

# Logopädische Versorgungssituation mehrsprachiger Kinder mit Sprachentwicklungsstörung

Das MeKi-SES-Projekt zur Versorgung einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation in Bremen

Wiebke Scharff Rethfeldt

**ZUSAMMENFASSUNG.** Die veränderten Migrationsbewegungen und die damit verbundene kulturelle und linguistische Vielfalt der in Deutschland lebenden Bevölkerung stellt nicht zuletzt die logopädische Versorgung vor neue Fragestellungen. Der Beitrag berichtet über die Ergebnisse des Projekts MeKi-SES mit dem Ziel einer ersten Bestandsaufnahme der gegenwärtigen logopädischen Versorgungssituation von mehrsprachigen Kindern mit/ohne Migrationshintergrund (MH) nach erfolgter Verordnung bei Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung (SES). Dazu befragt wurden 30 logopädische Praxen in der Stadt Bremen, die sich durch eine sozialräumliche Polarisierung auszeichnet. Die Praxen wurden einem von vier Bremer Ortsteilen zugeordnet, die sich an dem Anteil an minderjährigen Menschen mit MH und SGB II-Hilfe-EmpfängerInnen orientieren. Gleichzeitig wurden Rahmenbedingungen von logopädischen Praxen in Bremen sowie Informationen zu den tätigen TherapeutInnen erhoben. Die Daten wurden deskriptiv und mit SPSS ausgewertet. Die Ergebnisse zur ambulanten Inanspruchnahmepopulation weisen darauf hin, dass Indikationsschlüssel und logopädische Diagnose nicht zwingend übereinstimmen und dass für mehrsprachige Kinder im Vergleich zu deutsch-einsprachigen Kindern ein höheres Risiko besteht, durch die logopädische Versorgungslücke zu fallen. Auch weisen die Ergebnisse auf einen zukünftigen TherapeutInnenmangel in Bremen hin. Die Pilotstudie leistet einen ersten Beitrag für weitere Studien zur Beantwortung der zunehmend diskutierten Fragen der Qualitätssicherung an der differenzialdiagnostischen Schnittstelle zwischen Förder- und Therapiebedarf.

Schlüsselwörter: Logopädische Versorgung – mehrsprachige Kinder – Fehldiagnosen – Diversity – sozioökonomischer Status

**Prof. Dr. phil. Wiebke Scharff**

**Rethfeldt** ist Logopädin. Sie leitet den Fachbereich 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-Multicultural Affairs Committee der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) berufen.



völkerung stellt nicht zuletzt die logopädische Versorgung vor neue Fragestellungen; insbesondere angesichts der vulnerablen Gruppe, zu der Menschen mit MH zählen (RKI 2012). Mehrsprachige Kinder mit Sprachauffälligkeiten werden in verschiedenen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems vorgestellt, die sich jedoch in ihrem Verständnis und ihrer Organisationsstruktur sowie damit auch in ihrem Umgang mit Sprachauffälligkeiten bei Kindern unterscheiden; z.B. Kindertageseinrichtungen, ambulante Pädiatrie und Logopädie.

So kann es vorkommen, dass die als sprachauffällig und somit von der deutschsprachigen monolingualen Norm als sprachlich abweichend geltenden Kinder auch gleichzeitig von mehreren unterschiedlichen Fachleuten betreut werden, d.h. Sprachförderung in einer Kindertageseinrichtung und logopädische Therapie in einem ambulanten Setting erhalten.

Häufig wird dabei jedoch nicht zwischen einem Förder- und einem Therapiebedarf unterschieden, obgleich zahlreiche Studien belegen, dass von einer in Art und Ausmaß sehr unterschiedlich auftretenden Sprachentwicklungsstörung betroffene Kinder eine individualisierte logopädische Therapie benötigen. Denn diese Kinder können aufgrund der mit ihr verbundenen Sprachverarbeitungsdefizite nicht vom Angebot einer (vorschulischen)

## Hintergrund

### Zunahme von Menschen mit Migrationshintergrund

In Deutschland zählt die Migration zu den häufigsten Ursachen für Mehrsprachigkeit. Im Jahr 2015 hatten 17,1 Mio. Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund (MH) (*Statistisches Bundesamt* 2017b). Insgesamt ist die Immigration nach Deutschland seit 2006 steigend, sodass das Einwanderungsland inzwischen die zweitgrößte Wachstumsrate an internationalen Migranten verzeichnet (*United Nations* 2016). Während in den vergangenen Jahrzehnten die Zuwanderung nach Deutschland von der europäischen Binnenmobilität bestimmt wurde, kamen in 2015 die meisten Zuwanderer aus Syrien und Rumänien.

Mittelfristig wird sich der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung weiter erhöhen und dementsprechend die Bedarfe und veränderten Anforderungen an die gesundheitliche – einschließlich logopädische – Versorgung. In der Folge ist auch der Anteil von mehr-

sprachigen Kindern an der in Deutschland lebenden Bevölkerung in den letzten Jahren angestiegen und nimmt weiter zu. Analog ist unter Berücksichtigung internationaler Prävalenzraten von einer entsprechenden Zunahme an von einer Sprachentwicklungsstörung (SES) betroffenen Kindern an der Gesamtgruppe logopädischer PatientInnen auszugehen.

Internationalen Prävalenzraten zufolge manifestiert sich bei etwa 7% aller Kinder bereits in den ersten vier Lebensjahren eine behandlungsbedürftige primäre SES (d.h. ohne Zusammenhang mit Komorbiditäten) (*Tombli et al.* 1997). Übertragen auf Deutschland bedeutet dies, dass rund 173.600 Kinder mit MH im engeren Sinne im Alter von 0 bis 10 Jahren von einer SES betroffen sind (eigene Berechnung auf Grundlage des MZ 2015, vgl. *Statistisches Bundesamt* 2016, 36).

### Mehrsprachigkeit als differenzialdiagnostische Herausforderung

Die veränderten Migrationsbewegungen und die damit verbundene kulturelle und linguistische Vielfalt der in Deutschland lebenden Be-

Sprachförderung profitieren (Ellis Weismer et al. 2005 Bishop 2000). Folglich sollte jedes (mehrsprachige) sprachauffällige Kind logopädisch untersucht und eine SES entweder ausgeschlossen oder frühestmöglich identifiziert werden, um entsprechende adäquate Maßnahmen einzuleiten.

Therapeutisch ergeben sich insbesondere bei mehrsprachigen Kindern für die verordnende ÄrztIn sowie die behandelnde LogopädIn – nicht nur aufgrund der häufig festzustellenden Sprachbarriere – zahlreiche differenzialdiagnostische Herausforderungen. Dies gilt v.a. bei Verdacht auf eine primäre SES in Anbetracht fehlender Komorbiditäten, die aufgrund des Risikos einer Überdiagnose im Zusammenhang mit mangelnden Deutschkenntnissen oder einer Unterdiagnose unter Verweis auf scheinbare Besonderheiten einer mehrsprachigen Entwicklung mit besonderen differenzialdiagnostischen Herausforderungen verbunden ist. Insofern erscheinen mehrsprachige Kinder von dem Risiko einer Fehlversorgung besonders betroffen (Scharff Rethfeldt 2013).

### Rückgang sprachtherapeutischer Verordnungen

Obgleich der Anteil an insbesondere jüngeren Menschen mit Migrationserfahrung im Vergleich zur durchschnittlichen AOK-Versichertenkohorte seit 2014 gestiegen ist (Hons 2015), ist die Patientenrate der Sprachtherapie in besonderem Maße in Anspruch nehmenden Kinder leicht zurückgegangen (AOK 2015). Dabei weisen die Verordnungsraten deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme sprachtherapeutischer Leistungen auf und deuten somit auf entsprechende Versorgungstrends hin.

Während im Jahr 2015 der Bundesdurchschnitt der Patientenrate bei Kindern bis 14 Jahre bei Kassenärztlichen Vereinigungen bei 12 % lag, war der Anteil der regionalen Inanspruchnahme durch die Versicherten im Land Bremen mit einem Anteil von nur 10% deutlich darunter zu verzeichnen (AOK 2015, 33). Dabei stellt die Diagnose *F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* bei Kindern bis 14 Jahre, die am häufigsten gestellte Diagnose dar (ebd.).

Auch fällt auf, dass Kinder mit MH im Vergleich zu Kindern ohne MH signifikant weniger einen Kinderarzt in Anspruch nehmen, wobei diese Asymmetrie vor allem in der unteren und mittleren Sozialschicht deutlich wird (Kamtsiuris et al. 2007). Zahlreiche Studien belegen, dass die Bevölkerung mit MH ein höheres Armutsrisiko besitzt (Statistisches Bundesamt 2017a). Der Zusammenhang zwischen finanzieller Armut und

gesundheitlicher Lage sowie Teilhabe einschränkungen wurde ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen (RKI 2012).

Daneben legen Untersuchungen zum Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie zum Präventionsverhalten nahe, dass familiäre sprachliche Verständigungsschwierigkeiten aufgrund von unzureichenden Sprachkenntnissen bei Kindern bereits im Alter von sechs Jahren vorliegende gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne einer kumulativen gesundheitlichen und sozialen Benachteiligung sogar noch verstärken können. Überdies können neben migrationsspezifischen Erfahrungen ein kulturell bedingtes unterschiedliches Nutzungsverhalten durch Rollenverständnis sowie Krankheitsverständnis auf die Inanspruchnahme der Gesundheits- und damit logopädischen Versorgung wirken (Scharff Rethfeldt 2013).

### Fragestellung und Zielsetzung

Ausgehend von wiederholt diskutierten migrationsspezifischen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, die mit Unter-, Über- oder auch Fehlversorgungen einhergehen können, sowie in Anbetracht der mit kulturell und linguistisch diversen Kindern verbundenen differenzialdiagnostischen Herausforderungen, wurde das Pilotprojekt *Mehrsprachige Kinder mit Sprachentwicklungsstörung* (MeKi-SES, Laufzeit 2016-17) initiiert.

Da eine logopädische Versorgung deren ärztliche Verordnung und somit zuerst den gesicherten Zugang zur medizinischen Versorgung voraussetzt stellt sich die Frage, ob und inwieweit für mehrsprachige Kinder mit/ ohne MH ein höheres Risiko einer mangelnden logopädischen Versorgung besteht.

Als Grundlage zur Beantwortung dieser Frage sowie als Voraussetzung einer ggf. notwendigen Qualitätssicherung fehlen bislang jedoch entsprechende epidemiologische Studien für die Bundesrepublik Deutschland sowie eine sorgfältige und kontinuierliche Erfassung und medizinische Dokumentation von Inzidenzen und Prävalenzen logopädischer Störungsbilder bei mehrsprachigen Personen mit MH, die insbesondere im ambulanten Sektor versorgt werden.

Auch fehlen Versorgungsdaten zur Inanspruchnahme logopädischer Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit/ohne MH im ambulanten Setting, zu den ambulant tätigen TherapeutInnen sowie zu den Bedingungen einer logopädischen Diagnostik mit dem Ziel, Fehldiagnosen zu vermeiden und die betreffenden mehrsprachigen Kinder den für sie adäquaten Maßnahmen, d.h. entweder Sprachförderung oder Sprachtherapie, zuzuführen.

Insofern sind pädagogische von im ambulanten Setting klinisch-therapeutischen diagnostischen Zielsetzungen zu differenzieren.

Ziel des MeKi-SES Projektes war daher eine erste Bestandsaufnahme der gegenwärtigen ambulanten logopädischen Versorgungssituation von mehrsprachigen Kindern mit/ohne MH nach erfolgter Verordnung bei Verdacht auf eine vorliegende SES vorzunehmen, um im Sinne einer Pilotstudie erste Hinweise für weitere Studien als Beitrag zur Beantwortung der zunehmend diskutierten Fragen der Qualitätssicherung geben zu können. Aufgrund der in bislang vorliegenden Studien nicht eindeutig und einheitlich verwendeten Terminologie von Menschen mit MH stand in der vorliegenden Untersuchung der Aspekt der Mehrsprachigkeit der logopädisch zu versorgenden Kinder im Vordergrund.

Die Feldarbeiten wurden in der Stadt Bremen durchgeführt. Im bundesweiten Vergleich ist der Anteil von Menschen mit MH an der Bevölkerung mit 29,4% in Bremen am höchsten (*Statistisches Bundesamt 2017a, 42*). Für Bremen ist zudem eine starke sozialräumliche Polarisierung der Armut (inkl. Kinderarmut in Haushalten mit SGBII-Bezug) zu konstatieren, deren Verteilung sich nach Stadt- bzw. Ortsteilen differenzieren lässt. So ist davon auszugehen, dass diese sozialräumlich mögliche Differenzierung anhand der Faktoren Migrationshintergrund und Armut auch entscheidende Variablen der Inanspruchnahme berücksichtigen lässt.

## Methoden

Im Rahmen der auf die Stadt Bremen angelegten explorativen Querschnittsstudie nahmen VertreterInnen aus insgesamt 39 telefonisch rekrutierten kassenärztlich zugelassenen logopädischen Praxen an einer schriftlichen Befragung teil. Voraussetzung zur Teilnahme war, dass mindestens eine Logopädin, Sprachheilpädagogin, klinische Linguistin oder Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der betreffenden Praxis tätig ist. Das Angebot einer logopädischen Behandlung von mehrsprachigen Patienten wurde nicht vorausgesetzt. Standorte außerhalb Bremens sowie in Bremerhaven führten zum Ausschluss von der Studie.

Als Instrument der Befragung diente ein einheitlicher Fragebogen, der nach seiner Pilotierung an fünf ausgewählten Praxen überarbeitet und nach Rücksprache per Post oder per E-Mail an die rekrutierten logopädischen Praxen versandt wurde. Vor der Versendung der Fragebögen wurden die teilnehmenden Praxen telefonisch kontaktiert und eingehend über den Gegenstand und den Inhalt

der Pilotstudie informiert. Die methodische Form der schriftlichen Befragung über einen Zeitraum von zehn Wochen wurde gewählt, um den Teilnehmenden eine unter eingehender Berücksichtigung praxisbezogener Daten zum Patientenkollektiv ausführliche und somit zeitintensive Beantwortung mit einer finanziellen Kompensation zu erlauben.

Die eigentliche Befragung und somit Datenerhebung erfolgte zwischen Juli und September 2016. Nach Rücklauf von 37 Fragebögen konnten insgesamt 30 Fragebögen quantitativ deskriptiv sowie mit SPSS ausgewertet werden. Zudem wurden die teilnehmenden Praxen anhand ihrer spezifischen geografischen Lage jeweils einem von vier Bremer Ortsteilgruppen zugeordnet, sozialräumlich orientierend an den Mittelwerten des Anteils von minderjährigen Menschen mit MH sowie EmpfängerInnen von Transferleistungen (*Statistisches Landesamt Bremen 2016*).

## Ergebnisse

### Soziodemografie

Es wurden die Daten aus 30 logopädischen Praxen ausgewertet, in denen insgesamt 72 TherapeutInnen tätig sind. Statistisch sind demnach 2,4 (SD = 1,2) TherapeutInnen pro Praxis tätig. In einem Drittel der befragten niedergelassenen Praxen ist dabei nur eine Person tätig. Die TherapeutInnen sind im Durchschnitt 47 (SD = 7,7) Jahre alt, wobei die Altersklassen ab 46-50 Jahren etwa zwei Drittel der LogopädInnen zuzuordnen sind. Die Berufserfahrung beträgt im Mittel 17 (SD=7,3) Jahre. Rund die Hälfte der befragten Praxen besteht länger als 15 Jahre, keine der befragten wurde in den letzten drei Jahren gegründet.

Die logopädischen Leistungen werden in 47% der Fälle ausschließlich in deutscher Sprache angeboten. Weitere der Befragten geben an, dass sie Englisch (44%) einsetzen, wenn eine Diagnostik bzw. Therapie nicht auf Deutsch möglich ist. In drei Praxen wird (zudem) Spanisch, in jeweils einer der 30 befragten Praxen wird Russisch, Türkisch oder Polnisch gesprochen. Zwei Drittel der Befragten haben bereits eine Fortbildung zum Thema Mehrsprachigkeit besucht.

### Sozialräumliche Lage

An der Untersuchung haben sich logopädische Praxen aus sozialräumlich sehr unterschiedlichen Stadtgebieten beteiligt (vgl. Abb. 1). Während der Anteil der Migrationsbevölkerung an den Personen unter 18 Jahren (nach Definition des *Statistischen Landesamtes Bremen 2016*) im stadtweiten Mittel bei 53% liegt, beträgt der Mittelwert der mehrsprachigen Kinder mit MH in den konsultierten Praxen 49% und kann damit als vergleichbar bezeichnet werden.

Auch sind die Praxen Gebieten zuzuordnen, in denen der Anteil der Kinder unter 15 Jahren in Haushalten mit Leistungsbezug nach dem SGB II mit durchschnittlich 24% im Vergleich zum stadtweiten Mittelwert von 29% lediglich etwas niedriger liegt (Abb. 2). In Anlehnung an die sozialräumliche Segregation in der Stadt Bremen wurden die logopädischen Praxen entlang des Anteils der Bevölkerung unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund (Bev MH U18) und des Anteils von Kindern unter 15 Jahren, die Leistungen nach SGB II (SGB II U15) erhalten, gruppiert (*Statistisches Landesamt Bremen 2016*) (Tab. 1).

### Patientenkollektiv

Der Anteil mehrsprachiger Patienten mit Migrationshintergrund liegt im Vergleich zum einsprachig deutschen Patientenkollektiv in den beiden Jahren 2015 und 2016 unverändert bei einem durchschnittlichen Anteil von 26 bis 50%. Der Anteil der mehrsprachigen Kinder in den befragten Praxen korrespondiert bis auf wenige Ausnahmen mit dem Anteil in dem betreffenden Ortsteil. Mehrsprachige Kinder werden im Alter von 4,6 Jahren, und damit im Durchschnitt rund ein viertel Jahr später als einsprachig deutsche Kinder, vorgestellt. Im zweiten Quartal 2016 waren im Durchschnitt 17 (SD=18,1) mehrsprachige Kinder mit SES pro logopädischer Praxis in Behandlung.

Bezogen auf das Patientenkollektiv nach Ortsteilgruppe zeigt sich ein mittlerer Zusammenhang (Cramer V=0,38). So ist der Anteil mehrsprachiger Kinder in solchen Praxen, die der Ortsteilgruppe A zuzuordnen sind, deutlich höher als in jenen der Ortsteilgruppe B.

Die relativen Anteile von Mädchen und Jun-

■ Tab. 1: Gruppierung der logopädischen Praxen nach Ortsteilgruppe

	Ortsteilgruppe			
	A	B	C	D
<b>Vergleich zum stadtweiten Durchschnitt</b>	> Bev MH U18 und > SGB II U15	< Bev MH U18 und < SGB II U15	> Bev MH U18 und < SGB II U15	< Bev MH U18 und > SGB II U15
<b>Anzahl der Praxen</b>	9	16	3	2

gen unterscheiden sich signifikant ( $p=0,02$ ). Der Anteil der mehrsprachigen Jungen ist mit durchschnittlich 12 gegenüber 7 mehrsprachigen Mädchen pro Praxis nahezu doppelt so hoch.

Zum Befragungszeitpunkt befanden sich in 28 von 30 Praxen mehrsprachige Kinder in logopädischer Behandlung; zwölf Monate zuvor waren in 27 von 30 Praxen mehrsprachige Kinder vorstellig. Zwei Praxen sind ausschließlich auf die Behandlung erwachsener Patienten spezialisiert. Somit lässt sich konstatieren, dass alle befragten Praxen, die kindliche Patienten annehmen, auch mehrsprachige Kinder behandeln. Im Hinblick auf den kindzentrierten Behandlungsschwerpunkt fließen daher ausschließlich Daten von 28 Praxen in die weitere Analyse ein.

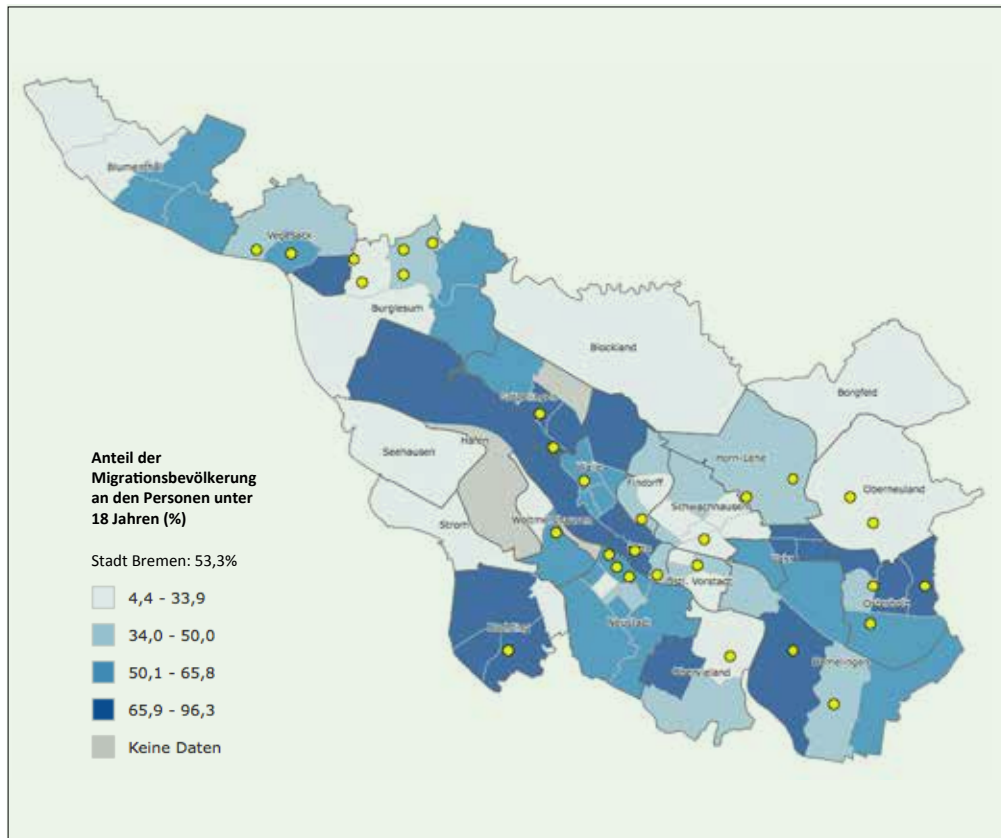
Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen überweisen die mehrsprachigen kindlichen Patienten. Alle der befragten logopädischen Praxen gaben an, Verordnungen von PädiaterInnen zu erhalten. Auch geben insgesamt 79% der Befragten an, dass die mehrsprachigen Kindern über Hals-Nasen-Ohren-ÄrztInnen und KieferorthopädInnen vorstellig werden, 60% gaben PhoniaterInnen an. Die Hälfte der Befragten gab zudem an, dass mehrsprachige Kinder logopädische Verordnungen von ZahnmedizinerInnen erhalten, während lediglich ein Viertel der befragten logopädischen Praxen mehrsprachige Kinder über von AllgemeinmedizinerInnen ausgestellten Verordnungen sehen.

### Logopädische Indikation und Diagnostik

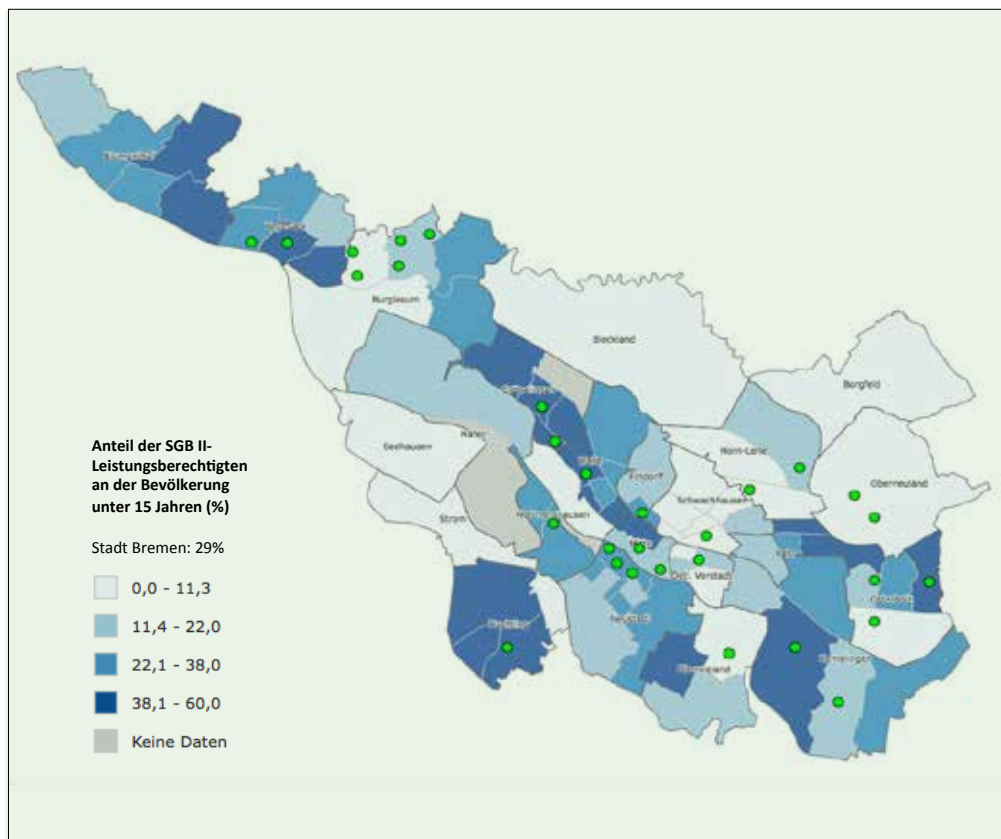
Die befragten Praxen gaben an, dass mehrsprachige Kinder in 93% der Fälle mit dem Indikationsschlüssel SP1 (Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung) vorstellig werden. Die Hälfte der Befragten gab (zudem) den Indikationsschlüssel SP3 (Störungen der Artikulation – Dyslalie) an. Als weiteren Indikationsschlüssel benannten 40% der Praxen RE1 (Störungen des Redeflusses – Stottern).

Bei Verdacht auf eine vorliegende SES bei mehrsprachigen Kindern setzen die Befragten im Rahmen der logopädischen Diagnostik mehrere sowie unterschiedliche Methoden ein. So erfolgt in 96% der Fälle eine Beobachtung der Spontansprache und des Kommunikationsverhaltens, 93% nutzen die Anamneseerhebung im freien Gespräch, 36% werden von Dolmetschern und/oder Sprachmittlern unterstützt, 19% verwenden Fragebögen. Im Rahmen der Befunderhebung setzen 71% informelle Verfahren und 61% standardisierte deutschsprachige Verfahren ein. Auch fremdanamnestische Einschätzungen (50%) und Berichte von Vor-

■ **Abb. 1: Verteilung der an der Studie teilnehmenden logopädischen Praxen in den Bremer Ortsteilen nach Verteilung der Bevölkerung unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund.**



■ **Abb. 2: Verteilung der an der Studie teilnehmenden logopädischen Praxen in den Bremer Ortsteilen nach Verteilung der Kinderarmut.**



behandlerInnen (29%) werden im Zuge der logopädischen Urteilsbildung berücksichtigt.

### Logopädische Intervention

Im Zusammenhang mit mehrsprachigen Kindern, die zwar mit der ärztlichen Indikation einer SES vorgestellt wurden, jedoch logopädisch nicht darauf explizit behandelt wurden, berichten 57% der Befragten, entgegen der ärztlichen Diagnose einer eingehenden logopädischen Diagnostik folgend einen Sprachförderbedarf (z.B. aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse) und keine SES festgestellt zu haben. Als weiteren Grund, nicht gezielt auf die ärztliche Indikation einer SES zu behandeln, gaben 61% der Befragten andere, vordergründig zu behandelnde Störungen an.

Weiter gaben 29% als Grund an, dass eine Elternberatung bzw. ein Elterntaining im Vordergrund der logopädischen Intervention stand. Nur 7% gaben an, ungeachtet der logopädischen Diagnose stets gemäß der ärztlichen Indikation zu behandeln. Auch lässt sich ein schwacher Zusammenhang (Cramers  $V=0,20$ ) zwischen der Anzahl der in einer Praxis tätigen TherapeutInnen und der kritischen Prüfung einer ärztlichen Indikation feststellen.

Die Feststellung eines Sprachförderbedarfs entgegen der ärztlichen Indikation einer SES wird insbesondere in den beiden in der Ortsteilgruppe D niedergelassenen logopädischen Praxen vermehrt angeführt, d.h. Ortsteile, in denen der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund unter dem stadtweiten Durchschnitt liegt, derjenigen, die SGB II-Leistungen beziehen, jedoch darüber (Zusammenhang Sprachförderbedarf und Kinderarmut).

### TherapeutInnen

Nach ihrer Einschätzung der Rahmenbedingungen zur logopädischen Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit MH und SES befragt, erachtet rund die Hälfte (53%) der Befragten die Anzahl der ausgestellten Verordnungen als ausreichend. Die Majorität (60%) der Befragten bewertet das Risiko der Bildungsbenachteiligung dieser Kinder zudem als sehr hoch. Dass mehrsprachige Kinder mit MH und SES in gesellschaftlichen Problemlagen leben sowie dem Risiko einer Stigmatisierung ausgesetzt sind, schätzen 47% der Befragten als ebenfalls sehr hoch, 30% als hoch ein.

Insgesamt 40% der Befragten sehen zufriedenstellende Therapiemöglichkeiten für mehrsprachige Kinder mit MH und SES als unzureichend gegeben, während 33% von wenigen, hingegen 13% von sehr zufrieden-

stellenden Therapiemöglichkeiten ausgehen. Insgesamt bewerten 83% der Befragten die zur Verfügung stehenden Informationen zur Aufklärung und Beratung von Bezugspersonen von mehrsprachigen Kindern mit MH und SES zur Unterstützung der sprachtherapeutischen Arbeit mit wenig bis mittelmäßig.

Die Majorität (60%) der Befragten hat eine Fortbildung im Fachbereich Mehrsprachigkeit besucht. Es besteht ein mittlerer Zusammenhang (Cramers  $V=0,25$ ) zwischen der Teilnahme an einer Fortbildung und der Höhe der Anzahl der vorstelligen mehrsprachigen Kinder, sowie dem Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren mit MH (Ortsteil A und C).

### Diskussion

Für die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse können weder Vergleichsstudien noch Patientendaten aus der Versorgung anhand von Registerdatenbanken herangezogen werden. Es ist davon auszugehen, dass die 30 logopädische Praxen umfassende Stichprobe rund die Hälfte aller in Bremen aktiven ambulanten Praxen repräsentiert. Denn im Zuge der Recherche war aufgefallen, dass in einigen der bspw. im aktuellen Branchentelefonbuch aufgelisteten Praxen nicht mehr praktiziert wird. Die Majorität der befragten Praxen ist etabliert, keine wurde in den letzten Jahren gegründet, und zwei Drittel des Personals älter als 47 Jahre, sodass davon auszugehen ist, dass dieses ab ca. 2025 nicht mehr zur Versorgung der Bremer Bevölkerung beitragen kann.

Eine mögliche Erklärung für die mehrheitlich älteren LogopädInnen könnte die in den 1990er Jahren von der Bundesanstalt für Arbeit initiierte und als Umschulung finanzierte Ausbildung an der einzigen und privaten Schule für Logopädie in Bremen sein. Der hiermit verbundene spätere Berufseinstieg und die um ca. zehn Jahre verkürzte logopädische Tätigkeit könnten sodann die vergleichsweise niedrige Berufserfahrung von 17 Jahren erklären.

In Anbetracht der vor rund zehn Jahren eingestellten unterstützenden Ausbildungsfinanzierung und insbesondere der personalen Struktur in den befragten Praxen ist ein Fachkräfteengpass mit Auswirkungen auf die logopädische Versorgung allgemein und folglich mit Bezug auf mehrsprachige Kinder mit MH anzunehmen.

Weiter ist davon auszugehen, dass die befragten Praxen den Sozialraum Bremen gut abbilden, obgleich die Hälfte der Praxen in Ortsteilen liegen, in denen sowohl der Anteil an Leistungen nach SGB II beziehenden Kin-

dern unter 15 Jahren als auch der Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren mit MH überdurchschnittlich hoch ist. Das Geschlechterverhältnis der in den Praxen vorstelligen mehrsprachigen Kinder mit SES entspricht internationalen Prävalenzstudien (Tomblin et al. 1997). Insgesamt ist der Anteil an mehrsprachigen Kindern mit MH in den Praxen hoch. So wächst jedes 4. bis 2. Kind mehrsprachig auf und wird im Vergleich zu monolingualen Gleichaltrigen später bei Verdacht auf SES vorgestellt. Zur Erklärung können mehrere Gründe in Betracht kommen.

Der in großen Referenzstudien festgestellte Einfluss der Faktoren MH und Armut auf das Präventionsverhalten und Inanspruchnahme eines Kinderarztes legen die Vermutung eines verspäteten bzw. erschwerten Zugangs und damit einer ärztlichen logopädischen Verordnung nahe. Andererseits kann eine trotz frühzeitigem Zugang zum Mediziner später erfolgende Verordnung als Ausdruck einer Unterdiagnose nicht ausgeschlossen werden. Weiter kann der mit dem Mehrsprachgebrauch assoziierte protektive Faktor erklären, weshalb mehrsprachige im Vergleich zu einsprachigen von einer SES betroffenen Kindern später auffällig werden.

So wird diskutiert, dass die mit der Mehrsprachigkeit verbundenen besseren exekutiven Funktionen (u.a. Arbeitsgedächtnisleistungen) die bei einer vorliegenden SES betroffenen Sprachverarbeitungsleistungen im Vergleich zu monolingual sprachgesunden Kindern länger kompensieren können (Schweizer et al. 2012). Solche besseren Leistungen lassen sich sowohl bei ausgewogener als auch unausgewogener Mehrsprachigkeit feststellen, sodass die Exposition von mehr als einer Sprache als ausreichend gilt (Hsieh 2015).

Zur Exploration möglicher und ggf. weiterer Ursachen bedarf es daher neben einer Erfassung von Inzidenzraten insbesondere einer gezielten Erhebung von prozess- und diagnosebezogenen Daten bei den logopädischen Leistungen verordnenden MedizinerInnen. Diese bilden mit PädiaterInnen, HNO, KieferorthopädInnen, PhoniaterInnen, Zahnärztinnen sowie AllgemeinmedizinerInnen ein breites fachliches Spektrum ab und geben zugleich darüber Auskunft, welche Fachärztinnen sich mit Entscheidungen über die logopädische Verordnung bei mehrsprachigen Kindern mit Verdacht auf SES konfrontiert sehen und mit welchen ggf. im Zuge einer verbesserten Versorgung dieser Population aus logopädischer Sicht zu kooperieren ist.

Auf die insbesondere mit Blick auf die adäquate Versorgung von mehrsprachigen Kindern bestehende Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen LogopädInnen

und MedizinerInnen zeigt sich, dass lediglich ein geringer Anteil der befragten TherapeutInnen gemäß ärztlicher, ungeachtet einer logopädischen Diagnose behandeln und mehr als die Hälfte der TherapeutInnen trotz ärztlicher Indikation einer SES in einigen Fällen einen Sprachförderbedarf diagnostizieren.

Dies deutet zum einen auf eine medizinische Überdiagnose und/oder zum anderen auf ein ärztliches Vertrauen in die logopädische Diagnostik als differenzialdiagnostische Entscheidung über Förder- oder Therapiebedarf hin. Letzteres wird durch die vorgelegten Ergebnisse zum diagnostischen Vorgehen eher bekräftigt. Insgesamt ist also eine frühzeitige, konsequente differenzialdiagnostische logopädische Abklärung dringend zu empfehlen.

Die im Rahmen der logopädischen Diagnostik eingesetzte Methodenvielfalt entspricht den internationalen Empfehlungen bei vorliegender Mehrsprachigkeit und Verdacht auf SES (Jordaan et al. 2016, Scharff Rethfeldt im Druck). Die Ergebnisse zeigen und bestätigen die Herausforderungen, in Anbetracht der sprachlichen und kulturellen Barrieren neben dem entsprechenden Fach- und Methodenwissen mit dem Ziel einer validen klinischen Urteilsbildung verbunden sind.

Deutlich wird, dass das sprachliche Angebot in den Praxen nicht den Herkunftssprachen der in den letzten Jahren primär Zugewanderten aus u.a. Syrien und Rumänien entspricht. Demnach ist von einer Sprachbarriere auszugehen, die die adäquate Versorgung und logopädische Therapie, die eben über das Medium Sprache praktiziert wird, erschwert. Zugleich wird deutlich, dass die mit dem zielgerechten Einsatz unterschiedlicher Methoden verbundene umfassende Sprachentwicklungsdiagnostik einen entsprechend hohen Mindestzeitaufwand von – anhand der angegebenen Methoden – geschätzten drei bis fünf Einheiten voraussetzt.

Lediglich der vermehrte Einsatz standardisierter deutschsprachiger und somit für einsprachige Kinder konzipierter Verfahren ist stark kritikwürdig. Aufgrund der ihnen zugrundeliegenden monolingualen und monokulturellen Bezugsnormen besteht internationaler Konsens darüber, dass ihre Anwendung bei kulturell und linguistisch diversen Kindern ungeeignet ist (Blumenthal et al. 2015, Jordaan et al. 2016). Ihre theoretische und modellgeleitete Entwicklung und die damit verbundene Testkonstruktion und Auswahl der Stichproben entsprechen einer anderen – homogenen – Referenzgruppe. Ihre An-

wendung bei mehrsprachigen Kindern führt somit nicht nur aufgrund von Konstrukt-, Methoden- und Item-Bias zu einer Verfälschung der Ergebnisse, sondern trägt sogar zu Fehldiagnosen bei (Scharff Rethfeldt 2016, Caesar & Kohler 2007, Martin 2009, Stow & Dodd 2003). Dies gilt auch für Verfahren, die eine heterogene Sprachgruppe als eine Stichprobe zusammenfassen (Laing & Kamhi 2003).

Dass rund 60% der befragten TherapeutInnen standardisierte deutschsprachige Verfahren bei mehrsprachigen Kindern einsetzen, wäre nur in solchen Fällen zu relativieren, in denen ihr Einsatz lediglich bei jenen Kindern erfolgt, bei denen zuvor eine SES ausgeschlossen werden konnte. Nur in eben diesen (ebenfalls von 60% der Befragten benannten) Fällen, kann der Einsatz eines Verfahrens sinnvoll sein, dass auf der Grundlage sprachentwicklungstheoretischen Wissens über deutschsprachige Kinder konzipiert wurde.

Ziel einer Untersuchung ist sodann nicht mehr die logopädische Diagnostik, sondern die Feststellung von Art und Umfang eines vorliegenden Sprachförderbedarfs bei mangelnden Deutschkenntnissen in Orientierung an der monolingualen Norm als Richtwert u.a. für die Einstufung in den deutschsprachigen monolingualen Schulunterricht.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass TherapeutInnen bei einem mit der Indikation SP1 vorgestellten mehrsprachigen Kind häufig feststellen, dass es sich eben nicht um eine pathologische Auffälligkeit mit Therapieindikation (nach SGB V § 92), sondern vielmehr um einen Sprachförderbedarf (gemäß SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe §§ 22-26) handelt. Bemerkenswert ist überdies, dass dies häufiger in Ortsteilen mit erhöhter Kinderarmut der Fall ist.

Ein Zusammenhang zwischen kindlichen Sprachleistungen und sozioökonomischem Status konnte bereits in mehreren Studien bestätigt werden (Roy & Chiat 2013, Hoff 2006, Bradley & Corwyn 2002). Folglich führen die hier Befragten in zahlreichen Fällen anstelle einer Therapie eine Elternberatung bzw. ein Elterntaining durch. Eine mögliche Motivation seitens der TherapeutInnen, statt einer vorliegenden Therapieindikation Sprachförderung unterstützende Maßnahmen zu ergreifen, lässt sich ebenfalls aus den Ergebnissen ableiten. So sieht ein Großteil der Befragten ein hohes Risiko für eine Benachteiligung und Stigmatisierung der mehrsprachigen Kinder mit MH.

## Konklusion

Trotz des Pilotcharakters und des regionalen Bezugs der vorliegenden Untersuchung lässt sich konstatieren, dass von medizinischer Seite zugewiesene Indikationsschlüssel und logopädische Diagnose nicht zwingend übereinstimmen. Dies ist u.a. für die Interpretation von Daten der AOK-Heilmittelberichte und der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreporte sowie für den Aufbau von Datenbanken relevant, die logopädische Diagnosen wie Patientendaten in medizinischen Registern systematisch erfassen, wie z.B. das logopädische Register LoRe (Bartels et al. 2016).

Überdies legen die Ergebnisse nahe, dass für mehrsprachige Kinder mit/ohne MH im Vergleich zu deutsch einsprachigen Kindern ein erhöhtes Risiko besteht, durch die logopädische Versorgungslücke zu fallen. So werden mehrsprachige Kinder nicht nur später in logopädischen Praxen vorstellig, für sie besteht auch ein größeres Risiko einer Fehldiagnose. So bedarf es frühzeitig einer inhaltlich sowie zeitlich umfassenden logopädischen Differenzialdiagnose, um Fehldiagnosen bei mehrsprachigen Kindern mit MH zu vermeiden. Die logopädische Qualifikation im Fachbereich Mehrsprachigkeit ist hierzu unbedingt erforderlich.

Weiter deutet das überdurchschnittlich hohe Alter der niedergelassenen LogopädInnen

auf einen zukünftigen TherapeutInnenmangel in Bremen hin. Daher ist eine entsprechende Anpassung der Ausbildungscurricula sowie eine vermehrte Ausbildung von LogopädInnen zur Sicherstellung der logopädischen Versorgung in Bremen dringend zu empfehlen.

Die einbezogenen Praxen bilden die logopädische Versorgung von mehrsprachigen Kindern in Bremen gut ab. Dennoch sind die Daten auf Behandlungsprävalenzen begrenzt und es wären neben allgemeinen Daten zu Inzidenzen und Prävalenzen von SES bei ein- und mehrsprachigen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund insbesondere spezifische qualitative und quantitative Daten zu Therapieangeboten und -verläufen wünschenswert.

## LITERATUR

- AOK (2015). *Heilmittelbericht 2016*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
- Bartels, M., Kargel, S. & Bilda, K. (2016). LoRe – Logopädisches Register. Aufbau und erste Ergebnisse eines Pilotprojekts an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum. *Forum Logopädie* 30 (6), 28-35
- Bishop, D.V.M. (2000). How does the brain learn language? Insights from the study of children with and without language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 133-142
- Blumenthal, M., Scharff Rethfeldt, W., Salameh, E.K., Muller, C., Vandewalle, E. & Grech, H. (2015). *Position Statement on language impairment in multilingual children*. www.logocom.net/logomobil.net/News\_files/20151106\_Position%20statement\_MULTISLI\_FINAL.pdf (07.03.2017)
- Bradley, R. & Corwyn, R. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology* 53, 371-399
- Caesar, L.G. & Kohler, P.D. (2007). The state of school-based bilingual assessment: actual practice versus recommended guidelines. *Language Speech Hearing Services in Schools* 38 (3), 190-200
- Ellis Weismer, S., Plante, E., Jones, M. & Tomblin, J.B. (2005). A functional magnetic resonance imaging investigation of verbal working memory in adolescents with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 48 (2), 405-25
- Hoff, E. (2006). How social contexts support and shape language development. *Developmental Review* 26 (1), 55-88
- Hons, J. (2015). *Das Bremer Modell – Die Betreuung von Asylbewerbern. Statistik der AOK Bremen/Bremerhaven*. Vortrag im Rahmen der Fachtagung „Kinder mit Fluchterfahrung zur Sprache gebracht“ des Studiengangs ATW an der Hochschule Bremen am 23.9.2015
- Hsieh, L. (2015). Effect of bilingualism on multitasking: a pilot study. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations* 22, 94-101
- Jordaan, H., Levey, S., Scharff Rethfeldt, W. & Smolander S. (2016). *Issues, advances and practices in the assessment and intervention of multilingual children and adolescents with communication and literacy disorders*. Panelvortrag, 30th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics, 22.8.2016, Dublin, Irland

### SUMMARY. Provision of speech and language therapy services to multilingual and migrant children in bremen – results from the MeKi-SES Project

More than every third child in Germany has a migrant background. In parts of the city of Bremen, this figure is even higher. The availability of data on the access and provision of speech pathology services is still inadequate in Germany. This accounts even more for multilingual children. Speech, language and communication needs are particularly common amongst children including multilingual and migrant children. However, health-monitoring programs report that migrants like children from socioeconomically disadvantaged families differ in many health-related aspects from the majority population in Germany, i.e. that they are more likely to experience barriers in health care. This study was designed as a first, regional examination of speech pathology services for multilingual and/or migrant children with suspected language impairment (LI) in the city of Bremen. Information was obtained from speech language therapists (SLT) representing 30 practices in different districts across Bremen, a city affected by socio-spatial polarization, and practices were clustered according to the proportion of minor migrants and minor welfare recipients. The survey addressed i.e. consultation number and proportion of multilingual children, age of child by time of referral, physician vs. SLT diagnosis, used assessment materials, intervention goals, information of practicing SLT. Findings show that multilingual children experience later referral compared to monolingual German speaking children, partly nonconformities regarding initial and SLT diagnosis. Results also indicate a future shortage of SLTs in Bremen. The study highlights obstacles and the need for increased multiprofessional awareness and professional knowledge to help multilingual children with LI access needed services earlier.

KEY WORDS: Speech Language Therapy – service provision – multilingual children – misdiagnosis – diversity – socio economic status

- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. & Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50 (5), 836-850
- Laing, S.P. & Kamhi, A. (2003). Alternative assessment of language and literacy in culturally and linguistically diverse populations. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 34, 44-55
- Martin, D. (2009). *Language disabilities in cultural and linguistic diversity*. Bristol: Multilingual Matters
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI
- Roy, P. & Chiat, S. (2013). Teasing apart disadvantage from disorder: the case of poor language. In: Marshall, C.R. (Hrsg.) *Current issues in developmental disorders* (125-150). Hove: Psychology Press
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Stuttgart: Thieme
- Scharff Rethfeldt, W. (2016). Kultursensible logopädische Versorgung in der Krise – zur Relevanz sozialer Evidenz. *Forum Logopädie* 30 (5), 38-43
- Scharff Rethfeldt, W. (im Druck). *Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit*. In: Grohfeldt, M. (Hrsg.) *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie, Band 3*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schweizer, T.A., Ware, J., Fischer, C.E., Craik, F.I.M. & Bialystok, E. (2012). Bilingualism as a contributor to cognitive reserve: evidence from brain atrophy in Alzheimer's disease. *Cortex* 48 (8), 991-996
- Statistisches Bundesamt (2017a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2017b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Landesamt Bremen (2016). *Ortsteile der Stadt Bremen 2015*. Bremen: Statistisches Landesamt Bremen
- 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
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech Language and Hearing Research* 40 (6), 1245-1260
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). *International Migration Report 2015: Highlights (ST/ESA/SER.A/375)*.

### Danksagung

Das Projekt MeKi-SES wurde aus FuE-Mitteln der Hochschule Bremen im Forschungscluster Lebensqualität gefördert. Im Rahmen des wissenschaftlichen Projektstudiums haben die Absolventinnen des Bachelorstudiengangs Angewandte Therapiewissenschaften Logopädie an der Hochschule Bremen, Janin Wertebuch, Hanna Holl, Ines Bergel, Julia Menkensiemers und Iris Pieper, wesentlich zur Datenerhebung beigetragen.

### DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2017-53020170404

### Autorin

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