Sprachstandserfassung, Sprach- und Redeflussstörungen sowie in der Soziolinguistik.

Prof. Dr. Susanne van Minnen ist Professorin für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Beeinträchtigung der Sprache und des Sprechens im Institut für Förderpädagogik und Inklusive Bildung an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Ihre Arbeitsgebiete umfassen die Diagnostik und Förderung der un/auffälligen Sprachentwicklung bei ein- und mehrsprachigen Kindern.

Prof. Dr. Benjamin P. Lange ist Professor für Psychologie an der IUBH Internationalen Hochschule, Berlin. Seine Arbeitsgebiete umfassen u. a. Soziolinguistik, sprachliche Fähigkeiten, sprachliche Gewandtheit und Eloquenz sowie Mediensprache.

Prof. Dr. Christiane Hey, MHBA ist seit 2015 Chefärztin der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie im Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Marburg. Darüber hinaus ist sie als Hessische Landesärztin für Menschen mit Hör- und Sprachbehinderung und als ärztliche Leitung der Staatlichen Schule für Logopäden tätig. Ihre Forschungsfelder schließen insbesondere Sprach-, Schluck- und Hörstörungen ein.

Korrespondenzadressen

Dr. Eugen Zaretsky
Universitätsklinikum Marburg,
Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Baldingerstr. 1, 35043 Marburg
zaretsky@med.uni-marburg.de

Prof. Benjamin P. Lange
IUBH Internationale Hochschule,
Fachgebiet Sozialwissenschaften,
Frankfurter Allee 73A, 10247 Berlin
b.lange@iubh-dualesstudium.de

Prof. Susanne van Minnen
JLU Gießen, Institut für Förderpädagogik
und Inklusive Bildung,
Karl-Glöckner-Str. 21B, 35394 Gießen
susanne.van-minnen@erziehung.uni-giessen.de

Prof. Christiane Hey
Universitätsklinikum Marburg,
Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Baldingerstr. 1, 35043 Marburg
christiane.hey@uk-gm.de