

Schuleingangsuntersuchungen im Spannungsfeld von Individualdiagnostik und Epidemiologie. Eine Praxisanalyse

Helga Kelle



Helga Kelle

Zusammenfassung

In dem Artikel werden Ergebnisse eines DFG-Projekts zu Schuleingangsuntersuchungen (SEUen) vorgestellt. Die SEUen sind in den Schulgesetzen der Bundesländer als verpflichtend geregelt, werden durch Mediziner der unteren Gesundheitsbehörden durchgeführt und sollen sowohl individualdiagnostische als auch epidemiologische Funktionen erfüllen. Der Artikel stellt die Frage, ob und wie beide Funktionen in der Durchführung der SEUen praktisch kompatibel gemacht werden. Er diskutiert am Beispiel der diagnostischen Überprüfungen von motorischer und sprachlicher Entwicklung in einem Sample von 132 beobachteten SEUen die These, dass die praktischen Formen der Professionellen, individualdiagnostische und epidemiologische Funktionen zu vereinbaren, problematische Effekte auf die Produktion von gesundheitsstatistischen Daten zeitigen (können).

Schlagworte: Einschulung, Entwicklungsdiagnostik, Gesundheitsstatistik, Kindergesundheit

School Entry Medical Checkups between the Conflicting Priorities of Individual Diagnostics and Epidemiology – A Practice Analysis

Abstract

This article presents results of a practice analytical research project (funded by the German Research Association, DFG) on school entry medical checkups in Germany. The checkups are compulsory by law, conducted by public health authorities and are aimed at fulfilling individual diagnostic as well as epidemiological functions. The article asks if and how both functions are made compatible in the conduct of the checkups. Using examples from motor and language development diagnostics in a sample of 132 observed school entry checkups it discusses the hypothesis that the professionals' practical forms of arranging individual diagnostic and epidemiological functions can yield problematic effects on the production of health statistical data.

Keywords: School enrolment, development diagnostics, health statistics, children's health

1 Einleitung

Im Zuge des Strukturwandels des Schulanfangs mit der (zunehmenden) Ausbreitung flexibler Schuleingangsstufen und der Etablierung integrierter Bildungspläne für den Elementar- und Primarbereich erfahren auch die ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen

seit einigen Jahren einen Prozess der politischen Neubestimmung ihrer Funktion. Nicht mehr in erster Linie Selektion und Rückstellung, sondern die gezielte Feststellung von Frühförderbedarf motivieren nun die Schuleingangsuntersuchungen. Sie werden durch angestellte Mediziner/innen der kinder- und jugendärztlichen Dienste der unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) durchgeführt und sind in den Schulgesetzen der Bundesländer als verbindliche Untersuchungen geregelt. Sie sind meist als einmalige Untersuchungen vor Schuleintritt konzipiert, bei denen der Stand der Entwicklung der Kinder erhoben und für den Schulbesuch relevante Beeinträchtigungen erkannt werden sollen.

Schuleingangsuntersuchungen (im folgenden SEUen) stellen damit eine Form der staatlichen Institutionalisierung der Entwicklungsbeobachtung bei Kindern dar. Ihr individualdiagnostisches Ziel ist die Früherkennung von Störungen und Erhebung des individuellen Förderbedarfs, ihr epidemiologisches Ziel ist eine Erfassung *aller* Kinder der jeweiligen Einschulungsjahrgänge und die Feststellung des Förderbedarfs bezogen auf die untersuchte Gesamtpopulation. Totalerfassungen haben in der Epidemiologie einen besonderen Stellenwert: Sie ermöglichen es, Daten zum gesundheitlichen Zustand einer Altersgruppe unselektiert zu gewinnen. Diese Daten gelten in der Gesundheitsstatistik und -berichterstattung als die zuverlässigsten, da bei ihrer Erhebung auf die immer schon in die Konstruktion von ‚Repräsentativität‘ einfließenden Selektionskriterien verzichtet wird (vgl. Schulz 1996).

Im Laufe der 1990er Jahre verabschiedeten die Bundesländer Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), die bundesweit eine Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Länderebene vorsehen. Im deutschen Gesundheitssystem liefern die SEUen als Totalerfassungen eine wichtige statistische Grundlage für diese Berichterstattung (vgl. z.B. *Rheinland-Pfalz* 2004; *Hessen* 2006). Sie tragen damit zur ‚Vermessung‘ der Entwicklung von Kindern nicht unwesentlich bei: Eine ganze Reihe von Bundesländern legt ausgesprochene Kinder- und Jugendgesundheitsberichte (vgl. *NRW* 2002; *Berlin* 2006; *Schleswig-Holstein* 2008) oder „Einschulkinder“-Berichte (vgl. *Saarland* 2005) vor.

Die Zuschreibung der Zuverlässigkeit der Daten aus SEUen wird statistikpolitisch unterstützt durch den Einsatz von standardisierten und normierten Instrumenten. In Hessen ist z.B. seit dem Schuljahr 2006/2007 der Einsatz des *Screening des Entwicklungsstandes* (S-ENS; vgl. *Döpfner u.a.* 2004) landesweit vorgesehen. Der Auswertungsbogen des S-ENS dient den kinder- und jugendärztlichen Diensten als Instrument der Datenspeicherung und -erfassung. Nachdem solche Instrumente wie das S-ENS im Prozess ihrer Konstruktion die testtheoretisch begründeten Prozesse der Standardisierung, Normierung und Validierung durchlaufen haben, wird im Zuge ihrer Implementation angenommen, dass sie durch genaue Instruktionen in Manualen auch bei ihrem Einsatz im ‚großen Stil‘, etwa auf der Ebene ganzer Bundesländer, (annähernd) valide und reliable Ergebnisse erbringen können.¹ Diese Annahme unterstellt, dass die diagnostische Praxis und die Generierung von statistischen Daten durch Manuale und Instrumente (fast vollständig) steuerbar ist.

Ausgangspunkt dieses Beitrags ist demgegenüber die These, dass der genannten Annahme ein simplifizierendes Verständnis von der schuleingangsdiagnostischen Praxis zugrunde liegt, das den interaktiven und kontextualisierten Charakter der Produktion von Daten systematisch unterschätzt. Die Komplexität der feldspezifischen professionellen Anforderungsstrukturen werden dadurch ebenso ausgeblendet wie die praktische Hybridisierung von epidemiologischen Tests mit weiteren Methoden. In der diagnostischen Pra-

xis lässt sich beobachten, dass die Einführung neuer Testinstrumente nicht unbedingt reibungslos auf eine Tradition etablierter schulärztlicher Praktiken trifft. Rekonstruiert man die Logik der Arbeit der kinder- und jugendärztlichen Dienste bei den SEUen ausgehend von der Beobachtung ihrer praktischen Durchführung, dann kommen weitere Relevanzkontexte und praktische Relevanzverschiebungen in den Blick, die diese Arbeit konditionieren – die allerdings auch Rückkopplungseffekte auf die Produktion der gesundheitsstatistischen Daten haben. Darum soll es in diesem Beitrag gehen.

2 Heuristische Konzepte und Methoden

Der Beitrag basiert auf dem von der DFG geförderten Forschungsprojekt „Kinderkörper in der Praxis“, das von 2006 bis 2011 an der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt wurde. In diesem Projekt wurden die Kindervorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9), die bei Kindern von der Geburt bis zum Alter von fünf Jahren von niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner/innen durchgeführt werden, und die ärztlichen SEUen praxisanalytisch erforscht und kontrastiert. Bis Juni 2009 wurden 132 SEUen durch sieben Ärzt/innen aus vier verschiedenen Gesundheitsämtern mit Schwerpunkt Rhein-Main-Gebiet in ihrer Durchführung beobachtet.

Die erwähnten epidemiologisch ausgerichteten Auswertungen dieser Untersuchungen interessieren sich in quantifizierender Perspektive vor allem für die Quoten der Inanspruchnahme und der diagnostizierten Entwicklungsstörungen. Sie stellen in ihren Ergebnissen den Bedarf an Präventions- und Behandlungsmaßnahmen heraus; sie liefern aber keine Analysen der praktischen Prozesse, welche auffällige Entwicklungsbefunde überhaupt erst hervorbringen. Hier setzt das Projekt an: Die Forscherinnen betrachten die beiden Untersuchungsformen im Vorschulalter in heuristischer Perspektive als entwicklungsdiagnostische Kulturen, die bestimmte normalistische Wissensbestände² in Bezug auf kindliche Entwicklung (re)produzieren; die sowohl fachwissenschaftlich als auch bildungs- und gesundheitspolitisch gerahmt sind; die in spezifischen Weisen institutionalisiert sind und eine eigene Geschichte durchlaufen haben; die in der Praxis spezifische Verfahrenslogiken entwickeln, ihre je eigenen Routinen und Interaktionsordnungen ausbilden und dabei – auch unbeabsichtigte – praktische Effekte zeitigen. Die Forscherinnen fokussieren vor diesem Hintergrund die interaktive und situierte Herstellung von Diagnosen und gesundheitsstatistisch relevanten Untersuchungsergebnissen.

Sie wenden dabei eine Kombination von methodischen Zugängen an: Zentralen Stellenwert für die Rekonstruktion der praktischen Durchführung der Untersuchungen hat die teilnehmende Beobachtung. In Beobachtungsprotokollen werden „Episoden“ (vgl. *Emerson/Fetz/Shaw* 1995) der Untersuchungspraxis beschreibend festgehalten, wenn möglich unter Einarbeitung des O-Tons auf der Basis von Audioaufzeichnungen. Dem Stellenwert entsprechend, der Instrumenten, Dokumenten und Objekten für Praktiken in medizinischen Feldern zukommt, ist die zweite zentrale Methode eine ethnomethodologisch inspirierte Dokumentenanalyse (vgl. *Wolff* 2003). Im Anschluss an *Smith* (2001) werden die zu analysierenden Dokumente aus der Untersuchungspraxis als schriftsprachliche Instrumente institutioneller Kommunikation verstanden. Viele Dokumente in dem Untersuchungsfeld weisen einen instrumentellen Doppelcharakter auf – sie (vor)strukturieren Untersuchungspraktiken und sie archivieren Untersuchungsergebnisse. Die Dokumenten-

analyse wird deshalb um den Begriff der Instrumentenanalyse erweitert (vgl. *Kelle 2006*): Unterschieden wird systematisch zwischen dem ikonografischen Aufbau und der Konstruktionslogik der Manuale und Testvorlagen, dem Alltags- bzw. Expertenwissen der Beteiligten und dem Gebrauch der Instrumente in der Durchführung der Untersuchungen. Im Zusammenhang dieses Beitrags interessieren vor allem diejenigen Dokumente, die das S-ENS im Feld instrumentieren und dessen Ergebnisse für die epidemiologische Auswertung in Ziffern- und Textform archivieren. Des Weiteren wurden ethnographische „Experteninterviews“ (vgl. *Meuser/Nagel 2010*) mit Ärzt/innen, Eltern, Assistentinnen, Therapeut/innen, Funktionär/innen u.a. durchgeführt.

Für diesen Beitrag werden die auf der genannten methodischen Basis erarbeiteten Analysen in Beziehung gesetzt zu (nicht selbst erhobenen) epidemiologischen Daten aus der (kommunalen) Gesundheitsberichterstattung. In methodologischer Perspektive ist dabei zu konzedieren, dass die in dem Forschungsprojekt qualitativ erforschten SEUen mit ihren epidemiologischen Ergebnissen nicht unbedingt direkt in den referierten Gesundheitsbericht eingegangen sind. Es soll also nicht behauptet werden, dass in diesem Beitrag der Weg der epidemiologischen Daten von ihrer Erhebung vor Ort über ihre statistische Aggregation und Bereinigung bis hin zu ihrer Verarbeitung und Aufbereitung für konkrete Gesundheitsberichte analytisch nachgezeichnet werden könnte. Vielmehr wird argumentiert, dass bereits die beispielhafte praxisanalytische Rekonstruktion der Varianten an Praktiken und Formen der Datenerhebung durch die kinder- und jugendärztlichen Dienste von vier Gesundheitsämtern die These plausibilisiert, dass die Reliabilität der aggregierten Daten in Frage zu stellen ist, insofern sich Widersprüche zwischen instrumentellen Vorgaben, Testdurchführungspraxis und Berichterstattung aufzeigen lassen.³

3 Zur Praxis der Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen

Im Folgenden wird an zwei analytisch verdichteten Beispielen aus den SEUen unter Einsatz des S-ENS verfolgt, wie sich die Praxis der Durchführung darstellt, auf welche Weise dabei epidemiologische Daten erhoben werden und wie schließlich die (kommunale) Gesundheitsberichterstattung solche Daten präsentiert.

3.1 Die Überprüfung von Körperkoordination und grobmotorischen Funktionen

Für die Untersuchung der Körperkoordination sieht das S-ENS nur eine einzige Testaufgabe vor: Die Kinder sollen zehn Sekunden lang beidbeinig und so oft sie können über eine Linie springen. „Der Test prüft damit die Koordinationsfähigkeiten ‚Genauigkeit‘ und ‚Schnelligkeit‘ und sieht zu diesem Zweck in den Instruktionen klare Durchführungs- und Beurteilungskriterien vor“ (*Ott 2010*, S. 195f.): Als Hilfsmittel soll eine „Hüpfmatte“ (1,0 mal 0,5m) eingesetzt werden, die durch eine Mittellinie in zwei Hälften geteilt und eine farblich abgesetzte Umrandung begrenzt ist. Linie und Randmarkierungen dürfen beim Hüpfen nicht berührt werden. „Die Instruktionen enthalten überdies genaue Vorgaben, unter welchen Bedingungen die Sprünge als gültig zu werten sind. Das Testergebnis wird in Punkten festgehalten, die als ‚Orientierungswerte‘ gelten: Acht und mehr zählbare

Sprünge gelten als ‚unauffällig‘, sieben als ‚grenzwertig‘ und unter sechs als ‚auffällig‘ (ebd.; mit Bezug auf *Döpfner u.a.* 2004).

Die Hüpfmatte ist dabei der Teil des Instruments, der die Messbarkeit der körperkoordinativen Leistungen sichern soll. Die „Materialität des Hilfsmittels“, so *Ott* (2010), verweise die Sprungbewegung auf einen engen Raum. Wird die Matte allerdings durch eine einfache, ca. 1,0m lange Linie auf dem Boden ersetzt, wie dies bei zwei der vier beobachteten kinder- und jugendärztlichen Dienste geschieht, „entfällt der spezifische Steuerungsmodus der Testaufgabe und damit eine wichtige Bedingung für die hervorzubringende Performanz von Genauigkeit – die Kinder hüpfen dann oft vorwärts“ (S. 199).

Ott (2010) hat in unserem Sample zwei typische Weisen der Modifikation der Leistungsmessung ausgemacht, in denen der Grobmotoriktest ohne die Hüpfmatte umgesetzt wird: die „Kompensation der unvollständigen Ausstattung“, bei der die Kinder in der Durchführung (wenn auch meist unsystematisch) korrigiert und ‚fehlerhafte‘ Sprünge tendenziell nicht mitgezählt werden, und die weitergehende „Autonomisierung“ der Untersuchungsdurchführung von dem Screening-Instrument, bei der nicht korrigierend eingegriffen, fehlerhafte Sprünge nicht identifiziert und nahezu alle vollzogenen Sprünge unabhängig von der Zielgenauigkeit gezählt werden. Stellt man die Summe unserer Beobachtungen von SEUen in Rechnung, so zeigt sich, dass Schulärztinnen, welche die zweite ‚Methode‘ anwenden, die Grobmotorik auch noch auf andere Weisen überprüfen. „Über den Test hinaus setzen sie z.B. den Einbeinstand, das einbeinige Hüpfen oder den Zehen- und Hackengang ein. Die Ärztinnen gewinnen ihre Hinweise auf [möglicherweise eingeschränkte, HK] Koordinationsfähigkeiten [...] mehr durch ihre (professionellen) Beobachtungen, als dass sie auf den standardisierten Test setzen“ (ebd., S. 202). Auf diese Weise wird in der Durchführung der SEUen eine professionelle Gesamtbeurteilung eher betont als das einzelne Testergebnis. An diese individualdiagnostischen Beurteilungen schließen sich dann ggf. Empfehlungen an die Eltern zur Förderung der Motorik des Kindes oder auch zur professionellen Behandlung an.

Ott (2010) stellt abschließend fest, „dass trotz der häufig äußerst ‚freien‘ Umsetzung des standardisierten Tests in den SEUen Ergebniswerte festgehalten werden, die im Effekt objektiv erscheinen“ (S. 204). Dieser Effekt lässt sich auch auf die anderen testtheoretischen Gütekriterien – Reliabilität und Validität – ausdehnen. Die aufgezeigten Modifikationen des standardisierten Verfahrens sind u.E. relevant für die Qualität der Gesundheitsberichterstattung, insofern der Anspruch des normierten Tests, die Mess- und Vergleichbarkeit der grobmotorischen Leistungen von einzuschulenden Kindern zu sichern, durch die beschriebenen Praktiken tendenziell unterlaufen wird. In den Frankfurter Gesundheitsbericht (vgl. *Frankfurt* 2010) z.B. gehen die mittels des S-ENS erhobenen Befunde ein, dort wird für 2007 und 2008 über 7,6 Prozent auffällige Befunde (gegenüber 12 Prozent in der Normgruppe) für den Test Körperkoordination berichtet. Ohne den Weg der Daten von ihrem ursprünglichen Erhebungskontext bis zu ihrer Aufbereitung im Gesundheitsbericht tatsächlich nachzeichnen zu können, lässt sich doch vermuten, dass die beobachteten Modifikationen der Durchführung des Tests in der Summe zu einem Schönrechnen der Ergebnisse führen können. Im Bereich der Überprüfung der motorischen Kompetenzen kommt es v.a. bei der zweiten Variante einer modifizierten Durchführung zu einer Verschiebung der Messgegenstände – nur Schnelligkeit zählt, und nicht mehr Präzision der Bewegungsausführung – und damit zu einer Einschränkung der Validität der Ergebnisse.

3.2 Die Überprüfung von Sprachkompetenzen und auditiver Informationsverarbeitung

Die Instruktion – textuelle Inkonsistenzen und doppelte Ausrichtung

Das S-ENS (*Döpfner u.a. 2005*) enthält drei gängige Untertests zu „Sprachkompetenz und auditiver Informationsverarbeitung“; in der Fachliteratur ist diesbezüglich häufig von „phonologischer Bewusstheit“ die Rede, die als eine der wichtigsten Vorläuferfertigkeiten des Schriftspracherwerbs gilt. Mit dem Untertest „Pseudowörter nachsprechen“ soll erfasst werden, wie gut das Kind lexikalische Einheiten behalten und reproduzieren kann. An sechs fiktiven Begriffen (z.B. „Fangofänger“) wird die Gedächtnisspanne und die Artikulationsgenauigkeit überprüft. Der Untertest „Wörter ergänzen“ (z.B. „Scho_olade“) zielt auf auditive Diskriminationsfähigkeiten. Der Untertest „Sätze nachsprechen“ (z.B. „Das grüne Pferd kann schnell rennen“) ist eine Repetitionsaufgabe, durch die das grammatische Kenntnissystem sowie Artikulation und auditive Speicherfähigkeit überprüft werden sollen. Die Artikulation sowie die Differenzierung bestimmter Laute oder Lautverbindungen kann zudem mit einer Sprachtafel überprüft werden, die nur optional nach den anderen Untertests eingesetzt werden soll.

Der Anspruch ist darüber hinaus, vorab die „Deutschkenntnisse unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds“ zu erfassen. Damit bekommen die folgenden Sprachaufgaben eine Rahmung, die differenzielle Blicke auf ein- und mehrsprachig aufwachsende Kinder eröffnet. „Die Erfassung des Migrationshintergrunds erfolgt mit der Frage nach der Erstsprache des Kindes: ‚Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren zu Hause mit dem Kind überwiegend gesprochen?‘“ (ebd., S. 17). Die Optionen für die „Beurteilung der Deutschkenntnisse“ sind dann: „1 = Das Kind spricht nicht Deutsch. 2 = Das Kind spricht radebrechend Deutsch. 3 = Das Kind spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern. 4 = Das Kind spricht (sehr) gut Deutsch, aber mit Akzent. 5 = Das Kind spricht akzentfrei Deutsch“ (ebd.). Kritisch hinzuweisen ist darauf, dass die Erstsprache als Indikator für den Migrationshintergrund eingeführt und mit diesem untrennbar verknüpft wird – der Test könnte sich alternativ darauf beschränken, die Deutschkenntnisse zu erheben.

Die maßgebliche Differenz der Untertests „Wörter ergänzen“ und „Sätze nachsprechen“ zu dem ersten Untertest wird in den Instruktionen deutlich: „Bei Kindern, die ‚nicht Deutsch‘ oder nur ‚radebrechend Deutsch‘ sprechen können [...] kann dieser Untertest übersprungen werden“ (ebd. S. 20ff.).⁴ Demnach dient die Einsortierung von Kindern in Kompetenzniveaus in der deutschen Sprache der Inklusion und Exklusion von Probandinnen in das komplette Verfahren der Sprachüberprüfung. Die Logik der Testaufgaben weist dabei zurück auf das Problem der Kategorisierung bei der Beurteilung von Deutschkenntnissen: Diese wird den anderen Sprachüberprüfungsaufgaben vorangestellt – es wird aber nicht expliziert, auf welcher Grundlage die Kategorisierung erfolgen soll. Insofern zeigt sich im Bereich Sprache eine textuelle Inkonsistenz in der Instruktion: Während sie die kategoriale Einsortierung in ein Kompetenzniveau im Deutschen dem nicht weiter angeleiteten Dafürhalten der Testleitungen überlässt, entfaltet sie dann große Akribie in Bezug auf die Anleitung der Hervorbringung von sprachlichen Teilleistungen im Rahmen der Untertests. Diese Beobachtung deutet auf Grenzen der Standardisierbarkeit der Durchführung von Tests schon auf der Ebene der Dokumente hin, die Durchführungen präskriptiv steuern sollen.

Die abschließende Betrachtung zum „Gesamtmerkmal Sprache“ und zur „Schulärztlichen Befundbewertung“ lautet:

„Die Beurteilung des Gesamtmerkmals Sprache schließt die Erkenntnisse aus den Ergebnissen der Aufgaben Pseudowörter nachsprechen, Wörter ergänzen, Sätze nachsprechen und Artikulation ein. Wegen der Komplexizität [Fehler im Original, HK] des Merkmals wurde bewusst auf die Berechnung von Orientierungswerten für das Gesamtmerkmal verzichtet. Es ist Aufgabe der Schulärztin bzw. des Schularztes, die komplexen Zusammenhänge in einer durchdachten ärztlichen Befundung zusammenzufassen und entsprechende Schlussfolgerungen abzuleiten. Dabei wird ein möglicher Migrationshintergrund berücksichtigt“ (ebd., S. 26).

Insofern die Orientierungswerte für drei Untertests klare Vorgaben festhalten, welche Punktwerte im jeweiligen Test als auffälliger, grenzwertiger und unauffälliger Befund zu bewerten seien, überrascht es, dass diese Werte offenbar nicht kumuliert werden sollen. Die Testautor/innen hätten abschließend nicht notwendig ein Konstrukt „Gesamtmerkmal Sprache“ entwerfen müssen, sondern hätten sich auf die in der Instruktion bis dahin entfaltete Kategorie „Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung“, unter der drei Untertests subsumiert werden, beziehen können. So entsteht der Eindruck, als würde das Dokument eine Autorität der Tests zunächst sukzessive durch präzise Angaben aufbauen, um diese abschließend wieder zu demontieren. Der thematische Kreis schließt sich im letzten Satz mit dem erneuten Hinweis auf den Migrationshintergrund. Wenn es allerdings jetzt heisst, ein möglicher Migrationshintergrund werde von den Schulärztinnen in ihrer durchdachten Befundung „berücksichtigt“, so liest sich der Satz so, als solle die zuvor entfaltete Klassifikationslogik unterminiert werden.

Der Duktus am Schluss des Dokuments scheint damit den Konsequenzen zu widersprechen, die aus dem sonstigen Text gezogen werden müssten. Das S-ENS sucht m.E. epidemiologische und individualdiagnostische Aufgaben zu vereinbaren, doch die Instruktion hinterlässt auch eine ambivalente Botschaft an ihre Nutzer: Einerseits sollen sie prinzipiell den „Arbeitsanweisungen“ des Instruments folgen und sich seiner Autorität überlassen, andererseits wird der Autorität der Schulärzte abschließend die Priorität in Hinblick auf die Prozessierung diagnostischer Ergebnisse und Entscheidungen (wieder) zugewiesen.

Verfahrensvarianten und -abweichungen

Alle sieben beobachteten Schulärztinnen arbeiten mit dem S-ENS, sie variieren aber dessen Ablauf und vor allem ergänzen sie es durch weitere Aufgaben. Als das S-ENS 2006 in Hessen verbindlich eingeführt wurde, traf diese Einführung auf eine bis dahin etablierte schulärztliche Praxis mit z.T. anderen (Sprachüberprüfungs-)Ansprüchen. Die Ärztinnen thematisieren in Interviews, dass sie in Gesprächen mit den Kindern zunächst einen „guten Zugang“ herzustellen versuchen. Dies hätte den diagnostischen Vorzug, dass sie die Kinder zu spontansprachlichen Äußerungen animierten, an denen individuelle Besonderheiten der Sprachproduktion in Bezug auf Sprachverständnis, Wortschatz, Grammatik und Aussprache ohne Vorselektion beobachtbar werden.

So behält Dr. Jürgens⁵, das lässt sich aus allen bei ihm beobachteten SEUen rekonstruieren, auch nach der Einführung des S-ENS einen im wesentlichen immer gleichen, nur in Nuancen variierten Ablauf bei, in den die S-ENS-Aufgaben integriert werden und der mit der Frage nach dem Alter des Kindes beginnt. Die Antwort nimmt er dann zum

Anlass zu fragen, ob das Kind schon zählen und dies vormachen könne. Solche Fragen bringen das Kind vor der Untersuchung und frei von einem Testkontext zum Sprechen. Die körperliche Untersuchung, der Motoriktest sowie die Nacherzählung von vorgelegten Bildgeschichten, die wiederum die Sprachproduktion anregen, schließen sich an. Erst nach der Sprachtafel kommen dann die weiteren Sprachtests des S-ENS zum Einsatz.

An der ritualisierten Durchführung der SEUen durch Dr. Jürgens ist erkennbar, was eine andere Ärztin aus einem anderen Gesundheitsamt, Dr. Breitenband, im Interview „eigene Standardisierungen“ nennt, die sie aus guten Gründen ebenfalls fortführe. Sie äußert explizit eine Kritik am S-ENS, mit dem Verfahren sei zusammenhängendes Sprechverhalten, Grammatik und Satzbau nicht ausreichend erfassbar. Nur bei einem der vier beobachteten kinder- und jugendärztlichen Dienste wird die Reihenfolge der Sprachtests wie in der Instruktion beschrieben abgehandelt und werden wenig andere Sprachaufgaben durchgeführt.

An den beschriebenen Routinen zeigt sich, dass die Schulärztinnen auf der arbeitsorganisatorischen Ebene zwischen etablierten Abläufen und neuen Anforderungen durch das S-ENS vermitteln. Mit der (politisch induzierten) Transformation der Praxis der SEUen ist die Frage nach deren Multifunktionalität eng verwoben. So weist Dr. Breitenband im Interview darauf hin, dass die SEUen unter „zwei ganz grundsätzlich unterschiedlichen Anforderungen“ stünden, einer „statistischen“ und einer „individuellen, auf das Kind bezogenen“. Dem S-ENS schreibt sie dabei an verschiedenen Stellen des Interviews nur in puncto „statistische“ Anforderung Funktionalität zu, insofern es die Vergleichbarkeit der Daten sichere; die Bedeutung eigener Standardisierungen der Praxis der SEUen verknüpft sie dagegen mit einer Fokussierung auf ihre individualdiagnostische Aufgabe. Sie analysiere die unterschiedlichen Aufgaben in den SEUen immer nach allen Kriterien: Wenn sie etwa ein Kind auffordere, ein Bild zu malen, dann male es ein Bild, das sei aber zunächst eine Handlungsanweisung und damit eine Frage des Sprachverständnisses.

„Also wenn Sie diese Arbeitsprozesse so analysieren, kommen Sie immer zu jedem Einzelpunkt, werden immer gleichzeitig mehrere Informationen für Sie als Arzt da umgesetzt. Verstehen Sie, und das nehmen wir alles wahr, gleichzeitig. [...] Weil eben in der Untersuchung und in den einzelnen Schritten steckt viel mehr, als das statistische Punktesystem überhaupt ermöglicht. Aber für die statistische Auswertung und die Diskussion auf politischer Ebene und mit Fachkräften ist das ausreichend“.

Die Ärztin entwickelt hier eine Opposition von kasuistischer und statistischer Logik der differentiellen Methoden, die in den SEUen miteinander praktisch vermittelt werden. Sie spricht dem „statistischen Punktesystem“, gemeint ist das S-ENS, das Potential ab, komplexe individualdiagnostisch orientierte Wahrnehmungsleistungen zu ermöglichen.

Die Praxis der beobachteten Schulärztinnen zeichnet sich ihrem Selbstverständnis nach dadurch aus, dass sie (im sprachdiagnostischen Bereich) bewusst ‚mehr‘ machen, als das S-ENS vorgibt, um ihren individualdiagnostischen Aufgaben adäquat nachkommen zu können. Es scheint nicht nur eine in der Vergangenheit als angemessen erlebte Praxis, sondern gerade auch der Grad der Reduktion der Sprachaufgaben im standardisierten Instrument zu sein, der das Misstrauen der Ärztinnen weckt. Im Licht der variablen Durchführungspraktiken kann man die oben dargestellte ambivalente Botschaft der Instruktion auch als Begrenzung des Anspruchs interpretieren: Es ist auch im Selbstverständnis des Instruments nicht die individualdiagnostische Leistung, die das S-ENS den Professionellen abnehmen kann. Und umgekehrt: Seine Akzeptanz im Feld sichert es vermutlich dadurch, dass es seine Ansprüche an die Strukturierung der Praxis nicht überzieht.

Beurteilung der Deutschkenntnisse – Klassifikationen ‚einkreisen‘

In dem Sample von 132 SEUen notierten die Beobachterinnen für 40 untersuchte Kinder einen Migrations- bzw. mehrsprachigen Hintergrund. In allen Fällen fiel eine diesbezügliche erste Beurteilung in den Aufgabenbereich der Assistentinnen, während die Ärztinnen die Sprachaufgaben selbst durchführten. Dass die Beurteilung der Deutschkenntnisse nicht immer einfach vonstatten geht, zeigt das folgende Beispiel:

„Ich hab’ auch schon alles eingetragen“, teilt die Arzthelferin am Ende der Voruntersuchung mit, doch da fällt ihr noch eine Frage ein: „Haben Sie überwiegend Deutsch oder Spanisch mit ihm gesprochen?“ Als die Mutter nicht sofort reagiert, schiebt sie hinterher: „Ich muss das nur hier ankreuzen“. Es klingt fast, als wolle sie sich entschuldigen. Doch die Mutter hatte nur nicht gleich verstanden, worum es geht, sie sagt jetzt: „Beides“. Daraufhin versucht die Arzthelferin, die Frage zu konkretisieren und es stellt sich bald heraus, dass Diego in den ersten Jahren doch mehr Spanisch gesprochen hat: „Da war er viel mit der Mama“, sagt die Mutter. (SEU, MO)

Die Assistentin hat hier nicht auf die in der Instruktion vorformulierte Frage zurückgegriffen und handelt sich eine zwar für die Mutter eindeutige, im Sinne des Verfahrens aber uneindeutige Antwort ein („beides“). Die Klärungsprozesse verweisen auf das Entscheidungsproblem zurück: Den Eltern kommt die Rolle (sowie die Macht und die Schwierigkeit) zu, die Erstsprache zu bestimmen. Bilingualität von Anfang an ist dabei im Instrument bezeichnenderweise nicht vorgesehen.

Im weiteren Verlauf der SEU bei der Ärztin kommt es erneut zu Gesprächen über Diegos Erstsprache und sein Kompetenzniveau im Deutschen, bis die Ärztin die Klärungsprozesse abkürzt, indem sie eine Antwortoption in eine Frage an die Mutter umformuliert, ohne dass dies in der Instruktion so nahegelegt wäre: *„Spricht er Deutsch akzentfrei?“* *„Besser als Mama“, meint die Mutter lachend und die Ärztin stimmt in das Lachen ein.* Dem Auswertungsbogen ist zu entnehmen, dass die Ärztin die keineswegs eindeutige Antwort der Mutter („besser als Mama“) so übersetzt hat, dass das Kind „akzentfrei Deutsch“ spricht.

Unsere Beobachtungen der Praxis der anderen kinder- und jugendärztlichen Dienste zeigen ebenfalls eine Art Einkreisen und eine Mehrfachthematisierung der Fragen nach der Erstsprache und den Deutschkenntnissen im Verlauf der SEUen. Die Professionellen scheuen tendenziell vor einer Klassifikation *vorab* zurück, zugunsten der prozessualen Beobachtung der Sprachkompetenzen der Kinder. Wenn die Frage nicht, wie in Diegos Fall, einfach an die Mutter weitergegeben wird, lässt sich die Klassifikation nicht vornehmen, ohne die Kinder *in situ* zunächst zum Sprechen zu bringen. Wenn die Kinder erst einmal sprechen, drängen dann auch weitere individualdiagnostische Beobachtungen in den Vordergrund. Die Frage nach dem Stand der Deutschkenntnisse wird so in der Praxis der SEUen tendenziell in eine individualdiagnostische umgemünzt, vermutlich auch, weil sie als Klassifikationsfrage für Eltern und Professionelle brisant ist. Als individualdiagnostische Frage kann sie implizit mitgeführt und muss nicht frühzeitig entschieden werden. Dieses Vorgehen geht nicht konform mit der Instruktion des S-ENS und vermeidet den Ausschluss von Kindern mit Migrationshintergrund von den Sprachaufgaben zugunsten einer annähernden Erfassung des spezifischen Sprachprofils des jeweiligen Kindes.

Sprachüberprüfung am Beispiel – den Fall einschätzen und Testergebnisse generieren

Anhand der Sprachtafel prüft die Ärztin Diegos Aussprache, sie deutet auf ein Bild, das ein Glas mit einem Strohhalm zeigt und fragt: „Was ist das?“ „Saft“, kommt von Diego und schon deutet die Ärztin auf das nächste Bild. Eine Weile geht dieses Fragen und Antworten so weiter. „Und was ist das?“, die Ärztin zeigt gerade auf ein Bild, das einen Drachen darstellt. „Grache“, sagt Diego. „Sags noch einmal“, fordert die Ärztin ihn freundlich auf. „Grache“, kommt von Diego.

Es geht weiter mit dem nächsten Test, zu dem die Ärztin ankündigt, jetzt „solche Quatschwörter“ zu sagen, die keinen Sinn ergeben und die Diego einfach nur genau nachsprechen soll. Sie blickt ihn dabei vertrauensvoll und zugleich schelmisch an. Diego reagiert darauf, er lacht, als freue er sich über das Wort „Quatschwörter“. Auch die Ärztin lächelt verschmitzt. Zwei der Wörter kann Diego nicht auf Anhieb nachsprechen. Langsam sagt die Ärztin dann jedes Mal: „Ich sags noch mal, gut aufpassen“. Daraufhin gelingt es Diego dann beide Male, die Wörter zu wiederholen. Es geht weiter mit dem nächsten Test: „Ich spreche Worte, in die mache ich einen Fehler und Du musst versuchen, sie richtig zu sagen“, kündigt die Ärztin an. [...] „Tee_öffel“, kommt daraufhin von der Ärztin. „Löffel“, sagt Diego und die Ärztin meint „Ja. Finger_igel“, fügt sie gleich das nächste Fehlerwort hinzu. „Finger“, sagt Diego dazu gleich. „Finger ist ein Wort“, meint die Ärztin, „ich suche jetzt aber ein längeres“. [...] Die Ärztin wiederholt: „Finger_igel“. „Finger und Nagel“, sagt Diego. Daraufhin macht die Ärztin ein Häkchen im Befundschemata und nennt das nächste Wort: „Ele_ant“. „Fff“, kommt von Diego und dann: „Elefant“.

Anschließend kündigt Dr. Josta die „Quatschsätze“ an. Der erste Satz klappt auf Anhieb. Die Ärztin spricht dann den zweiten Satz vor. Verhalten und etwas zögernd wiederholt Diego: „Da gehen drei Kinder zu Schule“. Die Ärztin hält kurz inne, unterstreicht auf dem Auswertungsbogen das „dr“ von dem Wort „drei“ im genannten Satz und macht weiter: „Die Katze schnuppert an dem Blumenstrauß“. „Die Katze schnuppert an dem Blumen...“ – Zögern – „an Blumengrauß“, wiederholt Diego. Das war der letzte Satz und die Sprechtests sind damit beendet. [...]

„Ist Ihnen aufgefallen, dass Diego das D wie ein G ausspricht?“ , geht die Ärztin anschließend doch noch auf die Aussprache ein. [...] Die Mutter spricht, HK] Diego auf Spanisch an und daraufhin kommt von ihm klar und deutlich das Wort „Drache“, mit einem eindeutigen D am Anfang. Dr. Josta lächelt, die Stimmung ist jetzt amüsiert und die Ärztin meint abschließend zu Diego, er müsse da gut darauf achten. Sie macht eine Notiz im Befundschemata. Ändert sie etwas an ihren Eintragungen? Dann wendet sie sich an mich und erklärt: „Da machen wir jetzt keine Logopädie draus.“ (Protokoll: Ott)

Diego reagiert an einigen Stellen in einer Weise, dass er als Antwort mehr anbietet, als der Test verlangt, z.B. sagt er auf wiederholtes Nachfragen bei „Finger_igel“ schließlich „Finger und Nagel“ und beim „Ele_ant“ zeigt seine Antwort, dass er den fehlenden Buchstaben auch bereits für sich genommen benennen kann („Fff“). Dafür sind seine Satz wiederholungen an manchen Stellen nicht ganz detailgenau („...zu Schule“; „...an Blumengrauß“). Der Auswertungsbogen vermerkt für beide Aufgaben die volle Punktzahl, die leichten Schwächen bei den Sätzen sind der Testdurchführenden entweder entgangen oder sie deutet die Repetitionen als noch im Bereich richtiger Lösungen liegend. Daran zeigt sich wiederum die Interpretationsbedürftigkeit der Antworten, die trotz ge-

nauer Vorgaben der Instruktion eine Aufgabe der Testleitungen bleibt. Vermutlich relationiert Dr. Josta diese Ergebnisse – ruft man sich Dr. Breitenbands Darstellung im Interview in Erinnerung – auch mit den von Diego zuvor gezeigten ‚höherwertigen‘ Antworten bei den unvollständigen Wörtern: Insofern der Test besondere Leistungen ignoriert – es gibt nicht so etwas wie Sonderpunkte –, ist es plausibel, dass sich die Testdurchführenden im Sinne einer ‚ausgleichenden Gerechtigkeit‘ auch erlauben, kleine Schwächen zu übersehen.

Der einzige Befund, der im Auswertungsbogen dokumentiert wird, ist der Befund „D wie g“, der auch abschließend mit der Mutter besprochen wird. Als die Mutter Diego auf Spanisch anspricht, gelingt es dadurch, eine Differenz von Unvermögen und nur in der Situation nicht gezeigter korrekter Aussprache zu markieren. Diese Aktion führt zu einer Fokussierung des besonderen Falls, durchkreuzt aber die Logik des Instruments, das eine Differenz von Kompetenz und Performanz, indem es standardisiert die spontane Reaktion auf den Reiz einer Sprachtafel zu erfassen beansprucht, nicht vorsieht. Der Kommentar an die Beobachterin zum Abschluss der Sprachüberprüfungen spricht für sich: Die Ärztin schlussfolgert hier implizit, dass die Artikulationsspezifika der beiden Sprachen Diegos für die Ungenauigkeit in der artikulativen Differenzierung von d und g verantwortlich sind, und nicht eine zugrundeliegende Artikulationsstörung.

Epidemiologische Effekte der Praxis der Sprachüberprüfungen

Für eine abschließende Einschätzung der beobachteten schulärztlichen Praktiken ist die Differenz von allgemeinen (SES) und spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) sowie spezifischen Auffälligkeiten beim Erwerb mehrerer Sprachen bedeutsam, die von Spracherwerbsforschern diskutiert wird. Das S-ENS empfiehlt vermutlich nicht nur deshalb, Kinder mit geringen Deutschkenntnissen von bestimmten Aufgaben auszuschließen, weil sie pragmatisch daran scheitern würden. Vielmehr sind die Untertests auch solchen Instrumenten entnommen, die zunächst auf die Erkennung von allgemeinen oder spezifischen Sprachentwicklungsstörungen hin normiert waren⁶, und nicht auf typische Auffälligkeiten und Förderbedürftigkeiten mehrsprachig aufwachsender Kinder hin. Die S-ENS-Instruktion verbannt vor diesem Hintergrund die Klassifikationsfrage in Bezug auf Deutschkenntnisse in die ‚Rahmenhandlung‘ der Untertests, um Probleme für das weitere Testverfahren zu vermeiden.

In der schulärztlichen Praxis drängen jedoch andere Probleme als eine instruktionsgetreue Durchführung in den Vordergrund: Bei 30 bis 40 Prozent mehrsprachigen Einschüler/innen ist das Problem dominant, wie Dr. Breitenband im Interview erläutert, nämlich zu unterscheiden, ob das Kind nur die deutsche Sprache (noch) nicht gut spricht oder ob es Hinweise auf (S)SES gibt.

In der Mehrsprachigkeitsforschung wird die Unzulänglichkeit von Instrumenten, die für andere Zwecke normiert wurden, für den Bereich der Sprachstandsfeststellung bei mehrsprachigen Kindern problematisiert. *Jeuk* (2009) kritisiert z.B. an dem SSV (vgl. *Grimm* 2004), dass die Autorin zwar auch bei Einsatz des Instruments bei mehrsprachigen Kindern Gültigkeit beansprucht, aus der hohen Zahl an Kindern mit Migrationshintergrund, die Defizite im Subtest Satzgedächtnis zeigten (72%; n = 347), aber zu schnell folgere, dass diese Kinder „eine verstärkte Sprachförderung im Hinblick auf den Erwerb der Grammatik erhalten sollten“ (ebd., S. 149). Unberücksichtigt bleibe bei solchen für monolinguale Kinder normierten Tests, dass mehrsprachige Kinder möglicherweise gar

nicht alle darin verwendeten Wörter kennen. Aus schlechten Ergebnissen im Nachsprechen von Sätzen könne somit für diese Kinder nur dann auf Defizite in der deutschen Grammatik geschlossen werden, wenn zuvor sichergestellt würde, dass sie alle dort benutzten Wörter auch verstehen. Eine vorherige Überprüfung des verwendeten Wortschatzes ist in Testverfahren für monolinguale Kinder in der Regel aber nicht vorgesehen.

Im Licht dieser Kritik erscheint einerseits der Ausschluss von Kindern mit geringen Deutschkenntnissen von Untertests des S-ENS nachvollziehbar. Andererseits erscheint die beobachtete Praxis der Schulärztinnen, die sich überwiegend nicht an die instrumentell empfohlenen Klassifikations- und Ausschlusspraktiken zu halten scheinen, als Reaktion auf die Spezifika des individuellen Spracherwerbs von mehrsprachigen Kindern. Ihre Versuche, auch bei diesen Kindern Sprachüberprüfungen unter Einsatz des S-ENS durchzuführen, haben wegen der nicht in allen Subtests gegebenen Passung des Instruments etwas Dilemmatisches: Letztlich können sie auf diese Weise weder den psychometrischen Gütekriterien noch den individualdiagnostischen Anforderungen ihrer Klientel genügen. Sie vermeiden aber vermeintlich, mehrsprachigen Kindern zu schnell allgemeine oder spezifische sprachliche Defizite zuzuschreiben, die diese in ihrer Erstsprache eventuell gar nicht haben.

Erscheint dieses Vorgehen auch fallbezogen nachvollziehbar, so führt doch gerade die breite Inklusion von mehrsprachigen Kindern in die Sprachüberprüfungen der SEUen zu alarmierenden Zahlen im Hinblick auf Auffälligkeiten in deren sprachlichen Kompetenzen. Exemplarisch wird hier der Frankfurter Kindergesundheitsbericht (vgl. *Frankfurt* 2010) herangezogen, um die praxisanalytischen Beobachtungen in Beziehung zu setzen zu der Datenpräsentation in der Gesundheitsberichterstattung. In Auswertung der Ergebnisse der SEUen unter Einsatz des S-ENS aus den Jahren 2007 und 2008 wird dort berichtet, dass einerseits bei ca. 15 Prozent der Kinder so schlechte Deutschkenntnisse vorlagen, dass diese als „auffällig“⁷ eingestuft wurden. Andererseits geben die Autor/innen der Frankfurter Studie den Hinweis, dass insgesamt 9430 Kinder dem S-ENS unterzogen wurden, wobei der Untertest „Wörter ergänzen“ von $n = 9267$ – das sind 1,72 Prozent weniger als die Gesamtuntersuchungsgruppe – und der Untertest „Sätze nachsprechen“ von $n = 9174$ – das sind 2,71 Prozent weniger als die Gesamtuntersuchungsgruppe – absolviert wurde. Die Artikulationsprüfung wurde sogar wieder bei der gesamten untersuchten Population durchgeführt. Demnach sind die untersuchenden Ärzt/innen der Empfehlung des Instruments nicht umfassend gefolgt: Der auffällige Befund für 15 Prozent der Kinder bei den Deutschkenntnissen hatte keinen entsprechenden Ausschluss-Effekt auf die Durchführung der Subtests.⁸

Es ist vor diesem Hintergrund wenig erstaunlich, dass durchschnittlich (bezogen auf die unterschiedlichen Migrationsgruppen) ca. 17 Prozent der Kinder mit einer anderen Erstsprache (im Bericht „mit Migrationshintergrund“) bei dem Untertest „Wörter ergänzen“ einen auffälligen (im Vergleich zu 5,7 Prozent der deutschen Kinder) und zusätzlich ca. 27,5 Prozent einen grenzwertigen Befund (im Vergleich zu 15,7 Prozent der deutschen Kinder) zugeschrieben bekommen haben (vgl. *Frankfurt* 2010).⁹ Bei den Ergebnissen zum Subtest „Sätze nachsprechen“ fällt die Differenz noch deutlicher aus: Während hier für 3,5 Prozent der deutschen Kinder auffällige Befunde erhoben wurden, sind es bei den Kindern mit Migrationshintergrund durchschnittlich ca. 21 Prozent. Hätte man die 15 Prozent Kinder mit geringen Deutschkenntnissen nicht in diese Tests einbezogen, müssten die Daten deutlich bereinigt werden.

4 Diskussion

Dieser Beitrag hat die Frage nach der Kompatibilität der individualdiagnostischen und epidemiologischen Funktion der SEUen anhand von exemplarischen Analysen ihrer praktischen Durchführung verfolgt. Im Bereich von Grobmotorik und Körperkoordination ist bei zwei von vier beobachteten kinder- und jugendärztlichen Diensten eine praktische Modifikation der Messgegenstände und damit eine Einschränkung der Validität der Ergebnisse für die gesamte Untersuchungsgruppe dieser Dienste zu beobachten.

Im Bereich der Sprachüberprüfungen zeitigen die Abweichungen von den Empfehlungen der Instruktion dagegen differenzielle Effekte für die epidemiologischen Daten ein- und mehrsprachiger Kinder. Die individualdiagnostisch motivierte Inklusion mehrsprachiger Kinder kann problematische epidemiologische Effekte zeitigen, das wurde gezeigt, wenn nämlich ihre sprachlichen Auffälligkeiten einfach unter allgemeinen sprachlichen Auffälligkeiten und Störungen subsumiert werden und diese Kinder dadurch über- und fehlrepräsentiert werden. Polemisch gesprochen: gut gemeint ist dann nicht gut gemessen und gerechnet. Die Sprachkompetenzen von mehrsprachigen Kindern erfahren vielmehr eine überproportionale Pathologisierung. Das Dilemma, das Schulärztinnen in Konfrontation mit je individuellen Fällen und Anforderungen des Testeinsatzes *in situ* bearbeiten, führt demnach zu Konsequenzen auf gesundheitsstatistischer Ebene, die Anlass zu einer genaueren Reflexion der Durchführungspraxis geben sollten. Sieht man die Gruppe der mehrsprachigen Kinder als ‚Krisenfälle‘ für die Praxis der medizinischen Sprachüberprüfung an, weil die bislang eingesetzten Tests in der Regel von Monolingualität und von Deutschsprachigkeit ausgehen, dann wird deutlich, dass die Schulärztinnen auf die Möglichkeit der Mehrsprachigkeit verwiesen und zu ihrer Berücksichtigung verpflichtet werden, ohne dass eine instrumentell überzeugende Lösung vorläge dafür, wie diese Berücksichtigung praktisch aussehen soll.

In beiden entwicklungsdiagnostischen Bereichen zeigte sich, vereinfacht gesagt, dass die erforschten kinder- und jugendärztlichen Dienste im Interesse individualdiagnostischer Perspektiven die Durchführung der epidemiologischen Tests stark variieren. (Um dies noch einmal deutlich zu betonen: Es geht hier nicht darum, den Ärzten fehlerhafte Messungen vorzuhalten, sondern die epidemiologischen und testtheoretischen Prämissen der Messbarkeit an der komplexen Praxis der SEUen zu prüfen.) Für das Thema der Vermessung der Kinder werfen die beobachteten Abweichungen von der in der Instruktion vorgesehenen Durchführung die Frage nach der Validität und Reliabilität der so produzierten Daten auf, die indes maßgeblich für die Gesundheitsberichterstattung über Kinder genutzt werden. Dass die beschriebenen Fehlvermessungen *in situ* zufällig sind und auf der Ebene aggregierter Daten (z.B. auf Landesebene) bedeutungslos werden, ist dabei deshalb nicht zu erwarten, weil im einen Fall (Motorik) durch die Modifikationen der Messgegenstände in zwei Gesundheitsämtern die Vergleichbarkeit der Daten mit denen anderer, korrekter vorgehender Gesundheitsämter grundsätzlich unterminiert ist; zudem ist nicht zu vermuten, dass die beiden Ämter im Landesmaßstab die einzigen ‚Durchführungsabweichler‘ sind. Im anderen Fall (Sprachtests) werden die Deutschkenntnisse und die Differenz ein- und mehrsprachiger Kinder verfahrensrelevant und führen (vermutlich) dazu, dass systematisch nicht nur mehr Auffälligkeiten, sondern auch mehr Messfehler bei mehrsprachigen Kindern produziert werden – dieser Unterschied, wenn es denn ein systematischer ist, wäre unabhängig von der Zahl der SEUen und Zusammensetzung der

untersuchten Population bedeutsam, solange Kinder mit zu geringen Deutschkenntnissen in die Messungen inkludiert werden.

Indem die Daten aus SEUen vermutlich in einem höheren Maße Messfehler als die testtheoretisch einkalkulierten inkorporieren, aber als publizierte Daten Eingang in die öffentlichen Diskurse über Kindergesundheit und -entwicklung finden, tragen sie zu einer rekursiven Organisation dieser Diskurse bei (vgl. Kelle 2008). In diesem Sinne befördern sie auch eine Normalisierung der Erwartung hoher Auffälligkeitsquoten bei bestimmten Kindergruppen, z.B. die Erwartung, dass Kinder mit Migrationshintergrund überproportional von Auffälligkeiten in ihrer Sprachentwicklung betroffen sind und dass die Differenz zwischen deutschen und Kindern mit Migrationshintergrund in den Sprachkompetenzen „signifikant“ sei, wie der Frankfurter Gesundheitsbericht mehrfach betont. Es soll hier nicht behauptet werden, dass dies nicht der Fall ist (oder sein könnte). Vielmehr wird behauptet, dass die Praxis der Hervorbringung epidemiologischer Daten dadurch, dass sie nicht nur durch die Instruktionen standardisierter Instrumente gesteuert wird, sondern auch in einer weiteren, komplexen diagnostischen Praxis situiert ist, zu statistischen Ungenauigkeiten und diagnostischen Relevanzverschiebungen führt, die für eine seriöse Gesundheitsberichterstattung, aber auch für adäquate Fördermaßnahmen Probleme aufwirft.

Anmerkungen

- 1 Eine relative Toleranz gegenüber Messfehlern drückt sich schon auf der Ebene der Testkonstruktion darin aus, dass z.B. eine Reliabilität von .80 bis .90 als guter Wert gilt.
- 2 Link (2008) unterscheidet „normative Normen“, die auf den Punkt erfüllt werden sollen, und „normalistische Normen“, die auf die statistische Normalverteilung bezogen sind. Normalistische Normen beschreiben Korridore der Normalität (*normal ranges*): In Entwicklungstabellen werden in der Regel Schwellennormen zur Anormalität definiert, die zwischen üblicherweise 5 Prozent (zwei Standardabweichungen vom Mittelwert) und 25 Prozent der Kinder als in ihrer Entwicklung auffällig klassifizieren.
- 3 Wesentlich gestützt wird diese These zudem dadurch, dass in Hessen das S-ENS flächendeckend eingeführt und auch in allen beobachteten SEUen mit diesem Instrument gearbeitet wurde.
- 4 Es heißt zwar optional „kann [...] übersprungen werden“, im Sinne einer Erhebung zuverlässiger Daten ist jedoch davon auszugehen, dass die Autoren dies als Empfehlung meinen.
- 5 Alle Namen wurden anonymisiert.
- 6 Der Untertest Pseudowörter (PWN) nachsprechen ist ein Subtest aus dem Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC); der Untertest Wörter ergänzen stammt aus dem Psycholinguistischen Entwicklungstest (PET); der Untertest Sätze nachsprechen ist dem Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET) entnommen (vgl. Döpfner u.a. 2005).
- 7 Die Kategorie „auffällig“ sieht die S-ENS Instruktion für die Beurteilung der Deutschkenntnisse gar nicht vor, was ebenfalls aufschlussreich ist für die Differenz von Instrumentvorgaben und Durchführungspraxis. Die Berichterstatter addieren hier die erhobenen Zahlen für die beiden Optionen „spricht nicht - radebrechend Deutsch“ (vgl. Frankfurt 2011).
- 8 Dieses Ergebnis entspricht unseren Feldbeobachtungen.
- 9 Gegenüber den Normwerten – 12,7 Prozent auffällige Befunde und 16,5 Prozent grenzwertige Befunde (vgl. Döpfner u.a. 2005) – zeigen die Frankfurter deutschen Kinder bessere Ergebnisse in beiden Bereichen; die Frankfurter Kinder mit Migrationshintergrund zeigen jedoch in beiden Bereichen deutlich schlechtere Ergebnisse.

Literatur

- Berlin: *Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz* (Hrsg.) (2006): Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2006-1. Online verfügbar unter: www.berlin.de/imperia/md/content/sengsv/statistik/spezialberichte/spezialbericht20061.pdf; Stand: 22.11.2010.
- Döpfner, M./Dietmair, I./Mersmann, H./Simon, K./Trost-Brinkhues, G. (2004): S-ENS. Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Instruktion. – Göttingen.
- Döpfner, M./Dietmair, I./Mersmann, H./Simon, K./Trost-Brinkhues, G. (2005): S-ENS. Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Theoretische und statistische Grundlagen. Manual. – Göttingen.
- Emerson, R. M./Fretz, R. I./Shaw, L. L. (1995): *Writing Ethnographic Fieldnotes*. – Chicago/London.
- Frankfurt: *Amt für Gesundheit Frankfurt am Main* (Hrsg.) (2010): *Kindergesundheit in Frankfurt*. Daten des Amtes für Gesundheit von 2002-2008. Online verfügbar unter: <http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Kindergesundheit%20in%20Frankfurt%202002%20-%202008.pdf>; Stand: 19.4.2010.
- Grimm, H. (2003): SSV. Sprachscreening für das Vorschulalter. Kurzform des SETK 3-5. – Göttingen.
- Hessen: *Hessisches Sozialministerium* (Hrsg.) (2006): *Hessischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht*. Online verfügbar unter: http://www.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=10f4c51a55f5412d1ec0b9d3292fd3b0; Stand: 22.11.2010.
- Jeuk, S. (2009): Probleme der Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29, 2, S. 141-156.
- Kelle, H. (2006): Sprachtests – ethnographisch betrachtet. Ein Beitrag zur Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs-, und Sozialforschung*, 7, 2, S. 271-291.
- Kelle, H. (2008): „Normale“ kindliche Entwicklung als kulturelles und gesundheitspolitisches Projekt. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung der kindlichen Entwicklung*. – Weinheim, S. 187-205.
- Kelle, H. (2010): Verfahren der Überprüfung von Sprachkompetenzen im Kontext medizinischer Früherkennung und Schuleingangsdiagnostik. In: Kelle, H. (Hrsg.): *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. – Opladen, S. 207-254.
- Link, J. (2008): Zum diskursanalytischen Konzept des flexiblen Normalismus. Mit einem Blick auf die kindliche Entwicklung am Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung der kindlichen Entwicklung*. – Weinheim, S. 59-72.
- Meuser, M./Nagel, U. (2010³): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: *Friebertshäuser, B./Langer, A./Prengel, A.* (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. – Weinheim, S. 457-471.
- NRW: *Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst* (2002): *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Landesgesundheitsbericht 2002*. Hrsg. v. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein- Westfalen. Online verfügbar unter: http://www.mgepa.nrw.de/pdf/gesundheitsbericht_kinder_jugendliche.pdf; Stand: 22.11.2010.
- Ott, M. (2010): ‚Messen‘ und ‚sich messen‘ – zur diagnostischen Überprüfung motorischer Leistungen. In: Kelle, H. (Hrsg.): *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. – Opladen, S. 179-205.
- Rheinland-Pfalz: *Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz* (Hrsg.) (2004): *Kindergesundheit in Rheinland-Pfalz*. Online verfügbar unter: http://masgff.rlp.de/fileadmin/masgff/Publikationen/Gesundheit/Kindergesundheit_RheinlandPfalz.pdf; Stand: 25.11.2010.
- Saarland: *Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales* (Hrsg.) (2005): *Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland*. Online verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_gesundheit/Bericht_2004_Stand_290605.pdf; Stand: 25.11.2010.
- Schleswig-Holstein (2008): *Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein (Schuljahr 2008/09)*. Online verfügbar unter: <http://www.schleswig-holstein.de/cae/servlet/contentblob/889066/publicationFile/schuleingunntber2008.pdf>; Stand: 09.12.2010.

- Schulz, G.* (1996): Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung. Konzept einer Arbeitsgruppe aus dem Regierungsbezirk Köln: ABC-Test. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW. – Bonn.
- Smith, D.E.* (2001): Texts and the ontology of organizations and institutions. *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 7, 2, S. 159-198.
- Wolff, S.* (2003²): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: *Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I.* (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* – Reinbek, S. 502-513.