

Diagnostische Praxis bei mehrsprachigen Kindern

Eine Umfrage unter Therapeuten zur Entscheidung über den Therapiebedarf mehrsprachiger Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten

Yara Wintruff, Achiropita Orlando, Maïke Gumpert

ZUSAMMENFASSUNG. Bei mehrsprachigen Kindern stellt die Differenzierung zwischen einer therapiebedürftigen Spezifischen Sprachentwicklungsstörung und einem pädagogischen Förderbedarf eine Herausforderung für Logopäden und Sprachtherapeuten dar. Mittels einer Online-Umfrage wurden bundesweit 258 Therapeuten zu ihrem diagnostischen Vorgehen bei mehrsprachigen Kindern befragt. Besonders interessierte dabei, welche Ergebnisse bzw. Informationen differenzialdiagnostisch genutzt und welche Verbesserungsmöglichkeiten für den diagnostischen Prozess gesehen werden. Insbesondere die Befundung der nicht-deutschen Sprache stellt eine Herausforderung in der Praxis dar. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass ein Theorie-Praxis-Transfer zwar stattfindet, Hilfestellungen aus der Mehrsprachigkeitsforschung jedoch nur zum Teil angewendet werden und insgesamt deutlicher Optimierungsbedarf im diagnostischen Prozess besteht.

Schlüsselwörter: Differenzialdiagnostik – mehrsprachige Kinder – Sprachförderbedarf – Spezifische Sprachentwicklungsstörung

Einleitung

In Deutschland wächst mittlerweile fast jedes vierte Kind mit mehr als einer Sprache auf (Rothweiler 2007, 256). Sprachtherapeuten sehen sich zunehmend damit konfrontiert, die sprachlichen Fähigkeiten dieser Kinder zu bewerten. Dies ist in der Praxis jedoch mit mannigfaltigen Schwierigkeiten verbunden: Es muss unterschieden werden, ob bei einem mehrsprachigen Kind eine Spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES) oder sprachliche Auffälligkeiten als Ausdruck von Variationen des ungestörten kindlichen Erwerbs mehrerer Sprachen vorliegen (Kroffke 2007).

Diese Diagnosestellung hat sowohl für das Individuum und sein Umfeld als auch für die Kostenträger im Gesundheitswesen beträchtliche Konsequenzen. Sie entscheidet darüber, ob das Kind – wie im Falle einer SSES – zukünftig individuell sprachtherapeutisch behandelt wird, oder – wie im Falle ungünstiger Erwerbsbedingungen – pädagogische (vor-)schulische Sprachfördermaßnahmen erhält und damit hinsichtlich dieser Leistungen aus dem Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fällt.

Eine falsch negative Diagnose („missed identity“, Paradis 2005), bei der sprachliche Auffälligkeiten fälschlicher Weise auf ungünstige Erwerbsbedingungen wie mangelnden Input im Deutschen zurückgeführt

werden, kann die Entwicklungschancen eines Kindes deutlich beeinträchtigen. In diesem Fall erhielte ein Kind mit einer SSES eine (unspezifische) Förderung, jedoch nicht die notwendige, individuell auf seinen Entwicklungsstand zugeschnittene und von Sprachtherapeuten durchgeführte Einzeltherapie (Grimm 2003).

Bei einer falsch positiven Diagnose („mistaken identity“, Paradis 2005) wird bei einem Kind mit ausschließlich sprachlichem Förderbedarf fälschlicherweise eine therapeutische Indikation gestellt. Dies führt nicht nur zu einer Fehlallokation von Expertise und finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen, sondern ist unter Umständen für das Kind und seine Umwelt auch mit den psychosozialen Folgen einer ungerechtfertigten Pathologisierung und damit einhergehender Stigmatisierung verbunden.

Die Vermutung, dass Auffälligkeiten bei mehrsprachigen Kindern mit SSES häufig als „typisch“ für Zweitsprachler bewertet werden und die Störung erst sehr spät – wenn überhaupt – als solche erkannt wird, wird für Deutschland durch den Umstand erhärtet, dass mehrsprachige Schüler an Sprachheilschulen unterrepräsentiert sind (Moser 2007, 108).

Yara Wintruff, BSc, studierte Betriebswirtschaftslehre und Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Mannheim. Nach mehrjähriger Tätigkeit in der Personal- und Organisationsentwicklung absolvierte sie den Studiengang Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein. Sie ist heute in eigener Praxis in Kronberg tätig.



Achiropita Orlando, BSc, ist sukzessiv-bilingual italienisch-deutsch aufgewachsen. Sie studierte von 2005 bis 2009 Logopädie an der Hochschule Fresenius in Idstein. Seitdem ist sie in einer logopädischen Praxis in Idstein mit dem Schwerpunkt Kindersprache tätig.



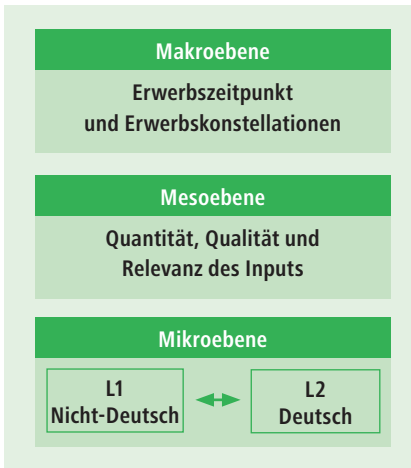
Maïke Gumpert, MSc, absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin in Münster und war anschließend in logopädischen Praxen tätig. Nach einem Bachelor in Logopädie schloss sie im Februar 2010 den berufsbegleitenden Master-Studiengang Therapiewissenschaft an der Hochschule Fresenius in Idstein ab. Seit 2007 ist sie dort auch wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Logopädie.



Diagnostisches Vorgehen bei mehrsprachigen Kindern

Wie kann jedoch bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder entschieden werden, welcher Art die sprachlichen Schwierigkeiten sind? Auch wenn hinsichtlich vieler Fragen noch Unsicherheiten bestehen, existieren mittlerweile diverse Vorschläge zu relevanten diagnostischen Aspekten, die an dieser Stelle kurz skizziert werden. Basierend auf Kracht (2000) wird der diagnostische Prozess in drei Ebenen gegliedert (Makro-, Meso-, Mikro-

■ **Abb. 1: Diagnostische Analyseebenen**



bene) (Abb. 1). Dabei steht das mehrsprachige Individuum mit seinen individuellen Voraussetzungen und Lebensbedingungen im Mittelpunkt.

Im Folgenden werden unabhängig von der Erwerbskonstellation die nichtdeutsche Sprache als L1 und die deutsche Sprache als L2 bezeichnet und die Begriffe „Bilingualität“ und „Mehrsprachigkeit“ synonym verwendet.

Biografische Analyse (Makroebene)

Die biografische Analyse (Makroebene, Kracht 2000) verfolgt das Ziel einer Rekonstruktion der Sprachentwicklung und der Erfassung der lebensweltlichen Bedingungen des Kindes. Im Kontext von Mehrsprachigkeit erfolgt die Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes u.a. vor dem Hintergrund des Erwerbszeitpunktes, wobei drei Erwerbstypen unterschieden werden (Abb. 2).

Die Einteilung in Erwerbstypen basiert auf der Annahme von kritischen Zeitfenstern im Spracherwerb. Der Zeitpunkt des Erwerbsbeginns gilt als ein entscheidender Faktor für den Verlauf und Erfolg des L2-Erwerbs (Kracht & Rothweiler 2003, 192) und bildet die Grundlage für die Wahl des linguistischen Bezugsmodells (monolingual vs. Zweitspracherwerb) für die Interpretation der sprachlichen Fähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes. So ist z.B. der Grammatikerwerb in Bezug auf Verbstellung und Verbflexion bei früh-sukzessiver Bilingualität in Erfolg und

Verlauf mit dem monolingualen Erwerb vergleichbar und zeigt erst ab einem Erwerbsbeginn um das Schulalter zunehmend, bei zumeist höherem Erwerbstempo, qualitativ Parallelen zum Zweitspracherwerb Erwachsener (Chilla et al. 2010, Thoma & Tracy 2007, Haberzettl 2005).

Für die Erhebung der Makroebene eignet sich eine Anamnese, die idealerweise als Gespräch mit den Eltern oder anderen mit dem Kind vertrauten Personen geführt wird (Kroffke 2007). Vorschläge zum Vorgehen bzw. zu anamnestisch relevanten Themen für mehrsprachige Kinder machen u.a. Chilla (in Vorb.) oder Scharff Rethfeldt (2005). Bei Jedik (2006) finden sich in unterschiedliche Sprachen übersetzte Anamnesefragen, die die Informationsgewinnung erleichtern, wenn der Gesprächspartner über eingeschränkte Deutschkenntnisse verfügt (vgl. Tab. 1, S. 9).

Analyse des sprachlichen Handelns (Mesoebene)

Der Erwerbsverlauf und -erfolg wird neben dem Erwerbsalter von einer Reihe weiterer Faktoren beeinflusst. Hierzu zählen das sprachliche Handeln bzw. die Erfahrungen, die das Kind mit seinen Sprachen macht bzw. gemacht hat (Kracht 2000, 396). Bei der Analyse des sprachlichen Handelns (Mesoebene, Kracht 2000) kann die Frage leitend sein: „Wer spricht wann was mit wem wie und wie häufig?“. So können die Situations- und Personenbezogenheit des sprachlichen Handelns beleuchtet und anhand der Beschreibungen der Sprachlernerfahrungen des Kindes Hinweise für die Qualität und Quantität des Inputs in den jeweiligen Sprachen abgeleitet werden. Weiterhin gilt es, die lebensweltliche Relevanz und Wertschätzung der Sprachen des Kindes durch das Umfeld, aber auch durch das Kind selbst zu erfragen (Rothweiler 2004, 172).

Die Mesoebene kann im Rahmen eines Gesprächs mit den Eltern oder dem Kind selbst, aber auch durch gezielte Beobachtung des sprachlichen Handelns des Kindes und seiner Umwelt eingeschätzt werden. Weiterhin kann das sprachliche Handeln des Kindes im Kindergarten durch die betreuenden Erzieher beleuchtet werden (Chilla et al. 2010, Ulich

& Mayr 2003), um ein möglichst umfangreiches Bild der Sprachlernerfahrungen zu erhalten (vgl. Tab. 1).

Analyse des verwendeten Sprachsystems (Mikroebene)

Als weiterer Schritt der Beurteilung sprachlicher Auffälligkeiten mehrsprachiger Kinder erfolgt die sprachsystematische Analyse auf allen sprachlichen Ebenen (Mikroebene, Kracht 2000). Vor dem Hintergrund, dass sich eine SSES in allen Sprachen eines Kindes ausprägen muss (Håkansson et al. 2003, Paradis et al. 2003), erfolgt die Analyse des Sprachsystems für alle Sprachen, um eine Aussage über die Art der sprachlichen Auffälligkeiten des Kindes treffen zu können (Rothweiler 2004, 171).

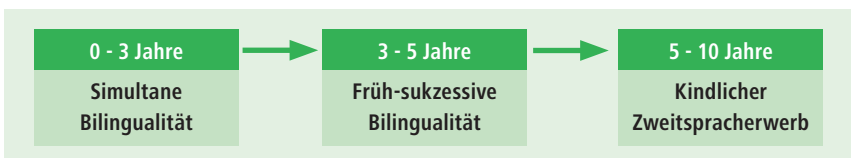
Dabei gilt zu berücksichtigen, dass es im bilingualen Erwerb zu sprachsystematisch, sozial-pragmatisch oder situativ bedingten Sprachkontaktphänomenen kommen kann wie z.B. der Übertragung eines Regelsystems von einer Sprache in die andere („Transfer“), sowie intra- und intersententialen Sprachmischungen („Code Mixing“ bzw. „Code Switching“). Solche Mischphänomene gelten als sprachliche Ressource und Ausdruck der pragmatischen und sozialen Kompetenz des mehrsprachigen Kindes (Genesee et al. 2004).

Bewertung der nicht-deutschen Sprache L1

Für die Analyse der L1 existieren nur wenige Verfahren, die eine Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten durch einen L1-Unkundigen vorsehen (vgl. Tab. 2). Jedoch fehlen solchen Verfahren häufig eine ausreichende psycholinguistische Fundierung, ein explizierter Erwerbsmodellbezug und die Erfüllung test-theoretischer Standards, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht und vor dem Hintergrund der Makro- und Mesoebene zu interpretieren sind. Darüber hinaus liegen für viele Erst- und Familiensprachen (z.B. Urdu oder Vietnamesisch) keinerlei Erkenntnisse über den monolingual unauffälligen oder gestörten Erwerbsverlauf vor (Kroffke 2007, 257), geschweige denn existieren entsprechende Testverfahren. Selbst wenn für den monolingualen L1-Erwerb konzipierte Verfahren zur Verfügung stehen, gilt es zu berücksichtigen, dass Sprachen in der Migration spezifischen Veränderungen unterliegen (z.B. „Immigrant Turkish“, Chilla et al. 2010), weshalb die monolinguale Bezugsnorm nicht unreflektiert anwendbar ist.

Für die Diagnostik bedeutet dies, dass für eine Analyse und Beurteilung der L1 aufgrund überwiegend fehlender Testverfahren einerseits Experten der jeweiligen Sprachen

■ **Abb. 2: Formen mehrsprachigen Erwerbs (Erwerbstypen, Rothweiler & Kroffke 2006)**



z.B. zur Interpretation von Spontansprachproben hinzugezogen werden müssen und andererseits Informationen aus dem Anamnesegespräch mit den Familienangehörigen eine wesentliche Basis bilden.

Bewertung der deutschen Sprache L2

Ebenso wie für die L1 gilt für die Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten im Deutschen eine Orientierung am mehrsprachigen Individuum. Zielführend kann eine Bezugnahme auf Spontansprachdaten und insbesondere auf die Fähigkeiten auf der morpho-syntaktischen Ebene sein. Eine SSES führt bei simultan bzw. früh-sukzessiv bilingualen Kindern zu denselben morpho-syntaktischen Abweichungen wie bei monolingualen Kindern in den jeweiligen Sprachen (u.a. *Salameh et al. 2004*, *Paradis et al. 2003*). Für das Deutsche können z.B. die Feststellung von quantitativen und qualitativen Abweichungen im Erwerb der Satzstruktur und des Verbflexionsparadigmas bei simultan und früh-sukzessiv bilingualen Kindern erste Hinweise auf das Vorliegen einer SSES geben (*Chilla et al. 2010*, 88ff).

Für die semantisch-lexikalische Ebene deuten die wenigen internationalen Arbeiten darauf hin, dass die Auffälligkeiten in allen Sprachen dieselben Aspekte betreffen (v.a. Wortfindung, Erwerbsmechanismen) und denen monolingualer Kinder mit SSES ähneln (*Bedore & Peña 2008*). Ein verzögerter Beginn der verbalen Phase und ein verlangsamer Lexikonaufbau – eine sogenannte „Late Talker“-Vergangenheit – werden auch bei mehrsprachigen Kindern als mögliche Risikofaktoren einer SSES diskutiert (*Kracht 2007*, 442; vgl. auch *Kreutzmann & Hecking 2011* in diesem Heft).

Darüber hinaus hat sich ein eingeschränktes phonologisches Arbeitsgedächtnis als zuverlässiger Indikator für eine SSES erwiesen (*Girbau & Schwartz 2008*, 126), weshalb Untertests zur phonologischen Diskriminierung und auditiven Verarbeitung den diagnostischen Prozess ergänzen können (*Chilla et al. 2010*, 108).

In Bezug auf die phonetisch-phonologische Ebene zeigt sich, dass phonetische Störungen meist alle Sprachen betreffen (*Ünsal & Fox 2002*). Darüber hinaus lassen sich bei mehrsprachigen Kindern häufig Transferprozesse beobachten, die die Diagnosestellung trotz konkreter Hilfestellungen zum diagnostischen Vorgehen (*Goldstein & Fabiano 2007*) erschweren.

Zusammenfassend basiert die Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes auf einer umfassenden und individuumszentrierten Erhebung (*Chilla et*

al. 2010, 101) auf der Grundlage von Anamnese, Beobachtung und Untersuchung. Die Ergebnisse auf Makro-, Meso- und Mikroebene werden vor dem Hintergrund der fachlichen Expertise des Therapeuten und des im individuellen Fall angemessenen Erwerbsmodells interpretiert. Mit der notwendigen Sensibilität lassen sich bei einem solchen Vorgehen auf mehreren diagnostischen Ebenen Schlüsse für die Diagnose und weitere notwendige Interventionen ableiten.

Diagnostisches Vorgehen in der Praxis – eine Umfrage

Vor dem Hintergrund der Relevanz einer Differenzialdiagnose einerseits und den damit verbundenen Herausforderungen andererseits stellt sich die Frage, wie in der Praxis im diagnostischen Prozess bei mehrsprachigen Kindern vorgegangen wird. Bisherige Umfragen zeigen, dass hierbei große Unsicherheiten bestehen und überwiegend eine monolinguale Betrachtungsweise erfolgt (*Triarchi-Herrmann 2009*, *Lengyel 2001*).

Ziel und Fragestellungen

Durch die Erfassung des Status quo der sprachtherapeutischen diagnostischen Praxis bei kindlicher Mehrsprachigkeit soll das Potenzial zu deren Qualitätssteigerung eingegrenzt und näher bestimmt werden. Dabei war insbesondere von Interesse, welche diagnostischen Methoden die Therapeuten bei der Sprachentwicklungsdiagnostik mehrsprachiger Kinder einsetzen und wie dabei Therapiebedarf von sprachpädagogischem Förderbedarf abgegrenzt wird. Zusätzlich galt es herauszufinden, was aus Sicht der Praxis die größten Herausforderungen und Probleme bei der Differenzialdiagnostik sind und welche Verbesserungsvorschläge und Wünsche Therapeuten im Hinblick auf Forschung und Ausbildung haben.

Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde im März 2009 eine anonymisierte, internet-basierte Befragung in Deutschland tätiger Sprachtherapeuten und Logopäden durchgeführt.

Teilnehmer

Insgesamt nahmen 258 mit der Diagnostik mehrsprachiger Kinder befasste Therapeuten an der Umfrage teil (Anteil der Logopäden 83%), die über Verbandszeitschriften und Webseiten (Rücklauf 2%) sowie über persönliche Anschreiben per E-Mail (Rücklauf

11%) beworben wurde. 80% der Befragten arbeiten in einer privaten Praxis, der Großteil ist deren Inhaber. Drei Viertel der Befragten blicken auf mindestens fünf Jahre Berufserfahrung zurück. Bei beinahe einem Drittel der Teilnehmer machen mehrsprachige Kinder mehr als die Hälfte der kindlichen Klientel aus. Die große Mehrheit der mehrsprachigen Patienten ist in den Altersgruppen „drei bis fünf Jahre“ (bei 90% der Teilnehmer) und „sechs bis elf Jahre“ (74%) zu finden.

Material und Durchführung

Der Fragebogen stand drei Wochen online und umfasste 30 Fragen mit einer Bearbeitungsdauer von 10 bis 15 Minuten. Die Konstruktion der Fragen erfolgte entlang der diagnostischen Parameter Makroebene, Mesoebene und Mikroebene. Außerdem wurde nach der Expertise der Therapeuten gefragt (z.B. Sprachkenntnisse, Weiterbildungen).

Für den Großteil der Fragen wurden Antwortalternativen, zum Teil auch mit der Möglichkeit einer Mehrfachauswahl, vorgegeben. Im Zusammenhang mit Themenbereichen, bei denen möglichst das ganze Spektrum unterschiedlicher Einschätzungen und Ideen erfasst werden und die Teilnehmer in ihrem Antwortverhalten möglichst wenig beeinflusst werden sollten, wurde das Antwortformat „offene Fragen“ gewählt. Die durch geschlossene Fragen erhobenen Daten wurden quantitativ-deskriptiv ausgewertet. Die Antworten zu den offenen Fragen wurden unter Anwendung qualitativer Auswertungstechniken (*Mayring 1988*) zusammengefasst.

Ergebnisse

Expertise der Teilnehmer

Bei 80% der Befragten ist das Thema Mehrsprachigkeit nur „sehr wenig“ oder „überhaupt nicht“ in der Ausbildung bzw. im Studium berücksichtigt worden, und nur 3% der Studienteilnehmer fühlen sich durch ihre Berufsausbildung „umfassend vorbereitet“. Weiterführende bzw. zusätzliche Fortbildungen oder Veranstaltungen zum Thema Mehrsprachigkeit besuchten 40% der Befragten. Bezogen auf die Sprachkenntnisse der Therapeuten sind nur in Einzelfällen Kenntnisse der von den Patienten gesprochenen Sprachen vorhanden. So verfügt ein Drittel der Befragten zwar über diagnostisch einsetzbare L1-Kenntnisse, dabei handelt es sich mit Englisch (25%) und Französisch (5%) jedoch um Sprachen, die bei nur 5 bis 7% ihrer mehrsprachigen Patienten vertreten sind. Demgegenüber betreuen 77% der Befragten häufig türkisch-deutsche Patienten. Türkisch wird jedoch nur von 4% der befragten Therapeu-

ten gesprochen und weitere häufig vertretene Patientensprachen wie Russisch, Polnisch und Arabisch werden kaum (0,8 bis 2 %) bis gar nicht beherrscht.

Erfassung der Makro- und Mesebene

Die Anamneseerhebung ist im Kontext von Mehrsprachigkeit vor allem dadurch erschwert, dass die Gesprächspartner über

eingeschränkte Deutschkenntnisse verfügen. 69 % der befragten Therapeuten behelfen sich in solchen Fällen mit den Übersetzungen ad-hoc dolmetschender Angehöriger. Auf professionelle Dolmetscher wird von jedem zehnten Teilnehmer zurückgegriffen. Jeder fünfte Therapeut hat die Möglichkeit, bei einigen Familiensprachen die Hilfe mehrsprachiger Kollegen in Anspruch zu nehmen.

40 % der Befragten setzen zur Unterstützung des Gesprächs mit den Angehörigen Elternfragebögen in deren Muttersprache ein, wobei die Fragebögen des *CPLOL* (n.d.) am weitesten verbreitet sind (23 %). Die mehrsprachigen Anamnesebögen von *Jedik* (2006) werden von 12 % verwendet. Zur Beurteilung des sprachlichen Verhaltens im Kindergarten wird von 5 % der Teilnehmer

■ **Tab. 1: Instrumente zur Erhebung von Informationen v.a. auf der Makro- und Mesebene**

| Verfahren | Sprachen | Ziel |
|--|---|---|
| Diagnostikum für türkisch-deutsch bilinguale Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen: BiISES (Chilla in Vorb.) | Deutsch, Türkisch | Leitfragen für ein strukturiertes Gespräch mit Eltern und Erziehern zur Erfassung der Sprachentwicklung und der Sprachgebrauchssituation |
| Questionnaire on speech and language development (CPLOL n.d.) | Deutsch, Englisch, Dänisch, Estnisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Portugiesisch, Russisch, Türkisch | Geschlossene Fragen v.a. zur sprachlichen Entwicklung und den sprachlichen Fähigkeiten im Alter von 18-20, 30 und 54 Monaten |
| Anamnesebogen für zweisprachige Kinder (Jedik 2006) | Deutsch, Türkisch, Italienisch, Spanisch, Arabisch, Französisch, Russisch, Polnisch, Griechisch, Serbokroatisch, Englisch | Schriftlich auszufüllender Fragebogen für Eltern zur Erfassung der Gesamtentwicklung, der Sprachentwicklung und der Sprachgebrauchssituation |
| Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen: SISMIC (Ulich & Mayr 2003) | sprachenunabhängig | Beobachtungsbogen für Erzieher zur Einschätzung des Sprachverhaltens inkl. Sprachlernmotivation, der sprachlichen Kompetenz im engeren Sinne, der Familiensprache des Kindes und der familiären Situation für Kinder im Alter von 3;6 bis 6 Jahren. |

■ **Tab. 2: Instrumente zur Erhebung von Informationen auf der Mikroebene in der nicht-deutschen Sprache mehrsprachiger Kinder**

| Verfahren | Sprache / Altersstufe | Ziel | Überprüfte Bereiche |
|--|--|--|--|
| Orientierende Überprüfung der muttersprachlichen Kompetenz Türkisch sprechender Kleinkinder – OPMUK-TA (Arbeitskreis Mehrsprachigkeit bei Kindern 2003) | Türkisch 3;6 bis 4;0 Jahre | Orientierende Überprüfung der Erstsprachfähigkeiten durch Türkisch sprechende Angehörige | Wortschatz, Oberbegriffe, Artikulation, Nachsprechen Sätze, Sprachverständnis für Aufforderungen |
| Cito Sprachtest: digitale Sprachstand-Feststellung bei 4- bis 7-jährigen Kindern (Konak & Duindam 2008) | Türkisch-Deutsch 4 bis 7 Jahre | Einschätzung der Erst- und Zweitsprachfähigkeiten durch deutschsprachige Fachperson | Wortschatz, kognitive Begriffe, phonologische Bewusstheit, Textverständnis |
| Sprache ist Leben auf Türkisch! (Kottmann 2006) | Türkisch 43. bis 48. Monat, 60. bis 64. Monat | Screening der Erstsprachfähigkeiten durch deutschsprachige Fachperson | Artikulation, Sprachverständnis, Satzbildung, Lautdifferenzierung, Redefluss, Phonation |
| Wiener Lautprüfverfahren für türkisch sprechende Kinder – WIELAU-T (Lammer & Kalmár 2004) | Türkisch Vorschul- und Pflichtschulalter | Erkennen von phonetischen und phonologischen Auffälligkeiten durch deutschsprachige Fachperson | Aussprache (ggf. grobes Wortschatz- und Wortfindungsscreening) |
| Türkisch-Artikulations-Test – TAT (Nas 2010) | Türkisch Kinder und ggf. Erwachsene | Erkennen von phonetischen und phonologischen Auffälligkeiten durch deutschsprachige Fachperson | Aussprache |
| Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstands Fünfjähriger – HAVAS 5 (Reich & Roth 2004) | Deutsch, Italienisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Spanisch, Türkisch 5 bis 7 Jahre | Einschätzung der Erst- und Zweitsprachfähigkeiten durch deutsch- und fremdsprachige Fachperson | Aussprache, Wortschatz, Grammatik, Pragmatik |
| Sprachbeurteilung durch Eltern: Kurztest für die U7 – SBE-2-KT. Fremdsprachige Versionen. (von Suchodoletz & Sachse n.d.) | zurzeit 26 Sprachen 21. bis 24. Monat | Elternfragebogen zur Früherkennung von Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen, Beurteilung der Erst- und Zweitsprachfähigkeiten | Wortschatz |
| Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern: SCREEMIK-2 (Wagner 2008) | Türkisch-Deutsch, Russisch-Deutsch 4;0 bis 5;11 Jahre | Screening der Erstsprachfähigkeiten durch deutschsprachige Fachperson | Aussprache, Wortschatz, Grammatik (nur Russisch-Deutsch) |

der Bogen „Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen“ (SISMIK, Ulich & Mayr 2003) eingesetzt.

Erfassung der Mikroebene

Befundung der nicht-deutschen Sprache L1

Insgesamt wird von 50% der Befragten eine Einschätzung des Sprachentwicklungsniveaus in der nicht-deutschen Sprache vorgenommen. Von diesen greift die Mehrheit der Therapeuten (95%) auf Informationen zurück, die im Anamnesegespräch mit den Angehörigen gewonnen werden. Explizite Testverfahren für deutsch-bilinguale Kinder wie das SCREEMIK-2 (Wagner 2008) werden nur in Einzelfällen eingesetzt ebenso wie Instrumente, die für die jeweilige L1 monolingual normiert wurden. Genannt werden hier insbesondere unterschiedliche englischsprachige Verfahren sowie ein türkisches Verfahren zur Ausspracheüberprüfung (Topbaş 2006). Elternfragebögen zur Einschätzung des Wortschatzes (MacArthur-Bates Communicative Development Inventories 2010) werden von 4% verwendet. 38% der Diagnostizierenden setzen selbst konstruierte bzw. selbst übersetzte Instrumente wie bilinguale Bilderbücher zur Elizitation von Sprache oder übersetztes L2-Testmaterial ein (u.a. Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder, Kiese-Himmel 2005).

Befundung der deutschen L2

Bei der Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten im Deutschen greift die überwiegende Mehrheit (86%) auf Tests für die Erfassung des Sprachentwicklungsniveaus monolingual deutscher Kinder zurück. 75% der Befragten geben an, alle oder bestimmte Tests gegenüber dem monolingualen Einsatz unverändert anzuwenden. Verfahren aus dem pädagogischen Bereich zur Beurteilung eines Förderbedarfs bzw. sprachlicher Fähigkeiten mehrsprachiger (Vor-)Schulkinder werden nur in wenigen Fällen eingesetzt (14%).

Entscheidung über die Therapiebedürftigkeit

Werden die Teilnehmer gebeten, aus einer Liste potenzieller Indikatoren für das Vorliegen einer SSES bei mehrsprachigen Kindern diejenigen auszuwählen, die nach ihrer Einschätzung alleine oder in Kombination auf eine Therapiebedürftigkeit hindeuten, wird am häufigsten (91%) das Kriterium „Auffälligkeiten in beiden Sprachen“ ausgewählt. Der Ausschluss von Beeinflussungsprozessen wird hingegen deutlich seltener als hilfreicher Indikator gesehen (48%, Tab. 3).

■ Tab. 3: Mögliche Hinweise auf eine Therapiebedürftigkeit bei mehrsprachigen Kindern

| Hinweise auf eine Therapiebedürftigkeit | Nennungen* |
|---|------------|
| Das Kind zeigt sowohl im Deutschen als auch in der nicht-deutschen Sprache Auffälligkeiten. | 91 % |
| Das Kind hat eine Late Talker-Vergangenheit in beiden Sprachen. | 74 % |
| Das Kind hat Schwierigkeiten, Nichtwörter korrekt nachzusprechen (eingeschränktes phonologisches/auditives Arbeitsgedächtnis). | 71 % |
| Das Kind hat eine eingeschränkte phonologische Bewusstheit. | 71 % |
| Die Auffälligkeiten in der L1 und/oder der L2 lassen sich <i>nicht</i> durch ein quantitativ bzw. qualitativ unzureichendes Sprachangebot erklären. | 70 % |
| <i>Bei einem Erwerbsbeginn bis zum 4. Lebensjahr:</i> Das Kind hat nach 8-20 Kontaktmonaten mit dem Deutschen wichtige morpho-syntaktische Meilensteine noch nicht erreicht (z.B. die Verbzweitstellung im Hauptsatz). | 61 % |
| Familienmitglieder des Kindes haben bzw. hatten ebenfalls Sprachschwierigkeiten. | 53 % |
| <i>Bei einem Erwerbsbeginn bis zum 4. Lebensjahr:</i> Das Kind zeigt morpho-syntaktische Auffälligkeiten, die auch monolinguale Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung zeigen (z.B. häufige, persistierende Verbendstellung). | 53 % |
| Die Auffälligkeiten im Deutschen lassen sich <i>nicht</i> durch Beeinflussungsprozesse aus der L1 erklären. | 48 % |

*) Mehrfachnennung möglich

Die meisten Therapeuten sehen die Beurteilung der Art der sprachlichen Auffälligkeiten eines Kindes unbestritten in ihrem Aufgabenbereich. Nur im Einzelfall wird auf die maßgebliche Entscheidung durch die Diagnostik der Ärzte verwiesen.

Insgesamt betrachten 68% der Teilnehmer die Abgrenzung zwischen einer therapiebedürftigen SSES und einem Sprachförderbedarf nur „mit Einschränkungen“ für realisierbar, wobei die Einschränkungen vorrangig auf die L1-Befundung zurückgeführt werden. Immerhin ein Viertel der befragten Praktiker hält eine differenzialdiagnostische Entscheidung für „gut durchführbar“. Nur eine Minderheit (7%) stellt die praktische Relevanz einer solchen Differenzierung in Frage.

In einer abschließenden Bewertung zeigten sich insgesamt lediglich 12% der Befragten mit der Qualität der in Deutschland durchgeführten Diagnostik zufrieden. Die überwiegende Mehrheit der Therapeuten (61%) gibt an, insgesamt „weniger zufrieden“ zu sein.

Ideen zur Verbesserung des diagnostischen Prozesses

Um die Qualität der Diagnostik zu verbessern, fordert ein Großteil der Befragten Testverfahren für verschiedene L1, die auch von Therapeuten ohne entsprechende Sprachkenntnisse durchgeführt werden können. Andere Teilnehmer schlagen vor, dass jeder Therapeut die Möglichkeit haben sollte, im Bedarfsfall mit L1-kundigen Experten z.B. im Rahmen regionaler Netzwerke zu kooperieren oder zentrale Anlaufstellen in Kliniken

bzw. Sozialpädiatrischen Zentren einzurichten, die auf die Diagnostik und Beratung mehrsprachiger Kinder und ihrer Familien spezialisiert sind. Mehrfach wird angeregt, internetbasierte Instrumente mit Videofunktion zu entwickeln, die die Zusammenarbeit mit Experten erleichtern.

Zur Erleichterung der bilingualen Anamnesegespräche wünschen sich die Therapeuten einen vereinfachten, unbürokratischen Zugang zu Dolmetschern und eine umfassende Bereitstellung von mehrsprachigen Elternfragebögen. Außerdem wird angeregt, die Curricula um Ausbildungsinhalte wie kultursensitive Gesprächsführung zu erweitern.

Im Zusammenhang mit der L2-Befundung werden in erster Linie Forderungen nach praxisnaher Forschung mit dem Ziel der Entwicklung handhabbarer Bewertungsmaßstäbe formuliert. Die Praktiker wünschen sich u.a. „griffige Übersichten“ mit Meilensteinen bzw. Zeitfenstern für den unauffälligen bilingualen Erwerb im Deutschen, typischen SSES-Indikatoren für mehrsprachige Kinder und Hinweise zu erwartbaren Transferphänomenen für verschiedene Sprachkombinationen.

Diskussion

An der Studie haben sich v.a. Therapeuten beteiligt, die sich intensiv mit der Diagnostik mehrsprachiger Kinder befassen, was u.a. durch den Anteil ihrer mehrsprachigen Patienten widerspiegelt wird. Trotzdem sind die quantitativen Ergebnisse nur begrenzt

verallgemeinerbar. Hingegen kann das über die offenen Antwortformate erfragte Meinungsbild der Teilnehmer im Sinne einer inhaltlichen Repräsentativität bzw. einer Erfassung typischer Fälle (Lamnek 1989, 91) als stellvertretend für intensiv mit bilingualer Diagnostik befasste Therapeuten angesehen werden.

Zu Ausbildung und Fortbildung

Die Einschätzung der Befragten, dass die bilinguale Diagnostik in der Ausbildung nicht ausreichend berücksichtigt wird, deckt sich mit der Analyse sprachtherapeutischer Curricula von Kreuzmann (2009, 20). Bilinguales Fachwissen wird in Fach- und auch Hochschulen mit wenigen Ausnahmen entweder gar nicht oder nur in Form einzelner, nicht obligatorischer Seminare vermittelt. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass viele der befragten Therapeuten auf eine verstärkte Implementierung von Lehrinhalten zur Mehrsprachigkeit in die Curricula dringen.

Die eingeschränkte Berücksichtigung des Themas Mehrsprachigkeit in der grundständigen sprachtherapeutischen Ausbildung einerseits und die große Relevanz der Thematik andererseits erklären vermutlich das Interesse der Therapeuten an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen. Der Aspekt der therapeutischen Expertise ist für den diagnostischen Prozess von zentraler Bedeutung, da die Wahrnehmung und letztendlich auch Interpretation sprachlicher Auffälligkeiten mehrsprachiger Kinder maßgeblich von unserem Wissen über die Thematik abhängig sind (Chilla et al. 2010, 84f).

Zur Befundung der L1

Die Hälfte der Befragten ermittelt laut Umfrage nicht den Sprachentwicklungsstand in der L1. Eventuell suggerierte die Frage den Teilnehmern, dass mit der Befundung der L1 eine explizite Untersuchung der sprachlichen Fähigkeiten gemeint sei, die die indirekte Einschätzung mittels Anamnese ausschließt. Da abschließend von fast allen Teilnehmern die Ausprägung sprachlicher Auffälligkeiten in beiden Sprachen als wesentlicher diagnostischer Indikator genannt wurde, ist anzunehmen, dass der Berücksichtigung der L1 in der Praxis doch eine größere Bedeutung zukommt.

Bei der Befundung der nicht-deutschen L1 haben die wenigen für deutsch-bilinguale Kinder entwickelten Testverfahren eine bemerkenswert geringe Verbreitung gefunden. Ob dies durch die an den Verfahren geäu-

ßerte Kritik bedingt ist, oder die Verfahren noch nicht überall bekannt bzw. schlicht zu teuer sind, kann hier nicht beantwortet werden. Stattdessen vertraut ein großer Anteil der Befragten v.a. für die Diagnostik auf semantisch-lexikalischer Ebene auf selbst konstruierte bzw. selbst übersetzte Verfahren. Verfügt der Therapeut über hinreichende L1-Kenntnisse, um die Antwort des Kindes vor dem Hintergrund der lexikalischen Entwicklung der L1 zu beurteilen, und werden der den Wortschatz prägende lebensweltliche und kulturelle Erfahrungshintergrund inklusive der Frequenz der Items im Input des Kindes einbezogen sowie das entsprechende Erwerbsmodell und Faktoren wie die Prototypikalität des Bildmaterials berücksichtigt, scheint das Vorgehen für ein Screening aus pragmatischer Perspektive vertretbar (Rothweiler 2004, vgl. auch Kreuzmann & Hecking 2011 in diesem Heft).

Eine reine Übersetzung von Wortlisten z.B. zur Ausspracheüberprüfung (Jenny 2008) muss als unzureichend bewertet werden: Sofern die Items lediglich für das Deutsche kontrolliert werden, bleibt es dem Zufall überlassen, welche entwicklungsrelevanten Aspekte in der L1 überhaupt überprüft werden.

Der Wunsch nach Diagnostikverfahren, die auch ohne entsprechende Sprachkenntnisse durchführbar sind, scheint angesichts der Heterogenität der Gruppe mehrsprachiger Kinder und der hohen psycholinguistischen und testtheoretischen Anforderungen an solche Verfahren mittel- bis langfristig nicht erfüllbar. Selbst wenn entsprechende Instrumente zur Verfügung stehen, bedarf die Interpretation der Ergebnisse eines sensiblen Vorgehens unter Berücksichtigung der Meso- und Makroebene – im Idealfall durch einen Experten der jeweiligen Sprache.

Muss angesichts dieser Komplikationen ganz auf eine aussagekräftige L1-Befundung verzichtet werden? Pragmatisch und kurzfristig umsetzbar dürften die von den Teilnehmern vielfach vorgeschlagenen L1-Experten-Kooperationsmodelle in Form von Experten-netzwerken und spezialisierten Diagnostik- und Beratungszentren sein. Die skizzierte Nutzung neuer Medien eröffnet dabei zusätzliche interessante Perspektiven.

Aufgrund der Grenzen bestehender Testverfahren ist die Einschätzung der Sprachentwicklung in der L1 durch die Eltern meist die einzige Informationsquelle zur Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten in der nicht-deutschen Sprache. Angesichts der genannten Probleme bei der Anamneseerhebung gilt es, das Anamnesegespräch zu professionalisieren. Möglichkeiten bestehen in der Verbesserung des Zugangs zu pro-

fessionellen Dolmetschern, der Erweiterung von Ausbildungsinhalten um kultursensitive Gesprächsführung, der Systematisierung wesentlicher Aspekte der Anamnese (Chilla et al. 2010), und der Verfügbarkeit mehrsprachigen Materials. Letztere Ressource scheint noch nicht systematisch Anwendung zu finden, wobei die Gründe an dieser Stelle offen bleiben müssen.

Zur Befundung der deutschen L2

Nur ein Viertel der Teilnehmer gibt an, die für monolinguale Kinder standardisierten Sprachentwicklungstests für den Einsatz bei bilingualen Patienten abzuwandeln, was auf den ersten Blick die von Triarchi-Herrmann (2009) und Lengyel (2001) beschriebene monolinguale Betrachtungsweise zu belegen scheint. Da fast alle Teilnehmer jedoch zugleich die Auswertung der erhobenen Daten als einen zentralen Problemschwerpunkt der L2-Befundung beschreiben, ist anzunehmen, dass die Kenntnis von der Unzulässigkeit der Normübertragung ein weit verbreitetes Wissen unter den Diagnostizierenden darstellt. Eine bilinguale Betrachtungsweise und qualitative Analyse von Testergebnissen monolingual konzipierter Verfahren bei mehrsprachigen Kindern ist ein individuelles, äußerst zeitintensives Vorgehen (Scharff Rethfeldt 2010) und unterstreicht den aus Sicht der Praxis beschriebenen Problemschwerpunkt.

In Bezug auf die gewünschten Bewertungsmaßstäbe für sprachliche Auffälligkeiten mehrsprachiger Kinder bietet die Forschung mittlerweile erste Hinweise z.B. zum früh-sukzessiven Erwerb der Morphosyntax (Chilla et al. 2010, Chilla 2008, Thoma & Tracy 2007, Kroffke & Rothweiler 2006). Diese haben bislang jedoch weniger Verbreitung in die Praxis gefunden, wenn das Ergebnis der Auswahl potenzieller SSES-Indikatoren zugrunde gelegt wird.

Zur Entscheidung über die Therapiebedürftigkeit

Insgesamt treffen die Teilnehmer die Entscheidung über die Therapiebedürftigkeit eines Kindes zumeist auf Basis einer gesamthaften Zusammenschau verschiedener sprachbezogener aber auch außersprachlicher Faktoren – ein Vorgehen, das unter anderem auch von Kracht (2000) als zielführend beschrieben wird. Im Sinne eines interdisziplinären Vorgehens wird von vielen befragten Therapeuten berücksichtigt, ob das Kind über die sprachlichen Auffälligkeiten hinaus z.B. allgemeine Entwicklungsdefizite zeigt. Interessanterweise lässt sich keine ein-

zige Äußerung finden, die das Auftreten von Sprachmischphänomenen problematisiert. Diese noch von *Kracht* (2001, 255) und *Rothweiler* (2004, 169) als „weit verbreitet“ beschriebene Meinung scheint in der heutigen diagnostischen Praxis keine große Relevanz (mehr) zu haben.

Ein Therapiebedarf wird von einigen Teilnehmern z.T. auch dann gesehen, wenn die Erwerbsbedingungen sehr ungünstig sind und/oder die Einschulung bevorsteht. Im Vordergrund steht dabei das individuelle Kind, das durch eine Beeinträchtigung seiner sprachlichen Handlungsfähigkeit in seiner Entwicklung gefährdet ist. Sind die Ursachen der sprachlichen Auffälligkeiten jedoch eindeutig externer Natur (z.B. qualitativ bzw. quantitativ nicht ausreichender Input), müssen Familie und Umwelt im Hinblick auf geeignete pädagogische Unterstützungsansätze beraten und die sprachtherapeutische Intervention beendet werden.

Fazit und Ausblick

Die Bereitschaft einer relativ großen Zahl von Sprachtherapeuten, einen detaillierten Fragenkatalog zu beantworten, hat gezeigt, dass die Diagnostik bilingualer Kinder im Allgemeinen und die Entscheidung über deren Therapiebedürftigkeit im Besonderen ein wichtiges Thema darstellt. Die Ergebnisse der Umfrage haben unterstrichen, dass diese diagnostische Aufgabenstellung in der Praxis mit vielen ungelösten Problemen verbunden ist. Während der Theorie-Praxis-Transfer in einigen Bereichen, wie der Interpretation von Sprachmischphänomenen, als erfolgreich beschrieben werden kann, gibt es andere Bereiche, bei denen Informations- bzw. Veränderungsbedarf besteht. Dabei wurde deutlich, dass alle beteiligten Akteure – vom einzelnen Therapeuten über Aus- und Fortbildungsinstitute und Berufsverbände, bis hin zur Forschung – gefragt sind, wenn es darum geht, die Diagnostik weiter zu professionalisieren. Für Therapeuten stellt der Bereich der Sprachentwicklung unter den Bedingungen der Mehrsprachigkeit – ebenso wie alle anderen sprachtherapeutischen Aufgabengebiete – ein Feld lebenslangen Lernens dar. Die Gründung von Expertennetzwerken oder Qualitätszirkeln und die Nutzung von vorhandenen Ressourcen in der jeweiligen Region bzw. von verfügbarer Technik in Form von Video- oder Telefonkonferenzen, können den diagnostischen Prozess sowie den Austausch und die Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns unterstützen. Gleichzeitig gilt es, das Thema Mehrsprachigkeit von Beginn an in den Curricula

zu verankern, um Berufsanfänger auf das komplexe Arbeitsfeld vorzubereiten. Fortbildungsinstitute sollten sich den aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen anpassen und praxisnahe Fortbildungen in allen Regionen Deutschlands anbieten, um die noch fehlende Berücksichtigung in den Curricula zu kompensieren und gleichzeitig lebenslanges Lernen zu unterstützen. Bildungsträger sehen sich außerdem vor der Aufgabe, speziell mehrsprachige Therapeuten auszubilden, um langfristig die individuelle Patientenversorgung, aber auch die Bildung von Experten-netzwerken, zu unterstützen.

Die Berufsverbände stellen bereits jetzt schon eine Plattform für den Informationsaustausch dar und bieten über Print- und elektronische Medien Hinweise zu neuen Entwicklungen und Materialien. Gleichzeitig haben die Verbände aber auch die Aufgabe, über die zentrale Rolle der Sprachtherapeuten im diagnostischen Prozess bei mehrsprachigen Kindern mit Verdacht auf Sprachentwicklungsstörungen aufzuklären und interdisziplinär hierfür zu sensibilisieren.

Die Basis für viele weitere Entwicklungen bildet die nationale und internationale Forschung. Durch die Implementierung neuer Erkenntnisse – z.B. in Form von einfach handhabbaren Checklisten (*Chilla*, in Vorb.) oder Veröffentlichungen zu klinischen Markern einer SSES im Kontext von Mehrsprachigkeit – kann das diagnostische Vorgehen in der Praxis strukturiert und systematisiert werden, gerade wenn die Entwicklung leicht einsetzbarer, valider Instrumente zur Differenzialdiagnostik noch Zukunftsmusik zu sein scheint.

LITERATUR

- Arbeitskreis „Mehrsprachigkeit bei Kindern“ (Hrsg.) (2003). *Orientierende Überprüfung der muttersprachlichen Kompetenz Türkisch sprechender Kleinkinder: OPMUK-T*. Hannover: Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Fachbereich Jugend der Region Hannover, www.dgs-ev.de/fileadmin/bilder/niedersachsen/pdf-files/opmuk.pdf (02.11.2010)
- Bedore, L.M. & Peña, E.D. (2008). Assessment of bilingual children for identification of language impairment: current findings and implications for practice. *The International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* 11, 1-29
- Chilla, S. (2008). Störungen im Erwerb des Deutschen als Zweitsprache im Kindesalter – Eine Herausforderung an die sprachpädagogische Diagnostik. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung* 3 (3), 277-290
- Chilla, S. (in Vorb.). *Diagnostikum für türkisch-deutsch bilinguale Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen: BILSES*
- Chilla, S., Rothweiler, M. & Babur, E. (2010). *Kindliche Mehrsprachigkeit: Grundlagen – Störungen – Diagnostik*. München: Ernst Reinhardt
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) (n.d.). *Questionnaire on speech and language development*. www.cplol.eu/eng/public/quest.htm (13.02.2009)
- Genesee, F., Paradis, J. & Cargo, M.B. (2004). *Dual language development and disorders: A handbook on bilingualism and second language learning*. Baltimore: Paul H. Brookes
- Girbau, D. & Schwartz, R.G. (2008). Phonological working memory in Spanish-English bilingual children with and without specific language impairment. *Journal of Communication Disorders* 41, 124-145
- Goldstein, B.A. & Fabiano, L. (2007). Assessment and intervention for bilingual children with phonological disorders. *The ASHA Leader* 13.02.2007. www.asha.org/Publications/leader/2007/070213/f070213a.htm (28.11.2010)
- Grimm, H. (2003). *Störungen der Sprachentwicklung: Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention*. Göttingen: Hogrefe
- Habertzell, S. (2005). *Der Erwerb von Verbstellungsregeln in der Zweitsprache Deutsch durch Kinder mit russischer und türkischer Muttersprache*. Tübingen: Niemeyer
- Håkansson, G., Salameh, E.-K. & Nettelbladt, U. (2003). Measuring language development in bilingual children: Swedish-Arabic children with and without language impairment. *Linguistics* 41, 255-288
- Jedik, L. (2006). *Anamnesebogen für zweisprachige Kinder*. Würzburg: edition von freisleben
- Jenny, C. (2008). *Sprachauffälligkeiten bei zweisprachigen Kindern: Ursachen, Prävention, Diagnostik und Therapie*. Bern: Hans Huber

- Kiese-Himmel, C. (2005). *Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder – Revision (AWST-R)*. Göttingen: Hogrefe
- Konak, Ö.A. & Duindam, T. (2008). *Cito Sprachtest: digitale Sprachstand-Feststellung bei 4- bis 7-jährigen Kindern*. Butzbach: Cito Deutschland
- Kottmann, U. (2006). *Sprache ist Leben auf Türkisch!* Köln: ProLog
- Kracht, A. & Rothweiler, M. (2003). Diagnostische Fragen zur kindlichen Grammatikentwicklung im Kontext von Mehrsprachigkeit. In: Warzecha, B. (Hrsg.), *Heterogenität macht Schule. Beiträge aus sonderpädagogischer und interkultureller Perspektive* (189-204). Münster: Waxmann
- Kracht, A. (2000). *Migration und kindliche Zweisprachigkeit: Interdisziplinarität und Professionalität sprachpädagogischer und sprachbehindertenpädagogischer Praxis*. Münster: Waxmann
- Kracht, A. (2001). Mehrsprachigkeit und Sprachentwicklung: Vorbereitende Präzisierung für eine sprachtherapeutische Konzeptbildung. *L.O.G.O.S interdisziplinär* 9, 252-263
- Kracht, A. (2007). Probleme beim Zweitspracherwerb. In: Schöler H. & Welling, A. (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (442-455). Göttingen: Hogrefe
- Kreutzmann, S. (2009). Sprachtherapie für alle? Wissen als Hindernis und Chancen in der sprachtherapeutischen Versorgung von MigrantInnen. *L.O.G.O.S interdisziplinär* 17, 16-23
- Kreutzmann, S. & Hecking, M. (2011). Frühe Diagnostik bei mehrsprachigen Late Talkern. Herausforderung durch einzelsprachliche Besonderheiten, soziokulturelle und lebensweltliche Faktoren. *Forum Logopädie* 1 (25), 14-19
- Kroffke, S. & Rothweiler, M. (2006). Variation im frühen Zweitspracherwerb des Deutschen durch Kinder mit türkischer Erstsprache. In: Vliegen, M. (Hrsg.), *Variation in Sprachtheorie und Spracherwerb. Akten des 39. Linguistischen Kolloquiums in Amsterdam* (145-153). Frankfurt/M.: Peter Lang
- Kroffke, S. (2007). Mehrsprachige Kinder mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung: Implikationen für die Diagnostik. *L.O.G.O.S interdisziplinär* 15, 253-262
- Lammer, V. & Kalmár, M. (2004). *WIELAU-T: Wiener Lautprüfverfahren für türkisch sprechende Kinder*. Wien: Lernen mit Pfiff
- Lamnek, S. (1989). *Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie*. München: Psychologie Verlags Union
- Lengyel, D. (2001). *Kindliche Zweisprachigkeit und Sprachbehindertepädagogik: Eine empirische Untersuchung des Aufgabenfeldes innerhalb der sprachheiltherapeutischen Praxis*. Düsseldorf: LAGA NRW
- MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (2010). *CDIs in other Languages*. www.sci.sdsu.edu/cdi/adaptations_ol.htm (13.02.2009)
- Mayring, P. (1988). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studienverlag
- Moser, B. (2007). Sprachheilpädagogische Diagnostik bei mehrsprachigen Schülern. *Die Sprachheilarbeit* 3 (52), 107-112
- Nas, V. (2010). *Türkisch-Artikulations-Test (TAT)*. Berlin: Springer
- Paradis, J. (2005). Grammatical Morphology in Children Learning English as a Second Language: Implications of Similarities With Specific Language Impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 36, 172-187
- Paradis, J., Crago, M., Genesee, F. & Rice, M. (2003). French-English bilingual children with SLI: How do they compare with their monolingual peers? *Journal of Speech, Language, and Hearing* 46, 113-127
- Reich, H.H. & Roth H.-J. (2004). *Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstands Fünfjähriger – HAVAS 5*. Hamburg: Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
- Rothweiler, M. & Kroffke, S. (2006). Bilingualer Spracherwerb. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.), *Leitfaden Sprache Sprechen Stimme Schlucken* (44-49). München: Elsevier
- Rothweiler, M. (2004). Spezifische Sprachentwicklungsstörung und früher Zweitspracherwerb. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 73, 167-178
- Rotweiler, M. (2007). Spezifische Sprachentwicklungsstörung und Mehrsprachigkeit. In: Schöler, H. & Welling, A. (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (254-258). Göttingen: Hogrefe
- Salameh, E.-K., Häkansson, G. & Nettelblatt, U. (2004). Developmental perspectives on bilingual Swedish-Arabic children with and without language impairment: a longitudinal study. *International Journal of Language and Communication Disorders* 39, 65-93
- Scharff Rethfeldt, W. (2005). Das „Bilinguale Patientenprofil“ als Basis einer logopädischen Intervention. *Forum Logopädie* 3 (19), 6-11
- Scharff Rethfeldt, W. (2010). *Sonderpädagogische Feststellung der Sprachkompetenz mehrsprachiger Kinder vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebenssituation und der schulischen Anforderung*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Suchodoletz, v. W. & Sachse, S. (n.d.). *Sprachbeurteilung durch Eltern: Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)*. Fremdsprachige Versionen. www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/sbe2kt_fremd.php (18.10.2010)
- Thoma, D. & Tracy, R. (2007). Deutsch als frühe Zweitsprache: zweite Erstsprache? In Ahrenholz, B. (Hrsg.), *Kinder mit Migrationshintergrund: Spracherwerb und Fördermöglichkeiten* (58-79). Freiburg: Fillibach
- Topbaş, S. (2006). Türkçe Sesletim – Sesbilgisi Testi. *Turkish Journal of Psychology* 21 (58), 39-56
- Triarchi-Herrmann, V. (2009). Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. In: Heide, J., Hanne, S., Brandt, O.-Ch., Fritzsche, T. & Wahl, M. (Hrsg.), *Spektrum Patholinguistik 2. Schwerpunktthema: Ein Kopf – Zwei Sprachen. Mehrsprachigkeit in Forschung und Therapie* (31-49). Potsdam: Universitätsverlag Potsdam
- Ulich, M. & Mayr, T. (2003). *Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen: SISMIK*. Freiburg: Herder
- Ünsal, F. & Fox, A.V. (2002). Lautspracherwerb bei zweisprachigen Migrantenkindern (Türkisch-Deutsch). *Forum Logopädie* 3 (16), 10-15
- Wagner, L. (2008). *Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern: SCREEMIK-2*. München: Eugen Wagner

SUMMARY. Diagnostic proceedings with multilingual children – a survey

Differentiating specific language impairment from second language learning difficulties represents a challenge for Speech and Language Therapists (SLTs). By means of a comprehensive, internet-based survey 258 SLTs were queried on their diagnostic proceedings with multilingual children. This survey places specific emphasis on the question: "What exact information is being used for the differential diagnosis and how the diagnostic approach could be further improved?". From a practitioner point of view, particularly the evaluation of the non-German language proved to be a veritable challenge. The results also show that multilingual research findings have only partly made their way into the applied diagnostic process. Overall, SLTs still see significant potential for further improving the support offerings for differential diagnosis.

KEYWORDS: Differential diagnosis – multilingual children – second language learning difficulty – specific language impairment

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2011-53020110101

Korrespondenzschrift

Maike Gumpert, MSc.
Hochschule Fresenius
Fachbereich Gesundheit – Studiengang Logopädie
Limburger Str. 2
65510 Idstein
gumpert@hs-fresenius.de