



## #92 Zwischen Vielfalt und Fehldiagnose – Mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis

Originalstudie: Scharff Rethfeldt, W. (2019). Speech and Language Therapy Services for Multilingual Children with Migration Background: A Cross-Sectional Survey in Germany. *Folia phoniatrica et logopaedica*, 71 (2-3), 116–126.

Migrierte Familien stehen häufig Barrieren in der gesundheitsbezogenen Versorgung gegenüber, dies betrifft auch die Logopädie. Gleichzeitig können durch die kulturelle und sprachliche Vielfalt auch Fachkräfte der Logopädie/Sprachtherapie vor Herausforderungen stehen (Bedore & Peña, 2008; Paradis et al., 2004). Für die Bewertung der Therapieindikation wird zwischen Kindern, die unzureichende Erfahrungen mit der neu zu erlernenden Sprache haben und denjenigen, die eine entwicklungsbedingte Sprachstörung haben, differenziert (Lindsay et al., 2010).

Scharff-Rethfeldt untersuchte 2016 das Angebot und die Inanspruchnahme von logopädischer Therapie für Kinder mit Migrationshintergrund mittels einer quantitativen Umfrage. Dabei wurde der Anteil mehrsprachig aufwachsender Kinder in logopädischen Praxen und Daten aus den Verordnungen erfasst. Außerdem wurde das Vorgehen in der logopädischen Diagnostik, die Einschätzung zu Rahmenbedingungen und die soziodemografischen Daten der Therapierenden erhoben. An dieser Querschnittstudie nahmen 28 Praxen aus Bremen teil.

Es wurden logopädische Praxen eingeschlossen, die mindestens eine Fachkraft der Sprachtherapie beschäftigen. Dabei wurden alle Praxen online kontaktiert, die im Telefonverzeichnis aufgelistet waren. Nach dem Ausschluss von Praxen, die keine Dienstleistungen mehr anbieten, bestand die Stichprobe aus 30 Praxen.

Als Vorbereitung für den Fragebogen wurde vorab eine Fokusgruppe mit sieben Fachkräften der Logopädie durchgeführt. Aus diesen Interviews und den Ergebnissen einer Literaturrecherche wurde dann ein Fragebogen entwickelt. Anschließend wurde ein Pretest mit fünf weiteren Fachkräften durchgeführt. Die Überarbeitung des Fragebogens erfolgte dann durch sechs Studierende der Hochschule Bremen. Der fertige Fragebogen wurde anschließend von den Teilnehmenden bearbeitet. Dafür war eine Dauer von etwa 45 Minuten vorgesehen. Es wurde eine finanzielle Entschädigung in Höhe des Standardhonorars für eine Therapieeinheit angeboten. Der Fragebogen konnte dann innerhalb eines Zeitraums von zehn Wochen entweder online oder per Post zurückgeschickt werden. Die Auswertung erfolgte mit SPSS.

Aus den 30 Fragebögen gehen 72 Fachkräfte mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahren hervor. Dabei waren rund dreiviertel der Personen mindestens 51 Jahre alt. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmenden eine Berufserfahrung von 17 Jahren. Zwei Praxen gaben an ausschließlich ältere Menschen zu behandeln und wurden daher von weiteren Analysen ausgeschlossen. Den geringen Anteil junger Fachkräfte führt die Autorin auf den vorherrschenden Fachkräftemangel zurück.

Der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in den teilnehmenden Praxen lag im Schnitt bei knapp 50%. Der durchschnittliche Anteil in Bremen ist mit 53 % ähnlich hoch. Insgesamt wurden zum Zeitpunkt der Umfrage 635 mehrsprachige Kinder mit Migrationshintergrund behandelt. Je nach demografischer Zusammensetzung der Nachbarschaft wiesen die Praxen einen Anteil mehrsprachiger Kinder von 26 bis 86 % auf.



Einsprachige Kinder erhalten eine Verordnung durchschnittlich mit vier Jahren und drei Monaten. Das Durchschnittsalter der Kinder mit Migrationshintergrund lag dagegen bei vier Jahren und sechs Monaten, also durchschnittlich drei Monate später. Als Gründe vermutet die Autorin hier unter anderem die Ungleichheit beim Zugang zu medizinischer Versorgung und eine abweichende Einschätzung der Therapieindikation. Hier sollte in Zukunft die Ursachen analysiert werden.

In Bezug auf die Diagnostik lässt sich festhalten, dass zu 96 % vor allem Beobachtungen und Sprachproben aus verschiedenen Situationen herangezogen werden. 93 % der Praxen gaben an, auch Informationen aus der Anamnese zu nutzen. In 36 % der Fälle werden Übersetzende oder Dolmetschende hinzugezogen. Für Anamnese und Diagnostik werden in nur 19 % Fragebögen in verschiedenen Sprachen genutzt. Informelle Bewertungen werden zu 36 % durchgeführt. Fast ein Drittel der Praxen zieht deutschsprachige standardisierte Instrumente zur Diagnostik heran. Die Hälfte der Praxen gab an, Informationen aus dritter Hand, zum Beispiel von Fachkräften in Kindertagesstätten, zu nutzen. Die meisten Therapierenden wenden demnach mehrere Verfahren an, wodurch ein hoher Zeitaufwand entsteht.

Die Autorin merkt an, dass standardisierte Diagnostikverfahren, die für monolinguale Kinder entwickelt wurden, zu Fehldiagnosen führen können. Im Rahmen der Anamnese können vor allem kulturelle und sprachliche Diskrepanzen auftreten. Für diese Herausforderungen ist eine umfassende Fachkompetenz unabdingbar. 57 % der Praxen gaben an, sich vertiefende Kenntnisse zur Mehrsprachigkeit angeeignet zu haben.

Fast 2/3 der mehrsprachigen Kinder wurden trotz einer ärztlichen Verordnung nicht entsprechend der medizinischen Diagnose behandelt, weil die sprachlichen Auffälligkeiten auf mangelnde Deutschsprachkenntnisse zurückzuführen waren. Darüber hinaus verfolgten die Therapierenden in mehr als der Hälfte der Verordnungen andere Therapieschwerpunkte als die, die sich aus der ärztlichen Diagnose ableiten ließen. Diese inkongruenten Diagnosen von Ärzt\*innen und Therapierenden zeigen den Bedarf guter interdisziplinärer Zusammenarbeit auf. Die inhaltlich korrekte und zeitlich angemessene Ausstellung der Verordnung ist hierbei relevant. Für die Therapierenden ist ein spezifisches differentialdiagnostisches Vorgehen wichtig, um Fehldiagnosen zu vermeiden.

Die meisten der Therapierenden bewerteten das Risiko des Bildungsnachteils als hoch oder sehr hoch. Auch das Risiko von Stigmatisierung oder sozialer Probleme wird von der Mehrheit der Teilnehmenden als hoch oder sehr hoch eingeschätzt. 40 % der Therapierenden bewerteten außerdem den Zugang zu Behandlungen für mehrsprachige Kinder mit Sprachentwicklungsstörung als unzureichend. Die Einschätzung für die Verfügbarkeit von Beratungs- und Bildungsinformationen wird häufig als gering bis moderat eingeschätzt.

Die Autorin diskutiert, dass in Kindertagesstätten und Schulen häufig keine angemessene Sprachförderung für Kinder angeboten wird, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Sie leitet daraus ab, dass Fachkräfte der Logopädie und Sprachtherapie durch eine gesetzliche Genehmigung nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in der Bildung tätig werden sollten.

Auf den Punkt gebracht von Linda Angerer. Masterstudierende der Logopädie an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg.



Die Ergebnisse zeigen, dass die Differenzierung zwischen Sprachförderung und Therapieindikation für die Praxis relevant ist. Für die Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern sollten spezifische diagnostische Instrumente für Mehrsprachigkeit genutzt werden. Aber auch die Erhebung von Spontansprachproben eignet sich. Übrigens hat die Autorin Wiebke Scharff Rethfeldt bereits mehrere Bücher zur kindlichen Mehrsprachigkeit veröffentlicht – ein Blick in eines ihrer Bücher ist aufschlussreich. Beim Thieme Verlag gibt es beim Erwerb ihres neuesten Buches auch einen Zugang zu Materialien für die Anamnese und Diagnostik.

Für die Therapie mit mehrsprachigen Kindern können auch Sprachensteckbriefe weiterhelfen, die relevante Informationen zu verschiedenen Sprachen zusammenfassen. Auf der Internetseite [www.schule-mehrsprachig.at](http://www.schule-mehrsprachig.at) können solche Steckbriefe in 29 Sprachen kostenlos heruntergeladen werden.

dbs-Mitgliedern legen wir zudem die #10 in der Mediathek ans Herz. Prof. Dr. Anna-Lena Scherger von der TU Dortmund gibt im zehnten Video der Reihe "Wissenschaft meets Praxis" einen Überblick über den Stand der Forschung bei der Diagnostik mehrsprachiger Kinder in der sprachtherapeutischen Praxis.

LingoScience ist eine Gemeinschaftsproduktion von Lingo Lab und dem Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, dbs. Dieser Text ist auch als Podcast zum Anhören verfügbar auf allen bekannten Podcastkanälen (Spotify, Castbox, Apple, etc.) und auf [www.lingo-lab.de/podcast](http://www.lingo-lab.de/podcast) sowie in der Infothek auf [www.dbs-ev.de](http://www.dbs-ev.de).

#### Weitere Quellen:

Bedore, L. M. & Peña, E. D. (2008). Assessment of Bilingual Children for Identification of Language Impairment: Current Findings and Implications for Practice. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 11 (1), 1–29. <https://doi.org/10.2167/beb392.0>

Lindsay, G., Dockrell, J., Desforges, M., Law, J. & Peacey, N. (2010). Meeting the Needs of Children and Young People With Speech, Language and Communication Difficulties. *International journal of language & communication disorders*, 45(4), 448–460. <https://doi.org/10.3109/13682820903165693>

Paradis, J., Genesee, F. & Crago, M. B. (2004). *Dual Language Development & Disorders: A Handbook on Bilingualism and Second Language Learning*. Brookes.

#### Links:

Sprachsteckbriefe in 29 Sprachen und Wissenswertes rund um den Umgang mit Mehrsprachigkeit in Schulen:

[www.schule-mehrsprachig.at](http://www.schule-mehrsprachig.at)

Das Bilinguale Patientenprofil (BPP) für die logopädische Diagnostik, die Multilingual und Interkulturell orientierte Anamnese (MIA) in vielen Sprachen und mehr

kostenlos zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. Scharff-Rethfeldt unter Hinweis auf die Quelle

<https://logo-com.net/materialien/>

Vortrag von Dr. Anna-Lena Scherger „Diagnostik mehrsprachiger Kinder in der sprachtherapeutischen Praxis – ein Überblick über den Stand der Forschung“ kostenlos in der Mediathek des dbs (für dbs-Mitglieder).

<https://www.dbs-ev.de/infothek/mediathek/>

Lingo Lab – Digitale Lösungen für die Sprachtherapie [www.lingo-lab.de](http://www.lingo-lab.de)

dbs – Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie [www.dbs-ev.de](http://www.dbs-ev.de)