

# Kompetenzempfinden bei der Sprachentwicklungsdiagnostik mehrsprachiger Kinder

Self-perceived competence when diagnosing developmental language disorder in multilingual children

**Schlüsselwörter:** Mehrsprachigkeit, Diagnostik, Kompetenz, Sprachentwicklungsstörung

**Keywords:** Multilingualism, diagnostics, competence, developmental language disorder

**Zusammenfassung:** SprachtherapeutInnen haben in früheren Studien von ihrer Unsicherheit berichtet, bei mehrsprachigen Kindern klar zwischen einer Sprachentwicklungsstörung und einem Sprachförderbedarf trennen zu können. Sie haben deshalb den Wunsch geäußert, in diesem Bereich zu einem vertieften Wissen zu gelangen. Die folgende Studie untersucht, ob sich das diesbezügliche Lehrangebot an Hoch- und Berufsfachschulen in den letzten zehn Jahren in dieser Hinsicht erweitert und sich (gegebenenfalls daraus folgend) das Kompetenzempfinden der TherapeutInnen in den letzten zehn Jahren verändert hat. Im Rahmen einer Fragebogenstudie wurden Daten zu möglichen Einflussgrößen wie ‚Berufserfahrung‘, ‚Ausbildungsinhalte zum Thema Mehrsprachigkeit‘, ‚Mehrsprachigkeit von Kindern und TherapeutInnen‘, ‚Kenntnisse und Kompetenzempfinden bei der Sprachentwicklungsdiagnostik mehrsprachiger PatientInnen‘ sowie ‚Erfahrung im Umgang mit entsprechendem Testmaterial‘ erhoben. An der Studie nahmen 192 SprachtherapeutInnen teil. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in den letzten Jahren mehr Veranstaltungen zum Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ angeboten und besucht wurden. Die TherapeutInnen äußern aber weiterhin im Einklang mit weiteren Befragungsstudien eine fortbestehende Unzufriedenheit mit den zur Verfügung stehenden Testmaterialien für die Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern. Darüber hinaus zeigte sich, dass sich ProbandInnen mit mehr Berufserfahrung kompetenter in der Diagnostik mehrsprachiger Kinder fühlen als TherapeutInnen mit weniger Berufserfahrung. Dass sich insgesamt keine größeren Veränderungen im Vergleich zu früheren Studienergebnissen feststellen ließen, lässt vermuten, dass die Anzahl besuchter Lehrveranstaltungen einen eher geringen Einfluss auf das Kompetenzempfinden nimmt. Es muss weiter untersucht werden, welche Maßnahmen sich positiv auf die empfundene Kompetenz bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder auswirken können.

**Abstract:** In previous studies, speech and language therapists have often reported insecurity about their ability to clearly distinguish between developmental language disorders and a need for language support in multilingual children. Therefore, they expressed the wish to acquire more in-depth knowledge in this area. This study examines whether the range of courses offered at universities and professional schools has expanded in the last ten years and whether this and/ or other factors have an impact on the self-perceived competence of therapists. In an online questionnaire, we collected data on potential influencing factors such as professional experience, participation in courses on multilingualism, multilingualism of children and therapists, knowledge and self-perceived competence in diagnosing multilingual children, as well as the experience in using relevant test material. 192 speech and language therapists took part in this study. Participants who graduated more recently (i.e., in the last ten years) reported to have attended more courses on multilingualism. However, in line with previous research, participants still report dissatisfaction with the available diagnostic tools for multilingual children. Moreover, it was found that participants with more professional experience (more than ten years) feel more competent in diagnosing multilingual children compared to therapists who graduated more recently and who have less professional experience. The fact that no major changes were found overall compared to previous study results suggests that the number of courses attended has a rather small influence on the perception of competence. Further research is needed to determine which measures can have a positive impact on perceived competence in diagnosing multilingual children.

## Einleitung

Die Anzahl der Kinder in Deutschland, die mit mehr als einer Sprache aufwachsen, hat in den letzten Jahr(zehnt)en stark zugenommen. Bei diesen Kindern liegt mit derselben Wahrscheinlichkeit eine Sprachentwicklungsstörung (SES) vor wie bei einsprachigen Kindern – es gibt keine Befunde, die einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Mehrsprachigkeit und einer SES nahelegen, wie früher angenommen (Kannengieser, 2015; Paradis, 2007; Scharff Rethfeldt, 2013). Eine SES tritt bei einem Anteil von sieben bis acht Prozent aller Kinder auf (Norbury et al., 2016; Tomblin et al., 1997). Schätzungsweise ein Drittel aller Kinder in Deutschland ist mehrsprachig, Tendenz steigend (Chilla et al., 2013). Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass auch ein Drittel der Kinder in sprachtherapeutischer Behandlung mehrsprachig ist. Dies stellt SprachtherapeutInnen aus verschiedenen Gründen vor große Herausforderungen. Im Rahmen der sprachtherapeutischen Eingangsuntersuchung muss zunächst differenzialdiagnostisch festgestellt werden, ob tatsächlich eine SES vorliegt oder aber „nur“ ein Sprachförderbedarf besteht, der keine Verordnung einer sprachtherapeutischen Behandlung indiziert. Die Unterscheidung fällt dabei nicht immer leicht, da mehrsprachige Spracherwerbsverläufe sehr variabel sein können und sich sprachliche Profile von typisch entwickelten, mehrsprachigen Kindern und solchen mit einer SES ähneln können (Paradis, 2010).

### KURZBIOGRAFIE

**Rieke Marxen** ist Klinische Linguistin (M.Sc.). Sie arbeitet als Sprachtherapeutin in einer interdisziplinären Frühförderstelle. Ende 2019 schloss sie aufbauend auf das Bachelorstudium Klinische Linguistik den gleichnamigen Masterstudiengang an der Universität Bielefeld ab. Die hier veröffentlichten Studienergebnisse sind im Rahmen ihrer Masterarbeit entstanden.

Zwischen 2001 und 2013 wurden mehrere Befragungen von SprachtherapeutInnen im deutschsprachigen Raum bezüglich der Behandlung mehrsprachiger Kinder durchgeführt, die eine große Unsicherheit auf Seiten der TherapeutInnen deutlich gemacht haben: Vor allem in Bezug auf die Diagnostik, jedoch auch in Bezug auf die Therapie und auf weitere Aspekte im Umgang mit mehrsprachigen Menschen werden Schwierigkeiten und Unsicherheiten berichtet (Friedrich & von Knebel, 2017; Lüke & Ritterfeld, 2011; Schütt & Lüdtke, 2013; Wintruff et al., 2011). Viele TherapeutInnen gaben an, die Erstsprache, außer bei der Erhebung der Anamnese, nicht zu berücksichtigen (Schmölz, 2007). Die Ergebnisse der Umfrage von Wintruff et al. (2011) bestätigten diese Angaben. Spezielle Testverfahren für mehrsprachige Kinder würden nur von Wenigen eingesetzt. Bei der Bewertung der Qualität ihrer Diagnostik sagten 61%, sie seien „insgesamt weniger zufrieden“ (Wintruff et al., 2011, S. 10). Sie wünschten sich Testverfahren für verschiedene Sprachen, die auch von sprachunkundigen TherapeutInnen durchgeführt werden können, sowie eine stärkere Berücksichtigung des Themas in den Curricula der Ausbildungsstätten. Die Befragung von Lüke und Ritterfeld (2011) zeigte zudem deutlich, dass das eigene Kompetenzzempfinden der TherapeutInnen hinsichtlich der Diagnostik mehrsprachiger Kinder deutlich niedriger ist als in Bezug auf die Sprachtherapie und die Elternberatung. Die zuletzt durchgeführte Umfrage im Jahr 2013 ergab, dass die Diagnostik eines mehrsprachigen Kindes für ca. 80% der Personen mehr Aufwand bedeutete als die eines einsprachigen und sich knapp 50% der TherapeutInnen hierbei eher unsicher fühlten (Friedrich & von Knebel, 2017).

Zusammenfassend kann die Diagnostik mehrsprachiger Kinder als sehr anspruchsvoll bezeichnet werden, da diese PatientInnengruppe von einer großen Variabilität gekennzeichnet ist. Wie die Befragungen zeigen, wurde dementsprechend vor allem der Bereich ‚Diagnostik‘ von den TherapeutInnen als problematisch empfunden. Viele der damals Befragten äußerten den Wunsch nach spezifischen Testverfahren, die zur Diagnostik

mehrsprachiger Kinder geeignet sind. Außerdem schlugen sie vor, das Thema umfassender in Studium und Ausbildung zu integrieren.

Mit der vorliegenden Studie wurde daher anhand von Gruppenvergleichen zwischen TherapeutInnen mit einem Abschluss innerhalb der vergangenen zehn Jahre im Vergleich zu TherapeutInnen mit einem Abschluss vor mehr als zehn Jahren untersucht, ob das Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ zunehmend stärker in der Lehre berücksichtigt wurde und wie sich das Kompetenzzempfinden der TherapeutInnen bezüglich der Diagnostik im Laufe der letzten zehn Jahre entwickelt hat. Die Studienergebnisse sollen Erkenntnisse liefern, welche Faktoren Einfluss auf das Kompetenzzempfinden nehmen. Daraus können mögliche Wegweiser und Implikationen abgeleitet werden, wie die Sicherheit der TherapeutInnen im Umgang mit mehrsprachigen Kindern in der Diagnostik zukünftig weiter optimiert werden könnte.

### Folgende Fragestellungen wurden konkret untersucht:

1. Haben SprachtherapeutInnen in den letzten zehn Jahren mehr Lehrveranstaltungen zum Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ im Rahmen ihrer Ausbildung/ ihres Studiums besucht als diejenigen mit Abschluss vor mehr als zehn Jahren?
2. Welche Sprachen werden aktuell von TherapeutInnen und den von ihnen therapierten Kindern zusätzlich zum Deutschen gesprochen und inwiefern spielt diese Variabilität eine Rolle für die Diagnostik und Therapie von mehrsprachigen Kindern?
3. Lassen sich bei den TherapeutInnen, deren Abschluss zehn oder weniger Jahre zurückliegt, bessere Kenntnisse über die diagnostische Vorgehensweise bei mehrsprachigen Kindern bzw. ein anderes diagnostisches Vorgehen feststellen als bei denen, deren Abschluss mehr als zehn Jahre zurückliegt?
4. Welche Faktoren haben einen Einfluss auf das Kompetenzzempfinden der TherapeutInnen bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder?

## Methode

### Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Online-Befragung durchgeführt, die über soziale Medien und über die Homepage des Deutschen Bundesverbands für akademische Sprachtherapie und Logopädie (dbs) verbreitet wurde. Außerdem wurde darum gebeten, den Link an KollegInnen weiterzuleiten. Die anonymisierte Umfrage war im Zeitraum von April bis Mai 2019 ca. acht Wochen lang online verfügbar.

### Stichprobe

Die Befragung richtete sich an SprachtherapeutInnen mit mindestens einer abgeschlossenen Ausbildung oder einem Bachelorabschluss. Insgesamt öffneten 597 Personen die Befragung, zwei Drittel begannen sie jedoch nicht, sondern beendeten ihre Teilnahme bereits auf der ersten Seite wieder. Von den verbleibenden 209 Datensätzen wurden weitere 17 ausgeschlossen, da die Befragten bislang noch keine eigene Berufspraxis hatten. Die Stichprobe umfasst demnach 192 TherapeutInnen, von denen 71,4% einen akademischen Hochschulabschluss und 42,2% einen nichtakademischen Berufsabschluss haben<sup>1</sup>.

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (58%) hat ihren (letzten) Abschluss zwischen 2010 und 2019 erworben, knapp 23% zwischen 2000 und 2009, knapp 14% zwischen 1990 und 1999 und etwas mehr als fünf Prozent zwischen 1975 und 1990. Je länger der Abschluss der TherapeutInnen zurückliegt, desto geringer fällt ihr Anteil an der Befragung aus. Für die Beantwortung der Fragestellungen wurden Gruppenvergleiche zwischen TherapeutInnen, die ihren Abschluss vor zehn oder weniger Jahren erworben haben und jenen mit Abschluss vor mehr als zehn Jahren vorgenommen.

Im Mittel besitzen die Teilnehmenden knapp zehn Jahre Berufserfahrung ( $M=9,75$ ), davon durchschnittlich knapp acht Jahre ( $M=7,85$ ) mit mehrsprachigen Kindern. Die SprachtherapeutInnen arbeiten zum Großteil in niedergelassenen Praxen (88,5%). Weitere Arbeitsstellen

.....  
<sup>1</sup> Mehrfachantworten waren möglich, daher liegt der Gesamtwert bei über 100%.

sind Frühförderstellen (5,7%), Rehabilitationskliniken (3,7%), Sprachheilkindergärten (3,1%) und Sozialpädiatrische Zentren (1%). 8,9% sind an anderen Institutionen tätig, wie bspw. an Berufsfachschulen, Hochschulen oder in der Akutklinik. Eine Mehrfachnennung war auch hier möglich.

Knapp zehn Prozent der Studienteilnehmenden ( $n=18$ ) geben an, selbst mehrsprachig aufgewachsen zu sein. Viele beherrschen zudem eine oder mehrere Sprachen auf hohem Niveau. Dabei war Englisch die mit Abstand am häufigsten genannte Sprache ( $n=100$ ). Danach folgten Französisch, Niederländisch (beide  $n=9$ ) und Spanisch ( $n=5$ ). Jeweils drei Personen geben an, Italienisch und Russisch auf hohem Niveau zu beherrschen, zwei Polnisch. Jeweils eine Person nennt Arabisch, Sorbisch, Türkisch und Ungarisch. Unter den TherapeutInnen, die ihren Abschluss vor mehr als zehn Jahren erworben haben, fanden sich lediglich sechs Prozent mehrsprachige Personen, wohingegen der Anteil der mehrsprachigen Personen unter den TherapeutInnen mit einem kürzer zurückliegenden Abschluss bei 11,9% lag. Ansonsten fanden sich jedoch keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

## KURZBIOGRAFIE

**Prof. Dr. Carina Lüke** ist Klinische Linguistin (M.Sc.) und Rehabilitationspädagogin (B.A.). Nach Tätigkeiten an der Technischen Universität Dortmund, der Universität Paderborn und der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, hat sie seit August 2020 den Lehrstuhl für Sonderpädagogik III – Sprachheilpädagogik an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg inne. Ihre inhaltlichen Schwerpunkte sind die Kommunikations- und Sprachentwicklung sowie die Diagnostik, Therapie und schulische Förderung von ein- und mehrsprachigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörung. Sie ist Vorstandsmitglied der GISKID.

## Material

Die Umfrage wurde mit Hilfe der Fragebogen-Software „Unipark“ von „questback“ erstellt. Zur Erfassung der Konstrukte *Lehrinhalte*, *Diagnostikkenntnisse*, *Kompetenzempfinden* und *Weiterbildung* wurden insgesamt 35 Zustimmungssitems präsentiert (Tab. 1). Die Zuordnung der Items zu den Konstrukten erfolgte theoriegeleitet. Darüber hinaus wurden weitere Daten, u. a. soziodemografische, erhoben.

1. Im ersten Teil (Konstrukt *Lehrinhalte*) wurde anhand einer fünfstufigen Ratingskala (0=trifft überhaupt nicht zu, 1=trifft eher nicht zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft eher zu, 4=trifft voll zu) erfragt, ob und in welchem Ausmaß das Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ im Rahmen der Ausbildung bzw. des Studiums behandelt wurde. Anschließend entschied sich durch die Beantwortung einer Filterfrage die Fortführung der Umfrage: Bei vorhandener Erfahrung mit mehrsprachigen Kindern wurde zu detaillierteren Fragen hierzu weitergeleitet (Abschnitte 2 und 3), Teilnehmende ohne Erfahrung führen mit Frageblock vier fort.

2. Im zweiten Block (Konstrukte *Kenntnisse* und *Kompetenzempfinden*) sollte die eigene Vorgehensweise bei der Diagnostik sowie eigene Kenntnisse und Kompetenzen anhand von fünfstufigen Ratingskalen eingeschätzt werden (z. B.: 0=nie, 1=selten, 2=manchmal, 3=oft, 4=immer) (Tab. 1).

3. Der dritte Abschnitt (Konstrukt *Kenntnisse*) beinhaltete Fragen dazu, welche Diagnostikmaterialien – sowohl für Ein- als auch für Mehrsprachige – den TeilnehmerInnen bekannt sind und welche sie bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder anwenden. Es gab die Möglichkeit, eigenständig Verfahren zu ergänzen.

4. In Frageblock vier (Konstrukt *Weiterbildung*) wurden die ProbandInnen dazu befragt, wie häufig sie welche Art von Weiterbildungs- oder Informationsmaßnahmen zum Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ nutzen und dazu ebenfalls fünfstufige Ratingskalen angewendet (0=sehr selten/nie, 1=selten, 2=manchmal, 3=oft, 4=sehr oft; zusätzliche Antwortmöglichkeiten: weiß nicht; bisher nicht, aber würde ich gern).



5. Im letzten Teil wurden die TherapeutInnen um die Angabe von soziodemografischen Daten gebeten (vgl. Stichprobe) und u. a. die Berufsbezeichnung, Berufserfahrung in Jahren, der Abschlusszeitraum, eigene Sprachkenntnisse, der Anteil an mehrsprachigen Kindern in der Therapie sowie Sprachen, die die therapierten Kinder sprechen, erfasst.

Für den Großteil der Fragen waren Antwortmöglichkeiten vorgegeben, teilweise auch mit Mehrfachauswahl. Fragen mit

einer großen Bandbreite an individuellen Antwortmöglichkeiten wurden offen gestellt (z. B. „Welche Sprachen sprechen die Kinder, die Sie therapieren, zusätzlich zur deutschen Sprache?“).

### Datenauswertung

Die Reliabilität der Skalen wurde mittels „Cronbach's Alpha“ überprüft. Alle Werte lagen zwischen .72 und .94 und sprechen damit für eine akzeptable bis hohe Reliabilität.

Zur Bestimmung von Gruppenunterschieden zwischen TherapeutInnen, die ihren Abschluss vor zehn oder weniger Jahren gemacht haben, und TherapeutInnen, deren Abschluss länger als zehn Jahre zurückliegt, wurden „Mann-Whitney-U-Tests“ für unverbundene Stichproben durchgeführt. Es wurde auf dieses non-parametrische Verfahren zurückgegriffen, da die Daten nicht normalverteilt sind und, um Einflüsse verschiedener Faktoren wie bspw. Berufserfahrung auf das Kompetenzzempfinden zu ermitteln, lineare, schrittweise Regressionsanalysen durchgeführt.

## Ergebnisse

### Lehrveranstaltungen in Ausbildung/Studium

Knapp 30% der Teilnehmenden hatten während ihrer Ausbildung/ihrer Studiums entweder keine oder eine Lehrveranstaltung zum Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ besucht; 16,8% nannten zwei Veranstaltungen und 7,7% drei oder mehr. 34 Personen (15,3%) gaben als Antwort *weiß nicht* an.

Die Befragten, deren Abschluss zehn oder weniger Jahre zurücklag, hatten signifikant mehr Veranstaltungen zum Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ besucht ( $Md=1.0$ ,  $IQR=1.0$ ) als diejenigen, deren Abschluss mehr als zehn Jahre zurücklag ( $Md=0$ ,  $IQR=1.0$ ,  $U=4397$ ,  $z=-4.8$ ,  $p<.001$ ). Inhaltlich wurde in der Ausbildung oder dem Studium derjenigen, die ihren Abschluss vor zehn oder weniger Jahren erlangt hatten, am häufigsten auf „verschiedene Formen des mehrsprachigen Spracherwerbs“ eingegangen: 42% gaben an, es *treffe voll zu*, dass dieses Themengebiet behandelt wurde. Laut ca. 40% *treffe es voll oder eher zu*, dass allgemein auf die Thematik ‚Mehrsprachigkeit in der Sprachtherapie‘ eingegangen wurde. 28% derjenigen mit Abschluss vor mehr als zehn Jahren gaben an, dass es *teilweise zutreffe*, dass sie während ihrer Ausbildung/ihrer Studiums zum Thema ‚Mehrsprachigkeit in der Sprachtherapie‘ unterrichtet wurden; 26% äußerten, dies *treffe eher nicht zu*.

Alle anderen aufgeführten Themenbereiche (u. a. ‚Ablauf des Spracherwerbs bei Mehrsprachigkeit‘, ‚kulturelle Besonderheiten‘, ‚Anamnese‘, ‚Diagnostik der

SKALA	ITEMS
<b>Lehrinhalte</b>	<p>In meiner Ausbildung/meinem Studium wurde auf folgende Aspekte eingegangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehrsprachigkeit in der Sprachtherapie</li> <li>• Ablauf des Spracherwerbs bei mehrsprachigen Kindern</li> <li>• verschiedene Formen des mehrsprachigen Spracherwerbs (z. B. simultan vs. sukzessiv)</li> <li>• die Besonderheiten verschiedener Kulturen (z. B. (non-)verbale Kommunikation; Normen, Werte, Verhaltensmuster usw.)</li> <li>• die Anamnese bei mehrsprachigen Kindern</li> <li>• die Diagnostik/Befunderhebung der Erstsprache bei mehrsprachigen Kindern</li> <li>• die Diagnostik/Befunderhebung der Zweitsprache bei mehrsprachigen Kindern</li> <li>• die Therapie von mehrsprachigen Kindern</li> <li>• die Elternberatung bei mehrsprachigen Kindern</li> </ul>
<b>Kenntnisse</b>	<p>Wenn ich mehrsprachige Kinder sprachtherapeutisch behandle,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verwende ich dazu Anamnesebögen, die für einsprachige Kinder entwickelt wurden.</li> <li>• verwende ich dazu Elternfragebögen, die für einsprachige Kinder entwickelt wurden.</li> <li>• verwende ich dazu Diagnostikverfahren/Screenings, die für einsprachige Kinder entwickelt wurden.</li> <li>• beziehe ich dabei nur die deutsche Sprache mit in den Diagnostikprozess ein.</li> <li>• beziehe ich dabei die nicht-deutsche Sprache des Kindes mit in den Diagnostikprozess ein.</li> <li>• verwende ich dazu Anamnesebögen, die speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurden.</li> <li>• verwende ich dazu Elternfragebögen, die speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurden.</li> <li>• verwende ich dazu Diagnostikverfahren/Screenings, die Deutsch als Zweitsprache überprüfen.</li> <li>• verwende ich dazu Diagnostikverfahren/Screenings, die die nicht-deutsche Sprache des Kindes überprüfen.</li> <li>• Ich fühle mich unzureichend über die aktuell vorhandenen Diagnostikmaterialien speziell für mehrsprachige Kinder informiert.</li> <li>• Ich weiß, dass es Diagnostikverfahren zur Testung verschiedener nicht-deutscher Erstsprachen gibt, die für TherapeutInnen ohne Kenntnisse dieser Erstsprache erstellt wurden.</li> <li>• Ich weiß, dass die Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses ein hilfreicher Bestandteil zur Feststellung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei mehrsprachigen Kindern ist.</li> <li>• Ich greife bei der Diagnostik von mehrsprachigen Kindern auf die Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses zurück.</li> </ul>
<b>Kompetenzempfinden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin unsicher, welche Diagnostikverfahren ich bei mehrsprachigen Kindern einsetzen kann.</li> <li>• Ich fühle mich im Umgang mit Diagnostikmaterial, das speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurde, sicher.</li> <li>• Bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder fühle ich mich überfordert.</li> <li>• Ich fühle mich bei der Diagnosestellung einer Sprachentwicklungsstörung bei mehrsprachigen Kindern sicher.</li> <li>• Es fällt mir leicht, die spezifischen Bedingungen mehrsprachiger Kinder in der Anamnese zu erfassen.</li> <li>• Ich fühle mich bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder sicher.</li> </ul>
<b>Weiterbildung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich informiere mich im Internet zum Thema Mehrsprachigkeit.</li> <li>• Ich informiere mich in Fachbüchern zum Thema Mehrsprachigkeit.</li> <li>• Ich informiere mich in Fachzeitschriften zum Thema Mehrsprachigkeit.</li> <li>• Ich tausche mich mit KollegInnen zum Thema Mehrsprachigkeit aus.</li> <li>• Ich besuche Fachtagungen zum Thema Mehrsprachigkeit.</li> <li>• Ich besuche Vorträge oder Workshops zum Thema Mehrsprachigkeit.</li> <li>• Ich besuche Fortbildungen zum Thema Mehrsprachigkeit.</li> </ul>

Tabelle 1 **Items der Skalen Lehrinhalte, Diagnostikkenntnisse, Kompetenzzempfinden und Weiterbildung**

## In meiner Ausbildung/meinem Studium wurde auf folgende Aspekte eingegangen:

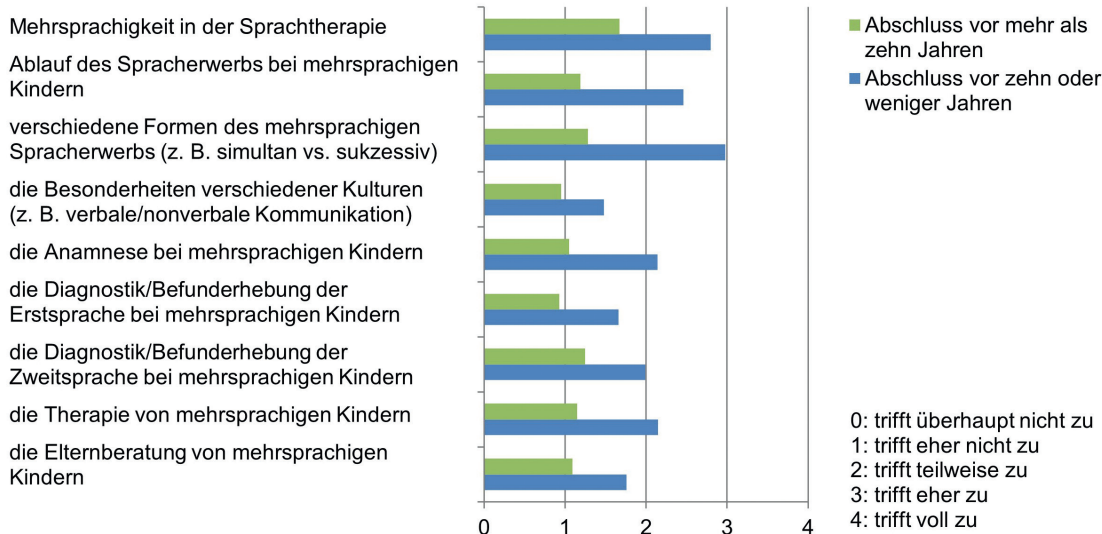


Abbildung 1 Vergleich der Behandlung verschiedener Aspekte des Themas ‚Mehrsprachigkeit in Ausbildung/Studium‘ zwischen zwei Gruppen mit unterschiedlichem Abschlusszeitraum

Erst- und Zweitsprache‘ und ‚Elternberatung‘) wurden in der Lehre in beiden Gruppen zu über 60% *überhaupt nicht*, *eher nicht* oder nur *teilweise* behandelt (Abb. 1). Insgesamt hatten die Teilnehmenden mit Abschluss vor zehn oder weniger Jahren ein signifikant breiteres Themenangebot ( $Md=2.11$ ,  $IQR=1.22$ ) als diejenigen mit Abschluss vor mehr als zehn Jahren ( $Md=1.0$ ,  $IQR=1.36$ ,  $U=7217$ ,  $z=-6.6$ ,  $p<.001$ ).

Eine offene Fragestellung zu rückblickenden Wünschen zum Thema ‚Mehrsprachigkeit in der Lehre‘ wurde von über 100 Teilnehmenden beantwortet. Die genannten Antworten deckten dabei fast alle relevanten Themengebiete, wie ‚Diagnostik‘, ‚Therapie‘, ‚Elternberatung‘ etc., ab.

### Mehrsprachigkeit der TherapeutInnen und Kinder

Wie oben erwähnt, befanden sich in der Stichprobe 18 Personen, die selbst mehrsprachig aufgewachsen waren. Außerdem gab es insgesamt 103 Teilnehmende, die angaben, mindestens eine Sprache zusätzlich zum Deutschen auf hohem Niveau zu beherrschen: zumeist Englisch. Einige TherapeutInnen ( $n=32$ ) führten an, auch Behandlungen in anderen Sprachen als Deutsch anzubieten. Ebenfalls war hier Englisch am häufigsten vertreten

( $n=22$ ). Weitere angebotene Sprachen waren Niederländisch ( $n=4$ ), Russisch ( $n=3$ ), Türkisch ( $n=2$ ), Französisch, Polnisch und Sorbisch (jeweils  $n=1$ ). Zwei TeilnehmerInnen dokumentierten zudem, Therapien durchzuführen, in denen sie die deutsche Gebärdensprache einsetzen. Es wurden von den Befragten insgesamt 46 verschiedene Sprachen genannt (darunter inhaltliche Dopplungen wie „Chinesisch“ und „Mandarin“), die die von ihnen therapierten mehrsprachigen Kinder neben dem Deutschen erwerben.

### Kenntnisse und Vorgehen bei der Diagnostik

Bezüglich ihres Vorgehens bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder wurde von knapp 80% der Befragten geäußert, sie verwendeten *nie* oder *selten* spezielle Verfahren oder Screenings, die die nicht-deutsche Sprache oder Deutsch als Zweitsprache überprüfen (Abb. 2). Ca. 60% verwendeten *nie* oder *selten* Anamnese- oder Elternfragebögen, die speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurden. Dagegen wurden Anamnesebögen und Diagnostikverfahren/Screenings, die für einsprachige Kinder entwickelt wurden, von ca. 70% der Teilnehmenden *oft* oder *immer* angewandt. Knapp 50% nutzten Elternfragebögen für einsprachige Kinder *oft* oder *immer*. Bei

der Verwendung von Testverfahren und Anamnesebögen unterscheiden sich TherapeutInnen abhängig von dem Zeitraum, in dem sie ihren Abschluss erworben haben, nahezu nicht voneinander. Lediglich bei der allgemeinen Abfrage zur Berücksichtigung der nicht-deutschen Sprache („Wenn ich mehrsprachige Kinder sprachtherapeutisch behandle, dann beziehe ich die nicht-deutsche Sprache des Kindes mit in den Diagnostikprozess ein.“) geben die TherapeutInnen, deren Abschluss mehr als zehn Jahre zurückliegt, häufiger an, auch die nicht-deutsche Sprache in die Diagnostik mit einzubeziehen ( $Md=4.0$ ,  $IQR=2.0$ ) als jene, die ihren Abschluss innerhalb der vergangenen zehn Jahre erworben haben ( $Md=3.0$ ,  $IQR=2.0$ ,  $U=3475$ ,  $z=2.54$ ,  $p=.011$ ). Ebenso bei der Verwendung von Elternfragebögen, die spezifisch für mehrsprachige Kinder entwickelt worden sind, ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zu finden ( $U=3697$ ,  $z=1.98$ ,  $p=.048$ ), wobei dieser durch eine größere Streuung innerhalb der TherapeutInnen mit einem länger zurückliegenden Abschluss ( $Md=2.0$ ,  $IQR=3.0$ ) im Vergleich zu den TherapeutInnen mit einem eher kürzlich erworbenen Abschluss ( $Md=2.0$ ,  $IQR=2.0$ ) zurückgeführt werden kann. Knapp 70% der Befragten, deren Abschluss mehr als zehn Jahre zurückliegt,

## Wenn ich mehrsprachige Kinder sprachtherapeutisch behandle, ...

... verwende ich dazu Diagnostikverfahren/Screenings, die die nicht-deutsche Sprache des Kindes überprüfen.

... verwende ich dazu Diagnostikverfahren/Screenings, die Deutsch als Zweitsprache überprüfen.

... verwende ich dazu Elternfragebögen, die speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurden.

... verwende ich dazu Anamnesebögen, die speziell für mehrsprachige Kinder entwickelt wurden.

... beziehe ich dabei die nicht-deutsche Sprache des Kindes mit in den Diagnostikprozess ein.

... beziehe ich dabei nur die deutsche Sprache mit in den Diagnostikprozess ein.

... verwende ich dazu Diagnostikverfahren/Screenings, die für einsprachige Kinder entwickelt wurden.

... verwende ich dazu Elternfragebögen, die für einsprachige Kinder entwickelt wurden.

... verwende ich dazu Anamnesebögen, die für einsprachige Kinder entwickelt wurden.

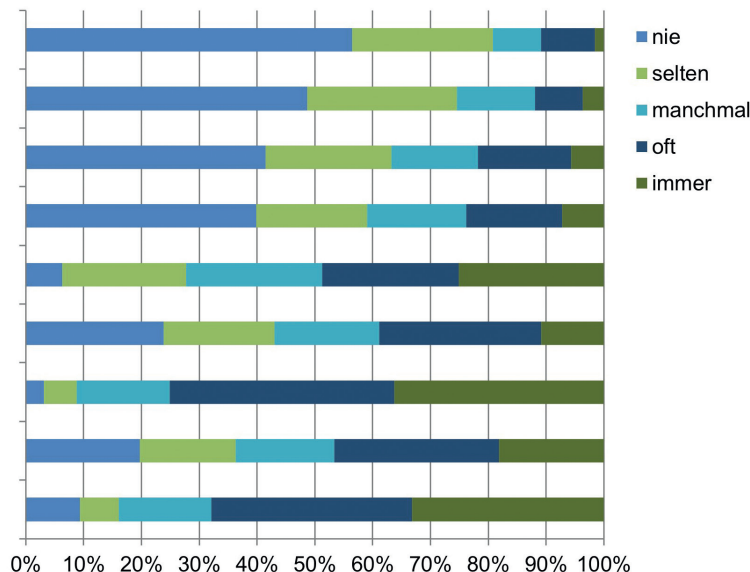


Abbildung 2 Vorgehen bei der Diagnostik von mehrsprachigen Kindern

stimmten der Aussage „sie wüssten, dass das phonologische Arbeitsgedächtnis ein hilfreicher Bestandteil zur Feststellung einer Sprachentwicklungsstörung bei mehrsprachigen Kindern sei“, voll oder eher zu, während ca. 50% derjenigen mit Abschluss vor zehn oder weniger Jahren dies eher oder teilweise taten (Abb. 3). Im Rahmen der Diagnostik würde der größte Anteil aller Befragten teilweise oder eher auf die Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses zurückgreifen (60%). Knapp 40% bestätigten die Aussage zu wissen, dass es Verfahren zur Testung verschiedener nicht-deutscher

Erstsprachen gibt, die auch ohne Sprachkenntnisse der Testleiterin/des Testleiters durchgeführt werden können.

Insgesamt fühlten sich 60% aller Teilnehmenden unzureichend oder eher unzureichend über die aktuell vorhandenen Diagnostikmaterialien speziell für mehrsprachige Kinder informiert (Abb. 3).

### Testverfahren für mehrsprachige Kinder

Im Rahmen einer Literaturrecherche wurde ermittelt, welche Diagnostikverfahren aktuell für die Testung von

mehrsprachigen Kindern zur Verfügung stehen, und in der Umfrage erfragt, welche davon den TherapeutInnen bekannt sind. Dabei wurden sowohl speziell für den sprachtherapeutischen Bedarf entwickelte Verfahren aufgeführt als auch Instrumente, die aus dem pädagogischen Bereich stammen, aber dennoch für eine Einschätzung der Sprachfähigkeiten eingesetzt werden können. Insgesamt konnten 16 Verfahren ermittelt werden, die spezifisch für mehrsprachige Kinder entwickelt worden sind und entweder die Erst-, die Zweit- oder beide Sprachen überprüfen<sup>2</sup>. Fünf Tests sind laut

Ich weiß, dass die Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses ein hilfreicher Bestandteil zur Feststellung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei mehrsprachigen Kindern ist.

Ich weiß, dass es Diagnostikverfahren zur Testung verschiedener nicht-deutscher Erstsprachen gibt, die für TherapeutInnen ohne Kenntnisse dieser Erstsprache erstellt wurden.

Ich fühle mich unzureichend über die aktuell vorhandenen Diagnostikmaterialien speziell für mehrsprachige Kinder informiert.

Ich greife bei der Diagnostik von mehrsprachigen Kindern auf die Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses zurück.

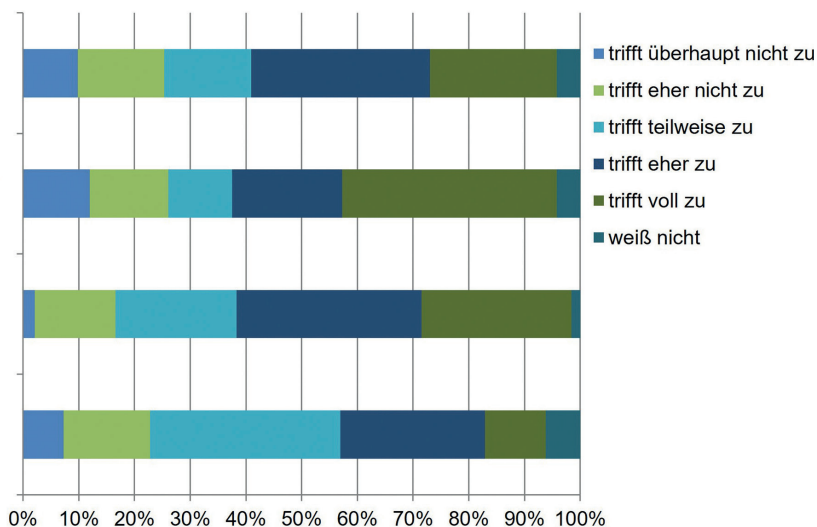


Abbildung 3 Wissen über diagnostisches Vorgehen bei mehrsprachigen Kindern



der jeweiligen AutorInnen sowohl für die Überprüfung der Sprachfähigkeiten in der nicht-deutschen (Erst-)Sprache als auch in der deutschen (Zweit-)Sprache geeignet. Sie wurden alle eher für den pädagogischen Einsatz entwickelt und ermöglichen die Erstellung eines Sprachkompetenzprofils bzw. einer Profilanalyse (Reich & Roth, 2004). Für die Testung verschiedener nicht-deutscher Sprachen wurden insgesamt sieben Instrumente ausfindig gemacht. Für türkisch-sprachige Kinder, also für die laut TeilnehmerInnen größte Gruppe mit nicht-deutscher (Erst-)Sprache, stehen gleich mehrere Möglichkeiten zur Verfügung: zwei Verfahren, die die Artikulationsfähigkeiten überprüfen (WIELAU-T; Lammer & Kalmar, 2004; TAT; Nas, 2010) sowie ein Screening der Aussprache, der Grammatik- und Wortschatzleistungen (SCREEMIK 2; Wagner, 2008) und die ESGRAF-MK (Motsch, 2011), welche Grammatikfähigkeiten überprüft und für die Testung der grammatischen Fähigkeiten von russisch-, polnisch-, italienisch- und griechisch-sprachigen Kindern ebenfalls geeignet ist. Diese Sprachen zählen zu den sieben am häufigsten von mehrsprachigen Kindern gesprochenen. Des Weiteren kann Russisch als Erstsprache auch durch den SCREEMIK 2 und den Sprachstandstest SRUK (Gagarina, 2013) erhoben werden. Für die am dritthäufigsten genannte, neben dem Deutschen erworbene Sprache, Arabisch, wurde zum Zeitpunkt der Recherche kein Testverfahren ausfindig gemacht. Für die ausschließliche Diagnostik der deutschen Sprache als Zweitsprache wurden drei Verfahren ermittelt (Kenntnisse in Deutsch als Zweitsprache erfassen; Hölscher et al., 2002; LiSe-DaZ; Schulz & Tracy, 2011; SCREENIKS; Wagner, 2014). Die ESGRAF-MK und die LiSe-DaZ waren mit 62,2% bzw. 59,1% die beiden Verfahren, welche den befragten TherapeutInnen am häufigsten bekannt waren. Das SCREEMIK 2 (51,3%) und das SCREENIKS (42,5%) kannten ca. die Hälfte der Befragten ebenfalls. Alle anderen aufgeführten Instrumente waren weit aus weniger TeilnehmerInnen geläufig.

.....  
2 Anm. der Red.: Tabelle zum Download unter [prolog-shop.de/fachzeitschrift-logos/internerbereich-fuer-abonnentinnen/](https://www.prolog-shop.de/fachzeitschrift-logos/internerbereich-fuer-abonnentinnen/)

Am häufigsten wurde angegeben, dass die Testverfahren durch die Ausbildung/das Studium oder durch Fortbildungen vertraut waren. Unabhängig davon, wie bekannt ein Testmaterial insgesamt ist, zeigte sich, dass die TherapeutInnen diejenigen Verfahren und Materialien, die sie selbst schon einmal genutzt haben, auch als nützlich bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder empfinden.<sup>3</sup>

### Kompetenzempfinden

Knapp ein Drittel der Befragten (32,4%) gab an, es treffe *teilweise* zu, dass sie sich bezüglich der Diagnostik mehrsprachiger Kinder als kompetent einschätzen. Für 34,1% treffe dies *eher* oder *voll* zu, fast ebenso viele (31,1%) stimmten der Aussage *eher nicht* oder *überhaupt nicht* zu. Betrachtet man die Items dieser Skala im Einzelnen, fällt bspw. auf, dass sich 57% aller befragten TherapeutInnen *teilweise* oder *eher* unsicher bei der Auswahl geeigneter Testverfahren fühlen. Ca. 50% seien *überhaupt nicht* oder *eher nicht* sicher, welche Diagnostikverfahren sie bei mehrsprachigen Kindern einsetzen können und ca. 30% gaben an, sie fühlen sich bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder *teilweise* überfordert. Vergleicht man die TherapeutInnen, die ihren Abschluss innerhalb der vergangenen zehn Jahre erhalten haben, mit denen, deren Abschluss länger zurückliegt, so zeigt sich, dass sich die TherapeutInnen mit der längeren Berufserfahrung in der Sprachdiagnostik mehrsprachiger Kinder kompetenter fühlen ( $Md=2.17$ ,  $IQR=0.8$ ) als diejenigen, die ihre Ausbildung/ihr Studium vor zehn oder weniger Jahren abgeschlossen haben ( $Md=1.83$ ,  $IQR=1.0$ ,  $U=2917.5$ ,  $z=-3.1$ ,  $p<.01$ ). Keine der von uns berücksichtigten Variablen (Jahre an Berufserfahrung, Anteil an mehrsprachigen Kindern in der Therapie, Anzahl an Lehrveranstaltungen zur Mehrsprachigkeit während der Ausbildung bzw. des Studiums, Fort- und Weiterbildung durch die Teilnahme an Seminaren, Lektüre von Fachliteratur, eigene Mehrsprachig-

.....  
3 Anm. d. Red.: Eine Auflistung von Testverfahren und Screenings zur Überprüfung der Sprachfähigkeiten bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern finden Sie unter <https://www.prolog-shop.de/fachzeitschrift-logos/internerbereich-fuer-abonnentinnen/online-zuerst-und-diverse-downloads/#>

keit) zeigte sich in linearen Regressionsanalysen als signifikante Einflussgröße.

## Diskussion

### Lehrveranstaltungen

**Haben SprachtherapeutInnen in den letzten zehn Jahren mehr Lehrveranstaltungen zum Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ im Rahmen ihrer Ausbildung/ihrer Studiums besucht als diejenigen mit Abschluss vor mehr als zehn Jahren?**

Die Teilnehmenden, deren Abschluss weniger als zehn Jahre zurückliegt, hatten mehr Lehrveranstaltungen besucht als ihre KollegInnen mit länger zurückliegendem Abschluss. Daraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass es in den letzten zehn Jahren eine Erweiterung des Angebots an Lehrveranstaltungen zum Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ gegeben zu haben scheint. Dennoch gab immer noch knapp ein Drittel der Befragten beider Gruppen an, keine oder nur eine Veranstaltung besucht zu haben. Für eine umfassende Auseinandersetzung mit dieser zunehmend relevanten Thematik im sprachtherapeutischen Praxisalltag erscheint das immer noch sehr wenig. Verglichen mit den Ergebnissen einer Studie aus dem Jahr 2011 ist eine leicht positive Entwicklung auszumachen: Damals gaben 80% an, das Thema ‚Mehrsprachigkeit‘ sei in ihrer Ausbildung nur *sehr wenig* oder *überhaupt nicht* thematisiert worden (Wintruff et al., 2011). Gleichzeitig formulierten viele der damals Befragten den Wunsch nach einem stärkeren Einbezug der Thematik in der Lehre. Ähnliche Wünsche lassen sich auch aus den aktuellen Ergebnissen sowie aus den Kommentaren der Teilnehmenden erschließen. Zu nahezu allen Themenfeldern der Mehrsprachigkeit wurde der Wunsch nach einer stärkeren Berücksichtigung in Ausbildung und Lehre geäußert. Aktuell scheinen SprachtherapeutInnen noch stark darauf angewiesen zu sein, sich eigenständig, z. B. durch Fortbildungen oder Fachliteratur, Wissen zum Thema anzueignen. Da mehrsprachige Kinder in der Sprachtherapie jedoch längst keine Ausnahme mehr sind, ist eine gezielte und umfassende Wissensvermittlung bereits in der Ausbildung und im Studium unerlässlich.

## Mehrsprachigkeit

### Welche Sprachen werden aktuell von TherapeutInnen und den von ihnen therapierten Kindern zusätzlich zum Deutschen gesprochen und inwiefern spielen diese Sprachvariabilitäten eine Rolle für die Diagnostik und Therapie von mehrsprachigen Kindern?

Die Auswertung der von Kindern und TherapeutInnen gesprochenen Sprachen zeigt, dass die Sprachenvielfalt der Kinder um ein Vielfaches größer ist als die der TherapeutInnen. Insgesamt wurden 46 verschiedene Sprachen (inkl. inhaltlicher Doppelungen) genannt, die von den Kindern neben dem Deutschen erworben werden; am häufigsten vertreten waren Türkisch (87%) und Russisch (85%). Von den befragten TherapeutInnen werden zusätzlich zum Deutschen Therapien in sieben unterschiedlichen Sprachen angeboten, häufig jedoch nur durch einzelne Personen. Beim Vergleich der Daten mit den Ergebnissen von Wintruff et al. (2011) lassen sich deutliche Ähnlichkeiten feststellen: türkisch-deutsch aufwachsende Kinder machten hier die größte Gruppe unter den mehrsprachigen aus (77%). Diese sowie weitere häufig vorkommende Sprachen (wie z. B. Russisch, Polnisch, Arabisch) wurden

jedoch nur von sehr wenigen (z. B. Türkisch: 4% der Befragten) oder gar keinen TherapeutInnen beherrscht.

Dieser großen Sprachenvielfalt unter den Kindern durch das Angebot einer in der entsprechenden Sprache durchgeführten Therapie gerecht zu werden, erscheint nahezu unmöglich. Es stellt sich jedoch die Frage, ob dies überhaupt das angestrebte Ziel sein muss. Mittlerweile liegen einige Studien zur Effektivität von Sprachtherapie- und Sprachförderangeboten für mehrsprachig aufwachsende Kinder vor, die nur in einer der gesprochenen Sprachen des Kindes stattfanden und zu einer deutlichen Verbesserung sprachlicher Kompetenzen in der behandelten Sprache und tw. auch zu Transferwirkungen führten (Armon-Lotem et al., 2021; Kambanaros et al., 2017; Marks, 2017). Für die Sprachentwicklungsdiagnostik ist es vielmehr bedeutsam, dass sich TherapeutInnen der Vielfältigkeit der multilingualen Profile bewusst sind und diese bei der Erfassung und Beurteilung sprachlicher Kompetenzen der Kinder berücksichtigen (Lüke et al., 2020).

### Kenntnisse und Vorgehen bei der Diagnostik

#### Lassen sich bei den TherapeutInnen, deren Abschluss zehn oder weniger Jahre zurückliegt, bessere Kenntnisse über die diagnostische Vorgehensweise bei mehrsprachigen Kindern bzw. ein anderes diagnostisches Vorgehen feststellen als bei denen, deren Abschluss mehr als zehn Jahre zurückliegt?

Zwischen den beiden Vergleichsgruppen konnten in Bezug auf die Kenntnisse über die diagnostische Vorgehensweise keine signifikanten Unterschiede ausgemacht werden. Wie die Untersuchung zeigen konnte, existieren für einige der häufig vorkommenden Sprachen bereits Verfahren oder Screenings. Dennoch reichen diese nicht aus, um alle Unsicherheiten innerhalb der Sprachentwicklungsdiagnostik von mehrsprachigen Kindern bei den TherapeutInnen aufzulösen. Noch immer werden vor allem und meist ausschließlich Fragebögen und Tests, die für einsprachige Kinder entwickelt worden sind, verwendet.

In einer Studie von 2011 zeigte sich, dass ca. die Hälfte der Befragten bei der Dia-

gnostik nicht den Entwicklungsstand in der nicht-deutschen Sprache ermittelte, zumindest nicht explizit anhand eines Testverfahrens (Wintruff et al., 2011). Zur Untersuchung der nicht-deutschen Sprache wurden demnach vor allem Anamnesegespräche und nur vereinzelt Testverfahren genutzt. Auch Friedrich und von Knebel (2017) konnten feststellen, dass die von ihnen befragten TherapeutInnen zu ca. 90% nicht bestätigten, alle Sprachen der Kinder diagnostisch zu untersuchen. Stattdessen wurden die sprachlichen Fähigkeiten sowie Daten zur lebensweltlichen Mehrsprachigkeit fast immer nur anamnestisch erhoben. Es lässt sich also festhalten, dass es im Verlauf der letzten zehn Jahre auf diesem Gebiet nur geringe Veränderungen gegeben hat und die bereits existierenden Tests für die Anwendung bei mehrsprachigen Kindern selten genutzt werden. Tatsächlich legen die aktuellen Daten nahe, dass eine gezieltere Wissensvermittlung über den Umgang mit und die Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern sinnvoll wäre. Ein mögliches diagnostisches Vorgehen bei mehrsprachigen Kindern beschreiben Lüke et al. (2020). Den Autorinnen zufolge kann aus dem Zusammenschluss (i) einer umfassenden Anamnese, (ii) der spezifisch angepassten Testung und Interpretation der deutschsprachigen Kompetenzen, (iii) einer bestmöglichen Einschätzung der Kompetenzen in der nicht-deutschen Sprache sowie (iv) einer Testung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses zumeist sicher über das Bestehen oder Nicht-Bestehen einer Sprachentwicklungsstörung entschieden werden. In besonders unklaren Fällen kann ein dynamisch angelegter Diagnostikprozess zu einer validen Entscheidung verhelfen.

### Kompetenzempfinden

#### Welche Faktoren haben einen Einfluss auf das Kompetenzempfinden der TherapeutInnen bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder?

Interessanterweise zeigen die vorliegenden Daten, dass sich TherapeutInnen mit mind. zehn Jahren Berufserfahrung hinsichtlich der Diagnostik mehrsprachiger Kinder kompetenter fühlen als KollegInnen mit weniger als zehn Jahren

## KURZBIOGRAFIE

**Prof. Dr. Joana Cholin** ist seit 2018 apl. Professorin im Bereich Psycholinguistik an der Universität Bielefeld. Nach ihrer Promotion am Max-Planck-Institut für Psycholinguistik in Nijmegen, NL, hat sie nach mehreren Stationen in den USA (University of Illinois at Urbana-Champaign, Johns Hopkins University) und Spanien (Universidad de La Laguna, Basque Center on Cognition, Brain and Language), die Professur für Klinische Linguistik an der Universität Bielefeld und die Professur für Psycholinguistik an der Ruhr-Universität Bochum sowie an der Universität Bielefeld vertreten. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die mono- und bilinguale Sprachproduktion bei neurologisch beeinträchtigten und sprachgesunden SprecherInnen.



Berufserfahrung. Lüke und Ritterfeld (2011) fanden in ihrer Studie keinen Einfluss der Berufserfahrung auf das Kompetenzzempfinden. Lediglich eine eigene Mehrsprachigkeit und die selbstständige Lektüre von Fachliteratur stellten einen relevanten Einfluss auf das eigene Kompetenzzempfinden dar.

Dass sich der größte Anteil (32,4%) der Teilnehmenden bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder als *teilweise kompetent* einstufte, ähnelt den Ergebnissen vorangegangener Studien: Laut Friedrich und von Knebel (2017) fühlte sich 2013 ca. die Hälfte der Befragten bei der Diagnostik (*ehrer*) *unsicher*. 84% verbanden den diagnostischen Prozess bei mehrsprachigen Kindern zudem *mit (ehrer) großem Aufwand*. Die hier geäußerte Unsicherheit stand in einem signifikanten Zusammenhang mit der Bewertung zu Schwierigkeiten bei der Diagnostik aufgrund fehlender adäquater Tests. Es wurde kein Zusammenhang mit der Berufserfahrung oder der Anzahl der bisher therapierten mehrsprachigen Kinder festgestellt.

Zusammengenommen lässt sich festhalten, dass es in Bezug auf das eigene Kompetenzzempfinden der SprachtherapeutInnen bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten noch keine größeren Veränderungen gegeben hat. Es bleibt zu hinterfragen, ob und inwiefern sich eine Erweiterung des Lehrangebots auf die Kompetenz und das Kompetenzzempfinden der SprachtherapeutInnen auswirken kann. Die vorliegende Studie scheint nahezulegen, dass TherapeutInnen, die über eine längere Berufserfahrung verfügen, sich generell kompetenter in der Diagnostik fühlen, unabhängig von ihrer tatsächlichen Erfahrung in der Diagnostik und Therapie mit multilingualen Kindern. An dieser Stelle sei kritisch angemerkt, dass unsere Studie kein unabhängiges Maß für das Konstrukt „Kompetenzzempfinden“ erhoben hat. Insofern ist die Trennung bzw. separate Betrachtung zwischen einem generellen und einem spezifischen Kompetenzzempfinden in Bezug auf die Diagnostik mehrsprachiger Kinder nicht möglich. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die offengebliebenen Fragen zu beantworten und vor allem, um die Unsicherheiten der Sprachtherapeu-

tInnen auf dem Gebiet der Diagnostik mehrsprachiger Kinder noch gezielter angehen zu können.

### Danksagung

Wir danken Frau Dr. Annett Jorschick, die maßgeblich an der Erstellung und Auswertung der Fragebogenstudie mitgewirkt hat.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Drittmittelförderung

keine

### Literatur

- Armon-Lotem, S., Restrepo, M. A., Lipner, M., Ahituv-Shlomo, P., & Altman, C. (2021). Vocabulary Gains in Bilingual Narrative Intervention. *Language, speech, and hearing services in schools*, 52(1), 436–448. [https://doi.org/10.1044/2020\\_LSHSS-19-00117](https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-19-00117)
- Chilla, S., Rothweiler, M., & Babur, E. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit: Grundlagen – Störungen – Diagnostik*. Ernst Reinhardt.
- Duindam, T., Konak, Ö., & Kamphuis, F. (2014). *Cito-Sprachtest: Digitale Sprachstand-Feststellung im Elementarbereich; Deutsch, Türkisch (Version 3)*. Cito Deutschland.
- Friedrich, S., & von Knebel, U. (2017). Sprachtherapie mit sukzessiv mehrsprachigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen: Eine empirische Analyse gegenwärtiger Praxiskonzepte im Bundesland Berlin. *Forschung Sprache*, 5(1), 57–77.
- Gagarina, N. (2013). Sprachdiagnostik in der Erstsprache mehrsprachiger Kinder (am Beispiel des Russischen). *Sprache – Stimme – Gehör*, 37(4), 196–200. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1358697>
- Gagarina, N. V., Klassert, A., & Topaj, N. (2010). Sprachstandstest Russisch für mehrsprachige Kinder = Russian language proficiency test for multilingual children. *ZAS Papers in Linguistics*, (ZASPIL 54). ZAS. <https://doi.org/10.21248/zaspil.54.2010.403>
- Gagarina, N., Klop, D., Kunnari, S., Tantele, K., Välimaa, T., Balčiūnienė, I., Bohnacker, U., & Walters, J. (2012). MAIN Multilingual Assessment Instrument for Narratives. *ZAS Papers in Linguistics* (ZASPIL 56). ZAS.
- Hobusch, A., Lutz, N., & Wiest, U. (2016). *Sprachstandsüberprüfung und Förderdiagnostik (SFD): Testverfahren für Grundschul Kinder mit Deutsch als Erst- oder Zweitsprache*. Bergedorfer Unterrichtsreihe. Persen.
- Hölscher, P., Brückner, H., & Anglspurger, U. (2002). *Kenntnisse in Deutsch als Zweitsprache erfassen: Screening-Modell für Schulanfänger*. Klett.
- Kambanaros, M., Michaelides, M., & Grohmann, K. K. (2017). Cross-linguistic transfer effects after phonologically based cognate therapy in a case of multilingual specific language impairment (SLI). *International journal of language & communication disorders*, 52(3), 270–284. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12270>
- Kannengieser, S. (2015). *Sprachentwicklungsstörungen: Grundlagen Diagnostik und Therapie*. Elsevier, Urban & Fischer.
- Lammer, V., & Kalmar, M. (2004). *WIELAU-T: Wiener Lautprüfverfahren für Türkisch sprechende Kinder*. Lernen mit Pfiif.
- LOGMEDIA. (2010). *LOGwords Pro Plus: Multilinguale Diagnostik zur Erfassung des Sprachstandes*

*bei Kindern und Jugendlichen (PC-Ed.)*. Decision Products.

- Lüke, C., & Ritterfeld, U. (2011). Mehrsprachige Kinder in sprachtherapeutischer Behandlung: eine Bestandsaufnahme. *Heilpädagogische Forschung*, 37(4), 188–197.
- Lüke, C., Starke, A., & Ritterfeld, U. (2020). Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern. In S. Sachse, A.-K. Bockmann, & A. Buschmann (Hrsg.), *Sprachentwicklung – Entwicklung, Diagnostik, Förderung im Kleinkind- und Vorschulalter* (S. 221–238). Springer.
- Marks, D.-K. (2017). Der „Wortschatzsammler“ im Grundschulalter – Effektivität der lexikalischen Strategitherapie bei ein- und mehrsprachigen Schulkindern. In A. Paier (Hrsg.), *Lebensmittel Sprache. Spezifische Sprach-, Kommunikations- und Interaktionsförderung im Spannungsfeld Interdisziplinarität*. Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. *Sprachheilpädagogik: Wissenschaft und Praxis* (S. 229–238), Band 7. Lernen mit Pfiif.
- Motsch, H.-J. (2011). *ESGRAF-MK: Evozierte Diagnostik grammatischer Fähigkeiten für mehrsprachige Kinder*. Ernst Reinhardt.
- Nas, V. (2010). *Türkisch-Artikulations-Test (TAT)*. Logopädie. Springer.
- 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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247–1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Paradis, J. (2007). Bilingual children with specific language impairment. Theoretical and applied issues. *Applied Psycholinguistics*, 28(3), 551–564.
- Paradis, J. (2010). The interface between bilingual development and specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 31(2), 227–252.
- Petermann, F., Melzer, J., & Rißling, J.-K. (2016). *Sprachdiagnostik im Kindesalter*. Hogrefe.
- Reich, H. H., & Roth, H.-J. (2004). *Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-Jährigen: HAVAS 5*. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung.
- Reich, H. H., Roth, H.-J., & Gantefort, C. (2008). Der Sturz ins Tulpenbeet. Deutsche Sprachversion. In T. Klinger, K. Schwippert, & B. Leiblein (Hrsg.), *FörMig-Edition: Bd. 4. Evaluation im Modellprogramm FörMig: Planung und Realisierung eines Evaluationskonzepts* (S. 209–237). Waxmann.
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit: Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Thieme.
- Schmölz, C. (2007). *Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrsprachigen Kindern: Eine Umfrage zur Analyse der aktuellen Situation in sprachheilpädagogischen Praxen* [Unveröffentlichte Magisterarbeit]. Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Schulz, P., & Tracy, R. (2011). *LiSe-DaZ – Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache: Manual. Hogrefe-Vorschulstufe*. Hogrefe.
- Schütt, U., & Lüdtkke, U. M. (2013). Sprachtherapeutische Praxis im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit: Eine international vergleichende Bestandsaufnahme in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Forschung Sprache*, 1(2), 45–60. <https://doi.org/10.2443/skvs-2013-57020130204>
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(6), 1245–1260. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4006.1245>
- Ulich, M., & Mayr, T. (2006). *SISMIK: Sprach-*

verhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen. Herder.

- Universität Hamburg. (2015). *Tulpenbeet: Ein profanalytisches Instrument am Übergang vom Primar- in den Sekundarbereich*. <https://www.foermig.uni-hamburg.de/publikationen/diagnoseinstrumente/tulpenbeet.html>
- Wagner, L. (2008). *SCREEMIK 2: Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern (Russisch-Deutsch, Türkisch-Deutsch)*. Wagner.
- Wagner, L. (2014). *SCREENIKS: Screening der kindlichen Sprachentwicklung. Computergestütztes Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes im Deutschen bei ein- und mehrsprachigen Kindern*. Wagner.
- Wild, N., & Fleck, C. (2013). Neunormierung des Mottier-Tests für 5- bis 17-jährige Kinder mit Deutsch als Erst- oder als Zweitsprache. *Praxis Sprache*, 58(3), 152–158.
- Wintruff, Y., Orlando, A., & Gumpert, M. (2011). Diagnostische Praxis bei mehrsprachigen Kindern. Eine Umfrage unter Therapeuten zur Entscheidung über den Therapiebedarf mehrsprachiger Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten. *Forum Logopädie*, 25(1), 6–13.



#### Autorinnen

Rieke Marxen  
Albertstraße 4, D-33649 Bielefeld  
rieko.marxen@web.de

Prof. Dr. Carina Lücke  
Julius-Maximilians-Universität  
Würzburg  
Lehrstuhl für Sonderpädagogik III  
– Sprachheilpädagogik  
Oswald-Külpe-Weg 84  
D-97074 Würzburg  
carina.luecke@uni-wuerzburg.de

Prof. Dr. Joana Cholin  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Linguistik  
und Literaturwissenschaft  
Universitätsstraße 25, D-33615 Bielefeld  
joana.cholin@uni-bielefeld.de



DOI dieses Beitrags  
([www.doi.org](http://www.doi.org))  
10.7345/prolog-2202097

Lesen Sie zu diesem Artikel auch  
das Interview mit Maren Aktas:  
„Warum ist die Sprachdiagnostik  
bei mehrsprachigen Kindern so  
schwierig?“

# KINDERGESUNDHEIT FÖRDERN

Kinder sind gerade in den letzten zwei Jahren besonders stark von psychosozialen Belastungen betroffen, die eine breite gesellschaftliche Wirkung entfalten. Ob ein Kind von sich aus die Bereitschaft und Motivation zum Lernen mitbringt, ist deshalb – neben der körperlichen Untersuchung und der Beurteilung des Entwicklungsstandes – ein wichtiger Aspekt bei der Einschulungsuntersuchung, um festzustellen, ob es in irgendeinem Bereich besondere Förderung und Unterstützung benötigt. Dazu gehört natürlich auch die Sprachförderung als Basis für den Schulwerdegang.

Doch diese Schuleignungsuntersuchungen entfielen coronabedingt weitestgehend. Und nun kommt noch hinzu, dass die Kultusministerkonferenz damit rechnet, dass bis zu 400.000 geflüchtete und z. T. traumatisierte Kinder und Jugendliche in den kommenden Wochen nach Deutschland kommen. Ziel ist es, für sie rasch den Schulbesuch in Deutschland zu ermöglichen. Aus diesem Grund bräuchten wir mindestens zusätzliche 24.000 Lehrkräfte, obwohl es jetzt schon an qualifizierten PädagogInnen mangelt. Nach aktuellen Angaben der Kultusministerkonferenz wurden bis Ende April bundesweit bereits 92.000 ukrainische Flüchtlinge an deutschen Schulen aufgenommen. Hinsichtlich Sprachförderung und -therapie wird vermutlich viel auf uns zukommen. Deshalb ist es entscheidend, die Gesundheits- und Lebenskompetenzen von Kindern generell und interdisziplinär zu fördern. Ziel ist es, mit wirksamen Präventionsprogrammen gerade jetzt möglichst viele zu erreichen.

Die Methode „Schools That Care“ (STC; [schoolsthat.care](http://schoolsthat.care)) befähigt z.B. SchulleiterInnen, Handlungsbedarfe zu erkennen, ein schulspezifisches Präventionskonzept zu erstellen und Ressourcen gezielt zum Wohle von Kindern und Jugendlichen einzusetzen. STC ist Teil eines bundesweiten Kooperationsprojekts der gemeinnützigen FINDER Akademie (eine 2013 an der Universität Heidelberg gegründete und in Berlin ansässige gemeinnützige Wissenschafts- und Bildungsorganisation), des Deutschen Präventionstags (DPT), des Landespräventionsrats Niedersachsen/Niedersächsisches Justizministerium (LPR) und der Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (DFK). Bereits 2012 hat die Kultusministerkonferenz Gesundheitsförderung als unverzichtbares Element einer nachhaltigen Schulentwick-

lung definiert. Insbesondere belasteten Schulen fehlen häufig die Mittel, diesen Anspruch zu verwirklichen. Hier setzt die wissenschaftliche Methode STC an, die Handlungsbedarfe aufdeckt, bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen hilft und den Entwicklungsprozess unter Einbezug von Kindern und Erwachsenen begleitet. STC ist ein Prozess in sechs Schritten, der auf anderthalb Jahre ausgelegt ist. Ausgehend vom ermittelten Bedarf, erstellen FINDER und SchulleiterInnen gemeinsam ein schulspezifisches Präventionskonzept und einen Maßnahmenplan. Die Auswahl von Maßnahmen erfolgt dabei über die „Grüne Liste Prävention“, ein Register wissenschaftlich geprüfter Programme der Prävention und Gesundheitsförderung.

Auch das bundesweite **Unterrichtsprogramm „Klasse2000“** ([klasse2000.de](http://klasse2000.de)), das vor 30 Jahren entstand und seitdem über zwei Millionen Kinder erreicht hat, dient der Prävention. Träger von „Klasse2000“ ist ein gemeinnütziger Verein. Die Finanzierung basiert auf Spenden und Fördergeldern, meistens in Form von Patenschaften für einzelne Klassen. Wichtigste Partner sind die Lions Clubs in Deutschland, weitere Förderer sind Krankenkassen, Firmen, Eltern, Fördervereine und Stiftungen.

Mit „Klasse2000“ erforschen die Kinder von Klasse 1 bis 4, wie sie selbst dazu beitragen können, gesund zu bleiben und sich wohlfühlen. Dazu gehören Bewegung und Entspannung, gesund essen und trinken, gut mit anderen kommunizieren und mit unangenehmen Gefühlen und Konflikten umgehen können. Das Programm wird in 25% aller Grundschulen durchgeführt. Insgesamt beteiligen sich bundesweit über 22.000 Klassen mit mehr als 475.000 Kindern.

ke