



OSKAR

Sprachkompetenz bei Kindern

Auswertung von Daten der
Schuleingangsuntersuchung

2012–2017



Inhalt

Wesentliches in Kürze.....	4
1. Einleitung	6
2. Kindliche Sprach- und Sprechentwicklung	7
2.1 Funktionen von Sprache	7
2.2 Entwicklungsschritte beim Spracherwerb	7
2.3 Klassifikation der Sprachebenen und das Sprachangebot	8
2.4 Sprachentwicklung und Mehrsprachigkeit.....	8
2.5 Risiken und Störungen in der Sprachentwicklung.....	10
2.6 Definitionen: Störungen der Sprach	10
2.7 Vorkommen von Störungen der Sprachentwicklung in der Bevölkerung	11
2.8 Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit	11
3. Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung	12
3.1 Methodik.....	12
3.2 Aus- und Bewertung.....	14
3.2.1 Sprachtestungen.....	14
a. Präpositionen.....	14
b. Pluralbildung	15
c. Pseudowörter.....	16
d. Bewertung der Ergebnisse	17
3.2.2 Räumliche Verteilung	18
3.2.3 Kontextitems (Erstsprache, Bildung der Eltern, KiTa-Besuchsdauer)	22
a. Erstsprache der Kinder: Effekte auf die sprachlichen Testergebnisse	22
b. Bildung der Eltern: Effekte auf die sprachlichen Testergebnisse.....	24
c. KiTa-Besuchsdauer: Effekte auf die sprachlichen Testergebnisse	26
4 Fazit und Handlungsempfehlung	27
Anhang	32
Literaturverzeichnis	33

Wesentliches in Kürze

Die Sprachentwicklung ist ein entscheidender Teil der menschlichen Gesamtentwicklung, die in enger Wechselwirkung mit allen weiteren Entwicklungsbereichen steht. Sie ist eine Schlüsselkompetenz im weiteren Bildungsverlauf. Äußere Gegebenheiten wie das familiäre Bildungsumfeld, der soziokulturelle Hintergrund, das Medien- und Freizeitverhalten sowie die Teilnahme an außerfamiliären Erziehungs- und Bildungsangeboten haben Einfluss auf die Sprachentwicklung und Sprachkompetenz.

Dabei bieten o. g. Einflussfaktoren im Folgenden wesentliche Diskussionsgrundlagen für zukünftige Maßnahmenplanungen, den interkommunalen Austausch und die Ausrichtung zur Stärkung der kindlichen Sprachentwicklung. Weiterhin kann eine statistische Auswertung der kindlichen Sprachkompetenz über mehrere Untersuchungsjahre zukünftig auch als Gradmesser für Effekte kindlicher Sprachförderung herangezogen werden. Diese valide Datenbasis aus der Schuleingangsuntersuchung (SEU) bildet eine notwendige Grundlage für die eigene Planung.

Der nachfolgende Info-Kasten gibt einen Überblick über

- die wesentlichen Ergebnisse aus den theoretischen und statistischen Analysen,
- jeweils ein Kurzfazit mit den Kernaussagen und
- abgeleitete Vorhaben aus Perspektive des Gesundheitsamtes.

Im letzten Kapitel (4. Fazit und Handlungsempfehlung) wird für ein zukünftiges, gemeinsames Vorgehen vom Fachbereich Schule, Jugendamt, Familienergänzende Bildungseinrichtungen für Kinder in Dortmund (FABIDO), MIA-DO-Kommunales Integrationszentrum und Gesundheitsamt zur Förderung kindlicher Sprachkompetenz plädiert.

I. **Mindestens 7,2 % der Dortmunder Kinder sind sprachauffällig: Sie haben ein Risiko für eine medizinisch relevante Sprachstörung.** Dieses Ergebnis zeigt auch, dass der Anteil von Kindern mit einer möglicherweise therapiebedürftigen Sprachstörung im NRW-Vergleich nicht auffällig hoch ist. **Mindestens 19,6 % der getesteten Kinder zeigen Sprachauffälligkeiten, die auf einen ungenügenden Erwerb der deutschen Sprache zum Zeitpunkt der Einschulung hinweisen.**

II. Das familiäre Bildungsumfeld der Kinder hat einen wesentlichen Effekt auf die sprachliche Entwicklung der Kinder und damit auf die Häufigkeit von Sprachauffälligkeiten. Eltern haben damit potenziell einen erheblichen Einfluss, die gesunde Sprachentwicklung ihres Kindes zu unterstützen.

Fazit: Elterninformation und -kompetenz weiter stärken!

Eine früher einsetzende Einschätzung gesundheitlicher Kompetenzen und Risiken sowie eine entsprechende Beratung, vor der Schuleingangsuntersuchung, sollte insbesondere in Stadtteilen mit besonderem Handlungsbedarf (Aktionsräume) gestärkt werden.

III. Kinder, die früher in eine KiTa kommen, zeigen seltener Sprachauffälligkeiten. Kinder mehrsprachiger Familien profitieren von einem frühen KiTa-Besuch besonders. In kompetenter Gemeinschaft sind die Kinder sprachlich stärker als alleine.

Fazit: Frühzeitigen, längeren KiTa-Besuch verstärkt befürworten und das Lebensumfeld „KiTa“ weiter nutzen!

Aus der Ergebnisinterpretation darf gefolgert werden, dass die Kitas in Dortmund hinsichtlich der sprachlichen Förderung der Kinder gut aufgestellt sind. Im Rahmen der „Aufsuchenden Elternberatung“ des Gesundheitsamtes sollten Eltern weiterhin stärker motiviert werden, ihre Kinder frühzeitig für den KiTa-Besuch anzumelden.

IV. Die kindliche Sprach- und Sprechentwicklung ist ein komplexer Prozess. Störungen sind häufig und bedürfen ggfs. der weiteren Abklärung. Das SEU-Screening ist kein Diagnostikinstrument zur Feststellung kindlicher Sprachentwicklungsstörungen, liefert jedoch Hinweise zu einer altersabweichenden Sprachentwicklung, die ggfs. weiter abgeklärt werden muss.

Fazit: Vernetzung mit dem behandelnden Profisystem ausbauen!

Bestehende Arbeitstreffen des Gesundheitsamtes sollten mit Vertretungen aus dem Gesundheitssystem zum Handlungsfeld Sprache erweitert werden.

V. Das Wohnumfeld der Kinder kann einen sprachfördernden oder -hemmenden Effekt haben. Durch die Verknüpfung der SEU-Daten mit der Sozialberichterstattung können für Dortmund die Sozialräume identifiziert werden, in denen vorrangig Handlungsbedarfe bestehen. Die Kinder haben keinen Einfluss auf das Wohnumfeld; kurze Wege und nahe Hilfen sind entscheidend.

Fazit: Sozialraumzentrierte Ressourcen optimal nutzen und Fehlendes ausbauen!

Ein Ziel ist eine integrierte Herangehensweise an den Stellen zu unterstützen, wo gemeinsame Berührungspunkte der handelnden Akteure vorherrschen.

1. Einleitung

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist ein wichtiges Instrument, die Gesundheit der Bevölkerung kleinräumig zu beobachten. Deren Ergebnisse und Bewertungen können eine rationale Grundlage bieten, die Handlungsfelder zu identifizieren, auf denen Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung prioritär sein sollten.

Dieser Ansatz ist für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besonders wichtig. Bereits im frühen Kindesalter werden die Weichen für das Gesundheitsverhalten als Erwachsene gestellt. Deshalb kommt der Früherkennung einer auffälligen Entwicklung und der zeitnahen Intervention eine große Bedeutung zu.

Der hier vorliegende Bericht zur Kindergesundheit in Dortmund ist ein Spezialbericht zum Themenschwerpunkt „Sprache“. Ebenso wie der im August 2018 veröffentlichte Bericht zu „Übergewicht und Körperkoordination“ stellt er einen Teilbericht zur Gesundheitsberichterstattung von Kindern und Jugendlichen in Dortmund dar. Beide Berichte sind unter Auswertung der Daten der Schuleingangsuntersuchung (SEU) entstanden. Er liefert erstmalig eine detaillierte Erhebung und Auswertung der Sprachentwicklung aller Dortmunder Lernanfänger*innen.

Ebenso wie im Bericht zu „Übergewicht und Körperkoordination“ enthält dieser Spezialbericht eine Bewertung der dargestellten Ergebnisse aus der SEU. Sprache stellt in unserer Welt die Basis zum Erwerb von Bildung dar. Deshalb haben Störungen der Sprachentwicklung oder des Spracherwerbs eine besondere Bedeutung für die gesunde Entwicklung von Kindern. Die Früherkennung und Behandlung kindlicher Sprachauffälligkeiten stellt einen unverzichtbaren Baustein für eine Verbesserung sozialer wie gesundheitlicher Chancengleichheit dar.

Vor dem Hintergrund komplexer Zusammenhänge kindlicher Sprachentwicklung sowie Sprachauffälligkeiten und veränderter familiärer, kindlicher Lebenswelten, steigender Migrationszahlen mit unterschiedlichen soziokulturellen Einflüssen, sowie sich änderndem Freizeit- und Medienverhalten dient der Bericht ebenso zur Intensivierung des interkommunalen Austausches mit anderen Regionen, in denen es vergleichbare Entwicklungen gibt.

Auch dieser Bericht wendet sich aber primär an alle kommunalen Dortmunder Akteure, die in ihren Tätigkeitsfeldern einen konkreten Bezug zur Kindergesundheit haben. Sei es in der Gesundheitsförderung oder politisch Verantwortliche und Entscheidungsträger im kommunalen Gesundheitswesen.

Eine regelmäßige Fortschreibung dieser Berichterstattung ist in 5-jährigen Abständen vorgesehen. Vorgeschlagene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden eher mittel- bis langfristig wirksam, so erscheint der 5-jährige Berichtszyklus sinnvoll.

2. Kindliche Sprach- und Sprechentwicklung

2.1 Funktionen von Sprache

Die Sprachentwicklung ist ein entscheidender Teil der kindlichen Gesamtentwicklung. Sie steht in enger Wechselwirkung mit weiteren Entwicklungsbereichen wie der kognitiven, sensorischen, motorischen sowie sozialen und emotionalen Entwicklung (vgl. Sachse 2016).

Sprache ist ein entscheidendes Instrument in der Kontaktaufnahme, Interaktion, Bedürfnismitteilung, Integration, Persönlichkeitsentwicklung, Bildung, Regulation, Konfliktlösung und somit maßgeblich für die Teilhabe an unserer Lebenswelt. Umso wichtiger sind daher die Früherkennung einer nicht altersgerechten Sprachentwicklung und eine entsprechende Intervention. Da die Variabilität der frühen Sprachentwicklung sehr groß ist, bestehen für die Früherkennung möglicher Kinder mit einem Risiko hohe Herausforderungen.

2.2 Entwicklungsschritte beim Spracherwerb

Die Fähigkeit, Sprache zu erlernen, ist dem Menschen angeboren. Die einzelnen Phasen der Sprachentwicklung und ihre Abfolge sind vermutlich bei allen Kindern gleich, das Tempo der Sprachentwicklung unterscheidet sich jedoch von Kind zu Kind.

Grundlage für eine altersgerechte Sprach- und Sprechentwicklung sind ein normales Hörvermögen, intakte mundmotorische Fähigkeiten sowie eine funktionierende Atmung und Stimmbildung.

Die Sprachentwicklung beginnt sehr früh, wobei das Sprachverständnis der -produktion immer vorausgeht. Im ersten Lebensjahr erfolgt der Einstieg in die Sprache hauptsächlich über die Ebene von Lauten und Lautverbindungen sowie der Sprachmelodie. Im zweiten Lebensjahr entwickelt sich die Sprache besonders im Bereich der Wortschatzebene sowie erster Zweiwortkombinationen weiter. In diesem Lebensabschnitt ist bei vielen Kindern ein deutlicher Anstieg des Wortschatzes zu beobachten, so dass sie gegen Ende des zweiten Lebensjahres im Mittel einen Wortschatz von fast 200 Wörtern aufweisen. Darauf aufbauend erfolgt dann im dritten Lebensjahr der Einstieg in die Grammatik mit zunächst kurzen Dreiwortkombinationen und bald folgend kurzen, syntaktisch korrekten Sätzen. Gegen Ende des dritten Lebensjahres kann ein Kind in der Regel einfache Geschichten, Alternativfragen und kompliziertere Aufträge verstehen und ist in der Lage, durch Fragen sein Wissen zu erweitern, seine Erzählfähigkeit auszubauen und sich Gesprächspartnern anzupassen (vgl. Sachse, 2016).

Ein sprachgesundes Kind hat bis zu seinem 4. Geburtstag gelernt, sich in seiner Muttersprache in korrekten, grammatisch geordneten Strukturen, in gut verstehbarer, altersgemäßer Aussprache aller Laute und Lautverbindungen sowie mit altersentsprechendem Wortschatz auszudrücken und situationsangemessen zu kommunizieren (vgl. AWMF Leitlinie 2011).

2.3 Klassifikation der Sprachebenen und das Sprachangebot

Die kindliche Sprachentwicklung lässt sich auf unterschiedlichen Sprachebenen beschreiben. Hierzu zählen die Phonologie, Semantik/Lexikon, Grammatik (Syntax/Morphologie) und Pragmatik (vgl. Sachse 2016).

Die Phonologie umfasst die Aussprache von Wörtern, Lautverbindungen und Lauten. Der Bereich Semantik/Lexikon bezeichnet den Erwerb einzelner Wörter und ihrer Bedeutung. Die Syntax bezeichnet die Reihenfolge der Wörter in einem Satz, während die Morphologie die Veränderung von Wörtern durch Beziehungen zwischen Satzgliedern beschreibt. Der Bereich Pragmatik umfasst schließlich die kommunikativen Möglichkeiten, wie Erzählfähigkeit oder die Bezugnahme auf einen Gesprächspartner.

Der Erstspracherwerb setzt ein ausreichendes Angebot gesprochener, informativer Sprache voraus. Umgebungsbedingungen haben somit einen Einfluss auf die Sprachentwicklung

Ergebnisse neuester wissenschaftlicher Studien der Hirnforschung aus dem Jahr 2018 (vgl. Gabrieli, 2018; 2017) deuten darauf hin, dass die Entwicklung dorsaler Sprachabschnitte im Gehirn von der Umgebung beeinflusst wird, insbesondere durch eine frühe dialogische Interaktion. Es zeigte sich, dass bei Kindern, die mehr Konversation mit Erwachsenen erlebt hatten, eine stärkere Aktivierung der linken Hirnfrontseite (Broca-Bereich) zu beobachten war. In diesem Teil des Gehirns befindet sich der motorische Teil des Sprachzentrums. Dies erklärt die Beziehung zwischen vermehrtem Sprachkontakt und der Ausbildung eigener verbaler Fähigkeiten.

Die Ergebnisse zeigten somit unter anderem, dass nicht die Anzahl der Worte entscheidend ist, die ein Kind täglich hört, sondern vielmehr der regelmäßige dialogische Austausch.

Hinzu kommt:

„Die Bildungsforschung hat gezeigt, dass Merkmale der Herkunft von Lernenden für unterschiedlichen Bildungserfolg mitverantwortlich sind. So haben Kinder aus sozioökonomisch schlechtgestellten Familien geringere Chancen auf beste Bildungskarrieren als Kinder aus gutgestellten Elternhäusern. Beinahe jeder Lerngegenstand wird sprachlich vermittelt; Aufgaben und ihre Lösungen werden in Texte gefasst. Ohne sprachliches Verstehen ist also ein Verständnis der Sache fast nicht möglich. Dabei gilt: Je fortgeschrittener eine Bildungsbiographie, umso bedeutsamer ist sprachliches Können und Wissen für das Lernen insgesamt.“ (siehe Gogolin, 2015)

2.4 Sprachentwicklung und Mehrsprachigkeit

Unter Mehrsprachigkeit wird der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten in mehr als einer Sprache verstanden.

Die Lebensbedingungen, unter denen Kinder mit mehr als einer Sprache groß werden, sind sehr vielfältig. Trotz der großen Vielzahl an unterschiedlichen mehrsprachigen Lebenssituationen unterscheidet man grob zwei große Gruppen von zweisprachigen Kindern. Kinder mit simultan bilingualem Spracherwerb wachsen sehr früh, „von Geburt an“, gleichzeitig mit zwei Sprachen auf. Hier sprechen beispielsweise beide Elternteile eine andere Sprache. Bei Kindern mit Migrationshintergrund liegt jedoch häufig ein sukzessiver Erwerb von Zweisprachigkeit vor. Innerhalb der ersten drei Lebensjahre lernen die Kinder zunächst ihre

Muttersprache. Ab dem Alter von ca. drei Jahren kommt dann eine weitere Sprache, z. B. in einer Kindertagesstätte, hinzu.

Gesunde Kinder sind in der Lage, mehrere Sprachen gleichzeitig zu erwerben, wenn diese in ausreichender Quantität und Qualität angeboten werden und die Kinder genügend Gelegenheit zur Kommunikation in diesen Sprachen erhalten. Im Kontext des Mehrsprachigkeitserwerbs können Besonderheiten im sprachlichen Ausdruck, wie z. B. im Wortschatz oder in der Betonung beobachtet werden, die in der Regel jedoch vorübergehend sind (vgl. AWMF, 2011).

Kinder, die in einem günstigen mehrsprachigen Umfeld aufwachsen, entwickeln nicht häufiger Sprachentwicklungsstörungen als monolingual aufwachsende Kinder.

Ungünstige Erwerbsbedingungen, wie ein mangelnder quantitativer oder qualitativer Sprachinput oder eine geringe Alltagsrelevanz der Sprache können aber Sprachdefizite oder Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation mit möglichen Folgen für Bildung und gesellschaftliche Teilhabe haben.

„Bestimmte Aspekte von Sprache wie Aussprache, Intonation und eine idiomatische Ausdrucksweise werden von jüngeren Kindern leichter angeeignet, weil sie bessere Fähigkeiten zur Imitation als Schulkinder besitzen und auf eine größere kognitive Flexibilität und Spontanität zurückgreifen können. Der frühe Zweitspracherwerb stützt sich auf Fähigkeiten zur unbewussten Aneignung von Wissen, die auch den Erstspracherwerb steuern und bei denen es sich um ein zeitliches Fenster handelt, in dem implizites Lernen stattfindet.“ (siehe Bauer, 2013)

Wichtige Erkenntnisse liefert im weiteren Zusammenhang auch die Begleitforschung zu Schulversuchen und Modellprogrammen wie das Programm zur „Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ (FörMig, vgl. BLK-Programm, 2009). Nach der Durchführung ließ sich feststellen, dass Maßnahmen zur Gestaltung eines insgesamt sprachförderlichen Klimas einen günstigen Einfluss auf die bildungssprachliche Entwicklung haben. Nicht das einzelne Förderangebot erscheint entscheidend, sondern die systematische und kontinuierliche Aufmerksamkeit für die sprachliche Seite des Lernens.

Gegenstand aktueller Bildungsforschung ist es auch zu klären inwieweit die aktive sprachliche Auseinandersetzung mit der Sache zu einem tieferen Verstehen und besseren Begreifen führt – und damit zu erfolgreicherem Lernen. Die zunehmende Komplexität von Lerninhalten bedeutet zunehmend höhere sprachliche Anforderungen und setzt somit höhere sprachliche Fähigkeiten voraus, um den Unterrichtsansprüchen zu genügen.

Mehrsprachigkeit wird heute zwar als gesellschaftliche Realität und auch als Bildungsideal anerkannt – mehrsprachig aufzuwachsen gilt heute allerdings immer noch als außergewöhnlich (vgl. Panagiotopoulou, Argyro, 2016).

2.5 Risiken und Störungen in der Sprachentwicklung

Der Spracherwerb gehört zu den komplexesten und bedeutsamsten Entwicklungsaufgaben. Die Herausforderungen des Spracherwerbs werden oft erst dann deutlich, wenn es zu Problemen kommt und die Kommunikation eines Kindes mit der sozialen Umwelt beeinträchtigt ist.

Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre beobachten eine Zunahme mangelnder Sprachkompetenz bei Schulanfänger*innen. In die Gruppe der sprachauffälligen Kinder gehören sowohl Kinder mit medizinisch relevanten Sprachstörungen als auch Kinder, die eine pädagogische Sprachförderung benötigen (vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2015).

Zudem haben sich die Lebens- und Entwicklungsbedingungen für Kinder in unserer hochtechnisierten, mediengeprägten Umwelt deutlich verändert. Untersuchungen hierzu belegen z. B. einen Zusammenhang zwischen der Nutzung digitaler Medien (von Eltern und Kindern) und der Sprachentwicklung (vgl. BLIKK-Medien, 2017).

Die SEU ist somit an einer Schnittstelle zwischen dem Bildungssystem und dem Gesundheitswesen. Mögliche Beeinträchtigungen eines Kindes sind für verschiedene Berufsgruppen (z. B. Erzieher*innen, Sozialpädagog*innen, Lehrende, Kinderärzt*innen, Kinderpsycholog*innen, Sprachtherapeut*innen) relevant.

Da die sensiblen, sprachlichen Entwicklungsfenster in der frühen Kindheit liegen, ist eine Überprüfung der sprachlichen Kompetenzen unbedingt sinnvoll, um bei vorliegenden Störungen frühzeitige, individuelle und spezifische Förder-/Therapiemaßnahmen installieren zu können.

2.6 Definitionen: Störungen der Sprache

Sprachentwicklungsstörungen sind Störungen der Sprache im Verlauf des Spracherwerbs. Das bedeutet, dass sowohl Fehlbildungen von Lauten und Lautverbindungen (Aussprachestörungen, u. a. phonologische Störungen), Schwierigkeiten im Bereich der Grammatik (Dysgrammatismus), Probleme im Bereich des Wortschatzes und der Wortfindung (semantisch-lexikalische Störungen), als auch Störungen des Kommunikations- und Dialogverhaltens auftreten können.

Die Defizite können sich auf einzelnen Sprachebenen äußern, aber auch in Kombinationen auftreten und die Symptomatik ist durch eine hohe Variabilität gekennzeichnet. Insgesamt sind das Sprachverständnis und/oder die Sprachproduktion beeinträchtigt.

Sprachentwicklungsstörungen können sowohl spezifisch (primär) sein, d.h. die sonstige Entwicklung ist unauffällig. Oder sie können unspezifisch (sekundär) aufgrund von anderen Grunderkrankungen (Hörstörung, genetische Erkrankungen, Autismus, Intelligenzmindering, etc.) auftreten.

Nicht zuletzt haben Umgebungsbedingungen einen Einfluss auf die kindliche Sprachentwicklung. So können Anrengungsarmut, soziale Vernachlässigung oder unzureichende Sprachvorbilder Sprachdefizite oder Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation hervorrufen (vgl. AWMF, 2011).

2.7 Vorkommen von Störungen der Sprachentwicklung in der Bevölkerung

Störungen der Sprachentwicklung stellen die häufigste umschriebene Entwicklungsstörung dar. Die Häufigkeit beträgt insgesamt zwischen 5–8 % (Definition gemäß ICD-10). Junge sind doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (vgl. AWMF Leitlinien, 2011).

Aufgrund der Komplexität und Variabilität der Symptomatik von Sprachentwicklungsstörungen ergeben sich zahlreiche Folgen für die individuelle psychosoziale, kognitive und emotionale Entwicklung. Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Einfluss auf Bildung und gesellschaftliche Teilhabe (vgl. Petermann, 2016).

2.8 Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit

In der Wissenschaft besteht Einigkeit darüber, dass Mehrsprachigkeit weder eine Ursache für Sprachentwicklungsstörungen ist, noch zu einer Verstärkung der Ausprägung einer Sprachentwicklungsstörung führt.

Dennoch können Sprachentwicklungsstörungen auch bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern auftreten. Es ist wichtig, diese rechtzeitig zu erkennen und behandlungsbedürftige Störungen von förderbedürftigen Auffälligkeiten abzugrenzen. Bei einer Sprachstörung sind immer alle Sprachen des Kindes betroffen (vgl. Bauer, 2013; Panagiotopoulou, Argyro, 2016).

3. Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung

In den vorhergehenden Kapiteln wurde darüber informiert, was Spracherwerb und Sprachentwicklung mit Sprachstörungen bei Kindern zu tun haben. Nun wird anhand der Zahlen aus der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ein Gesamtbild für Dortmund präsentiert. Das datengestützte Vorgehen liefert einen differenzierten Einblick in die Größenordnung von sprachlichen Auffälligkeiten und gibt Hinweise auf Risiken sowie Schutzfaktoren.

3.1 Methodik

Bezugnehmend auf die Erläuterungen in Kapitel 2 können die folgenden Datengrundlagen zur Sprachtestung ausgewertet werden. In der SEU werden hauptsächlich drei standardisierte Testungen aus dem sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening (SOPESS) vorgenommen:

- Pluralbildung (Morphologie)
- Präpositionen (Syntax)
- Pseudowörter (auditive Gedächtnisleistung)

Bei allen drei Testverfahren werden richtige Antworten in Punkten gezählt. Fehler werden mit 0 gewertet. Die jeweilige Summe pro Test ergibt eine Einschätzung der Kompetenz, insgesamt wird unterschieden in auffällig/grenzwertig/unauffällig.

Nicht alle Kinder können am Untersuchungstermin sprachlich getestet werden. Zum Beispiel, weil sie in der Untersuchungssituation angespannt sind und sich verweigern. Deshalb gibt es eine Differenz zur Gesamtanzahl der Kinder des jeweiligen Untersuchungsjahrgangs. Die folgenden prozentualen Berechnungen gelten für die jeweils getesteten Kinder pro Kategorienzusammenstellung aus der Vollerhebung aller Dortmunder Kinder im Vorschulalter. Die statistische Auswertung dient ausschließlich zur Bewertung der Gesamtlage und eignet sich nicht für Aussagen zu einzelnen Kindern.

In den nachfolgenden Analysen werden zudem einige Werte für die letzten sechs Untersuchungsjahrgänge zusammengefasst (sechs-Jahres-Überblick) und in Prozent ausgewiesen. Damit werden ca. 27.000 Kinder in den Jahren 2012 bis 2017 zusammen betrachtet (pro Einschulungsjahrgang werden rund 4.500 Kinder untersucht). Dadurch werden Tendenzen sichtbar, die sich über die Jahre konzentriert haben und damit stabil sind. Nachteilig ist, dass jährliche Schwankungen nicht erfasst werden; u. a. ist dies eine Methode zur Einhaltung von Datenschutzbestimmungen bei kleinen Fallzahlen, die sich durch die Aufteilung der Kinder in bestimmte Gruppen ergeben (z. B. nur Kinder mit einem auffälligen Testergebnis pro Sozialraum, siehe Kapitel 3.2.2).

Vertiefende Hintergrundinformationen zum SOPESS

Der SOPESS ist ein sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchung (SEU) des Gesundheitsamtes (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst). Im Alter von 6 Jahren gilt ein Kind typischerweise als einschulungsreif. Altersbezug ist nach wie vor das vorherrschende Kriterium. Befunderhebung und Empfehlungen richten sich nach dem „Bielefelder Modell“, wonach sich alle NRW-Kommunen richten.

Für das Erlernen der Kulturtechniken Lesen und Schreiben sind sprachliche Fertigkeiten bekannt, die als Prädiktoren bereits im Vorschulalter erfassbar sind. Neben der phonologischen Bewusstheit sind hier der Umfang des Wortschatzes und die Beherrschung der grammatikalischen Regeln von Bedeutung. Die Merkmale Wortschatz und Grammatik werden im sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) zur Einschätzung des Risikos für eine Sprachentwicklungsstörung verwendet. Die sprachlichen Fähigkeiten werden über die Untertests Präpositionen und Pluralbildung erfasst, die auditiven Gedächtnisleistungen können mit dem Untertest Pseudowörter überprüft werden. Während des Entwicklungsscreenings wird zudem die Fähigkeit zur korrekten Lautbildung (Artikulation) beobachtet, ggf. erfolgt noch eine separate Artikulationsprüfung.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ist eine Beurteilung der Deutschkenntnisse von Kindern hilfreich, die nicht muttersprachlich Deutsch aufwachsen. Wachsen Kinder zwei- oder mehrsprachig auf, ist eine Sprachentwicklungsstörung häufig schwer von erwerbsbedingten Sprachschwierigkeiten zu unterscheiden. Eine niedrige auditive Merkfähigkeit kann hier Hinweise auf das Vorliegen einer Sprachstörung geben, eine altersgerechte Merkfähigkeit weist in Kombination mit einer schwachen Sprachleistung eher auf mangelnde Kenntnisse im Umgang mit der deutschen Sprache hin (vgl. AWMF Leitlinien 2011).

Besonders bezugnehmend auf die Erläuterungen in Kapitel 2 sowie die dahinter liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse, werden die sprachbezogenen Testergebnisse sozialräumlich dargestellt und drei sächliche Kontextitems

- Erstsprache
- Bildungshintergrund der Eltern und
- KiTa-Besuchdauer

betrachtet. Deren positiver oder negativer Effekt wird auf die Häufigkeit von Sprachausfällen der getesteten Kinder hin aufgezeigt (siehe Kapitel 3.2).

Damit ist das Vorgehen zur Variablenauswahl nicht aus dem vollständigen Dortmunder SEU-Datenbestand explorativ erschlossen, sondern richtet sich nach bereits wissenschaftlich gut untersuchten Erkenntnissen (vgl. zudem Bertelsmann Stiftung 2014; die Publikationen reichen bis zum Jahr 2018 in 12 Bänden und Abschlussbericht). Diese hypothesengestützte Methode wird als hinreichend gesichert betrachtet, um die Thematik adäquat zu beleuchten.

Das Freizeit- und Medienverhalten kann an dieser Stelle nicht mit SEU-Daten dargestellt werden, da diese Informationen in Dortmund erst zukünftig über den SEU-Elternfragebogen erfasst werden. Andere Kommunen erfassen dieses jedoch, beispielhaft ist Mülheim an der Ruhr genannt.

Geschlechteraspekte werden grundsätzlich im Prozess der Datenschau beachtet (vgl. Kapitel 3.2.2). In diesem Bericht wird dieser Aspekt im Hinblick auf mögliche Handlungsempfehlungen nicht ausführlicher behandelt.

3.2 Aus- und Bewertung

3.2.1 Sprachtestungen

a. Präpositionen

Wie im Kapitel zuvor erläutert, ist dies einer von drei standardisierten Sprachtests in der Schuleingangsuntersuchung. Lokale Präpositionen dienen im Sprachgebrauch zur Kennzeichnung des Raumes, der Lage und der Richtung. Sie besitzen komplexe semantische und syntaktische Eigenschaften und werden über die Dauer von mehreren Jahren erworben. Fällt die korrekte Verwendung von Präpositionen über das vollendete 4. Lebensjahr hinaus schwer, kann dies ein Hinweis auf eine Störung der Sprachentwicklung sein. Sprachgestörte Kinder benutzen z. B. häufig lediglich eine bestimmte Präposition (z. B. „bei“) als Platzhalter für diese sprachliche Einheit (vgl. Pädagogische Hochschule Heidelberg 2009).

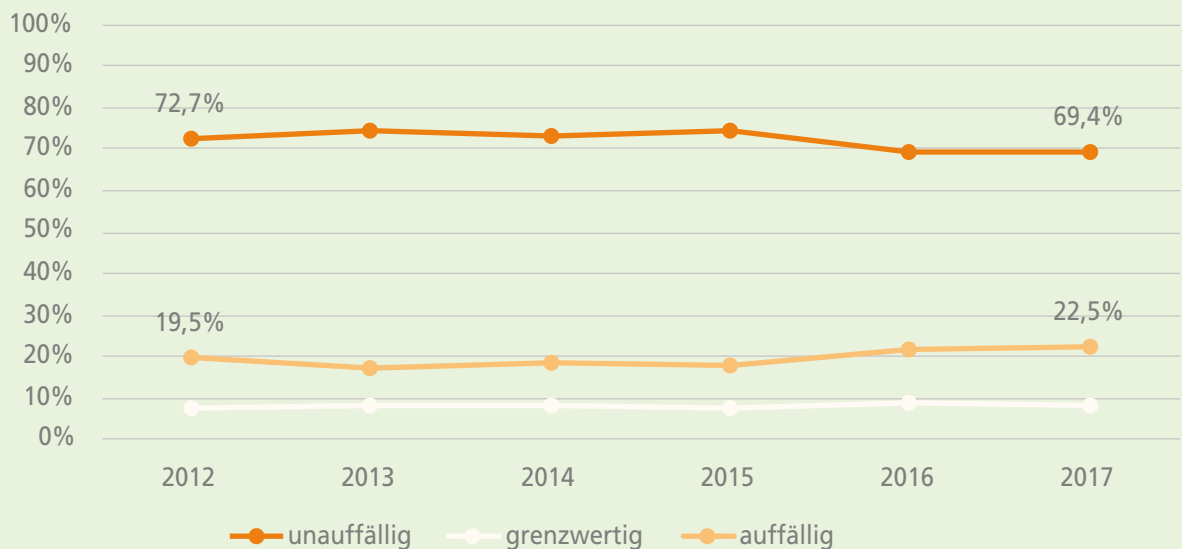
Die Bewertungsskala im Test reicht von 0 bis 8 Punkten. Dabei werden die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst: 0–4 Punkte führen zum „auffälligen“ Ergebnis, dem Elternteil mit dem Kind werden weitergehende Maßnahmen empfohlen, bzw. kurz diskutiert. 5 Punkte gelten als „grenzwertig“, es werden ebenfalls weitere Maßnahmen diskutiert. 6–8 Punkte führen zu einem „unauffälligen“ Ergebnis, es werden keine weiteren Maßnahmen notwendig. Da es nicht die einzige Testung zum Thema Sprache ist, zählt stets das Gesamtergebnis der standardisierten Sprachtestungen und weitere Eindrücke der/des Untersuchenden (vgl. Schaukasten Kapitel 3.1). Für jedes Kind wird ein individuelles Gutachten erstellt.

Die Entwicklung zwischen den Jahren 2012 bis 2017 und besonders zwischen den Jahren 2015/16 macht deutlich, dass der Anteil der unauffällig getesteten Kinder leicht gesunken ist (von 72,7 % auf 69,4 %) und der Anteil der auffällig getesteten Kinder leicht gestiegen ist (von 19,5 % auf 22,5 %; siehe Abb. 1). Dies soll in den nächsten Jahren durch nachfolgende Auswertungen weiter beobachtet werden.

Der zusammengenommene Wert über die sechs Jahre weist eine prozentuale Häufigkeit von 80,4 % für grenzwertig bis unauffällig getestete Kinder im Präpositionentest auf, dagegen sind 19,6 % eindeutig auffällig. Durchschnittlich werden 6 Punkte erreicht.

Durch das Design des Präpositionentests wird dieser landläufig zur Gesamtrisikoausschätzung genommen um festzustellen, wie groß der Anteil allgemein sprachauffälliger Kinder ist. Wie zuvor theoretisch in Kapitel 2 erläutert, spielen Abweichungen beim Spracherwerb und Sprachentwicklung an unterschiedlicher Stelle eine Rolle.

Abb. 1: Entwicklung der Testergebnisse in Prozent – Präpositionen



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

b. Pluralbildung

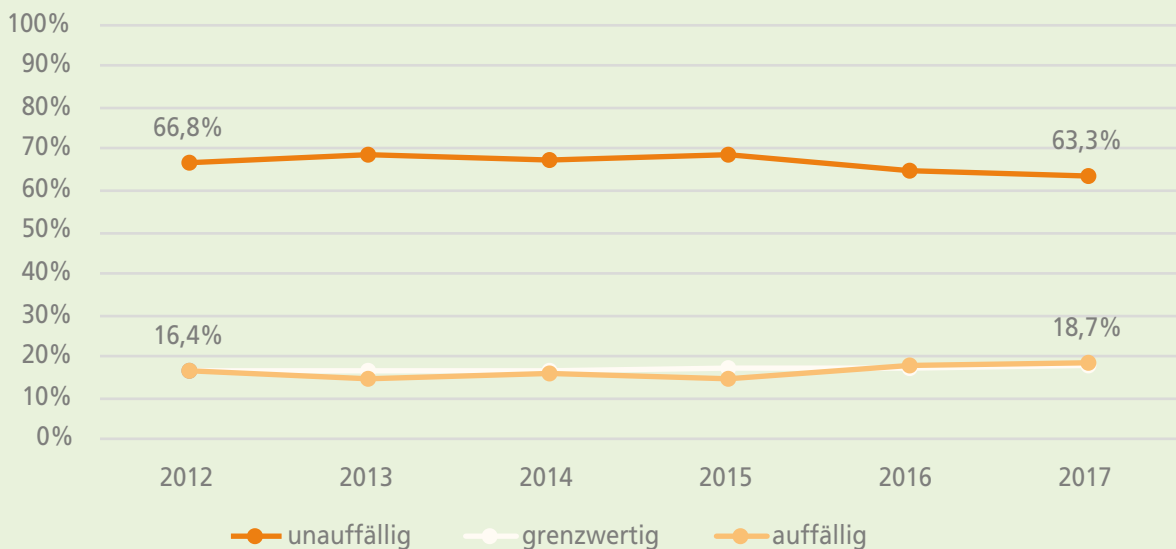
Ein weiterer standardisierter Sprachtest in der Schuleingangsuntersuchung ist die Pluralbildung. Die Pluralbildung wird im Sprachentwicklungstest als ein Marker für die grammatische Entwicklung (morphologische Regelbildung) verwendet. Hierdurch sollen die Sprachleistungsfähigkeit beurteilt und Kinder mit einem Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung erkannt werden (vgl. Jantzen et al., 2008).

Die Bewertungsskala im Test reicht von 0 bis 7 Punkten. Dabei werden die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst: 0–3 Punkte führen zum „auffälligen“ Ergebnis, dem Elternteil mit dem Kind werden weitergehende Maßnahmen empfohlen, bzw. kurz diskutiert. 4–5 Punkte gelten als „grenzwertig“, es werden ebenfalls weitere Maßnahmen diskutiert. 6–7 Punkte führen zu einem „unauffälligen“ Ergebnis, es werden keine weiteren Maßnahmen notwendig. Da es nicht die einzige Testung zum Thema Sprache ist, zählt stets das Gesamtergebnis der standardisierten Sprachtestungen und weitere Eindrücke der/des Untersuchenden (vgl. Schaukasten Kapitel 3.1). Für jedes Kind wird ein individuelles Gutachten erstellt.

Der prozentuale Anteil auffällig getesteter Kinder ist im Zeitverlauf leicht gestiegen (von 16,4 % auf 18,7 %), gleichzeitig sank der Anteil unauffällig getesteter Kinder (von 66,8 % auf 63,3 %; siehe Abb. 2). Das „Abknicken“ der jeweiligen drei Linien in der unteren Grafik zwischen den Zeiträumen 2012–2015 und 2016–2017 ist vergleichbar dem in der Präpositionentestung (siehe Kapitel 3.2.1a).

Der zusammengenommene Wert über die sechs Jahre weist eine prozentuale Häufigkeit von 83,6 % für grenzwertig bis unauffällig getestete Kinder im Pluralbildungstest auf, dagegen sind 16,4 % eindeutig auffällig. Durchschnittlich werden 5 Punkte erreicht. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem Präpositionentest, haben im sechs-Jahres-Überblick tendenziell weniger Kinder Schwierigkeiten, die Pluralbildung überwiegend richtig zu bilden als Präpositionen richtig zuzuordnen.

Abb. 2: Entwicklung der Testergebnisse in Prozent – Pluralbildung



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

c. Pseudowörter

Der dritte standardisierte Sprachtest in der Schuleingangsuntersuchung ist der Pseudowörtertest. Durch das Nachsprechen der Pseudowörter werden die akustische Differenzierungs- und Merkfähigkeit des auditiven Kurzzeitgedächtnisses und die sprechmotorische Koordination überprüft. Da die Ergebnisse der sprachgebundenen Tests (siehe Kapitel 3.2.1 a/b) deutlich mit dem Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund assoziiert sind, dient der sprachfreie Pseudowörtertest als Indikator für die Sprachentwicklung von Einschüler*innen (vgl. LZG.NRW; Kapitel 3.2.1 d).

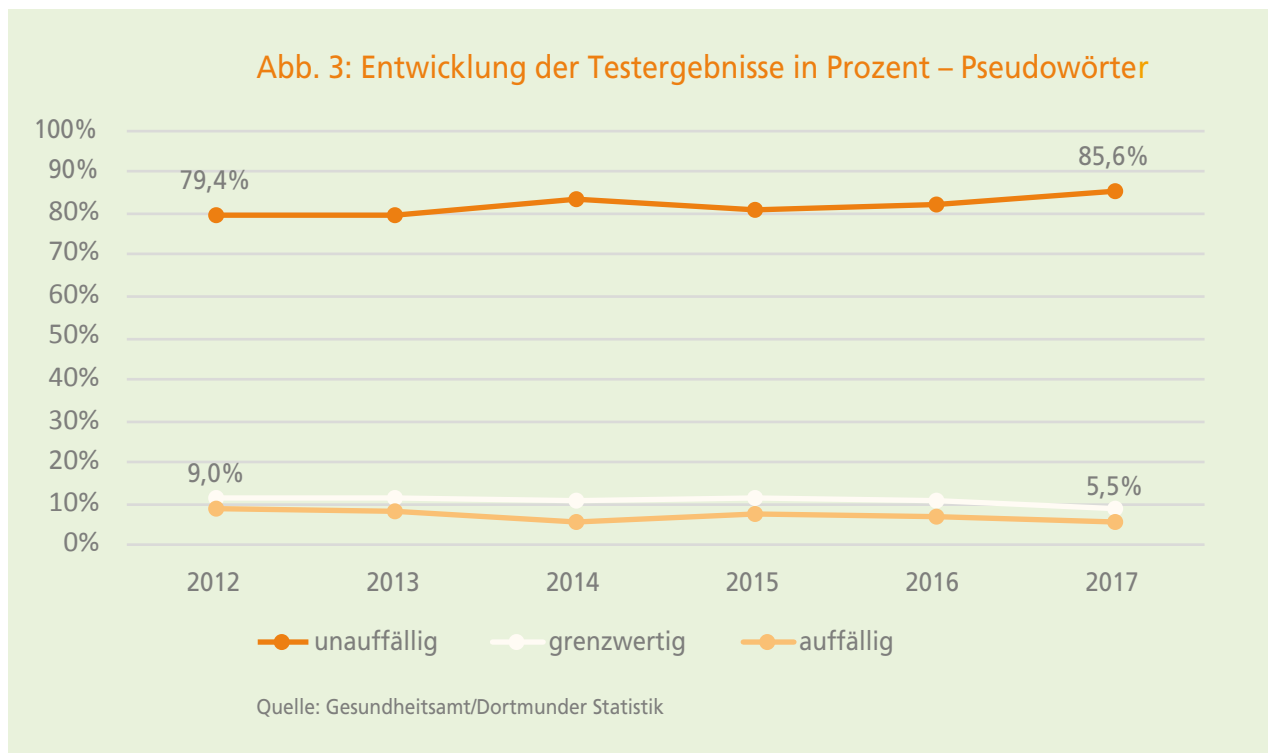
Die Bewertungsskala reicht von 0 bis 6 Punkten. Dabei werden die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst: 0–3 Punkte führen zum „auffälligen“ Ergebnis, dem Elternteil mit dem Kind werden weitergehende Maßnahmen empfohlen, bzw. kurz diskutiert. 4 Punkte gelten als „grenzwertig“, es werden ebenfalls weitere Maßnahmen diskutiert. 5–6 Punkte führen zu einem „unauffälligen“ Ergebnis, es werden keine weiteren Maßnahmen notwendig. Da es nicht die einzige Testung zum Thema Sprache ist, zählt stets das Gesamtergebnis der standardisierten Sprachtestungen und weitere Eindrücke der/des Untersuchenden (vgl. Schaukasten Kapitel 3.1). Für jedes Kind wird ein individuelles Gutachten erstellt.

Die prozentuale Häufigkeit an fällig getesteter Kinder ist im Zeitverlauf gefallen (von 9 % auf 5,5 %). Gleichzeitig ist die prozentuale Häufigkeit der unauffällig getesteten Kinder gestiegen (von 79,4 % auf 85,6 %; siehe Abb. 3).

Der zusammengenommene Wert über die Gesamtperiode von sechs Jahren weist eine prozentuale Häufigkeit von 92,8 % für grenzwertig bis unauffällig getestete Kinder im Pseudowörtertest auf, dagegen sind 7,2 % eindeutig auffällig. Durchschnittlich werden 5 Punkte erreicht.

Auch im letzten hier vorgestellten Sprachtest ist ein Unterschied in den prozentualen Häufigkeiten zwischen dem Zeitraum 2012–2015 und dem Zeitraum 2016–2017 auszumachen.

An dieser Stelle ergibt sich jedoch ein gegenteiliger Effekt im Vergleich zu den Ergebnissen aus den vorherigen Sprachtestungen (vgl. Kapitel 3.2.1 a/b). In dieser Testung ist der Anteil unauffällig getesteter Kinder über den Gesamtzeitraum am größten und steigt im Zeitraum 2016–2017 sogar weiter an. Der Anteil auffälliger Kinder ist entsprechend kleiner und fällt im Zeitraum 2016–2017 auf den niedrigsten Wert. Dies soll ebenfalls durch nachfolgende Auswertungen beobachtet werden.



d. Bewertung der Ergebnisse

Zunächst fällt auf, dass die Ergebnisse der drei Testverfahren jeweils für die Zeiträume 2012–2015 sowie 2016–2017 unterschiedliche Verläufe darstellen. Im Zeitraum 2012–2015 haben wir etwa gleich bleibende Anteile auffällig bzw. unauffällig getesteter Kinder. Dagegen zeigen die Ergebnisse für 2016–2017 steigende (Präpositionen bzw. Pluralbildung) Anteile auffällig bzw. fallende Anteile unauffällig getesteter Kinder. Es ist also eine Zunahme von Sprachauffälligkeiten ab 2016 zu beobachten. Dem gegenüber stehen die Ergebnisse für die Pseudowörtertestung. Hier sank ab 2016 der Anteil auffälliger Kinder bzw. stieg der Anteil unauffälliger Kinder.

Eine mögliche Erklärung für diese gegensätzlichen Ergebnisse könnte im zeitlichen Zusammenhang mit der verstärkten Zuwanderung liegen. Jedoch ist aus den vorliegenden SEU-Daten nicht ersichtlich, ob es konkret diese Gruppe ist und ob die Veränderung nicht zufällig ist.

Weitere Ergebnisse der SEU stützen die Annahme, dass es einen Erstspracheneinfluss auf die Ergebnisse der sprachgebundenen Testungen (Präpositionen, Pluralbildung) gibt. So wird im Rahmen der SEU erfasst, ob Deutsch als Erstsprache vom Kind gesprochen wurde. Die Deutschkenntnisse werden nur bei Kindern mit einer anderen Erstsprache erfasst. Bei etwas mehr als 1/3 der untersuchten Kinder (sechs-Jahres-Datenübersicht) erfolgte die Angabe, dass nicht Deutsch Erstsprache war. Pro Jahr sind dies ca. 1.600 Kinder mit einer anderen Erstsprache (von durchschnittlich 4.500 untersuchten Kindern pro Einschulungsjahrgang). Die Tendenz ist eindeutig: Je besser die Deutschkenntnisse, desto besser („unauf-fällig“ getestet) die Sprachtestergebnisse. Dazu mehr im Kapitel 3.2.3 a.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden:

Die Kurvenverläufe für die Ergebnisse der sprachgebundenen Präpositionen- und Pluralbildungsteste weisen auf einen Anstieg der Zahl sprachauffälliger Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung hin. Da gleichzeitig im sprachungebundenen Pseudowörtertest weniger Kinder auffällig waren, darf davon ausgegangen werden, dass dafür Probleme und Verzögerungen beim Spracherwerb der deutschen Sprache wirksam sind und nicht eine Zunahme therapiebedürftiger Sprachentwicklungsstörungen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass mindestens 7,2% der Dortmunder Kinder eine auffällige Sprachkompetenz (Pseudowörtertest) haben. Dieser Richtwert beschreibt damit einen „Kerngrößen“-Wert für die Gruppe von Kindern, die ein Risiko für eine medizinisch relevante Sprachstörung haben und mindestens ein Risiko für eine Sprachauffälligkeit (vgl. Kapitel 2.7). Dieser Wert ist aber im Zeitverlauf gefallen.

Der erweiterte Richtwert gibt eine allgemeine (geschwächte) Sprachkompetenz an und ermittelt sich anhand des Ergebnisses des Präpositionentests: Demnach sind 19,6 % der Dortmunder Kinder allgemein sprachauffällig (sechs-Jahres-Übersicht). Dieser Wert ist im Zeitverlauf gestiegen.

Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) berechnet zusätzlich einen zusammengesetzten Indikator, benannt als „altersgerechte Sprachkompetenz (deutsche Sprache)“. Dieser kombiniert die auffällig getesteten Werte der hier vorgestellten Sprachtestungen mit Werten zu fehlerhaften Deutschkenntnissen. Demnach verfügen 36% der untersuchten Dortmunder Kinder im Schuljahr 2017/18 (Einschulung 2017) über keine altersgerechte Sprachkompetenz (nicht grafisch im Bericht erfasst). Jedoch liegt zum Redaktionsschluss noch keine Zeitreihe oder ein Kommunenvergleich vor, deshalb wird im weiteren Berichtsverlauf, auf die Pseudowörtertestung als Indikator für sprachauffällige Kinder eingegangen. Das LZG.NRW weist dafür auf seinem Onlineportal eine Zeitreihe für alle NRW-Kommunen aus, die an der gemeinsamen SEU-Berichterstattung teilnehmen. Damit wird dem zweiten benannten Berichtsziel einem „beabsichtigten interkommunalen Austausch mit anderen Regionen“ Rechnung getragen. Dazu mehr im nachfolgenden Kapitel.

3.2.2 Räumliche Verteilung

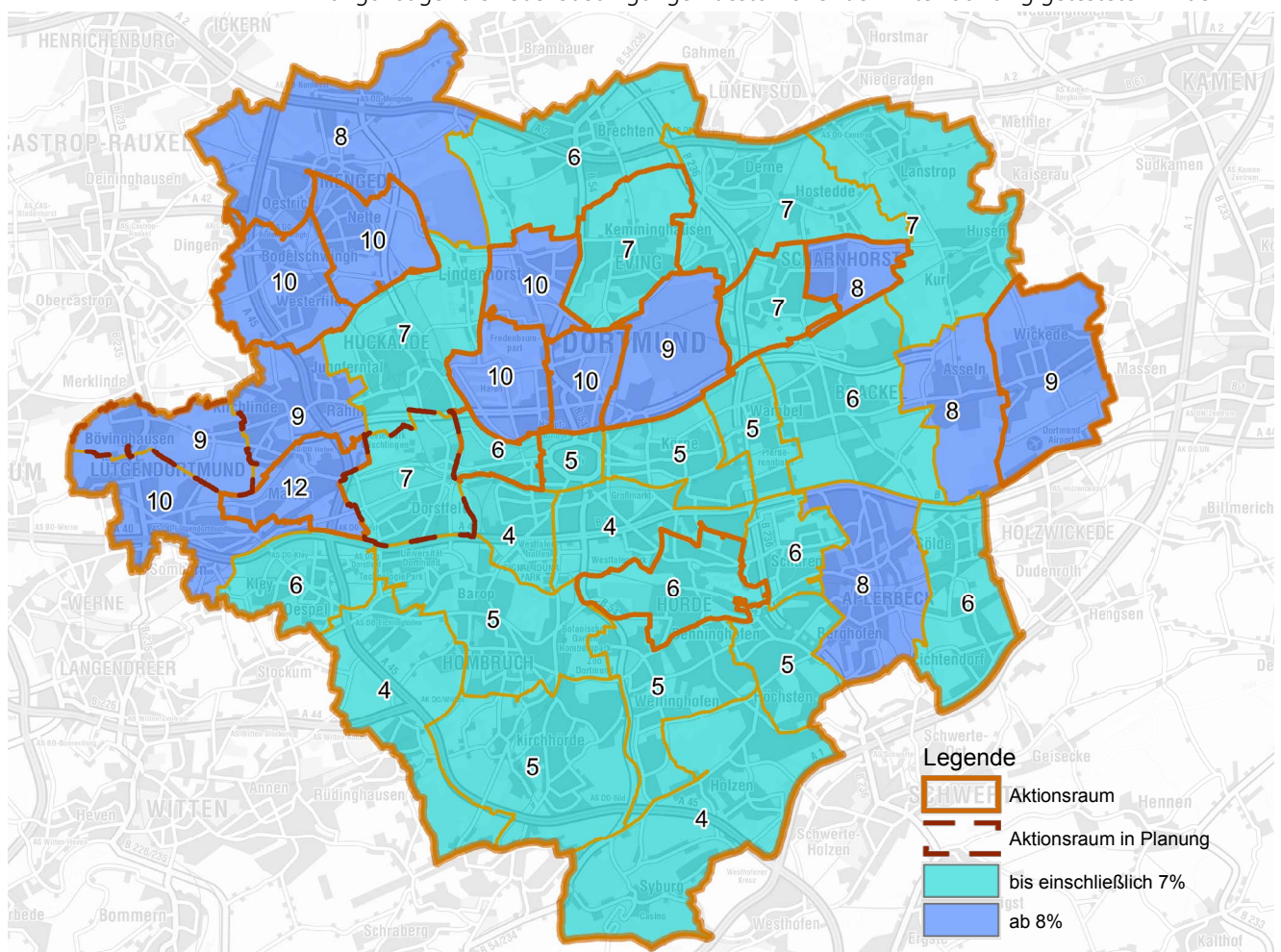
Die bisherige Ergebnisdarstellung und -bewertung bezog sich auf alle untersuchten Kinder. Im Folgenden sollen die Ergebnisse differenziert nach dem Wohnort innerhalb des Stadtgebiets dargestellt und bewertet werden. Im Hinblick auf Handlungsempfehlungen und Maßnahmenentwicklung ist eine nähere Betrachtung nach Lebensräumen von Bedeutung.

Hierbei ist es hilfreich, Sozialräume und die relativen Häufigkeiten von auffällig getesteten Kindern pro Sozialraum zusammen zu betrachten. Die Sozialräume dienen als Kennzeichnung für das Lebensumfeld der Kinder. Im „Soziale Lage“-Bericht der Stadt Dortmund werden verschiedene soziale, ökonomische und gesundheitliche Items zur Bewertung der Sozialräume herangezogen, wonach sich Aktionsräume und Nicht-Aktionsräume unterscheiden lassen. Aktionsräume werden definiert als Lebensräume mit über durchschnittlich hohen Belastungsfaktoren für die Einwohnerinnen und Einwohner (vgl. Stadt Dortmund, 2018).

Zunächst sollen die Ergebnisse des Pseudowörtertests für die Sozialräume dargestellt werden. Hier sind für ganz Dortmund 7,2% der Kinder sprachauffällig. Dazu sind in Abb. 4 die Sozialräume hellblau dargestellt, in denen bis einschließlich 7% der Kinder auffällig sind. Dunkelblau sind die Sozialräume markiert, in denen 8% und mehr Kinder auffällig sind. Die Aktionsräume sind dicker umrandet. Für die datenschutzgerechte Darstellung wurden die Jahrgänge 2012–2017 zusammengenommen.

Abb. 4: Sprachauffälligkeit in % aller getesteten Dortmunder Kinder pro Sozialraum, Jahre 2012-2017 (Pseudowörtertest)

In den Aktionsräumen findet sich im Vergleich zu den anderen Sozialräumen ein deutlich höherer Anteil von Kindern mit einer auffälligen Sprache. Das lässt den Schluss zu: Das Lebensumfeld der Kinder hat einen wesentlichen Einfluss auf ihre sprachliche Entwicklung. Je ungünstiger die Lebensbedingungen desto höher der Anteil auffällig getesteter Kinder.



In den Abb. 5 und 6 ist im NRW-Vergleich die Lage für alle 50 teilnehmenden Kreise und kreisfreien Städte dargestellt (siehe LZG.NRW, 2019):

Abb. 5: NRW-Ranking, auffällige Sprachkompetenz (Pseudowörter) in NRW-Kommunen, Mädchen in % (2016)

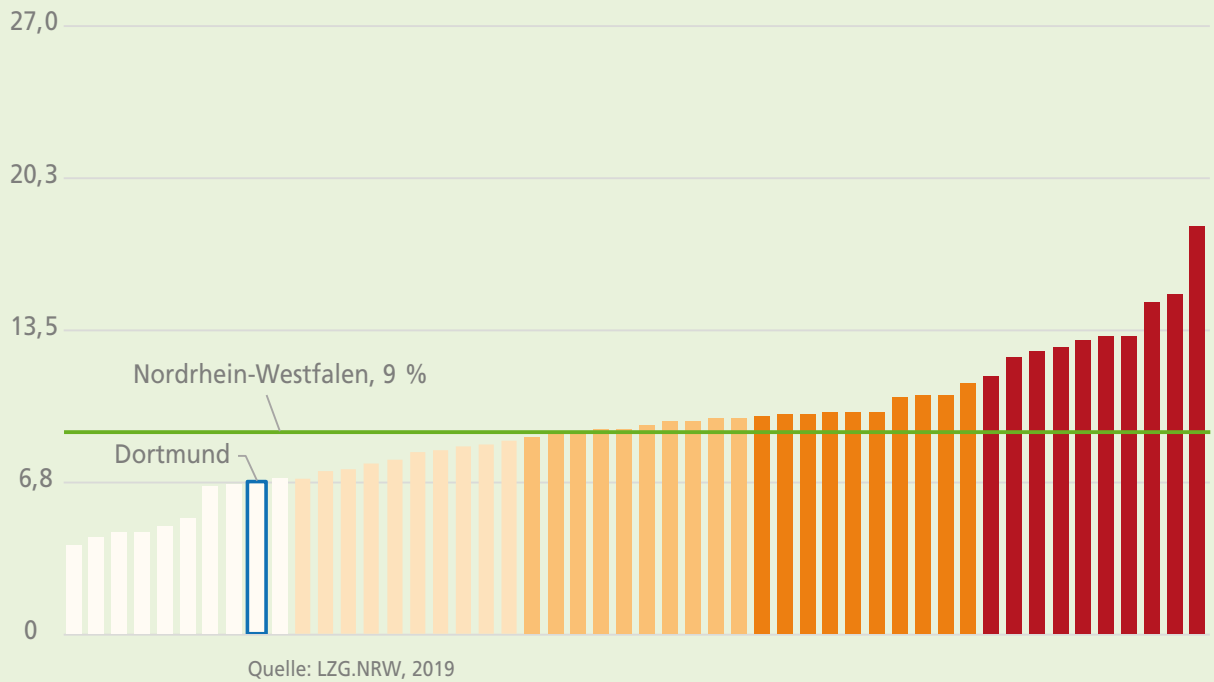
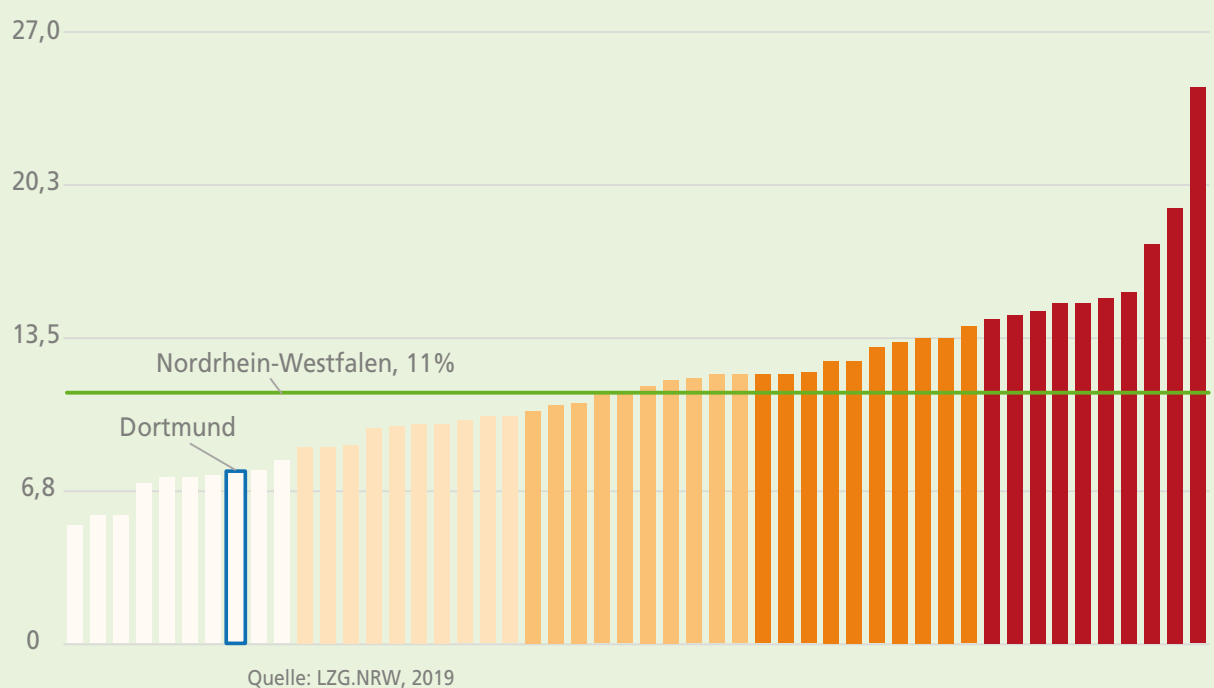


Abb. 6: NRW-Ranking, auffällige Sprachkompetenz (Pseudowörter) in NRW-Kommunen, Jungen in % (2016)



3.2.3 Kontextitems (Erstsprache, Bildung der Eltern, KiTa-Besuchsdauer)

Aus der SEU können einige sogenannte Kontextvariablen betrachtet werden, die keine direkte gesundheitliche Untersuchungsgröße darstellen. Sie stellen wissenschaftlich gesicherte Einflussfaktoren für eine gesunde Entwicklung von Kindern dar. Die drei aus der Literatur wichtigsten (vgl. Kapitel 3.1) werden in diesem Bericht anhand der Dortmunder Zahlen dargestellt:

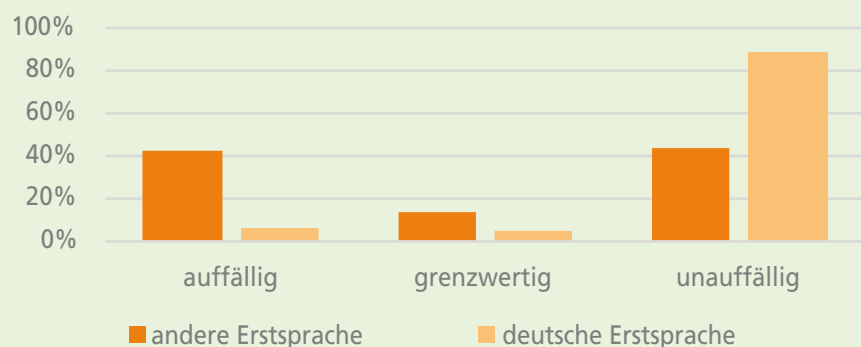
- „Erstsprache in den ersten drei Lebensjahren“ als Hinweis auf die Gruppe von Kindern mit einem Migrationshintergrund.
- „Bildungsindex der Eltern“ als Hinweis auf das familiäre Umfeld. Es wird unterstellt, dass formal höher gebildete Eltern/-teile Bildungsaspekte an ihre Kinder weiter geben und diese anders fördern als Eltern/-teile mit einem weniger hohen Bildungsabschluss.
- „Kindergartenbesuchsdauer“ als Hinweis für positive gemeinschaftliche Entwicklung.

Aufgrund geringer Fallzahlen in einzelnen Analysen wurden auch für diese Auswertung die sechs Jahrgänge zusammengefasst. So werden ca. 27.000 Kinder der SEU 2012–2017 zusammen betrachtet (darunter ca. 10.000 Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch). Dadurch werden Tendenzen sichtbar, die sich über die Jahre konzentriert haben und damit stabil sind. Nachteilig ist, dass Schwankungen innerhalb des Gesamtzeitraumes nicht erkannt werden.

Um die Vergleichbarkeit zu ermöglichen, werden Prozentangaben ausgewiesen und nicht die absoluten Zahlen. Wie zuvor erwähnt, werden an dieser Stelle ausschließlich die gültig getesteten Kinder betrachtet, für die alle Werte und Werte-Kombinationen pro Unterthema vorliegen.

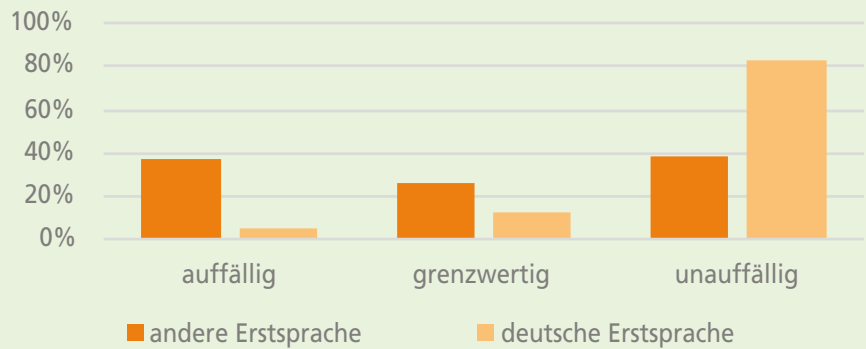
a. Erstsprache der Kinder: Effekte auf die sprachlichen Testergebnisse
Kinder mit einer anderen Erstsprache in den ersten drei Lebensjahren schneiden bei den drei Testverfahren in den muttersprachlich beeinflussten Testungen (Präpositionen, Pluralbildung) schlechter ab als die in den ersten drei Lebensjahren ausschließlich deutsch sprechenden Kinder (siehe Abb. 8 und 9). Im muttersprachlich eher weniger voraussetzungsstarken Pseudowörtertest sind beide Gruppen gleich aufgeteilt (siehe Abb. 10).

Abb. 8: Ergebnisse Testung: Präposition nach Erstsprache in Prozent (2012-2017)



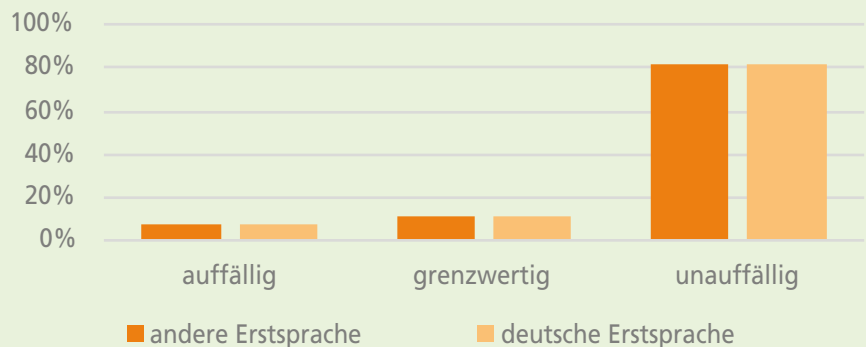
Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

Abb. 9: Ergebnisse Testung: Pluralbildung nach Erstsprache in Prozent (2012-2017)



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

Abb. 10: Ergebnisse Testung: Pseudowörter nach Erstsprache in Prozent (2012-2017)



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

Neben den standardisierten Sprachtestungen erfolgt bei den Kindern mit einer anderen Erstsprache in den ersten drei Lebensjahren zusätzlich eine Einschätzung der Deutschkenntnisse (siehe Tabelle 1). Aus der unteren Tabelle wird der Zusammenhang ersichtlich: Je besser die Kinder in ihrer Deutschkenntnis eingestuft wurden, desto besser sind die Ergebnisse der Sprachtestungen. Dazu zeigen die Werte in der Tabelle folgenden Verlauf: Kinder mit erheblichen Fehlern in den Deutschkenntnissen haben einen niedrigeren Anteilswert unauffälliger Testwerte als Kinder mit fehlerfreien Deutschkenntnissen pro Sprachtest.

Am stärksten ist der Unterschied beim sprachgebundenen Präpositionentest. Hier zeigen Kinder mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen in 69,8 % ein auffälliges Ergebnis, nur bei 30,2 % war dies unauffällig. Im eher sprachungebundenen Pseudowörtertest liegen die Ergebnisse deutlich enger zusammen. Auch bei Kindern mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen finden sich bei 90,8 % der Kinder unauffällige Ergebnisse. Allerdings zeigt der Vergleich zum Gesamtergebnis von 7,2 % (ebenfalls 2012–2017) für alle Dortmunder Kinder auch hier mit 9,2 % einen erhöhten Anteil sprachauffälliger Kinder. Die Daten von Kindern, welche über keine Deutschkenntnisse verfügten oder als „radebrechend-Deutsch-sprechend“ eingestuft wurden, sind hier nicht eingeflossen, da sie den Sprachtestungen eingeschränkt unterzogen wurden; entsprechend den Handlungsanweisungen zum Testverfahren.

Deutschkenntnisse (andere Erstsprache)	Präpositionen: unauffällig*	Pluralbildung: unauffällig*	Pseudowörter: unauffällig*
Kind spricht flüssig deutsch aber mit erheblichen Fehlern	30,2 %	39,5 %	90,8 %
Kind spricht flüssig deutsch, aber mit leichten Fehlern	77,5 %	82,9 %	96,4 %
Kind spricht fehlerfrei deutsch	98,6 %	99,3 %	98,7 %

*An dieser Stelle sind „grenzwertig“ getestete Kinder inklusiv (vgl. Kapitel 3.2.1a–c).

Tab.1: Aufteilung der unauffälligen Anteilswerte pro Sprachtest in Zusammenhang mit Deutschkenntnissen in Prozent (2012–2017), Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik.

b. Bildung der Eltern: Effekte auf die sprachlichen Testergebnisse

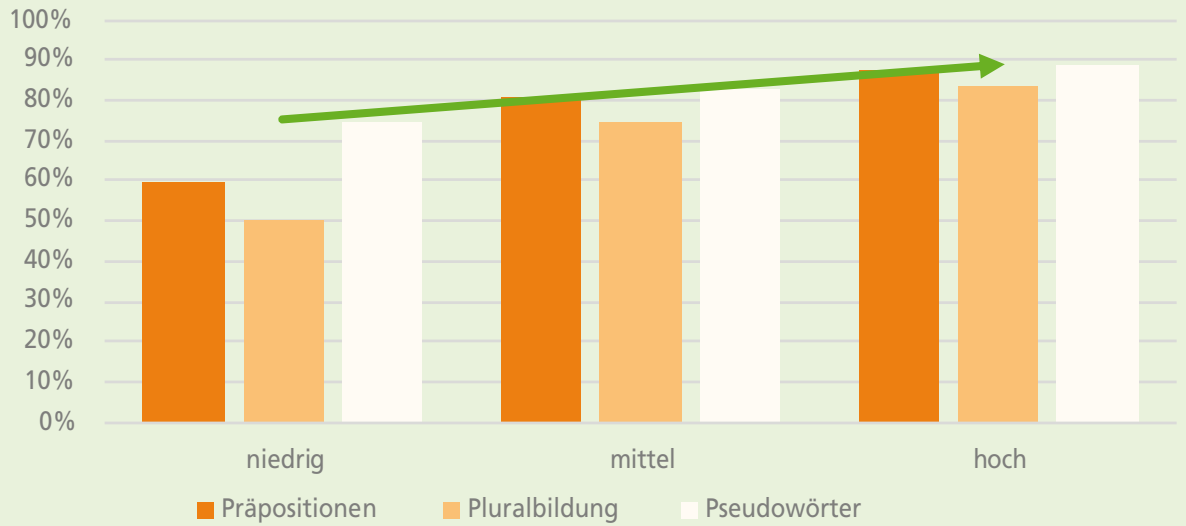
Erwartungsgemäß finden sich mit dem Anstieg des Bildungsindex der Eltern weniger Sprachauffälligkeiten (siehe Abb. 11). Zwischen der Gruppe mit niedrigem und hohem Bildungsindex liegen +14 % Differenz bei dem sprachungebundenen Pseudowörtertest vor. Insgesamt profitieren die Kinder also von ihren Elternteilen im Haushalt und deren formaler Bildung. Je höher der Bildungsindex ist, desto kleiner ist ebenfalls der Anteil auffällig getesteter Kinder. Die Differenz zwischen der Gruppe mit niedrigem und hohem Bildungsindex beim sprachungebundenen Pseudowörtertest beträgt -7,3 % (siehe Abb. 12).

Bewertung:

Die Ergebnisse bestätigen, dass das Bildungsumfeld im Haushalt der Kinder die Sprachentwicklung beeinflusst

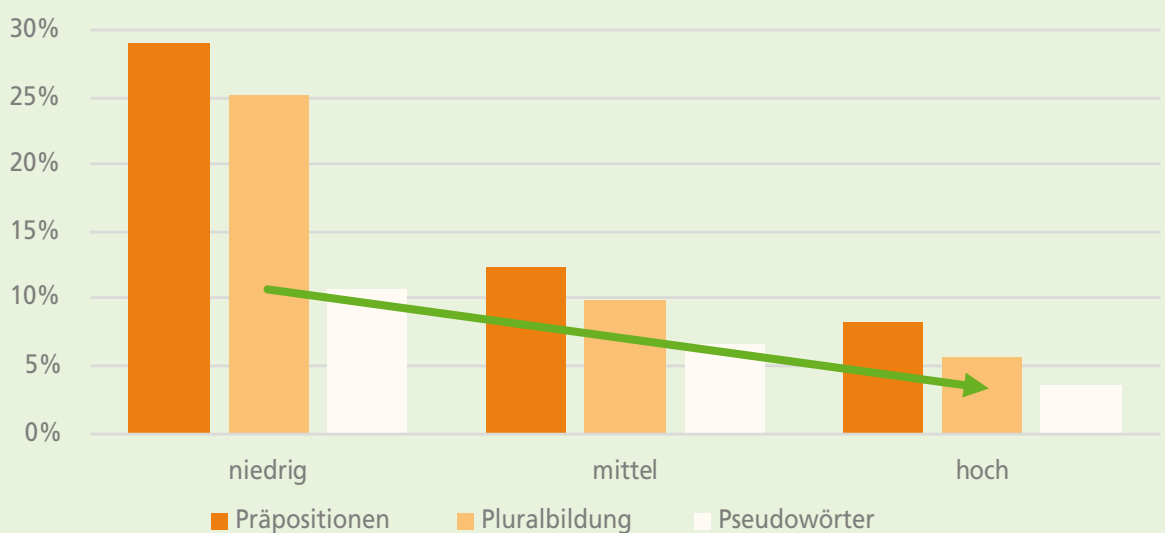
Der positive Einfluss eines möglichst hohen Bildungskontextes der Elternteile auf die sprachliche Entwicklung der Kinder ist von besonderer Relevanz. Der Zusammenhang dient im weiteren Berichtsverlauf zur Ermittlung von Vorhaben (siehe Kapitel 4).

Abb. 11: unauffällige Anteile pro Sprachtestung bei getesteten Kindern nach Bildungsindex der Eltern in Prozent (2012-2017)



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

Abb. 12: auffällige Anteile pro Sprachtestung bei getesteten Kindern nach Bildungsindex der Eltern in Prozent (2012-2017)



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

c. KiTa-Besuchsdauer: Effekte auf die sprachlichen Testergebnisse

Die dritte hinweisgebende Kontextvariable ist die KiTa-Besuchsdauer. Für die Auswertung können aus dem vorliegenden Datenmaterial die Kinder ohne einen KiTa-Besuch nicht trennscharf von den Kindern „ohne Angaben“ unterschieden werden, so dass die nachfolgenden Darstellungen sich nur auf Kindergartenkinder beziehen, die „unter einem Jahr“, „ein bis unter zwei Jahre“, „zwei bis unter drei Jahre“, „drei bis unter vier Jahre“ und „über vier Jahre“ eine Einrichtung besucht haben.

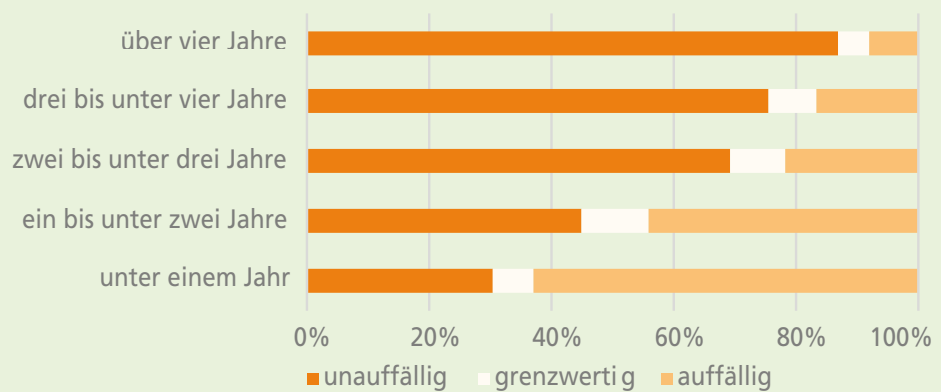
Für alle Testergebnisse gilt, dass mit zunehmender Dauer des KiTa-Besuchs der Anteil sprachauffälliger Kinder sinkt (siehe Abb. 13 bis 15).

Ab mindestens zwei Jahren KiTa-Besuchsdauer steigt der Anteil unauffälliger Kinder zum Teil sprunghaft an. Dies gilt wieder besonders für die sprachgebundenen Testungen Pluralbildung (von 38,3 % auf 64 %) und Präpositionen (von 44,9 % auf 69,4 %) (vgl. Abb. 14 und 13).

Es ist davon auszugehen, dass vor allem Kinder, die eine nicht-deutsche Erstsprache haben, hier stärker profitieren können.

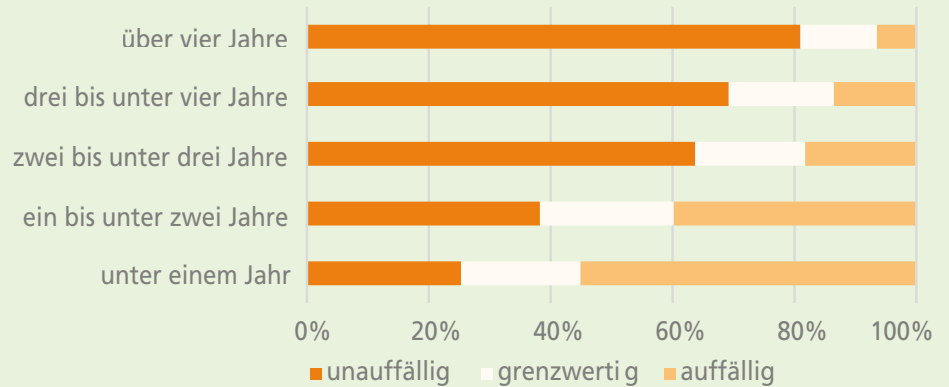
Die KiTa-Besuchsdauer stellt einen wesentlichen positiven Effekt auf die Sprachentwicklung dar. Der positive Einfluss einer mindestens zweijährigen KiTa-Besuchsdauer der Kinder auf ihre sprachliche Entwicklung ist ebenfalls für die Ermittlung von Vorhaben (siehe Kapitel 4) wesentlich.

Abb. 13: KiTa-Besuchsdauer – Präpositionen in Prozent (2012–2017)



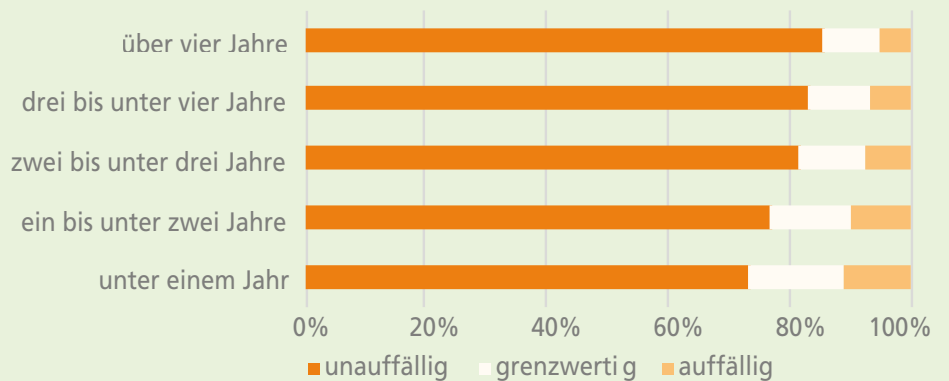
Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

Abb. 14: KiTa-Besuchsdauer – Pluralbildung in Prozent (2012–2017)



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

Abb. 15: KiTa-Besuchsdauer – Pseudowörter in Prozent (2012–2017)



Quelle: Gesundheitsamt/Dortmunder Statistik

4. Fazit und Handlungsempfehlung

Fazit

Der vorliegende Kurzbericht soll mit seinen Ergebnissen und Bewertungen ein Ansatzpunkt für die Diskussion von weiterführenden Maßnahmen zur sprachlichen Förderung von Kindern in Dortmund sein. Weiteres Ziel ist die Intensivierung des bestehenden interkommunalen Austausches (z. B. innerhalb der dezernatsübergreifend arbeitenden Begleitgruppe zum landesweiten Programm „Bildung Integriert“). Insbesondere in den großen Ruhrgebietsstädten wird die Thematik seit Jahren bearbeitet und es gibt eine größere Zahl unterschiedlicher Förderansätze und Programme. Hier wäre ein stärkerer Austausch von „Best-Practice-Modellen“ sinnvoll. Für beide Zielrichtungen soll dieser Kurzbericht die Funktion einer transparenten, faktengestützten Berichterstattung erfüllen.

Nachfolgend sind die Ergebnisse aus dem vorliegenden Bericht zusammengefasst und interpretiert.

I. **Mindestens 7,2 % der Dortmunder Kinder sind sprachauffällig:** Sie haben ein Risiko für eine medizinisch relevante Sprachstörung. Dieses Ergebnis zeigt auch, dass der Anteil von Kindern mit einer möglicherweise therapiebedürftigen Sprachstörung im NRW-Vergleich nicht auffällig hoch ist. **Mindestens 19,6 % der getesteten Kinder zeigen Sprachauffälligkeiten, die auf einen ungenügenden Erwerb der deutschen Sprache zum Zeitpunkt der Einschulung hinweisen.** Dieser Wert gibt eine allgemeine, geschwächte Sprachkompetenz an (Kapitel 2 und 3.2.1).



II. Das familiäre Bildungsumfeld der Kinder hat einen wesentlichen Effekt auf die sprachliche Entwicklung der Kinder und damit auf die Häufigkeit von Sprachauffälligkeiten. Eltern haben damit potenziell einen erheblichen Einfluss, die gesunde Sprachentwicklung ihres Kindes zu unterstützen (Kapitel 2, 3.2.2 und 3.2.3).

Fazit: Elterninformation und -kompetenz weiter stärken!

Eine früher einsetzende Einschätzung gesundheitlicher Kompetenzen und Risiken sowie eine entsprechende Beratung, vor der Schuleingangsuntersuchung, sollte insbesondere in Stadtteilen mit besonderem Handlungsbedarf (Aktionsräume) gestärkt werden.

III. Kinder, die früher in eine KiTa kommen, zeigen seltener Sprachauffälligkeiten. Kinder mehrsprachiger Familien profitieren von einem frühen KiTa-Besuch besonders. In kompetenter Gemeinschaft sind die Kinder sprachlich stärker als alleine (Kapitel 2 und 3.2.3).

Fazit: Frühzeitigen, längeren KiTa-Besuch verstärkt befürworten und das Lebensumfeld „KiTa“ weiter nutzen!

Aus der Ergebnisinterpretation darf gefolgert werden, dass die KiTas in Dortmund hinsichtlich der sprachlichen Förderung der Kinder gut aufgestellt sind. Im Rahmen der „Aufsuchenden Elternberatung“ des Gesundheitsamtes sollten Eltern stärker motiviert werden, ihre Kinder frühzeitig für den KiTa-Besuch anzumelden.



Auslegung der Ergebnisse zu den Punkten I., II. und III

Eltern haben einen erheblichen Einfluss auf die frühe Sprachkompetenz und Sprachko -
takte ihres Kindes. Dies zeigen die Auswertungen unserer Untersuchungsergebnisse vor
dem Hintergrund aktueller Hirn- und Bildungsforschung. Die verbalen Fähigkeiten eines
Kindes, das Sprache z. B. vermehrt im Kontext elektronischer Medien hört, entwickeln
sich demnach im Vergleich zu einem Kind, das in regelmäßigem Dialog mit seinen Eltern
steht, weniger gut. Kinder, die in ihrer Sprachentwicklung nur sehr einfache Vorbilder wie
Fernsehsendungen, Computerspiele oder Comics zur Verfügung haben, können keinen dif-
ferenzierten Wortschatz ausbilden. Diese verbalen Fähigkeiten werden bis zum 4. Lebens-
jahr wesentlich geprägt und fehlen dann im weiteren Bildungsverlauf, so dass die Kinder
auf abstraktere Arbeiten z. B. in der Schule nicht vorbereitet sind. Anhand dessen wird
deutlich, dass Dialog-, Medien- und Freizeitverhalten im Alltag unterschiedlich gewichtet
werden und sich elterliche Prioritäten hier deutlich unterscheiden. Dies kann erklären, wa-
rum in unserer statistischen Auswertung der elterliche Bildungsindex einen Einfluss auf die
Sprachentwicklung von Kindern hat.

Wie also können Eltern zu einer gelingenden Sprachentwicklung ihres Kindes beitragen?
Welchen Einfluss besitzt nachfolgend die Gestaltung von Konzepten in den Lebenswelten
KiTa, Grundschule, weiterführende Schule?

Bildungsinstitutionen sind an dieser Stelle die geeigneten Orte, die sprachliche Förderung
zu verbessern. Die Schaffung einer bildungssprachförderlichen Umgebung mit regelmäßi-
gem sprachlichem Austausch ist ein wünschenswerter Ansatz, welcher bislang durchge-
hend verfolgt wird. Wie dieser vertiefend umsetzbar ist, sollte mit den öffentlichen
Dortmunder Bildungsinstitutionen thematisiert werden.

Ein frühzeitiger Besuch einer KiTa mit entsprechendem Sprachbildungsangebot ist für den
Deutscherwerb bei Kindern mit nicht-deutscher Erstsprache empfehlenswert. In vielen
Fällen findet mit dem Kindergarteneintritt bei diesen Kinde n zum ersten Mal ein kom-
petenter, regelmäßiger Kontakt zur Zweitsprache statt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein
frühzeitiger und somit länger dauernder KiTa-Besuch besonders Kindern mit schlechten
Deutschkenntnissen hilft, ihre Sprachkompetenz zu verbessern. Aber auch bei deutschen
Erstsprachlern ist ein deutlich positiver Effekt mit einem Zugewinn an Sprachkompetenz
und verbalen Fähigkeiten erkennbar. Dies lässt den Schluss zu, dass die Lebenswelt KiTa
vermehrt dialogische Interaktion und eine bessere oder sogar erstmalige sprachliche Durch-
dringung von Lebens- und Lerninhalten ermöglicht. Weiterhin kann das Zeitfenster für
das unbewusste Lernen bestmöglich genutzt werden und Fördermaßnahmen haben den
größten positiven Effekt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass eine gute Sprachbildung eine Schlüsselkompetenz im
weiteren Bildungsverlauf darstellt. Kinder, die zum Schulbeginn eine – vermeidbare –
Sprachschwierigkeit aufweisen, die durch einen unzureichenden Erwerb der deutschen
Sprache bedingt ist, haben von Anfang an schlechtere Bildungschancen. Eine frühzeitige,
regelmäßige Konversation, das Aneignen einer guten Lesekompetenz und eine lebenslange
Auseinandersetzung mit Lebens- und Lerninhalten über das Medium Sprache sind wichtige
Bausteine für den lebenslangen Bildungserfolg. Hier überschneiden sich Handlungsfelder
privater Lebenswelten (Elternhaus) und professioneller Bildungsinstitutionen. Eine gute
Vernetzung, regelmäßiger Dialog und Informationsaustausch sind entscheidend.



- IV. Die kindliche Sprach- und Sprechentwicklung ist ein komplexer Prozess. Störungen sind häufig und bedürfen ggfs. der weite en Abklärung. Das SEU-Screening ist kein Diagnostikinstrument zur Feststellung kindlicher Sprachentwicklungsstörungen, liefert jedoch Hinweise zu einer altersabweichenden Sprachentwicklung, die ggfs. weiter abgeklärt werden muss (Kapitel 2, 3.1 und 3.2.1)

Fazit: Vernetzung mit dem behandelnden Profisystem ausbauen!

Bestehende Arbeitstreffen des Gesundheitsamtes sollten mit Vertretungen aus dem Gesundheitssystem zum Handlungsfeld Sprache erweitert werden.

Auslegung der Ergebnisse zum Punkt IV

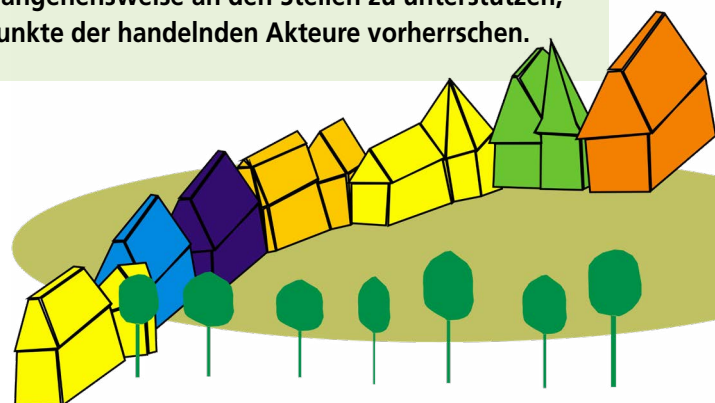
Störungen der Sprache sind mit die häufigsten au fälligen Befunde im Rahmen der SEU in NRW. Der Spracherwerb als komplexe zentrale Entwicklungsaufgabe des frühen Kindesalters stellt eine wichtige Ressource im Bildungskontext dar. Damit zählt die Feststellung von behandlungsbedürftigen Sprachstörungen zu den besonders wichtigen diagnostischen Aufgaben im Kindesalter. Die SOPESS-Testung der sprachlichen Fähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen eines Kindes in der SEU bietet zwar eine Risikoeinschätzung für eine Sprachentwicklungsstörung. Die Berücksichtigung weiterer Kontextfaktoren und Leistungen in anderen Bereichen des Screenings, wie Hörvermögen, Lebensbedingungen, Mehrsprachigkeit etc. sind aber notwendig für die anschließenden Empfehlungen der Schulärztin/ des Schularztes. Das Erkennen behandlungsbedürftiger Sprachentwicklungsstörungen und die Abgrenzung von förderbedürftigen Auffälligkeiten stellen insbesondere bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache eine große Herausforderung dar und erfordern eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Sprachfördernde Entwicklungsbedingungen zu schaffen ist immer erforderlich. Eine medizinisch-therapeutische Intervention ist nur bei einer diagnostizierten Sprachentwicklungsstörung sinnvoll. Liegt eine solche vor, ist eine möglichst frühzeitige, individuelle und spezifische Behandlung notwendig

- V. Das Wohnumfeld der Kinder kann einen sprachfördernden oder -hemmenden Effekt haben. Durch die Verknüpfung der SEU-Daten mit der Sozialberichterstattung können für Dortmund die Sozialräume identifiziert werden, in denen vorrangig Handlungsbedarfe bestehen. Die Kinder haben keinen Einfluss auf das ohnumfeld; kurze Wege und nahe Hilfen sind entscheidend (Kapitel 2.3 und 3.2.2).

Fazit: Sozialraumzentrierte Ressourcen optimal nutzen und Fehlendes ausbauen!

Ein Ziel ist eine integrierte Herangehensweise an den Stellen zu unterstützen, wo gemeinsame Berührungspunkte der handelnden Akteure vorherrschen.



Auslegung der Ergebnisse zum Punkt V

Die Auswertung unserer Ergebnisse zeigt, dass das Wohnumfeld der Familien als ein Einflussfaktor auf die Sprachentwicklung von Kindern zu sehen ist. Damit Kinder neue Lernerfahrungen sammeln können, müssen Erwachsene ein anregendes Umfeld schaffen. Fehlt ein anregendes Wohnumfeld, dann bewegen sich Kinder weniger draußen, der Alltag dieser Kinder ist häufig einseitig auf Medienkonsum beschränkt. Werden entsprechende Anreize gesetzt, steigt die Motivation, an kommunikationsfördernden Gemeinschaftsaktivitäten teilzunehmen. Dies können Sport- und Bewegungsangebote oder die Teilnahme an Aktivitäten in Jugendzentren oder entsprechenden Treffs für Kinder und Jugendliche sein.

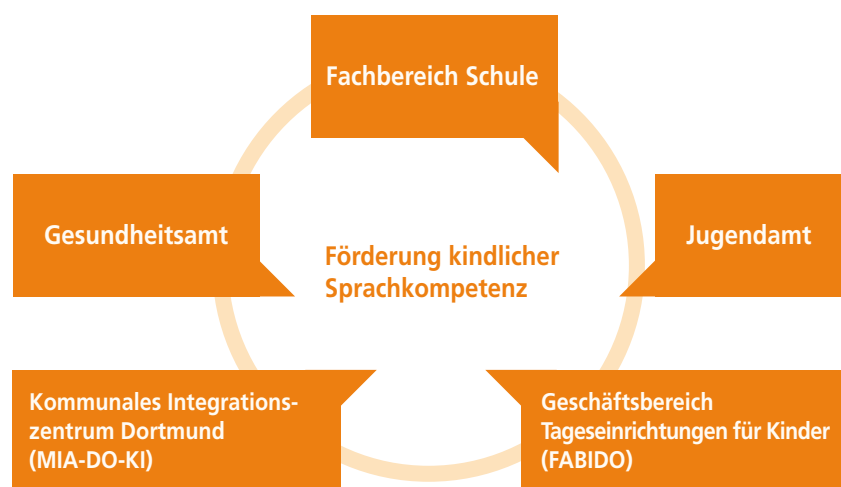
Eltern dürfen den Blick für die Bedürfnisse ihrer Kinder, deren Wünsche nach Gesprächen, Spielen und gemeinsamen Unternehmungen nicht aus den Augen verlieren. Hier können sich finanzielle Nöte, räumliche Enge und der damit verbundene chronische Stress negativ auswirken. Insgesamt führen Armutsrisiken und fehlende Ressourcen in den Familien zu geringeren Teilhabemöglichkeiten.

Die Unterstützung von Institutionen in Sozialräumen (KiTas, Schulen und weiteren Freizeit- und Bildungseinrichtungen u. a.) – besonders in Aktionsräumen – ist zu vertiefen.

Gemeinsame Handlungsempfehlung

Ziel ist es, bestehende Ansätze im Sinne einer „Verantwortungsgemeinschaft – Förderung kindlicher Sprachkompetenz“ weiter auszubauen. Es bedarf einer kommunalen Gesamtstrategie.

In zukünftiger Absprache mit allen relevanten Akteuren in diesem Handlungsfeld soll diese Gesamtstrategie geplant und organisiert werden. Mindestens beteiligte Verantwortliche sind (zusammengekommen aus bisheriger Kooperation):



Die zukünftigen Aktivitäten aus den einzelnen Bereichen müssen abgestimmt und zielgerichtet aufeinander bezogen werden. Es ist zu prüfen, ob dies in Form eines gesamtstädtischen Netzwerkes erfolgen soll und an welche vorhandenen Strukturen angeknüpft werden kann.

Anhang

Alle vorgestellten und zukünftigen Strategien werden im Einklang mit dem Beschluss des Rates der Stadt Dortmund zum Kindergesundheitsziel vom 28.09.2017 behandelt:

Gesundheitsziel für Dortmunder Kinder:

Alle Kinder in Dortmund wachsen – auch unter schwierigen Lebensbedingungen – gesund auf.

Um eine gesunde Kindesentwicklung zu unterstützen, werden gesundheitsförderliche Lebenswelten weiterentwickelt und geschaffen sowie gesundes individuelles Verhalten gestärkt. Auf Grundlage der Daten von Gesundheits- und Sozialberichterstattung ergeben sich für Dortmund folgende Handlungsschwerpunkte:

- Gesunde Ernährung
- Bewegung und Entspannung
- Lebenskompetenz und Widerstandsfähigkeit/psychische Gesundheit
- Mund- und Zahngesundheit
- Vermeidung von Verletzungen durch Unfälle und Gewalt

Maßnahmen sollen sich dabei auf die folgenden Lebensphasen beziehen:

- Schwangerschaft/Geburt und 1. Lebensjahr
- Kita- und Spielgruppen-Alter (1–3 Jahre)
- Kita- und Vorschul-Alter (3–6 Jahre)
- Primarschul-Alter (6–10 Jahre)
- Sekundarschul-Alter (ab 10 Jahren)

Der Fokus soll in einem ersten Schritt auf den Aspekt der Übergewichtsprävention gelegt werden, da kindliches Übergewicht

- eine Vielzahl von Folgeerkrankungen vorzeitig nach sich ziehen kann (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen)
- die Lebensqualität deutlich einschränkt
- die Teilhabemöglichkeiten in allen Entwicklungsphasen einschränkt
- die Lebenserwartung herabsetzt.

In der Übergewichtsprävention lassen sich die für die allgemeine Kindesentwicklung genannten Handlungsschwerpunkte gut vereinen. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes können mögliche Effekte nachgewiesen und im Zeitverlauf verfolgt werden.

Für die Zielerreichung sollen vorhandene Strukturen genutzt und alle relevanten Gesundheitsakteure miteinbezogen werden.

Literaturverzeichnis

AWMF Leitlinie (2011):

Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)

unter: www.awmf.org/leitlinien, zuletzt 20.12.2019.

Bauer, Edith, Dr. (2013):

Die Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder

unter: www.erzieherin.de, zuletzt 20.12.2019.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2014):

Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“
Band 2, Gütersloh.

BLIKK-Medien (2017):

Abschlussbericht, BLIKK-Medien – Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien

unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht/details.html?bmg\[pubid\]=3143](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht/details.html?bmg[pubid]=3143), zuletzt 20.12.2019.

BLK-Programm (2009):

FörMig – Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

unter: <http://www.bildungserver.de/innovationsportal/FoerMig-5299-de.html>,
zuletzt 20.12.2019.

Gabrieli, John, et al (2018):

Language Relates to Structural Neural Connectivity in Childhood

in: The Journal of Neuroscience 38(36), July 2018

DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0484-18.2018.

Gabrieli, John, et al (2017):

Beyond the 30-Million-Word Gap: Children’s Conversational Exposure Is Associated With
Language-Related Brain Function

in Psychological Science 29(4), November 2017

DOI: 10.1177/0956797617742725.

Gogolin, Ingrid (2015):

Neuere Erkenntnisse aus der Forschung, Die Perspektive der Bildungsforschung Sprache,
Bildung – und Erfolg?

unter: Goethe Institut, <https://www.goethe.de/de/spr/mag/sta/20481610.html>,
zuletzt 20.12.2019.

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hrsg.) (2015):

Sprachentwicklung und Sprachförderung bei Kindern, Wiesbaden.

Jantzen et al. (Hrsg.) (2008):

Vortrag – Wie repräsentativ ist der Untertest MR aus dem SETK für die Beurteilung der
Grammatik und der Sprachentwicklung, 25. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V., Düsseldorf.

LZG.NRW – Landeszentrum für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2019):

Gesundheitsindikatoren, Indikatoren auf Kreisebene, Grafik, Indikator 35.7_0

unter: www.lzg.nrw.de, zuletzt 20.12.2019.

LZG.NRW – Ladenzentrum für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen:

Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen
unter: https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/monit_kinderges/reports/archiv/index.html,
zuletzt 20.12.2019.

Pädagogische Hochschule Heidelberg (Hrsg.) (2009):

Lokale Präpositionen im Spracherwerb, eine Untersuchung bei typisch entwickelten und sprachauffälligen Kindergartenkindern.

Panagiotopoulou, Argyro (2016):

Mehrsprachigkeit in der Kindheit, Perspektiven für die frühpädagogische Praxis, Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen
Band 46. München.

Petermann, F. et al, (2009):

Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS),
Bielefeld: LIGA.NRW.

Sachse, S. (2016):

Frühe Sprachentwicklung und ihre Auffälligkeiten, Wichtiges für den Kinderarzt
Monatsschrift Kinderheilkunde, Band 164.

**Stadt Dortmund – Dezernat für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Sport und Freizeit
(Hrsg.) (2018):**

Dortmunder Berichte, Bericht zur sozialen Lage in Dortmund 2018, Dortmund.

IMPRESSUM

Herausgeber: Stadt Dortmund Gesundheitsamt, Hoher Wall 9–11, 44137 Dortmund
Redaktion: Dr. Frank Renken (verantwortlich), Kinder- und Jugendgesundheitsdienst,
Koordinationsstelle im Gesundheitsbereich

Beteiligte Bereiche: Fachbereich Schule, Jugendamt, FABIDO, MIA-DO-KI

Titelbild: Anke Thomass, Adobe Stock

Illustration Oskar: Denise Lorenz, Gesundheitsamt

Datenaufbereitung: Dortmunder Statistik, Koordinationsstelle im Gesundheitsbereich

Kartographie: Stadt Dortmund, Vermessungs- und Katasteramt, FB 62/5-Geoinformation

Gestaltung, Satz und Produktion: Dortmund-Agentur

Druck: Dortmund-Agentur

Diese Publikation wird vom Gesundheitsamt kostenlos herausgegeben. Sie darf nicht im Rahmen von Wahlwerbung politischer Parteien oder Gruppen eingesetzt werden.