

Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung: Ein internationales Positionspapier

Multilingual children with Speech Sound Disorder: International Position Paper

Schlüsselwörter: Mehrsprachigkeit, Aussprachestörung, ICF-CY, Diagnostik, Therapie, Klinisch Interkulturelle Kompetenz

Keywords: multilingual children, speech sound disorder, assessment, therapy, ICF-CY, cross-cultural competence

Zusammenfassung: Manche Kinder zeigen Schwierigkeiten in ihrer Artikulationsfähigkeit, unabhängig davon, ob sie eine, zwei oder mehrere Sprachen sprechen. International stimmen Sprachtherapeuten¹ überein, dass sie nicht über genügend Fertigkeiten und Ressourcen verfügen, mehrsprachigen Kindern mit Artikulationsstörung eine adäquate sprachliche Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

In diesem Artikel wird das internationale ‚Positionspapier zu mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung‘ (IEPMCS, 2012) vorgestellt. Dieses bietet Sprachtherapeuten und angrenzenden Professionen, die mit mehrsprachigen Kindern bzw. Kindern mit multikulturellem Hintergrund arbeiten, eine Richtlinie und praktische Strategien, sowie Informationen für Regierungen und Krankenkassen, um zukünftig weltweit eine optimale sprachtherapeutische Versorgung zu gewährleisten. In einer fünfstufigen Methode der Erstellung und Konsensfindung wurde das Positionspapier von 57 Wissenschaftlern im Bereich Aussprachestörung und/oder Mehrsprachigkeit (International Expert Panel on Multilingual Children’s Speech/IEPMCS) 2012 in persönlicher Diskussion (mit 14 Mitgliedern) entwickelt und durch weitere Teilnehmer in mehreren Onlinediskussionen vervollständigt.

Es konnte final ein fünfseitiges Positionspapier erstellt werden, das die Komponenten der ICF-CY aufgreift und folgende Inhalte widerspiegelt: Klärung und Vereinheitlichung von Definitionen, Zielsetzung im Rahmen der ICF-CY (WHO, 2007), international identifizierte Aufgaben zur Sicherung einer adäquaten kulturell kompetenten und evidenzbasierten Sprachtherapie bei mehrsprachigen Kindern sowie empfohlene beste Praxis.

Das aktuelle Positionspapier birgt auch für Deutschland die Chance auf eine ideale Betreuung von mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung. Es in Forschung und Praxis zu implementieren, verbleibt ein zukünftiges übergeordnetes Ziel.

Abstract: Some children have speech sound disorders (SSD) regardless of whether they speak one, two, or multiple languages. Speech-language pathologists (SLPs) across the world have indicated that they may not have adequate skills and resources to provide appropriate care for multilingual children with speech sound disorders. This paper presents the first international position paper for working with multilingual children with SSD (IEPMCS, 2012). The position paper aims to provide direction and practical strategies for SLPs and related professionals working with children who are multilingual and/or multicultural, and to inform governments and policy makers in health care systems to provide optimal care internationally.

The position paper was developed 2012 in a five-step procedure by the International Expert Panel on Multilingual Children’s Speech/IEPMCS) comprising 57 researchers of speech-language pathology during face-to-face discussion (with 14 members) and additional online-discussions with additional participants.

A position paper of 5 pages was published, that incorporates the components of the ICF-CY and reflects the following contents: definitions, objectives in the framework of the ICF-CY (WHO, 2007), identified challenges to provide culturally competent and evidence-based services to multilingual children with speech sound disorders and recommended best practice.

The current position paper gives Germany guidance for best practice when working with children with SSD and their parents in a culturally and linguistically appropriate way. To implement the paper in research and practice will be an important goal for the future.

.....
¹ Die Personenbezeichnungen erfolgen zur besseren Lesbarkeit in der generischen (grammatisch männlichen) Form, womit keinerlei Aussagen über das natürliche Geschlecht dieser Personen getroffen werden.

Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung in Deutschland

„Multikulturalität und Mehrsprachigkeit kennzeichnen das Zusammenleben von Menschen in der modernen Zuwanderungsgesellschaft. Mehrsprachigkeit wird damit zu einer Entwicklungsvoraussetzung und Bildungsbedingung einer zunehmend größer werdenden Gruppe von Kindern und Jugendlichen“ (Kracht, 2012, S. 579).

In Deutschland wiesen im Jahr 2014 rund 16,39 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund im engeren Sinne auf (Statistisches Bundesamt, 2015a). Darunter fallen 1.182.000 Kinder unter fünf Jahren, was einem Drittel dieses Altersbereichs in Deutschland entspricht (DESTATIS, 2014a). Die sprachlichen wie kulturellen Hintergründe der Menschen mit Migrationshintergrund sind vielfältig. Die überwiegende Anzahl hat eine derzeitige oder frühere europäische Staatsangehörigkeit (ca. 11,4 Mio.), davon 5,6 Mio. aus dem erweiterten Bereich der EU (EU-28). Daraus hervorzuheben sind Polen mit 1,6 Mio. und Rumänien mit 590.000 Menschen. Weitere 1,2 Mio. der Menschen kommen aus der russischen Föderation, aus der Türkei sind es sogar 2,8 Mio. Personen. Der nahe und mittlere Osten ist mit 1,7 Mio. Mitbürgern vertreten sowie Kasachstan mit 900.000 Menschen (DESTATIS, 2014b).

Nach Triarchi-Herrmann (2009) unterliegen die in Deutschland lebenden mehrsprachigen Kinder mit Migrationshintergrund genau wie Monolinguale sprachlichen Entwicklungsrisiken, was von Fox und Vogt (2007) in Hinblick auf die Bereiche des Sprachverständnisses und der grammatischen Fähigkeiten unterstrichen wird. Manche Kinder zeigen Schwierigkeiten in ihrer Aussprachefähigkeit, unabhängig davon, ob sie eine, zwei oder mehrere Sprachen sprechen (Battle, 2012). Nach gängiger Lehrmeinung begünstigt das Vorliegen von Mehrsprachigkeit bei Kindern das Auftreten einer Aussprachestörung jedoch nicht (Kannengieser, 2012). Fox-Boyer und Salgert (2014) gehen daher von der gleichen Prävalenzrate von fünf bis 15 Prozent einer Aussprachestörung bei mono- wie auch multilingualen Kindern

aus. Es können im Erwerb der Aussprache beider Sprachen Unterschiede auftreten, je nachdem, ob ein sukzessiver oder ein simultaner Zweitspracherwerb vom Kind durchlaufen wird (Kannengieser, 2012). Es kann auf phonetischer Ebene in beiden Sprachen zu einem Sigmatismus oder (nur in einer Sprache) zu anderen Lautfehlbildungen kommen, die evtl. von Sprachtherapeuten in der Erstsprache des Kindes schwierig zu erkennen sind. In einem systematischen Review von Hambly und Kolleginnen konnte festgestellt werden, dass mehrsprachige Kinder mit oder ohne Aussprachestörungen generell eher atypische Lautsubstitutionen und Elisionen zeigen (Hambly, Wren, McLeod, & Roulstone, 2013). Fabiano-Smith und Goldstein (2010) belegen, dass bilinguale Kinder mit typischer Sprachentwicklung einzelne Lautklassen (explizit Frikative) langsamer erwerben als einsprachige Kinder gleichen Alters. In Bezug auf den deutsch-bilingualen Lauterwerb belegen Ünsal und Fox (2002) an einer kleinen Stichprobe zweisprachiger Kinder (türkisch-deutsch) ohne SES untypische phonologische Prozesse, wie z. B. Sonorisierung im Türkischen. Dies wird von Salgert, Fricke, Stackhouse und Fox-Boyer (2014) am unauffälligen Phonologeeerwerb türkisch-deutsch bilingualer Kinder (N=84) bestätigt. Sie konnten eine durchschnittliche Anzahl an phonologischen Einzelabweichungen im Deutschen und Türkischen herausstellen. Bezüglich bilingualer Kinder mit Aussprachestörungen resümieren Fox-Boyer und Salgert (2014) internationale Studien derart, dass mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörungen phonologische Prozesse zeigen, die typisch als auch untypisch für monolinguale Kinder sind (Fox-Boyer & Salgert, 2014). Die Aussprachestörung zeige bei mehrsprachigen Kindern Prozesse, „die in beiden Sprachen identisch bzw. nicht in beiden Sprachen identisch auftreten, obwohl sie auftreten können [und] die sprachspezifisch für eine der beiden Sprachen sind und auch nur in dieser Sprache auftreten können“ (ebd. S. 118). Nach den Autorinnen weisen die betroffenen Kinder unabhängig von ihrer Erwerbsbiografie auch pathologische phonologische Prozesse auf.

Generell ist das Wissen um die phonetisch-phonologische Entwicklung von

mehrsprachigen Kindern mit der Zweitsprache Deutsch noch sehr gering und nur auf Studien mit kleiner Stichprobe begrenzt (Fox-Boyer & Salgert, 2014; Salgert et al., 2014). Dies erschwert die Differenzialdiagnostik der Aussprache der Kinder in hohem Maße, da keine Normwerte vorliegen und publizierte Diagnostikmaterialien kaum Erwerbsbiografien berücksichtigen (Kannengieser, 2012; Salgert et al., 2014). Nach Kannengieser (2012, S. 423) können aber „gravierende und anhaltende phonologische Probleme über einen Erwerbszeitraum von ca. 2 Jahren“ ein Hinweis auf eine Sprachentwicklungsstörung sein. Generell ist es Sprachtherapeuten momentan jedoch kaum möglich, eine auffällige phonetisch-phonologische Entwicklung bei mehrsprachigen Kindern von einer unauffälligen zu unterscheiden.

Daher zeigen sich Probleme in der sprachtherapeutischen Betreuung (inter)national sowohl in der Über- als auch in der Unterversorgung der Kinder. Viele Kinder werden aufgrund ihres eingeschränkten Wissens in der deutschen Sprache zur Therapie überwiesen. Dieser Umstand wird als ‚mistaken identity‘ (overdiagnosis) bezeichnet (Paradis, 2005; 2010). Paradoxerweise ist andererseits genau das Gegenteil der Fall, wenn mehrsprachige Kinder mit Spracherwerbsstörungen keine Therapie verschrieben bekommen, da

KURZBIOGRAFIE

Dr. Sandra Neumann ist akademische Rätin im Fachbereich Pädagogik und Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen der Universität zu Köln. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Implementierung der ICF-CY in die sprachtherapeutische Versorgung. Aktuell leitet sie das ComPaSchool-Projekt „Kommunikative Partizipation (ICF-CY) bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlicher Sprachstörungsgenese im Schulalter (6-17 J.)“. Als eingeladenes Mitglied des ‘International Expert Panel on Multilingual Children’s Speech’ konnte sie aktiv an der Entwicklung des vorliegenden Positionspapiers mitwirken.

von einem reinen Zweitsprachproblem ausgegangen wird: ‚missed identity‘ (underdiagnosis) (Genesee, Paradis, & Crago, 2004; MacSwan & Rolstad, 2006). Allerdings muss festgehalten werden, dass in den hier genannten Untersuchungen zu Fehlzusweisungen mehrsprachiger Kinder die phonetisch-phonologischen Fähigkeiten oft gerade nicht ermittelt wurden. Die Erkenntnisse beruhen vorrangig auf der Erfassung morpho-syntaktischer, lexikalischer und/oder semantischer Kompetenzen (Grimm & Schulz, 2014). Bei einer Studie von Botting, Conti-Ramsden und Crutchley (1997) zur Übereinstimmung in der Einschätzung bei Lehrern vs. Therapeuten (Diagnostik mittels formaler Tests) von phonetisch-phonologischen Fähigkeiten bei monolingualen Kindern zeigte sich eine relativ hohe Übereinstimmungsrate im Bereich der Artikulation (76%) und der Phonologie (77%) gemessen mit dem ‚Goldman-Fristoe Test of Articulation‘ (Goldman & Fristoe, 1986). Es ist demnach fraglich, ob eine hohe Rate an Fehlzusweisungen aufgrund inkorrekt beurteilten phonetisch-phonologischer Befähigungen zustande kommt. Fox-Boyer und Salgert (2014) gehen jedoch eher von einer Unterversorgung der mehrsprachigen Kinder mit Aussprachestörung aus. In einer Studie von Triarchi-Herrmann (2009) zur diesbezüglichen Versorgung in Deutschland konnte festgestellt werden, dass 90 Prozent der befragten Praxen mit der Therapie von mehrsprachigen Kindern konfrontiert werden. Stellt man diese Studienergebnisse einer ähnlichen Umfrage bei Sprachtherapeuten in Nordrhein-Westfalen von 1999 gegenüber (Lengyel, 2001), wird deutlich, dass sich der Anteil der in den Praxen betreuten mehrsprachigen Kinder (1999: 18,2%) innerhalb von acht Jahren fast verdoppelt hat (2007: 35,5%). 24,14 Prozent aus der Stichprobe von Triarchi-Herrmann (2009) wuchsen zwei- oder mehrsprachig auf, wobei die Gruppe mit sukzessivem Zweitspracherwerb signifikant größer war als die mit simultanem. Unter den Kindern war eine Vielfalt von Sprachen ($N=61$) anzutreffen. Die größten Gruppen waren Türkisch, Russisch, Polnisch und Arabisch. Fox-Boyer (2012) nennt ergänzend Italienisch und Jugoslawisch.

Wünschenswert wäre, dass Sprachthe-

KURZBIOGRAFIE

Miriam Meinusch studierte Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln und war anschließend als akademische Sprachtherapeutin in logopädischen Praxen in Berlin tätig. Seit 2012 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Sprachbehindertenpädagogik der Humboldt-Universität zu Berlin. In ihrer Promotion beschäftigt sie sich mit der sprachlichen Handlungsfähigkeit von Grundschulkindern mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung (Projekt: SPATS).

rapeuten auf dieses mehrsprachige Klientel adäquat vorbereitet sind. Hierbei ist unter anderem die Sprachkompetenz in einer der größten Gruppen von Vorteil. Triarchi-Herrmann (2009) fand allerdings heraus, dass die Mehrzahl der befragten deutschen Therapeuten (79,2%) aus 112 Praxen sich selbst nur als monolingual bezeichnete. Schütte und Lüdtkke (2013) wiesen in einer ähnlichen Bestandsaufnahme ($N=390$) auf den Missstand hin, dass 69,5 Prozent der Befragten keine bilingualen Teammitglieder haben. International herrscht Übereinstimmung, dass sie nicht über genügend Fertigkeiten und (personelle) Ressourcen verfügen, mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung eine adäquate sprachliche Diagnostik und Therapie zu ermöglichen (Battle, 2012; Fox-Boyer, 2012; McLeod, 2012a; Schütte & Lüdtkke, 2013). 65,1 Prozent der Befragten besaßen keine Kenntnisse über evaluierte bilinguale Diagnostikverfahren. Ein ähnliches Ergebnis konnte bei der theoretisch-konzeptuellen Begründung des sprachtherapeutischen Vorgehens erkannt werden. Hier gaben nur 42,6 Prozent der Befragten an, nach einem bestehenden Konzept für mehrsprachige Kinder zu arbeiten. Auch die Kooperation mit Dolmetschern wurde nur von 8,7 Prozent der Sprachtherapeuten bejaht (Schütte & Lüdtkke, 2013). Die Zahlen belegen eine immer noch ungenügende klinisch interkulturelle Kompetenz (KIK; Scharff Rethfeldt, 2013) sowie einen geringen Wissensstand um eine adäquate

und evidenzbasierte multikulturelle wie multilinguale Sprachtherapie in Deutschland. Es besteht die Notwendigkeit der Entwicklung von internationalen Standards und deren Implementierung zur Berücksichtigung und Verankerung von bilingualen Ressourcen in die sprachtherapeutische Arbeit (Schütte & Lüdtkke, 2013).

Es wird deutlich, dass spezifische Herausforderungen in der Diagnostik und Therapie von Aussprachestörungen bei mehrsprachigen Kindern vorherrschen. Zu diesen gehören explizit das mangelnde Wissen über den typischen Phonologieerwerb bei mehrsprachigen Kindern und über die Interferenz der phonologischen Systeme der Erst- und Zweitsprache (Kannengieser, 2012). Als problematisch kann auch die unzureichende Berücksichtigung der individuellen Spracherwerbsbiografien (simultanbilingual vs. sukzessiv-bilingual) in den erhältlichen Erhebungsverfahren gesehen werden sowie die unzureichende spezifische Qualifikation der Sprachtherapeuten in der Praxis (Fox-Boyer & Salgert, 2014).

Wir stellen daher ein erstes internationales Positionspapier zur Arbeit mit mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung vor. Dieses soll weltweit Sprachtherapeuten und angrenzenden Professionen, die mit mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung und multikulturellem Hintergrund arbeiten, eine Empfehlung und praktische Strategien zur Verfügung stellen sowie politische Entscheidungsträger aufklären, um zukünftig die Lücke zwischen der linguistischen Homogenität der sprachtherapeutischen Profession und der linguistischen Diversität ihrer Klientel zu schließen.

Entwicklung und Zielsetzung des Positionspapiers

Das Positionspapier ‚Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung‘ (IEPMCS, 2012) wurde in einer fünfstufigen Methode der Entwicklung und Konsensfindung von 57 Experten im Bereich Sprachtherapie und Mehrsprachigkeit (International Expert Panel on Multilingual Children’s Speech/IEPMCS) aus 33 Ländern auf der Basis von 26 Sprachen

erstellt (McLeod, Verdon, Bowen, and the International Expert Panel on Multilingual Children's Speech, 2013). Die fünf Stufen der Entwicklung führten von einem ersten gemeinsamen Workshop (mit 14 Teilnehmern) über die Entwicklung eines ersten Entwurfs und dessen viermalige Online-Diskussion zu einer thematischen Analyse und Moderation zu einer endgültigen Festlegung.

Auf theoretischer Basis wurden zur Entwicklung neben aktueller empirischer Evidenz diverse internationale Positionspapiere der sprachtherapeutischen Berufsverbände bzw. Organisationen (ASHA, RCSLT, SAC, IALP) herangezogen (vgl. McLeod, Harrison, & McCormack, 2012, chapt. 8). Weiterhin wurde das Papier auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY; WHO, 2007) begründet und in seiner Gliederung nach deren Domänen aufgebaut. Es konnte final ein fünfseitiges Positionspapier präsentiert werden, das folgende Inhalte widerspiegelt: Präambel, Klärung und Vereinheitlichung von Definitionen zu ‚mehrsprachig‘, ‚Aussprachestörung‘, ‚akademischer Sprachtherapeut‘, ‚Kultur‘ und ‚[Inter]Kulturelle Kompetenz und Sicherheit‘, Zielsetzung im Rahmen der ICF-CY, Handlungsgrundlage und empfohlenes ideales Vorgehen zur Bereitstellung interkulturell-kompetenter Betreuung bei mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung nach der ICF-CY (IEPMCS, 2012).

Es beinhaltet strukturierte Empfehlungen je nach ICF-CY-Domäne

- a) zum Umgang mit Kindern und deren Familien,
- b) zur sprachtherapeutischen Diagnostik und Therapie,
- c) zur Aufgabe der Sprachtherapeuten und
- d) zu sprachtherapeutischen Kooperationen mit anderen Professionen (s. Abb. 1-4) (IEPMCS, 2012).

Das vorliegende Positionspapier ist ein richtungweisendes Dokument für all diejenigen, die neue Richtlinien und ein optimales Vorgehen bei der Betreuung von mehrsprachigen und/oder Kindern mit Aussprachestörung mit multikulturellem Hintergrund entwickeln wollen. Es basiert auf einem internationalen

Verständnis professioneller Praxis und bietet eine Grundlage für akademische Sprachtherapeuten, die in medizinischen, pädagogischen oder kommunalen Bereichen tätig sind, sowie auch für Berufsverbände, (gesundheits-)politische Entscheidungsträger, Krankenkassen, Universitäten, andere Professionen (z. B. Dolmetscher) sowie Familien und Gemeinden (IEPMCS, 2012, S. 1).

Internationales Positionspapier: Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung (IEPMCS, 2012)

Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte des Positionspapiers vorgestellt. Neben Handlungsgrundlagen des ‚International Expert Panel on Multilingual Children's Speech/IEPMCS‘ und Begriffsklärungen werden ein allgemeines Positionsstatement sowie das empfohlene ideale Vorgehen zur Bereitstellung interkulturell-kompetenter Betreuung bei mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung nach der ICF-CY dargestellt. Das Positionspapier im englischsprachigen Original findet sich zum kostenfreien Download unter <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/positionpaper>.

Handlungsgrundlage des IEPMCS

Das ‚International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (IEPMCS)‘ erkennt an, dass Kinder kompetent, handlungsfähig und kreativ sind, individuelle Charaktereigenschaften und Interessen haben und unter unterschiedlichen Umständen leben. Weiterhin wertschätzt und unterstützt das IEPMCS echte, gegenseitige und respektvolle Partnerschaften zwischen Kindern, Familien, Gemeinden, Sprachtherapeuten, Dolmetschern, Pädagogen und allen, die den Erwerb kommunikativer Kompetenzen unterstützen. Aktuelle technische Fortschritte (einschließlich internationaler audio-visueller Verbindungen in Echtzeit, z. B. skype, facetime) erhöhen nach Meinung des IEPMCS den Zugang und die Verfügbarkeit von Informationen über unterschiedliche Sprachen, was ein opti-

males Vorgehen ermöglicht. Das IEPMCS ermutigt akademische Sprachtherapeuten, Berufsverbände, politische Entscheidungsträger, Krankenkassen, Universitäten, Dolmetscher sowie Familien und Gemeinden zur kritischen Reflexion von etablierten Empfehlungen bzw. Praktiken und ihren zugrundeliegenden Annahmen (vgl. IEPMCS, 2012, S. 2).

Allgemeines Positionsstatement

Das IEPMCS empfiehlt grundlegend, dass Kinder unterstützt werden, effektiv und verständlich in den Sprachen ihrer Familien und ihrer Gemeinde zu kommunizieren, um ihre kulturelle Identität zu entwickeln. In diesem Rahmen sollen mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung eine professionelle sprachtherapeutische Diagnostik und Intervention erhalten, die die Kompetenzen, kulturelle Herkunft und den Werdegang der Kinder anerkennen und respektieren. Für akademische Sprachtherapeuten bedeutet dies, dass sie ihre eigene Weiterentwicklung kultureller Kompetenzen und kulturell sicherer Praktiken anstreben. Um ein unterstützendes kommunikatives Umfeld zu fördern, sollen sie die kooperative Zusammenarbeit mit Familien, Gemeinden, Dolmetschern und anderen Professionen aus dem Gesundheits- und Erziehungsbereich anstreben. Weiterhin bedarf es von Seiten akademischer Sprachtherapeuten

KURZBIOGRAFIE

Sarah Verdon ist akademische Sprachtherapeutin (SLP) in Australien.

Als Wissenschaftlerin im Bereich der frühen Kindheit liegt ihr besonderes Interesse bei der Diversität und bestmöglichen Förderung von Kindern unterschiedlicher Kulturen, Sprachen, sozioökonomischer Hintergründe und unterschiedlicher Fähigkeiten. Sarah Verdon hat an der Charles Sturt University/Australien promoviert. Im März 2015 erhielt sie den ‚NSW/ACT Australian Young Achiever Award for Science Leadership‘. Ihre Dissertation wurde als eine der drei Besten der Welt im Bereich ‚Childhood disability‘ bewertet.

einer Generierung und Weitergabe von Kenntnissen, Ressourcen und Evidenzen für das Verständnis kultureller und linguistischer Diversität sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene, um den Spracherwerb und die kommunikativen Kompetenzen mehrsprachiger Kinder mit Aussprachestörung zu fördern. Unterstützt werden sollen akademische Sprachtherapeuten durch zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen durch den Staat, Krankenversicherungen und Arbeitgeber, die die Notwendigkeit für kulturelle Kompetenzen und sichere Praktiken anerkennen. Nur somit könnte mehrsprachigen Kindern die notwendige adäquate sprachtherapeutische Versorgung zukommen (IEPMCS, 2012, S. 1).

Begriffsklärungen

Das IEPMCS definiert die Begriffe ‚mehrsprachig‘, ‚Aussprachestörung‘, ‚akademischer Sprachtherapeut‘, ‚Kultur‘ und ‚[Inter]Kulturelle Kompetenz und Sicherheit‘, um ein gemeinsames begriffliches Verständnis des Positionspapiers zu sichern. Im Folgenden werden die Begrifflichkeiten nah an das Original angelehnt definiert (IEPMCS, 2012, S. 1).

Mehrsprachigkeit:

Als mehrsprachig gelten Personen einschließlich Kinder, die in der Lage sind, zwei oder mehr Sprachen in Form von Lauten, Gebärden oder Schrift mindestens auf basalem Niveau zu verstehen und zu verwenden, unabhängig vom Alter,

in dem die Sprachen erworben wurden (Grech & McLeod, 2010, S. 121). Mehrsprachigkeit wird hier als Oberbegriff für Bilingualismus und Multilingualismus verwendet. Obwohl bidialektale Menschen im engeren Sinne nicht mehrsprachig sind, werden dialektale Unterschiede innerhalb verschiedener Sprachen (z. B. afrikanisch-amerikanisches Englisch, kanadisches Französisch, österreichisches Deutsch, Schweizerdeutsch) anerkannt (IEPMCS, 2012, S. 1).

Aussprachestörung:

Kinder mit Aussprachestörungen können jegliche Kombinationen von Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, Artikulation/motorischen Produktion und/oder phonologischen Repräsentation von Lauten (Konsonanten und Vokale), der Phonotaktik (Silben und Wortform) und Prosodie (Rhythmus, Betonung und Intonation) aufweisen, die die Verständlichkeit und -akzeptanz beeinflussen können. Hier stehen Aussprachestörungen als Oberbegriff für die komplette Bandbreite von Artikulationsauffälligkeiten, sowohl mit bekannter Ursache (z. B. Down-Syndrom, Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-[LKGSI]-Fehlbildung) als auch unbekannter Ätiologie. Dies schließt phonetische und phonologische Verzögerungen/Störungen (*articulation and phonological delay/impairment*) und Sprechstörungen (*speech impairment*) mit ein (IEPMCS, 2012, S. 1).

Akademischer Sprachtherapeut²

[Speech-Language Pathologist]:

Der hier verwendete Begriff ‚Akademischer Sprachtherapeut‘ umfasst alle Fachkräfte, die eine spezifische akademische Qualifikation für die Arbeit mit Kindern mit Sprech- und Sprachbeeinträchtigungen erworben haben (IEPMCS, 2012, S. 1). Dazu zählen in Deutschland akademische Sprachtherapeuten, Diplom-Sprachheilpädagogen, klinische Linguisten, klinische Sprechwissenschaftler, Patholinguisten sowie (Diplom-)Logopäden.

.....
2 Wir verwenden hier bewusst den Begriff des ‚Akademischen Sprachtherapeuten‘, da diese Ausbildung international auf akademischem Niveau/Studium üblich ist.

Kultur:

Der Begriff ‚Kultur‘ wird hier in Anlehnung an Kohnert (2012) verwendet als von einer Gruppe, einer Gemeinschaft oder einem Volk geteilte, gesammelte und integrierte Menge von gelernten Überzeugungen, Gewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen... [und] der Kontext, in dem Sprache erworben und gebraucht wird, sowie das primäre Mittel ihrer Vermittlung (IEPMCS, 2012, S. 1).

[Inter-]Kulturelle³ Kompetenz und Sicherheit:

[Inter-]Kulturelle Kompetenz berücksichtigt und würdigt – auf allen Ebenen – die Bedeutsamkeit von Kultur, die Beurteilung interkultureller Beziehungen, die Vigilanz gegenüber der aus kulturellen Differenzen resultierenden Dynamik, die Ausbreitung kulturellen Wissens und Adaptation von Dienstleistungen, um spezifische kulturelle Bedürfnisse zu erfüllen (Betancourt, Green, Carrillo, & Ananeh-Firempong, 2003, S. 294). Eine kulturell gesicherte Gesundheitsversorgung bzw. ein entsprechendes Erziehungsumfeld sind diejenigen, die für Menschen sicher sind und wo es keinen Übergriff auf, keine Infragestellung oder Verleugnung von ihrer Identität und ihren Bedürfnissen gibt. Sie zeichnen sich durch gegenseitigen Respekt, geteilte Meinung, geteiltes Wissen und Erfahrung aus sowie durch gemeinsames Lernen in Würde und aufrichtiges Zuhören (Williams, 1999, S. 213) (IEPMCS, 2012, S. 1).

Empfohlenes ideales Vorgehen nach der ICF-CY

Dieses Kapitel des Positionspapiers stellt den Schwerpunkt der Ausarbeitungen des IEPMCS dar. Hier wird das empfohlene ideale Vorgehen zur Bereitstellung interkulturell-kompetenter Betreuung bei mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung in Bezug auf den Umgang mit ihnen und ihren Familien beschrieben. In Hinblick auf Kompetenzen von akademischen Sprachtherapeuten werden vom IEPMCS deren generelle Aufgabe, die Anforderungen an die sprachtherapeu-

.....
3 Im gesamten Artikel wird in eckigen Klammern [inter] ergänzt, da sich im deutschsprachigen Raum der Begriff ‚interkulturelle Kompetenz‘ etabliert hat.

KURZBIOGRAFIE

Sharynne McLeod ist Professorin für Sprech- und Sprachentwicklung an der Charles Sturt University/Australien. Sie ist Co-Vorsitzende des ‚International Expert Panel on Multilingual Children’s Speech‘, Vize-Präsidentin der ‚International Clinical Phonetics and Linguistics Association/ICPLA‘, Mitglied auf Lebenszeit der ‚Speech Pathology Australia‘, und Mitglied der ‚American Speech-Language-Hearing Association/ASHA‘.

tische Diagnostik und Therapie sowie an Kooperationen von Sprachtherapeuten mit anderen Professionen definiert. Diese Empfehlungen orientieren sich an dem Rahmen der ICF-CY (WHO, 2007), aufgeteilt nach den Domänen der Körperfunktionen, -strukturen, Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] sowie Umwelt- und Personenfaktoren (IEPMCS, 2012, S. 2).

Körperfunktionen

Nach dem IEPMCS sollen mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörungen von akademischen Sprachtherapeuten unterstützt werden, sich verständlich in der Sprache ihrer Familie und Umgebungssprache entsprechend ihrer kognitiven, physischen und sozioemotionalen Fähigkeiten zu artikulieren. Zur Erreichung dieses Ziels muss eine sprachtherapeutische Diagnostik und Intervention in allen Sprachen des Kindes anhand von evidenzbasierten Verfahren und kulturell wie linguistisch adäquaten Materialien durchgeführt werden.

Dieses angestrebte Ziel kann nur durch die angemessene Bereitstellung von Mitteln durch politische Entscheidungsträger bzw. Krankenkassenverbände, die Berücksichtigung relevanter internationaler Forschungsevidenz sowie die internationale und kooperative Zusammenarbeit mit anderen Personen (z. B. Linguisten, Kulturhelfer, Dolmetscher, Pädagogen etc.) erreicht werden. Um eine aussagekräftige Diagnostik zur Identifizierung von Kindern mit Aussprachestörungen zu erstellen, sollen akademische Sprachtherapeuten Kompetenzen zum Internationalen Phonetischen Alphabet (IPA), zu dessen Erweiterungen (extIPA) und Prosodie erwerben, um die normale und abweichende Artikulation in ihrer Muttersprache sowie in der Sprache des betroffenen Kindes transkribieren zu können. Weiterhin werden akademische Sprachtherapeuten dazu aufgefordert, sich theoretisch wie praktisch mit dem mono- versus multilingualen Spracherwerb in krosslinguistischen Kontexten auseinanderzusetzen (Hambly et al., 2013). Diese kontinuierliche professionelle Weiterentwicklung soll nach Meinung des IEPMCS das Wis-

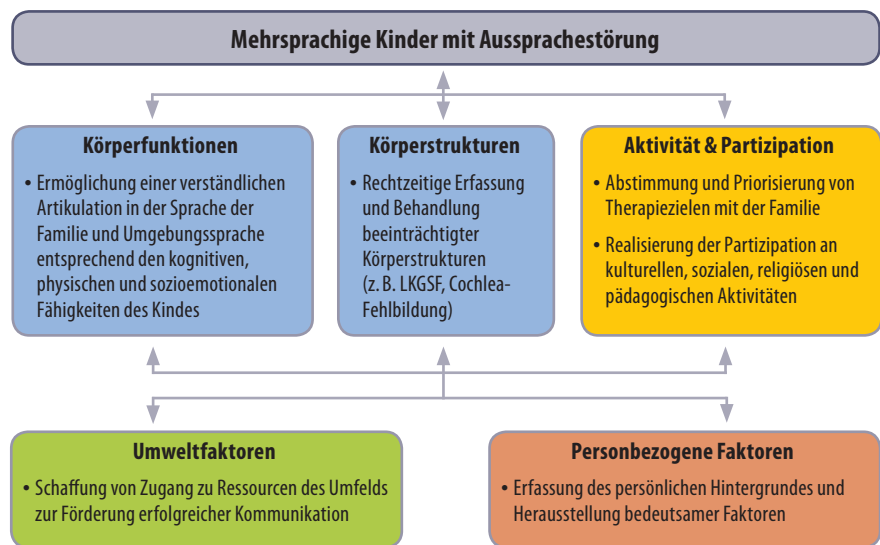


Abbildung 1 Sprachtherapeutische Ziele unter Einbezug von Kindern und ihren Familien

sen über Mehrsprachigkeit generell und über die vom Kind gesprochene Sprache für den sprachtherapeutischen Einsatz erweitern. Durch enge Kooperationen mit anderen Professionen sind akademische Sprachtherapeuten aufgefordert, kontinuierlich ihr Fachwissen und ihre Fertigkeiten bezüglich der Lautsysteme unterschiedlicher Sprachen und Dialekte von Kindern zu erweitern und zu vertiefen (IEPMCS, 2012, S. 2-3).

Körperstrukturen

Das IEPMCS weist darauf hin, dass mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung die Möglichkeit bekommen müssen, hinsichtlich beeinträchtigter Körperstrukturen (z. B. LKGS, Cochlea-Fehlbildung) rechtzeitig erfasst und durch einschlägige Experten behandelt zu werden, um ihnen eine optimale Sprachperzeption und gute Sprechverständlichkeit zu ermöglichen. Die sprachtherapeutische Diagnostik soll demnach die Beurteilung der Körperstrukturen umfassen, die an der Aussprache (Atmung, Phonation, orofaziale Gegebenheiten) sowie an der auditiven Aufnahme und Verarbeitung beteiligt sind, um mögliche Ursachen zu erfassen. Akademische Sprachtherapeuten sollten sich laut IEPMCS über potenzielle internationale Variationen der Anatomie der Menschen bewusst sein. Sie sollten auch in Betracht ziehen, dass mit den betroffenen mehrsprachigen Kindern nicht unbedingt ein Gesundheitsscreening oder eine Diagnostik durchgeführt wurde, um Gründe für die Aussprachestörung zu

erkennen. Zur Reduzierung der Auswirkungen beeinträchtigter Körperstrukturen auf die Aussprachefähigkeit der Kinder (z. B. Verschluss der LKGS-Fehlbildung, Einsatz eines Cochlea-Implantats/CI), müssen akademische Sprachtherapeuten mit dem Einverständnis der Eltern mit Fachärzten (z. B. HNO-Ärzten, Kieferchirurgen) kooperieren (IEPMCS, 2012, S. 3).

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Hinsichtlich der sprachtherapeutischen Zielsetzung in Bezug auf Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] empfiehlt das IEPMCS zwingend, dass mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung und deren Eltern adäquat informiert werden, um ihnen die Möglichkeit zu geben, Therapieziele der sprachtherapeutischen Intervention zu priorisieren und mitzubestimmen. Dies soll mit dem Ziel erfolgen, dem betroffenen Kind eine höchstmögliche Teilhabe an kulturellen, sozialen, religiösen und (vor)schulischen Aktivitäten in seinem sprachlichen Umfeld zu ermöglichen. Daher muss die sprachtherapeutische Betreuung auf erfolgreiche und kulturell adäquate kommunikative Interaktionen abzielen, die die Teilhabe an alltäglichen Aktivitäten in ihrem Umfeld positiv unterstützt.

Akademische Sprachtherapeuten sollten demnach kulturell relevante Beschäftigungen als Basis zur Planung des Diagnostik- und Interventionsprozesses nehmen, die den individuellen Bedürfnissen

der Kinder entsprechen. Weiterhin müssen sie u. a. mit Familien, Kulturgemeinschaften und weiteren Berufsgruppen (z. B. Kulturhelfern) kooperieren, um ein Verständnis für die Rolle der mehrsprachigen Kinder in verschiedenen kulturellen Kontexten zu entwickeln. Darüber hinaus sollten akademische Sprachtherapeuten Zugang zu Ressourcen haben, die sprachlich-kommunikative Kompetenzen in Hinblick auf verschiedene Aktivitätsbereiche spezifizieren (z. B. Common European Framework of Reference for Languages, Little, 2006) (IEPMCS, 2012, S. 3).

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren in Hinblick auf den mehrsprachigen und interkulturellen Hintergrund des Lebensumfeldes der betroffenen Kinder mit Aussprachestörung können sich als Barrieren oder Förderfaktoren (ICF-CY; WHO, 2007) für deren sprachliche Entwicklung bzw. Handlungsfähigkeit erweisen (Kracht, 2006). Zur Förderung einer verständlichen und effektiven Kommunikation müssen mehrsprachige Kinder und ihre Familien laut IEPMCS daher generellen Zugang zu Ressourcen des Umfelds erhalten (z. B. technische Hilfsmittel oder personelle Unterstützung). Die sprachtherapeutische Betreuung im Speziellen

muss das Ziel verfolgen, kommunikative Barrieren im Umfeld des mehrsprachigen Kindes mit Aussprachestörung zu erfassen, zu reduzieren und eine effektive und verständliche Kommunikation in den unterschiedlichen Lebenswelten des betroffenen Kindes zu fördern. Es wird daher vom IEPMCS empfohlen, innerhalb der sprachtherapeutischen Diagnostik auch Informationen zum Sprachgebrauch, zu sprachlichen Fähigkeiten, zum Kontext, zu Kommunikationspartnern sowie Erwartungen des Kindes/der Sorgeberechtigten zu erfassen (IEPMCS, 2012, S. 3).

Akademische Sprachtherapeuten schaffen dadurch Möglichkeiten, die erzielten sprachlichen Erfolge des Kindes besser zu reflektieren. Dabei sollen sie gemeinsam mit den Kindern, ihren Familien und auch anderen Personen aus dem Umfeld des Kindes zusammenarbeiten, um die Verantwortung für zukünftige kommunikative Erfolge und für die Entwicklung einer kulturellen Identität beim betroffenen Kind zu teilen (Gogolin & Neumann, 2009). Dazu ist es nach Empfehlung des IEPMCS notwendig, dass akademische Sprachtherapeuten [inter]kulturelle Kompetenzen und Praktiken entwickeln, indem sie nach Informationen suchen, sich an Gruppendiskussionen beteiligen oder Zeit in den

entsprechenden Kulturgemeinschaften verbringen, um mit den Mitgliedern ins Gespräch zu kommen und (wenn angemessen) an kulturellen Ereignissen teilzunehmen (IEPMCS, 2012, S. 3). Zur Sicherung erfolgreicher Interaktionen mit kulturell und sprachlich verschiedenen Kindern und Familien sollten sie eigene therapeutische Settings und Arbeitsweisen hinsichtlich ihrer Förderlichkeit reflektieren. Das IEPMCS empfiehlt, die kulturelle und linguistische Diversität herauszustellen und zu unterstützen. Akademische Sprachtherapeuten sollten außerdem den Gebrauch von bewährten und neuen Technologien (z. B. additive Teletherapie mit Sprachtherapeuten aus anderen Ländern) in Betracht ziehen, um dadurch ihre praktischen und interkulturellen Kompetenzen sowie ihre Kulturpraktiken zu erweitern. Dazu gehören auch das Erlernen neuer Sprachen oder zunächst nur einiger relevanter Schlüsselbegriffe der am häufigsten vertretenen Sprache der betreuten mehrsprachigen Kinder mit Aussprachestörung (IEPMCS, 2012, S. 3). Nach Auffassung des IEPMCS kann das Erlernen von Fremdsprachen den Sprachtherapeuten einen wichtigen Einblick in die Herausforderungen des Sprachenlernens geben. Es sei gleichzeitig ein Zeichen der respektierenden Anerkennung der Erstsprache der Kinder. Akademische Sprachtherapeuten sollen mit Familien/Eltern, Pädagogen und anderen Berufsgruppen in einer Art und Weise kooperieren, dass das kontinuierliche Lernen von mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung gestärkt und unterstützt wird. Das erlaube ihnen auf diese Weise, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten bezogen auf kulturelle Prioritäten, kulturell respektvolle Interaktionen und sozial angemessene Herangehensweisen (z. B. Augenkontakt, Berührung, Nähe, Geschlechterrollen) weiterzuentwickeln. Das IEPMCS empfiehlt weiterhin, die grundständige Ausbildung von akademischen Sprachtherapeuten so zu gestalten, dass Studierende darin angeleitet werden, effektiv mit mehrsprachigen Klienten, ihren Familien und entsprechenden Experten (z. B. Dolmetschern) zu arbeiten (z. B. durch Diskussionen mit Mitgliedern verschiedener Kulturgemeinschaften, Rollenspiele, Diskussionsgruppen) (IEPMCS, 2012, S. 4).

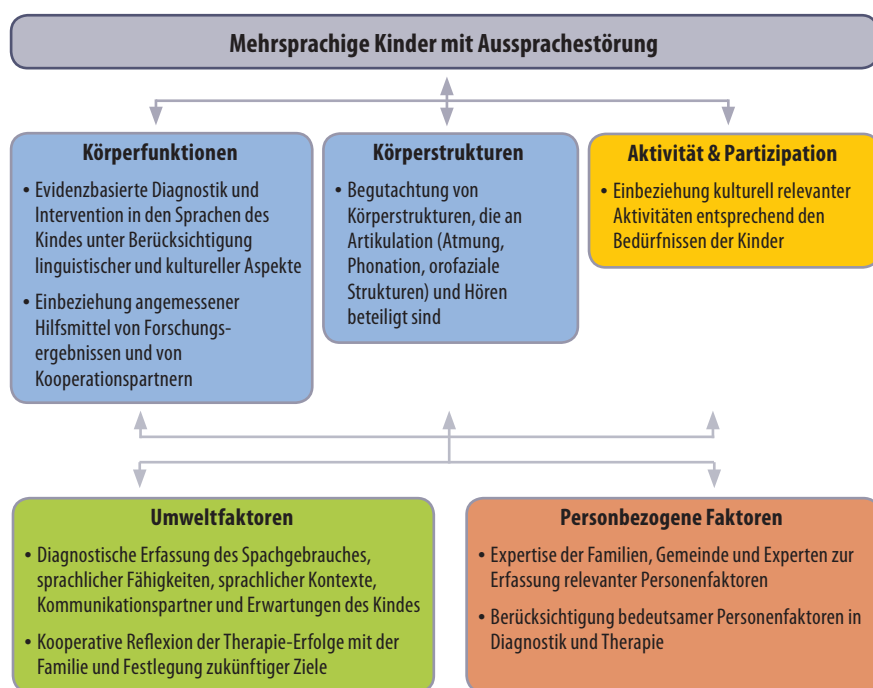


Abbildung 2 Empfehlungen für die sprachtherapeutische Diagnostik und Intervention

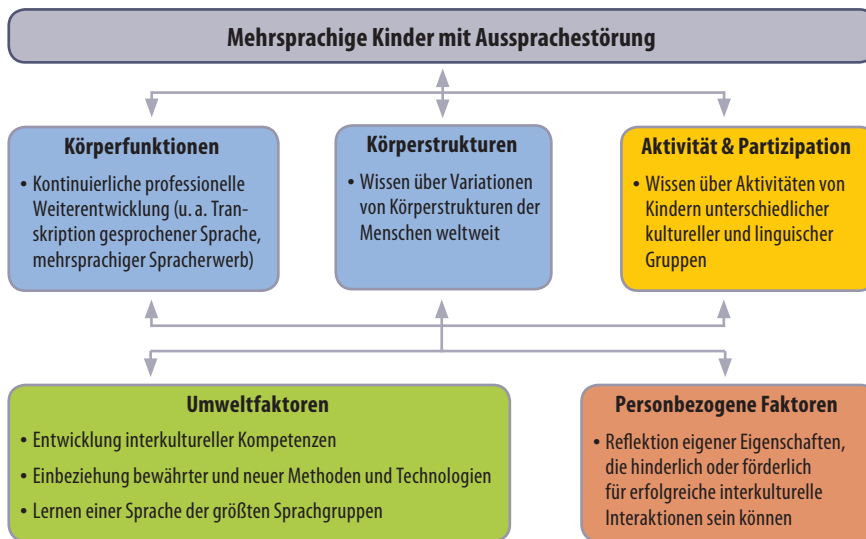


Abbildung 3 Anforderungen an Sprachtherapeuten

Personenfaktoren

In Hinblick auf den Einbezug der Personenfaktoren der ICF-CY empfiehlt das IEPMCS akademischen Sprachtherapeuten, den Kindern und ihren Familien die Möglichkeit zu geben, aus ihrem Leben zu berichten. Dies helfe, den Hintergrund, die Identität und weitere bedeutsame Faktoren des mehrsprachigen Kindes mit Aussprachestörung zu verstehen. Um relevante Personenfaktoren des Kindes nachvollziehen zu können, sollen sie zudem auf die Expertise der Familie, der Kulturgemeinschaft und anderer Experten (z. B. Kulturmediatoren) zurückgreifen (IEPMCS, 2012, S. 4). Dies könne auch gefördert werden, indem akademische Sprachtherapeuten Zeit aufwenden, den Kindern und ihren Familien zuzuhören, zu lernen und sie zu verstehen. Auf diesem Weg könnten individuell bedeutsame personenbezogene Faktoren adäquat in Diagnostik- und Interventionssituationen einfließen (IEPMCS, 2012, S. 4).

In Bezug auf die eigenen Personenfaktoren empfiehlt das IEPMCS akademischen Sprachtherapeuten, ihre persönlichen Charaktereigenschaften zu reflektieren, inwiefern diese hinderlich bzw. förderlich für erfolgreiche interkulturelle Interaktionen sein können. Sie sollen sich ihre eigenen sprachlichen und kulturellen Hintergründe bewusst machen und reflektieren, wie diese ihre Interaktionen mit Kindern und Eltern beeinflussen. So z. B., dass ein deutliches Macht-Ungleich-

gewicht zwischen Sprachtherapeuten, die in der im Umfeld vorherrschenden Sprache arbeiten, und Kindern, die aus einer kulturellen Minderheit oder Armutsverhältnissen stammen, entstehen könne. Enge Kooperationen zwischen akademischen Sprachtherapeuten und der Familie der mehrsprachigen Kinder mit Aussprachestörung helfen dem Therapeuten, Kenntnisse über individuelle Gewohnheiten des Kindes, dessen Charaktereigenschaften, Coping-Strategien, weitere Gesundheitsbedingungen, allgemeine Verhaltensmuster, vergangene und aktuelle Erfahrungen sowie über soziale Hintergründe (WHO, 2007) zu erlangen (IEPMCS, 2012, S. 4).

Konsequenzen und Empfehlungen zur Umsetzung des Positionspapiers in Deutschland

Das vorliegende Positionspapier stellt erstmalig in Orientierung an der ICF-CY (WHO, 2007) notwendige und wichtige Standards zur sprachtherapeutischen Betreuung von mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung auf, die weltweit Sprachtherapeuten vor neue Herausforderungen stellen. Insbesondere im traditionell monolingualen Deutschland (Fox-Boyer, 2012) liegt noch ein weiter Weg für die akademische Sprachtherapie vor uns, den es anzugehen lohnt. Im Folgenden werden exemplarisch mög-

liche Voraussetzungen für die Umsetzung und Konsequenzen des Positionspapiers für die Forschung bzw. Praxis der akademischen Sprachtherapie, Aus- und Weiterbildung von Sprachtherapeuten sowie für gesundheitspolitische Entscheidungs- wie Kostenträger in Deutschland vorgestellt.

Empfehlungen für die Forschung

Zu der phonetisch-phonologischen Entwicklung und deren Störungen bei mehrsprachigen Kindern liegen in Bezug auf Deutsch als L2 nur sehr wenige Studien vor (Fox-Boyer & Salgert, 2014). Gerade „großflächige Normdatenerhebungen, die den Phonemerwerb und gerade auch die physiologischen phonologischen Prozesse einer bilingualen Bevölkerungsgruppe darstellen, gibt es bislang nicht“ (Fox-Boyer & Salgert, 2014, S. 111). Bisher wurden eher Pilotstudien in Form von sprachtherapeutischen Abschlussarbeiten initiiert, die nur eine kleine Stichprobe berücksichtigt und weitgehend nicht veröffentlicht sind (ebd.). Erste Studien zum deutsch-türkischen Phonologieerwerb wurden von Ünsal und Fox (2002) sowie von Salgert, Fricke und Wells (2012) und Salgert und KollegInnen (2014) vorgelegt. Büttner stellte 2012 erste Ergebnisse zum deutsch-russischen Phonologieerwerb dar. Lleó und Kollegen lieferten zum deutsch-spanischen Bereich des Ausspracheerwerbs erste Daten von fünf typisch entwickelten bilingualen Kindern im Alter von 1;0 bis 3;0 Jahren (Lleó, 2002; Lleó, Kuchenbrandt, Kehoe, & Trujillo, 2003). Wie schon in der Einführung ausgeführt, besteht hier zukünftig noch ein großer Forschungsbedarf in den Wissenschaftsbereichen der Linguistik, Psycholinguistik und akademischen Sprachtherapie im deutschsprachigen Bereich.

Empfehlungen für die Ausbildung und Weiterbildung

Die Ausbildung von akademischen Sprachtherapeuten in Hinblick auf Wissensvermittlung zu Mehrsprachigkeit und Interkulturalität ist international für eine adäquate Betreuung der Be-

troffenen in diversen Ländern noch nicht ausreichend, wie Studien zeigen konnten (Guiberson & Atkins, 2012). Fox-Boyer stellte fest, dass auch in Deutschland im Jahre 2012 die Bereiche der Sprachentwicklung und -störungen, Diagnostik und Therapie bei mehrsprachigen Kindern immer noch nicht in der curricularen Ausbildung von Sprachtherapeuten verankert waren (ebd., 2012). In Hinblick auf die unzureichende Forschungslage (s. o.) kann hier noch nicht von einer adäquaten und detaillierten Wissensvermittlung über die phonetisch-phonologische Entwicklung von mehrsprachigen Kindern ausgegangen werden. Naş (2010) bietet jedoch erste Informationen zu den entsprechenden Grundlagen des Türkischen im Vergleich zum Deutschen, die für die Ausbildung herangezogen werden können.

Ein spezifisches Training zu Mehrsprachigkeit in Aus- und Weiterbildung würde zu einer größeren Sicherheit und Kompetenz in der praktischen Tätigkeit führen (Caesar & Kohler, 2007). Wünschenswert wäre die Implementierung von Aufbau- oder Wahlpflichtmodulen zum Spracherwerb bei mehrsprachigen Kindern in grundständigen Sprachtherapie-Studiengängen. Zudem wäre eine zertifizierte Zusatzqualifikation ‚Klinisch Interkulturelle Kompetenz/KIK‘ im Rahmen eines ‚Diversity Trainings‘ durch Hochschulen, sprachtherapeutische Fortbildungsanbieter oder Berufsverbände (z. B. dbs/dgs) sinnvoll. Hier könnte das vierteilige Trainingsmodul des Colorado Department of Education als Vorbild fungieren. Dieses gibt detaillierte Informationen zu Sprachen und Kulturen, (Förder-)Diagnostik, effektiver therapeutischer Praxis, sinnvoller Einbindung von Sorgeberechtigten und Familien sowie zur Zusammenarbeit mit Dolmetschern (Guiberson & Atkins, 2012). Bilinguale Sprachtherapeuten (mit Zusatzqualifikation in KIK) könnten als buchbare regionale Supervisoren fungieren, um vor Ort in der Praxis ihr Wissen weiterzugeben und Sprachtherapeuten in der Arbeit mit mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung zu beraten/anzuleiten. August und Siegel (2006) halten diese Vorgehensweise für besonders effektiv und erfolgreich.

Empfehlungen für die sprachtherapeutische Praxis

Schon 1985 rief die American Speech-Language-Hearing Association Sprachtherapeuten und Audiologen auf, sich adäquate Fertigkeiten zur Betreuung von ‚culturally and linguistic diverse (CLD) clients‘ anzueignen. Dies betreffe praktische Aspekte der Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung sowie Beratung (ASHA, 1985; 2004).

In Bezug auf evidenzbasierte sprachtherapeutische Diagnostik konnte das groß angelegte Forschungsprojekt ‚Multilingual Children’s Speech‘ von Sharynne McLeod das Thema international aufgreifen. Es führte zu neuen Entwicklungen, wie der ‚Skala zur Verständlichkeit im Kontext: Deutsch‘ (ICS-G; McLeod, Harrison, & McCormack, 2012, Neumann, Trans.), sowie zu einer Übersicht über 56 publizierte phonetisch-phonologische Diagnostikmaterialien in über 18 Sprachen (McLeod, 2007; 2012a; 2012b). Scharff Rethfeldt (2013, S. 133) konstatiert, dass der „Einsatz von für monolinguale Kinder konzipierten und/oder an monolingualen Bezugsgruppen normierten Verfahren“ bei mehrsprachigen Kindern zu einer Verfälschung der Analysen führe. Darauf machen auch internationale Wissenschaftler aufmerksam (McLeod, 2007; 2012a; Paradis, 2005). Daher ist die Entwicklung von weiteren multilingualen Diagnostikmaterialien in Deutschland ein übergeordnetes Ziel. Bisher liegen für den Bereich der Ausspracheüberprüfung nur drei Diagnostikmaterialien für Türkisch-Deutsch vor: der Wiener Lauttest/WIELAU-T (Lammer & Kalmár, 2004), der Türkisch-Artikulations-Test/TAT (Naş, 2010) und das Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkinder Türkisch-Deutsch/SCREEMIK 2 (Wagner, 2009), worin auch eine Version für Russisch-Deutsch enthalten ist. Nach Fox-Boyer und Salgert (2014) können diese Materialien jedoch nur zur Orientierung, nicht aber zur Erstellung einer sprachtherapeutischen Diagnose dienen. Chiat (2015) empfiehlt zukünftig den Einsatz von ‚non-word repetition tasks‘ zur Testung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses für Nichtwörter, mittels derer eine spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES) bei mehrsprachigen Kindern

erkannt werden könnte. Hier werden im COST Action IS0804 Projekt aktuelle Tests in verschiedenen Sprachen entwickelt, die entweder als quasi-universal (QU-Test mit sehr sprachneutraler Prosodie) oder sprach-spezifisch (LS-Test mit typischer sprachspezifischer Prosodie) gelten (Chiat, 2015). Für sukzessiv-bilinguale Kinder (Russisch-Deutsch) publizierten Lindner, Held, Lomako und Gagarina (2014) erste aussichtsreiche Ergebnisse mit eigens entwickelten und evaluierten sprachspezifischen Tests zur Wiederholung von Pseudowörtern. Im COST Action IS0804 Projekt wurde auch der Anamnesebogen ‚Questionnaire for Parents of Bilingual Children (PaBiQ Questionnaire)‘ entwickelt, der eine detaillierte quantitative Auswertung ermöglicht (Tuller, 2015). Die Übertragung des Bogens ins Deutsche nach dessen Evaluation wäre anzustreben. Thordardottir (2015) gibt Empfehlungen für Minimal-Standards des generellen sprachdiagnostischen Vorgehens bei mehrsprachigen Kindern, je nachdem, ob standardisierte oder übersetzte Tests vorliegen, bis hin zum Fehlen formaler Tests bzw. diagnostischer Traditionen. Hieran sollte sich die sprachtherapeutische Forschung wie Praxis zukünftig orientieren, um Aussprachestörungen und eine SES bzw. SSES bei mehrsprachigen Kindern gesichert diagnostizieren zu können.

Auch die Anamnese und Diagnostik im umfassenderen Rahmen der ICF-CY (WHO, 2007) steht in Deutschland noch am Anfang der Entwicklung. Eine erste Vorlage zur Anamnese bei mehrsprachigen Kindern bietet ein eigenes Zusatzmodul von Gumpert (2014), während Chilla (2014) erste Hinweise zur ICF-CY-orientierten Diagnostik liefert.

Ebenso sollten übergeordnete Konzepte wie RIOT (Cheng, 2012), GRASP IT! (Lewis, Castilleja, Moore, & Rodriguez, 2010) und das ‚Ecologically Valid Assessment‘ (Roseberry-McKibbin, 2008) in einer sprach- und kultursensiblen Anamnese und Diagnostik zum Tragen kommen. Scharff Rethfeldt (2014) stellte für das Deutsche den induktiven Ansatz zur Erfassung der sozial-lebensweltlichen und individuellen Spracherwerbsbedingungen vor, der das Material ‚Bilinguales Patientenprofil (BPP)‘ inklusive der

„Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese (MIA)“ zur praktischen Umsetzung vorschlägt. Gumpert (2014) entwickelte und evaluierte das „Zusatzmodul Anamnese bei mehrsprachigen Kindern“. Sprachtherapeutische Konzepte für mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung wurden noch nicht explizit für den deutschsprachigen Raum entwickelt. Das einzige verfügbare Material ist „Laute üben Türkisch – Deutsch“ (Ünsal, 2007), ein Elternbegleitmaterial.

In der sprachtherapeutischen Arbeit sollten nach Battle (2012) generell die folgenden interkulturellen Unterschiede beachtet werden: Individualismus vs. Kollektivismus, Macht-Distanz-Variable, zeitliche Orientierung sowie nonverbale und verbale Kommunikationsstile. Tomoeda und Bayles (2002) sehen das Wissen um folgende neun interkulturelle Parameter als grundlegend für eine gelingende Sprachtherapie: Wert von Individuum gegenüber der Gruppe, Einschätzung von Zeit und Raum, Geschlechterrolle, Konzepte von Status und Klasse, generelle Werte, Rituale, Sprache(n), Stellenwert von Arbeit und Vorstellung von Gesundheit. In Hinblick auf Interventionen und Aufgabenstellungen in der Sprachtherapie geben Bull, Montgomery und Kimball (2000) zehn Empfehlungen, die eine sprachlich-kulturelle Vorgehensweise unterstützen. Hier stehen Inhalte wie die klare Definition und Beschreibung von Therapiezielen, Flexibilität im Einsatz von Therapiematerialien und Sensitivität in Hinblick auf Sitzweise und Nähe/Distanz im Mittelpunkt. Erste deutschsprachige Empfehlungen hierzu in Bezug auf den Umgang mit der türkischen Kultur im sprachtherapeutischen Alltag gibt Batmaz (2015). Auch die Auswahl von kulturell angemessenen Therapiematerialien (z. B. Bücher, Geschichten, Bilder, Wortitemauswahl) für das sprachtherapeutische Setting ist von großer Bedeutung (Davis & Banks, 2012; Shiohita, 1997).

Gesundheitspolitische Empfehlungen

Gesundheitspolitische Entscheidungs- und Kostenträger sollten für akademische Sprachtherapeuten Bedingungen in Weiterbildung und alltäglicher Praxis schaffen, die eine adäquate Betreuung

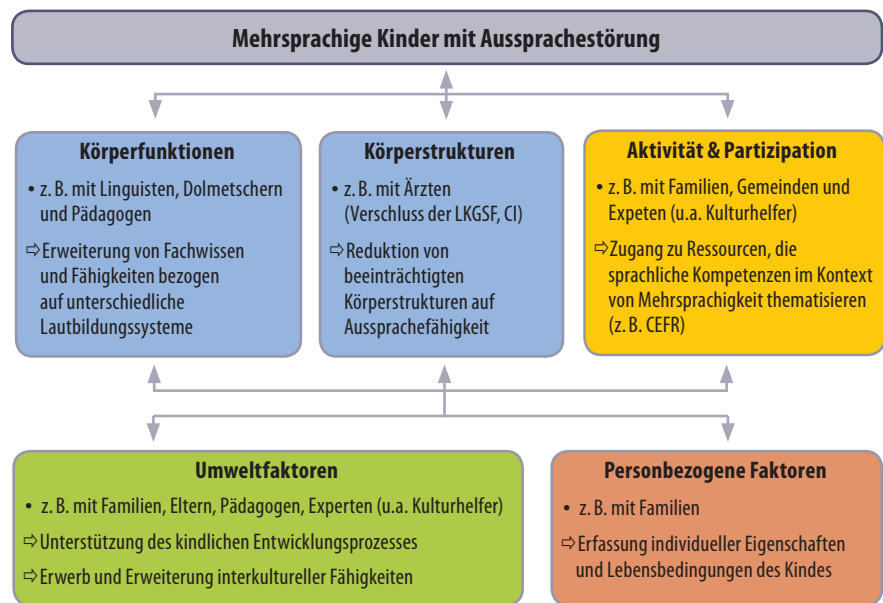


Abbildung 4 Notwendige Kooperationen von Sprachtherapeuten

von mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörungen und ihren Eltern ermöglichen und sichern. Hervorzuheben ist insbesondere die Unterstützung der Zusammenarbeit von Sprachtherapeuten mit Dolmetschern. Diese sollte zukünftig als selbstverständlich betrachtet und von den Krankenkassen finanziert werden.

Um Objektivität und adäquate Interpretation von komplexen spezifischen Informationen aus der Diagnostik- bzw. Therapiesituation zu gewährleisten, ist die Arbeit mit Dolmetschern unumgänglich. Pérez-Méndez und Moore (2005) zeigen effektive Strategien auf, die eine erfolgreiche Zusammenarbeit ermöglichen: Auswahl von gut ausgebildeten und biliteraten Dolmetschern, Vorgehensweise gemeinsam als Team, detaillierte Planung vor der Therapieeinheit und Auswertung im Anschluss und Festlegung der Art der benötigten Übersetzung (simultan, zusammenfassend, konsekutiv). Diese Vorgehensweise deckt sich mit dem BID-Modell (Briefing, Interaction, Debriefing) nach Langdon und Cheng (2002). Roger und Code (2011) empfehlen ein gemeinsames Training von Sprachtherapeut und Dolmetscher, um auf der Seite der Dolmetschenden den Blick für die Verständlichkeit des Kindes zu schärfen, die Unterstützung bei der Durchführung von Diagnostika zu üben und Äußerungen beim Kind zu elizitieren.

Leitlinien für zukünftige Trainings gibt Blumenthal (2007). Idealerweise sollten die Dolmetscher auch derselben Kultur der Klienten angehören, um parallel als Kulturmediator zu fungieren. Diese können dazu beitragen, ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Kindern und deren Familien im Therapieprozess aufzubauen sowie sprachlich-kulturelle Unsicherheiten zu klären (Guiberson & Atkins, 2012; Kohnert, 2012).

Fazit und Ausblick

Generell wäre zu wünschen, dass sich die sprachtherapeutische Betreuung von mehrsprachigen Kindern in Deutschland möglichst schnell durch eine Implementierung des Themas in die Aus- und Weiterbildung, Forschung, Entwicklung, in dem Einsatz von multilingualen Materialien und in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern qualitativ und flächendeckend verbessert. Dieses Ziel erscheint umso wichtiger, wenn wir anerkennen, dass die Entwicklung der mehrsprachigen Kompetenz der Kinder in ihrer Erst- wie Umgebungssprache eine sehr wichtige Rolle bei der Findung ihrer kulturellen Identität, ihrem Wohlbefinden und ihrem Selbstwertgefühl spielt (Chilla, 2015; De Houwer, 2015).

Deutschland entwickelt sich auch aufgrund der aktuellen Flüchtlingslage nach und nach in Richtung multilinguale

und -kulturelle Diversität, was auch die sprachtherapeutische Arbeit zunehmend beeinflussen wird. Diese Veränderungen benötigen bei Sprachtherapeuten ein grundlegendes Wissen und Verständnis von Mehrsprachigkeit auf sozialer wie individueller Ebene sowie die Anwendung evidenzbasierter Forschungsergebnisse in der klinischen Praxis (Jordaan, 2008). Das vorliegende Positionspapier stellt eine erste internationale Basis für sprachtherapeutisch arbeitende Berufsgruppen, angrenzende Professionen, Universitäten und Regierungen zur Verfügung, um die Aussprachefähigkeit aller Kinder in den vielfältigen Sprachen ihrer Gemeinschaften zu fördern. Dieses in Forschung und Praxis zu implementieren, verbleibt ein zukünftiges übergeordnetes Ziel.

Literatur

- American Speech-Language-Hearing Association (1985). *Clinical management of communicatively handicapped minority language populations* (Position statement). Verfügbar unter <http://www.asha.org/policy>.
- American Speech-Language-Hearing Association (2004). *Knowledge and skills needed by speech-language pathologists and audiologists to provide culturally and linguistically appropriate services*. Verfügbar unter <http://www.asha.org/policy>.
- August, D., & Siegel, L. S. (2006). Literacy instruction for language-minority children in special education settings. In D. August, & T. Shanahan (eds.), *Developing literacy in second language learners* (pp. 523-553). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Batmaz, A. (2015). Besonderheiten der türkischen Kultur im sprachtherapeutischen Alltag. *Praxis Sprache*, 60, 102-104.
- Battle, D. E. (ed.) (2012). *Communication disorders in multicultural and international populations*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118, 293.
- Blumenthal, M. (2007). Tolken bij diagnostiek van spraak - taalproblemen, Ontwikkeling cursus en richtlijnen [Dolmetscher bei der Diagnostik von Sprachauffälligkeiten. Entwicklung eines Kurses und Richtlinien.], *Logopedie en Foniatrie*, 1, 10-19.
- Botting, N., Conti-Ramsden, G., & Crutchley, A. (1997). Concordance between teacher/therapist opinion and formal language assessment scores in children with language impairment. *European Journal of Disorders of Communication*, 32, 317-327.
- Bull, K. S., Montgomery, D., & Kimball, S. L. (eds.) (2000). Working with culturally diverse students. In Oklahoma State University. *Quality university instruction: A teaching effectiveness training program*. Stillwater, OK: Oklahoma State University.
- Büttner, J. (2012). *Phonologische Entwicklung im Deutschen bei bilingual russisch-deutsch aufwachsenden Kindern im Alter von 3;0 - 4;8 Jahren*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Hochschule Fresenius Hamburg.
- Caesar, L. G., & Kohler, P. D. (2007). The state of school-based bilingual assessment: Actual practice versus recommended guidelines. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 190-200. doi: 10.1044/0161-1461(2007)020
- Cheng, L. L. (2012). Asian and Pacific American languages and cultures. In D. E. Battle (ed.), *Communication disorders in multicultural and international populations* (pp. 37-60). St. Louis, MO: Elsevier.
- Chiat, S. (2015). Non-word repetition. In S. Armon-Lotem, J. de Jong, & N. Meir (eds.), *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment* (pp. 125-150). Communication disorders across languages 13. Bristol, UK: Multilingual matters.
- Chilla, S. (2014). Grundfragen der Diagnostik im Kontext von Mehrsprachigkeit und Synopse diagnostischer Verfahren. In S. Chilla, & S. Haberzettl (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Mehrsprachigkeit* (S. 57-72). München: Elsevier.
- Chilla, S. (2015). Sprachbehindertenpädagogische Intervention bei mehrsprachigen Kindern und Jugendlichen. *Praxis Sprache*, 2, 95-101.
- Davis, P. N., & Banks, T. (2012). Intervention for Multicultural and International Clients with Communication Disorders. In D. E. Battle (ed.), *Communication Disorders in Multicultural and International Populations* (pp. 279-295). Elsevier: St. Louis, MO: Elsevier.
- De Houwer, A. (2015). Harmonious bilingual development: young families' well-being in language contact situations. *International Journal of Bilingualism*, 19, 169-184. doi: 10.1177/1367006913489202
- DESTATIS (2014a). *Bevölkerung nach Migrationshintergrund*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundAlter.html>.
- DESTATIS (2014b). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund im engeren Sinne nach derzeitiger beziehungsweise früherer Staatsangehörigkeit*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundStaatsangehoerigkeit.html>.
- Fabiano-Smith, L., & Goldstein, B. A. (2010). Phonological acquisition in bilingual Spanish-English speaking children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 160-178. doi: 10.1044/1092-4388(2009)07-0064
- Fox-Boyer, A. (2012). Translation to practice: Intervention for multilingual children with speech sound disorder in Germany. In S. McLeod, & B. A. Goldstein (eds.), *Multilingual aspects of speech sound disorders in children* (pp. 228-232). Bristol, UK: Multilingual Matters.
- Fox-Boyer, A., & Salgert, K. (2014). Erwerb und Störungen der Aussprache bei mehrsprachigen Kindern. In S. Chilla, & S. Haberzettl (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Mehrsprachigkeit* (S. 109-121). München: Elsevier.
- Fox, A., & Vogt, S. (2007). *Sprachkompetenzen mehrsprachiger Kinder*. Präsentation auf dem 36. dbI-Kongress, Karlsruhe.
- Genesee, E., Paradis, J., & Crago, M. (2004). *Dual language development and disorders: A handbook on bilingualism and second language learning*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Gogolin, I., & Neumann, U. (2009). *Streitfall Zweisprachigkeit: The bilingualism controversy*. Wiesbaden: Springer.
- Goldman, R., & Fristoe, M. (1986). *Goldman-Fristoe Test of Articulation*. MN: American Guidance Association.
- Grech, H., & McLeod, S. (2012). Multilingual speech and language development and disorders. In D. E. Battle (ed.), *Communication disorders in multicultural populations* (pp. 120-147). St. Louis, MO: Elsevier.
- Grimm, A., & Schulz, P. (2014). Specific Language Impairment and Early Second Language Acquisition: The Risk of Over- and Underdiagnosis. *Child Indicators Research*, 7, 821-841.
- Guiberson, M., & Atkins, J. (2012). Speech-language pathologists' preparation, practices, and perspectives on serving culturally and linguistically diverse children. *Communication Disorders Quarterly*, 33, 169-180. doi: 10.1177/1525740110384132
- Gumpert, M. (2014). Zusatzmodul Anamnese bei mehrsprachigen Kindern. In P. Kornthuer, M. Gumpert, & S. Vogt (Hrsg.), *Anamnese in der Sprachtherapie* (S. 50-56). München: Ernst Reinhardt.
- Hambly, H., Wren, Y., McLeod, S., & Roulstone, S. (2013). The influence of bilingualism on speech production: A systematic review. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48, 1-24. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00178.x
- International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2012). *Multilingual children with speech sound disorders: Position paper*. Bathurst, NSW, Australia: Research Institute for Professional Practice, Learning and Education (RIPLLE), Charles Sturt University. Verfügbar unter <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/position-paper>.
- Jordaan, H. (2008). Clinical intervention for bilingual children: An international survey. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 60, 97-105. doi: 10.1159/000114652
- Kannengieser, S. (2014). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. München: Elsevier.
- Kohnert, K. (2012). *Language disorders in bilingual children and adults*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Kracht, A. (2006). Störungen der Sprachentwicklung im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit. *Sonderpädagogische Förderung*, 51, 356-368.
- Kracht, A. (2012). Interkulturalität und Mehrsprachigkeit. In O. Braun, & U. Lütke (Hrsg.), *Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 8: Sprache und Kommunikation* (S. 577-581). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lammer, V., & Kalmár, M. (2004). *Wiener Lautprüfverfahren für Türkisch sprechende Kinder (WIELAU-T)*. Wien: Lernen mit Piff.
- Langdon, H. W., & Cheng, L. L. (2002). *Collaborating with interpreters and translators in the communication disorders field*. Eau Claire, WI: Thinking Publications.
- Lengyel, D. (2001). *Kindliche Zweisprachigkeit und Sprachbehindertenpädagogik. Eine empirische Untersuchung des Aufgabenfeldes*

- innerhalb der sprachheiltherapeutischen Praxis. Düsseldorf: LAGA NRW.
- Lewis, N., Castilleja, N., Moore, B. J., & Rodriguez, B. (2010). Assessment 360°: A panoramic framework for assessing English language learners. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations*, 17, 37-56. doi: 10.1044/cds17.2.37
- Lindner, K., Held, J., Lomako, J., & Gagarina, N. (2014). Verbale und nonverbale Indikatoren zur Identifizierung von umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen bei sukzessiv bilingualen Kindergartenkindern. *Forschung Sprache*, 2, 58-68.
- Little, D. (2006). The Common European Framework of Reference for Languages: Content, purpose, origin, reception and impact. *Language Teaching*, 39, 167-190. doi: 10.1017/S0261444806003557
- Lleó, C. (2002). The role of markedness in the acquisition of complex prosodic structures by German-Spanish bilinguals. *International Journal of Bilingualism*, 6, 291-313. doi: 10.1177/13670069020060030501
- Lleó, C., Kuchenbrandt, I., Kehoe, M., & Trujillo, C. (2003). Syllable final consonants in Spanish and German monolingual and bilingual acquisition. In N. Müller (ed.), *(In)vulnerable Domains in Multilingualism* (pp.191-220). Amsterdam: John Benjamins.
- MacSwan, J., & Rolstad, K. (2006). How language proficiency tests mislead us about ability: Implications for English language learner placement in special education. *Teachers College Record*, 108, 2304-2328. doi: 10.1111/j.1467-9620.2006.00783.x
- McLeod, S. (2012a). Multilingual speech assessment. In S. McLeod, & B. A. Goldstein (eds.), *Multilingual aspects of speech sound disorders in children* (pp. 113-143). Bristol, UK: Multilingual Matters.
- McLeod, S. (2012b). *Multilingual speech assessments*. Bathurst, NSW, Australia: Charles Sturt University. Verfügbar unter <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/speech-assessments>.
- McLeod, S. (ed.) (2007). *The international guide to speech acquisition*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). *Skala zur Verständlichkeit im Kontext: Deutsch* [Intelligibility in Context Scale: German] (Sandra Neumann, Ph.D., Trans.). Bathurst, NSW, Australia: Charles Sturt University. Verfügbar unter <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/ics>.
- McLeod, S., Verdon, S., Bowen, C., and the International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2013). International aspirations for speech-language pathologists' practice with multilingual children with speech sound disorders: Development of a position paper. *Journal of Communication Disorders*, 46, 375-387. doi: 10.1016/j.jcomdis.2013.04.003
- Naş, V. (2010). *Türkisch-Artikulations-Test (TAT)*. Berlin: Springer.
- Paradis, E. (2005). Grammatical morphology in children learning English as a second language: Implications of similarities with specific language impairment. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 36, 23-61.
- Paradis, E. (2010). The interface between bilingual development and specific language impairment. Keynote article. *Applied Psycholinguistics*, 3, 227-252.
- Pérez-Méndez, C., & Moore, S. (Producers) (2005). *Beyond words: Effective use of translators, interpreters, and cultural mediators* [Motion picture]. Available from Land Locked Films LLC, 1505 Mariposa Ave., Boulder, CO 80302.
- Roger, P., & Code, C. (2011). Lost in translation? Issues of content validity in interpreter-mediated aphasia assessments. *International Journal of Speech Language Pathology*, 13, 61-73. doi: 10.3109/17549507.2011.549241
- Roseberry-McKibbin, E. (2008). *Multicultural students with special language needs: Practical strategies for assessment and intervention*. Oceanside, CA: Academic Communication Associates.
- Salgert, K. M., Fricke, S., & Wells, B. W. (2012). Bilingualer Phonologieerwerb bei türkisch-deutsch-sprachigen Kindern. In S. Sallat (Hrsg.), *Abstractband der Interdisziplinären Tagung über Sprachentwicklungsstörungen/ ISES VII* (S. 44-45). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Salgert, K. M., Fricke, S., Stackhouse, J., & Fox-Boyer, A. (2014). *Erste normative Daten zum Phonologieerwerb türkisch-deutsch bilingualer Kinder*. Vortrag auf der Interdisziplinären Tagung über Sprachentwicklungsstörungen (ISES VIII), München. Verfügbar unter http://www.giskid.eu/tg/ises8/ises8_download_files/Abstracts%20Website/Salgert_etal.pdf.
- 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*, 1, 23-30.
- Schütte, U., & Lüdtke, U. (2013). Sprachtherapeutische Praxis im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit – Eine internationale vergleichende Bestandsaufnahme in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Forschung Sprache*, 1, 45-60. doi: 10.2443/skv-s-2013-57020130204
- Shiohita, J. (1997). *Beyond good intentions: Selecting multicultural literature*. Verfügbar unter <https://www.leeandlow.com/educators/race/beyond-good-intention-selecting-multicultural-literature>.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Verteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2014 nach Migrationshintergrund und Migrationserfahrung (in 1.000)*. Verfügbar unter <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/161051/umfrage/bevoelkerung-mit-und-ohne-migrationshintergrund-in-deutschland/>.
- Thordardottir, E. (2015). Proposed diagnostic procedures for use in bilingual and cross-linguistic contexts. In S. Armon-Lotem, J. de Jong, & N. Meir (eds.), *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment*. Communication disorders across languages 13. Bristol, UK: Multilingual matters.
- Tomoeda, C. K., & Bayles, K. A. (2002). Cultivating cultural competence in the workplace, classroom, and clinic. *ASHA Leader*, 7, 4-17. doi: 10.1044/leader
- Triarchi-Herrmann, V. (2009). Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. In J. Heide, S. Hanne, O.-C. Brandt, T. Fritzsche, & M. Wahl (Hrsg.), *Spektrum Patholinguistik 2. Schwerpunktthema: Ein Kopf – zwei Sprachen. Mehrsprachigkeit in Forschung und Therapie* (S. 31-50). Potsdam: Universitätsverlag.
- Tuller, L. (2015). Clinical use of parental questionnaires in multilingual contexts. In S. Armon-Lotem, J. de Jong, & N. Meir (eds.), *Assessing multilingual children. Disentangling bilingualism from language impairment*. Communication disorders across languages 13. Bristol, UK: Multilingual matters.
- Ünsal, F. (2007). *Laute üben Türkisch-Deutsch. Elternbegleitmaterial für die Sprachtherapie*. Schaffhausen: Schubi bilingual.
- Ünsal, F., & Fox, A. (2002). Lautspracherwerb bei zweisprachigen Migrantenkindern. *Forum Logopädie*, 3, 10-15.
- Wagner, L. (2009). *Screening Version 2. Screening der Erstsprachefähigkeit bei Migrantenkindern*. München: Wagner.
- Williams, R. (1999). Cultural safety: What does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23, 213-214. doi: 10.1111/j.1467-842X.1999.tb01240.x
- World Health Organization/WHO (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health, Children and Youth Version (ICF-CY)*. Geneva: WHO.



Autorinnen

Dr. Sandra Neumann
Miriam Meinus
Sarah Verdon (SLP)
Prof. Sharynne McLeod

Korrespondenzadresse

Dr. Sandra Neumann
Pädagogik und Therapie bei Sprach- und Sprechstörungen
Department Heilpädagogik und Rehabilitation
Humanwissenschaftliche Fakultät
der Universität zu Köln
Klosterstraße 79b, D-50931 Köln
sandra.neumann@uni-koeln.de



DOI dieses Beitrags
(www.doi.org)
10.7345/prolog-1603165