

Kindersprachscreening (KiSS) in Hessen



K. Müller¹, A. Janz², S. Selbert⁵, R. Bresler¹, G. Oefner¹, L. Sandrisser¹, S. Volkmann¹, S. Nürnberg², B. Petzoldt², K. Rüsing², J. Schiller², B. Simmank², F. Taedling², A. Bodensohn³, S. Dankward³, J. Mertens³, A. Neumann³, K. Riquelme-Burgos³, J. E. Weber⁴, M. Kieslich³

¹Gesundheitsamt Region Kassel, ²Sprachexpertin/Sprachexperte des Gesundheitsamtes ³Hessisches Kindervorsorgezentrum am Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main ⁴DICT, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main ⁵Region Kassel

Das Kindersprachscreening (KiSS) in Hessen ist ein systematisches Verfahren, um 4 bis 4½-jährige Kinder in Hinblick auf ihre altersbezogene Fähigkeit zum Verständnis und zur Verwendung der deutschen Sprache zu untersuchen. Das Verfahren soll differenzieren, ob ein medizinischer Abklärungsbedarf (medizinisch auffällig) bzw. sprachpädagogischer Förderbedarf (sprachpädagogisch auffällig) besteht oder Kinder keine Sprachprobleme haben (unauffällig). Dabei werden sowohl monolingual deutsch sprechende Kinder als auch Kinder mit multilingualem Hintergrund (Deutsch als Zweitsprache) berücksichtigt. Das Verfahren ist standardisiert in der Durchführung, Dokumentation und Bewertung. KiSS soll Erzieherinnen und Erzieher darin unterstützen sprachpädagogisch förderbedürftige Kinder zu erkennen und diese möglichst individuell in den Kindertagesstätten zu fördern. Die Ergebnisse dienen auch als Basis für eine medizinische Diagnostik bzw. spätere Therapie. Da die Erkennung von Kindern mit Therapiebedarf insbesondere bei multilingualem Hintergrund jedoch Unschärfen aufweist, werden alle von pädagogischen Fachkräften als medizinisch auffällig erkannten Kinder vor einer Empfehlung zur kinderärztlichen Untersuchung durch Sprachexperten des Gesundheitsamtes nachuntersucht. Die Bewertung wird Eltern in einem Anschreiben zusammen mit entsprechenden Empfehlungen übermittelt. Das Kindersprachscreening ist für den flächendeckenden Einsatz im deutschsprachigen Raum entwickelt. Zur Qualitätssicherung ist es notwendig, die Ergebnisse zentral zu erfassen und zu bewerten.



Abb. 1: Impressionen, die Welt des KiSS

Medizinische Auffälligkeit wird durch nicht ausreichende Ergebnisse in den Subtests Aussprache (5.) und Grammatik (6.) sowie durch Hinweise auf Redefluss- (I), Stimm- (J) oder Hörstörung (K) und auditive Wahrnehmungsstörung (L) begründet. Beispiel: das Kind kann keinen k-Laut (D) artikulieren oder Wörter bzw. Sätze nicht ausreichend nachsprechen (H).

Sprachpädagogische Auffälligkeit entsteht durch nicht ausreichende Ergebnisse in den Subtests Spontansprache (1.), Sprachverständnis (2.), Wortschatz (3.), Sprachproduktion (4.) und Grammatik (6.). Beispiel: das Kind beherrscht nicht genügend der abgefragten Begriffe oder die Anwendung des Dativs.

Bei einer Kombination von medizinischer mit sprachpädagogischer Auffälligkeit hat das Kind Probleme in beiden Bereichen, so ist es z.B. nicht in der Lage, den r-Laut auszusprechen und den Akkusativ korrekt anzuwenden.

		ALLE MED										ALLE PÄD				MULTI PÄD		ALLE PÄD		ALLE PÄD	ALLE PÄD
		(D)	(E)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
HESSEN	mono	544	372	296	77	80	76	319	117	412	24	334	727	765							
	% der jew. Gruppe	6,0%	4,1%	3,3%	0,9%	0,9%	0,8%	3,5%	1,3%	4,6%	0,3%	3,7%	8,0%	8,5%							
	multi	123	334	460	48	43	181	132	1.205	1.161	1.161	414	481	2.002	1.748						
	% der jew. Gruppe	2,9%	7,8%	10,7%	1,1%	0,9%	1,0%	4,2%	3,1%	18,0%	27,0%	9,6%	11,2%	46,5%	40,6%						
	Summe	667	707	756	125	120	119	500	249	1.617	1.485	748	1.208	2.513							
9.049	mono	8.505	8.676	8.753	8.972	8.969	8.973	8.730	8.932	8.637	9.025	8.715	8.322	8.284							
	% der jew. Gruppe	94,0%	95,9%	96,7%	99,1%	99,3%	99,2%	98,3%	98,7%	94,7%	97,6%	95,3%	92,0%	91,5%							
	multi	4.179	3.968	3.842	4.254	4.262	4.259	4.121	4.170	3.097	3.141	3.888	3.821	2.900	2.554						
	% der jew. Gruppe	57,1%	55,2%	53,2%	59,2%	59,2%	59,2%	59,8%	59,3%	42,0%	42,0%	42,0%	42,0%	42,0%	42,0%						
	Summe	12.684	12.644	12.595	13.226	13.231	13.232	12.851	13.102	11.734	12.166	12.603	12.143	11.188	10.838						
KS	mono	38	28	47	9	8	7	12	12	48	4	39	133	85							
	% der jew. Gruppe	4,7%	3,5%	5,9%	1,1%	0,4%	0,4%	9,7%	1,5%	6,0%	0,5%	4,9%	16,6%	10,6%							
	multi	3	5	11	3	5	5	49	3	721	216	80	104	447	333						
	% der jew. Gruppe	1,1%	7,3%	15,6%	1,1%	0,7%	0,7%	6,9%	0,3%	31,1%	30,4%	11,3%	14,6%	63,0%	46,9%						
	Summe	41	33	58	12	13	12	61	15	799	220	119	237	422	318						

Dokumentation: Alle Ergebnisse von KiSS werden von den Sprachexpertinnen und Sprachexperten geprüft und dann an die „KiSS Zentrale“ (Hessisches Kindervorsorgezentrum - HKVZ) versandt und dort elektronisch erfasst. Die Eltern erhalten ein Schreiben des Gesundheitsamtes, in dem ihnen das Ergebnis mitgeteilt wird und ggf. Empfehlungen ausgesprochen werden. Unterstützung (Supervision) erhalten Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie ggf. behandelnde Ärzte durch die Sprachexpertinnen und Sprachexperten. Die Daten werden für die jeweils einsendenden Gesundheitsämter ausgewertet (QS-System für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst). Das ermöglicht einen späteren Abgleich mit den Daten aus dem Sprachteil der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitsämter erhalten Zugriff auf „ihre“ Daten. Hessenweite Auswertungen werden anonym zur Verfügung gestellt und fließen in die Weiterentwicklung des Verfahrens. Die Erfassungsstrategie wird vom Hessischen Datenschutzbeauftragten begleitet, Informationen werden entsprechend angepasst. Ziel ist es, die vom Land unterstützten Maßnahmen zur Verbesserung der Bildungschancen noch vor Schuleintritt auf ihren Erfolg zu überprüfen.

Qualitätssicherung und Forschung:

Die Ergebnisse werden im HKVZ nach Unterschieden in den Regionen oder aufgrund des sprachlichen Hintergrundes untersucht. Denkbar sind regionale Auffälligkeiten, die auf einen systematischen Fehler bei der Testdurchführung schließen lassen oder regionale Unterschiede, die beispielsweise auch durch die jeweiligen Bevölkerungsschichten bedingt sind. In Versorgungsstudien kann zusätzlich die Qualität der Ergebnisse überprüft werden. Erforderlich hierfür ist eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und Logopäden. Wenn die Versorgung der Kinder wie empfohlen verläuft (Prävention), kann dies bei der Schuleingangsuntersuchung durch einen unauffälligen Befund festgestellt werden.

Die Hessische Landesregierung führt KiSS seit 2008 schrittweise ein. Die Teilnahme an KiSS ist sowohl für die Kindertagesstätten als auch für die Kinder freiwillig. Bis Ende 2012 wurden insgesamt 21.760 Kinder getestet, davon 7.509 mit der Version KiSS 1 (Abb. 2). Die Schulung der Erzieherinnen erfolgt derzeit durch 119 zentral geschulte Sprachexperten an 23 Gesundheitsämtern, um 1.752 Erzieherinnen und Erzieher für 850 Kindertagesstätten zertifiziert wurden. Als Sprachexperten sind nur Fachkräfte der Sprachheilberufe und Sonderschulpädagogik, Logopädie oder Kindermedizin zugelassen.

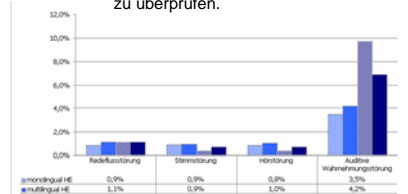
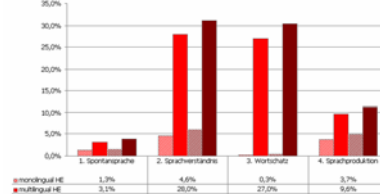


Abb. 3: Auswertung Subtests „sprachpäd. auffällig“

Abb. 4: Auswertung Subtests „medizinisch auffällig“

Beispielhaft wird hier die Frage beleuchtet, ob sich die Ergebnisse von Untertests, die sprachpädagogische Auffälligkeiten bei Kindern mit multilingualem Hintergrund kennzeichnen, unterscheiden von Kindern mit monolingualen Hintergrund, und ob sich dies bei Feststellung medizinischer Auffälligkeiten gleich verhält.

Ergebnis: Hinsichtlich der sprachpädagogischen Feststellungen in Hessen (HE) ist bei Kindern mit multilingualem Hintergrund Wortschatzmangel 90 mal häufiger als bei monolingualen Kindern (27% zu 0,3%) und ein Mangel an Sprachverständnis sowie die Fähigkeit, Grammatik korrekt anzuwenden 6 mal häufiger (Abb. 3). Die Feststellung medizinischer Hintergründe hingegen unterscheidet sich kaum (Abb. 4). Eine Ausnahme ist Auditive Wahrnehmungsstörung, die bei monolingualen Kindern fast 3 mal häufiger auftritt. Die Ergebnisse geben die Auswertung für ganz Hessen und die Region Kassel (KS) wieder. Seit Beginn der Auswertungen durch das Kindersprachscreening ist die Häufigkeit medizinischer Auffälligkeit hessenweit nahezu unverändert. In der Region Kassel ist sie hingegen gestiegen (Abb. 5). Das hierbei deutlich abweichende Auftreten Auditiver Wahrnehmungsstörung bleibt zu untersuchen.

Schlussfolgerung: Nach den Ergebnissen unterscheiden sich die grundsätzlichen „sprachbehindernden“ Probleme monolingualer und multilingualer Kinder bei Auditiver Wahrnehmungsstörung auffällig deutlich (3-fach), alle anderen unterscheiden sich im Promillebereich. Bei Kindern mit multilingualem Hintergrund ist hauptsächlich ein fehlender Wortschatz festzustellen. Daraus schließen wir, dass es diesen Kindern an Übung in der Aussprache der Zweitsprache und damit am Verständnis der Wörter und an der Bildung grammatikalisch korrekter Konstruktionen mangelt. Das wiederum würde die These stützen, dass eine intensive Beschäftigung mit den Kindern in deutscher Sprache (Sprachförderung) in den Kindertagesstätten erheblichen Einfluss auf die Sprachkenntnis haben wird. Bei landesweit zunehmender sprachpädagogischer Auffälligkeit entsteht bei Nichtbeachtung eine zusätzliche Herausforderung für das pädagogische Fachpersonal. KiSS ist kein Sprachförderprogramm, liefert aber zuverlässig für jedes Kind spezifische Informationen zur Diskussion gestellt. Das vermehrte Feststellen Auditiver Wahrnehmungsstörung bei monolingualen Kindern bleibt zu untersuchen.

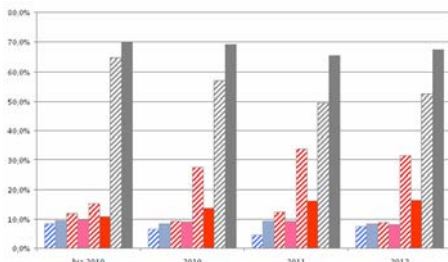


Abb. 5: Entwicklung der Ergebnisse bis 2012 im Hessenvergleich