



Änderungen im Sprachstand vierjähriger Kitakinder zwischen 2008 und 2019: medizinische und soziolinguistische Einflussfaktoren*

Changes in the language competence of four-year-old kindergarten children between 2008 and 2019: medical and sociolinguistic influence factors

Eugen Zaretsky, Benjamin P. Lange, Christiane Hey

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Sprachstand vierjähriger Kinder in Deutschland verschlechterte sich in den letzten drei Jahren. Als Grund dafür werden Einschränkungen der sozialen Kontakte und damit des Deutsch-Inputs durch die COVID-19-Pandemie angenommen.

Fragestellung: In der aktuellen Studie wurde geprüft, ob die Verschlechterung der Deutschkenntnisse bereits vor dem Pandemieausbruch nachweisbar war und inwiefern Änderungen in medizinischen und soziodemographischen Merkmalen der Kinder ihren Sprachstand beeinflussten.

Methodik: In den Zeiträumen 2008–2012 und 2017–2019 wurden insg. 2551 vierjährige Kindergartenkinder mit dem Kurztest „Kindersprachscreening“ untersucht. Der Sprachstand wurde mit dem Sprachtest-Gesamtscore quantifiziert, medizinische und soziodemographische Merkmale der Kinder in Fragebögen für Eltern und Kindergarten-Erzieher:innen dokumentiert. Änderungen im Sprachstand sowie mögliche Einflussfaktoren auf den Sprachtest-Gesamtscore wurden uni- und multivariat untersucht.

Ergebnisse: Sprachtest-Ergebnisse verschlechterten sich vor allem bei mehrsprachigen Kindern. Die Häufigkeit von diversen medizinischen Auffälligkeiten blieb entweder unverändert oder ging zurück. Mehrere Sprachkontaktvariablen wie Länge des Kindergartenbesuchs zeigten eine steigende Quantität des Deutsch-Inputs bei einsprachig deutschen Kindern. Mehrsprachige Kinder blieben dagegen auch im Kindergarten immer häufiger unter sich.

Schlussfolgerung: Die Tendenz zur Verschlechterung der Deutschkenntnisse war bereits vor dem Beginn der COVID-19-Pandemie nachweisbar, trotz sinkender Anteile von Kindern mit diversen sprachbezogenen medizinischen Auffälligkeiten. Die Gründe dafür sind u. a. in der eingeschränkten Qualität des Deutsch-Inputs zu suchen.

Schlüsselwörter

Spracherwerb, Sprachstandserfassung, Sprachentwicklungsstörung, „Kindersprachscreening“, Sprachtherapie

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

Abstract

Background: The language competence of four-year-old children in Germany has deteriorated in the last three years. It is assumed that this development is based on limited social contacts and thus on limited German language input due to the COVID-19 pandemic.

Aims: The current study examined whether the deterioration in the German language competence was already detectable before the outbreak of the pandemic and to what extent changes in the children's medical and sociodemographic characteristics influenced their language competences.

Methods: In 2008–2012 and 2017–2019, a total of 2,551 four-year-old kindergarten children were tested with the language test “Kindersprachscreening”. The German language competence was quantified with the total score of this test. Children's medical and sociodemographic characteristics were assessed by questionnaires for parents and kindergarten teachers. Changes in the language competence as well as possible factors influencing the total test score of “Kindersprachscreening” were analysed by univariate and multivariate methods.

Results: Language competence decreased between the two test phases, especially in multilingual children. The frequency of various language-related medical impairments either remained unchanged or decreased. Several language contact variables, such as length of kindergarten attendance, showed an increasing quantity of the German language input among monolingual German children, whereas multilingual children increasingly kept to themselves in kindergartens.

Conclusions: The deterioration of German language skills was already detectable prior to the COVID-19 pandemic, despite of the decreasing proportion of children with various language-related medical issues. One of the reasons for this is the limited quality of the German language input.

Keywords

language acquisition, language assessment, language disorder, “Kindersprachscreening”, language therapy

1 Einleitung

Die ungestörte Sprachentwicklung eines Kindes wird häufig als selbstverständlich vorausgesetzt. Dabei betrifft die Diagnose „Sprachentwicklungsstörung“ entsprechend ICD-11 6A01 (ICD-10 F80) jedes zehnte Kind und zählt damit zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (Waltersbacher, 2019; Neumann et al., 2021). Ursachen für Auffälligkeiten in der natürlichen Sprachentwicklung sind vielfältig. Neben medizinischen Faktoren wie Hörstörungen, syndromalen Erkrankungen (z. B. das Williams-Beuren-Syndrom) und familiärer Disposition können auch Multilingualität und traumatische Ereignisse den natürlichen Verlauf der Sprachentwicklung erschweren.

Grundsätzlich unterschieden werden Sprachentwicklungsstörungen infolge von Komorbiditäten sowie die spezifische Sprachentwicklungsstörung (ohne Komorbiditäten) vom sprachpädagogischen Förderbedarf. Letzterer tritt überwiegend bei Kindern mit Migrationshintergrund auf und kann ohne medizinische Maßnahmen durch verstärkten Deutschinput beseitigt werden.

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie lassen sich drastische Verschlechterungen deutscher Sprachkenntnisse (im Sinne des sprachpädagogischen Förderbedarfs) im Vorschulalter beobachten, die auf pandemiebedingte Schließungen von Kindertagesstätten und Lockdowns zurückgeführt werden könnten (Bantel, Bultkamp, & Wunsch, 2021). Betroffen sind vor allem Kinder mit Migrationshintergrund (KMM) aufgrund des reduzierten Deutschangebots (Niehues, Rother, & Siegert, 2021; Linder, 2021) sowie des andauernden Zuzugs von zahlreichen Flüchtlingskindern ohne Deutschkenntnisse wie aktuell der ukrainischen Kinder. Allerdings zeigen auch Kinder ohne Migrationshintergrund (KOM) zunehmend Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, was u. a. auf depressive Zustände infolge des pandemiebedingten sozialen Rückzugs zurückgeführt werden könnte (Schlack et al., 2020; Aoyagi & Tsuchiya, 2019; Ravens-Sieberer et al., 2020). Daher werden immer mehr Kinder eingeschult, deren Sprachkompetenzen für einen suffizienten Bildungserwerb nicht ausreichend sind (Bantel et al., 2021). Dementsprechend wurde neuerdings auch ein signifikanter Rückgang der Deutschkompetenz bei Viertklässlern nachgewiesen, vor allem bei KMM (Stanat et al., 2022).

Doch ist tatsächlich die COVID-19-Pandemie Auslöser für die zunehmend verschlechterte Sprachentwicklung von Kindern im Vorschulalter? Neuere Studien ergeben, dass sich bereits direkt vor Pandemiebeginn vor allem KMM regionsabhängig bis zu 78% (Weiland, Schmidt, Herper-Klein, & Kieslich, 2019; Zaretsky, Lange, & Hey, 2020; Zaretsky, van Minnen, Lange, & Hey, 2022; Tempel, Gerken, & Sadowski, 2018) als gesamt auffällig in ihrer Sprachentwicklung erwiesen, teilweise mit steigender Tendenz. Anzunehmen ist beispielsweise, dass die Einwande-

zung von zahlreichen arabischen Kindern in den Jahren 2015–2016, die in der Regel über keine Deutschkenntnisse verfügten (Rich, 2016), dauerhafte Auswirkungen auf den durchschnittlichen Sprachstand der Vorschulkinder (KMM) in Deutschland hatte.

2 Fragestellung und Zielsetzung

Angesichts der starken Migrationsbewegung im Jahr 2015, der darauffolgenden COVID-19-Pandemie und der aktuell hochbrisanten Situation mit Flüchtlingen aus der Ukraine sowie mit dem Ausstieg des Bundes aus der Finanzierung des Programms „Sprach-Kitas“ rückte die kindliche Sprachentwicklung wieder in den Fokus von Politik und Massenmedien. Die Auswirkungen der Verschlechterung des kindlichen Sprachstands werden enorm sein, doch erst in scheinbar ferner Zukunft spürbar. Die Frage nach möglichen Einflussfaktoren, vor allem medizinischen, aber auch soziodemographischen, auf Änderungen im Sprachstand von Vorschulkindern im Deutschen im letzten Jahrzehnt vor Pandemiebeginn ist bislang ungeklärt und Gegenstand der vorliegenden Studie.

3 Methode

Die Sprachstandserfassung erfolgte in den Zeiträumen 2008–2012 ($N = 1269$) sowie 2017–2019 ($N = 1282$) und wurde in insgesamt 253 (2008–2012) bzw. 303 (2017–2019) Kindergärten in Hessen und Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Außer dem Besuch eines Regelkindergartens, einem Alter der Kinder von 4;0–4;11 Jahren und einer schriftlichen Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur Studienteilnahme wurden keine weiteren Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Zur differenzierten Analyse des Sprachstandes wurden die Daten der KOM und KMM separiert ausgewertet. Unter KMM kamen in beiden Testzeiträumen am häufigsten Türkisch-, Arabisch- und Russischsprachige vor. Die Stichprobencharakteristika sind Tab. 1 zu entnehmen. Das Alter der Kinder und die Geschlechterverteilung der beiden Stichproben zeigten sich gemäß Mann-Whitney U - bzw. Chi-Quadrat-Tests nicht signifikant unterschiedlich ($ps > 0,05$).

Tab. 1: Stichprobencharakteristika

	2008–2012		2017–2019	
	KOM (n = 682)	KMM (n = 587)	KOM (n = 554)	KMM (n = 728)
Alter in Monaten	52,0 ±2,4	52,0 ±2,4	52,3 ±2,5	51,7 ±2,6
Männlich	381 (55,9%)	311 (53,0%)	289 (52,2%)	387 (53,2%)
Weiblich	301 (44,1%)	276 (47,0%)	265 (47,8%)	341 (46,8%)
Türkischsprachige	—	99 (16,9%)	—	108 (14,8%)
Arabischsprachige	—	65 (11,1%)	—	87 (12,0%)
Russischsprachige	—	71 (12,1%)	—	135 (18,5%)

KOM = Kinder ohne Migrationshintergrund, KMM = Kinder mit Migrationshintergrund

Alle Kinder wurden mit dem Kurztest „Kindersprachscreening“ (KiSS) in der zweiten Version getestet (Holler-Zittlau, Euler, & Neumann, 2011). KiSS besteht aus einem Wimmelbild, dem dazugehörigen Screeningbogen sowie zwei Fragebögen: einer für Eltern und einer für Kita-Erzieher:innen. Mit dem Screeningbogen werden Untertests zu Sprachverständnis, Wortschatz, Aussprache, Grammatik und phonologischem Kurzzeitgedächtnis (Nachsprechen von Kunstwörtern und Sätzen) u. a. mit Fragen wie „Was ist das?“ oder „Welche Form hat der Ball?“ durchgeführt. Die Gewichtung einzelner Untertest-Items variiert zwischen „1“ und „3“. Für die KiSS-Auswertung wurden sowohl Scores einzelner Untertests als auch ein KiSS-Gesamtscore als Summe aus allen KiSS-Items ermittelt.

Die beiden KiSS-Fragebögen enthalten Items zum kindlichen Sprachstand, Sprachtherapie und -förderung, Komorbiditäten (z. B. Hörstörungen, Mittelohrentzündungen, familiäre Disposition für Sprachstörungen und Lese-Rechtschreibschwäche), Soziabilität, Qualität und Quantität des Sprachinputs sowie zusätzliche demographische Angaben (z. B. Geschlecht). Im Rahmen dieser Studie wurden beide Fragebögen um einige explorative Items erweitert.

Für die vorliegende Studie wurden die sechs KiSS-Untertestscores, der KiSS-Gesamtscore sowie sieben Fragebogen-Items zu medizinischen Aspekten, sieben zu Sprachkontakt und vier zum Spielverhalten der Kinder herangezogen (s. Tab. 3).

Zur Erfassung der Änderungen im kindlichen Sprachstand zwischen beiden Testzeiträumen wurden die KiSS-Untertestscores und der -Gesamtscore der beiden Stichproben via Mann-Whitney U-Tests verglichen, getrennt für KOM und KMM.

Im Folgenden wurde univariat geprüft, inwieweit diese Sprachstandsunterschiede auf Änderungen von medizinischen Faktoren und im Sprachkontakt sowie in der Soziabilität, gemessen am Spielverhalten (laut Eltern- bzw. Kita-Erzieher:innen), zurückzuführen sind. Je nach Skalenniveau der Fragebogen-Items wurden dafür Mann-Whitney-U-Tests (Z, metrische Variablen), Chi-Quadrat-Tests (χ^2 , kategoriale Variablen) bzw. Linear-mit-Linear-Zusammenhang (*lml*, ordinale Variablen) durchgeführt.

Die Effektstärke wurde bei allen Mann-Whitney U-Tests mit dem PS-Index (probability of superiority index (Grissom & Kim, 2012)) quantifiziert. Bei Werten nahe 0,5 gilt diese Effektstärke als niedrig, bei Werten nahe 0,0 als hoch.

Danach wurde multivariat geprüft, inwiefern medizinische Auffälligkeiten der Kinder, die in KiSS-Fragebögen erfasst wurden, zu Änderungen im kindlichen Sprachstand zwischen 2008 und 2019 beitrugen. Dafür wurde ein Klassifizierungsbaum (Methode „Exhaustive CHAID“ = Chi-square automatic interaction detection) mit dem KiSS-Gesamtscore als abhängige Variable und mehreren potentiellen Einflussfaktoren berechnet. Alle medizinischen Faktoren, die in KiSS-Fragebögen in beiden Testzeiträumen erfasst wurden, wurden dafür als unabhängige Variablen herangezogen. Weitere unabhängige Variablen waren „Testzeitraum 2008–2012 vs. 2017–2019“, „KOM vs. KMM“ und „die drei größten KMM-Untergruppen (Türkisch-, Russisch-, Arabischsprachige) vs. jeweils alle anderen KMM vs. KOM“. Die Aufnahme der letzteren drei Variablen war darin begründet, dass der Sprachstand dieser KMM-Untergruppen sowie ihre soziodemographischen Merkmale signifikante Unterschiede aufweisen (Zaretsky & Lange, 2017).

Das Ethikvotum des Universitätsklinikums Gießen-Marburg, Standort Marburg, für die aktuelle Studie liegt vor (Nr. 117/16 vom 06.09.2016).

4 Ergebnisse

Sowohl KOM als auch KMM zeigten im Zeitraum 2017–2019, verglichen mit 2008–2012, signifikant schlechtere Ergebnisse in den Untertests Wortschatz, Grammatik, Nachsprechen von Kunstwörtern und im KiSS-Gesamtscore. KMM erreichten darüber hinaus einen signifikant niedrigeren Score für Sprachverständnis (s. Tab. 2).

Tab. 2: Änderungen im kindlichen Sprachstand zwischen 2008–2012 und 2017–2019, gemessen an den sechs KiSS-Untertests und dem KiSS-Gesamtscore: Mittelwerte mit Standardabweichungen sowie Mann-Whitney U-Tests mit Effektstärke PS-Index (\hat{p})

KiSS-Untertests	Kinder ohne Migrationshintergrund			Kinder mit Migrationshintergrund		
	2008–2012	2017–2019	Z/p	2008–2012	2017–2019	Z/p
Sprachverständnis	6,50 ±2,15	6,28 ±2,22	-1,81/0,47	4,49 ±2,74	3,81 ±2,71	-4,52***/0,43
Wortschatz	18,48 ±4,26	17,36 ±4,06	-5,63*/0,41	11,70 ±6,71	8,66 ±6,91	-7,80***/0,37
Aussprache	12,29 ±3,39	12,75 ±2,84	-1,38/0,48	11,81 ±3,25	11,81 ±3,15	-0,22/0,50
Grammatik	20,94 ±7,34	20,44 ±6,56	-2,33*/0,46	10,87 ±8,67	7,71 ±7,76	-6,38***/0,39
Nachsprechen von Kunstwörtern	7,37 ±3,80	6,65 ±3,36	-3,64***/0,44	6,67 ±3,80	5,95 ±3,60	-3,36**/0,45
Nachsprechen von Sätzen	11,64 ±4,26	12,46 ±3,31	-1,26/0,48	7,84 ±4,85	7,49 ±4,57	-1,26/0,48
Gesamtscore	78,78 ±19,38	78,15 ±15,02	-2,68**/0,45	56,04 ±24,03	47,58 ±22,71	-5,78***/0,40

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

Deskriptive Statistiken zu Änderungen der medizinischen und soziodemographischen Merkmale der Kinder und ihrer Familien zwischen beiden Testzeiträumen sind Tab. 3 zu entnehmen. Die statistisch signifikanten Unterschiede werden im Folgenden dargestellt.

KOM wurden 2017–2019 seltener sprachlich therapiert ($\chi^2_{(1)} = 25,00$, $p < 0,001$), wiesen weniger Otitiden auf ($\chi^2_{(1)} = 12,81$, $p < 0,001$) und hatten seltener eine familiäre Disposition für eine Sprachstörung ($\chi^2_{(1)} = 18,81$, $p < 0,001$) als ein Jahrzehnt zuvor. Die Eltern der KMM gaben in den

Jahren 2008–2012 seltener eine Lese-Rechtschreibschwäche an ($\chi^2_{(1)} = 4,61, p = 0,032$) und waren mit dem kindlichen Sprachstand in der (nicht-deutschen) Muttersprache häufiger zufrieden ($\chi^2_{(1)} = 11,85, p = 0,001$) als die des Zeitraums 2008–2012.

Die meisten Sprachkontaktvariablen zeigten signifikante Veränderungen zwischen den beiden Testzeiträumen. Sowohl KOM ($\chi^2_{(1)} = 116,12, p < 0,001$) als auch KMM ($\chi^2_{(1)} = 32,01, p < 0,001$) besuchten 2017–2019 häufiger Kinderkrippen als ihre Altersgenossen des Zeitraums 2008–2012. Die Kitabesuchsdauer in Monaten vergrößerte sich signifikant sowohl bei KOM ($Z = -5,41, p < 0,001, p = 0,40$) als auch bei KMM ($Z = -3,10, p = 0,002, p = 0,44$), wobei Erstere Kitas auch häufiger ganztags besuchten als 2008–2012 ($\chi^2_{(1)} = 52,01, p < 0,001$). Im Zeitraum 2017–2019 besuchten KOM signifikant häufiger Vereine und Spielkreise als in den Jahren 2008–2012 ($\chi^2_{(1)} = 9,41, p = 0,002$). KMM verwendeten im familiären Umfeld häufiger andere Sprachen als die deutsche ($lml = 29,69, p < 0,001$).

Im Spielverhalten zeigte sich nur eine signifikante Änderung: 2017–2019 spielten KMM mit deutschsprachigen Kindern in Kitas seltener als 2008–2012 ($lml = 6,32, p = 0,012$).

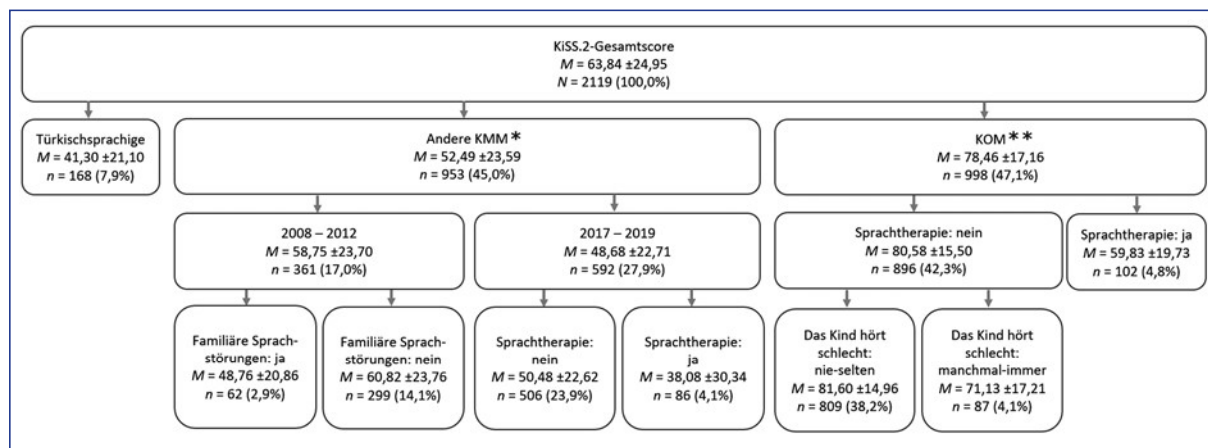
Tab. 3: Deskriptive Statistiken zu ausgewählten Fragebogen(FB)-Items, mit Angaben zur Kodierung (K) einzelner Items

FB	K	Fragebogen-Items	Kinder ohne Migrationshintergrund		Kinder mit Migrationshintergrund	
			2008–2012	2017–2019	2008–2012	2017–2019
Medizinische Aspekte						
KF	O	Auffälliges Hörvermögen: nie	314/548 (57,3%)	350/531 (65,9%)	323/506 (63,8%)	482/684 (70,5%)
KF	D	Krankheit oder Störung, die auch die Sprache betrifft: ja	21/207 (10,1%)	50/520 (9,6%)	19/191 (9,9%)	48/682 (7,0%)
EF	D	Teilnahme an einer Sprachtherapie: ja	97/621 (15,6%)	34/539 (6,3%)	34/522 (6,5%)	46/669 (6,9%)
EF	D	Häufige Mittelohrentzündungen: ja	56/295 (19,0%)	55/540 (10,2%)	10/108 (8,5%)	29/638 (4,3%)
EF	D	Lese-Rechtschreibschwäche in der Familie: ja	80/484 (16,5%)	83/537 (15,5%)	48/435 (11,0%)	48/659 (7,3%)
EF	D	Sprachstörungen in der Familie: ja	69/483 (14,3%)	33/538 (6,1%)	27/458 (5,9%)	25/663 (3,8%)
EF	D	Normaler Sprachstand in nicht-dt. Muttersprache: ja	—	—	356/450 (79,1%)	570/656 (86,9%)
Sprachkontakt						
KF	D	Besuch einer Kinderkrippe: ja	140/393 (35,6%)	335/463 (72,4%)	53/262 (20,2%)	236/588 (40,1%)
KF	D	Kitabesuch halbtags/ganztags: ganztags	175/345 (50,7%)	349/464 (75,2%)	128/201 (63,7%)	446/632 (70,6%)
KF	M	Länge des Kitabesuchs in Monaten	17,2 ±6,8	20,3 ±9,1	15,3 ±6,8	17,0 ±8,3
EF	D	Besuch von Vereinen bzw. Spielkreisen: ja	364/560 (65,0%)	390/530 (73,6%)	153/392 (39,0%)	287/659 (43,6%)
KF	D	Ein weiteres Kind in der Kita-Gruppe, das dieselbe nicht-deutsche Sprache spricht: ja	—	—	100/185 (54,1%)	361/695 (51,9%)
KF	O	Alter des In-Kontakt-Tretens mit der dt. Sprache: 0 Jahre	—	—	122/323 (37,8%)	196/613 (32,0%)
KF	O	Familiensprache des Kindes: nur andere Sprache(n)	—	—	53/516 (10,3%)	110/719 (15,3%)
Spielverhalten						
KF	O	Spielen mit deutschsprachigen Kindern: immer	76/158 (48,1%)	298/540 (55,2%)	109/231 (47,2%)	261/711 (36,7%)
KF	O	Spielen mit anderen Kindern: immer	172/329 (52,3%)	319/545 (58,5%)	130/268 (48,5%)	357/720 (49,6%)
KF	O	Sprachliche Äußerungen bei Gruppenaktivitäten: immer	134/328 (40,9%)	246/542 (45,4%)	79/267 (29,6%)	194/716 (27,1%)
KF	O	Häufigkeit, mit der das Kind mit nicht-deutschen Kindern in seiner Muttersprache spielt: immer	—	—	14/154 (9,1%)	53/383 (13,8%)

D = dichotom, O = ordinal (meist „nie – selten – manchmal – häufig – immer“), M = metrisch, KF = Kitafragebogen, EB = Elternfragebogen

Aus dem Klassifizierungsbaum (s. Abb. 1) geht hervor, dass der KiSS-Gesamtscore in erster Linie von der Einteilung der Kinder in Türkischsprachige, andere KMM und KOM beeinflusst wurde

($F_{(1, 2116)} = 496,59, p < 0,001$). Bei Türkischsprachigen lagen keine weiteren Einflussfaktoren vor. Bei anderen KMM wurden im Testzeitraum 2008–2012 familiäre Sprachstörungen als wichtigster Einflussfaktor detektiert ($F_{(1, 359)} = 13,77, p = 0,001$), im Testzeitraum 2017–2019 dagegen die Teilnahme an Sprachtherapien ($F_{(1, 590)} = 22,73, p < 0,001$). Bei KOM waren, unabhängig vom Testzeitraum, Sprachtherapien ($F_{(1, 996)} = 154,41, p < 0,001$) und Hörvermögen (bei nicht sprachlich therapierten Kindern, $F_{(1, 894)} = 37,32, p < 0,001$) am stärksten mit dem Sprachtest-Gesamtscore assoziiert. Kinder mit Sprachstörungen in der Familie, sprachtherapierte Kinder sowie solche mit auffälligem Hörvermögen zeigten dabei niedrigere Gesamtscores als die anderen Untergruppen.



*KMM = Kinder mit Migrationshintergrund; **KOM = Kinder ohne Migrationshintergrund

Abb. 1: Faktoren, die mit dem KiSS-Gesamtscore in den Testzeiträumen 2008–2012 und 2017–2019 am stärksten assoziiert waren: Klassifizierungsbaum

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

Der Sprachstand der KOM, gemessen an KiSS-Punktzahlen, verschlechterte sich leicht zwischen 2008–2012 und 2017–2019. Dies betrifft die KiSS-Untertests Wortschatz, Grammatik, phonologisches Kurzzeitgedächtnis (Nachsprechen von Kunstwörtern) und den KiSS-Gesamtscore, aber nicht Sprachverständnis, Artikulation und das Nachsprechen von Sätzen. Bei KMM ist die Reduktion der KiSS-Punktzahlen deutlich stärker ausgeprägt als bei KOM. Diese betrifft alle o. g. KiSS-Untertests, KiSS-Gesamtscore sowie den Untertest Sprachverständnis. Die Verschlechterung der Deutschkenntnisse ist anscheinend mehr auf soziodemographische Variablen bezüglich Qualität und Quantität des Deutschinputs als auf medizinische Faktoren zurückzuführen.

Die KiSS-Ergebnisse der KOM verschlechterten sich seit 2012 nur leicht und weit oberhalb von Auffälligkeitsgrenzen. Dies erklärt, warum in dieser Untergruppe die Anteile der sprachpädagogisch Förderbedürftigen, klinisch Abklärungsbedürftigen und Gesamtauffälligen vor Pandemiebeginn stabil blieben (Zaretsky et al., 2022). Bei KMM ist dagegen eine starke Reduktion der Punktzahlen zu beobachten, die mit einem wesentlichen Anstieg der dichotomisierten auffälligen KiSS-Ergebnisse (vor allem Wortschatz- und Grammatikkenntnisse) einhergeht (Zaretsky et al., 2020a; Zaretsky, van Minnen, Lange, & Hey, 2020b).

Keiner der erfassten soziodemographischen und medizinischen Faktoren kann die Verschlechterung der Deutschkenntnisse bei KOM erklären. Qualität und Quantität des Deutschinputs haben sich stark verbessert, weil 2017–2019 KOM deutlich häufiger bzw. länger Betreuungseinrichtungen, Vereine und Spielkreise besuchten als ihre Altersgenossen 2008–2012. Zudem gaben ihre Eltern deutlich seltener Teilnahmen an Sprachtherapien und Mittelohrentzündungen ihrer Kinder sowie familiäre Sprachstörungen an. Als möglicher Grund für niedrigere KiSS-Punktzahlen ist u. a. der Rückzug sowohl der Eltern als auch der Kinder in die digitale Welt und damit einhergehende Einschränkungen der Interaktionen im Alltag anzunehmen (Vanden Abeele, Abels, & Hendrickson, 2020). Entsprechende Variablen wurden allerdings nicht erfasst, weil dieses Phänomen 2008–2012 eine bei Weitem nicht so große Rolle spielte wie zum aktuellen Zeitpunkt.

Bei KMM lässt sich die Verschlechterung der Deutschkenntnisse auf die Reduktion von Qualität und Quantität des Deutschinputs zurückführen. Andere Sprachen als Deutsch wurden 2017–2019 deutlich häufiger im familiären Umfeld gesprochen als 2008–2012, was dazu führte, dass

die Eltern signifikant häufiger mit dem Sprachstand ihrer Kinder in ihren nicht-deutschen Muttersprachen zufrieden waren. Kitas wurden zwar 2017–2019 von KMM länger (in Monaten) besucht als 2008–2012, aber KMM spielten dort signifikant seltener mit deutschsprachigen Kindern als im ersten Testzeitraum. Damit trug der Kitabesuch zum Deutscherwerb weniger bei. Die seltenere Verwendung des Deutschen sowohl zuhause als auch in Kitas kann dabei zumindest teilweise auf die Einwanderungswelle der Jahre 2015–2016 zurückgeführt werden, mit Hunderttausenden Menschen ohne Deutschkenntnisse (Rich, 2016), deren Kinder 2017–2019 mitgetestet wurden. In Hessen machen KMM beispielsweise seit der Einwanderungswelle 2015 mehr als die Hälfte aller Vorschulkinder aus (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2020). Unter medizinischen Variablen lässt sich bei KMM nur eine Entwicklung hervorheben, nämlich der (leichte) Rückgang des Anteils der Verwandten mit Lese-Rechtschreibschwäche. Auch diese Entwicklung lässt sich evtl. mit der o. g. Einwanderungswelle in Verbindung bringen, weil in mehreren Herkunftsländern wie Afghanistan eine entsprechende Diagnostik meist nicht möglich ist. Der vermeintliche Rückgang des Anteils einer diagnostizierten Lese-Rechtschreibschwäche ist damit vermutlich durch nicht gestellte Diagnosen bei neuen Einwander:innen zu erklären.

Alle medizinischen Variablen, bis auf den stabil bleibenden Anteil an Sprachtherapierten unter KMM, zeigten zumindest numerisch rückläufige Zahlen. Hiermit waren sowohl KOM als auch KMM und ihre Verwandten 2017–2019 nach Angaben in KiSS-Fragebögen seltener sprachentwicklungsgestört als 2008–2012. Ob diese subjektiven Angaben in Fragebögen bei leicht steigenden prozentualen Anteilen der klinisch Abklärungsbedürftigen (Zaretsky et al., 2022) die Realität widerspiegeln, kann im Rahmen des aktuellen Studiendesigns nicht beantwortet werden. Zumindest bei KOM geht aber die sinkende Zahl der angegebenen Sprachentwicklungsstörungen mit der sinkenden Zahl der Sprachtherapieerhebungen einher.

Unter KMM zeigten Türkischsprachige mit Abstand die schwächsten Deutschkenntnisse. Unter medizinischen Faktoren, die im Klassifizierungsbaum für die Erklärung des KiSS-Gesamtscores herangezogen wurden, wurden in der türkischsprachigen Untergruppe keine signifikanten Ergebnisse erzielt. Dies deutet darauf hin, dass der nicht zufriedenstellende Sprachstand in dieser Untergruppe eher auf soziodemographische Merkmale dieser Kinder und ihrer Familien zurückzuführen ist. Tatsächlich wurde in einigen früheren Studien dokumentiert, dass türkischsprachige Kinder Deutsch unter besonders ungünstigen Bedingungen (Qualität und Quantität des Deutschinputs) erwerben (Zaretsky & Lange, 2015, 2017). Dabei ist der Anteil klinisch Abklärungsbedürftiger bei Türkischsprachigen mit entsprechenden Anteilen bei anderen KMM vergleichbar (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2020).

Bei anderen KMM waren 2008–2012 unter medizinischen Faktoren Sprachstörungen in der Familie am stärksten mit dem Sprachstand im Deutschen assoziiert, 2017–2019 dagegen mit Sprachtherapieerhebungen (wie bei KOM). Damit erfolgte ein Übergang von einem Prädiktor für Sprachentwicklungsstörungen (Sansavini et al., 2021) zu bereits diagnostizierten und therapierten Sprachentwicklungsstörungen. Daraus könnte abgeleitet werden, dass Sprachentwicklungsstörungen bei KMM nun früher diagnostiziert und behandelt werden als 2008–2012. Dies sollte allerdings in zukünftigen Studien unter Berücksichtigung eines Referenzstandards, idealerweise Arztbriefe mit Diagnosen zu Sprachentwicklungsstörungen, statt Angaben in Eltern- bzw. Kitafragebögen, geprüft werden. Aus den Daten von früheren KiSS-Studien (2008–2012) geht aber tatsächlich hervor, dass bei KMM im ersten Testzeitraum Sprachtherapien relativ spät eingeleitet wurden und oft in ihrer Motivation nicht nachvollziehbar waren (Zaretsky & Lange, 2016).

Bei KOM blieben medizinische Einflussfaktoren auf den Sprachstand im Deutschen in beiden Testzeiträumen stabil. Relativ schwache Ergebnisse in KiSS zeigten erwartungsgemäß vor allem die Kinder, die zum Testzeitpunkt oder davor sprachtherapiert wurden. Unter nicht sprachtherapierten Kindern erreichten solche, die nach Erzieher:innen-Angaben ein auffälliges oder grenzwertiges Hörvermögen aufwiesen, niedrige Punktzahlen in KiSS. Relativ langsamer Spracherwerb bei hörgestörten Kindern ist dabei hinreichend belegt (Werfel, Reynolds, & Fitton, 2022).

Die eingangs formulierte Frage, ob die COVID-19-Pandemie bereits vorhandene Entwicklungen nur verstärkte statt sie originär hervorzubringen, lässt sich positiv beantworten. Vor allem KMM verfügten 2017–2019 über deutlich weniger Deutschinput als ihre Altersgenossen 2008–2012, was zu einer signifikanten Verschlechterung ihres Sprachstands im Deutschen (und zur Verbesserung des Sprachstands in ihren Muttersprachen) noch vor Pandemiebeginn führte.

Da die aktuelle Studie in den Kitas durchgeführt wurde, die am hessischen Sprachstandserfassungsprogramm nicht teilnahmen, lassen sich die Ergebnisse der aktuellen Studie mit denen des hessischen Sprachstandserfassungsprogramms vergleichen. KiSS-Gesamtscores werden im

Rahmen dieses Programms nicht veröffentlicht, aber aus den dichotomisierten KiSS-Ergebnissen geht hervor, dass die Anteile Sprachauffälliger 2010–2017 sowohl bei KOM als auch bei KMM stabil blieben (Weiland et al., 2019). Die Verschlechterung des Sprachstands vierjähriger hessischer Kinder ist damit anhand dieser Daten nicht erkennbar. Es ist anzunehmen, dass die Erweiterung des hessischen Sprachstandserfassungsprogramms, das zurzeit nur einen Bruchteil aller hessischen Kitas abdeckt (Weiland et al., 2019), in einer früheren und zuverlässigeren Detektion des sprachpädagogischen Förderbedarfs und klinischen Abklärungsbedarfs resultieren kann. Dies würde zu einer früheren Einleitung von Sprachförder- bzw. sprachtherapeutischen Maßnahmen führen und damit langfristig zur Chancengleichheit der Kinder in der Schule und später auf dem Arbeitsmarkt beitragen.

Literatur

- Aoyagi, S.-S. & Tsuchiya, K. (2019). Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(9), 1809-1820. doi: 10.1111/jog.14064
- Bantel, S., Bultkamp, M., & Wünsch, A. (2021). Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schulleitungsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. *Bundesgesundheitsblatt*, 64(12), 1541-1550. doi: 10.1007/s00103-021-03446-2
- Grissom, R. J. & Kim, J. J. (2012). *Effect sizes for research: Univariate and multivariate applications* (2. Aufl.). London: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2020). *Der Hessische Integrationsmonitor – Fortschreibung 2020*. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.
- Holler-Zittlau, I., Euler, H. A. & Neumann, K. (2011). Kindersprachscreening (KiSS) – das hessische Verfahren zur Sprachstandserfassung. *Sprachheilarbeit*, 5(6), 263-268.
- Lindner, J. (2021). Die Entwicklung schriftsprachlicher Fähigkeiten neu zugewandelter Kinder im Anfangsunterricht der Grundschule: Eine vergleichende Datenanalyse unter regulären und pandemiebedingten Lehr- und Lernsettings. In J. Gamper, B. Hövelbrinks, & J. Schlauch (Hrsg.), *Lockdown, Homeschooling und Social Distancing – der Zweitspracherwerb unter akut veränderten Bedingungen der COVID-19-Pandemie* (S. 109-134). Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Neumann, K., Arnold, B., Baumann, A., Bohr, C., Euler, H. A., Fischbach, J. & Kiese-Himmel, C. (2021). Neue Terminologie für Sprachentwicklungsstörungen? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169(9), 837-842. doi: 10.1007/s00112-021-01148-2
- Niehues, W., Rother, N. & Siegert, M. (2021). *Spracherwerb und soziale Kontakte schreiten bei Geflüchteten voran: vierte Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, A., Adedeji, A., Devine, J., Erhart, M., & Hurrelmann, K. (2020). Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(48), 828-829. doi: 10.3238/arztebl.2020.0828
- Rich, A.-K. (2016). *Asylerberufstellen in Deutschland im Jahr 2015. Sozialstruktur, Qualifikationsniveau und Berufstätigkeit*. Nürnberg: Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge.
- Sansavini, A., Favilla, M. E., Guasti, M. T., Marini, A., Millepiedi, S., Di Martino, M. V., & Lorusso, M. L. (2021). Developmental Language Disorder: Early predictors, age for the diagnosis, and diagnostic tools. A scoping review. *Brain Sciences*, 11(5), 654. doi: 10.3390/brainsci11050654
- Schlack, R., Neuperdt, L., Hölling, H., De Bock, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., & Beyer, A.-K. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring*, 5(4), 23-34. doi: 10.25646/7173
- Stanat, P., Schipolowski, S., Schneider, R., Sachse, K. A., Weirich, S. & Henschel, S. (2022). *IQB-Bildungstrend 2021*. Münster: Waxmann.
- Tempel, G., Gerken, C. & Sadowski, G. (2018). *Gesund in die Schule. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2016/2017 in Bremen*. Bremen: Gesundheitsamt.
- Vanden Abeele, M. M. P., Abels, M. & Hendrickson, A. T. (2020). Are parents less responsive to young children when they are on their phones? A systematic naturalistic observation study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(6), 363-370. doi: 10.1089/cyber.2019.0472
- Waltersbacher, A. (2019). *Heilmittelbericht 2019. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie*. Berlin: AOK Berlin.
- 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.
- Werfel, K. L., Reynolds, G. & Fitton, L. (2022). Oral language acquisition in preschool children who are deaf and hard-of-hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 27(2), 166-178. doi: 10.1093/deafened/enab043
- Zaretsky, E. & Lange, B. P. (2017). Soziolinguistische Porträts der größten Gruppen der Vorschulkinder mit Migrationshintergrund in Deutschland. In S. Nefedov, L. Grigorieva, & B. Bock (Hrsg.), *Deutsch als Bindeglied zwischen Inlands- und Auslandsgermanistik* (S. 151-160). Hamburg: Dr. Kovac.
- 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 [28.11.2022]
- 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. doi: 10.1075/dujal.4.1.11zar
- Zaretsky, E., Lange, B. P. & Hey, C. (2020a). Sprachstand 4-jähriger Kinder mit Migrationshintergrund in Hessen: quo vaids? *Laryngo-Rhino-Otologie*, 99(5), 308-315. doi: 10.1055/a-1119-6753
- Zaretsky, E., van Minnen, S., Lange, B. P. & Hey, C. (2022). *Sprachstand vierjähriger monolingual deutscher Kinder. Kindheit und Entwicklung*, 31(2), 52-59. doi: 10.1026/0942-5403/a000363
- Zaretsky, E., van Minnen, S., Lange, B. P. & Hey, C. (2020b). Sprachkompetenzen vierjähriger Kinder mit Migrationshintergrund in Hessen: eine Bestandsaufnahme. *Praxis Sprache*, 65(2), 90-97.

Zu den Autor:innen

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. 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.

Korrespondenzadresse

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
benjamin.lange@iu.org

Prof. Christiane Hey
Universitätsklinikum Marburg
Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie
Baldingerstr. 1
35043 Marburg
christiane.hey@med.uni-marburg.de