



## Sprachtherapeutische Praxis im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit – Eine international vergleichende Bestandsaufnahme in Deutschland, Österreich und der Schweiz

### Speech and language therapy in the context of linguistically and culturally diverse children – An international comparative survey in Germany, Austria and Switzerland

Ulrike Schütte & Ulrike M. Lüdtko

#### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Immer mehr Kinder und Jugendliche mit Multikulturalität und Mehrsprachigkeit als Bildungsvoraussetzung treten in Deutschland in den institutionellen Bildungsprozess ein. Zudem werden immer mehr mehrsprachige Kinder in sprachtherapeutischen Einrichtungen vorgestellt. Inwieweit die Praxis diese Herausforderung meistert, gilt es in der vorliegenden Fragebogenstudie empirisch zu klären.

**Ziel:** Ziel der Studie ist die Abbildung einer Momentaufnahme der sprachtherapeutischen Praxis im Kontext sprachlich-kultureller Diversität, um vor diesem Hintergrund deren Anschlussfähigkeit an die spezifischen Bedarfe des wachsenden Klientels mehrsprachiger Kinder zu untersuchen. Parallel dazu wird ein Einblick in die Nachbarländer Österreich und Schweiz vorgenommen, um den möglichen Einfluss struktureller nationaler Unterschiede im Umgang mit Mehrsprachigkeit herauszuarbeiten und daraus Impulse für innovative sprachtherapeutische Konzeptionen in Deutschland ableiten zu können.

**Methodik:** Innerhalb der vorliegenden Studie wurden die Berufsverbände der Länder Deutschland, Österreich und der Schweiz mittels eines Online-Fragebogens kontaktiert. Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 390 deutschen, 54 österreichischen und 64 schweizerischen Therapeutinnen zusammen.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse sind sowohl erste Belege für die Umsetzung vieler Forderungen aus der Theorie in die Praxis als auch für das breite Spektrum an bereits vorhandenen Ressourcen, an die in Zukunft angeknüpft werden kann.

**Schlussfolgerungen:** Die Studie verdeutlicht die Wichtigkeit groß angelegter internationaler Vergleichsstudien zwischen strukturell unterschiedlichen Ländern. Nur so kann es gelingen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Verknüpfung mit länderspezifischen Herausforderungen zu eruieren und auf der Grundlage eigener nationaler Gegebenheiten zu reflektieren.

#### Schlüsselwörter

kindliche Mehrsprachigkeit, sprachlich-kulturelle Diversität, kultursensitive Sprachdiagnostik und Sprachtherapie, internationaler Vergleich

## Summary

**Background:** Children from minority cultural and linguistic backgrounds are entering the German education system in increasing numbers. As a result, the number of linguistically and culturally diverse children who are receiving speech and language services is growing. The present questionnaire survey aims to provide insight into how far the field of speech and language therapy manages this challenge.

**Aims:** The first part of the survey aims to reveal how speech and language therapy services are dealing with cultural and linguistic diversity. Against this background, we will discuss how compatible these services are with the special needs of linguistically and culturally diverse children. The second part gives an insight into two neighbouring countries, Austria and Switzerland, to work out the possible influences of structural national differences on responses to multilingualism. Finally, we will use those considerations to draw conclusions for didactic language concepts in Germany.

**Methods:** The professional associations of the countries Germany, Austria and Switzerland were contacted by means of an online questionnaire. The total sample consisted of 390 German, 54 Austrian and 64 Swiss Speech-Language Pathologists.

**Results:** The results provide evidence to support many claims about the move from theory to praxis. Also, they give insight into the wide spectrum of already existing resources, which can be extended in the future. **Conclusions:** The study illustrates the importance of large-scale international comparative studies between structurally different countries. Only in this way is it possible to determine similarities and differences associated with country-specific challenges and to reflect on them in light of each country's national conditions.

## Keywords

bilingual children, cultural and linguistic diversity, culturally sensitive speech and language assessment and therapy, international comparison

## 1 Ein Blick auf den Teller und über den Tellerrand

### 1.1 Kindliche Mehrsprachigkeit in Deutschland

Laut dem Bildungsbericht 2012 des Statistischen Bundesamtes liegt der Anteil der jüngsten Altersgruppe (0–6 Jahre) der in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund bei über 32 % (vgl. BMBF 2012). Dementsprechend treten immer mehr Kinder und Jugendliche mit Mehrsprachigkeit als Bildungsvoraussetzung in den institutionellen Bildungsprozess ein<sup>1</sup>. Die Situation der Bi- bzw. Multilingualität in Deutschland weist zum einen auf vielfältige Ressourcen und Zukunftsperspektiven der nachwachsenden Generation hin. Zum anderen ist belegt, dass eine beachtliche Anzahl der mehrsprachigen Kinder erhebliche Spracherwerbsprobleme, Sprachstörungen und Schulleistungsschwierigkeiten aufweist und zu der Kindergruppe mit den meisten Entwicklungsrisiken zählt (vgl. Lengyel 2001, Lüke & Ritterfeld 2011). Weiterhin wird aufgezeigt, dass immer mehr Kinder im Zusammenhang mit Mehrsprachigkeit in logopädischen Einrichtungen vorstellig werden (vgl. Chilla et al. 2010, Triarchi-Herrmann 2009). Eine optimale Ausrichtung der sprachtherapeutischen Arbeit auf diese Bezugsgruppe ist deshalb essentiell (vgl. Stitzinger 2009). Inwieweit die sprachtherapeutische Praxis diese Anforderung erfüllt, gilt es in der vorliegenden Studie zu untersuchen.

### 1.2 Sprachenpolitische Voraussetzungen in Österreich und der Schweiz

#### Österreich

Österreich ist in neun Bundesländer unterteilt. Von 8,3 Millionen Einwohnern bilden ca. 19 % Immigranten. Diese stammen vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien, Deutschland und der Türkei. Die Landessprache in Österreich ist Deutsch. Die Amtssprachen sind Deutsch sowie regional Slowenisch, Kroatisch und Ungarisch.

In Bezug auf den Aspekt der Mehrsprachigkeit ist festzuhalten, dass sich Österreich in den letzten 30 bis 40 Jahren mehr und mehr zu einem Einwanderungsland entwickelt hat und Sprachenvielfalt den Alltag kennzeichnet (vgl. Statistik Austria 2013). Krumm (2010) weist darauf hin, dass die Debatte um Mehrsprachigkeit und Sprachenrechte in Österreich seit der Habsburger Monarchie eine lange Tradition hat, sodass für die Diskussion in Deutschland ein Blick nach Österreich sinnvoll zu sein scheint. Jedoch betont Krumm (2010) auch, dass die Forderung nach

1 Selbstverständlich impliziert ein Migrationshintergrund nicht automatisch einen erschwerten Mehrsprachenerwerb bzw. eine Mehrsprachigkeit.

einem minderheitensprachen-freundlichen Klima im Kontext Schule bisher nicht erfüllt ist. Die Mehrsprachigkeit der Habsburger Monarchie hat, was den Umgang mit zugewanderten Minderheiten betrifft, keine nennenswerten Spuren in der gegenwärtigen Schulsprachenpolitik hinterlassen.

## Schweiz

Die Schweiz gehört zu den am dichtesten besiedelten Ländern Europas. 26 selbstständige Bundesstaaten, so genannte Kantone, prägen die Bildungslandschaft der Schweiz. Die vier offiziellen Amtssprachen sind Deutsch (sprechender Bevölkerungsanteil: 63,7%), Französisch (20,4%), Italienisch (6,5%) und Rätoromanisch (0,5%). Somit stellt die Schweiz bereits per se ein mehrsprachiges Land dar. Seit ihren Anfängen ist die Schweiz demnach Sprachen- und Kulturvielfalt gewöhnt. In den letzten Jahren stieg jedoch die Zahl der Migranten. Die viersprachige Schweiz hat sich längst zu einem vielsprachigen Land entwickelt. Fast jede zehnte Person spricht eine Hauptsprache, die nicht Deutsch, Französisch, Italienisch oder Rätoromanisch ist (vgl. Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten 2012).

## 2 Empirische Untersuchung

### 2.1 Fragestellung und Zielsetzung

Mittels der vorliegenden Untersuchung findet eine Analyse der länderspezifischen sprachtherapeutischen Arbeitsweisen statt. Es werden Missstände und Ressourcen ermittelt, um Grundlagen zu schaffen, die das Streben nach individuellen wie bildungs- und gesundheitspolitischen Verbesserungen zur Unterstützung von mehrsprachigen Kindern in Deutschland untermauern. Spezifisch verfolgt werden dabei drei Fragestellungen:

1. Wie anschlussfähig zeigt sich die sprachtherapeutische Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit an die Bedarfe der Praxis sowie an die Forderungen der Theorie?
2. Welche konzeptionellen Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergeben sich im Vergleich der drei Länder?
3. Inwieweit können in Österreich und der Schweiz qualitativ hochwertige länderspezifische Lösungswege identifiziert und auf Deutschland übertragen werden?

### 2.2 Entwicklung des Untersuchungsinstruments: Theoretische Bestandsaufnahme

Die Betrachtung der theoretischen Fachdiskussion im Bereich Diagnostik und Therapie von mehrsprachigen Kindern verdeutlicht die Vielzahl an Herausforderungen, die an die Sprachtherapie im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit gestellt wird. So müssen neben methodischen Aspekten in Diagnostik und Therapie auch die Mehrsprachigkeit des Kindes sowie dessen kultureller Kontext in der sprachtherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden. Zudem spielt der Aspekt der Kooperation eine tragende Rolle.

Im Folgenden wird ein kurzer systematischer Überblick über die Forderungen der theoretischen Fachdiskussion gegeben:

Tab. 1: Forderungen der theoretischen Fachdiskussion

I. Methodisches Vorgehen in der Diagnostik und Therapie	II. Stellenwert der Herkunftssprache in der Diagnostik und Therapie
a) Einbezug aller linguistischen Ebenen (vgl. Lengyel 2012; Häusermann 2009) b) Therapeutischer Nutzen des Diagnostikinstrumentes (vgl. Lengyel 2009; BMBF 2007) c) Integration der Herkunftssprache (vgl. Lammer 2004; Jenny 2008; Pepelnik 2008; Lüke 2011) d) Therapeutische Arbeit auf konzeptioneller Basis (vgl. Grammel 2010; Mitrovic & Oden 2007; ASHA 2005)	a) Einlassen auf Mehrsprachigkeit (vgl. Chilla et al. 2010) b) Einbezug der Mehrsprachigkeit (vgl. Kroffke 2007; Chilla et al. 2010) c) Kenntnis über individuelle sprachliche Besonderheiten (vgl. Häusermann 2009; Mitrovic & Oden 2007) d) Methodenkombination (vgl. Goldstein & Fabiano 2007; Pepelnik 2008) e) Vorhandensein und Nutzung zweisprachiger Materialien (vgl. Kroffke 2007)
III. Diagnostik und Therapie unter kooperativen Gesichtspunkten	IV. Kulturelle Kompetenz in Diagnostik und Therapie
a) Inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. Kohnert et al. 2005; Kroffke & Meyer 2007) b) Nutzung bilingualer Ressourcen (vgl. Lammer 2004; Cárdenas & Inglis 2006; Buttaroni 2004; Zollinger 2004; Lütke 2013) c) Kooperation mit Eltern und Erzieherinnen (vgl. Cárdenas & Inglis 2006; Jenny 2008; Pepelnik 2008)	a) Ausstattung/Ausrichtung der Einrichtung auf mehrsprachiges Klientel (vgl. Cárdenas & Inglis 2006) b) Wissen über interkulturelle Unterschiede und religiöse Besonderheiten (vgl. Mitrovic & Oden 2007; ASHA 2011) c) Eigenreflexion (vgl. ASHA 2011)

Das breite Spektrum an Forderungen wurde innerhalb der Studie in Form eines Kriterienkatalogs gebündelt (vgl. Kap. 2.3). Dieser definiert Anforderungen an die Qualität sprachtherapeutischer Arbeit in diesem Arbeitsfeld und diente als Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens.

## 2.3 Methode

### 2.3.1 Stichprobe

Innerhalb der vorliegenden Studie wurden die Berufsverbände<sup>2</sup> der jeweiligen Länder kontaktiert. Durch den Einbezug mehrerer Interessenverbände wurde versucht, ein möglichst umfassendes Gesamtbild der verschiedenen Zugänge zum sprachtherapeutischen Arbeitsfeld sicherzustellen. Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 390 deutschen, 54 österreichischen und 64 schweizerischen TherapeutInnen zusammen, wobei nur Personen in die Auswertung miteinbezogen wurden, die den Fragebogen komplett ausgefüllt hatten.

### 2.3.2 Vorgehen

Die Datenerhebung fand über einen Zeitraum von acht Wochen statt und wurde über einen Online-Fragebogen realisiert. Der entsprechende Link hierzu wurde an SprachtherapeutInnen<sup>3</sup> und LogopädInnen gesandt, die bei den Berufsverbänden Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs), Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs), Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband<sup>4</sup> sowie logopädieaustria ihre Mailadresse hinterlegt hatten.

### 2.3.3 Instrumentarium

Auf Grundlage der theoretischen Bestandsaufnahme wurde ein Kriterienkatalog entwickelt, der die Anforderungen an die Qualität sprachtherapeutischer Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit definiert und als Basis für die Entwicklung des Fragebogens diente. Es wurden vier Hauptkriterien abgeleitet, die einzelne Qualitätsdimensionen im Bereich Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern abbilden. Das erste Kriterium (K-I) bezieht sich auf das methodische Vorgehen in Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung der Mehrsprachigkeit. Mittels des Kriteriums K-II wird der Stellenwert, den die Herkunftssprache in der Diagnostik und Therapie von mehrsprachigen Kindern einnimmt, erfasst. Das Kriterium K-III beinhaltet die Gewichtung der kooperativen Arbeit in der Diagnostik und Therapie mit mehrsprachigen Kindern. K-I bis K-III wurden jeweils getrennt für die Bereiche der Diagnostik (K-D) und Therapie (K-T) dargestellt. Das vierte Kriterium (K-DT-IV) als übergeordnetes Kriterium teilt sich nicht in die Bereiche der Diagnostik und Therapie, sondern erfasst allgemeine Aspekte kultureller Kompetenz in der sprachtherapeutischen Arbeit. Die Kriterien sind nicht gänzlich trennscharf und weisen inhaltliche Überschneidungen auf.

Der Fragebogen zur Erfassung der Qualität sprachtherapeutischer Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit war in sechs thematische Blöcke untergliedert und umfasste insgesamt 48 Items. Unter Berücksichtigung des „Konzepts der multiplen Indikatoren“ (Raithel 2008, 75) sind den einzelnen Themenbereichen sowohl offene, geschlossene als auch halboffene Fragen zugeordnet, die denselben Aspekt des Themas behandeln.

1. Themenblock: Erfassung der *Stammdaten* (Fragen zur Person, zur eigenen Bilingualität, zur Herkunft sowie Fragen zur Einrichtung und deren sozio-kulturellem Umfeld)
2. Themenblock: *Diagnostik von mehrsprachigen Kindern* (methodisches Vorgehen in der Diagnostik mehrsprachiger Kinder, Einbezug der Herkunftssprache, Kooperationsbereitschaft)
3. Themenblock: *Therapie von mehrsprachigen Kindern* (Einbezug der Herkunftssprache, Einsatz von mehrsprachigem Material, konkretes Vorgehen in der Therapie mit mehrsprachigen Kindern, Kooperationsbereitschaft)

2 Der Dank hierfür geht an die Mitglieder des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) und der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) sowie an die Mitglieder des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes sowie logopädieaustria, die uns unterstützten.

3 Im Folgenden wird stets der Begriff „Sprachtherapie“ bzw. „SprachtherapeutIn“ verwendet. Dieser schließt selbstverständlich auch die Disziplinen Logopädie, Sprachheilpädagogik, Klinische Linguistik, Klinische Sprechwissenschaft, Patholinguistik und deren VertreterInnen ein.

4 In der Schweiz existiert in jedem Kanton ein eigener Berufsverband. Der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopäden-Verband (DLV) ist der unabhängige Dachverband der Deutschschweizer Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden.

4. Themenblock: *kulturelle Aspekte* in der sprachtherapeutischen Arbeit (kultursensible materielle Ausstattung der Einrichtung, Wissen über linguistische Merkmale anderer Sprachen, Berücksichtigung kulturspezifischer Unterschiede in Kommunikation und Interaktion)
5. Themenblock: *Rahmendaten* zur sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Kindern (häufigste Störungsbilder, mit denen die mehrsprachigen Kinder vorstellig werden, häufigste Erstsprachen, Gründe für Erfolg und Misserfolg der Therapie im Kontext von Mehrsprachigkeit)
6. Themenblock: *subjektive Zufriedenheit* der Befragten sowie Nennung von Verbesserungswünschen hinsichtlich der sprachtherapeutischen Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit

### 3 Ergebnisse

Bei der Ergebnisdarstellung werden an dieser Stelle schwerpunktmäßig Auszüge aus den Blöcken 2 (Diagnostik) und 3 (Therapie) fokussiert, da eine Gesamtergebnisdarstellung den Rahmen des Artikels sprengen würde. Dabei findet, falls nicht anders ausgewiesen, die Einzeldarstellung der Länder Deutschland, Österreich und Schweiz statt.

#### 3.1 Ergebnisdarstellung ‚Qualität der Diagnostik bei kindlicher Mehrsprachigkeit‘

Nachfolgende Übersicht gibt einen Überblick über die Ergebnisse. Hierbei wurde darauf geachtet, vor allem die Fragen exemplarisch aufzuführen, die wesentlich zur Beantwortung der eingangs aufgestellten Fragestellung beitragen. Dies beinhaltet die folgenden Indikatoren: Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren, Nutzung evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren, Optimales Diagnostikinstrument für mehrsprachige Kinder und Intra- und interdisziplinäre diagnostische Zusammenarbeit.

##### 3.1.1 Indikator: Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren

Betrachtet man die Kenntnis bilingualer Diagnostikmaterialien in der sprachtherapeutischen Praxis im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit in der länderspezifischen Einzeldarstellung, zeigt sich (vgl. Abb. 1), dass in Deutschland 28,5% der Befragten evaluierte bilinguale Verfahren kennen. In Österreich liegt dieser Wert bei 18,5% und in der Schweiz bei 21,9%.

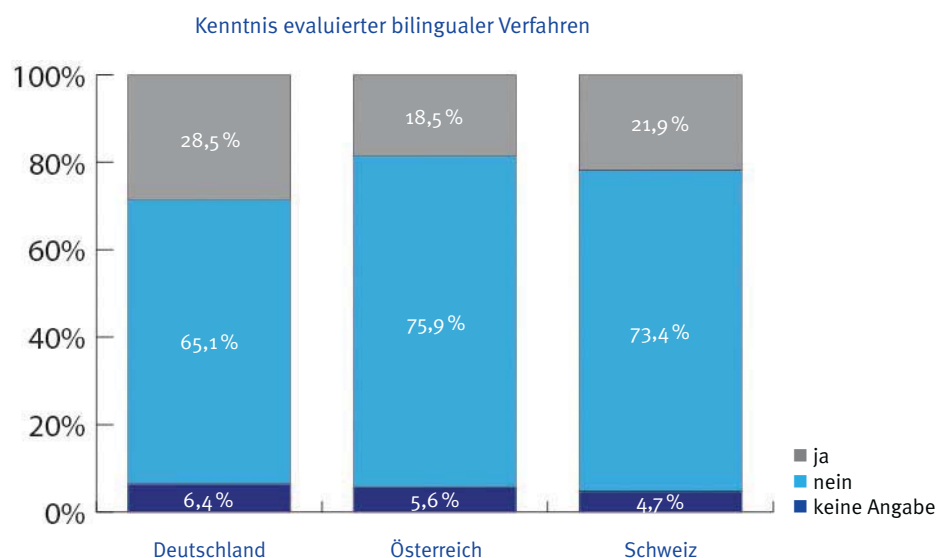


Abb. 1: Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren

Anhand einer Filterfrage wurden all diejenigen, die die Frage zur Kenntnis evaluierter Diagnostikverfahren bejaht hatten zu einer weiteren Frage, die sich auf die Nutzung evaluierter bilingualer Verfahren bezieht, geleitet.

### 3.1.2 Indikator: Nutzung evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren

Insgesamt nahmen noch 135 Personen an der Beantwortung dieser Frage teil. Eine länderspezifische Betrachtung zeigt, dass in allen drei Ländern die untere Kategorie (selten, nie) am häufigsten ausgewählt wird, wobei Österreich mit 70,0 % noch vor Deutschland (58,5 %) und der Schweiz (57,1 %) liegt (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Nutzung evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren

	Häufigkeit	Deutschland		Österreich		Schweiz	
Nutzung evaluierter bilingualer Verfahren	immer	2,7%	13,5%	10,0%	10,0%	0,0%	14,3%
	oft	10,8%		0,0%		14,3%	
	gelegentlich	18,9%		0,0%		28,6%	
	selten	17,1%	58,5%	40,0%	70,0%	35,7%	57,1%
	nie	41,4%		30,0%		21,4%	
	keine Angabe	9,1%		20,0%		0,0%	
Gesamt	100%		100%		100,0%		

### 3.1.3 Indikator: Optimales Diagnostikinstrument für mehrsprachige Kinder

In einer offenen Frage wurden die TeilnehmerInnen gebeten, ein Diagnostikinstrument für mehrsprachige Kinder zu nennen, welches sie persönlich für optimal halten. Von den 508 GesamtteilnehmerInnen geben 186 Personen (36,6 %) eine Antwort. Länderspezifische Unterschiede im Antwortverhalten lassen sich anhand dieser Fragestellung aufgrund der geringen Stichprobengröße nur fragmentarisch darstellen.<sup>5</sup> Im Folgenden sollen die drei häufigsten Antworten genannt werden. Alle anderen Antwortmöglichkeiten differieren sehr stark und werden nur in Auszügen Erwähnung finden.

1. „Screemik 2“ (vgl. Wagner 2008) (18,3 %)
2. Es gibt kein optimales Diagnostikinstrument bzw. den TherapeutInnen ist keines bekannt (16,7 %)
3. „Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen“ (PDSS) von Kauschke und Siegmüller (2002) (13,4 %)

Weiterhin finden Verfahren wie der „SETK 3-5“ (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder) (vgl. Grimm 2001), „WIELAU-T“ (Wiener Lautprüfbogen für Türkisch sprechende Kinder) (vgl. Lammer & Kalmár 2004) oder „Sismik“ (Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen) (vgl. Ulich & Mayr 2004) Erwähnung. Oftmals verweisen die befragten TherapeutInnen darauf, dass sie sich selbst Diagnostikinstrumente erstellen.

### 3.1.4 Indikator: Intra- und interdisziplinäre diagnostische Zusammenarbeit

In der Einzelbetrachtung der Länder (vgl. Abb. 2) wird offensichtlich, dass am häufigsten die Österreicher (63,0 %) mit Personen, die die Erstsprache des Kindes beherrschen, kooperieren. Gefolgt von der Schweiz mit 57,8 %. Deutschland bildet mit 53,3 % das Schlusslicht.

<sup>5</sup> In der Schweiz werden vor allem „Pizzamiglio“ (vgl. Zollinger 1992) sowie das „Entwicklungsprofil“ von Zollinger (2000) als optimale Diagnostikinstrumente für mehrsprachige Kinder genannt.

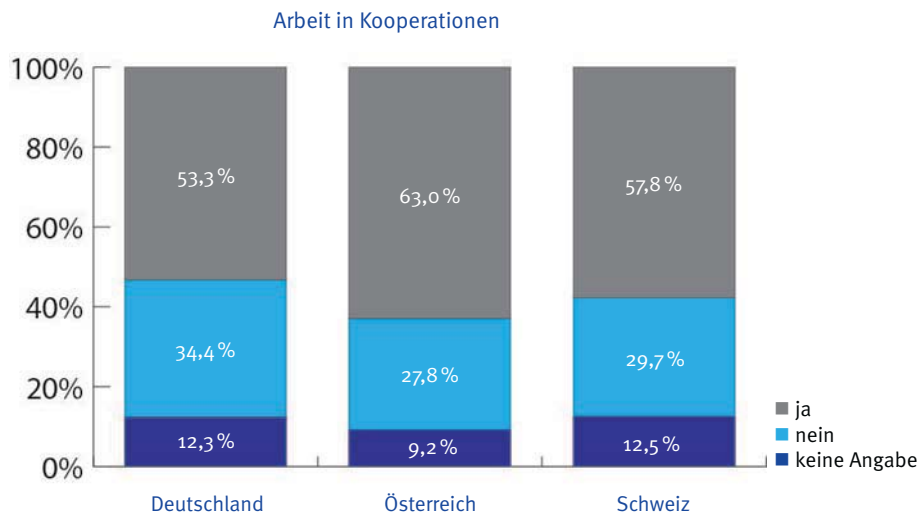


Abb. 2: Arbeit in Kooperationen im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit im Bereich Diagnostik

Berücksichtigt man die Kooperationsart zeigt sich, dass sowohl in Deutschland (72,7 %) als auch in Österreich (72,9 %) und in der Schweiz (53,7 %) die Kooperation<sup>6</sup> mit dem familiären und sozialen Umfeld das größte Gewicht einnimmt.<sup>7</sup> Der Schwerpunkt fußt dabei in allen drei Ländern auf der Kooperation mit den bilingualen Eltern und Familienmitgliedern.

Im Gegensatz zu Deutschland (19,2 %) und Österreich (25,0 %) weist die Schweiz einen deutlich höheren Wert (46,3 %) bei der Kooperation im therapeutischen Umfeld im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit auf. Besonders die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen wird hier häufiger genutzt. So kooperieren in der Schweiz 39,0 % der Befragten mit dieser Berufsgruppe. In Deutschland sind dies 8,7 % und in Österreich 18,7 %.

Das institutionelle Umfeld nimmt die geringfügigste Rolle bei der Kooperation im Diagnostikprozess ein, wobei Deutschland hier mit 8,1 % vor Österreich (2,1 %) und der Schweiz (0,0 %) liegt.

### 3.2 Ergebnisdarstellung ‚Qualität der Therapie bei kindlicher Mehrsprachigkeit‘

Nachfolgende Übersicht gibt einen Überblick über die nun darzustellenden Ergebnisse im Bereich Therapie. Hierbei wurde auf eine logisch aufeinander aufbauende Reihenfolge geachtet und nur für die Fragestellung relevante Indikatoren berücksichtigt: Einbindung der Herkunftssprache in die Therapie, Konzeptuelle Rückführbarkeit<sup>8</sup> des therapeutischen Vorgehens auf mono- und bilingualer Ebene, Optimales Therapiematerial für mehrsprachige Kinder, Anzahl bilingualer TherapeutInnen und Art der Einbindung bilingualer Eltern in die Therapie.

#### 3.2.1 Indikator: Einbindung der Herkunftssprache in die Therapie

Bei der länderspezifischen Betrachtung wird zum einen offensichtlich, dass Unterschiede beim Einsatz zweisprachiger Rollenspiele vorliegen. In der Stichprobe aus der Schweiz wird dieses methodische Vorgehen mit 16,0 % circa doppelt so häufig angegeben wie in Deutschland (6,2 %) und Österreich (9,1 %). Zum anderen nimmt in Deutschland mit 22,0 % der Einsatz zweisprachiger Bilderbücher einen größeren Anteil in der Gestaltung des therapeutischen Settings ein als in Österreich (15,9 %) und in der Schweiz (12,3 %). In Österreich als auch in der Schweiz wird die Nutzung zweisprachiger Computerprogramme verneint (0,0 %).

In allen drei Ländern dominiert die Methode der Teilnahme einer Person, die die Erstsprache des Kindes beherrscht, in der Therapie vor der Umsetzung mittels Materialien, um die Herkunftssprache des mehrsprachigen Kindes einzubeziehen.

6 Unter Kooperation mit dem familiären und sozialen Umfeld wird hier verstanden, dass Eltern beispielsweise wesentliche Informationen zum Sprachverhalten ihres Kindes beisteuern sowie wichtige MitarbeiterInnen im Diagnostikprozess bei der Interpretation des diagnostischen Materials darstellen.

7 Im Bereich Therapie wurden ähnliche Ergebnisse erhoben, welche aufgrund der Platzökonomie hier aber ausgespart bleiben müssen.

8 Konzeptuelle Rückführbarkeit meint in diesem Kontext die sprachtherapeutische Arbeit auf Basis eines bestehenden Konzeptes auf mono- und/oder bilingualer Ebene, wie bspw. das Konzept der Kontextoptimierung nach Motsch (2010).

### 3.2.2 Indikator: Konzeptuelle Rückführbarkeit des therapeutischen Vorgehens auf mono- und bilingualer Ebene

Die länderspezifische Verteilung der Ergebnisse zeigt, dass in der Stichprobe der Schweiz mit 20,3 % deutlich mehr Befragte die konzeptuelle Rückführbarkeit des therapeutischen Vorgehens bestätigen als in Deutschland (14,4 %) und Österreich (11,1 %).

Die Frage nach der bilingualen Grundlage des zugrunde liegenden Konzepts zeigt eine andere Gewichtung: 42,6 % der Befragten aus Deutschland geben an, nach einem bilingual ausgerichteten Konzept zu arbeiten. In Österreich und der Schweiz ist der Anteil der Befragten mit 33,3 % bzw. 38,5 % etwas geringer.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße lassen sich bezüglich der Analyse der Antworten über Angaben konkreter therapeutischer Konzepte keine länderspezifischen Unterschiede herausarbeiten, sodass an dieser Stelle eine Gesamtdarstellung der Ergebnisse erfolgt. Im Folgenden sollen die drei häufigsten Antworten kurz skizziert werden:

1. Vorgehen nach einem eigenen, individuell aus Erfahrungswerten zusammengestellten Konzept bzw. nach individuell modifizierten monolingualen Ansätzen
2. Konzept nach Zollinger (2000)
3. „KonLab“-Programm von Penner (2005).

Weiterhin finden der „Handlungsorientierte Therapieansatz“ (HOT) nach Weigl und Reddemann-Tschaikner (2002), die „phonologische Artikulationstherapie“ nach Fox (vgl. Fox 2011) sowie die „Patholinguistische Therapie“ nach Siegmüller und Kauschke (2006) Erwähnung. Vereinzelt werden konkrete bilinguale therapeutische Ansätze, wie das Vorgehen nach Ünsal (2007) oder Jenny (2008), genannt.

### 3.2.3 Indikator: Optimales Therapiematerial für mehrsprachige Kinder

Eine länderspezifische Auswertung ist aufgrund der geringen Stichprobengröße im Rahmen dieser Fragestellung nicht möglich, sodass auf die Darstellung der Gesamtergebnisse zurückgegriffen wird.

Bei der Frage nach einem optimalen Therapiematerial für mehrsprachige Kinder, wird eine Vielzahl verschiedener Materialien genannt. Neben der Angabe einiger spezifischer Materialien für die Therapie von mehrsprachigen Kindern, wie z. B. „Laute üben – Türkisch Deutsch“ (vgl. Ünsal 2007), „Ananas“ (vgl. Cetin 2009), Materialien des Programms „Kon-Lab“ (vgl. Penner 2005) oder „Wir verstehen uns gut“ (vgl. Schlösser 2007), wird auf die Eignung von Therapiematerial für einsprachige Kinder und deren individuelle Adaptationsmöglichkeiten auf die Therapie mehrsprachiger Kinder hingewiesen. Auffällig ist auch hier die Vielzahl an Angaben, dass keine spezifischen Therapiematerialien für mehrsprachige Kinder vorhanden seien oder keine Kenntnis über „gute“ Therapiematerialien für mehrsprachige Kinder bestehe.

### 3.2.4 Indikator: Anzahl bilingualer Therapeutinnen

Die länderspezifische Betrachtung zeigt, dass man in der Schweiz am häufigsten auf bilinguale TherapeutInnen in der Praxis zurückgreift. Im Vergleich zu Deutschland (69,5 %) und Österreich (68,5 %) geben die schweizerischen TeilnehmerInnen am seltensten an, dass sie keine bilinguale TherapeutIn im Team haben (48,4 %). Weiterhin erreicht die Schweiz bei der Angabe, dass eine bilinguale TherapeutIn in der sprachtherapeutischen Einrichtung arbeitet, den höchsten Wert (29,7 %). Den zweiten Platz belegt mit 19,7 % Deutschland und daran schließt mit 18,5 % Österreich an. Auch bei der Beschäftigung von zwei bis drei bilingualen TherapeutInnen ist die Schweiz führend (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Anzahl bilingualer TherapeutInnen in der Einrichtung (Auszug)

Anzahl	Deutschland	Österreich	Schweiz
0	69,5 %	68,5 %	48,4 %
1	19,7 %	18,5 %	29,7 %
2	5,1 %	7,4 %	9,4 %
3	2,3 %	1,9 %	7,8 %



### 3.2.5 Indikator: Art der Einbindung bilingualer Eltern in die Therapie von mehrsprachigen Kindern

99,4% aller Befragten geben an, die bilingualen Eltern mehrsprachiger Kinder in die Therapie einzubeziehen.

In Deutschland werden die bilingualen Eltern am häufigsten über die Durchführung von Hausarbeiten mit einbezogen (34,9%). Die häufigste Antwortkategorie in Österreich fällt auf den Einsatz der bilingualen Eltern als Co-Therapeuten (33,6%). In der Schweiz findet eine Einbindung der bilingualen Eltern durch die Übernahme von Therapiesequenzen statt (28,1%). Im Großen und Ganzen zeigt sich die Einbindung der Eltern in die Therapie von mehrsprachigen Kindern länderübergreifend in ähnlicher Form und Intensität (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Einbindung bilingualer Eltern in die Therapie von mehrsprachigen Kindern

	Kooperationsart	Deutschland	Österreich	Schweiz
Kooperation mit Eltern	Co-Therapeuten	30,0%	33,60%	27,30%
	Übernahme HA	34,90%	32,80%	25,60%
	Übernahme Th.-Sequenz	27,60%	26,90%	28,10%
	kein Einbezug	0,30%	0,00%	3,30%
	Sonstiges	7,20%	6,70%	15,70%
	Gesamt	100,00%	100,00%	100,00%

## 4 Diskussion

### 4.1 Methodenkritische Reflexion

Eine Befragung ist stets einem hohen Grad an Künstlichkeit ausgesetzt, welche so genannte Artefakte hervorrufen kann. Diese stellen eingeschränkte oder provozierte Meinungsäußerungen des Befragten durch das Instrument dar. Aus diesem Grund ist es notwendig, die ermittelten Befunde unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen zu bewerten (vgl. Raithel 2008). Die gewonnenen Daten sind Konstrukte der sozialen Wirklichkeit und müssen dementsprechend mit aller Vorsicht ausgewertet werden (vgl. Atteslander & Kopp 1999).

Vergleichende Studien bedürfen besonderer Sorgfalt. Trotz deren Bedeutung für die Erkenntnis- und Horizonterweiterung sowie des Aspekts der internationalen Verständigung und dem gegenseitigen voneinander lernen, darf man nicht dazu übergehen, länderspezifische Konzepte und Modelle losgelöst vom eigentlichen historischen, (gesellschafts-)politischen und sozialen Kontext zu sehen. Vor einer blinden Übernahme fremder Konzepte wird hiermit dringlich abgeraten. Es ist somit unumgänglich, vor einer möglichen Konzeptadaptation, eine umfassende Analyse der länderspezifischen Ausgangsbedingungen vorzunehmen, da sonst die Gefahr des Birnen- und Äpfel-Vergleichs besteht.

Kritisch hervorzuheben ist weiterhin die vorliegende Stichprobengröße. Da diese relativ gering ist, gelten die Ergebnisse stets nur für die Befragten und sind nicht auf die Grundgesamtheit übertragbar. Auch wenn in der vorliegenden Studie oftmals Einfachheit halber von „der Schweiz“ die Rede ist, sind stets nur die Teilnehmer der Befragung gemeint.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband Teil der Stichprobe ist. Daher muss die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt werden.

### 4.2 Qualität der Diagnostik bei kindlicher Mehrsprachigkeit

In der folgenden Diskussion werden die gewonnenen Ergebnisse sachlogisch zusammengeführt und vor dem Hintergrund dargestellt, inwieweit erstens eine Anschlussfähigkeit an die Theorie besteht sowie zweitens strukturelle Länder-Unterschiede den jeweiligen Umgang mit mehrsprachigen Kindern im sprachtherapeutischen diagnostischen Kontext beeinflussen können, wobei uns hier bewusst ist, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße nur eine Tendenz herauszukristallisieren ist und keine Verallgemeinerung vorgenommen werden kann.

Zu 3.1.1 Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren (vgl. IIc+Ile) – „Kenntnis ist gering“  
Das Ergebnis der Frage nach der Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren demonstriert, dass zwei Drittel der Befragten keine evaluierten bilingualen Diagnostikverfahren ken-

nen (vgl. 3.1.1, Abb. 1). Dieser Wert ist extrem hoch. Gründe für das schlechte Ergebnis lassen sich vermutlich darauf zurück führen, dass derzeit nur wenig evaluiertes bilinguales Material auf dem Markt existiert. Zudem wird in der Praxis ein Informationsmangel bezüglich der Thematik Mehrsprachigkeit beklagt. Hier wäre eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichen Einrichtungen und sprachtherapeutischen Praxen wünschenswert.

Zwar lassen sich im länderspezifischen Vergleich strukturbedingte Unterschiede ausmachen, Deutschland kristallisiert sich hier als positiver Vorreiter heraus, jedoch ist das Ergebnis für alle drei Länder alarmierend.

#### *Zu 3.1.2 + 3.1.3 Nutzung evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren + Optimales Diagnostikinstrument für mehrsprachige Kinder – „Evaluierte bilinguale Verfahren finden in der Praxis keine Verwendung“*

Über die Hälfte aller Befragten verwendet selten bzw. nie evaluierte bilinguale Diagnostikverfahren (vgl. 3.1.2, Tab. 2). Dies spiegelt sich auch bei der Nennung eines optimalen Diagnostikinstrumentes für mehrsprachige Kinder wider. Zwar werden hier auch Verfahren erwähnt, welche für mehrsprachige Kinder konzipiert wurden, jedoch findet vermehrt eine Nennung monolingualer Diagnostikmaterialien statt (vgl. 3.1.3). Interessant wäre es herauszufinden, weshalb bilinguale Verfahren nicht genutzt werden. Es wird vermutet, dass diese in der Praxis nicht existieren, weil sie eventuell zu kostspielig sind. Möglicherweise gestalten sie sich auch zu aufwendig und können durch eine monolinguale TherapeutIn ohne Hilfe einer MuttersprachlerIn nicht durchgeführt werden. Eine weitere Option bestünde darin, dass die TherapeutInnen mit den bilingualen Verfahren nicht zufrieden sind.

Eine länderspezifische Einzelanalyse ließ sich hier nur für den Themenkomplex der *Nutzung evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren* durchführen. Die Ergebnisse sind an dieser Stelle für alle drei Länder, auch wenn sich die Schweiz als Vorreiter herauskristallisiert, gleich alarmierend und deuten auf einen dringenden Handlungsbedarf hin.

#### *Zu 3.1.4 Intra- und interdisziplinäre diagnostische Zusammenarbeit (vgl. IIIa-c) – „Startschuss für ein neues Berufsfeld“*

Mittels dieser Fragestellung lassen sich strukturbedingte Unterschiede ausmachen. Deutschland bildet im Vergleich zu den anderen beiden Ländern das Schlusslicht (vgl. 3.1.4, Abb. 2). Zu mutmaßen wäre, dass dies vor allem daran liegt, dass Österreich und die Schweiz mehrsprachige Länder sind (vgl. Kap. 1) und sich hier historisch das System der Kooperation bereits besser etabliert hat. Weiterhin ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Sprachtherapie anders als in Deutschland nicht an das Gesundheitssystem, sondern an das Bildungssystem systematisch angebunden ist und sich somit schon per se eine leichtere interdisziplinäre Zusammenarbeit ergibt. Dies wird auch bei der Betrachtung der Ergebnisse im Umgang mit DolmetscherInnen offensichtlich. Hierbei liegt die Schweiz deutlich vor Deutschland. Es wäre somit überlegenswert, einen Blick über die Ländergrenze zu wagen und die Möglichkeiten sprachtherapeutischer Arbeit im Sinne der Kooperation mit DolmetscherInnen auf deutsche Verhältnisse zu adaptieren. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch die Arbeit mit so genannten „KulturvermittlerInnen“, wie es in der Schweiz die Regel ist. Auch in den USA wird diese Kooperationsmöglichkeit genutzt (vgl. ASHA 2005). Für Deutschland ergäbe sich hieraus ein noch nicht erschlossenes Berufsfeld.

Letztendlich lässt sich konstatieren, dass die Zusammen- sowie Netzwerkarbeit in einem noch viel größeren und professionellen Rahmen, als dies momentan der Fall ist, genutzt werden sollte.

### 4.3 Qualität der Therapie bei kindlicher Mehrsprachigkeit

In der folgenden Diskussion werden die gewonnenen Ergebnisse sachlogisch zusammengeführt und auf dem Hintergrund dargestellt, inwieweit erstens sich die Anschlussfähigkeit an die Theorie zeigt und zweitens strukturelle Unterschiede den Umgang mit mehrsprachigen Kindern im sprachtherapeutischen Kontext beeinflussen können. Auch hier können die ländervergleichenden Ergebnisse nicht im repräsentativen Sinne verstanden, sondern lediglich als eine Tendenz interpretiert werden.

*Zu 3.2.1 Einbindung der Herkunftssprache in die Therapie (vgl. Ic+Iib+IId) – „Personenbezogene bilinguale Ressourcen übertrumpfen materiale Ressourcen“*

Die Ergebnisse unterstreichen die Schwierigkeit der sprachtherapeutischen Praxis, der Mehrsprachigkeit des Kindes methodisch gerecht zu werden (vgl. 3.2.1). Außer dem Einsatz von zweisprachigen Bilderbüchern weisen die Ergebnisse darauf hin, dass im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit ein Mangel an konkreten Materialien wie Arbeitsblätter, Computerprogramme und Spiele vorherrscht und die Dringlichkeit besteht, bilinguale Therapiemedien zu entwickeln, die auch für monolinguale TherapeutInnen praktikabel und ohne großen Einarbeitungsaufwand einsetzbar sind.

Im Gegensatz zur Ressource „Material“ zeigt sich die „personenbezogene“ Ressource weitaus mehr genutzt. Viele TherapeutInnen ziehen Personen, die die Erstsprache des Kindes beherrschen hinzu und ermöglichen somit, dass die Herkunftssprache des Kindes in der Therapie berücksichtigt wird.

Die vergleichende Analyse der Ergebnisse ergibt eine ungleiche Gewichtung in der Nutzung personenbezogener und materieller Ressourcen und zeigt somit strukturbedingte Unterschiede auf. So wird vor allem in der Schweiz die Methode des Rollenspiels zur Einbindung der Herkunftssprache des Kindes genutzt. Ursachen liegen vermutlich in der vermehrten Nutzung des Zollinger-Konzepts (vgl. Zollinger 2000), welches als zentralen Schwerpunkt das kindliche Spiel beinhaltet. In Deutschland hat sich vor allem die Methodik des (dialogischen) Bilderbuchbetrachtens durchgesetzt. Interessant erscheinen auch die schweizerischen Angaben darüber, dass keine zweisprachigen PC-Programme Verwendung in der Therapie finden.

Alles in allem wird offensichtlich, dass ein allgemeines Bestreben besteht, die Herkunftssprache des Kindes in das therapeutische Vorgehen zu integrieren und bilinguale Ressourcen mit einzubeziehen.

*Zu 3.2.2 + 3.2.3 Konzeptuelle Rückführbarkeit des therapeutischen Vorgehens auf mono- und bilingualer Ebene (vgl. Id) sowie optimales Therapiematerial für mehrsprachige Kinder – „Ein konzeptueller Notstand?“*

Lediglich ein Bruchteil der befragten TherapeutInnen gibt hier an, nach einem bestehenden Therapiekonzept zu arbeiten (vgl. 3.2.2). Dieser Sachverhalt, sowie die ernüchternden Angaben zu einem von den Befragten subjektiv als optimal empfundenen Therapiematerial, verdeutlichen den anscheinenden „konzeptuellen Notstand“ in der sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Kindern in allen drei Ländern.

20,0 % der Befragten geben an, nach einem eigenen, individuell aus Erfahrungswerten zusammengestellten Konzept bzw. nach individuell modifizierten monolingualen Ansätzen zu arbeiten. Dies unterstreicht den Mangel an bestehenden Konzepten, auf die in der Therapie mit mehrsprachigen Kindern zurückgegriffen werden kann. Zudem kristallisierte sich erneut die Vorrangstellung von monolingualen Therapieansätzen heraus. Interessant wäre in diesem Zusammenhang gewesen, wie die individuell zusammengestellten Konzepte konkret aussehen, um daraus weitere Ansatzpunkte für die Arbeit mit mehrsprachigen Kindern abzuleiten.

Angesichts der heterogenen Sprachenkonstellationen und der individuellen Störungsprofile stellt sich zudem die Frage, inwieweit die Entwicklung eines standardisierten konzeptuellen Vorgehens in der Therapie mit mehrsprachigen Kindern umsetzbar ist.

Strukturell bedingte Unterschiede lassen sich erneut im Vergleich mit der Schweiz herstellen. Hier bestätigen die Befragten am häufigsten die konzeptuelle Rückführbarkeit ihres therapeutischen Vorgehens. Diese Vormachtstellung wird jedoch beim Hinzuziehen der Frage nach der bilingualen Ausrichtung dieses Konzepts widerlegt. Hier ist Deutschland mit 42,6 % vor der Schweiz (38,5 %) und Österreich (33,3 %) anzusiedeln.

Schlussendlich kann das Ergebnis in allen drei Ländern als Anregung gesehen werden, die Entwicklung eines standardisierten konzeptuellen Vorgehens in der Therapie mit mehrsprachigen Kindern voranzutreiben.

#### *Zu 3.2.4 Anzahl bilingualer TherapeutInnen (vgl. IIIb) – „Mangel an bilingualen Fachkräften“*

Anhand dieser Fragestellung lassen sich länderspezifisch strukturbedingte Unterschiede festmachen. So kristallisiert sich die Schweiz als Spitzenreiter bei der Existenz von bilinguaem Personal im Team heraus (vgl. 3.2.4, Tab. 3). Dies ist sicherlich auf die mehrsprachigen Wurzeln des Landes zurückzuführen. Es muss demnach von einer anderen Situation als in Deutschland ausgegangen werden.

Für Deutschland ist der hohe Prozentsatz (69,5 %) nicht existenter bilingualer TherapeutInnen in der Praxis in einer Gesellschaft, in der die Anzahl mehrsprachiger Kinder stetig steigt, unakzeptabel.

Die Angaben zur eigenen Bilingualität decken sich mit den übrigen Ergebnissen. So schneidet die Schweiz innerhalb der Studie oftmals besser als Deutschland oder Österreich ab. Zu mutmaßen wäre, dass ein Zusammenhang zwischen einer theoretisch fundierten sowie praktisch guten Arbeit mit mehrsprachigen Kindern und der eigenen Bilingualität besteht. Diese Vermutung ist jedoch mit besonderer Vorsicht zu betrachten und bedarf einer weiteren Beweisführung.

#### *Zu 3.2.5 Art der Einbindung bilingualer Eltern in die Therapie (vgl. IIIc) – „Ein schmaler Grat“*

Die Kooperationsbereiche der Elternarbeit und der Zusammenarbeit mit Personen, die die Erstsprache des Kindes beherrschen, sind eng miteinander verzahnt. Eine Vielzahl der TherapeutInnen nennt die Steigerung der Intensität von Elternberatung und -gesprächen mithilfe von „Übersetzern“ zur Verständnissicherung als wesentlichen Aspekt in der Arbeit mit mehrsprachigen Kindern, um individuell angepasste Therapie anbieten zu können und den Transfer der Inhalte in den Alltag zu sichern.

Die Mitwirkung der Eltern in der Therapie bezieht sich hauptsächlich auf die Anleitung zum häuslichen Üben und auf die Funktion als Co-Therapeuten (vgl. 3.2.5, Tab. 4).

Die Qualität der Zusammenarbeit mit den Eltern und deren Grad des Einlassens auf kooperative Arbeit ist häufig ein entscheidender Faktor für ein Gelingen bzw. Scheitern der Therapie in allen drei Ländern. Es lassen sich hier kaum strukturbedingte Länderunterschiede ausmachen.

## 5 Schlussfolgerungen und Impulse für die Zukunft: Global denken, lokal handeln

Unsere wachsende globale Welt hält viele Chancen und Potenziale für die sprachtherapeutische Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit bereit.

Die Auswertung der empirischen Untersuchung zeichnet ein deutliches Bild der sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Klienten und stellt einen wichtigen Schritt in der Entwicklung einer eigenständigen sprachtherapeutischen Professionalisierung in diesem Bereich dar.

Ein weiterer Fokus dieser Arbeit ist der Vergleich der sprachtherapeutischen Vorgehensweise der Länder Deutschland, Österreich und Schweiz. Die gewonnenen Ergebnisse sollen dazu einladen, über die Landesgrenzen hinaus vor dem Hintergrund struktureller Überlegungen vom Erfahrungsaustausch zu profitieren. Insbesondere in der Schweiz kristallisierten sich vergleichsweise günstige Ausgangsbedingungen für die Arbeit mit mehrsprachigen Klienten heraus, denn innerhalb des dortigen Vorgehens zeigt sich eine hohe Anschlussfähigkeit in Bezug auf die Einbindung der Herkunftssprache in den Therapieprozess. Unterstützt wird dieser Prozess vor allem durch den gut etablierten Einsatz von DolmetscherInnen sowie durch die Vielzahl an bilingualen Fachkräften in sprachtherapeutischen Teams. Trotz oder gerade auch wegen der strukturellen Unterschiede gilt es, in Deutschland den deutlichen Nachholbedarf zu erkennen und von unseren Nachbarn geeignete Konzepte zu adaptieren.

Für eine abschließende Betrachtung werden im Folgenden die Inhalte zusammengeführt und so wissenschaftlich untermauert in einem Ausblick auf gesellschaftlich relevante Verbesserungen zur Unterstützung mehrsprachiger Kinder in Deutschland fokussiert. Hierbei findet ein Transfer der Ergebnisse auf die folgenden drei Ebenen statt.

### **Ebene 1: Diagnostik und Therapie**

Nach unserer Auffassung könnte die Qualität der sprachtherapeutischen Diagnostik und Therapie im Kontext von Mehrsprachigkeit durch folgende Möglichkeiten deutlich verbessert werden:

- Implementierung eines professionellen Vorgehens für die Zusammenarbeit mit bilingualen DolmetscherInnen, da sowohl das uneinheitliche und nicht standardisierte Vorgehen bei der Organisation der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen als auch eine fehlende Regelung zur Finanzierung dieser eine erfolgreiche sprachtherapeutische Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit verhindern.
- Entwicklung und Herstellung von bilinguaem Diagnostik- und Therapiematerial, um deren bislang herrschende Unterrepräsentation auf dem Materialmarkt auszugleichen.
- Nutzung bilingualer personenbezogener Ressourcen, um die eigenen Hintergründe von Mehrsprachigkeit und Migration stärker in das professionelle Handeln zu integrieren (vgl. Lütke 2013).

### **Ebene 2: Therapiedidaktik**

Unserer Ansicht nach könnte die Qualität der sprachtherapeutischen Therapiedidaktik im Kontext von Mehrsprachigkeit durch folgende Möglichkeiten verbessert werden:

- Erarbeitung einer bilingualen Didaktik der Mehrsprachigkeit im sprachtherapeutischen Tätigkeitsfeld, um die Arbeit mit mehrsprachigen Klienten aus der „Grauzone“ zwischen einem eigenständigen Arbeitsfeld und der Prägung von der auf monolinguale Kinder ausgerichteten Diagnostik und Therapie abzulösen.
- Nutzung der bilingualen Ressource Eltern, um die Mehrsprachigkeit des Kindes aufzuwerten und wichtige Informationen zum Sprachverhalten zu erhalten.

### **Ebene 3: Ausbildung**

- Gezielte Gewinnung mehrsprachiger SchülerInnen bzw. StudentInnen für das Arbeitsfeld der Sprachtherapie, um dem Bedarf nach bilingualen KollegInnen gerecht zu werden.

## **6 Ausblick – International vergleichende Sprachpädagogik und Sprachtherapie**

Die Ergebnisse sind sowohl erste Belege für die Umsetzung vieler Forderungen aus der Theorie in die Praxis als auch für das breite Spektrum an bereits vorhandenen Ressourcen, an die in Zukunft angeknüpft werden kann.

Im Ländervergleich wurde jedoch deutlich, dass für die Umsetzung von sprachtherapeutischen Implikationen weitreichende strukturelle Veränderungen in Deutschland notwendig sind. Insbesondere Richtlinien zur Berücksichtigung und Verankerung von bilingualen Ressourcen müssen implementiert werden. Es müssen vermehrt Netzwerke geschaffen werden, um mehrsprachige Personen und ihre sprachlichen und kulturellen Erfahrungswerte in sprachtherapeutische Arbeit und Entscheidungsfindung zu integrieren und ein größeres Verständnis für verschiedene Formen sprachlicher und kultureller Vielfalt zu erlangen.

In unserer zunehmend global vernetzten Welt ist es unabdingbar, sich mit den unterschiedlichsten Perspektiven auseinander zu setzen. Nur im Rahmen von groß angelegten internationalen Vergleichsstudien zwischen strukturell unterschiedlichen Ländern kann es gelingen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Verknüpfung mit länderspezifischen Herausforderungen zu eruieren und auf der Grundlage eigener nationaler Gegebenheiten zu reflektieren und gegebenenfalls zu adaptieren (vgl. Schütte 2014; Lütke & Schütte 2014).

### **Danksagung**

Unser Dank geht an Lena-Maria Becker (M.A.), die sehr zum Gelingen der Studie beigetragen hat.

## Literatur

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2005): Knowledge and skills needed by speech-language pathologists and audiologists to provide culturally and linguistically appropriate services [Knowledge and skills]. URL: <http://www.asha.org/docs/html/KS2004-00215.html> (Aufruf am 14.06.2013).
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2011): Cultural Competence in Professional Service Delivery. URL: <http://www.asha.org/policy/PI2011-00326.htm> (Aufruf am 13.06.2013).
- Atteslander, P. & Kopp, M. (1999): Befragung. In: Roth, E. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Methoden: Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis (144-172). München: Oldenbourg.
- Bruns, D. A. & Corso, R. M. (2001): Working with culturally & linguistically diverse families. URL: <http://ecap.crc.illinois.edu/eecearchive/digests/2001/bruns01.pdf> (Aufruf am 14.06.2013).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2007): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Bonn: BMBF.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2012): Bildung in Deutschland 2012. URL: [http://www.bildungsbericht.de/daten2012/bb\\_2012.pdf](http://www.bildungsbericht.de/daten2012/bb_2012.pdf) (Aufruf am 17.06.2013).
- Buttaroni, S. (2004): Mehrsprachigkeit im Kindergarten. Projekte. In: Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Sprache(n) lernen. Chancen und Probleme bei Mehrsprachigkeit, Interkulturalität und Fremdspracherwerb (25-32). Rimpf: Edition von Freisleben.
- Cárdenas, B. & Inglis, P. (2006): Diagnostik und Therapie bei Mehrsprachigkeit anders anlegen? Anforderungen und Möglichkeiten in der multilingualen Arbeit. In: Bahr, R. & Iven, C. (Hrsg.): Sprache, Emotionen, Bewusstheit (196-206). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Cetin, M. (2009): Ananas – Lesen durch Schreiben. Koordinierte Alphabetisierung Türkisch-Deutsch. Köln: Prolog.
- Chilla, S., Rothweiler, M. & Babur, E. (2010): Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen – Störungen – Diagnostik. München: Reinhardt.
- Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (2012): Bevölkerung Schweiz. URL: <http://www.eda.admin.ch/eda/de/home.html> (Aufruf am 12.06.2013).
- Fox, A. (2011): Kindliche Aussprachestörungen. Phonologischer Erwerb – Differenzialdiagnostik – Therapie. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Goldstein, B. & Fabiano, L. (2007): Assessment and intervention for bilingual children with phonological disorders. The ASHA Leader. URL: <http://www.asha.org/Publications/leader/2007/070213/f070213a/> (Aufruf am 17.06.2013).
- Grammel, E. (2010): Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schriftspracherwerb im Spannungsfeld zwischen Erstsprache und Zweitspracherwerb. Mitsprache 2, 49-61.
- Grimm, H. (2001): Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5). Göttingen: Hogrefe.
- Häusermann, J. (2009): Der Deutscherwerb von Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. Forum Logopädie 3, 23, 16-21.
- Jenny, C. (2008): Sprachauffälligkeiten bei zweisprachigen Kindern. Ursachen, Prävention, Diagnostik und Therapie. Bern: Huber.
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2002): Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Elsevier.
- Kohnert, K., Yim, D., Nett, K., Kan, P. F. & Duran, L. (2005): Intervention with linguistically diverse preschool children: A focus on developing home language(s). Language Speech and Hearing Services in Schools 36, 251-263.
- Kroffke, S. (2007): Mehrsprachige Kinder mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung: Implikationen für die Diagnostik. L.O.G.O.S. interdisziplinär 15, 4, 253-262.
- Kroffke, S. & Meyer, B. (2007): Verständigungsprobleme in bilingualen Anamnesegesprächen. In: Kameyama, S. & Meyer, B. (Hrsg.): Mehrsprachigkeit am Arbeitsplatz (149-183). Beiträge zur Jahrestagung der Gesellschaft für Angewandte Linguistik 2004. Reihe Forum Angewandte Linguistik, 47, Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Krumm, H.-J. (2010): Die Förderung der Muttersprachen von Migrantinnen als Bestandteil einer glaubwürdigen Mehrsprachigkeitspolitik in Österreich. Mitsprache 3, 37-44.
- Lammer, V. (2004): Das Leben ist anderswo. Grenzbereiche der Sprachheilpädagogik in der Arbeit mit Familien aus der Türkei. In: Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Sprache(n) lernen. Chancen und Probleme bei Mehrsprachigkeit, Interkulturalität und Fremdspracherwerb (111-122). Rimpf: Edition von Freisleben.
- Lammer, V. & Kalmár, M. (2004): Wiener Lautprüfbogen für Türkisch sprechende Kinder (WIELAU-T). Wien: Lernen mit Pfiif.
- Lengyel, D. (2001): Kindliche Zweisprachigkeit und Sprachbehindertenpädagogik. Eine empirische Untersuchung des Aufgabenfeldes innerhalb der sprachheilverapeutischen Praxis. Düsseldorf: LAGA NRW.
- Lengyel, D. (2009): Möglichkeiten und Grenzen eines diagnostischen Vorgehens bei zweisprachigen Kindern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation. (208-217). Stuttgart: Kohlhammer.

- Lengyel, D. (2012): Sprachstandsfeststellung bei mehrsprachigen Kindern im Elementarbereich. Expertise für das Projekt Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). München: Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI).
- Lütke, U. (2013, eingereicht): Потенциалы использовать ! – Potenssiellerden faydalanmak! – Bilinguale Peers, Eltern und Erzieherinnen als Ressourcen in der Sprachdiagnostik und Sprachförderung von mehrsprachigen Kindern. In: Kongressband zum 8. Osnabrücker Kongress „Bewegte Kindheit“, 28.02.–02.03.2013.
- Lütke, U. & Schütte, U. (2014, im Druck): International vergleichende Sprachheilpädagogik und Logopädie. Zur Bedeutung komparativer Forschung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lüke, C. (2011): Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Schulkindern. In: L.O.G.O.S. interdisziplinär 19, 3, 164-172.
- Lüke, C. & Ritterfeld, U. (2011): Mehrsprachige Kinder in sprachtherapeutischer Behandlung: eine Bestandsaufnahme. Heilpädagogische Forschung 37, 188-197.
- Mitrovic, M. & Oden, J. (2007): Probleme der logopädischen Diagnostik und Therapie bei mehrsprachigen Kindern. L.O.G.O.S. interdisziplinär 15, 1, 4-9.
- Motsch, H.-J. (2010): Kontextoptimierung. Evidenzbasierte Intervention bei grammatischen Störungen in Therapie und Unterricht. München: Reinhardt.
- Mutter, K. & Ritter, A. (2008a): „Wenn Landkarten neu gezeichnet werden“ – eine interdisziplinäre Sichtweise. In: Mutter, K. & Ritter, A. (Hrsg.): Sprachentwicklung und Spracherwerb fremdsprachiger Kinder (19-28). Bern: Edition Soziothek.
- Mutter, K. & Ritter, A. (2008b): Entwicklungspsychologische Aspekte des Aufwachsens fremdsprachiger Kinder in mehrsprachigen Kontexten. In: Mutter, K. & Ritter, A. (Hrsg.): Sprachentwicklung und Spracherwerb fremdsprachiger Kinder (29-41). Bern: Edition Soziothek.
- Penner, Z. (2005): Frühe Sprachförderung – Schulungsskript zur Anwendung des Programms –. Kon-Lab GmbH, Berg (CH).
- Pepelnik, P. (2008): Sprachstandsfeststellungen – (K)eine Lösung des Problems mit dem Zweitspracherwerb. Studierende der Volksschullehrerausbildung beobachten MigrantInnenkinder im Vorschulalter. Mitsprache 2, 60-71.
- Raithel, J. (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schlösser, E. (2007): Wir verstehen uns gut. Spielerisch Deutsch lernen. Münster: Ökotopia.
- Schütte, U. (2014, im Druck): Sprachpädagogik und Sprachtherapie in Entwicklungs- und Schwellenländern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Siegmüller, J. & Kauschke, C. (2006): Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Elsevier.
- Statistik Austria (2013): Bevölkerung. URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/index.html](http://www.statistik.at/web_de/index.html) (Aufruf am 17.06.2013).
- Stitzinger, U. (2009): Bedingung Mehrsprachigkeit - Hindernis oder Ressource? Forum Sprache 3, 2, 53-60.
- Triarchi-Herrmann, V. (2009): Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. Spektrum Patholinguistik 2, 31-50.
- Ulich, M. & Mayr, T. (2003): Sismik. Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen (Beobachtungsbogen und Begleitheft). Freiburg: Herder.
- Ünsal, F. (2007): Laute üben Türkisch-Deutsch. Elternbegleitmaterial für die Sprachtherapie. Schaffhausen: Schubi.
- Wagner, L. (2008): Screemik 2. Screening der Erstsprachefähigkeit bei Migrantenkindern. München: Eugen Wagner Verlag.
- Weigl, I. & Reddemann-Tschaikner, M. (2002): HOT. Ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Wode, H. (2007): Mehrsprachigkeit durch immersive KiTas. Multilingualism in early Childhood. Internationaler Kongress in Saarbrücken. 17.–18. September 2007.
- Zollinger, B. (1992): Sprachverständnistest für 4- bis 6-jährige Kinder (Pizzamiglio). Winterthur: Zentrum für kleine Kinder.
- Zollinger, B. (2000): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken – Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie. Bern: Haupt.
- Zollinger, B. (2004): Entwicklungspsychologie der Zwei- und Mehrsprachigkeit – Chancen und Probleme. In: Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Sprache(n) lernen. Chancen und Probleme bei Mehrsprachigkeit, Interkulturalität und Fremdspracherwerb (223-237). Rimpf: Edition von Freisleben.

## Zu den Autorinnen

*Ulrike Schütte* ist akademische Sprachtherapeutin (M.A.). 2010 trat sie ihre Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sprach-Pädagogik und -Therapie am Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover an. Seitdem koordiniert sie internationale Projekte und beschäftigt sich im Rahmen ihrer Promotion mit dem Thema der international vergleichenden Sprachpädagogik und Sprachtherapie.

*Prof. Dr. habil. Ulrike M. Lüdtkke* leitet die Abteilung Sprach-Pädagogik und -Therapie sowie das BabyLab Hannover und die Sprachtherapeutische Ambulanz. Sie besitzt langjährige Praxiserfahrung als Sprachtherapeutin, ist als Dozentin in Österreich und der Schweiz tätig und leitet seit vielen Jahren Forschungs- und Lehrprojekte im internationalen Kontext.

## Korrespondenzadressen

Ulrike Schütte, M.A.  
Leibniz Universität Hannover  
Philosophische Fakultät  
Institut für Sonderpädagogik  
Abteilung Sprachpädagogik und Sprachtherapie  
Schloßwender Straße 1, 30159 Hannover  
ulrike.schuette@ifs.phil.uni-hannover.de  
[http://www.ifs.phil.uni-hannover.de/ulrike\\_schuette.html](http://www.ifs.phil.uni-hannover.de/ulrike_schuette.html)

Prof. Dr. habil. Ulrike M. Lüdtkke  
Leibniz Universität Hannover  
Philosophische Fakultät  
Institut für Sonderpädagogik  
Abteilung Sprachpädagogik und Sprachtherapie  
Schloßwender Straße 1, 30159 Hannover  
ulrike.luedtke@ifs.phil.uni-hannover.de  
[http://www.ifs.phil.uni-hannover.de/ulrike\\_luedtke.html](http://www.ifs.phil.uni-hannover.de/ulrike_luedtke.html)

DOI dieses Beitrags: 10.2443/skv-s-2013-57020130204

