

# Logopädische Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit Migrationshintergrund: Förderung oder Therapie?

Prof. Dr. WIEBKE SCHARFF RETHFELDT<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Hochschule Bremen

## Abstract

Die Versorgung von mehrsprachigen Kindern und/oder Kindern mit Migrationshintergrund fällt als selbstverständlicher Bestandteil in den logopädischen Tätigkeitsbereich. Dabei stellt die differenzialdiagnostische Abgrenzung von therapiebedürftigen gegenüber förderbedürftigen Sprech-, Sprach- und Kommunikationsauffälligkeiten Logopädinnen und Logopäden vor besondere Herausforderungen. Der Beitrag gibt einen Einblick in kumulative Risikofaktoren des Mehrspracherwerbs und inwieweit kulturell und linguistisch diverse Kinder von Risiken der Fehlversorgung besonders betroffen sind. Deutlich wird, dass diverse diagnostische Methoden zur Abklärung einer Sprachentwicklungsstörung erforderlich sind und dass Prävention und Gesundheitsförderung stärker in die aktuelle Ausrichtung in der logopädischen Versorgung von Sprech-, Sprach- und der Kommunikationsauffälligkeiten im Zuge des Anspruchs auf Inklusion integriert werden sollten.

One aim of speech and language service providers is to allow everyone to have equal access to appropriate intervention resources, including culturally and linguistically diverse (CLD) children who speak languages other than, or in addition to German, as well as migrant children. Language skills in multilingual children are highly varied as a result of the variability in their language experiences. In addition, there may be multilingual children who have speech, language and communication needs (SLCN), or in contrast, some children may present with developmental language disorder (DLD). The identification of DLD in CLD children poses unique challenges for clinicians. Hence, the distinction between differentiating typical from atypical language development may not occur reliably. This places CLD children at risk for misdiagnosis and interventions that may be insufficient. A reconceptualization of language needs/difficulties emphasizes the need to review the problematic of traditional approaches to speech-language assessment and intervention on CLD clients. It is proposed that prevention and intersectoral promotion of health and wellbeing need to inform the concept of SLCN in order to follow the notion of inclusive settings.

## 1 Einführung

Viele der Studien, die den Mehrspracherwerb von Kindern mit Migrationshintergrund untersuchten, fokussieren vorrangig den Erwerb der Mehrheitssprache im Vergleich zur einsprachigen Altersnorm (vgl. PARADIS 2009, CHONDROGIANNI & MARINIS 2011). Schliesslich stellt die Beherrschung der Mehrheitssprache eine einschlägige Voraussetzung für Bildungserfolg und zukünftige Beschäftigung dar (vgl. GUVEN & ISLAM 2015). In früheren Studien haben Alterseffekte zur Erklärung von Unterschieden in der Entwicklung von ein- und

mehrsprachigen Kindern dabei eine besondere Rolle gespielt (vgl. MONTRUL 2008). Die Erkenntnisse haben in den letzten Jahrzehnten die Entwicklung von solchen Sprachstandsfeststellungen und Sprachförderprogrammen nachhaltig geprägt, deren hoher Anspruch es ist, Chancengleichheit mit Blick auf den Bildungserfolg herzustellen. Untersuchungen zur Sprachentwicklung in den Herkunftssprachen und damit die Berücksichtigung einer ganzheitlichen Sprachentwicklung unter den vielfältigen kulturell und linguistisch

diversen Bedingungen spielen hingegen noch immer eine untergeordnete Rolle. Dabei liegen hinreichend Erkenntnisse vor, die die Bedeutung des Erhalts der Herkunftssprache für das Wohlbefinden und die Identitätsentwicklung eines Individuums sowie für eine erfolgreiche kognitive und mehrsprachige Entwicklung belegen (vgl. DE HOUWER 2015; OH & FULIGNI 2010; WINSLER et al. 2014; TROFIMOVICH & TURUŠEVA 2015). Auch steht das mehrsprachige Kind mit seinen im monolingualen Vergleich unzureichenden Sprachleistungen in der Mehrheitssprache im Vordergrund, während die umweltbezogenen Bedingungen und Voraussetzungen für seine Sprachentwicklung bei der Anwendung und Umsetzung von Massnahmen im Hintergrund verbleiben.

Aus logopädischer Sicht ist aber eine ausschliesslich am Individuum ausgerichtete Massnahme und damit mangelnde Berücksichtigung von Umweltfaktoren mit dem Ziel einer adäquaten und nachhaltigen Versorgung gravierend. Denn die Logopädie, die Beeinträchtigungen der Kommunikation identifiziert und klassifiziert, versteht diese nicht als ausschliesslich internale, sondern in Wechselwirkung mit externalen Bedingungen. D. h., was diagnostisch als Beeinträchtigung definiert wird, hängt in erheblichem Masse von gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen ab; inwieweit therapeutische Interventionen wirksam sind, unterliegt in erheblichem Masse den alltäglichen sozialen Rahmenbedingungen, unter denen Kommunikation und Bildungsprozesse stattfinden. Angesichts der mit dem Anspruch einer adäquaten Versorgung von kulturell und linguistisch diversen Klientinnen und Klienten verbundenen Herausforderungen stellt sich folglich zunehmend auch in der Logopädie die Frage nach einer notwendigen kritischen Auseinandersetzung mit ihren konventionellen Denkmodellen, die überwiegend auf monolingual orientierter Theoriebildung und Erkenntnis beruhen.

## 2 Spracherwerb bei mehrsprachigen vs. einsprachigen Kindern

Grundsätzlich ist sprachgesunden Kindern ein natürlicher Mehrspracherwerb sehr gut möglich. Unter Mehrsprachigkeit werden der Erwerb bzw. der Erhalt kommunikativer Fähigkeiten in mehr als einer Sprache verstanden. Dabei handelt es sich um einen komplexen und dynamischen Prozess, sodass diese Fähigkeiten in einem unterschiedlichen Ausmass erworben bzw. erhalten werden, um mit den Sprecherinnen und

Sprechern in einer oder mehreren Sprachen innerhalb der Familie und in der Gesellschaft zu kommunizieren.

Mehrsprachigkeit ist nicht mit gleichen Sprachfähigkeiten in mehr als einer Sprache zu verwechseln. Denn neben den zahlreichen Faktoren, die auch den Spracherwerb einsprachig aufwachsender Kinder beeinflussen, sind beim Mehrspracherwerb noch weitere Faktoren zu berücksichtigen, die sich auf die Sprachkompetenz auswirken. Angesichts der vielfältigen personalen und umweltbezogenen Erwerbskonstellationen ist mit zunehmendem Alter eines Individuums von Veränderungen in der Sprachexposition und damit auch im Sprachgebrauch auszugehen. So kann es nicht nur zum in der Fachliteratur bereits gut erklärten Erwerb mit vermehrten Fähigkeiten in einer weiteren Sprache (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2013), sondern auch zu einer verringerten Verwendung bis zum Verlust kommen. Dies trifft vorrangig jene Sprachen, die im individuellen Alltag nicht mehr wichtig sind und daher – im doppelten Sinne – nicht mehr gebraucht werden. Anlässe, eine Sprache nicht mehr zu gebrauchen, ergeben sich für Kinder, die ihre Herkunftssprachen innerhalb der Familie erwerben, häufig als Reaktion auf Übergangserfahrungen innerhalb der Familie und/oder zwischen Familie und Einrichtungen des Bildungssystems (z. B. Trennung der Eltern, Eintritt in eine Kindertageseinrichtung, eigene sowie Einschulung älterer Geschwister). Von einem sowohl quantitativ als auch qualitativ reduzierten Sprachinput sind sodann solche Kinder ungleich stärker betroffen, die ihre Herkunftssprache von Eltern erwerben, die diese ausserhalb der Familie nicht pflegen (können). So kann sich ein eingeschränkter elterlicher Sprachgebrauch ähnlich auf den Sprachinput auswirken.

Unterschiede im Spracherwerb von ein- und mehrsprachigen Kindern bedeuten jedoch nicht unterschiedliche Sprachentwicklungspfade. Denn die einschlägigen Meilensteine der mono- und bilingualen Sprachentwicklung sind sehr ähnlich. Diese Meilensteine sind definiert als das Alter, in dem ein Kind eine bestimmte, nicht sprachspezifische Sprachfähigkeit zeigt (z. B. erste Wörter um den 12. Monat, Zweiwortkombination mit 24 Monaten). Hingegen wurde die Bedeutung des Alters zum Zeitpunkt, ab dem ein Kind mit dem Erwerb einer weiteren Sprache beginnt (age of onset, AoO), als Gelingensbedingung für einen erfolgreichen Mehrspracherwerb und damit Voraussetzung für einen erfolgreichen sog. Zweitspracherwerb (DaZ) in früheren Studien überschätzt, zumal die Bedingungsfaktoren zum

jeweiligen Erwerbsbeginn variieren und als konfundierende Variablen unzureichend kontrolliert wurden. Ansätze, die AoO als entscheidenden Ausgangspunkt definieren, werden der dynamischen und komplexen Sprachentwicklung unter kulturell und linguistisch diversen Bedingungen nicht gerecht. Vielmehr zeigen neuere empirische Befunde, dass dem Parameter Sprachexposition und somit dem quantitativen Input eine wesentlich bedeutsamere Rolle zukommt (vgl. UNSWORTH 2016). Ebenfalls von Bedeutung ist das sog. Timing (vgl. TSIMPLI 2014). Folglich hängen die Spracherwerbsrate und mit ihr verbundene Leistungen v. a. in den Bereichen Lexikon, Morphologie und Syntax massgeblich von quantitativen Spracherfahrungen (u. a. Zeitpunkt, Dauer, Häufigkeit, Intensität) in den einzelnen Sprachen und nicht vom Erwerbsbeginn an sich ab (vgl. HOFF et al. 2012). Dabei sind langfristige Auswirkungen wie anhaltende Unterschiede von Sprachleistungen bei bilingualen Kindern und Jugendlichen überwiegend auf den frühen sprachlichen Input zurückzuführen (HOFF & CORE 2013). Auch hat sich ein nicht-nativer Sprachinput als wenig förderlich erwiesen (UNSWORTH et al. 2019; PLACE & HOFF 2011); es liegt nahe, dass dies im Zusammenhang mit einer einhergehenden mangelnden Nutzungsfähigkeit rhythmisch-prosodischer Informationen steht, welche eine wichtige Bedingung für die induktive Abstraktion formal-sprachlicher Regularitäten darstellt. Zu weiteren, den Mehrspracherwerb beeinflussenden sowie interagierenden Faktoren zählen die Anzahl der verschiedenen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, die Familienkonstellation, Transfereffekte, typologische Ähnlichkeiten und gesellschaftliches Prestige der beteiligten Sprachen sowie quantitative und qualitative Aspekte des bilingualen Sprachgebrauchs von Bezugspersonen. Daneben sind auch die gleichsam in der monolingualen Sprachentwicklung als prädiktiv für die späteren Sprachfähigkeiten wirkenden Faktoren zu berücksichtigen, z. B. sensitives und anregendes Interaktionsverhalten von Bezugspersonen (u. a. beim Vorlesen), der sozioökonomische Status sowie der bildungsbezogene familiäre Hintergrund (insbesondere schulische Bildung der Mutter) (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2013, 125). So zeigen in asymmetrischen Sprachumgebungen aufwachsende Kinder, d. h. die neben ihrer(n) Herkunftssprache(n) die Mehrheits- bzw. Bildungssprache in nicht-familialen Kontexten erwerben, auch nach sechs Jahren Beschulung in der Mehrheitsprache oder sogar dauerhaft, dass sie signifikant schlechtere Sprachleistungen erbringen als die einsprachige Altersgruppe (vgl.

FARINA & GEVA 2011, BIALYSTOK et al. 2010; ROESSINGH & ELGIE 2009), wobei innerhalb der bilingualen Gruppe jene mit höherem sozioökonomischen Status besser abschneiden (vgl. CALVO & BIALYSTOK 2014).

### 3 Sprachentwicklungsstörung bei mehrsprachigen vs. einsprachigen Kindern

Sprachentwicklung stellt gleichermaßen für ein- sowie mehrsprachig aufwachsende Kinder eine komplexe und störanfällige Aufgabe dar. Dabei ist Mehrsprachigkeit bzw. der Erwerb einer weiteren Sprache jedoch nicht ursächlich für eine SES (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2013; GRECH & McLEOD 2012; PARADIS 2005). Empirische Untersuchungen zeigen, dass rund 7,6 % aller Kinder von einer SES betroffen sind (vgl. NORBURY et al. 2016), unabhängig davon, ob sie ein- oder mehrsprachig aufwachsen. Die SES ist damit die häufigste Entwicklungsstörung im Kindesalter, die ursächlich auf ein multifaktorielles Bedingungsgefüge zurückgeführt wird. Eine SES liegt vor, wenn das Kind solche Sprachschwierigkeiten zeigt, (a) die die Kommunikation oder das Lernen im Alltag beeinträchtigen und (b) anzunehmen ist, dass die Sprachschwierigkeiten auch nach Erreichen des fünften Lebensjahres bestehen bleiben, und (c) die Sprachschwierigkeiten nicht direkt mit einer biomedizinischen Ursache in Verbindung gebracht werden können (z. B. Hirnschädigung, neurodegenerative Erkrankung, genetische oder Chromosomenstörung, Hörstörung, Autismus-Spektrum-Störung oder geistige Behinderung) (vgl. SCHARFF RETHFELDT & EBBELS 2019; BISHOP et al. 2017; BISHOP et al. 2016). SES führen zu weitreichenden Kommunikationsstörungen und somit psychosozialen Belastungen. Ohne frühzeitige Identifikation und Einleitung adäquater Massnahmen kann sich eine in Ausmass und Schweregrad unterschiedlich auftretende SES im Schulalter u. a. als Lese-Rechtschreibstörung manifestieren. Zudem liegen mittlerweile hinreichend empirische Belege vor, die zeigen, dass Kinder mit SES einem erhöhten Risiko für Störungen des Sozialverhaltens und emotionalen Störungen ausgesetzt sind (vgl. DURKIN & CONTI-RAMSDEN 2010; YEW & O'KEARNEY 2013), und im Erwachsenenalter häufiger zu einem niedrigen Ausbildungsniveau sowie sozialer Exklusion führen, sodass neben der Lebensqualität auch die psychische Gesundheit betroffen ist. Die SES und ihre Folgen stellen damit ein gravierendes Gesundheitsproblem dar, das bis ins Jugend- und Erwachsenenalter nachweisbar ist (vgl. SCHOON et al. 2010). In Anbetracht ihrer kumulierenden Risikofaktoren kommt der

Frühdagnostik sowie nach Indikation der unverzüglichen SES-Therapie somit eine zentrale Bedeutung zu. Sie ist sowohl für ein- als auch für mehrsprachige Kinder mit Bezug auf das eigene Wohlergehen und die gesellschaftliche Teilhabe und somit für gesundheitliche und soziale Chancengleichheit entscheidend.

Die Symptome einer SES können sich in Schwere und Ausmass sehr unterschiedlich ausprägen. Auf formal-sprachlicher Ebene zählen u. a. ein geringer Wortschatzumfang, eingeschränktes Wortwissen, grammatikalische Abweichungen wie Flexions- und Kongruenzfehler zu den einschlägigen Symptomen bei einsprachig aufwachsenden Kindern. Dabei variieren die SES-Symptome je nach beteiligter Sprache. Denn Sprachen haben eine unterschiedliche «Spracharchitektur» und damit auch andere Funktionen und Regeln. Da derlei Abweichungen zugleich typische Merkmale einer sog. Lernersprache sind, liegt es auf der Hand, dass diese zur Identifikation einer SES bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern nicht mit der gleichen Gültigkeit herangezogen werden können (vgl. Synopse möglicher Symptome einer SES in SCHARFF RETHFELDT 2013). Denn eine ausschliesslich auf Lexikon, Morphologie und Syntax der produktiven Sprachleistungen konzentrierte und damit reduzierte Befunderhebung bei einem vorliegenden Verdacht auf eine SES bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern, würde das Risiko möglicher Fehldiagnosen verstärken (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2016; BLOM et al. 2013; GRECH & DODD 2007) Während bei einsprachigen Kindern eine SES häufig allein anhand der Untersuchung von Lexikon, Syntax und Morphologie diagnostiziert wird, wäre dies bei mehrsprachigen Kindern daher fahrlässig. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Einschränkungen im Wortschatzerwerb und der grammatischen Entwicklung auch auf Beeinträchtigungen der diese Entwicklung steuernden Verarbeitungsprozesse zurückzuführen sind (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2017).

So ist die SES keine isolierte Störung auf linguistischer Ebene, sondern zeigt sich häufig auch auf kognitiver Ebene in Form einer insgesamt verlangsamten Sprachverarbeitungsgeschwindigkeit sowie Beeinträchtigung des Kurzzeit- oder Arbeitsgedächtnisses (vgl. ARCHIBALD 2017; LEONARD et al. 2007). Eher ist anzunehmen, dass der SES Schwierigkeiten beim Erwerb automatischer Fähigkeiten inkl. des prozeduralen Lernens zugrunde liegen (vgl. NICOLSON & FAWCETT 2007; ULLMAN 2004). Prozedurales Lernen ist in der Regel implizit und bezieht sich auf das Lernen von Fähigkeiten und Strategien; anders als Wissen,

das explizit artikuliert wird. Die Verarbeitungsprobleme führen demnach zu geringen Regelkenntnissen, welche die Ableitung von Strategien zur Verarbeitung relevanter sprachlicher Informationen erschweren. Diese äussern sich in Ausmass und Schwere unterschiedlich als Beeinträchtigungen in der Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung formal-sprachlicher Regularitäten zum Verständnis und zur Produktion.

Dies erklärt auch, weshalb sich eine SES bei mehrsprachigen Individuen stets in allen beteiligten Sprachen und somit auch in der/den zuerst erworbenen Sprache/n zeigt.

#### 4 Risiken einer Fehlversorgung

Die Sprachfähigkeiten mehrsprachiger Kinder sind aufgrund der oben angeführten vielfältigen die Sprachentwicklung beeinflussenden und interagierenden Faktoren sehr unterschiedlich sowie komplex. Dies erschwert es Logopädinnen und Logopäden, eine SES von mangelnden Sprachkenntnissen bei mehrsprachigen Kindern zu unterscheiden. So tragen Mangel an Wissen, kultursensiblen Handlungskompetenzen, Normdaten sowie Instrumenten vielmehr zu Fehldiagnosen bei. Insofern sind kulturell und linguistisch diverse Kinder von Risiken der Fehlversorgung ungleich höher betroffen.

Neuere Studien belegen, dass von einer SES betroffene mehrsprachige Vorschulkinder deutlich später zur logopädischen Differenzialdiagnostik überwiesen werden (vgl. WIEFFERINK et al. 2020; SCHARFF RETHFELDT 2019). Viele mehrsprachige Kinder haben einen Migrationshintergrund. Sie bleiben häufiger therapeutisch un- bzw. unterversorgt, da Migrantinnen und Migranten der Zugang zur medizinischen Versorgung wesentlich erschwert ist (vgl. WYLIE et al. 2013). Dies wird vorrangig auf Sprachbarrieren, finanzielle Aspekte, mangelnde Kenntnisse über das lokale Gesundheitssystem sowie auf Erwartungen und Vorstellungen über die Behandlungsmöglichkeiten der betreffenden Bevölkerungsgruppe zurückgeführt (vgl. ALBARRAN et al. 2011), sodass insbesondere Familien mit Migrationshintergrund die Möglichkeiten einer logopädischen Versorgung nicht bekannt sind (vgl. GRECH & CHENG 2010). Für zahlreiche mehrsprachig aufwachsende Kinder ergibt sich ein nicht zu unterschätzendes Cluster von Risikofaktoren mit zusätzlichen benachteiligenden Faktoren wie Migration, Armut und Hautfarbe, sodass sie eher von negativen kognitiven und sozioemotionalen Folgen betroffen sein können (vgl. EVANS et al. 2013).

Weitere als Barrieren einer adäquaten logopädischen Versorgung wirkende Faktoren sind innerhalb des Versorgungssystems selbst zu finden. PARADIS (2005) hebt zwei häufige Fehldiagnosen hervor: *mis-identified identity* und *mistaken identity*. So werden falsch negative Diagnosen gestellt, die von einer SES betroffene mehrsprachige Kinder nicht der notwendigen Therapie zuführen, u. a. da die formal-sprachlichen Auffälligkeiten mit physiologischen Merkmalen einer Lernersprache im Rahmen des Mehrspracherwerbs erklärt werden. Oder es werden falsch positive Diagnosen gestellt, die mangelnde Deutschkenntnisse als therapiebedürftig einstufen und das Sprachverhalten somit pathologisieren. So kann der Einsatz der in der logopädischen Praxis etablierten einschlägigen psychometrischen Tests, nicht zu einer validen Differenzialdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern beitragen, u. a. weil sie am monolingualen Spracherwerbsparadigma ausgerichtet sind und/oder sich auf eine andere Norm beziehen.

Laut bundesdeutscher AWMF-Leitlinie (vgl. DE LANGEN-MÜLLER et al. 2011;2016), die einer anderen Nomenklatur folgt, ist die klinische Diagnose einer umschriebenen bzw. spezifischen SES (USES/SSSES) als Ausschlussdiagnose zu stellen, wenn die Sprachentwicklung als nicht altersgemäss bezeichnet werden kann. So sei laut Autorinnen u. a. eine Intelligenzminderung von  $IQ < 85$  durch Einsatz eines nonverbalen Intelligenztests auszuschliessen. Dieses Kriterium ist im internationalen Diskurs, wie auch die Diagnosestellung per Ausschlussprinzip, höchst umstritten, da der Zusammenhang zwischen nonverbalem IQ und Sprachfähigkeiten sowohl einer evidenzbasierten Grundlage entbehrt (vgl. BISHOP 2004; LEONARD 2014) als auch keinem schlüssigen Konzept folgt (vgl. REILLY et al. 2014). Neben weiteren diagnostischen Kriterien wird zur Diagnosestellung zudem vorausgesetzt, dass die mit einem standardisierten und normierten Test erfassten Sprachfähigkeiten auf mindestens einer sprachlich-kommunikativen Ebene 1,5 bis 2 SD unterhalb und damit abweichend von der Altersnorm liegen. Obgleich der Einsatz von wissenschaftlich fundierten, standardisierten, normorientierten Testverfahren im Rahmen der Befunderhebung mit dem Ziel einer Überprüfung einer möglichen Abweichung von der Norm und somit zur logopädischen Urteilsbildung bei einsprachigen Klientinnen und Klienten beitragen kann, trägt der Einsatz der vorliegenden einschlägigen norm-orientierten Testverfahren hingegen zur Pathologisierung von kulturell und linguistisch diversen Klientinnen und Klienten bei. Insgesamt

ist der Einsatz von monolingual und monokulturell normorientierten Verfahren aufgrund von Konstrukt-, Methoden- und Item-Bias weder ethisch vertretbar, noch zielführend (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2016; CAESAR & KOHLER 2007; STOW & DODD 2003). Dies gilt auch für deren Übersetzungen (vgl. BEDORE & PEÑA 2008; ROSEBERRY MCKIBBIN 2002) sowie für Verfahren, die eine heterogene Sprachgruppe als eine Stichprobe zusammenfassen (vgl. LAING & KAMHI 2003). Dies schliesst den Test LiSe-DaZ (SCHULZ & TRACY 2011) ein, der für Förderentscheidungen über ausschliesslich Deutsch als Zweitsprache erwerbende Kinder am Übergang Primär-/Sekundärprävention entwickelt wurde und für differenzialdiagnostische Zielsetzungen mit dem Ziel der Identifikation einer SES ungeeignet ist (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2016). Die Autorinnen der LiSe-DaZ empfehlen bei Sprachauffälligkeiten «weitere Gründe für die festgestellten Erwerbsprobleme ins Auge zu fassen» und weisen darauf hin, dass das Ergebnis unterdurchschnittlicher Sprachleistungen auf das Vorliegen einer Sprachentwicklungsstörung hinweisen kann, «das einer logopädischen Überprüfung bedarf» (SCHULZ & TRACY 2011, 19). Da die Autorinnen davon ausgehen, dass «im Normalfall» einsprachig mit Deutsch aufwachsenden Kindern «der Input, der für die weiteren Erwerbsschritte notwendig ist, kontinuierlich und in ausreichender Intensität zur Verfügung steht» (SCHULZ & TRACY 2011, 60), lässt sich mit dem Verfahren einsprachigen Kindern generell kein Förderbedarf attestieren; so selektiert und erlaubt nur der Protokollbogen für mehrsprachige Kinder einen entsprechenden Vermerk. Aus logopädischer Sicht ist ausserdem schwierig, dass die Autorinnen den Anwenderinnen und Anwendern (vorrangig pädagogische Fachkräfte) empfehlen, den Eltern sprachauffälliger Kinder mit DaZ eine Auswahl diagnostischer Fragen zu stellen, «die sich in der Praxis zur Erkennung von Sprachstörungen bewährt haben» (SCHULZ & TRACY 2011, 59). Damit sprechen sie den Anwenderinnen und Anwendern eine fragwürdige diagnostische Kompetenz zu, unterschätzen die Herausforderung einer SES-Diagnostik und verstärken gerade bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern das Risiko von Fehldiagnosen. Wichtiger wäre zu vermitteln, dass jedes sprachauffällige Kind logopädisch abgeklärt werden sollte. So ist festzuhalten, dass das Instrument nicht für den Einsatz in der Logopädie gedacht ist.

Bislang liegt im deutschsprachigen Raum kein adäquater Sprachentwicklungstest zur zuverlässigen Identifikation einer SES bei mehrsprachigen Kindern vor, welcher die einschlägigen Gütekriterien (inklusive



Sensitivität und Spezifität) erfüllt. Denn selbst die vorliegenden Adaptionen zur Anwendung bei mehrsprachigen Kindern erfüllen notwendige Anforderungen wie linguistische, funktionale, metrische sowie kulturelle Äquivalenz und damit den Anspruch notwendiger Test-Fairness nicht.

Abzuwarten, bis hinreichend Deutschkenntnisse vorliegen, um eine Befunderhebung bspw. mit Einsatz eines Tests in der Sprache der Therapeutin/des Therapeuten zu ermöglichen wäre nicht nur irreführend, sondern bei Verdacht auf eine vorliegende SES mit Blick auf die oben angeführten Folgen auch ethisch problematisch. So ist es unprofessionell zu erwarten, dass im Laufe der Zeit ein mehrsprachiges Kind mit einsprachigen Peers vergleichbar sei. Schliesslich liegen hinreichend Erkenntnisse vor, die zeigen, dass sich sprachgesund entwickelnde bilinguale von monolingualen Kindern mit SES auch nach mehreren Jahren mit regelmässigem Sprachkontakt in der Mehrheitsprache hinsichtlich ihrer rezeptiven (sowie produktiven) Leistungen in den Bereichen Lexikon, Morphologie und Syntax nicht deutlich unterscheiden (vgl. SMOLANDER et al. 2017; PARADIS 2010; STEENGE 2006). Auch für Kinder gilt, dass eine bilinguale Person nicht zwei monolinguale Personen in einer vereint – es ist bemerkenswert, dass trotz vielfacher Zitation, der Kern GROSJEANS (1989) Botschaft scheinbar nur begrenzt verstanden wird, sodass noch heute bilinguale Personen in ihren jeweiligen Sprachen mit monolingual normorientierten Tests untersucht werden.

In der Logopädie stehen eine Reihe von Methoden zur Verfügung und Logopädinnen und Logopäden sind darin ausgebildet, diese zielführend einzusetzen. Als geeignete Alternativen zu normorientierten Verfahren haben sich kriterium-orientierte Verfahren sowie das Dynamic Assessment als effektive differenzialdiagnostische Methoden zur Identifikation von SES bei kulturell und linguistisch diversen Kindern gezeigt, sofern sie mit soziokulturellen Ansätzen kombiniert werden. Denn sowohl die klinisch zielführende Methodenauswahl als auch adäquate Ergebnisinterpretation in der Befunderhebung erfordern detaillierte ethno- und sprachbiografische Informationen. Insbesondere Aufgaben zum Satzverständnis erscheinen vielversprechend und Arbeitsgedächtnisaufgaben (Zahlen, Nichtwörter) haben sich nicht nur als geeignet in der Differenzialdiagnostik bei geringerer Spracherfahrung und aufgrund des Zusammenhangs zwischen zentral exekutiven Funktionen und Sprachleistungen als effektiv erwiesen. Nicht zuletzt erfordert die

klinische Entscheidungsfindung interkulturelle Kompetenzen der Therapeutin bzw. des Therapeuten (vgl. SCHARFF RETHFELDT 2017). So kommt im Kontext kultureller und linguistischer Diversität den Logopädinnen und Logopäden bei der Vermeidung und Verminderung von Versorgungsfehlern besonders im Zuge der Beratung, Diagnostik und Intervention eine gewichtige Rolle zu; zugleich ist die Fachdisziplin gefordert, einer Verkürzung der logopädischen Sprachentwicklungsdiagnostik auf normorientierte Testverfahren entgegenzuwirken.

## 5 Versorgungsformen: Sprachförderung vs. Sprachtherapie

Sprachauffälligkeiten im mehrsprachigen Kontext erfordern unterschiedlich ausgerichtete Massnahmen und Aktivitäten primärer, sekundärer und tertiärer Prävention sowie der Gesundheitsförderung. Letzteren Begriff etablierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Ottawa-Konferenz 1986 als Ergebnis eines erweiterten Verständnisses der Bedeutung ökonomischer, politischer, kultureller und sozialer Faktoren für die Gesundheit einzelner und ganzer Bevölkerungsgruppen. Ein Grossteil der Gesundheitssysteme weist noch immer eine schwerpunktmässige Ausrichtung auf die kurative Versorgung aus, obgleich nicht alle Krankheiten bzw. als pathologisch zu klassifizierenden Störungen – und dies schliesst Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen ein – tatsächlich geheilt werden können. Die demografische Entwicklung sowie sich verändernde soziokulturelle Rahmenbedingungen ziehen zahlreiche gesundheitspolitische, soziale und schliesslich bildungspolitische Folgen nach sich und stellen die Gesundheitssysteme, wie auch die Sozial- und Bildungssysteme einzelner Länder vor grosse Herausforderungen, deren Bewältigung erfordert, dass präventive und gesundheitsfördernde Strategien nicht mehr systemisoliert, sondern kooperativ berücksichtigt werden. So ist es auch erforderlich, Prävention und Gesundheitsförderung stärker in die aktuelle Ausrichtung in der logopädischen Versorgung von Sprech-, Sprach- und der Kommunikationsauffälligkeiten zu integrieren. Denn die Umsetzung von Sprachförderung und sprachlicher Bildung sowie Sprachtherapie bewegt sich sowohl institutionell als auch finanziell an den Schnittstellen von Sozialem, Pädagogik und Gesundheit. Insbesondere bei Sprachauffälligkeiten in Mehrspracherwerbs- und Migrationskontexten stellt sich die Frage, ob Massnahmen der Primär- und Sekundärprävention ausreichend sind und ab wann die Sprachgesundheit

betroffen ist, sodass auch sprachtherapeutische Massnahmen der Tertiärprävention zu ergreifen sind. Als Primärprävention kann eine theoriegestützte Sprachförderung durch als Sprachvorbild fungierende Personen den Sprachaneignungsprozess aller Kinder in handlungsrelevanten Alltagssituationen unterstützen und ggf. nach Vermittlung und Anleitung von sprachförderlichen Verhaltensweisen auch in Familien gut umgesetzt werden. Sprachförderung setzt demnach keine Sprachdiagnostik voraus. Im Vorschulalter kann sie alle sprachgesunden Kinder unterstützen, ihre Wünsche und Bedürfnisse verbal zu formulieren, sich mit Gleichaltrigen auszutauschen und somit Sprache als Mittel zur Reflexion inkl. metasprachlicher Funktionen einzusetzen (vgl. FÜSSENICH 2002). Überdies kann Sprachförderung zur sprachlichen Bildung dieser Kinder beitragen, indem sie u. a. das Interesse und den Zugang zur Schriftsprachkultur ermöglicht (vgl. JAMPERT et al. 2005). Grundsätzlich können auch sprachgesunde mehrsprachige Kinder von einer Sprachförderung profitieren, sofern sie ihre Mehrsprachigkeit unterstützt, d. h. wenn sie in allen von ihnen verwendeten Sprachen gefördert werden. Fördermassnahmen der **Sekundärprävention** richten sich zusätzlich zum pädagogischen Sprachförderangebot vorrangig an ausgewählte Risikogruppen mit Verdacht auf ungünstige Entwicklungs- und Bildungsverläufe, zu denen häufig Kinder in sozialen Problemlagen und damit häufig auch mit Migrationshintergrund gehören. Da mehr als die Hälfte jener Kinder, die in sozial benachteiligten Räumen aufwachsen, bereits im Alter von fünf Jahren Kommunikationsschwierigkeiten erleben, verfolgt ein Grossteil der Massnahmen ein kompensatorisches Ziel, um den Anschluss zur Erreichung einer Bildungs- und Chancengleichheit der betroffenen Kinder mit Blick auf schulische Anforderungen herzustellen. In der Regel werden die sekundärpräventiven Angebote von pädagogischen Fachkräften, teilweise auch von Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen sowie Logopädinnen und Logopäden durchgeführt. Um die betreffenden Risikogruppen zu identifizieren sowie die Feststellung des besonderen Sprachförderbedarfs zu sichern, werden sog. Sprachstandsfeststellungen durchgeführt. Beide Massnahmen, Feststellung und Durchführung, werden regions- und länderspezifisch sehr unterschiedlich umgesetzt; überwiegend handelt es sich um Verfahren, die nicht für mehrsprachige Kinder geeignet sind. Die uneinheitlich methodisch implementierte Feststellung führt die betreffenden Kinder häufig als Sprachförderprogramme konzipierten

Massnahmen zu. Bislang liegen jedoch keine Evidenzen vor, die die Wirksamkeit gezielter Sprachförderung bestätigen. Bereits im Jahr 2010 evaluierten Roos et al. die Effektivität der drei linguistisch orientierten Sprachförderprogramme *Deutsch für den Schulstart* nach KALTENBACHER-KLAGES, *Kon-Lab* nach PENNER und *Frühe Sprachförderung* nach TRACY und konnten keine bemerkenswerten Verbesserungen feststellen. Es folgten Fragen zu Intensität und Gruppengrössen sowie weitere Untersuchungen und Nachbesserungen. Dennoch lassen sich bis heute keine nennenswerten Effekte feststellen, dies betrifft nicht nur einzelne Programme oder Länder. So fassen FUKKINK et al. (2017) als Ergebnis ihrer einschlägigen Meta-Analyse zusammen, dass gezielte Sprachförderprogramme im Vorschulbereich keinen wertvollen Beitrag leisten. Dies ist besonders schwerwiegend für Kinder aus sozial schwachen Räumen, in multiplen Problemlagen, darunter auch mehrsprachige Kinder mit Migrationshintergrund. Denn zahlreiche Befunde verdeutlichen eine erhebliche Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im deutschen Schulsystem hinsichtlich ihrer Kompetenzentwicklung, die darauf beruht, dass der Migrationshintergrund als solcher im Entwicklungs- und Bildungsprozess relevant wird (vgl. BAADER et al. 2011). Ein Grossteil ihrer Benachteiligung lässt sich neben einer unzureichenden Beherrschung der deutschen Sprache ihrer Mütter und mangelndem Systemwissen vor allem über eine ungünstigere sozialstrukturelle Position ihrer Eltern erklären, sodass ihre Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten eine höhere Bedeutung als die Tatsache des Migrationshintergrundes selbst hat. Diese primären Herkunftseffekte, d. h. von sozialer und nationaler Herkunft abhängige Lernvoraussetzungen, die ursächlich im Milieu und Elternhaus liegen (vgl. BECKER 2010), tragen nicht nur zu Bildungsungleichheiten bei; so kann auch die Primarschule die sozialen Disparitäten offensichtlich nicht ausgleichen. Dennoch ist davon auszugehen, dass zusätzliche Massnahmen sinnvoll sein können. Beispielsweise konnte im Rahmen einer randomisierten Kontrollstudie gezeigt werden, dass eine Kombination von Einzel- sowie Kleingruppenintervention (2–4 Kinder) für sprachgesunde, jedoch sprachleistungsschwache (expressive Leistungen am 10. Perzentil) Kinder sowohl vor als auch nach dem Schuleintritt in England (Alter 3–5 Jahre) durch geschulte Lehrkräfte zu moderaten Verbesserungen verbalsprachlicher Fähigkeiten führen kann, wenngleich Unterschiede zwischen den Leistungsschwachen und Überfliegern

bestehen blieben (vgl. FRICKE et al. 2017). Auch scheinen frühzeitig einsetzende spezifische Elterntrainings sowie die individuelle Zusammenarbeit mit Eltern in Form von Hausbesuchen vielversprechender zu sein, und dies unabhängig von sozialer und nationaler Herkunft (vgl. DESFORGES & ABOUCHAR 2003).

Im Sinne der **Tertiärprävention** wird eine spezifische, individuell auf ein Kind zugeschnittene Intervention in Form einer logopädischen Therapie erforderlich, wenn es ihm nicht möglich ist, seine Sprech-, Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten – selbst in einer Sprache bestmöglich anregenden Umwelt – zu entwickeln, oder wenn Umweltfaktoren im kindlichen Umfeld eine sprachgesunde Entwicklung gefährden oder beeinträchtigen. Zweites hat im Rahmen der sich verstärkenden sozialen Ungleichheiten vor allem in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Bei negativen Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den individuellen Kontextfaktoren kommt es im Sinne des bio-psycho-sozialen Denkmodells zu einer Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit, die in der ICF (WHO 2001) bzw. ICF-CY (WHO 2007) als Behinderung, in der Logopädie häufig auch als Störung bezeichnet wird. Die therapeutische Zielsetzung bei der Behandlung von Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen variiert daher individuell und wird vorrangig über die die Gesundheit massgeblich beeinflussenden Komponenten definiert. Dabei kommt der Teilhabe eine überwiegende Bedeutung zu, wengleich sich Teilziele und einzelne Massnahmen auf alle Komponenten der ICF beziehen können. Die Teilhabe richtet sich nach den jeweiligen Einschränkungen, welche ein Individuum im Alltagsleben subjektiv wahrnimmt. Auch Umweltfaktoren, die zur Sprech-, Sprach- und Kommunikationsbeeinträchtigung beitragen, werden aus der Perspektive des betroffenen Individuums als Förderfaktoren und Barrieren klassifiziert. Hierzu zählen u. a. materielle, soziale und ideelle Umweltfaktoren sowie personenbezogene Faktoren. Die Logopädie hat damit das Potenzial, der individuellen Lebenswelt, den spezifischen Rahmenbedingungen genauso Rechnung tragen zu können wie den jeweiligen Rollen, Funktionen, Gewohnheiten, Erfahrungen und individuellen Barrieren sowie Ressourcen mit Bezug auf einen erfolgreichen Entwicklungsprozess. Denn die auf Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben der Gesellschaft ausgerichtete, übergeordnete Zielsetzung der logopädischen Therapie besteht darin, (a) die der Beeinträchtigung zugrundeliegende Sprech-, Sprach- oder Kommunikationsstörung zu beseitigen,

ihre Verschlimmerung zu verhindern sowie ihr Ausmass und ihre Auswirkungen zu reduzieren, (b) die funktionsbezogene Aktivität mit Bezug auf die Leistung zu erweitern, (c) Strategien zum Ausgleich der personenbezogenen oder gesellschaftlichen Benachteiligung zu entwickeln, und (d) die Patientin bzw. den Patienten und die Bezugspersonen während der Anpassungsphase zu unterstützen (vgl. ENDERBY & JOHN 2015, 18).

In Anlehnung an die Ottawa-Charta beschreibt die International Association of Communication Sciences and Disorders zusammenfassend die Verbesserung der Lebensqualität jener Individuen als das Ziel der logopädischen Versorgung, die von Störungen der Stimme, des Sprechens, der Sprache, der Kommunikation, des Schluckens und des Hörens betroffen sind (IALP 2020). Dies gilt ungeachtet ihrer sprachlichen und kulturellen Herkunft. Bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung (SES) lässt sich im Vergleich zu sprachgesunden Kindern bereits im Alter von vier bis neun Jahren eine deutliche Beeinträchtigung der individuellen Lebensqualität im Zusammenhang mit sozial-emotionalen Problemlagen feststellen (vgl. EADIE et al. 2018). Insofern kommt der logopädischen Frühdiagnostik und -intervention eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Wengleich nicht Auslöser einer SES, können eine Reihe von Umweltfaktoren eine SES verstärken. Denn wird ein von einer Sprech-, Sprach- oder Kommunikationsstörung betroffenes Kind erst mit vier Jahren oder später logopädisch versorgt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass neben der Kommunikationsstörung bereits weitere soziale, emotionale und kognitive Probleme hinzugekommen sind (vgl. MAGGIO et al. 2014), die nicht nur die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit verstärken, sondern zudem als konfundierende Variablen sowohl die logopädische Differenzialdiagnostik und damit Identifikation, als auch die Therapie erschweren. Vor diesem Hintergrund ist weder eine ausschliesslich kind- noch symptomorientierte Therapie nachhaltig, da Ausmass und Auswirkungen einer SES von den umweltbezogenen Anforderungen abhängig sind, die sich bis ins Jugend- und Erwachsenenalter ändern können. So bedarf es unter Berücksichtigung individueller Übergangs- und Problemsituationen im Rahmen einer Verlaufsdiagnostik ggf. sich über mehrere Jahre erstreckende Therapiephasen, die auf eine Verbesserung der (schul-) alltagsorientierten Kommunikationsfähigkeit mit dem Anspruch auf Teilhabe durch Vermittlung entsprechend problemkompensierender Strategien zielen.



## 6 Konklusion und Konsequenzen

Die Studienlage zeigt, dass die bisherigen im Bildungssystem verorteten und durchgeführten Massnahmen der Primär- und Sekundärprävention nicht oder nur unzureichend die im Zusammenhang mit Mehrspracherwerbs- und Migrationskontexten aufgezeigten Unterschiede zur sprachgesunden, einsprachigen Altersgruppe ausgleichen. So zeigen mehrsprachig in asymmetrischen Sprachumgebungen und/oder sozialen Problemlagen aufwachsende Kinder im Vergleich zur sprachgesunden einsprachigen Altersgruppe derart unterdurchschnittliche Sprachleistungen, die sie nicht nur nicht aufholen, sondern die geringere Teilhabechancen weiter verstärken können. Die Qualität der Beeinträchtigung unterscheidet sich zwar von einer SES, die Auswirkungen können jedoch ähnlich sein. Darüber hinaus sind mehrsprachige Kinder mit SES zweifach betroffen: durch eingeschränkte kognitive (SES) sowie umweltbezogene (Mehrsprachigkeit) Ursachen (vgl. ARMON-LOTEM 2012; VERHOEVEN et al. 2011). Neben den kumulierenden Faktoren der SES kann die Exposition gegenüber multiplen Risikofaktoren im Migrationskontext die nachteiligen Auswirkungen einzelner Faktoren auf die kindliche Entwicklung schliesslich übersteigen.

Sprech-, Sprach- und Kommunikationsauffälligkeiten betreffen demnach nicht nur den Bildungserfolg, sondern auch die Gesundheit. Damit fallen sie zugleich in die Zuständigkeiten unterschiedlicher Versorgungssysteme, deren effektive und effiziente Kollaboration nicht unbedingt gegeben ist. Das bedeutet nicht unbedingt, dass die Frage nach einer neuen Indikation für die Zuführung von Massnahmen der Tertiärprävention

gestellt werden muss. Vielmehr ist es erforderlich, die Begriffe *Sprachgesundheit* sowie *gesunde Entwicklung* zu diskutieren, sofern die Implementation von Gesundheitsförderung im Rahmen schulischer Inklusion ernsthaft angestrebt wird. Die Umsetzung von Inklusion in schulischen Kontexten erfordert einen grundlegenden Paradigmenwechsel und damit mehr als eine additive Perspektive. In diesem Sinne könnte das biopsychosoziale Modell gegenwärtig ein geeignetes Rahmenkonzept zur Bewältigung des Dilemmas *Förderung oder Therapie?* bieten, da es u. a. aus der verschiedenen wissenschaftliche Disziplinen beeinflussenden Systemtheorie hervorgegangen ist und die Medizin als eine der definierten primären wissenschaftlichen Bezugswissenschaften der Logopädie, an den Schnittstellen zu den anderen zentralen Bezugswissenschaften, u. a. der Psychologie und Pädagogik, kohärent öffnet.

Vor diesem Hintergrund sind barrierefrei zugängliche inklusive Versorgungsmodelle vielversprechend, die orientiert an den individuellen Bedarfen diverse Massnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, individuell passgenau und durchgängig sowie systemdurchlässig miteinander verbinden. Weiterentwicklungen des Response-to-Intervention Ansatzes (RTI) bzw. Curriculum-based Measurement (CBM) scheinen hierzu sinnvolle Lösungskonzepte zu bieten (vgl. DENO & FUCHS 1987). So umfasst das Konzept des RTI eine entsprechende Mehrebenenprävention, ein an den Anforderungen dynamisch und funktional ausgerichtetes Progress Monitoring, sowie evidenzbasierte Interventionsmassnahmen. Die erfolgreiche Umsetzung des RTI setzt neben strukturellen Möglichkeiten

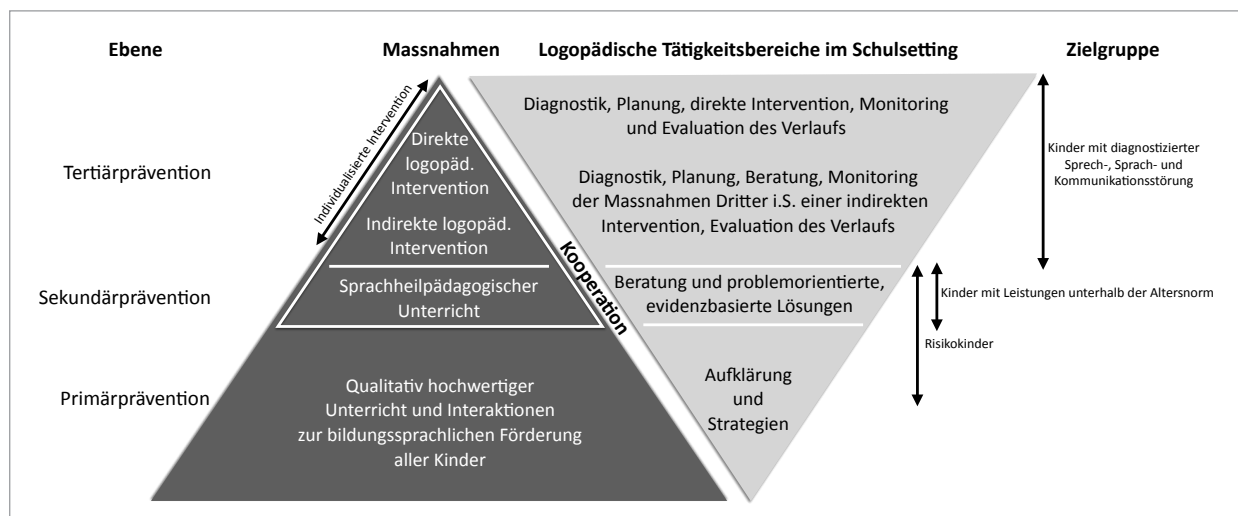


Abb. 1: Modell zur Einordnung logopädischer Expertise im Rahmen der Umsetzung des Response-to-Intervention Ansatzes an Schulen

jedoch die Bereitschaft zu einem multiprofessionellen, koordinierten Zusammenwirken voraus, die neben Lehrerinnen und Lehrern gleichsam Logopädinnen und Logopäden einschliesst. Denn Logopädinnen und Logopäden können einen entscheidenden Beitrag auf jeder der drei Präventionsebenen leisten (vgl. Abb. 1) und differenzialagnostische Kompetenzen zur effektiven und kosteneffizienten Steuerung von Zuweisungsentscheidungen einsetzen (vgl. EBBELS et al. 2019).

In enger Kooperation mit pädagogischen Fachkräften lassen sich durch Kenntnisse über Bedarfe und veränderte Anforderungen sodann gemeinsame Entscheidungen über geeignete Interventionsmassnahmen (Diagnostik, Beratung, Förderung oder Therapie) sowie über vorhandene Zuständigkeiten treffen und damit Ressourcen effektiver nutzen. Schliesslich könnten gemeinsam wesentliche Herausforderungen wie mangelndes Fachwissen, Personalmangel sowie räumliche Barrieren bei der Implementierung und Etablierung von Inklusion ab dem frühen Kindesalter besser bewältigt werden.

Während in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) systemstrukturelle und gesetzliche Vorgaben eine entsprechende Etablierung der Logopädie im Bildungssystem noch erschweren, bieten andere Länder, in denen die Logopädie sowohl im Gesundheits- als auch im Bildungssystem fest verankert ist, geeignetere Umsetzungsmöglichkeiten. So gehören z. B. im Kanton Zürich auf Grundlage des Volksschulgesetzes neben therapeutischen Interventionen auch fachbezogene Interventionen auf den Ebenen Schuleinheit, Lehrperson oder Klasse ebenso zum Berufsauftrag

von Logopädinnen und Logopäden wie auch therapiebegleitende Gespräche, Beratung und Zusammenarbeit mit den Eltern und beteiligten Fachpersonen. In der BRD ausgebildete Sprachheillehrerinnen und -lehrer kommen zudem nicht in Betracht, denn sie verfügen anders als klinisch-therapeutisch ausgebildete Logopädinnen und Logopäden «nur noch selten über die notwendige sprachtherapeutische Qualifikation, da vor dem Hintergrund des Bologna-Dekrets vom 19.06.1999 in den meisten Studienstätten eine deutliche Absenkung der fachspezifischen Anteile im Lehramtsstudium erfolgte und sprachtherapeutische Inhalte nicht mehr in dem erforderlichen Ausmass angeboten werden» (GROHNFELDT & LÜDTKE 2013,118).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Sprache als einen der Entwicklungsbereiche identifiziert, der nicht nur mit frühem Lernen, sondern auch über die gesamte Lebensspanne mit wirtschaftlicher Teilhabe und Gesundheit verbunden ist (vgl. SIDDIQI & HERTZMAN 2007). So bildet nicht mehr ausschliesslich die Ursache, Art und Schwere einer Sprech-, Sprach- und Kommunikationsbeeinträchtigung, sondern auch die Art und Ausprägung der Beeinträchtigung von Teilhabe die Indikation für den Anspruch auf logopädische Leistungen im Früh-, Vorschul-, Primar- und Sekundarbereich. Die perspektivische Verbindung von Gesundheitsförderung und Inklusion unter Einbindung logopädischer Kompetenzen könnte auch für mehrsprachig in asymmetrischen Sprachumgebungen und/oder sozialen Problemlagen mit/ohne SES aufwachsende Kinder zumindest institutionell ein Wegstück zur Chancengleichheit ebnen.

## Literatur

- ALBARRAN, J. W., ROSSER, E., BACH, S., UHRENFELDT, L., LUNDEG, P., & LAW, K. (2011): Exploring the development of a cultural care framework for European care science. In: *International Journal of Qualitative Studies Health Well-being*, 6, 1–11.
- ARCHIBALD, L. (2017): Working memory and language learning: a review. In: *Child Language Teaching and Therapy*, 33, 5–17.
- BAADER, M. S., CLOOS, P., HUNDERTMARK, M. & VOLK, S. (2011): Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung aus der Perspektive sozialer Ungleichheit. Arbeitspapier 197. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- BECKER R. (2016): Bildungseffekte vorschulischer Erziehung und Elementarbildung – Bessere Bildungschancen für Arbeiter- und Migrantenkinder? In: Becker R. & Lauterbach W. (Hrsg.): *Bildung als Privileg*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, 145–81.
- BIALYSTOK, E., LUK, G., PEETS, K. F., & YANG, S. (2010): Receptive vocabulary differences in monolingual and bilingual children. In: *Bilingualism*, 13, 525–531.
- BISHOP, D., SNOWLING, M., THOMPSON, P., GREENHALGH, T., & CONSORTIUM, C. (2016): CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. In: *PLoS ONE*, 11(7), e0158753.
- BISHOP D. V. M., SNOWLING, M. J., THOMPSON, P. A., & GREENHALGH, T. (2017): Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 1068–1080.
- BLOM, W.B.T., DE JONG, J., ORGASSA, A., BAKER, A.E. & WEERMAN, F.P. (2013): Verb inflection in monolingual Dutch and sequential bilingual Turkish-Dutch children with and without SLI. In: *International Journal of Language and Communication Disorders* 48, 382–393.
- CALVO, A. & BIALYSTOK, E. (2014): Independent effects of bilingualism and socioeconomic status on language ability and executive functioning. In: *Cognition*, 130, 278–288.

- CHONDROGIANNI V. & MARINIS T. (2011): Differential effects of internal and external factors on the development of vocabulary, morphology and complex syntax in successive bilingual children. In: *Linguistic Approaches to Bilingualism*, 1, 318–345.
- DE HOUWER, A. (2015): Harmonious bilingual development: Young families' well-being in language contact situations. In: *International Journal of Bilingualism*, 19, 169–184.
- DE LANGEN-MÜLLER, U., KAUSCHKE, C., KIESEL-HIMMEL, C., NEUMANN, K. & NOTERDAEME, M. (Hrsg.) (2011/2016): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). (Synonym: Spezifische Sprachentwicklungsstörungen (SSES)). AWMF Online, Register-Nr.049/006. Unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/LL/049-006.html> [abgerufen am: 26.04.2020].
- DENO, S. L. & FUCHS, L. S. (1987): Developing curriculum-based measurement systems for data-based special education problem solving. In: *Focus on Exceptional Children*, 19, 1–16.
- DESFORGES, C. & ABOUCHAR, A. (2003): The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievement and adjustment: a literature review. DfES Research Report 433. Unter: <https://dera.ioe.ac.uk//6305/> [abgerufen am: 26.04.2020].
- DURKIN, K., & CONTI & RAMSDEN, G. (2010): Young people with specific language impairment: A review of social and emotional functioning in adolescence. In: *Child Language Teaching and Therapy*, 26, 105–121.
- EADIE, P., CONWAY, L., HALLENSTEIN, B., MENSAH, F., MCKEAN, C., & REILLY, S. (2018): Quality of life in children with developmental language disorder. In: *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53, 799–810.
- EBBELS, S. H., MCCARTNEY, E., SLONIMS, V., DOCKRELL, J. E., & NORBURY, C. F. (2019): Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. In: *International journal of language & communication disorders*, 54, 3–19.
- ENDERBY, P., & JOHN, A. (2015): *Therapy Outcome Measures for Rehabilitation Professionals*. 3. Auflage. Guildford: J&R Press.
- EVANS, G. W., LI, D., & WHIPPLE, S. S. (2013): Cumulative risk and child development. In: *Psychological bulletin*, 139, 1342–1396.
- FARNIA, F., & GEVA, E. (2011): Cognitive correlates of vocabulary growth in English language learners. In: *Applied Psycholinguistics*, 32, 711–738.
- FRICKE, S., BURGOYNE, K., BOWYER-CRANE, C., KYRIACOU, M., ZOSIMIDOU, A., MAXWELL, L., LERVAG, A., SNOWLING, M. J., & HULME, C. (2017): The efficacy of early language intervention in mainstream school settings: a randomized controlled trial. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58, 1141–1151.
- FUKINK, R., JILINK, L., & OOSTDAM, R. (2017): A meta-analysis of the impact of early childhood interventions on the development of children in the Netherlands: an inconvenient truth? In: *European Early Childhood Education Research Journal*, 25(5), 656–666.
- FÜSSENICH, I. (2002): Semantik. In: Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.): *Sprachtherapie mit Kindern. Grundlagen und Verfahren*. 5. Auflage. München: Reinhardt, 63–104.
- GRECH, H. & CHENG, L. (2016): Conceptual Framework for Speech Language Pathologists to Work with Migrants: A Focus on Malta. In: *Journal of Educational Issues*, 2, 141–163.
- GRECH, H. & McLEOD, S. (2012): Multilingual Speech and Language Development and Disorders. In: Battle, D. (Hrsg.): *Communication Disorders in Multicultural and International Populations*. 4. Auflage. St Louis, MI: Elsevier, 120–147.
- GRECH, H. & DODD, B. (2007): Assessment of speech and language skills in bilingual children: a holistic approach. In: *Stem-, Spraak- en Taalpathologie* 15, 84–92.
- GROHNFELDT, M. & LÜDTKE, U. (2013): Sprachtherapie in inklusiven schulischen Kontexten. In: *Logos*, 2, 117–121.
- GUVEN, C. & ISLAM, A. (2015): Age at migration, language proficiency, and socioeconomic outcomes: evidence from Australia. In: *Demography*, 52, 513–542.
- HOFF, E., & CORE, C. (2013): Input and Language Development in Bilingually Developing Children. In: *Seminars in Speech and Language*, 34, 215–226.
- HOFF, E., CORE, C., PLACE, S., RUMICHE, R., SEÑOR, M., & PARRA, M. (2012): Dual language exposure and early bilingual development. In: *Journal of Child Language*, 39, 1–27.
- International Association of Communication Sciences and Disorders (IALP): About us. Unter: <https://ialpasoc.info/about-us/> [abgerufen am: 26.04.2020].
- JAMPERT, K., BEST, P., GAUDIATIELLO, A., HOLLER, D & ZEHNBAUER, A. (2005): Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten. Konzepte, Projekte und Massnahmen. Weimar: das netz.
- LEONHARD, L. B. (2014): *Children with specific language impairment*. Cambridge, MA: MIT Press.
- LEONHARD, L. B., ELLIS WEISMER, S., MILLER, C. A., FRANCIS, D. J., TOMBLIN, J. B. & KAIL, R. V. (2007): Speed of processing, working memory, and language impairment in children. In: *Journal of speech, language, and hearing research*, 50, 408–28.
- MAGGIO, V., GRANANA, N. E., RICHAUDEAU, A., TORRES, S., GIANNOTTI, A., & SUBURO, A. M. (2014): Behavior Problems in Children with Specific Language Impairment. In: *Journal of Child Neurology*, 29, 194–202.
- MONTRUL, S. (2008): *Incomplete Acquisition in Bilingualism: Re-Examining the Age Factor*. Amsterdam: Benjamins.
- NICOLSON, R. I. & FAWCETT A. J. (2007): Procedural learning difficulties: reuniting the developmental disorders? In: *Trends in Neuroscience*, 30, 135–141.
- NORBURY, C. F., GOOCH, D., WRAY, C., BAIRD, G., CHARMAN, T., SIMONOFF, E., VAMVAKAS, G., & PICKLES, A. (2016): The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 1247–1257.
- OH J. S. & FULIGNI, A.J. (2010): The role of heritage language development in the ethnic identity and family relationships of adolescents from immigrant backgrounds. In: *Social Development*, 19, 202–220.
- PARADIS, J. (2010): The interface between bilingual development and specific language impairment. In: *Applied Psycholinguistics*, 31, 227–252.
- PARADIS, J. (2009): Second language acquisition in children. In: Hoff, E. & Shatz, M. (Hrsg.): *Handbook of Language Development*. Oxford: Blackwell Publishing.
- PARADIS, J. (2005): Grammatical Morphology in Children Learning English as a Second Language: Implications of Similarities with Specific Language Impairment. In: *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36, 172–187.
- PLACE, S., & HOFF, E. (2011): Properties of Dual Language Exposure that Influence 2-Year-Olds' Bilingual Proficiency. In: *Child Development*, 82, 1834–1849.
- REILLY, S., TOMLIN, B., LAW, J., MCKEAN, C., MENSAH, F. K., MORGAN, A., GOLDFELD, S., NICHOLSON, J. M. & WAKE, M. (2014): Specific Language Impairment: A Convenient Label for Whom? In: *International Journal of Language and Communication Disorders* 49, 416–51.
- ROSEBERRY MCKIBBIN, C. (2002): *Serving multicultural students with special language needs: Practical strategies for assessment and intervention*. 2. Auflage. Oceanside, CA: Academic Communication Associates.
- ROESSINGH, H., & ELGIE, S. (2009): Early Language and Literacy Development Among Young English Language Learners: Preliminary Insights from a Longitudinal Study. In: *TESL Canada Journal*, 26, 24–45.
- ROOS, J., POLOTZEK, S. & SCHÖLER, H. (2010): Evaluationsstudie zur Sprachförderung von Vorschulkindern. Unmittelbare und längerfristige Wirkungen von Sprachförderungen in Mannheim und Heidelberg. Abschlussbericht. Unter: [https://www.sagmalwas-bw.de/fileadmin/Mediendatenbank\\_DE/Sag\\_Mal\\_Was/Dokumente/EVAS\\_Abschlussbericht\\_mit-Anhang\\_und\\_Vorspann\\_und\\_Danksagung\\_21-04-2010.pdf](https://www.sagmalwas-bw.de/fileadmin/Mediendatenbank_DE/Sag_Mal_Was/Dokumente/EVAS_Abschlussbericht_mit-Anhang_und_Vorspann_und_Danksagung_21-04-2010.pdf) [abgerufen am: 26.04.2020].

- SCHARFF RETHFELDT, W. (2017): Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. In M. Grohnfeldt (Hrsg.): *Kompodium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie*, Bd. 3. Stuttgart: Kohlhammer, 170-191.
- SCHARFF RETHFELDT, W. (2016): Kultursensible logopädische Versorgung in der Krise – zur Relevanz sozialer Evidenz. In: *Forum Logopädie*, 30, 38-43.
- SCHARFF RETHFELDT, W. & EBBELS, S. (2019): Terminologie der Sprachentwicklungsstörung (SES). Auf dem Weg zu einem internationalen Konsens. In: *Forum Logopädie*, 33, 24-31.
- SCHOON, I., PARSONS, S., RUSH, R., & LAW, J. (2010): Children's Language Ability and Psychological Development: A 29-Year Follow-Up Study. In: *Pediatrics*, 126(1): e73-80.
- SCHULZ, P. & TRACY, R. (2011): *LiSe-DaZ. Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache*. Göttingen: Hogrefe.
- SIDDIQI, I. L. & HERTZMAN, C. (2007): *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- SMOLANDER, S., LAASONEN, M., ARKKILA, E., LAHTI-NUUTILA, P., & KUNNARI, S. (2017): Second language (L2) performance in typically developing and language impaired (LI) children. The 5th International Composium on Communication Disorders in Multilingual Populations, August 2017 in Bremen.
- TROFIMOVICH, P., & TURUŠEVA, L. (2015): Ethnic identity and second language learning. In: *Annual Review of Applied Linguistics*, 35, 234-252.
- ULLMAN, M. T. (2004): Contributions of memory circuits to language: the declarative/ procedural model. In: *Cognition*, 92, 231-270.
- UNSWORTH, S. (2016): Early child L2 acquisition: Age or input effects? Neither, or both? In: *Journal of Child Language*, 43, 608-634.
- VERHOEVEN, L., STEENGE, J., VAN WEERDENBURG, M., VAN BALKOM, H. (2011): Assessment of second language proficiency in bilingual children with specific language impairment: A clinical perspective. In: *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1798-1807.
- WIEFFERINK, K., VAN BEUGEN, C., WEGENER SLEESWIJK, B. & GERRITS, E. (2020): Children with language delay referred to Dutch speech and hearing centres: caseload characteristics. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* 0(0), 1-10.
- WINSLER, A., BURCHINAL, M. R. & TIEN, H.-C. (2014): Early development among dual language learners: the roles of language use at home, maternal immigration, country of origin, and socio-demographic variables. In: *Early Childhood Research Quarterly*, 29, 750-64.
- World Health Organization (WHO) (2007): *International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY*. World Health Organization. Unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43737> [abgerufen am: 26.04.2020].
- World Health Organization (WHO) (2001): *International classification of functioning, disability, and health: ICF*. Geneva: World Health Organization. Unter: [https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407?search-result=true&query=icf&scope=&rpp=10&sort\\_by=score&order=desc](https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407?search-result=true&query=icf&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc) [abgerufen am: 26.04.2020].
- World Health Organization (WHO) (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*. Unter: [https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf) [abgerufen am: 26.04.2020].
- WYLIE, K., McALLISTER, L., DAVIDSON, B., & MARSHALL, J. (2013): Changing practice: Implications of the World Report on Disability for responding to communication disabilities in underserved populations. In: *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 1-13.
- YEW, S. G. H., & O'KEARNEY, R. (2013): Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: Meta-analyses of controlled prospective studies. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 516-24.