

Evidenzen zu Empfehlungen und Ansätzen in der Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern

Wiebke Scharff Rethfeldt

ZUSAMMENFASSUNG. Seit 2006 ist die Zuwanderung nach Deutschland steigend, sodass sich der Anteil von Menschen mit kulturell und linguistisch diversem Hintergrund an der deutschen Bevölkerung und damit auch die Bedarfe und Anforderungen an die logopädische Versorgung erhöhen. Die logopädische Therapie von Sprech- und Sprachstörungen hat sowohl für einsprachige als auch für mehrsprachige Kinder mit Blick auf eine gesellschaftliche Teilhabe und damit die gesundheitliche und soziale Chancengleichheit hochgradig Relevanz. Die in der Logopädie konsultierte Grundlagenforschung zur Sprachentwicklung und ihren Störungen basiert jedoch auf der Untersuchung monolingualer Kohorten. Theorien und Modelle sowie das Vorgehen in der sprachtherapeutischen Intervention bei Sprachentwicklungsstörungen sind damit vorrangig auf die Behandlung bei einsprachigen Kindern ausgerichtet. Auf der Grundlage monolingualer Erkenntnisse basierende Empfehlungen zur Beratung und Behandlung mehrsprachiger Kinder bedürfen somit einer kritischen Überprüfung. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse aus Interventionsstudien mit mehrsprachigen Kindern. Sie bilden die evidenzbasierte Grundlage für Fragen zur Sprachwahl, zu geeigneten Therapieinhalten und möglichen Transfereffekten.

Schlüsselwörter: Mehrsprachigkeit – Sprachentwicklungsstörung – Sprachtherapie – evidenzbasierte Praxis – kulturelle und linguistische Diversität

Einführung

In Deutschland zählt die Migration zu den häufigsten Ursachen für Mehrsprachigkeit. Im Jahr 2015 hatten 17,1 Mio. Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund (*Statistisches Bundesamt* 2016), dem Land mit der zweitgrößten Wachstumsrate an internationalen Migranten (*United Nations* 2016). Insgesamt ist die Tendenz zur Immigration nach Deutschland weiter steigend, jedoch wird die Zuwanderung nicht mehr von der europäischen Binnenmobilität, sondern von Zuwanderern aus Syrien, Rumänien, Irak, Iran und Afghanistan sowie afrikanischen Herkunftsländern bestimmt. Mittelfristig wird sich der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung weiter erhöhen und folglich auch die Bedarfe und Anforderungen an die logopädische Versorgung. Denn Sprachentwicklung stellt gleichermaßen für ein- wie auch mehrsprachige Kinder eine grundlegende und komplexe sowie störanfällige Aufgabe dar und Sprachentwicklungsstörungen (SES) zählen zu den häufigsten Entwicklungsstörungen (s.a. *Developmental Language Disorders*, DLD, in Anl. an *Bishop* 2017). Zwar liegen

keine epidemiologischen Studien zur Prävalenz von SES bei mehrsprachigen Kindern vor, jedoch sind internationalen Inzidenzraten zufolge ca. 7% aller Kinder von einer primären SES betroffen (*Tomblin et al.* 1997). Bezogen auf Deutschland bedeutet dies, dass rund 173.600 Kinder mit Migrationshintergrund im engeren Sinne im Alter von 0-10 Jahren von einer PSES betroffen sind (eig. Berechnung auf Grundlage des Mikrozensus 2015, *Statistisches Bundesamt* 2016, 36). Werden SES nicht frühzeitig erkannt und sprachtherapeutisch behandelt, können sie sich im Schulalter u.a. als Lese-Rechtschreibstörung manifestieren, ein erhöhtes Risiko für Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen darstellen und im Erwachsenenalter häufiger zu einem niedrigen Ausbildungsniveau sowie sozialer Exklusion führen (*Conti-Ramsden & Durkin* 2015). Die frühzeitige Therapie einer SES ist daher sowohl für ein- als auch für mehrsprachige Kinder mit Bezug auf das eigene Wohlergehen und die gesellschaftliche Partizipation und damit gesundheitliche und soziale Chancengleichheit entscheidend.

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. Seit 2016 ist sie Deputy Chair des Multilingual-Multicultural Affairs Committee der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP).



In Deutschland sind dabei sprachtherapeutische Maßnahmen im logopädisch-ambulanten Setting von (früh-)pädagogischen Maßnahmen der Sprachförderung grundsätzlich zu unterscheiden. Denn von einer in Art und Ausmaß sehr unterschiedlich auftretenden SES betroffene Kinder benötigen eine individualisierte Sprachtherapie, da sie aufgrund der mit der SES verbundenen Sprachverarbeitungsdefizite nicht vom Angebot eines selbst optimal aufbereiteten, aber generalisierten Sprachangebotes profitieren können (*Ellis Weismer et al.* 2005, *Bishop* 2000). Diverse Therapieindikationen mit Bezug auf mehrsprachig aufwachsende Kinder sind in *Scharff Rethfeldt* (2013, 164ff), eine umfassende Darstellung zur logopädischen Diagnosestellung bei mehrsprachigen Kindern in *Scharff Rethfeldt* (2017a, 177ff) aufgeführt.

Logopädische Intervention

Unter logopädischer Intervention wird allgemein ein auf der logopädischen (Verlaufs-) Diagnostik basierendes und mit dem bzw. auf den individuellen Patienten abgestimmtes geplantes Vorgehen verstanden, das sämtliche Maßnahmen betrifft, die zur nachhaltigen Verbesserung seiner alltagsorientierten Kommunikationsfähigkeit führen und das möglichst evidenzbasierten Prinzipien folgt. Die logopädische Intervention basiert jedoch bisher – wie auch die in der Logopädie kon-

sultierte Grundlagenforschung zur Sprachentwicklung und ihren Störungen – auf der Untersuchung monolingualer Individuen der Mittelschicht und damit auf einer homogenen Gruppe. Denn kulturell und linguistisch diverse Probanden wurden in der Vergangenheit von Studien der Grundlagenforschung aufgrund ihrer vielfältigen heterogenen Variablen stets ausgeschlossen.

Dies bedeutet, dass fachspezifisches Wissen, Theorien, Modelle, Konzepte zur sprachtherapeutischen Intervention bei SES sowie auch weitestgehend Empfehlungen in der Beratung von Bezugspersonen vorrangig auf einsprachigen Normen und westlichen kulturellen Standards basieren. Daher bedarf es einer kritischen Reflexion und Evaluation der auf der Grundlage monolingualer Erkenntnisse basierenden Empfehlungen zur Beratung und Behandlung mehrsprachiger Menschen, um gemäß den Zielen einer evidenzbasierten Praxis (EBP) Patientinnen und Patienten vor unwirksamen Therapien zu schützen (Cochrane 1972) und effektive klinisch-therapeutische Maßnahmen zu ergreifen.

Evaluation gängiger Empfehlungen

Traditionell wurde zur Reduktion auf eine Sprache geraten, unter der Annahme, dass die Verwendung oder das Mischen verschiedener Sprachen kein geeignetes Sprachumfeld darstellen und ein von einer Entwicklungsstörung betroffenes Kind überfordern könnte. Mehrere Forschungsarbeiten konnten diese Annahme und die damit verbundene negative Auffassung vom natürlichen Sprachverhalten mehrsprachiger Menschen jedoch entkräften und vielmehr positive Auswirkungen auch für Kinder mit SES und/oder geistigen Beeinträchtigungen nachweisen (MacSwan 2016, Engel de Abreu et al. 2014, Kay-Raining Bird et al. 2005).

Dennoch lässt sich diese monolinguale Sichtweise noch heute in unterschiedlichen Kontexten beobachten, z.B. im Rahmen von Maßnahmen, die eine Sprachtrennung voraussetzen. Hierzu gehört u.a. das One-Parent-One-Language-Prinzip (OPOL) oder der Rat, dass Bezugspersonen möglichst konsequent nur eine Sprache mit einem Kind verwenden sollten. Dabei liegen keine Studien vor, die belegen könnten, dass eine konsequente Sprachtrennung und/oder die

Reduktion von Sprachmischungen förderlich für die Sprachentwicklung wären – vielmehr scheint eine sich daran orientierende Sprachpraxis sogar kontraproduktiv zu sein (De Houwer 2007, Barron-Hauwaert 2004, Piller 2002, Yamamoto 2001, Marinova-Todd et al. 2000). Folglich sollten Erkenntnisse, dass Prinzipien wie OPOL eher hemmend, dagegen natürliches Sprachverhalten wie Code-switching eher förderlich auf die sprachliche Entwicklung wirken, in Überlegungen zur Planung der logopädischen Intervention und begleitenden Beratung der Bezugspersonen einfließen.

Sprachwahl für die Intervention

Internationale Empfehlungen zur sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Kindern stimmen darin überein, dass Diagnostik und Intervention in allen Sprachen eines Kindes stattfinden, zumindest jedoch sämtliche Sprachen eines Kindes in deren Kontexten berücksichtigt werden sollten (IALP 2011, Blumenthal et al. 2015, ASHA 2017). In der Praxis erscheint dieses Ideal jedoch wenig realistisch. Dies zeigt sich zumindest mit Blick auf sprachtherapeutische Angebote und die zahlreichen Sprachkom-

binationsmöglichkeiten in den von der Einwanderung im besonderen Maße tangierten deutschen Großstädten.

So erhält der Großteil der betroffenen Kinder eine Sprachtherapie im monolingualen Modus – und dies überwiegend auf Deutsch – und Bezugspersonen im Idealfall eine qualifizierte und hinreichende Hilfestellung zur Unterstützung der sprachlichen Entwicklung in den weiteren Sprachen (Scharff Rethfeldt 2017b). Die Frage, in welcher der vom Kind verwendeten Sprachen therapiert oder in welcher dieser Sprachen begonnen werden sollte, stellt sich dem überwiegenden Anteil der in Deutschland tätigen TherapeutInnen insofern eher nicht.

Zum Einsatz von Dolmetschern und Sprachmittlern

Weitere Empfehlungen betreffen die Einbindung von Dolmetschern und Sprachmittlern. Im Fall einer Sprachbarriere soll die Zusammenarbeit mit ihnen sowohl PatientInnen und ihren Angehörigen als auch TherapeutIn-

nen entlasten. Jedoch gilt diese Empfehlung angesichts ihrer fehlenden wissenschaftlich-fundierten Grundlage als umstritten (Stow & Dodd 2003). So wurden bislang keine Qualitätsstandards und konkreten Anforderungen an die Qualifikation für die Tätigkeit von Dolmetschern und Sprachmittlern im komplexen logopädischen Bereich formuliert. Damit kann ihr Einsatz selbst und nicht zuletzt auch angesichts knapper personeller sowie zeitlicher Ressourcen eine weitere Herausforderung darstellen.

In der logopädischen Arbeit wie in der Kooperation mit kulturell und linguistisch diversen Patienten und ihren Angehörigen bedarf es neben kontrastiv-linguistischem und transkulturellem Fachwissen zur Berücksichtigung der betreffenden Sprachen und Kulturen insbesondere klinisch interkultureller Kompetenzen (KIK, Scharff Rethfeldt 2016). Dies setzt u.a. die Fähigkeit zur Reflexion sowie die elementare Bereitschaft voraus, sich vor der Intervention bei einem kulturell und linguistisch diversen Patienten sowie fortlaufend kritisch mit sich selbst auseinanderzusetzen.

Interventionsstudien

In der einschlägigen Literatur lassen sich nur sehr wenige wissenschaftlich relevante, hochwertige Studien zur Evaluation von Interventionen bei mehrsprachigen Kindern mit SES identifizieren, und diese stammen nahezu ausschließlich aus dem angloamerikanischen Raum. So gibt es zwar auch im deutschsprachigen Raum einige Untersuchungen, die sich Interventionsformen bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern widmen, jedoch erfüllen sie nicht die wissenschaftlichen Qualitätskriterien, überwiegend aufgrund mangelnder Überprüfbarkeit, Validität, Reliabilität oder logischer Argumentation. Dabei sind als Fehlerquellen weniger die zu kleinen Stichproben – denn Fallstudien liefern durchaus relevante Hinweise – als vielmehr Schwächen in der Gegenstandsbestimmung einer SES und die Kriterien zur Probandenauswahl zu nennen. Hierzu zählen die Kriterien zur Diagnosestellung SES bei mehrsprachigen Kindern und die für einsprachige Kinder konzipierten und ggf. standardisierten Verfahren.

■ Abb. 1: Evidenzen zur Intervention bei mehrsprachigen Kindern mit SES

Autoren	Probanden	Evaluation	Interventionsschwerpunkte	Konditionen
Thordardottir et al. 2015	n=29, primäre SES (PLI) Ø 5 (3;9-5;8) random. Zuordnung, RCT L1 = Minderheitensprachen	3 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 16. Woche ● 2 Mon. nach Int.	● Lexikon ● Syntaktische Fähigkeiten	16 Wochen, 1x wöchentlich ● bilingual L2 Französisch / L1 durch Eltern ● monolingual Französisch L2 ● keine (bzw. verspätete) Intervention
Thordardottir & Rioux 2016	n=15, primäre SES (PLI) Ø 7;6 (7;2-8;0) random. Zuordnung	4 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 6. Woche ● 12. Woche ● 2 Mon. nach Int.	● Lexikon ● Syntaktische Fähigkeiten (Erweiterung der Satzlänge)	franz. Intervention mit zwei Intensitätsstufen: ● 12 Wochen, 1x wöchentlich ● 6 Wochen, 2x wöchentlich
Ebert et al. 2014	n=59, primäre SES (PLI) 5;6-11;2 L1 = Spanisch oder L1 = Spanisch und Englisch	2 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 7.-8. Woche	● Aufmerksamkeit, Geschwindigkeit ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen	6 Wochen, 4x wöchentlich ● neuropsychologisches Training ● monolingual Englisch ● bilingual Englisch / Spanisch
Pham et al. 2015	n=48, primäre SES (PLI) 5;6-11;3 L1 = Spanisch oder L1 = Spanisch und Englisch	3 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● 7.-8. Woche ● 3 Mon. nach Int.	● Aufmerksamkeit, Geschwindigkeit ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen ● Lexikon, Morpho-Syn., Hörverstehen	6 Wochen, 4x wöchentlich ● neuropsychologisches Training ● monolingual Englisch ● bilingual Englisch / Spanisch
Restrepo et al. 2013	n=143, SES (LI) ohne sensorische, kognitive oder neurologische Beeinträchtigung 3;7-5;8 L1 = Spanisch random. Zuordnung, RCT	4 Zeitpunkte: ● zu Beginn der Int. ● 12. Woche ● 4 Mon. nach Int. ● 8 Mon. nach Int.	● Lexikon	12 Wochen, 2x wöchentlich ● monolingual Englisch Vokabular ● bilingual Englisch/Spanisch Vokabular ● monolingual Englisch Mathematik ● bilingual Englisch/Spanisch Mathematik ● keine (bzw. verspätete) Intervention
Lugo-Neris et al. 2015	n=6, mit L2-Förderbedarf 6;2-7;2; →sozioök. Status random. Zuordnung L1 = Englisch und Spanisch	2 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● nach Intervention	● Lexikon (Nomen, Adjektive u. Verben) ● morpho-syntaktische, ● narrative und ● Schriftsprachfähigkeiten	8 Wochen, 3x wöchentlich, Kleingruppe bilinguale Intervention: ● Englisch L2, dann Spanisch L1 ● Spanisch L1, dann Englisch L2
Petersen et al. 2016	n=73, SES (LI) 5;11-9;8; →sozioök. Status quasi-experimentell	2 Zeitpunkte: ● vor Intervention ● nach Intervention	● narrative Fähigkeiten im Englischen	2x 25 Min. Interventionszyklen ● monolingual Englisch ● bilingual Englisch / Spanisch

Aussagen auf Grundlage falscher oder anhand verzerrt ausgewählter Referenzgruppen und/oder die Überprüfung lediglich ausgewählter Sprachbereiche (wie z.B. des Wortschatzes, der Verbstellung und Subjekt-Verb-Kongruenz) im Deutschen, die im Rahmen einer Lernersprache häufig physiologisch auffällig sind und daher keine klinische Relevanz besitzen, schränken die Aussagekraft oftmals ein.

Nachfolgend wird eine evidenzbasierte Beantwortung von in der klinisch-therapeutischen Praxis häufig gestellten Fragen zur Intervention bei mehrsprachigen Kindern mit SES vorgenommen. Zu diesem Zweck wurden die in Abbildung 1 dargestellten Interventionsstudien herangezogen, die den o.g. Kriterien entsprechen.

Die vorliegenden Evidenzen tendieren weg von der Wahl nur einer Sprache. Es wird deutlich, dass mehrsprachige Kinder mit SES von einer parallelen oder sequenziellen Therapie in beiden (allen) Sprachen profitieren. Interventionen, die ausschließlich das Lexikon und/oder morpho-syntaktische Fähigkeiten der L2 fokussierten, resultierten auch nur in der L2, nicht aber in der L1 zur einer Verbesserung in den behandelten Bereichen. Lag der Fokus hingegen auf L1 und L2, zeigte sich eine Verbesserung in beiden Sprachen, wobei die

Verbesserung in der L2 vergleichbar mit einer ausschließlichen L2-Intervention ist (Thordardottir et al. 2015, Lugo-Neris et al. 2015, Ebert et al. 2014, Restrepo et al. 2013).

Lugo-Neris et al. (2015) untersuchten, ob die Reihenfolge der Sprachwahl einen Einfluss auf den Therapieerfolg bei bilingualen Interventionen hat. Sie konnten zeigen, dass der Behandlungsbeginn in der stärkeren (L1, Spanisch) im Vergleich zum Behandlungsbeginn in der schwächeren Sprache (L2, Englisch) zu insgesamt besseren narrativen Sprachfähigkeiten führt. Der Behandlungsbeginn in der schwächeren Sprache hingegen wirkte sich positiv auf die semantischen Fähigkeiten in beiden Sprachen aus. Die Autoren nehmen an, dass der Beginn in der L2 die Aufmerksamkeit auf semantisch-contrastive Merkmale lenkt und damit den Transfer zwischen L2 und L1 als Grundlage zur Förderung der Erstsprache(n) und folglich der Entwicklung einer Bildungssprache in L1 und L2 befördert.

Studien aus der Aphasitherapie stützen die Annahme, dass die Erarbeitung semantisch-konzeptueller Aspekte in der weniger dominanten Sprache zu einer cross-linguistischen Generalisierung in der dominanteren Sprache führt (Edmonds & Kiran 2006). Eine weitere Erklärung könnte die wie von Illuz-Co-

hen & Walters (2012) bei bilingualen Kindern mit einer SES beobachtete eher einseitige Transfer von der schwächeren in die stärkere Sprache sein, während sprachgesunde bilinguale Kinder bidirektional gleichmäßige Transfers zeigen.

Die vorliegenden Evidenzen zeigen, dass ein Transfer von in der L2 behandelten Sprachleistungen in die L1 bei mehrsprachigen Kindern mit SES möglich ist, jedoch lassen sich bei ihnen weniger Transferleistungen beobachten als bei mehrsprachigen Kindern ohne SES (Petersen et al. 2016). Dies bestätigt Erkenntnisse, dass Transfers wie z.B. Codeswitching bei sprachgesunden Kindern häufiger auftreten als bei Kindern mit einer Störung der Sprachverarbeitung, wie sie im Rahmen einer SES vorliegt (Scharff Rethfeldt 2017).

Transferleistungen

Die Evidenzen weisen darauf hin, dass der Transfer der in der Therapie bearbeiteten Inhalte jedoch nicht für alle Bereiche gilt. So mussten Thordardottir et al. (2015), Ebert et al. (2014) und Restrepo et al. (2013) feststellen, dass die Arbeit am Lexikon zu keinen positiven Effekten in der nicht behandelten Sprache führten. Auch zeigte sich in jeder dieser größeren Studien, dass das verbesserte

Wortwissen in der jeweils behandelten Sprache auf die behandelten Items begrenzt und die Therapieerfolge nur kurzfristig waren. Dessen ungeachtet lassen sich gleichwohl positive Transfers in die unbehandelte Sprache auf einer abstrakteren Ebene feststellen, sofern in der Therapie sprachübergreifende bzw. sämtlichen Sprachen zugrunde liegende Fähigkeiten (z.B. narrative Fähigkeiten) behandelt wurden (Petersen et al. 2016).

Weiter zeigten selbst die als Kontrollgruppe in den Studien fungierenden mehrsprachigen Kinder mit SES in einigen Bereichen verbesserte Sprachfähigkeiten, nachdem sie anstelle einer Sprachtherapie ein neuropsychologisches Training absolvierten (Ebert et al. 2014). Ebert et al. (2014, 18) führen diesen „cognition-to-language skill transfer“ auf verbesserte Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnisleistungen zurück, die sich positiv auf grundlegende Sprachverarbeitungsprozesse auswirken.

Jedoch führt die alleinige Therapie dieser basalen nicht-linguistischen kognitiven Fähigkeiten im Vergleich zur Sprachtherapie im bilingualen oder monolingualen Modus nicht zu größeren Effekten (Ebert et al. 2014, Pham et al. 2015). Es ist eher davon auszugehen, dass sich eine intensive und umfassende logopädische Therapie auch positiv auf die Aufmerksamkeit auswirkt (Pham et al. 2015, Scharff Rethfeldt 2013, Rabipour & Raz 2012).

Grundsätzlich hängt der Transfer von der in der Therapie verwendeten Sprache in weitere Sprachen von zahlreichen Faktoren ab, die auch bei einsprachigen Kindern zum Tragen kommen. Neben der betreffenden Sprachkombination und somit den beteiligten Sprachstrukturen hängt der Transfer daher auch vom Ausmaß der Störung, von der Motivation der Beteiligten und von der Gelegenheit zur Anwendung des Erlernten ab.

Einbindung von Eltern

Tsybina & Eriks-Brophy (2010) konnten zeigen, dass die Einbindung von Eltern als Vertreter der Erstsprachen wirksam sein kann. Im Falle einer Sprachbarriere kann die Therapeutin Qualität und Quantität des Inputs in der Eltern-Kind-Interaktion jedoch nicht kontrollieren. Auch zeigen Erfahrungen aus der klinischen Praxis, dass die Elternbeteiligung individuell erheblich variiert. Überdies berichten Thordardottir et al. (2015) von Eltern, die sich bewusst für eine Therapie im bilingualen Kontext entschieden hätten, um Techniken zu lernen, die sie dann im L1-familialen Kontext einsetzten, um die L2 gezielt fördern zu können.

Obwohl Fachkräfte u.a. in Positionspapieren (Scharff Rethfeldt & Schrey-Dern 2016, Blumenthal et al. 2015) nachdrücklich empfehlen,

dass Bezugspersonen ihre natürlichen Sprachen mit ihren Kindern verwenden, halten sich auch hier überholte monolinguale Sichtweisen. In der Praxis zeigt sich, dass manche Eltern sogar beharrlich an ihrer Vorstellung, mit diesem Verhalten die (deutschen) Sprachfähigkeiten ihrer Kinder fördern zu können, festhalten und sich dem wissenschaftlich fundierten Rat der LogopädIn gegenüber resistent zeigen. Jedoch kann hierdurch der Transfer möglicher, z.B. im Rahmen der Therapie nach dem Induktiven Ansatz (Scharff Rethfeldt 2013) erarbeiteter Strategien mit dem Ziel einer verbesserten Kommunikationsfähigkeit auch im familialen Kontext, erschwert werden.

Schlusswort

Abschließend lässt sich eine insgesamt bescheidene Evidenzlage konstatieren. Die Grundlagenforschung vollzieht sich in einem anderen Umfeld sowie unter Bedingungen, die kaum mit den in Deutschland vorzufindenden vergleichbar sind. Die logopädische Grundlagenforschung zu klinisch-therapeutisch relevanten Kommunikationsstörungen bei kulturell und linguistisch diversen Menschen steckt hierzulande noch in den Kinderschuhen.

So bleibt lediglich die vorsichtige Empfehlung einer verantwortungsvollen, kultursensiblen sowie insbesondere individuums- und alltagsorientierten Therapieplanung unter Berücksichtigung der Erkenntnisse internationaler Forschung. Auf Grundlage der aktuellen Evidenzen sollte der Wortschatz dabei keinen Therapieschwerpunkt bilden, da sich die Arbeit am Lexikon bei mehrsprachigen Kindern mit SES im Alter zwischen vier und elf Jahren weder effizient noch hinsichtlich eines Transfers effektiv gezeigt hat.

LITERATUR

- ASHA (American Speech Hearing Association) (2017). *Bilingual Service Delivery*. www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935225§ion=Key_Issues (16.05.2017)
- Barron-Hauwaert, S. (2004). *Language strategies for bilingual families: the one-parent-one-language Approach*. Clevedon: Multilingual Matters
- 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 (2), 133-142
- Bishop, D.V.M. (2017). Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language & Communication Disorders* 0 (0), 1-10
- Blumenthal, M., Scharff Rethfeldt, W., Salameh, E.K., Müller, C., Vandewalle, E. & Grech, H. (2015). *Position*

Statement on language impairment in multilingual children. www.logo-com.net/logo-com.net/Veroffentlichungen_files/20151106_Position%20statement_MULTISLI_FINAL.pdf (16.05.2017)

- Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust
- Conti-Ramsden, G., & Durkin, K. (2015). What factors influence language impairment: considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 67 (6), 293-299
- De Houwer, A. (2007). Parental language input patterns and children's bilingual use. *Applied Psycholinguistics* 28, 411-24
- Ebert, K.D., Kohnert, K., Pham, G., Rentmeester Disher, J. & Payesteh, B. (2014). Three treatments for bilingual children with primary language impairment: examining cross-linguistic and cross-domain effects. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 57 (1), 172-186
- Edmonds, L.A. & Kiran, S. (2006). Effect of semantic naming treatment on crosslinguistic generalization in bilingual aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 49 (4), 729-748
- 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), 405-425
- Engel de Abreu, P.M., Cruz-Santos, A. & Puglisi, M.L. (2014). Specific language impairment in language-minority children from low-income families. *International Journal of Language & Communication Disorders* 49 (6), 736-747
- Iluz-Cohen, P. & Walters, J. (2012). Telling stories in two languages: narratives of bilingual preschool children with typical and impaired language. *Bilingualism: Language Cognition* 15, 58-74
- Kay-Raining Bird, E., Cleave, P., Trudeau, N., Thordardottir, E., Sutton, A., & Thorpe, A. (2005). The language abilities of bilingual children with Down syndrome. *American Journal of Speech Language Pathology* 14 (3), 187-199
- IALP (International Association of Logopedics and Phoniatrics) (2011). *Recommendations for working with bilingual children – prepared by the Multilingual Affairs Committee of IALP* (Updated May 2011), www.specchioriflessio.net/media/162083/linee_guida_bilingui_ialp_may_2011.pdf (16.05.2017)
- Lugo-Neris, M.J., Bedore, L.M. & Pena, E.D. (2015). Dual language intervention for bilinguals at risk for language impairment. *Seminars in Speech and Language* 36 (2), 133-142
- MacSwan, J. (2016). Code-switching in adulthood. In: Nicoladis, E. & Montanari, S. (Hrsg.), *Bilingualism across the lifespan: factors moderating language proficiency* (183-200). De Gruyter: Berlin
- Marinova-Todd, S., Bradford Marshall, D. & Snow, C.E. (2000). Three misconceptions about age and L2 learning. *TESOL Quarterly* 34 (1), 9-34
- Petersen, D.B., Thompsen, B., Guiberson, M.M. & Spencer, T.D. (2016). Cross-linguistic interactions from second

- language to first language as the result of individualized narrative language intervention with children with and without language impairment. *Applied Psycholinguistics* 37, 703-724
- Pham, G., Ebert, K.D. & Kohnert, K. (2015). Bilingual children with primary language impairment: 3 months after treatment. *International Journal of Language & Communication Disorders* 50 (1), 94-105
- Piller, I. (2002). Passing for a native speaker: identity and success in second language learning. *Journal of Sociolinguistics* 6 (2), 179-206
- Rabipour, S. & Raz, A. (2012). Training the brain: fact and fad in cognitive and behavioural remediation. *Brain Cognition* 79 (2), 159-179
- Restrepo, M.A., Morgan, G.P. & Thompson, M.S. (2013). The efficacy of a vocabulary intervention for dual-language learners with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 56 (2), 748-765
- 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. Eine kritische Reflexion evidenzbasierten Vorgehens am Beispiel der kindlichen Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit. *Forum Logopädie* (30) 5, 38-43
- Scharff Rethfeldt, W. (2017a). Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Kompodium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie, Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien* (170-191). Stuttgart: Kohlhammer
- Scharff Rethfeldt, W. (2017b). Logopädische Versorgungssituation mehrsprachiger Kinder mit Sprachentwicklungsstörung. Das MeKi-SES Projekt zur Versorgung einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation in Bremen. *Forum Logopädie* 31 (4), 24-31
- Scharff Rethfeldt, W. & Schrey-Dern, D. (2016). *Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. dbf-Positionspapier (Oktober 2016)*. Frechen: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbf), www.dbf-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/der_dbf/Positionspapiere/Positionspapier_Sprachentwicklungsstoerungen_bei_Mehrsprachigkeit.pdf (27.05.2017)
- Statistisches Bundesamt (2016). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- 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
- Thordardottir, E., Cloutier, G., Ménard, S., Pelland-Blais, E. & Rvachew, S. (2015). Monolingual or bilingual intervention for primary language impairment? A randomized control trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 58 (2), 287-300
- Thordardottir, E. & Rioux, E.-J. (2016). *Should children with language impairment be treated for an hour once a week? A comparison of two intensity schedules*. Paper presented at the 30th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics, Dublin, Ireland
- 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
- Tsybina, I. & Eriks-Brophy, A. (2010). Bilingual dialogic book reading intervention for preschool children with slow expressive vocabulary development. *Journal of Communication Disorders* 43(6), 538-556
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2016). *International Migration Report 2015: Highlights (ST/ESA/SER.A/I375)*
- Yamamoto, M. (2001). *Language use in interlingual families: a Japanese-English sociolinguistic study*. Clevedon: Multilingual Matters

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170603

Autorin

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

SUMMARY. Evidences concerning recommendations and approaches for speech-language therapy with multilingual children

Cultural and linguistic diversity (CLD) has become a central issue for speech language therapists (SLT) in Germany, especially due to the high number of immigrants since 2006. As the number of CLD-children across Europe steadily increases, most SLT can expect to encounter these children on their caseloads, which come from a variety of cultural environments and linguistic backgrounds. Thus, SLT service provision is highly relevant to both monolingual and multilingual children with regards to participation as well as health and social equality of opportunity. However, avoidance of multilingualism was routinely part of fundamental research on language development and its impairments. Therefore theories and models as well as procedures in SLT intervention are mainly based on monolingual standards. Hence, recommendations for the advice and treatment of multilingual children with language impairments are questionable. This article provides an overview of current research on effective intervention for multilingual children with language impairments. Special considerations regarding the efficacy of progress in more than one language will be addressed. KEY WORDS: Multilingualism – language impairment – speech-language therapy – evidencebased practice – cultural and linguistic diversity