



Sprachtherapie im Kontext von Mehrsprachigkeit – Eine Bestandsaufnahme: Was fehlt?*

Taking Stock: Speech-Language Therapy in the Context of Multilingualism - What's Missing?

Theresa Bloder¹, Maren Eikerling^{2,3}, Tanja Rinker¹ & Maria Luisa Lorusso²

1. Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, 2. IRCCS E.Medea, Bosisio Parini (Italien),
3. Universität Mailand-Bicocca (Italien)

Zusammenfassung

Hintergrund: Trotz einer Vielzahl an mehrsprachigen Kindern, die logopädische Leistungen benötigen (Lüke & Ritterfeld, 2011), sind Diagnose- und Therapieansätze häufig monokulturell und monolingual ausgerichtet (Scharff Rethfeldt, 2016). Untersucht wurde daher der aktuelle Umgang mit Mehrsprachigkeit in der logopädischen Praxis.

Methodik: In einer Online-Umfrage wurden Logopäd:innen¹ aus Deutschland zu ihren Versorgungsansätzen für mehrsprachige Kinder befragt.

Ergebnisse: Das Bewusstsein für an der Mehrsprachigkeit orientierte Ansätze ist vorhanden, aber das theoretische Wissen der Therapeut:innen über die spezifischen Anforderungen in der Diagnostik und Therapie von mehrsprachigen Kindern kann in der täglichen Arbeit kaum systematisch angewendet werden. Die Therapeut:innen müssen sich mit einsprachigen Praktiken behelfen.

Schlussfolgerungen: Mehrsprachige und multikulturelle Einstellungen sowie angemessene Ansätze für die große sprachliche Vielfalt in der klinischen Praxis müssen bereits während der Ausbildung bzw. zu Beginn der beruflichen Laufbahn konkret erfahren und etabliert werden.

Schlüsselwörter

Mehrsprachigkeit, Sprachentwicklungsstörungen, Praxistransfer, Policy Implications

Abstract

Background: Despite a large number of multilingual children in need of speech therapy services (Lüke & Ritterfeld, 2011), diagnostic and therapeutic approaches are often monoculturally and monolingually oriented (Scharff Rethfeldt, 2016). Therefore, Speech-Language Pathologists' (SLPs) current approaches to multilingualism were investigated.

Methods: In an online survey, SLPs from Germany were asked about their everyday practices when assessing/treating multilingual children.

Results: Awareness of multilingually oriented approaches is present, but SLPs' theoretical knowledge about the specific requirements for the assessment and therapy of multilingual children is hardly applicable in their daily work and therapists have to make do with monolingual practices.

1 Die Bezeichnungen „LogopädIn“/„logopädisch“/„Logopädie“ etc. sind als Sammelbegriffe zu verstehen und beziehen sich im Verlauf dieses Artikels immer auch auf die Berufsgruppen der Sprachtherapie, Sprachheilpädagogik, Klinischen Linguistik, Patholinguistik o.ä.

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

Conclusions: Multilingual and multicultural attitudes and appropriate approaches to the great linguistic diversity in clinical practice need to be concretely experienced and established during training or at the beginning of the professional career.

Keywords

Multilingualism, Developmental Language Disorder, Practice Transfer, Policy Implications

1 Hintergrund

In Deutschland leben 21.9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2021), das entspricht 27 % der Gesamtbevölkerung. Bei den unter 6-Jährigen liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund sogar bei 40 % (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung, 2022). Die Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder zu diagnostizieren oder therapieren, ist für Logopäd:innen aufgrund der zunehmenden sprachlichen und kulturellen Vielfalt in Deutschland längst keine Ausnahme mehr, sondern gehört fest zum klinischen Alltag (Lüke & Ritterfeld, 2011). Fast die Hälfte der Kinder, die in Deutschland logopädische Leistungen in Anspruch nehmen, wächst in mehrsprachigen Settings auf (Tendenz steigend: vgl. 42,7 % in Lüke & Ritterfeld, 2011 vs. 49,0 % in Scharff Rethfeldt, 2017). Sowohl Ansätze in der Diagnostik als auch in der Therapie von Sprachentwicklungsstörungen (SES) sind aber dennoch nicht entsprechend auf Mehrsprachigkeit ausgerichtet, sondern weiterhin monolingual und -kulturell orientiert (Scharff Rethfeldt, 2016). Vergleicht man die mehrsprachige mit der einsprachigen Sprachentwicklung, zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Quantität, aber auch der Qualität des Sprachgebrauchs im sprachlichen Umfeld eines Kindes, was sich folglich auf seine sprachlichen Fähigkeiten auswirkt (Oller et al., 2007; Unsworth, 2016; Carroll, 2017). Abweichungen von der typischen Sprachentwicklung einsprachiger Kinder werden oft als Symptom einer SES fehlinterpretiert und nicht auf die veränderte Inputsituation zurückgeführt. Der direkte Vergleich mehrsprachiger Kinder mit einsprachig aufwachsenden Gleichaltrigen birgt daher das Risiko einer Fehldiagnose, entweder in Form einer Überidentifikation (d. h. der inkorrekten Diagnose einer SES) oder auch in Form einer Unteridentifikation (d. h. der fälschlichen Nicht-Verordnung von logopädischer Therapie, Paradis, 2005; Grimm & Schulz, 2014;).

Verschiedene Fragebogenstudien haben gezeigt, dass sich Logopäd:innen insbesondere in der Testung und Diagnosestellung bei mehrsprachigen Kindern vor eine Herausforderung gestellt fühlen (Mennen & Stansfield, 2006; Williams & McLeod, 2012; Stankova et al., 2021). „Best practice“-Protokolle verdeutlichen die Komplexität und die hohen Anforderungen an Logopäd:innen, die für die aussagekräftige Diagnose einer SES erforderlich sind. So sollen beispielsweise zur adäquaten Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes idealerweise unterschiedliche Maßnahmen miteinander kombiniert werden (z. B. De Lamo White & Jin, 2011). Zudem sollten alle Sprachen eines mehrsprachigen Kindes beurteilt werden (Kehoe, 2009; Paradis, 2021). An einsprachigen Kindern normierte, standardisierte Testverfahren können orientierend eingesetzt werden (De Lamo White & Jin, 2011), müssen aber mit Vorsicht und unter Berücksichtigung der individuellen mehrsprachigen Erwerbssituation interpretiert werden. Die dafür notwendigen detaillierten Hintergrundinformationen zum Verlauf der Sprachentwicklung des Kindes sollten mit Hilfe der Erziehungsberechtigten erhoben werden (ALEQ, Paradis, 2011; PaBiQ, COST Action IS0804, 2011).

2 Ziele

Ziel dieser Studie war es, die aktuellen Ansätze von Logopäd:innen zu und ihren Umgang mit Mehrsprachigkeit in der logopädischen Praxis zu erheben. Aus dieser Zielformulierung wurden folgende Fragestellungen abgeleitet: (1) „Berücksichtigen Logopäd:innen die mehrsprachige Sprachentwicklung bzw. die jeweiligen Familiensprache(n) mehrsprachiger Kinder in Diagnostik und Therapie?“ Diese Fragestellung spaltet sich weiter in (1a) „Welche Konzepte dazu sind bekannt?“ und (1b) „Was wird in der Praxis umgesetzt?“ auf. Fragestellung (2) erfasst die „Einstellung zu potenziellen Fehldiagnosen bei mehrsprachigen Kinder in Bezug auf ihre Sprachentwicklung“ und Fragestellung (3) den „Einfluss der eigenen Mehrsprachigkeit der Logopäd:innen auf die Diagnostik und Therapie mehrsprachiger Kinder“.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse sollen praxisrelevante Empfehlungen für Logopäd:innen und politische Entscheidungsträger:innen abgeleitet werden, um langfristig zu einer verbesserten logopädischen Versorgung mehrsprachiger Kinder zu führen.

3 Methodik

3.1 Teilnehmer:innen

Als Zielgruppe dieser Studie wurden Logopäd:innen und andere im Bereich der Sprachtherapie tätige Berufsgruppen (z. B. klinische Linguist:innen oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmerzieher:innen) definiert, die zum Zeitpunkt ihrer Teilnahme an der Studie in Deutschland mit der Diagnosestellung und der Therapie von (mehrsprachigen) Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen beschäftigt waren. Insgesamt nahmen 99 in Deutschland tätige Logopäd:innen an der Studie teil. Nach dem Ausschluss (1) unvollständiger Antworten ($n = 22$) und (2) Antworten von Teilnehmer:innen ohne vorherige Berufserfahrung (d. h. Student:innen; $n = 12$), wurde eine Gesamtzahl von 65 Teilnehmer:innen in die statistische Auswertung einbezogen, wovon 21,5 % angaben, selbst eine andere Sprache als Deutsch auf familiensprachlichem² Niveau zu beherrschen.

3.2 Fragebogendesign

Die Daten wurden mit Hilfe eines Online-Fragebogens (Lorusso et al., in Vorbereitung) erhoben, der ursprünglich in Italien entwickelt und getestet wurde und 24 Fragen umfasste. Dieser italienische Fragebogen wurde von Bloder et al. (2021) ins Deutsche übersetzt und an die Versorgungssituation in Deutschland angepasst. Darüber hinaus wurde eine Reihe von Fragen hinzugefügt, um die diagnostischen Ansätze der Teilnehmer:innen detaillierter zu erfassen, wobei ein Hauptaugenmerk auf der Relevanz der Beurteilung der individuellen Spracherfahrung mehrsprachiger Kinder lag. Inhaltlich deckte der Fragebogen insbesondere vier Themenbereiche ab: (1) die beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer:innen mit Mehrsprachigkeit im Kindesalter, (2) die Einstellungen und Überzeugungen der Teilnehmer:innen in Bezug auf SES bei mehrsprachigen Kindern, (3) die persönliche klinische Vorgehensweise der Teilnehmer:innen im Umgang mit der Diagnose/Therapie von SES im Kontext der mehrsprachigen Sprachentwicklung, (4) potentielle Hindernisse für eine aussagekräftige Beurteilung oder Behandlung der sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder sowie die Folgen von Fehldiagnosen. Hier werden lediglich ausgewählte Auszüge der Erhebung zu den Themenbereichen (2), (3) und (4) dargestellt. Der gesamte Fragebogen sowie ein internationaler Vergleich finden sich in Bloder et al. (2021).

3.3 Vorgehensweise

Zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 wurde der Fragebogen online über Verbände, Mailinglisten und soziale Netzwerke distribuiert. Die Datenerhebung erfolgte in vollständig anonymer Form mithilfe der Software *Qualtrics*SM.

3.4 Datenanalyse

Die Daten wurden mit Hilfe von *IBM SPSS Statistics v.26* analysiert. Die Häufigkeit bestimmter Antworten wurde durch Chi-Quadrat Anpassungstests bewertet, während die Zusammenhänge zwischen den Variablen durch Chi-Quadrat Unabhängigkeitstests bewertet wurden. Die Kommentare der Teilnehmer:innen zu offenen Fragen wurden kategorisiert und qualitativ ausgewertet. In einem ersten Schritt wurden dafür alle Antworten gesichtet und allgemeine Antworttypen abgeleitet, auf deren Basis thematische Kategorien gebildet wurden. Anschließend wurden alle Antworten mindestens einer dieser Kategorien zugeordnet, wobei Mehrfachzuordnungen zulässig waren. Für die abschließende quantitative Darstellung der Daten wurde eine einfache Häufigkeitsauszählung vorgenommen.

2 Die Autorinnen distanzieren sich von dem Begriff „Muttersprache“ und ziehen den Begriff „Familiensprache“ vor. Im Fragebogen wurde allerdings der Begriff „muttersprachliches Niveau“ verwendet, um das Konzept einer gewissen sprachlichen Familiarität und Sicherheit in der jeweiligen Sprache so zu formulieren, wie sie mutmaßlich ein Großteil der Studienteilnehmer:innen verstehen kann.

4 Ergebnisse

4.1 Einstellungen der Teilnehmer:innen zu Mehrsprachigkeit

Allgemein stand die signifikante Mehrheit der Teilnehmer:innen der Nutzung der Familiensprache positiv gegenüber. 92,3 % der Teilnehmer:innen meinten, dass die Kommunikationspartner:innen der Kinder immer in der Sprache sprechen sollten, die sie am besten beherrschen ($X^2(1, n = 65) = 46,54; p < ,001$). Auch gaben mit 41,5 % die meisten Logopäd:innen an, dass die Intervention sowohl die Familiensprache des Kindes als auch die Gesellschaftssprache berücksichtigen sollte ($X^2(3, n = 65) = 21,95; p < ,001$; siehe Tabelle 1). Darüber hinaus meinte die Mehrheit der Logopäd:innen (52,3 %), dass eine SES unabhängig vom mehrsprachigen Spracherwerb sei ($X^2(3, n = 65) = 29,59; p < ,001$; siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Verteilung der Antworten der Teilnehmer:innen zu grundlegenden Einstellungen zur Mehrsprachigkeit

	A	A mehr als B	B mehr als A	B
Sind Sie der Meinung, dass (A) sich die Therapie einer SES von mehrsprachigen Kindern mit Deutsch als Zweitsprache ausschließlich auf die deutsche Sprache beschränken sollte, oder dass (B) auch die Erstsprache des Kindes berücksichtigt werden sollte?	3,1 %	21,5 %	33,8 %	41,5 %
Glauben Sie, dass (A) eine SES unabhängig von der Zweitsprache ist, oder dass (B) eine Störung durch den Zweitspracherwerb verstärkt werden kann?	52,3 %	20,0 %	21,5 %	6,2 %

Es zeigte sich, dass die Fähigkeit der Logopäd:innen, mehr als eine Sprache auf familiensprachlichem Niveau zu sprechen, ihr diagnostisches und therapeutisches Vorgehen beeinflusst (siehe Tabelle 2). So gaben Therapeut:innen, die selbst mehr als eine Sprache sprechen beispielsweise häufiger an, das Sprachverhalten der Kinder in beiden Sprachen direkt zu beobachten. Außerdem wurde ein marginal signifikanter Zusammenhang beim Verwenden von Diagnostik- und Screeningmaterialien festgestellt, die speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurden ($X^2(3, n = 65) = 7,573; p = ,056$; Cramer's V = ,341), Mehrsprachige Logopäd:innen gaben häufiger an, diese Materialien zu nutzen als ihre einsprachigen Kolleg:innen. Darüber hinaus maßen mehrsprachige Logopäd:innen der Unterscheidung zwischen einer tatsächlichen SES und Sprachschwierigkeiten aufgrund der Inputsituation zudem eine höhere Relevanz bei als einsprachige Teilnehmer:innen ($X^2(3, n = 65) = 8,382; p < ,05$; Cramer's V = ,359).

Tab. 2: Ansätze der Teilnehmer:innen zur Beurteilung der Sprachleistung mehrsprachiger Kinder im Verhältnis zu ihrem persönlichen sprachlichen Hintergrund

Sprechen Sie neben Deutsch eine andere Sprache/andere Sprachen auf muttersprachlichem Niveau?		Ja	Nein
Wenden Sie spezielle Diagnostikverfahren für mehrsprachige Kinder mit SES an?	nein, nie	21,4 %	31,4 %
	selten	0,0 %	23,5 %
	manchmal	35,7 %	29,4 %
	ja, immer	42,9 %	15,7 %
Für wie relevant erachten Sie es, zwischen mehrsprachigen Kindern mit Sprachschwierigkeiten im Deutschen aufgrund zu geringen Kontaktes zur Zweitsprache und mehrsprachigen Kindern mit Sprachschwierigkeiten bei einer zugrunde liegenden Sprachentwicklungsstörung zu unterscheiden?	völlig irrelevant	0,0 %	2,0 %
	irrelevant	7,1 %	2,0 %
	relevant	7,1 %	47,1 %
	höchst relevant	85,7 %	49,0 %

4.2 Diagnostisches Vorgehen

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, meinte der Großteil (67,7 %; $X^2(3, n = 65) = 74,39; p < ,001$) der Befragten, dass es immer nützlich sei, die Sprachleistungen mehrsprachiger Kinder in der Gesellschaftssprache und ihrer Familiensprache zu vergleichen.

Tab. 3: Verteilung der Antworten der Teilnehmer:innen bezüglich der Nützlichkeit des Vergleichs der Sprachleistung von mehrsprachigen Kindern in Bezug auf Familien- und Gesellschaftssprache

Denken Sie, dass es sinnvoll/hilfreich wäre, ...	Nein, niemals	Selten	Manchmal	Ja, immer
... die Sprachleistungen eines mehrsprachigen Kindes in seiner Familien- und der Gesellschaftssprache zu vergleichen?	1,5 %	3,5 %	27,7 %	67,7 %

Bei der Beurteilung der Sprachleistungen mehrsprachiger Kinder in der Gesellschaftssprache Deutsch hielten es nur 9,2 % für ausreichend, sich auf einsprachige Normdaten zu beziehen. Die meisten Befragten (90,8 %) hielten einsprachige Normdaten für mehrsprachige Kinder für (völlig) unzureichend ($X^2(2, n = 65) = 18,86; p < .001$). In ihren Anmerkungen wiesen einige Teilnehmer:innen jedoch darauf hin, dass einsprachige deutsche Normdaten einen sehr allgemeinen Bezugspunkt für die typische (deutsche) Sprachentwicklung darstellen können, der, insofern er vorsichtig interpretiert wird, für die qualitative Bewertung der Sprachkenntnisse mehrsprachiger Kinder nützlich sein könnte. 73,8 % der Befragten hielten die Verwendung von Diagnostik- oder Screeningmaterialien in den Familiensprachen der Kinder für (sehr) informativ, während 26,2 % solchen Materialien wenig bis gar keinen Informationswert beimaßen ($X^2(3, n = 65) = 34,02; p < .001$). Nur 4,6 % der Logopäd:innen hielten den Einsatz von Diagnostik- oder Screeningmaterialien in der Familiensprache für sehr praktikabel/anwendbar ($X^2(3, n = 65) = 62,94; p < .001$), während fast die gesamte Stichprobe (93,3 %) der Bereitstellung von mehrsprachigen Normdaten für bestehende Diagnostik- und Screeningmaterialien eine (hohe) Relevanz beimaß ($X^2(2, n = 65) = 19,23; p < .001$). Die deutliche Mehrheit (84,6 %) kannte spezielle Diagnostik- und Screeningmaterialien für mehrsprachige Kinder ($X^2(1, n = 65) = 31,15; p < .001$), doch nur wenige der Befragten (21,5 %) gaben an, solche Materialien regelmäßig bei der Beurteilung der sprachlichen Leistungen mehrsprachiger Kinder zu verwenden ($X^2(3, n = 65) = 2,75; p > .05$). Während 30,8 % angaben, solche Materialien manchmal und 18,5 % selten zu verwenden, erklärte etwa ein Drittel aller Befragten (29,2 %), sie überhaupt nicht zu nutzen. Darüber hinaus verwendeten diejenigen Logopäd:innen, die angaben, bei mehrsprachigen Kindern immer spezielle Diagnostik- und Screeningmaterialien zu verwenden, eine größere Vielfalt an verschiedenen Materialien als Kolleg:innen, die angaben, solche Materialien nur manchmal oder selten zu verwenden ($X^2(9, n = 65) = 51,269; p < .001$; Somer's D = ,599; siehe Abbildung 1).

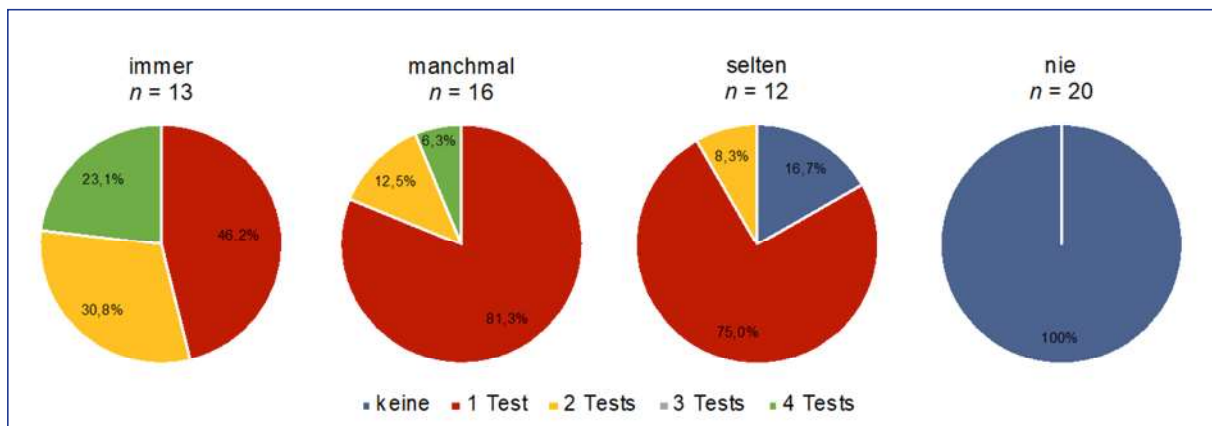


Abb. 1: Überblick über die Vielfalt der verschiedenen Diagnostik- und Screeningmaterialien, die speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurden und von den Teilnehmer:innen eingesetzt werden

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Häufigkeitszahlen der einzelnen Diagnostik- oder Screeningmaterialien, die von den Teilnehmer:innen speziell mit mehrsprachigen Kindern eingesetzt werden.

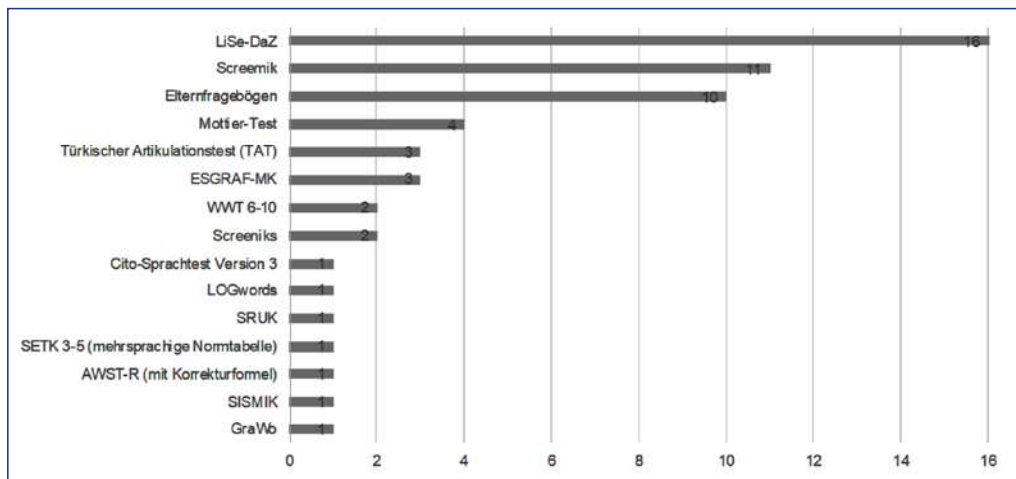


Abb. 2: Überblick über die von den Teilnehmer:innen genannten Diagnostik- und Screeningmaterialien mit der jeweiligen absoluten Anzahl ihrer Nennungen

Während 23,1 % aller Teilnehmer:innen angaben, den sprachlichen Hintergrund ihrer mehrsprachigen Patient:innen nicht zu berücksichtigen, bezog der Rest (76,9 %) Informationen über die individuelle Sprachexposition der Kinder in den Diagnoseprozess ein ($X^2(1, n = 65) = 18,85$; $p < ,001$). Auf die Frage, welche Informationen die Teilnehmer:innen, die angaben, den sprachlichen Hintergrund der Kinder zu diagnostischen Zwecken zu erfassen, einholten, wurden das Alter zum Zeitpunkt des Erstkontaktes zur Zweitsprache (Age of Onset; AoO) und die Dauer des Kontaktes zur Zweitsprache (Length of Exposure; LoE) am häufigsten genannt (22,0 %; $n = 11$), gefolgt von Informationen darüber, wer welche Sprache mit dem Kind spricht (16,0 %; $n = 8$; siehe Abbildung 3). Auf die Frage, wie diese Informationen ihre diagnostischen Entscheidungen beeinflussten, waren die Antworten der Teilnehmer:innen allerdings weniger eindeutig klassifizierbar. Am häufigsten erklärten die Logopäd:innen (28,0 %), dass sie die Ergebnisse standardisierter deutscher Testinstrumente der Kinder im Verhältnis zu ihrer LoE zu der Gesellschaftssprache interpretieren würden, um feststellen zu können, was in der typischen Sprachentwicklung zu erwarten sei.

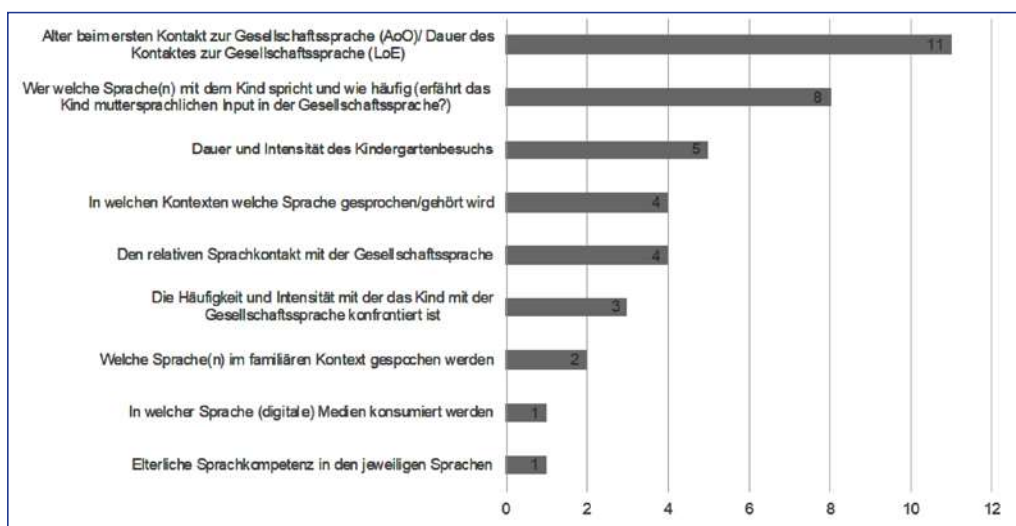


Abb. 3: Informationen zur kindlichen Sprachexposition, die Logopäd:innen in ihren diagnostischen Prozess einbeziehen. Die Antworten auf die offene Frage wurden übergeordneten thematischen Kategorien zugeordnet; die x-Achse zeigt die absolute Anzahl der Antworten, die den einzelnen Kategorien zugeordnet wurden

4.3 Konsequenzen von Fehldiagnosen

Für fast alle Teilnehmer:innen (95,4 %) war die Unterscheidung zwischen einer SES und Sprachschwierigkeiten aufgrund der Inputsituation (sehr) wichtig, während die Minderheit der Befrag-

ten (4,6 %) diese Unterscheidung für (völlig) irrelevant hielt ($X^2(3, n = 65) = 58,02; p < ,001$). So begründeten die befürwortenden Teilnehmer:innen die Relevanz der Unterscheidung sowohl mit einer angemessenen Zuweisung von Ressourcen als auch mit dem Anspruch, dass jeweilige Ursachen der Sprachschwierigkeiten (d.h. SES vs. unzureichender Sprachkontakt) der Kinder unterschiedliche Ansätze (d.h. logopädische Intervention vs. Sprachförderung) erfordern. Im Gegensatz dazu erläuterten die Logopäd:innen, die eine Unterscheidung zwischen einer SES und Anzeichen eingeschränkten Sprachkontaktes nicht für relevant hielten, dass die oberste Priorität für mehrsprachige Kinder darin bestehen solle, angemessene gesellschaftssprachliche Fähigkeiten zu erwerben, um gute schulische Leistungen zu erzielen, was alle Berufsgruppen gleichermaßen anstreben sollten.

Hinsichtlich möglicher Folgen einer Überidentifikation von SES bezogen sich die häufigsten Antworten der Teilnehmer:innen auf die Schaffung eines Störungsbewusstseins sowie auf Stigmatisierungsrisiken bei den betroffenen Kindern, aber auch auf das Schüren unnötiger Sorgen und auf eine Verschwendung von Ressourcen. Umgekehrt wurden als Folgen einer Unteridentifikation von SES am häufigsten geringere schulische Leistungen, eventuell ein niedrigeres Gesamtbildungsniveau und eingeschränkte Berufsaussichten sowie negative Auswirkungen auf die soziale, emotionale und interaktionelle Entwicklung der Kinder genannt (siehe Abbildung 4 und 5).

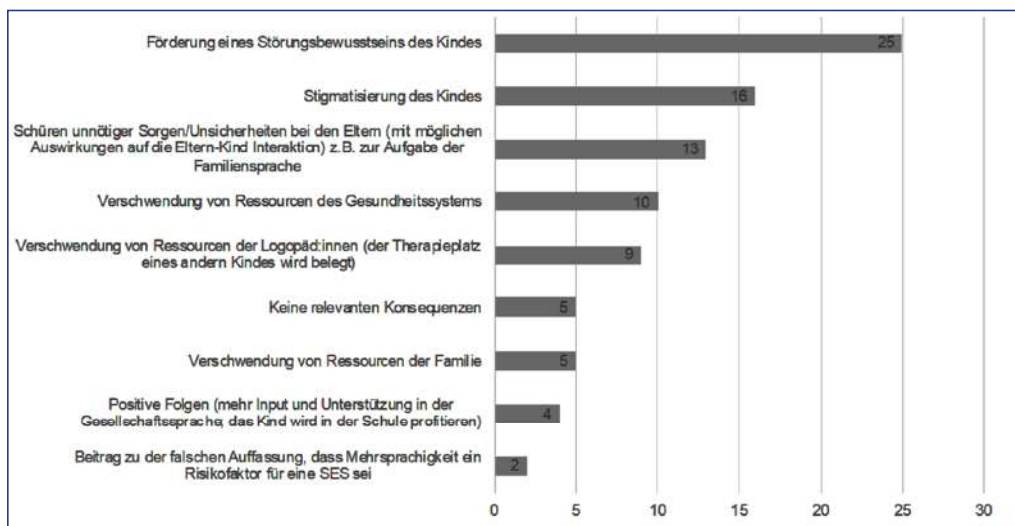


Abb. 4: Übersicht über die Antworten der Teilnehmer:innen auf die Frage nach der Folge einer Überidentifikation von SES bei mehrsprachigen Kindern. Die Antworten wurden übergeordneten thematischen Kategorien zugeordnet; die x-Achse zeigt die absolute Anzahl der Antworten, die den einzelnen Kategorien zugeordnet wurden

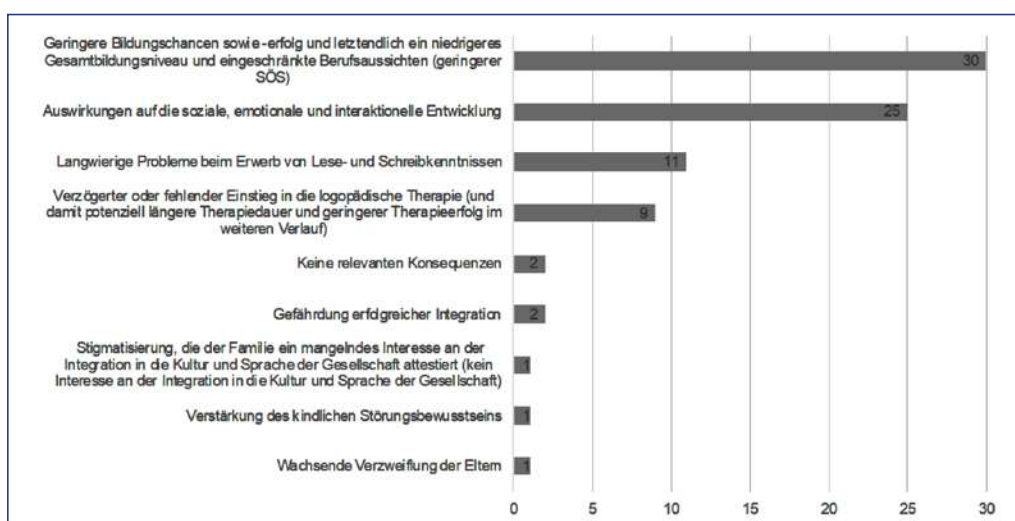


Abb. 5: Übersicht über die Antworten der Teilnehmer:innen auf die Frage nach der Folge einer Unteridentifikation von SES bei mehrsprachigen Kindern. Die Antworten wurden übergeordneten thematischen Kategorien zugeordnet; die x-Achse zeigt die absolute Anzahl der Antworten, die den einzelnen Kategorien zugeordnet wurden

5 Diskussion

Die Daten zeigen, dass die große Mehrheit der Logopäd:innen die Bedeutung der Berücksichtigung der Familiensprache(n) mehrsprachiger Kinder für die Diagnostik bzw. das Screening und die Behandlung von SES anerkennt. Viele Logopäd:innen beziehen qualitative und quantitative Aspekte zum sprachlichen Hintergrund mehrsprachiger Kinder in den diagnostischen Prozess ein und erfragen dafür eine Vielzahl von unterschiedlichen möglichen Einflussfaktoren. Für die Interpretation dieser Informationen gibt es allerdings keinen Konsens darüber, welche anamnestischen Daten zum sprachlichen Hintergrund eines Kindes primär zu berücksichtigen sind und wie genau die sprachlichen Leistungen eines mehrsprachigen Kindes in weiterer Folge mit diesen (qualitativen) Informationen zur Sprachexposition in Beziehung zu setzen sind, wobei auch „best practice“ Protokolle keine eindeutigen Anweisungen dazu liefern (z. B. Garaffa et al., 2019).

Im Allgemeinen halten es Logopäd:innen in Deutschland für sehr wichtig, zwischen einer tatsächlichen Sprachentwicklungsstörung (d. h. SES) und schwacher sprachlicher Leistungen aufgrund begrenzter Exposition zur Gesellschaftssprache zu unterscheiden. Allerdings stellen die Rückmeldungen der Teilnehmer:innen in Frage, ob im Rahmen der mehrsprachigen Sprachentwicklung eine strikte Unterscheidung immer notwendig oder unter den aktuellen Bedingungen überhaupt adäquat möglich ist. Diese Differentialdiagnostik scheint nicht immer adäquat möglich, da eine Vielzahl an Hürden eine sichere Diagnosestellung erschwert (s. Abschnitt 5.2). Tatsächlich stellen die Antworten der Teilnehmer:innen aber in Frage, ob diese strikte Unterscheidung überhaupt immer zwingend notwendig ist, denn viele Logopäd:innen gaben an, dass eine Überidentifikation und die daraufhin eingeleitete therapeutische Intervention im Sinne der Sprachförderung den Kontakt eines mehrsprachigen Kindes zur deutschen Sprache erhöhen und somit zum erfolgreichen Zweitspracherwerb beiträgt. Dennoch benennen Teilnehmer:innen negative Auswirkungen auf das Kind, das familiäre Umfeld und auch auf das Gesundheitssystem als Folgen von Fehldiagnosen, wobei es scheint, dass die Folgen einer Unteridentifikation einer SES bei mehrsprachigen Kindern als schwerwiegender wahrgenommen werden (s. Abschnitt 4.3: negative Auswirkungen auf die soziale, emotionale und interaktionelle Entwicklung sowie eingeschränkte Berufsaussichten). Die Folgen einer Überidentifikation hingegen (bspw. das Risiko, die Familiensprache zu verlieren, in ihrem Erwerb zu stagnieren oder sie unvollständig zu erwerben; Restrepo, 2003, und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Entwicklung der kulturellen Identität von mehrsprachigen Kindern; Bucholtz & Hall, 2004) scheinen dabei oft in Kauf genommen zu werden. Dies könnte u. a. darin begründet sein, dass sich sowohl Eltern als auch Therapeut:innen oft unter Druck gesetzt fühlen, die Gesellschaftssprache zu priorisieren, um das Kind optimal auf die Schule vorzubereiten und schulischem Versagen so vorzubeugen (Jordaan, 2008).

5.1 Vom Sprachhintergrund abhängige Effekte

Es stellte sich heraus, dass der Umstand, dass Teilnehmer:innen selbst mehr als eine Sprache auf familiensprachlichem Niveau sprechen konnten, einen Einfluss auf ihre Herangehensweise an die Bewertung der sprachlichen Kompetenzen mehrsprachiger Kinder hat. Diesbezüglich könnte die Hypothese aufgestellt werden, dass der persönliche mehrsprachige Sprachhintergrund von Logopäd:innen mit der Gewohnheit, vermehrt über sprachübergreifende Phänomene und die potenzielle Interaktion zwischen verschiedenen Sprachen nachzudenken, verbunden ist. Diese konsequente metasprachliche Auseinandersetzung mit der eigenen Mehrsprachigkeit könnte in der Folge das Bewusstsein dieser Logopäd:innen für die Bedeutung der Untersuchung der Sprachkompetenz von mehrsprachigen Kindern in allen ihren Sprachen erhöhen. Um an der Mehrsprachigkeit orientierte Vorgehensweisen in der Logopädie zu erhöhen, könnte daher angedacht werden, mehr Sprecher:innen von Minderheitensprachen für den Beruf der Logopädie zu gewinnen. Papoutsis Kritikos (2003) weist allerdings darauf hin, dass auch Logopäd:innen, die eine Minderheitensprache sprechen, im Rahmen ihrer täglichen therapeutischen Praxis mehrsprachige Kinder behandeln, die wiederum andere Sprachen sprechen. Es ist daher nicht anzunehmen, dass die Rekrutierung mehrsprachiger Berufsanwärter:innen die alleinige Lösung wäre. Roseberry-McKibbin et al. (2005) zeigten, dass Logopäd:innen, in deren Ausbildung die Beurteilung der sprachlichen Kompetenzen von mehrsprachigen ein größerer Stellenwert beigemessen worden war, einen größeren Mangel an angemessenen Testverfahren wahrnahmen. Es scheint also, dass die frühzeitige Auseinandersetzung mit Mehrsprachigkeit das Bewusstsein für die Schwierigkeiten bei der Diagnostik und Therapie dieser Patient:innengruppe erhöht, wenn-

gleich weitere Schritte erforderlich sind, um dieses Bewusstsein in der täglichen klinischen Praxis zu etablieren.

5.2 Diskrepanz zwischen theoretischem Wissen und klinischer Praxis

Das Bewusstsein für mehrsprachige Ansätze und mehrsprachig orientierte Einstellungen unter Logopäd:innen in Deutschland scheint weit verbreitet. Die Mehrheit möchte dazu neue und geeignete Verfahren einsetzen. Es scheint allerdings Hindernisse zu geben, die die Anwendung solcher Materialien und Techniken erschweren. Ein möglicher Grund könnte sowohl die Tatsache sein, dass die gegenwärtig verfügbaren Materialien oft nur für eine kleine Anzahl von Kindern in Behandlung eines/r Therapeut:in anwendbar und/oder nicht erschwinglich sind, als auch dass darüber hinaus die erforderliche manuelle Auswertung der Antworten der Kinder in ihrer Familiensprache voraussetzt, dass der/die Therapeut:in die jeweilige Familiensprache beurteilen kann. Die Diskrepanz zwischen dem hohen Wissensstand von Logopäd:innen und der geringen Nutzung von Diagnostik- und Screeningmaterialien für mehrsprachige Kinder könnte daher durch den hohen Bedarf an Ressourcen der Therapeut:innen (Zeit und Material) erklärt werden, die für eine adäquate Diagnosestellung bzw. die Therapie von mehrsprachigen Kindern erforderlich wären.

6 Fazit

Unter Logopäd:innen in Deutschland besteht ein großes Bewusstsein für das Thema Mehrsprachigkeit. Einsprachige Praktiken sind aber nach wie vor weit verbreitet (vgl. Scharff Rethfeldt, 2016). Mehrsprachige Ansätze für Diagnostik bzw. Screening und Therapie sollten weiterentwickelt werden, um sie anwendbarer zu gestalten. Gleichzeitig muss der Umgang mit den existierenden Verfahren während der Ausbildung erlernt werden, denn sowohl die eigene mehrsprachige Erfahrung als auch Erfahrung in der Arbeit mit mehrsprachigen Kindern (Bloder et al., 2021) erwiesen sich als große Einflussfaktoren. Auch wenn die gesamte Bandbreite der kulturellen und sprachlichen Vielfalt, die unter mehrsprachigen Kindern existiert, nicht in Studium/Ausbildung dargestellt werden kann, können repräsentative Beispiele gegeben werden, sodass angehende Logopäd:innen ein Bewusstsein für sprachliche Vielfalt entwickeln und den Umgang mit verschiedenen kulturellen Kontexten, sprachlichen Repertoires und kulturellen Sprachstilen erlernen können (vgl. De Lamo White & Jin, 2011).

Danksagung

Wir danken den beiden deutschen Berufsverbänden, dem Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), dem Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) sowie der Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachentwicklungsstörungen im deutschsprachigen Raum e.V. (GISKID) für die Werbung für unsere Umfrage unter ihren Mitgliedern. Darüber hinaus möchten wir uns bei allen anonymen Teilnehmer:innen sowie den Beteiligten der Pilotphase für ihr hilfreiches Feedback bedanken. Für dieses Projekt wurden im Rahmen der Marie-Skłodowska Curie-Finanzhilfvereinbarung Nr. 765556 Fördermittel aus dem Programm der Europäischen Union für Forschung und Innovation „Horizon2020“ bereitgestellt.

7 Referenzen

- Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung (2022). *Bildung in Deutschland 2022. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zum Bildungspersonal*. Online verfügbar: <https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2022/pdf-dateien-2022/bildungsbericht-2022.pdf> (zuletzt abgerufen am 22.12.2022).
- Bonifacci, P., Mari, R., Gabbianelli, L., Ferraguti, E. & Porrelli, M. (2016). Sequential bilingualism and Specific Language Impairment: The Italian version of ALDeQ Parental Questionnaire. *Applied Psychology Bulletin*, 64(275), 50-63.
- Bucholtz, M., & Hall, K. (2004). Language and identity. In A. Duranti (Hrsg.). *A companion to linguistic anthropology* (pp. 369-394). Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Carroll, S. E. (2017). Exposure and input in bilingual development. *Bilingualism: Language and Cognition*, 20(1), 3-16. doi: 10.1017/S1366728915000863
- COST Action IS0804 (2011). *Questionnaire for Parents of Bilingual Children (PABIQ)*. <http://www.bi-sli.org> (zuletzt abgerufen am 12.12.2022).
- De Lamo White, C., & Jin, L. (2011). Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(6), 613-627. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00049.x

- Garraffa, M., Vender, M., Sorace, A., & Guasti, M. T. (2019). *Is it possible to differentiate multilingual children and children with Developmental Language Disorder?* <https://api.repository.cam.ac.uk/server/api/core/bitstreams/2cabf91b-6c5b-40b5-b640-4b5ddcca582c/content> (zuletzt abgerufen am 04.05.2023).
- Grimm, A. & Schulz, P. (2014). Specific Language Impairment and Early Second Language Acquisition: The Risk of Over- and Underdiagnosis. *Child Indicators Research*, 7(4), 821-841. doi: 10.1007/s12187-013-9230-6
- Jordaan H. (2008). Clinical intervention for bilingual children: an international survey. *Folia phoniatica et logopaedica: official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 60(2), 97-105.
- Kehoe, M. (2009). Plurilinguisme et logopédie: Les défis de l'évaluation. *Revue de l'Association Romande*, 44.
- Lüke, C. & Ritterfeld, U. (2011). Mehrsprachige Kinder in sprachtherapeutischer Behandlung: Eine Bestandsaufnahme. *Heilpädagogische Forschung*, XXXVII (4), 188-197.
- Mennen, I. & Stansfield, J. (2006). Speech and language therapy service delivery for bilingual children: a survey of three cities in Great Britain. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(6), 635-652.
- Oller, D. K., Pearson, B. Z. & Cobo-Lewis, A. B. (2007). Profile effects in early bilingual language and literacy. *Applied Psycholinguistics*, 28(2), 191-230. doi: 10.1017/S0142716407070117
- Papoutsis Kritikos, E. (2003). Speech-language pathologists' beliefs about language assessment of bilingual/bicultural individuals. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 73-91.
- Paradis, J. (2005). Grammatical Morphology in Children Learning English as a Second Language. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36(3), 172-187. doi: 10.1044/0161-1461(2005/019)
- Paradis, J. (2011). Individual differences in child English second language acquisition: Comparing child-internal and child-external factors. *Linguistic approaches to bilingualism*, 1(3), 213-237.
- Paradis, J., Genesee, F. & Crago, M. B. (2021). *Dual language development and disorders. A handbook on bilingualism and second language learning*, 3.
- Restrepo, M. A. (2003). Spanish language skills in bilingual children with specific language impairment. In S. Montrul & F. Ordoñez (Hrsg.). *Linguistic theory and language development in Hispanic languages. Papers from the 5th Hispanic Linguistics Symposium and the 4th Conference on the Acquisition of Spanish and Portuguese* (pp. 365-374). Summerville, MA: Cascadia Press.
- Roseberry-McKibbin, C., Brice, A., & O'Hanlon L. (2005). Serving English language learners in public school settings: a national survey. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36(1), 48-61.
- Scharff Rethfeldt, W. (2016). Kultursensible logopädische Versorgung in der Krise – zur Relevanz sozialer Evidenz. *Forum Logopädie*, 30, 38-43.
- Scharff Rethfeldt, W. (2017). Logopädische Versorgungssituation mehrsprachiger Kinder mit Sprachentwicklungsstörung. *Forum Logopädie*, 4(31), 24-31.
- Scharff Rethfeldt, W. (2019). Speech and Language Therapy Services for Multilingual Children with Migration Background: a Cross-Sectional Survey in Germany. *Folia Phoniatica Et Logopaedica: Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 71 (2-3), 116-126. doi: 10.1159/000495565
- Stankova, M., Rodríguez-Ortiz, I. R., Matić, A., Levickis, P., Lyons, R., Messarra, C., Kouba Hreich, E., Vulchanova, M., Vulchanov, V., Czaplewska, E., Ringblom, N., Hansson, K., Håkansson, G., Jalali-Moghadam, N., Dionissieva, K., Günhan Senol, N. E. & Law, J. (2021). Cultural and Linguistic Practice with Children with Developmental Language Disorder: Findings from an International Practitioner Survey. *Folia Phoniatica Et Logopaedica: Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 73 (6), 465-477. doi:10.1159/000511903
- Statistisches Bundesamt (2021). *Studienverlaufsstatistik 2020*. Statistisches Bundesamt.
- Unsworth, S. (2016). Quantity and quality of language input in bilingual language development. In E. Nicoladis & S. Montanari (Eds.). *Bilingualism across the lifespan: Factors moderating language proficiency*, 103-121. American Psychological Association. doi: 10.1037/14939-007
- Williams, C. J. & McLeod, S. (2012). Speech-language pathologists' assessment and intervention practices with multilingual children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (3), 292-305. doi: 10.3109/17549507.2011.636071

Zu den Autorinnen

Theresa Sophie Bloder hat Logopädie an der FH JOANNEUM Graz studiert. Im Anschluss daran praktizierte sie zunächst als Logopädin, bevor sie 2018 ihr Masterstudium in „Languages Sciences“ (mit Spezialisierung auf Sprachentwicklung) am University College London, UK, absolvierte. Zwischen 2018 und 2022 arbeitete sie als „Early Career Researcher“ und Doktorandin im EU-finanzierten Projekt „MultiMind - the Multilingual Mind“. An der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt nutzt sie Elektroenzephalographie (EEG) zur Erforschung der Zusammenhänge zwischen mehrsprachiger kindlicher Sprachentwicklung und den der Sprachwahrnehmung zugrunde liegenden neuronalen Prozessen.

Maren Rebecca Eikerling hat Klinische Linguistik an der Universität Bielefeld studiert und in einer logopädischen Praxis gearbeitet, bevor sie im EU-finanzierten „MultiMind“ Projekt am IRCCS Medea (Forschungsinstitut angeschlossen an ein Krankenhaus) in Bosisio Parini, Italien und der Universität Mailand-Bicocca promovierte. Derzeit arbeitet sie als Post-Doc im Projekt „Sprach-Netz Digitales Netzwerk Sprache, Bildung, Förderung“ an der Universität Halle-Wittenberg und setzt sie sich mit digitalen Ressourcen zur interdisziplinären Vernetzung von den Berufsgruppen auseinander, die sich mit kindlicher Sprachentwicklung und ihren Störungen beschäftigen.

Tanja Rinker hat die Professur für Deutsch als Fremdsprache / Didaktik des Deutschen als Zweitsprache an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt inne. An den Universitäten Tübingen und Konstanz hat sie gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen Mehrsprachigkeitszentren gegründet, die unter anderem den Forschung-Praxis-Transfer zum Ziel haben. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die mehrsprachige Sprachentwicklung, Diagnostik und Sprachförderung in verschiedenen Bildungskontexten.

Maria Luisa Lorusso ist Leiterin der Abteilung für Neuropsychologie von Lern- und Sprachstörungen am wissenschaftlichen Institut IRCCS Medea in Bosisio Parini, Italien, wo sie sowohl klinisch als auch in der Forschung tätig ist. Sie schloss ihr Studium der allgemeinen und experimentellen Psychologie in Padua (1990) und der klinischen Linguistik in Groningen (2001) ab, wo sie 2006 auch ihren Dokortitel in Entwicklungsneuropsychologie erhielt. Ihr Interesse gilt vor allem den Lese- und Sprachstörungen bei Kindern, deren Ätiologie und Behebung sowie dem Einsatz neuer Technologien.

Korrespondenzadresse

Theresa Bloder
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Sprach- und Literaturwissenschaftliche Fakultät
Professur für Deutsch als Zweitsprache
Universitätsallee 1
85072 Eichstätt
E-Mail: theresa.bloder@ku.de