

Kultursensible logopädische Versorgung in der Krise – zur Relevanz sozialer Evidenz

Eine kritische Reflexion evidenzbasierten Vorgehens am Beispiel der kindlichen Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit

Wiebke Scharff Rethfeldt

ZUSAMMENFASSUNG. Das Ziel einer optimalen Versorgung von kulturell und linguistisch diversen Patienten (KLD) im Sinne einer evidenzbasierten Praxis stellt viele LogopädInnen vor eine Herausforderung, da ihre theoretischen Grundlagen und Denkmodelle an westlichen und einsprachigen Standards orientiert sind. Es zeigt sich ein Ungleichgewicht der drei EBP-Wissensquellen, insofern tendenziell die soziale Evidenz vernachlässigt wird. So werden z.B. für einsprachige und westliche Zielgruppen konzipierte Verfahren für die KLD angewendet, was als möglicher Bias wirken kann. Dabei könnte die umfassende Einbeziehung der sozialen Evidenz eine strukturelle Inäquivalenz, d.h. die Messung unterschiedlicher Konstrukte, und damit Fehldiagnosen verhindern. Neben der kritisch-reflektierten Rezeption von einsprachigen Standards geprägten etablierten Instrumenten und der Berücksichtigung der Belange der Patienten ist daher eine wechselseitige Auseinandersetzung mit dem eigenen kulturellen, linguistischen und professionellen Hintergrund erforderlich.

Schlüsselwörter. Diversity – Sprachdiagnostik – Evidenz-basierte Praxis – Fehldiagnosen – Kultur – Mehrsprachigkeit – einsprachige Normen

Prof. Dr. phil. Wiebke Scharff Rethfeldt leitet den Bereich der Logopädie des Studiengangs Angewandte Therapiewissenschaften an der Fakultät Gesellschaftswissenschaften der Hochschule Bremen, in dem sie u.a. die Schwerpunkte Diversität und Klinische Urteilsbildung vermittelt. In 2015 wurde sie ins Multilingual Affairs Committee der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) berufen.



Einleitung

Erklärtes Ziel der logopädischen Versorgung ist es, Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, sowie einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Erster Teil B. Grundsätze der Heilmittelverordnung § 3 Abs. 2 gemäß Rahmenempfehlung n. § 125 Abs. 1 SGB V für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie i.d.F. vom 1.7.2013).

Damit erstreckt sich die logopädische Aufgabe von der Prävention über die Kuration bis zur Rehabilitation rund um den Gegenstand der Gesundheit, der als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ bestimmt wurde (WHO 1948, 100).

Diese definierte logopädische Aufgabe des Gegenwirkens einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes

Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem 45. Jahreskongress des dbl vom 26.-28. Mai 2016 in Bielefeld

schließt Gefahren aus dem gesamten kindlichen Umfeld ein. Diesem kindlichen Umfeld sind gleichermaßen LogopädInnen zuzuordnen, sobald ein Kind in ihre diagnostische und therapeutische Verantwortung übergeben wurde. Auch ein Wirken gegen Versorgungsfehler, u.a. in Form von Fehldiagnosen, ist somit wesentlicher Aspekt der logopädischen Zielsetzung und Verantwortung. Letztere ist im Zuge der Behandlung von kulturell und linguistisch diversen Patienten besonders gefordert. Denn insbesondere in der Sprachdiagnostik mehrsprachiger Kinder treten Fehldiagnosen häufiger in Form von Unter- (missed identity) und Überdiagnose (mistaken identity) auf (Paradis 2005).

So werden lediglich mangelnde Deutschkenntnisse und damit eine gesunde Lerner Sprache als therapiebedürftig eingestuft und ein Kind damit pathologisiert und/oder mit Bezug auf seine schulischen Voraussetzungen etikettiert; oder aber es werden logopädisch relevante Sprachentwicklungsstörungen (SES) nicht rechtzeitig erkannt, da ihre formal-sprachlichen Auffälligkeiten mit denen einer Lerner Sprache assoziiert werden.

Dabei ist in erster Linie der täuschende Blick auf formal-sprachliche Merkmale der Grammatik, also der Morphologie und Syntax, wiederholt ursächlich für derlei Fehldiagno-

sen, obgleich wir wissen, dass grammatische Merkmale (z.B. Genus) aufgrund ihrer Gemeinsamkeiten mit einer Lerner Sprache in der SES-Diagnostik bei mehrsprachigen Vorschulkindern keine klinischen Marker darstellen, sondern derlei Fehldiagnosen eher verschärfen (Blom et al. 2013, Scharff Rethfeldt 2010, Grech & Dodd 2007).

Des Weiteren sollen gemäß den Zielen einer evidenzbasierten Praxis (EBP) Patientinnen und Patienten vor Fehldiagnosen und unwirksamen Therapien geschützt werden (Cochrane 1972). Hierzu soll die gewissenhafte Therapeutin ausdrücklich und vernünftig aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse nutzen und diese bei ihren Entscheidungen im Sinne ihres individuellen Patienten berücksichtigen (Sackett et al. 1999). Damit setzt sich die EBP aus drei zentralen Komponenten zusammen:

- Aus der Therapeutin mit ihrem Wissen, ihren sozialen, personalen mit empathischen und methodischen Kompetenzen (Interne Evidenz),
- den Erkenntnissen aus aktueller, systematischer Forschung mit Bezug zu konkreten Standards (Externe Evidenz), sowie
- dem individuellen Patienten mit seinen Bedürfnissen, seinen Anliegen, Vorstellungen und Erwartungen, die wesentlich von seiner Persönlichkeit und seinem

jeweiligen soziokulturellen Umfeld beeinflusst werden (Soziale Evidenz).

Diese drei Evidenzen gilt es bei jedweder therapeutischer Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Nach *Dollaghan* (2007) sind diese drei Evidenzen dabei gleichermaßen zu gewichten, was sie in dem von ihr eingeführten Begriff E₃BP durch die tiefgestellte Drei betont. Besonderen Wert auf diese Gleichberechtigung der drei Evidenzen legt sie bei der praktischen Umsetzung, zu der u.a. sämtliche Clinical-Reasoning-Prozesse im Zuge der therapeutischen Entscheidungsfindung gehören. Demnach wird von der TherapeutIn erwartet, dass sie diese drei Evidenzen gleichermaßen berücksichtigt und zusammenbringt – die Fähigkeit zum Clinical Reasoning dient ihr dabei als eine Art „Klebstoff“, um die drei Evidenzen zu verbinden.

Standardisierung und Normorientierung als Problem

Der Stellenwert der externen wissenschaftlichen Evidenz gilt allgemein als hoch (*Justice* 2008, *Rosenberg & Donald* 1995). Auch wenn nicht erwartet wird, dass alle TherapeutInnen in der Forschung aktiv tätig werden, so wird doch erwartet, dass alle TherapeutInnen Forschung aktiv nutzen (*Culyer* 1994). Externe wissenschaftliche Evidenz geht vor allem aus wissenschaftlichen Studien und deren Veröffentlichungen in Form von Fachliteratur hervor. Studien bilden für gewöhnlich ebenso die Grundlage zur Testentwicklung und damit zur Entwicklung diagnostischer Standards. Auch evidenzbasierte Leitlinien, z.B. die AWMF-Leitlinie zur Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (*de Langen-Müller* et al. 2011), beruhen auf

solchen wissenschaftlichen Erkenntnissen. So haben derlei operationalisierte Standards in den letzten Jahren auch für die Logopädie verordnenden MedizinerInnen an Bedeutung gewonnen. Die Erfahrung in der Praxis zeigt, dass von TherapeutInnen zunehmend verlangt wird, standardisierte Testverfahren in der logopädischen Befunderhebung einzusetzen, um insbesondere quantitative Daten zur (diagnostischen) Entscheidungsfindung beizutragen. Zusammenfassend bedeutet dies die Orientierung an wissenschaftlich fundierten Standards, als Grundlage der logopädischen Arbeit, d.h. für das Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Beratung.

Vor dem Hintergrund des zunehmend geforderten Einsatzes von standardisierten Verfahren, von Tests, in der logopädischen Diagnostik, kommt es insbesondere mit Bezug auf kulturell und linguistisch diverse wie mehrsprachige Patienten dabei zu einem Problem. Denn die Verfahren basieren, zumindest wenn sie standardisiert sind, auf Normen. Denn evidenz-basiert ist zugleich die Folge von *evidenz*-orientiert – und demnach von *norm*-orientiert.

Sämtliche Normen zum Spracherwerb, zur sprachlichen Entwicklung sowie gestörter Sprachentwicklung und folglich jedwedes in unserem Sprachraum vorliegendes sprachtherapeutische Testverfahren basieren auf monolingualen Individuen der Mittelschicht und damit quasi auf *einer* homogenen Gruppe. Denn mehrsprachige und transkulturelle Probanden wurden in der Vergangenheit von Studien der Grundlagenforschung aufgrund der mit ihrer Heterogenität verbundenen vielfältigen Variablen stets ausgeschlossen (u.a. Spracherfahrung und -anregung, Sprachkontaktzeiten, Erwerbsarten, Sprachgebrauch

im individuellen Umfeld, Sprachstrukturen, Sprachenkombination, soziolinguistische Unterschiede).

Die Manuale der einschlägigen standardisierten und normierten Tests für Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen weisen entsprechend aus, dass sowohl die ihnen zugrunde gelegten theoretischen Annahmen und Modelle, das Konstrukt zur Konzeption des Verfahrens sowie die Stichprobe zur Erprobung des Tests auf einem ausschließlich monolingualen Verständnis beruhen.

Die auf einsprachigen Kindern basierenden, uns vorliegenden Normen stellen LogopädInnen vor ein Dilemma. Denn diese als „monolingual und Mittelklasse“ zu charakterisierende Gruppe ist äußerst homogen und entspricht immer seltener jenen Kindern, die LogopädInnen aktuell in deutschen Großstädten wie Bremen, Hamburg oder Berlin im klinisch-praktischen Setting begegnen.

Angesichts der ausreichend vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse, die belegen, dass sich norm-orientierte Einschätzungen in der Diagnostik mehrsprachiger Kinder nicht eignen, um zu einer validen klinischen logopädischen Diagnose zu führen (*Scharff Rethfeldt* 2013, *Martin* 2009, *Bedore & Peña* 2008, *Caesar & Kohler* 2007, *Stow & Dodd* 2003), lässt sich also ein Problem der Passgenauigkeit konstatieren, das zu einer Fehlinterpretation führen kann. Denn schließlich eignen sich bereits die grundlegenden monolingualen Theorien und Modelle, d.h. die Ausgangspunkte einer Testkonstruktion, eben nicht für diese kulturell und linguistisch diverse Zielgruppe.

Dabei zielen die AutorInnen mit jener o.g. einschlägigen Leitlinie richtigerweise darauf, die Diagnostik und Differenzialdiagnostik von

SES zu verbessern und „dadurch (...) eine angemessene Indikationsstellung therapeutischer Interventionen“ zu erreichen (de Langen-Müller et al. 2011, 11). Dies erfordert neben einer kritischen Reflexion des Begriffs „angemessen“, eine kritische Auseinandersetzung mit dem bisherigen therapeutischen Vorgehen zur Erreichung einer validen Diagnose.

Unterschiedliche Ansätze

In der Absicht, dieses Ziel zu erreichen und dabei das Problem der Passgenauigkeit aufzulösen, gehen unterschiedliche WissenschaftlerInnen unterschiedliche Wege. Hierzu setzen sie an unterschiedlichen Punkten der bestehenden logopädischen Vorgehensweisen an.

einsprachige Kinder konstruierter Verfahren festgehalten, obgleich diese Verfahren formal-sprachliche Leistungen messen; ein Vorgehen, das aus mindestens zwei Gründen als inakzeptabel zu bewerten ist. Denn erstens weicht die Population, an der der Test ursprünglich standardisiert wurde, von der neuen Zielgruppe ab, selbst wenn das einzige Merkmal darin besteht, dass sie eine weitere Sprache sprechen. So bleiben u.a. mögliche abweichende Sozialisationsformen, Erwerbsbedingungen und Kontaktzeiten mit/aufgrund der weiteren Sprache als wesentliche Variablen unbeachtet. Damit werden sämtliche standardisierten Werte oder Normen invalide.

Zweitens bestehen große Unterschiede zwischen den zahlreichen Sprachen, sodass sich

im Deutschen mit zwei Wörtern, im Spanischen lediglich durch „dame“ abgebildet wird (Scharff Rethfeldt 2016). Auch wären Tests, deren theoretische Fundierung und modellgeleitetes Vorgehen auf Barrett's Komponentenmodell (Barrett 1999) oder Levelt's Sprachproduktionsmodell (Levelt 1989) basieren, z.B. mit Bezug auf morphologearme oder bestimmten Topikalierungsprinzipien folgenden Sprachen zunächst auf ihre gültige Reichweite zu überprüfen und ggf. zu adaptieren (De Bot 1992).

Eine Adaption bestehender Verfahren setzt dabei die Anerkennung der jeweiligen spezifischen Sprache und Kultur der Zielgruppe zwingend voraus. Zudem müssen Faktoren wie die Vertrautheit mit dem ausgewählten Testmaterial, soziokulturelle Unterschiede im

■ Abb. 1: Entwicklung eines fundierten Testverfahrens (vereinfachte Darstellung)



Die konsequente – und aus monolingual wissenschaftlich begründeten Perspektiven nachvollziehbare – Orientierung an standardisierten Verfahren zur Einschätzung von Sprachfähigkeiten bei mehrsprachigen Kindern, erscheint dabei jedoch als stereotyp, ambivalent und problematisch, da dieses Vorgehen eine lebensweltbezogene, individuelle und alltagsorientierte Diagnostik und ggf. Therapie im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) unmöglich macht (DIMDI 2005).

Die logopädische Diagnostik zeichnet sich noch heute durch einen hauptsächlich monokulturellen und monolingualen Habitus aus, indem das „Andere“, das deutschsprachige Logopädinnen und andere Fachkräfte bei „den anderen Kindern“ feststellen, vor allem als Problem und weniger als Herausforderung wahrgenommen wird, da die vorliegenden Tests und gängigen Methoden nicht für „das andere Kind“ konstruiert wurden.

Dabei entwickeln einige klinisch-praktisch tätige LogopädInnen durchaus differenzierte, informelle Methoden zur weitestgehenden Einschätzung der Sprachfähigkeiten bei mehrsprachigen Kindern. Da informelle Methoden jedoch nicht den Ansprüchen einer standardisierten Diagnostik entsprechen (können), kann ihre Anwendung zu einer indirekten und nicht seltenen Desavouierung seitens jener führen, die einzig ein standardisiertes Testverfahren als methodologisch angemessen erachten (Abb. 1). So wird konsequent am monolingualen Habitus für

viele Test-Items nicht äquivalent zur Sprachentwicklung in anderen Sprachen übersetzen lassen. So gelten z.B. für eine Bedeutung, die in einer Sprache direkt ausgedrückt werden kann, in einer anderen Sprache andere Reichweiten oder sie erfordert einen komplexeren Ausdruck oder eine andere Konstruktion oder es gibt einfach kein entsprechendes Äquivalent, weil es soziokulturell keine Bedeutung hat.

Beispielsweise hat das Wort „Ball“ im Deutschen gegenüber dem Französischen andere semantische Reichweiten. So ist im Französischen das Sem „Größe“ zur Differenzierung von „balle“ vs. „ballon“ maßgeblich, im Deutschen dagegen irrelevant. Oder im Englischen wird zwischen „salad“ und „lettuce“ unterschieden, während im Deutschen für beide Konzepte (sowohl die rohe als auch die zubereite Variante) das Wort „Salat“ regelkonform verwendet werden kann. Selbst innerhalb der deutschen Sprache gibt es regionale Unterschiede, sodass in der Bundesrepublik das Wort „Sessel“ nur für ein gepolstertes Sitzmöbel, in Österreich jedoch auch für einen „Stuhl“ angewendet wird.

Derlei Unterschiede lassen sich auf sämtlichen sprachstrukturellen Ebenen feststellen, sodass es bei einem „deutschsprachigen“ Test zu Item-Bias führen kann, da das untersuchte Item im lediglich anscheinend gleichen Sprachgebrauch nicht oder mit Bezug auf andere Reichweiten vorkommt. Auf grammatischer Ebene wäre z.B. bei Deutsch-Spanisch bilingualen Kindern wichtig zu berücksichtigen, dass das Konzept „gib mir“

Antwortverhalten, soziolinguistische Assoziationen mit dem Konstrukt sowie weitere Dimensionen des Konstruktes „Sprache“ abgebildet werden etc. Außerdem stellt die Anpassung von Verfahren an eine mehrsprachige Zielgruppe weitere Anforderungen an Testentwickler wie z.B. die Berücksichtigung der Fähigkeit zum Codeswitching, das sowohl von mehrsprachigen Kindern ohne als auch mit einer SES, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß angewendet wird. Dies erfordert neben einem entsprechenden Fachwissen und professioneller Kompetenzen insbesondere strukturelles Wissen über die Zielsprachen des jeweiligen Patienten sowie seiner Kultur.

Monolingualer und selektiver Habitus in der Sprachdiagnostik

Das konsequente Festhalten am monolingualen Habitus der für einsprachige Kinder konstruierten Verfahren zeigt sich jedoch noch aktuell in der Sprachdiagnostik, z.B. in der Adaption der Normen des Wortschatztests AWST-R (Ehl et al. 2014). In der Absicht, das unpassende Verfahren für mehrsprachige Kinder passend zu machen, wurde anhand einer kleinen Gruppe der Rechenweg mittels einer „Korrekturformel“ zur Interpretation der Ergebnisse verändert – nicht aber dessen Konstruktion.

Zahlreiche vorliegende Forschungsarbeiten zeigen jedoch, dass Wortschatztests bei mehrsprachigen Kindern diagnostisch nicht geeignet sind (Bedore & Peña 2008, Grech & Dodd 2007), insbesondere wenn nicht

der Gesamtwortschatz berücksichtigt und zwischen konzeptioneller und kumulativer Distribution unterschieden wird (Pearson et al. 1995). Auch stellen der sozioökonomische Status und der Bildungsstand der Eltern, insbesondere im Zusammenhang mit einem Migrationshintergrund in Deutschland, wesentliche Einflussfaktoren für den kindlichen Wortschatzerwerb dar. Diese Faktoren wurden bereits im Rahmen der Testkonstruktion des AWST-R unzureichend berücksichtigt (Renner 2006).

Ein anderes Beispiel ist die Linguistische Sprachstandsfeststellung Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ) (Schulz & Tracy 2011). Bei der LiSe-DaZ handelt es sich um ein norm-orientiertes Verfahren, das von den Autorinnen ursprünglich zu Recht nicht für die logopädische Sprachentwicklungsdiagnostik konzipiert wurde. Denn mithilfe des Verfahrens lässt sich – anders als das Verfahren bewerbende Websites wie www.biss-sprachbildung.de suggerieren – keine SES identifizieren. LiSe-DaZ ermöglicht die Beschreibung und Einordnung grammatischer Teilleistungen im Deutschen im monolingualen Vergleich.

Ursprünglich wurde das Verfahren für (Früh-)PädagogInnen konzipiert, um eine Ableitung von pädagogischen Förderentscheidungen mit Blick auf den Bildungserfolg und die Dokumentation von Lernfortschritten durch Wiederholungsmessungen zu erlauben. Dies ist keine logopädische Zielsetzung. Angesichts der eingangs dargelegten Ziele erfordert die logopädische Zielsetzung eine entsprechend umfassendere Betrachtung von Sprache. Zudem wurde das Verfahren scheinbar unter der Prämisse konstruiert, dass nur Kinder mit DaZ, nicht aber einsprachig mit Deutsch aufwachsende Kinder einen Sprachförderbedarf haben könnten – eine im Widerspruch zum logopädischen Verständnis stehende Annahme, die in der unterschiedlichen Konstruktion der Dokumentationsbögen eklatant wird.

Die Frage, ob das Kind in der Familie eine andere Sprache als Deutsch verwendet, führt zur Selektion DaZ oder DaM (Deutsch als Muttersprache) durch Auswahl des entsprechenden Protokoll-

bogens. Dabei bietet lediglich der Protokollbogen für Kinder mit DaZ die Möglichkeit, einen „Förderbedarf“ zu vermerken; der Bogen für DaM enthält keine entsprechende Spalte (Abb. 2).

So basiert das Verfahren auf einem monolingual formal-sprachlichen Konstrukt und vernachlässigt die aus logopädischer Sicht bestehende Tatsache, dass Sprachauffälligkeiten sowohl bei mehrsprachigen als auch bei einsprachigen Kindern auftreten können und daher einer entsprechend umfassenden logopädischen Differenzialdiagnostik zur Bestimmung eines Förderbedarfs oder – im Falle einer SES – einer Therapieindikation bedürfen. So birgt die Möglichkeit der Zuordnung eines Förderbedarfs ausschließlich für die Gruppe DaZ die Gefahr, dass einsprachig deutsche Kinder nicht rechtzeitig erkannt und den für sie richtigen Maßnahmen zugeführt werden.

In Anbetracht der voreingenommenen Zuschreibung des gruppenspezifischen potenziellen Förderbedarfs ist sein Einsatz überdies nicht mit dem „Code of Fair Testing Practices in Education“ (JOPT 2004) oder der Berufsordnung der deutschen LogopädInnen vereinbar (dbI 1998, 2), nach der „die Würde und Integrität des Individuums zu achten und sich für den Erhalt und Schutz fundamentaler menschlicher Rechte im Bereich der logopädischen Tätigkeit einzusetzen“ die Grundlage

der logopädischen Tätigkeit darstellt. Dieser Grundsatz ermahnt LogopädInnen förmlich, den Patienten und damit die soziale Evidenz an erster Stelle zu berücksichtigen.

Alternative und adäquate Methoden bei kulturell und linguistisch diversen Kindern

Indessen gibt es Alternativen zur Anwendung von überwiegend auf monolingualen Konstrukten basierenden Methoden bei mehrsprachigen Kindern. Hierzu zählen ausgewählte Verfahren, die Aspekte der übergeordneten Sprachverarbeitung berücksichtigen, wie z.B. Aufgaben zum Nachsprechen von Zahlen und Nichtwörtern (Campbell et al. 1997) sowie informelle, z.B. kriterium-orientierte Verfahren, die ohne einen Vergleich zur einsprachigen Altersgruppe auskommen, indem ein Performanzniveau festgelegt wird, das sich am Entwicklungsverlauf eines Kindes orientiert (Battle 2002).

Vor allem aber hat sich das „Dynamic Assessment“ als geeignet erwiesen, da es das Lernpotenzial eines Individuums erfassen und umfassende Informationen mit Bezug auf sämtliche für die Therapieplanung relevante Ebenen bereitstellen kann (Gorman 2015, Kapantzoglu et al. 2012). Dabei ist es wichtig, möglichst zahlreiche und umfassende Referenzpunkte für die Ableitung einer

■ Abb. 2. Protokollbögen DaZ und DaM des Verfahrens LiSe-DaZ (Schulz & Tracy 2011)

Protokollbogen Sprachverständnis DaZ

LiSe-DaZ[®]
Petra Schulz und Rosemarie Tracy

Vorname: _____
Nachname: _____

Geschlecht: m w

	Jahr	Monat	Tag
Testdatum			
Geburtsdatum			
Alter			

Dauer des Kontakts mit der deutschen Sprache: _____ Monate

Testergebnisse

	Rohwert	T-Wert	Prozent-rang	Förder-bedarf
VB – Verstehen der Verbbedeutung				
WF – Verstehen von w-Fragen				
NEG – Verstehen von Negation				

Durchgeführt von: _____

HOGREFE

Protokollbogen Sprachverständnis DaM

LiSe-DaZ[®]
Petra Schulz und Rosemarie Tracy

Vorname: _____
Nachname: _____

Geschlecht: m w

	Jahr	Monat	Tag
Testdatum			
Geburtsdatum			
Alter			

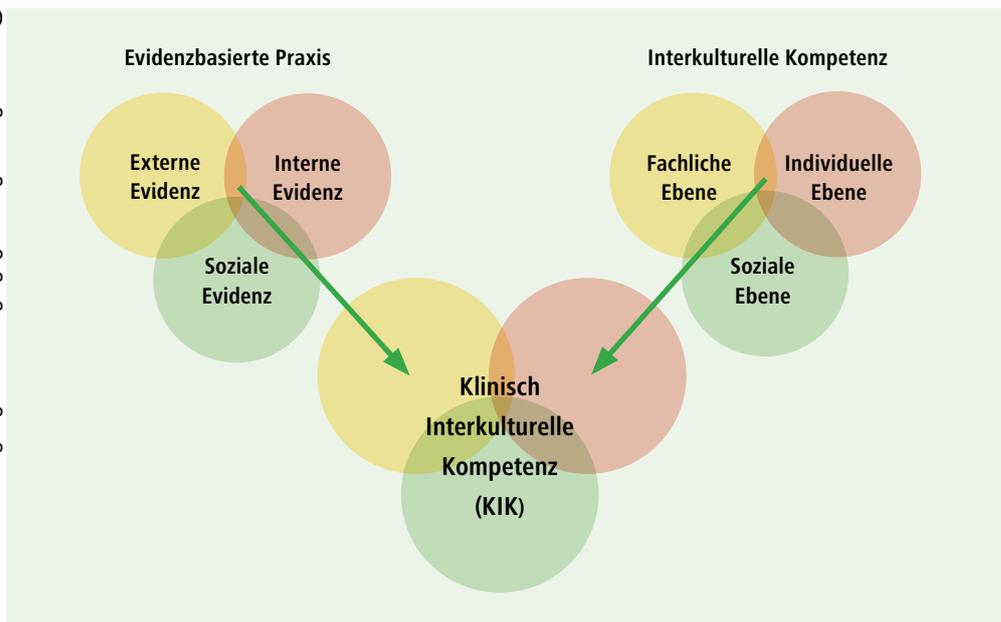
Testergebnisse

	Rohwert	T-Wert	Prozent-rang
VB – Verstehen der Verbbedeutung			
WF – Verstehen von w-Fragen			
NEG – Verstehen von Negation			

Durchgeführt von: _____

HOGREFE

■ Abb. 3: Evidenzbasierte Praxis und Interkulturelle Kompetenz als Grundlage der Klinisch Interkulturellen Kompetenz (Scharff Rethfeldt 2013)



Diagnose im Sinne eines induktiven Vorgehens zu sammeln, das sich von dem bei einsprachigen Kindern möglichen deduktiven Vorgehen unterscheidet (Scharff Rethfeldt 2014). Grundlegend, und im mehrsprachigen und transkulturellen Kontext häufig unterschätzt, sind soziokulturelle Ansätze wie das „Bilinguale Patientenprofil“ (Scharff Rethfeldt 2013) und R.I.O.T. (Cheng 2007), sowie die Erfassung der Alltagspartizipation als Referenzpunkt im Sinne der ICF. Es liegen hinreichend externe Evidenzen vor, die die Eignung derlei soziokultureller Ansätze bei mehrsprachigen Kindern im Rahmen eines kultursensiblen Vorgehens unterstützen (Martin 2009). Dabei setzt eine kultursensible Versorgung unter adäquater Berücksichtigung der sozialen Evidenz allerdings auch interkulturelle Kompetenz als Teil der internen Evidenz voraus.

Klinisch Interkulturelle Kompetenz (KIK)

Die von Bolten (2012) oder Weidemann et al. (2010) beschriebene Interkulturelle Kompetenz ist mit dem Konzept einer evidenzbasierten Praxis sehr gut vereinbar. Mit interkultureller Kompetenz wird ein komplexes Bündel diverser Fähigkeiten auf fachlicher, individueller und sozialer Ebene beschrieben. Im Rahmen eines lebenslangen Lernprozesses geht es dabei primär um die übergeordnete Fähigkeit, mit Menschen, die über einen anderen kulturellen Hintergrund verfügen, ethisch vertretbar umzugehen und zu kooperieren. Dieser „Umgang“ liegt in der logopädischen professionellen Verantwortung.

Führt man auf dieser Grundlage die beiden Konzepte der interkulturellen Kompetenz und der EBP zusammen, entsteht hieraus das von Scharff Rethfeldt (2013) postulierte Konzept der „Klinisch Interkulturellen Kompetenz (KIK)“ (Abb. 3). Die Anwendung von KIK in der Logopädie hat das Potenzial, die sich angesichts der Versorgung von kulturell und linguistisch diversen Patienten zeigenden aktuellen Herausforderungen zu bewältigen. Voraussetzende ImpulsgeberIn ist die TherapeutIn, die eigenaktiv bereit ist, vor einer diagnostischen Betrachtung eines kulturell und linguistisch diversen Patienten, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen.

Denn KIK ist ein lebenslanger Prozess der Ausgestaltung therapeutischer Handlungskompetenzen. Sie integriert therapeutische Fähigkeiten wie Eigen- und Fremdreflexion, Empathie und Toleranz, logopädisches Fachwissen, Kulturwissen, sprachstrukturelles Wissen, Clinical-Reasoning-Strategien, Vermeidung von Stereotypisierung und Bias sowie Verzerrungen in der Konstruktion und Auswertung von Testverfahren etc. (Scharff Rethfeldt 2013).

Ein Schlüssel zur Erlangung von KIK ist die Vermittlung entsprechender Kompetenzen in Ausbildung und Studium, um die „richtigen“, d.h. am Patienten ausgerichtete Entscheidungen im Sinne eines „Shared Decision Making“ treffen zu können. Denn: Erst wenn sich diese Entscheidungen an der sozialen Evidenz orientieren, werden damit verbundene Behandlungserfolge nachhaltig wirken können.

Fazit

Die logopädische Versorgung befindet sich angesichts der mit der kultursensiblen Versorgung von kulturell und linguistisch diversen Patienten verbundenen Herausforderungen in einer Paradigmen-Krise. Zugleich verfügen LogopädInnen bereits über jene grundlegenden therapeutischen Kompetenzen der Reflexion, die für eine Entwicklung einer Klinisch Interkulturellen Kompetenz voraussetzend sind (interne Evidenz). Schwierig erscheint aktuell die Gratwanderung zwischen wissenschaftlich fundiertem Anspruch (Externe Evidenz) und einem individuell, ethisch vertretbaren und somit patientenadäquaten Vorgehen (Soziale Evidenz). Eine Unterdrückung der Sozialen Evidenz wird die LogopädIn in der Anwendung eigenaktiver, transkulturell orientierter Handlungsstrategien (Interne Evidenz) eher blockieren.

Im Spannungsfeld zwischen Homogenisierungstendenzen und individuell ausgerichteten Maßnahmen im Sinne der ICF bleibt der wissenschaftlich reflektierenden PraktikerIn zu empfehlen, die Perspektive multilingualer Sprecher einschließlich kultureller Implikationen zu reflektieren und dabei die Auseinandersetzung mit der Sprach-Normen-Thematik nicht zu scheuen. Eine wieder verstärkte Betonung der Sozialen Evidenz im Sinne der E₃BP liegt in der Verantwortung der LogopädIn, denn: Nicht Evidenzen treffen Entscheidungen, sondern Menschen (Haynes et al. 2002, 1350).

LITERATUR

- Barrett, M. (1999). *The development of language*. Hove: Psychology Press
- Battle, D. (2002). Language development and disorders in culturally and linguistically diverse children. In: Bernstein, D. & Tiegerman-Farber, E. (Hrsg.), *Language and communication disorders in children* (354-386). Boston: Allyn & Bacon
- Bedore, L.M. & Peña, E.D. (2008). Assessment of bilingual children for identification of language impairment: current findings and implications for practice. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism* 11 (1), 1-29
- Blom, W.B.T., de Jong, J., Orgassa, A., Baker, A.E. & Weerman, F.P. (2013). Verb inflection in monolingual Dutch and sequential bilingual Turkish-Dutch children with and without SLI. *International Journal of Language and Communication Disorders* 48 (4), 382-393
- Bolten, J. (2012). *Interkulturelle Kompetenz*. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung Thüringen

- Campbell, T., Dollaghan, C., Needleman, H. & Janosky, J. (1997). Reducing bias in language assessment: processing-dependent measures. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 40 (3), 519-525
- Caesar, L. & Kohler, P. (2007). The state of school-based bilingual assessment: actual practice versus recommended guidelines. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 38 (3), 190-200
- Cheng, L.R. (2007). Improve your assessment of bilingual clients with communication disorders. *Nursing* 37 (12), 10
- Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust
- Culyer, A.J. (1994). *Supporting research and development in the NHS, a report to the Minister of Health by a research and development taskforce chaired by A.J. Culyer*. London: HMSO
- De Bot, K. (1992). A bilingual processing model: Levelt's speaking model adapted. *Applied Linguistics* 13 (1), 1-24
- de Langen-Müller, U., Kauschke, C., Kiese-Himmel, C., Neumann, K. & Noterdaeme, M. (2011). *Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)*. AWMF-Register-Nr. 049/006
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbf. (1998). *Berufsordnung der LogopädInnen*. www.dbf-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0009_b_berufsordnung.pdf (17.06.2016)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.). (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Paul H. Books
- Ehl, B., Schrey-Dern, D. & Willmes, K. (2014). Der AWST-R bei sukzessiv mehrsprachigen Kindern. Eignung und Anpassung der Auswertung bei sukzessiven Erwerbsbedingungen. *Forum Logopädie* 28 (1), 30-34
- Gorman, B.K. (2015). Dynamic assessment with bilinguals: a focus on increasing clinicians' confidence. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations* 22 (3), 112-121
- Grech, H. & Dodd, B. (2007). Assessment of speech and language skills in bilingual children: a holistic approach. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie* 15 (2), 84-92
- Haynes, R.B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G.H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice: evidence does not make decisions, people do. *BMJ* 324 (7350), 1350
- Joint Committee on Testing Practices – JOPT (2004). *Code of fair testing practices in education*. www.apa.org/science/programs/testing/fair-code.aspx (28.06.2016)
- Justice, L.M. (2008). Evidence-based terminology. *American Journal of Speech-Language Pathology* 17 (4), 324-325
- Kapantzoglu, M., Restrepo, M.A. & Thompson, M. (2012). Dynamic assessment of word learning skills: identifying language impairment in bilingual children. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 43, 81-96
- Levelt, W.J.M. (1989). *Speaking: from intention to articulation*. Cambridge: MIT Press
- Martin, D. (2009). *Language disabilities in cultural and linguistic diversity*. Bristol: Multilingual Matters
- 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 the Schools* 36, 172-187
- Pearson, B.Z., Fernández, S.C. & Oller, D.K. (1995). Cross-language synonyms in the lexicons of bilingual infants: one language or two? *Journal of Child Language* 22, 345-368
- Renner, G. (2006). Testbesprechung AWST-R. Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder – Revision. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38 (3), 146-148
- Rosenberg, W. & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 310, 1122-1126
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, B.W. (1999). *Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung*. Deutsche Ausgabe: Kunz, R. & Fritsche, L. (Hrsg.). Bern: Zuckerscherdt
- Scharff Rethfeldt, W. (2010). *Sonderpädagogische Feststellung der Sprachkompetenz mehrsprachiger Kinder vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebenssituation und der schulischen Anforderung*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Stuttgart: Thieme
- Scharff Rethfeldt, W. (2014). Der Induktive Ansatz in der logopädischen Diagnostik und Therapie bei mehrsprachigen Kindern. *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis* 3 (1), 23-30
- Scharff Rethfeldt, W. (2016). *Sprachförderung für ein- und mehrsprachige Kinder. Ein entwicklungsorientiertes Konzept*. München: Reinhardt
- Schulz, P. & Tracy, R. (2011). *LiSe-DaZ. Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache*. Göttingen: Hogrefe
- Stow, C. & Dodd, B. (2003). Providing an equitable service to bilingual children in the UK: a review. *International Journal of Language & Communication Disorders* 38 (4), 351-377
- Weidemann, A., Straub, J. & Nothnagel, S. (Hrsg.) (2010). *Wie lehrt man interkulturelle Kompetenz? Theorien, Methoden und Praxis in der Hochschulausbildung. Ein Handbuch*. Bielefeld: transcript
- World Health Organization, WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.*

SUMMARY. A paradigm crisis in culturally sensitive SLT service provision – The underestimated role of social evidence. Critical reflections on evidence-based approaches to multilingual children with language impairment

Providing appropriate assessment and intervention services to individuals from culturally and linguistically diverse populations (CLD) according to evidence-based principles is challenging, especially when clinicians rely on Western standardized assessments. Currently there may be a disproportionate consideration of the social component. Problems and alternative solutions to the use of norm-referenced measures that may reduce the risk for misdiagnoses of multilingual children and biases inherent in standardized tests will be discussed. Then a culturally sensitive decision-making framework will be proposed. Next to a critical reflection of the use of monolingual standards and measures, it will be inevitable to consider and self-assess the impact on SLT's personal and professional attitudes towards CLD.

KEY WORDS: Diversity – assessment – evidence-based practice – misdiagnosis – culture – multilingualism – norm reference

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2016-53020160507

Autorin

Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt
Hochschule Bremen
Fakultät 3 – Gesellschaftswissenschaften
Angewandte Therapiewissenschaften – Logopädie
Neustadtswall 30
28199 Bremen
w.scharff.rethfeldt@hs-bremen.de