

Artikel erschienen in:

*Sarah Tan, Sarah Düring, Alina Wilde,
Hanna Wunderlich, Tom Fritzsche (Hrsg.)*

Spektrum Patholinguistik Band 15. Schwerpunktthema: Interdisziplinär behandeln – Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Sprachtherapie

2022 – vii, 180 S.

ISBN 978-3-86956-542-2

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-55820>



Empfohlene Zitation:

Lilli Wagner: Mehrsprachigkeit als interdisziplinäre Herausforderung: Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Mediziner*innen, Erzieher*innen und Sprachtherapeut*innen in der Früherfassung von mehrsprachigen Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung, In: Sarah Tan, Sarah Düring, Alina Wilde, Hanna Wunderlich, Tom Fritzsche (Hrsg.): Spektrum Patholinguistik 15, Potsdam, Universitätsverlag Potsdam, 2022, S. 71–85.
DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-57237>

Soweit nicht anders gekennzeichnet ist dieses Werk unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert: Namensnennung 4.0. Dies gilt nicht für zitierte Inhalte anderer Autoren:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

**Mehrsprachigkeit als interdisziplinäre
Herausforderung:
Notwendigkeit einer Zusammenarbeit
zwischen Mediziner*innen, Erzieher*innen
und Sprachtherapeut*innen in der
Früherfassung von mehrsprachigen Kindern
mit einer Sprachentwicklungsstörung**

Lilli Wagner

Medizinische Akademie iB Medau, München

1 Problemstellung

Die Früherfassung und Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung stellt – nicht zuletzt auf Grund der Sprachbarriere – eine große differenzialdiagnostische Herausforderung für verschiedene Berufsgruppen wie Mediziner*innen, Erzieher*innen und Sprachtherapeut*innen dar, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen diesen erforderlich macht.

Mehrsprachige Kinder werden nicht nur später in logopädischen Praxen vorgestellt, für sie besteht auch ein größeres Risiko einer Fehldiagnose (Scharff Rethfeldt, 2017). Eine besondere Schwierigkeit stellt dabei die Notwendigkeit der Abgrenzung eines Sprachförderbedarfs gegenüber einer Therapieindikation dar (Scharff Rethfeldt, 2018).

Im Folgenden werden aktuelle Möglichkeiten einer Früherfassung und differenzialdiagnostischen Abgrenzung bei mehrsprachigen Kindern vorgestellt, wobei unterschiedliche diagnostische Zugänge beschrieben werden. Es wird deutlich, dass im Prozess einer frühzeitigen Erfassung und Versorgung der Klientel eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kinderärzt*innen, Erzieher*innen und Sprachtherapeut*innen unumgänglich ist.

2 Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern

Die Sprachdiagnostik von mehrsprachigen Kindern mit und ohne Sprachentwicklungsstörung sollte laut Chilla (2015) nach Möglichkeit in beiden Sprachen und zu verschiedenen Testzeitpunkten erfolgen und sollte verschiedene Messmethoden und Verfahren unter Berücksichtigung der Sprachen im Migrationskontext kombinieren. Entsprechend werden im Folgenden die unterschiedlichen diagnostischen Zugänge, wie der Einsatz von standardisierten Testverfahren (2.1), die Erstsprachdiagnostik (2.2), die Feststellung der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses (2.3), die Testung der Lerngeschwindigkeit (2.4) sowie die Anamneseerhebung (2.5), dargestellt. Die im diagnostischen Prozess geforderte Methodenvielfalt entspricht den internationalen Empfehlungen bei vorliegender Mehrsprachigkeit und einem Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung (Scharff Rethfeldt, 2018).

2.1 Einsatz standardisierter Testverfahren

Es besteht internationaler Konsens darüber, dass die Anwendung von standardisierten deutschsprachigen Verfahren, die für einsprachige Kinder konzipiert und normiert wurden, bei mehrsprachigen Kindern ungeeignet ist, da sie vielmehr zu Fehldiagnosen führt (Scharff Rethfeldt, 2017; 2018).

Im deutschsprachigen Raum gibt es zwei normierte und standardisierte Testverfahren zur Beurteilung des Sprachstandes bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern: die Linguistische Sprachstandserhebung Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ) von Schulz und Tracy (2011) und das Screening der kindlichen Sprachentwicklung (SCREENIKS) (Wagner, 2014a). In beiden Verfahren wird die Kontaktzeit zur deutschen Sprache berücksichtigt.

Die Linguistische Sprachstandserhebung Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ) testet die Produktions- und Verständnisfähigkeit in grammatischen Kernbereichen des Deutschen und kann bei einspra-

chigen Kindern im Alter von 3;00 bis 6;11 Jahren und bei mehrsprachigen Kindern im Alter von 3;00 Jahren bis 7;11 Jahren eingesetzt werden (Schulz & Tracy, 2011). Dabei werden mehrsprachige Kinder nicht mit den Normwerten monolingualer Kinder verglichen, sondern mit den Leistungen mehrsprachiger Kinder, die die gleiche Kontaktzeit zu der Zweitsprache Deutsch haben.

Das Screening der kindlichen Sprachentwicklung (SCREENIKS) ist ein computergestütztes Verfahren, das deutschsprachigen Fachpersonen eine ökonomische, gleichzeitig aber reliable und valide Einschätzung des Sprachstandes bei vier- bis siebenjährigen ein- und mehrsprachigen Kindern ermöglicht. Es überprüft die Bereiche Aussprache, Grammatik und Wortschatz und bietet eine getrennte Berechnung von Normen für ein- und mehrsprachige sowie für vier- bis fünfjährige und sechs- bis siebenjährige Kinder.

In die Normierung von SCREENIKS wurden mehrsprachige Kinder mit einer Mindestkontaktdauer zur deutschen Sprache von 24 Monaten aufgenommen. Die Durchführung ist bei mehrsprachigen Kindern auch bei einer kürzeren Sprachkontaktdauer (< 24 Monate Deutschkontakt) möglich, die Auswertung erfolgt in diesem Fall in qualitativ-deskriptiver Form (ohne Angabe der Prozenträge). Die Ökonomie und Praktikabilität des SCREENIKS zeigt sich insbesondere in der automatisierten Auswertung ohne Protokollier- und Auswertungszeit. Zusätzlich kann ein automatisierter Vergleichs-Bericht erstellt werden, der nach Ablauf einer therapeutischen Intervention die Leistungsentwicklung des jeweiligen Kindes in einer bestimmten Zeitspanne in den Bereichen Aussprache, Grammatik und Wortschatz zeigt und z. B. für evaluative Zwecke eingesetzt werden kann.

2.2 Testung der Erstsprachfähigkeit

Den verlässlichsten diagnostischen Zugang, um bei mehrsprachigen Kindern eine Sprachentwicklungsstörung festzustellen, stellt laut Motsch (2013) die Überprüfung der Erstsprache selbst dar. Eine re-

liable und an Normdaten orientierte Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes kann seitens deutscher Sprachtherapeut*innen zum aktuellen Zeitpunkt für die Erstsprachen Russisch und Türkisch anhand des Verfahrens SCREEMIK2 (Wagner, 2008) erfolgen.

SCREEMIK2 ist ein wissenschaftlich fundiertes und normiertes Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern. Das computergestützte Verfahren ist explizit für deutschsprachige Fachpersonen ohne Kenntnisse der Erstsprache des Kindes konzipiert. Es überprüft die Bereiche Aussprache, Grammatik und Wortschatz und erstellt einen automatisierten Bericht mit Angabe von Prozenträngen über die Einzelleistung des jeweiligen Kindes.

Zeigt der Bericht, dass zusätzlich zu der Zweitsprache Deutsch auch die Erstsprache (Russisch oder Türkisch) auffällig ist, liegt eine Indikation für die Sprachtherapie vor. Ist bei vorliegenden Auffälligkeiten in der Zweitsprache Deutsch laut Bericht die Erstsprache jedoch unauffällig, sollte eine allgemeine Sprachförderung im Deutschen empfohlen werden.

Eine weitere, allerdings informelle (keine Normwerte) Möglichkeit der Testung in der Erstsprache bietet das Verfahren ESGRAF-MK: evozierte Diagnostik grammatischer Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder (Motsch, 2011). Die ESGRAF-MK reduziert die diagnostische Herangehensweise bei mehrsprachigen Kindern ab dem fünften Lebensjahr auf den grammatischen Marker. Sie deckt die fünf häufigsten Migrationssprachen (Türkisch, Russisch, Polnisch, Italienisch, Griechisch) in Deutschland ab.

2.3 Feststellung der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses

Grundsätzlich wird angenommen, dass das phonologische Arbeitsgedächtnis besonders im Hinblick auf die Sprachrezeption, vorrangig bei der Worterkennung und dem Erwerb neuer Wörter bzw. Wortformen, eine relevante Funktion besitzt (Wilkins et al., 2018). Gathercole (2006) nimmt an, dass der effektivste Prädiktor für die

Sprachlernfähigkeit eines Kindes die Fähigkeit zum Wiederholen von Kunstwörtern ist. Die Abfrage von nicht existierenden Wortformen soll gewährleisten, dass allein die Leistung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses geprüft wird, ohne dass dabei das mentale Lexikon involviert wird. Im Hintergrund stehen Studienergebnisse, die ein Defizit im phonologischen Arbeitsgedächtnis als ursächlich für eine Sprachentwicklungsstörung belegen (Leonard, 2014; Wilkens et al., 2018).

Motsch (2013) empfiehlt, die Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses als Generalfaktor einer Sprachentwicklungsstörung durchzuführen. Dies kann z. B. mit der Arbeitsgedächtnisbatterie für Kinder von 5 bis 12 Jahren (Hasselhorn et al., 2012) erfolgen oder mit dem neu normierten Mottier-Test (Kiese-Himmel & Risse, 2009). Das Heidelberger Auditive Screening in der Einschulungsuntersuchung (HASE) (Schöler & Brunner, 2008) ermöglicht eine Einschätzung des Arbeitsgedächtnisses anhand von Aufgaben zum Zahlennachsprechen. Außerdem beinhalten einige Sprachentwicklungstests (SETK 3–5 von Grimm, 2001; SET 5–10 von Petermann, 2010) Subtests zur Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses.

Der Vorteil dieses ökonomischen diagnostischen Zugangs besteht darin, dass man einen sprachenunabhängigen Generalfaktor identifiziert mit einer hohen prognostischen Validität bezüglich einer Sprachentwicklungsstörung in der Erstsprache. Der Wert bietet dabei eine hohe, aber nicht absolute Sicherheit. Knapp 10% der Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung zeigen normale Kapazitätswerte des Arbeitsgedächtnisses, ebenso gibt es Kinder mit schlechten Werten, ohne dass diese eine Sprachentwicklungsstörung ausgebildet haben (Motsch, 2013). Motsch (2013) empfiehlt die Überprüfung der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses – insbesondere des phonologischen Arbeitsgedächtnisses – ergänzend bzw. in Kombination mit erhobenen sprachbiografischen Daten sowie den unter 2.1 und 2.2 genannten Verfahren.

2.4 Testung der Lerngeschwindigkeit/ Dynamic Assessment

Lüke (2011) weist für die Diagnostik bei mehrsprachigen Schulkindern auf ein in den USA und Großbritannien erfolgreich eingesetztes Konzept hin. Das als „dynamic assessment“ bezeichnete Vorgehen besteht darin, dass man sprachliche Fortschritte nach einer Phase gezielter therapeutischer Intervention überprüft. Es werden solche (Spracherwerbs-)Strategien untersucht, die ein Kind mithilfe therapeutischer Unterstützung in einer Anforderungssituation zu demonstrieren vermag.

Nach Scharff Rethfeldt (2017; 2018) erfolgt die therapeutische Bewertung nach mehrfacher Testung auf unterschiedlichen Ebenen bei sukzessiver Steigerung des Schwierigkeitsgrades. In der Kurzintervention kommen ausgewählte Hilfestellungen zum Einsatz, wie z. B. betonte Darbietung der Zielstruktur, korrekatives Feedback, modellierte Selbstkorrektur der Therapeutin bzw. des Therapeuten, Expansion, Extension oder Umformung. Zeigt ein Kind solche Strategien, mit denen es sich aus dem kontrollierten Sprachangebot der Kurzintervention Lösungen selbständig erarbeiten kann, dient das als Hinweis für Lernpotenzial und spricht eher für einen Sprachförderbedarf als eine Therapieindikation. Dieses Vorgehen scheint vor allem bei solchen mehrsprachigen Kindern sinnvoll, bei denen eine eindeutige Differenzierung zwischen Sprachauffälligkeiten im Deutschen und einer Sprachentwicklungsstörung nicht möglich ist.

2.5 Sprachbiografische Daten

Zu den anamnestisch zu erfassenden typischen Symptomen einer Sprachentwicklungsstörung bei ein- und mehrsprachigen Kindern zählen ein insgesamt verspäteter Sprechbeginn sowie eine im Verlauf deutlich verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und -produktion in allen beteiligten Sprachen (Scharff Rethfeldt, 2018).

In Anamnesegesprächen sind Fragen zur individuellen Beschreibung kindlicher Stärken und Schwächen mit Bezug auf sämtliche Sprachkomponenten sowie in Anlehnung an die ICF-CY möglich (Scharff Rethfeldt, 2018). Wann und mit wem hat das Kind Gelegenheit, die Sprachen zu sprechen? Verwenden die Bezugspersonen ihre bestmögliche Sprache? Welche Ressourcen werden zur Unterstützung der Mehrsprachigkeit genutzt? Kontext- und personenbezogene Faktoren im Sinne der ICF können erfasst werden, z.B. Einstellungen der Eltern und des Kindes zu den verschiedenen Sprachen und Kulturen, unterstützende und hemmende Faktoren im Mehrsprachenerwerb (Bradaran, 2016).

Die Sprachdefizite im Kindesalter können sich auch negativ auf das soziale Verhalten und die Interaktionsfähigkeiten auswirken. Die Erhebung soziokultureller Daten inklusive Untersuchung der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson unter Berücksichtigung des jeweiligen sozialen und kulturellen Hintergrundes kann somit einen diagnostischen Schwerpunkt bilden. Die Domäne „Kommunikation“ hat aus diesem Grund einen sehr hohen Stellenwert hinsichtlich der Aktivitäts- und Partizipationsebene bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung und wird auch von den meisten Autor*innen genannt (Gumpert & Vogt, 2009; Kölliker Funk, 2009). Verfahren wie die multikulturell orientierte Anamnese (Scharff Rethfeldt, 2013) oder mehrsprachige Anamnesebögen (Jedik, 2006) können hierbei zum Einsatz kommen.

3 Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen

3.1 Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sprachtherapeut*innen und Kinderärzt*innen

Nach Kohnert (2010) weisen mehrsprachige Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung die gleichen kognitiven Sprachverarbeitungsschwächen auf wie monolinguale Vergleichsgruppen. Als Indikatoren für Sprachentwicklungsstörungen, die in der Anamneseerhebung erfasst werden können, werden mehrheitlich genannt:

- fehlende Silbenverdopplungen ab dem sechsten Lebensmonat,
- fehlende Imitationen von Wörtern und Intonationskurven ab dem zwölften Lebensmonat,
- ein verspäteter Sprechbeginn,
- ein produktiver Wortschatz mit weniger als 50 Wörtern und
- das Fehlen von Wortkombinationen bis zum vierundzwanzigsten Lebensmonat.

In diesem Zusammenhang bietet die für Kinderärzt*innen veröffentlichte Broschüre „Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit“ (Asbrock et al., 2013) Entscheidungsraaster für die Früherkennung von mehrsprachigen therapiebedürftigen Kindern in der Kinderarztpraxis innerhalb der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U7–U9. Bei den Eltern mit ausreichenden Sprachkenntnissen empfiehlt sich der Einsatz der ELFRA-Bögen, um den konzeptuellen Wortschatz (alle Konzepte, die das Kind benennen kann – egal in welcher Sprache) bei mehrsprachigen Kindern zu erheben (Grimm & Doil, 2019). Bei den Eltern, die die deutsche Sprache weniger gut beherrschen, sind eher Bögen in der jeweiligen Muttersprache der Eltern sinn-

voll, z. B. die auf dem ELFRA basierende Sprachbeurteilung der Eltern SBE-2-KT (von Suchodoletz & Sachse, 2008).

Ein später Sprechbeginn erhärtet den Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung. In diesem Fall sollten – wie bei einsprachigen Kindern – Hörstörungen ausgeschlossen werden. Lassen sich aber die Sprachauffälligkeiten eher auf die Bedingungen zurückführen, unter denen Kinder aufwachsen (z. B. mangelnde Sprachanregung), und liegt keine Störung der Sprachverarbeitung vor, gelten die Kinder als förderbedürftig und sind abzugrenzen von Kindern mit therapiebedürftigen Sprachentwicklungsstörungen (Scharff Rethfeldt, 2013).

3.2 Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sprachtherapeut*innen und Erzieher*innen

Im Vergleich zu mehrsprachigen Kindern mit altersgerechter Sprachentwicklung erreichen mehrsprachige Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung die Sprachentwicklungsmeilensteine in beiden Sprachen deutlich langsamer. Sie produzieren insgesamt kürzere Äußerungen und machen Flexions- und Kongruenzfehler. Des Weiteren verfügen sie über einen geringen Wortschatzumfang, erwerben neue Wörter nur langsam und zeigen Schwierigkeiten beim Wortabruf (Restrepo & Kruth, 2000). Welche morpho-syntaktischen Regeln und Strukturen in der Erstsprache im Einzelnen betroffen sind, manifestiert sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Sprache. Insbesondere die Morphologie variiert stark sprachcodespezifisch.

Bei sukzessiv mehrsprachigen Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung treten neben den sprachspezifischen Schwierigkeiten auf der produktiven Ebene zusätzlich Stagnationen im Zweitspracherwerb auf. Längere Stagnationen im Zweitspracherwerb können auf das Vorliegen einer Spracherwerbsstörung hinweisen, wenn mehrsprachige Kinder bei der hinzukommenden Sprache im Verlauf von ca. zwölf Sprachkontaktmonaten oder trotz intensiver Förderung im

Laufe von sechs Monaten keine bedeutsamen Fortschritte in ihrer sprachlichen Kompetenz zeigen (Wagner, 2014b).

Die Dauer des jeweiligen Kontaktes mit der Zweitsprache und die erreichten Meilensteine in der grammatischen Entwicklung können orientierend als Kriterium für eine gefährdete Sprachentwicklung dienen. Bei einem unauffälligen Zweitspracherwerb sollte nach 12–15 Sprachkontaktmonaten mit der deutschen Sprache (z. B. im Kindergarten) die Satzklammer wie bei „ich möchte etwas malen“, also die korrekte Stellung und Beugung eines mehrteiligen Verbes im Deutschen erworben sein. Auch sollte ein mehrsprachiges Kind nach ca. 12–15 Sprachkontaktmonaten mit der deutschen Sprache bereits längere Sätze, also Drei- und Mehrwortäußerungen, bilden (Lengyel, 2010). In diesem Zusammenhang ist ein fachlicher Austausch mit Erzieher*innen wichtig, die täglichen Kontakt zu den mehrsprachigen Kindern haben und diese in der Regel mittels spezieller Beobachtungsbögen (wie z. B. SISMIK, Ulich & Mayr, 2003) gezielt beobachten müssen.

4 Ausblick

Mit Blick auf die frühzeitige Erfassung und Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung besteht die dringende Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit sämtlicher Fachgruppen wie Mediziner*innen, Erzieher*innen und Sprachtherapeut*innen. Die in den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U7–U9 erfassten Risikokinder sollten möglichst umgehend an sprachtherapeutische Praxen überwiesen werden, damit dort eine genauere Sprachentwicklungsdiagnostik erfolgen kann. Dabei sollten beim diagnostischen Vorgehen nach Möglichkeit sämtliche unter 2.1 bis 2.5 beschriebenen Vorgehensweisen kombiniert werden, um der Gefahr möglicher Fehldiagnosen entgegenzuwirken. Zur Sprachstandsfeststellung im Deutschen sollten ausschließlich Verfahren eingesetzt werden, die explizit für mehrsprachige Kinder erstellt bzw.

normiert wurden und die auch die Kontaktdauer der mehrsprachigen Kinder zu der Zweitsprache Deutsch berücksichtigen.

Ein fachlicher Austausch mit den Erzieher*innen kann ergänzend weitere wichtige Informationen liefern, da diese im Kindergartenalltag regelmäßigen Kontakt zu den mehrsprachigen Kindern haben und diese in ihrem Spiel- und Sprachverhalten in der Regel mittels spezieller Beobachtungsbögen systematisch beobachten müssen. In den Fällen, wenn umgekehrt in Kindergärten mehrsprachige Kinder in ihrem Spiel- und Sprachlernverhalten auffallen, da trotz regelmäßigem Kindergartenbesuch deutliche Stagnationen im Zweitspracherwerb beobachtet werden, sollte über die Eltern ein Kontakt zu den Sprachtherapeut*innen für eine genauere Diagnostik aufgenommen werden. Für die Zusammenarbeit der Sprachtherapeut*innen mit mehrsprachigen Eltern müssen nicht zuletzt auch interkulturelle Kompetenzen vorausgesetzt werden. Aus diesem Grund bedarf es laut Scharff Rethfeldt (2018) bereits in der beruflichen Qualifikation der Vermittlung von transkulturellem Fachwissen neben einer entsprechenden Methodenkompetenz.

5 Literatur

- Asbrock, D., Ferguson, C., Hoheiser-Thiel, N. & Klindtworth, P. (2013). *Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. Entscheidungshilfen für die Früherkennung in der Kinderarztpraxis*. Prolog.
- Bradaran, G.M. (2016). SSES bei sukzessiv bilingualen Kindern im Rahmen der ICF-CY. *Logos. Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie*, 24, 191–199.
- Chilla, S. (2015). Sprachbehindertenpädagogische Intervention bei mehrsprachigen Kindern und Jugendlichen. *Praxis Sprache*, 2, 95–101.

- Gathercole, S. E. (2006). Nonword Repetition and Word Learning: The Nature of Relationship. *Applied Psycholinguistics*, 27 (4), 513–543. <https://doi.org/10.1017/S0142716406060383>
- Grimm, H. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3–5)*. Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2019). *ELFRA. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern*. 3. Aufl. Hogrefe.
- Gumpert, M. & Vogt, S. (2009). Grammatische Sprachentwicklungsstörungen und ICF-Regeln und Stolpersteine. In C. Iven & H. Grötzbach (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (163–174). Schulz-Kirchner.
- Hasselhorn, M., Schumann-Hengsteler, R., Gronauer, J., Grube, D., Mähler, C., Schmid, I., Seitz-Stein, K. & Zoelch, C. (2012). *AGTB 5–12. Arbeitsgedächtnisbatterie für Kinder von 5 bis 12 Jahren*. Hogrefe.
- Jedik, L. (2006). *Anamnesebogen für zweisprachige Kinder. Mappe A: Deutsch-Russisch, Deutsch-Polnisch, Deutsch-Griechisch, Deutsch-Serbokroatisch, Deutsch-Englisch; Mappe B: Deutsch-Türkisch, Deutsch-Italienisch, Deutsch-Spanisch, Deutsch-Arabisch, Deutsch-Französisch*. 2. Aufl. Edition von Freisleben.
- Kiese-Himmel, C. & Risse, T. (2009). Normen für den Mottier-Test bei 4- bis 6-jährigen Kindern. *HNO*, 57 (9), 943–948. <https://doi.org/10.1007/s00106-009-1958-4>
- Kohnert, K. (2010). Bilingual children with primary language impairment. Issues, evidence and implications for clinical actions. *Journal of Communication Disorders*, 43 (6), 456–473. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.02.002>
- Kölliker Funk, M. (2009). ICF bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. In C. Iven & H. Grötzbach (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (175–190). Schulz-Kirchner.

- Lengyel, D. (2010). *Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit*. Fachbroschüre der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) und des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs).
- Leonard, L. B. (2014). *Children with Specific Language Impairment*. 2. Aufl. MIT Press.
- Lüke, C. (2011). Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Schulkindern. Anwendbarkeit des P-ITPA und des SET 5–10 zur Erfassung der deutschsprachigen Kompetenzen. *Logos. Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie*, 19, 164–172.
- Motsch, H.-J. (2013). Diagnostik und Therapie mehrsprachiger Kinder mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Logos. Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie*, 21, 255–263.
- Motsch, H.-J. (2011). *ESGRAF-MK. Evozierte Diagnostik grammatischer Fähigkeiten für mehrsprachige Kinder*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Petermann, F. (2010). *SET 5–10. Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren*. Hogrefe.
- Restrepo, M. A. & Kruth, K. (2000). Grammatical characteristics of a Spanish-English bilingual child with specific language impairment. *Communication Disorders Quarterly*, 21 (2), 66–76. <https://doi.org/10.1177/152574010002100201>
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Thieme.
- Scharff Rethfeldt, W. (2017). Logopädische Versorgungssituation mehrsprachiger Kinder mit Sprachentwicklungsstörung. Das MeKi-SES Projekt zur Versorgung einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation in Bremen. *Forum Logopädie*, 31, 24–31.

- Scharff Rethfeldt, W. (2018). Evidenzbasierte logopädische Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern mit Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung. *Praxis Sprache*, 63, 12–17.
- Schöler, H. & Brunner, M. (2008). *Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung (HASE)*. Westra.
- Schulz, P. & Tracy, R. (2011). *LiSe-DaZ. Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache*. Hogrefe.
- Ulich, M. & Mayr, T. (2003). *Sismik. Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen (Beobachtungsbogen und Begleitheft)*. Herder.
- von Suchodoletz, W. & Sachse, S. (2008). *Sprachbeurteilung durch Eltern – Kurztest für die U7 (SBE-2-KT)*. <https://www.ph-heidelberg.de/sachse-steffi/professur-fuer-entwicklungspsychologie/elternfrageboegen-sbe-2-kt-sbe-3-kt/sbe-2-kt-fremdspr.html> (14.11.2022)
- Wagner, L. (2008). *SCREEMIK. Version 2. Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern. Russisch-Deutsch, Türkisch-Deutsch. Manual und CD-Rom*. Eugen Wagner Verlag.
- Wagner, L. (2014a). *SCREENIKS. Screening der kindlichen Sprachentwicklung. Computergestütztes Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes im Deutschen bei ein- und mehrsprachigen Kindern. Manual und CD-Rom*. Eugen Wagner Verlag.
- Wagner, L. (2014b). Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsstörungen im Kontext von Mehrsprachigkeit. *Kinder- und Jugendmedizin*, 14, 331–335.
- Wilkens, R., Lein, T. & Rothweiler, M. (2018). Sprachdiagnostik bei zweisprachigen Kindern: Phonologische Verarbeitung und Wortschatzleistungen. *Praxis Sprache*, 63, 24–30.

Kontakt

Lilli Wagner

lilliwagner@hotmail.de