

SCHWERPUNKT WISSENSCHAFT

Ulrike Schütte, Lena-Maria Becker, Ulrike Lüdtko

Zur Qualität sprachtherapeutischer Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit – Eine international vergleichende Analyse zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz

1 Multikulturalität und Multilingualität in Deutschland: Herausforderungen für Sprachförderung und Sprachtherapie

Laut dem Bildungsbericht 2010 des Statistischen Bundesamtes liegt der Anteil der jüngsten Altersgruppe (0-6 Jahre) der in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund bei über 32% (Statistisches Bundesamt 2010). Immer mehr Kinder und Jugendliche mit Multikulturalität und Mehrsprachigkeit als Bildungsvoraussetzung treten damit in den institutionellen Bildungsprozess ein.

Die Loyalität gegenüber den mitgebrachten Sprachen der Familien ist aufgrund der hohen Vitalität der Sprachen, u.a. hervorgerufen durch technische Kommunikationsmittel sowie zuweilen durch die sprachlich-kulturell geprägte Bindung an die religiöse Herkunft, beträchtlich. Es ist demzufolge langfristig damit zu rechnen, dass Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland mehrsprachig aufwachsen und leben (Gogolin 2005).

Die oben genannten Zahlen zur Multilingualität in Deutschland sind zum einen ein Hinweis auf vielfältige Ressourcen und Zukunftsperspektiven der nachwachsenden globalen Generation. Zum anderen weist eine beachtliche Anzahl der mehrsprachigen Kinder erhebliche Spracherwerbsprobleme, Sprachstörungen und Schulleistungsschwierigkeiten auf und zählt zu der Kindergruppe mit den meisten Entwicklungsrisiken (Triarchi-Hermann 2009). Im Zuge der nach PISA eingeführten Sprachstandserhebungen im Kindergarten wurde ein Großteil der Kinder mit nicht-deutscher Herkunftssprache als förderbedürftig diagnostiziert. Die als sprach-

förderbedürftig eingestuft werden in nahezu allen Ländern zur Teilnahme an zusätzlichen Sprachfördermaßnahmen verpflichtet. Empfehlungen zur Art und Weise der sprachlichen Förderung durch ErzieherInnen, GrundschullehrerInnen oder andere Fachkräfte sind jedoch bislang nur in einigen Ländern vorhanden (u.a. Lütke & Kallmeyer 2007a, b; Lütke et al. 2010). Weiterhin werden immer mehr Kinder im Zusammenhang mit Mehrsprachigkeit in sprachtherapeutischen¹ Einrichtungen vorstellig. Auch in diesem Arbeitsfeld wird dem wachsenden Klientel mehrsprachiger Kinder unter Gewährleistung einer sprachlich-kulturell angepassten Arbeit mit dem Gefühl zunehmender Überforderung begegnet (Rothweiler 2007).

Deshalb wird der gezielten sprachlichen Förderung mehrsprachiger Kinder im Rahmen vorschulischer Sprachförderprogramme in Kombination mit sprachtherapeutischen Angeboten als „Wegbereiter“ für die identitätsbezogene, sprachliche und schulische Entwicklung vieler mehrsprachiger Kinder eine immer bedeutendere Rolle zukommen. Unseres Erachtens ist eine optimale Ausrichtung der Arbeit auf diese Bezugsgruppe dafür ein essentieller Faktor unserer Professionalisierung.

2 „Cultural competence“: Ein Blick in die USA

In den USA machen ethnische Minderheiten einen Anteil von über 30% der Bevölkerung aus (Urban Institute 2010). Es scheint, als ob der daraus resultierenden sprachlichen Vielfalt und den Aspekten des kulturellen Miteinanders mit einem anderen Bewusstsein als in Deutschland begegnet wird. So hat die American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) beispielsweise *Leitlinien für die sprachtherapeutische Arbeit mit mehrsprachigen Klienten* entwickelt, um professionelle, kulturell und sprachlich adäquate Arbeit zu gewährleisten, wie u.a. „Knowledge and skills needed by speech-language pathologists and audiologists to provide culturally and linguistically appropriate services“ (ASHA 2005a). In diesem Zusammenhang wird zum einen die Relevanz der *Zusammenarbeit mit Dolmetschern und Muttersprachlern* betont (ASHA 2009). Zum anderen zielen die Leitlinien darauf ab, die SprachtherapeutInnen in ihrer Arbeit im Kontext von *Cultural and Linguistic Diversity* (CLD) für den

¹ Im Folgenden wird stets der Begriff „Sprachtherapie“ bzw. „Sprachtherapeutin“ verwendet. Dieser schließt selbstverständlich auch die Disziplinen Logopädie, Sprachheilpädagogik, Klinische Linguistik, Klinische Sprechwissenschaft, Patholinguistik und deren MitarbeiterInnen ein.

Einfluss kultureller und linguistischer Unterschiede auf die Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen zu sensibilisieren und eigene Stärken im Umgang mit mehrsprachigen Klienten zu nutzen.

Im Gegensatz zu Deutschlands bundeslandinternen Regelungen (Lütke & Kallmeyer 2007a, b) erfolgt der strukturelle Aufbau der vorschulischen Sprachdiagnostik und -förderung in den USA staatenübergreifend. Es existieren klare Vorgaben zum konkreten Vorgehen bei der vorschulischen Sprachdiagnostik und -förderung (z.B. Grad der Qualifizierung des Diagnostikers). Dabei wird dem *Einbezug der Herkunftssprache* und der Berücksichtigung des Prozesses der Migration sowie des *kulturellen Hintergrundes* eine wichtige Rolle zugesprochen (ASHA 2005b). Die sprachliche Vielfalt findet zudem in konzeptuellen Aspekten in der Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen Berücksichtigung. Der Diagnostikprozess wird dabei u.a. von der wesentlichen Säule „Know the culture of the client“, d.h. einem Kennenlernen der Kultur des Klienten, getragen (Shipley et al. 2004).

In der Therapie mit mehrsprachigen Kindern liegt neben dem Rückgriff auf eine *Vielzahl mehrsprachiger Materialien* ein Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit auf der Koordinierung von Zusammenarbeit mit Personen mit fremdsprachlichen Kenntnissen („bilingual co-workers“, „cultural community partners“, „translators“ etc.) sowie der Aktivierung familiärer Ressourcen, um der Forderung nach kultureller Kompetenz in der sprachtherapeutischen Arbeit im Kontext von CLD gerecht zu werden (Roth et al. 2005).

Bestandsaufnahme in Deutschland: Monolinguale Orientierung und Kultur der Bildungseinrichtungen

Im Vergleich zu den USA stellt sich die Situation in Deutschland gänzlich anders dar. Trotz des Fakts, dass Deutschland sich zu einem multikulturellen und vielsprachigen Einwanderungsland gewandelt hat, wird die sprachliche Lage ethnischer Minderheiten durch die sprachliche Dominanz der Mehrheitsgesellschaft geprägt. So werden beispielsweise mehrsprachige Kinder und Jugendliche größtenteils mit einer weiterhin monolingualen Orientierung der Bildungseinrichtungen konfrontiert (Jeuk 2004). Die deutsche Sprache und Kultur tragen in vielen Fällen das Geschehen in Bildung und Erziehung und bestimmen zudem zu weiten Teilen die Erwartungshaltungen innerhalb der *deutschen Gesellschaft* (Kracht 2011).

Da die Handlungsfähigkeit in der Gesellschaft demzufolge weitgehend von der Beherrschung der Zweitsprache abhängig ist, unterliegt das mehrsprachige Kind dem gesellschaftlich auferlegten Zwang, seinen Alltag mehrsprachig zu meistern. Damit verbundene Unterbrechungen des Erwerbsprozesses der Erstsprache und Einschränkungen der Kommunikationsmöglichkeit können schwerwiegende Störungen in der Entwicklung sowie eine beschränkte Teilnahme des Kindes am gesellschaftlichen Leben beider Sprachgemeinschaften zur Folge haben. Dieses Spannungsverhältnis im Leben mehrsprachiger Kinder berührt tiefe Schichten der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit und beeinflusst die Identitätsentwicklung in bedeutendem Maß (Miksch & Nguyen-thi 2004; Lütke 2011; Licandro & Lütke 2011).

Der empirische Beleg, dass in Deutschland – einem multikulturellen Einwanderungsland – in Sprachförderung und -therapie mit mehrsprachigen Kindern in Sprachfördereinrichtungen und sprachtherapeutischen Praxen nur in kleinen und zögerlichen Schritten begegnet wird (siehe Kapitel 1. und 2.), steht im Fokus der folgenden Studie.

3 Kulturell-sprachliche Diversität – Empirische Belege: Zur Qualität von Sprachdiagnostik und Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Ausgehend von der bundesweiten Erhebung von Lütke und Kallmeyer (2007a, b) war es für uns von Interesse, einen Schritt weiter zu gehen und in unseren Nachbarländern Österreich und der Schweiz eine empirische Erhebung bezüglich der sprachtherapeutischen Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit durchzuführen, um ausgehend von diesen Ergebnissen Impulse für Deutschland abzuleiten.

Im Folgenden werden Ziele, Methodik und Stichprobendesign unserer in 2010 durchgeführten internationalen Fragebogenstudie skizziert und die Ergebnisse komprimiert dargestellt.

3.1 Ziel

Theorie-Praxis-Verhältnis

Ziel der Studie war zum einen, die Anschlussfähigkeit der sprachtherapeutischen Praxis an die Forderungen der Theorie hinsichtlich der Arbeit mit dem wachsenden Klientel mehrsprachiger Kinder zu untersuchen. Als Rückschluss auf die USA

als Impulsgeber wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich US-amerikanische Standards im Bereich vorschulischer Sprachdiagnostik und -förderung sowie sprachtherapeutischer Arbeit im Kontext von Cultural and Linguistic Diversity (CLD) (z.B. Zusammenarbeit mit mehrsprachigen Interaktionspartnern) auf Deutschland übertragen lassen. Zum anderen diente die Studie zur Klärung des Theorie-Praxis-Verhältnisses in diesem Bereich.

Ländervergleich: Österreich – Schweiz – Deutschland

Ein „Blick über den Tellerrand“ in die Nachbarländer Österreich und Schweiz im Vergleich mit Deutschland ermöglicht es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Kindern herauszuarbeiten und gegeneinander abzuwägen. Aufgrund des mehrsprachigen Ursprungs dieser Länder wurde vermutet, dass der Arbeit mit mehrsprachigem Klientel mit einem größeren Selbstverständnis begegnet wird, als dies in Deutschland der Fall ist (Braun 2009; Breit 2007).

Abbildung der multikulturellen Realität in den deutschsprachigen Ländern

Ein Schwerpunkt der empirischen Erhebung lag zudem auf der Berücksichtigung der kulturell-sprachlichen Diversität in der vorschulischen Sprachdiagnostik und Sprachförderung von mehrsprachigen Kindern. Mittels der Studie sollten Missstände, aber auch Ressourcen ermittelt werden, um Grundlagen zu schaffen, die das Streben nach individuellen wie bildungs- und gesundheitspolitischen Verbesserungen zur Unterstützung von mehrsprachigen Kindern in Deutschland untermauern.

3.2 Methode und Stichprobe

Auf Grundlage der deutschen und anglo-amerikanischen Literaturrecherche und -analyse wurde zunächst ein wissenschaftlicher Kriterienkatalog entwickelt, der (Heraus-)Forderungen und Maßstäbe im Bereich vorschulischer Sprachdiagnostik und -förderung abbildet und bündelt. Es wurden vier Hauptkriterien entwickelt, die sich in die Bereiche der Diagnostik und Therapie mehrsprachiger Kinder aufgliedern: *methodisches Vorgehen*, *Stellenwert der Herkunftssprache*, die Arbeit unter dem Gesichtspunkt der *interdisziplinären Zusammenarbeit* sowie die Berücksichtigung und Integration von *Aspekten interkultureller Kompetenz* in der sprachtherapeutischen Arbeit. Die Kriterien sind nicht gänzlich trennscharf, sondern weisen inhaltliche Überschneidungen auf.

Der konzipierte Fragebogen wurde an Mitglieder sprachtherapeutischer bzw. logopädischer Berufsverbände in Deutschland, Österreich und der Schweiz versandt.² Unter den 508 Teilnehmern befanden sich 390 deutsche TherapeutInnen, 54 österreichische TherapeutInnen sowie 64 Fachkräfte aus der Schweiz.

3.3 Ergebnisse der internationalen Vergleichsstudie

Die Auswertung der empirischen Untersuchung zeichnet ein deutliches Bild der sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Klienten im interkulturellen Kontext und stellt unseres Erachtens einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer eigenständigen sprachtherapeutischen Professionalisierung in diesem Bereich dar. Zentrale Ergebnisse der Bereiche Diagnostik, Therapie und interkultureller Kompetenz werden im Folgenden auszugsartig dargestellt.

Dominanz monolingualer Diagnostik

Die Auswertung der Ergebnisse im Bereich Diagnostik verdeutlicht zum einen, dass 70% der befragten TherapeutInnen in den drei Ländern mit monolingualen Materialien arbeiten. Zum anderen wird ersichtlich, dass der Arbeit in interkulturellen Bereichen weitaus mehr Beachtung geschenkt werden muss. Der religiöse Hintergrund der Familie sowie die differierende Gesprächskultur erfahren mit 5% wenig Berücksichtigung innerhalb des diagnostischen Prozesses.

Innerhalb der Auswertung fällt auf, dass alle drei Länder häufig mithilfe von Anamnesebögen, der teilnehmenden Beobachtung und der Erhebung spontansprachlicher Daten die Herkunftssprache des Kindes in die Diagnostik integrieren. Sprachtests, Screenings oder auch anderssprachige Computerprogramme werden nur selten bis nie genutzt. Dieses Ergebnis wird durch die geringe Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren ergänzt (siehe Abb. 1). Mehr als zwei Drittel der Befragten geben an, keine derartigen Instrumente zu kennen (siehe Tab. 1).

Wie unsere Ergebnisse zeigen, wird der Einbezug der Herkunftssprache zwar mehr und mehr in der Praxis berücksichtigt, jedoch fehlen oftmals materielle als auch personelle Voraussetzungen.

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

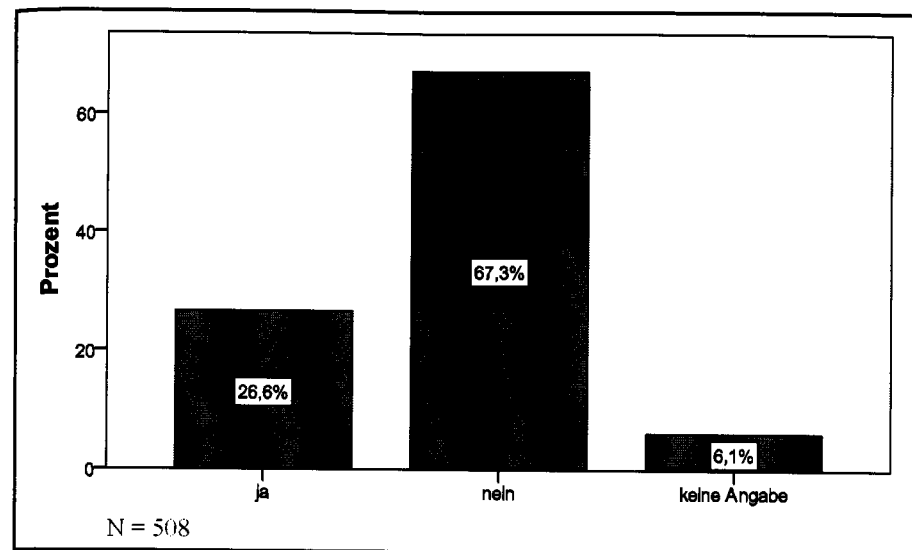


Abb. 1: Gesamtdarstellung der Länder Österreich, Schweiz und Deutschland: Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren

	D	A	CH
Ja	29%	19%	22%
Nein	65%	76%	73%
keine Angabe	6%	5%	5%
Gesamt	100%	100%	100%
N=508			

Tab. 1: Länderspezifische Einzeldarstellung der Länder Österreich, Schweiz und Deutschland: Kenntnis evaluierter bilingualer Diagnostikverfahren

Der Aufbau der Diagnostik unter dem Gesichtspunkt der interdisziplinären Zusammenarbeit zeigt in den drei Ländern vergleichsweise positive Ergebnisse. So geben über die Hälfte der Befragten an, mit Personen mit fremdsprachigen Kenntnissen zu kooperieren. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erstreckt sich von der Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen oder Bekannten über die Einbindung von ErzieherInnen und KulturvermittlerInnen bis hin zu der Arbeit mit bilingualen KollegInnen und professionellen DolmetscherInnen.

Deutschland bildet hierbei im Vergleich zu Österreich und der Schweiz das Schlusslicht. Zu mutmaßen wäre, dass dies vor allem durch den mehrsprachigen Ursprung der Länder begründet ist, der zu einer besseren Etablierung des

Systems der Zusammenarbeit geführt hat. Dies wird auch bei der Betrachtung der Ergebnisse im Umgang mit Dolmetschern offensichtlich. Hierbei liegt die Schweiz mit 39% deutlich vor Deutschland. Es wäre somit überlegenswert, einen Blick über die Ländergrenze zu wagen, und sich die Möglichkeiten sprachtherapeutischer Arbeit im Sinne der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen auf deutsche Verhältnisse zu adaptieren. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch die Arbeit mit so genannten „KulturvermittlerInnen“, wie es in der Schweiz die Regel ist.

Vorrangstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Sprachtherapie

Die Auswertung der Ergebnisse zum Vorgehen in der Sprachtherapie von mehrsprachigen Kindern weist auf die Schwierigkeiten hin, der Mehrsprachigkeit der Kinder in der Sprachtherapie methodisch zu begegnen. Es wird der Mangel an bilingualen Fachkräften im Arbeitsfeld der Sprachtherapie sowie an unterstützenden Materialien für die Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern in allen drei Ländern deutlich. Lediglich 6% der Befragten geben an, immer bzw. oft mit mehrsprachigem Material zu arbeiten (siehe Abb. 2).

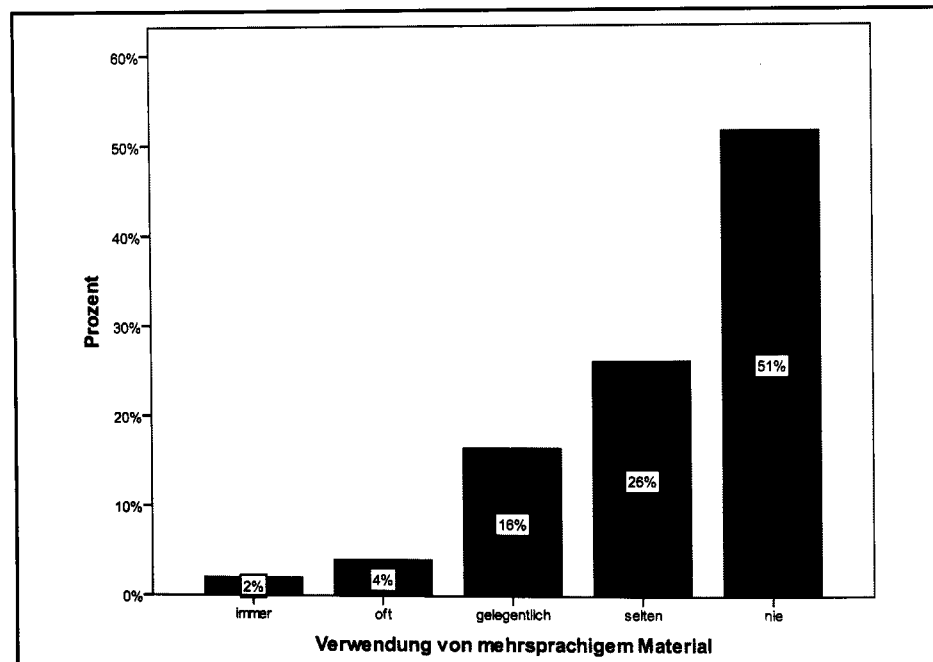


Abb. 2: Gesamtdarstellung der Länder Österreich, Schweiz und Deutschland: Verwendung von mehrsprachigem Material in der Therapie

	Konzept	Länder gesamt
Konzept	Ja	14,7%
	Nein	64,2%
	Keine Angabe	21,1%
	Gesamt	100%

Tab. 2: Gesamtdarstellung der Länder Österreich, Schweiz und Deutschland: Konzeptuelle Rückführbarkeit des therapeutischen Vorgehens

	Konzept	Deutschland	Österreich	Schweiz
Konzept	Ja	14,4%	11,1%	20,3%
	Nein	64,4%	66,7%	60,9%
	Keine Angabe	21,3%	22,2%	18,8%
	Gesamt	100%	100%	100%

Tab. 3: Länderspezifische Einzeldarstellung der Länder Österreich, Schweiz und Deutschland: Konzeptuelle Rückführbarkeit des therapeutischen Vorgehens

Die Dringlichkeit dieser Problematik wird durch das Ergebnis verstärkt, dass lediglich ein Bruchteil der befragten TherapeutInnen angibt, nach einem bestehenden Therapiekonzept zu arbeiten. Die Ergebnisse verdeutlichen den „konzeptuellen Notstand“ in der sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Kindern (siehe Tab. 2).

Über 50% aller befragten TherapeutInnen ziehen Personen mit fremdsprachlichen Kenntnissen hinzu und versuchen somit zu ermöglichen, dass die Herkunftssprache des Kindes in der Therapie berücksichtigt wird. Die Arbeit unter den Gesichtspunkten der interdisziplinären Zusammenarbeit in Aufbau und Durchführung der Therapie von mehrsprachigen Kindern nimmt eine zentrale Rolle im sprachtherapeutischen Alltag ein. Bei der Wahl geeigneter Methoden zur Berücksichtigung der Herkunftssprache des Kindes ist die kooperative Arbeit der Verwendung von mehrsprachigem Material übergeordnet.

Es wird deutlich, dass ein Großteil der mit mehrsprachigen Kindern arbeitenden TherapeutInnen bemüht ist, Netzwerke mit mehrsprachigen Interaktionspartnern aufzubauen, wobei mit 12% lediglich ein geringer Anteil der Befragten auf die Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen zurückgreift. Als Gründe hierfür werden Organisations- und Finanzierungs-

schwierigkeiten angeführt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Forderung der anglo-amerikanischen und deutschen Fachliteratur nach einem – die Herkunftssprache und Kultur des Kindes integrierenden – Therapieansatz bereits vielfach nachzukommen versucht wird.

Interkulturelle Kompetenz als „Türöffner“

Die Ausrichtung der sprachtherapeutischen Arbeit auf das wachsende Klientel mehrsprachiger Kinder und Erwachsene beinhaltet weitaus mehr als den bestmöglichen Umgang mit der entstehenden Sprachenvielfalt. Die SprachtherapeutInnen werden durch ihren Einblick in das sprachliche Miteinander der Familie auch mit kulturellen und religiösen Besonderheiten aus dem jeweiligen Herkunftsland konfrontiert, die sich u. a. auf Kommunikation, Interaktion und das Verhalten im therapeutischen Setting auswirken können.

Die Ergebnisse der drei Länder zeigen, dass der Schwerpunkt im Diagnostik- und Therapieprozess eher auf bilingualen und nicht auf interkulturellen Aspekten liegt. Da sprachtherapeutische Arbeit zu großen Teilen personenbezogen und -basiert abläuft, spielen die Kompetenzen der SprachtherapeutInnen im diagnostischen und therapeutischen Bereich, aber auch ihre persönliche Einstellung gegenüber kultureller und sprachlicher Vielfalt als Bereich der kulturellen Kompetenz, eine wichtige Rolle.

Neben kulturspezifischen Besonderheiten, die sich auf die Kommunikation und Interaktion auswirken, ist in der sprachtherapeutischen Arbeit mit mehrsprachigen Klienten zudem die Prägung des Verhaltens und Handelns durch religiöse Wertvorstellungen und Glaubensinhalte von besonderer Bedeutung.

Bei der Beschäftigung mit anderen Religionen neben dem Christentum nehmen Inhalte des Islam aufgrund dessen großer Verbreitung in den drei Ländern einen zentralen Stellenwert ein. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung, bei denen der Einbezug von Inhalten des Islams von über einem Drittel der Befragten angegeben wird, belegen dies auch für den sprachtherapeutischen Kontext. Dabei ist die Reflexion von „Fremdheitsgefühlen“ (Lütke et al. 2003), die mit der Auseinandersetzung mit fremden Kulturen und Religionen (z. B. im Kontakt mit einer kopftuchtragenden Klientin) einhergehen können, ebenfalls ein wichtiger Bestandteil kultureller Kompetenz. Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich ableiten, dass ein Bewusstsein gegenüber „Fremdheitsgefühlen“ im Kontakt mit mehrsprachigen Klienten anderer

Religionen besteht, diese aber bislang keine wichtige Rolle in der sprachtherapeutischen Arbeit einnehmen. Die Ergebnisse können als Bedarf nach weiterer Sensibilisierung bezüglich der Thematik eines „kultursensitiven Vorgehens“ interpretiert werden, z. B. in Anlehnung an die USA mithilfe des Einsatzes von „cultural informants“ (ASHA 2005b).

3.4 Resumé

Neben der Vielzahl an Veränderung, die bezüglich der sprachtherapeutischen Arbeit im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit noch zu unternehmen sind, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Ergebnisse unserer Studie auch ein Beleg dafür sind, dass sich die Sprachtherapie im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit als weitaus anschlussfähiger darstellt als der Ruf, der ihr in Theorie und Fachliteratur voraussetzt, vermuten lässt. Die Ergebnisse sind sowohl ein Beweis für die Umsetzung vieler Forderungen aus der Theorie in die Praxis als auch für das breite Spektrum an bereits vorhandenen Ressourcen, an die in Zukunft angeknüpft werden kann. So müssen die bereits vorhandenen individuellen Zugänge und Bemühungen in der Praxis hinsichtlich der Anpassung ihrer Arbeit an mehrsprachiges Klientel gewürdigt werden, um seitens der Wissenschaft und Forschung optimale, praxisrelevante Unterstützung anzubieten, notwendige Hilfen an die Seite zu stellen und insbesondere der Vielzahl an monolingualen TherapeutInnen Erleichterung in ihrer Arbeit zu verschaffen und sie in ihrem Vorgehen zu ermutigen.

LITERATUR

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2009): Tips for working with an interpreter. URL: www.asha.org/policy [Stand: 20.06.2011].
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2005a): Knowledge and skills needed by speech-language pathologists and audiologists to provide culturally and linguistically appropriate services [Knowledge and skills]. URL: www.asha.org/policy [Stand: 28.06.2011].
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2005b): Cultural competence [Issues in ethics]. URL: www.asha.org/policy [Stand: 28.06.2011].
- Breit, S. (2007): Evaluation der „Frühen Sprachförderung“ einer Maßnahme aus dem Schulpaket I. Universität Salzburg.
- Braun, W. G. (2009): Integrierte Sprachförderung. Abgrenzung, Umsetzung, Erfahrungen. URL: http://www.logopaedieundpraevention-hfh.ch/webautor-data/10/Artikel_szh1-09_Integrierte-Sprachfoerderung.pdf [Stand: 20.06.2011].

- Gogolin, I. (2005): Erziehungsziel Mehrsprachigkeit. In: Röhner, C. (Hg.): Erziehungsziel Mehrsprachigkeit. Diagnose von Sprachentwicklung und Förderung von Deutsch als Zweitsprache. Weinheim: Juventa, 13-24.
- Jeuk, S. (2004): Zweitspracherwerb bei Migrantenkindern. Konsequenzen für die Sonderpädagogik. In: Heilpädagogik online, 02/04, 3-26.
- Kracht, A. (2011): Interkulturalität und Mehrsprachigkeit. In: Braun, O. & Lütke, U. (Hg.): Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 8: Sprache und Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Licandro, U. & Lütke, U. (2011): 'Peer Tutoring' als kultur-sensitiver und ressourcenorientierter Interventionsansatz in Fördersituationen mit mehrsprachigen Kindern. In: Rosenberger, K. (Hg.): Sprache aufbauen – Grenzen abbauen. Wien: Lernen mit Pfiiff, 79-86.
- Lütke, U. (2011): Person und Sprache. In: Braun, O. & Lütke, U. (Hg.): Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 8: Sprache und Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lütke, U. & Kallmeyer, K. (2007a): Vorschulische Maßnahmen zur Sprachstandserhebung und Sprachförderung in den deutschen Bundesländern: Wissenschaftliche Vorschläge zur Optimierung bildungspolitischer Initiativen. Die Sprachheilarbeit 25, 6, 244-260.
- Lütke, U. & Kallmeyer, K. (2007b): Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus Sicht von Linguistik, Testtheorie, Mehrsprachigkeitsforschung und Sprachdidaktik. Die Sprachheilarbeit 25, 6, 261-278.
- Lütke, U., Becker, L.-M. & Schütte, U. (2010): Vorschulische Sprachdiagnostik und Sprachförderung in den USA – Impulse einer internationalen Vergleichsuntersuchung für die bildungspolitische Planung in Deutschland. In: Frontzek, G. (Hg.): Zur Sprache bringen – Disziplinen im Dialog, Hamm: Wilke, 183-187.
- Lütke, U., Beta, K. & Degenhardt, T. (2003): „Fremde sind wir uns selbst.“ Interkulturelle Erfahrungen und sprachbehindertenpädagogische Professionalisierung in einer konstruktivistisch orientierten Hochschuldidaktik. Die Sprachheilarbeit 48, 200-211.
- Miksch, A. & Nguyen-thi, M.-D. (2004): Deutsch als Zweitsprache. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.) Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 5: Bildung, Erziehung und Unterricht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shipley, K. G. & Mc Afee, J. G. (2004): Assessment in speech-language-pathology. A resource manual. Clifton Park, NY: Thomson Learning Inc.
- Statistisches Bundesamt (2010): Bildungsbericht: Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung. URL: <http://www.bildungsbericht.de/index.html?seite=8405> [Stand: 28.06.2011].
- Roth, F. P. & Worthington, C. K. (2005): Treatment resource manual for speech-language pathology. Clifton Park, NY: Thomson Learning Inc.
- Rothweiler, M. (2007): Spezifische Sprachentwicklungsstörung und Mehrsprachigkeit. In: Schöler, H. & Welling, A. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 1: Sonderpädagogik der Sprache. Göttingen: Hogrefe.
- Triarchi-Herrmann, V. (2009): Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. In: Spektrum Patholinguiistik 2, 31-50.
- The Urban Institute Children of Immigrants Data Tool (2010): URL: <http://datatool.urban.org/charts/datatool/pages.cfm> [Stand: 28.06.2011].

Kirsten Diehl

Inventar zur Erfassung der Lesekompetenzen von Erstklässlern (IEL-1) – eine Grundlage für eine frühe LRS-Prävention im Rügener-Integrationsmodell (RIM)

Zusammenfassung

Im Beitrag wird zum einen ein innovatives diagnostisches Verfahren zur Erfassung der Lesekompetenzen von Erstklässlern (IEL-1) vorgestellt. Zum anderen wird auf den Einsatz des Verfahrens im Kontext des Rügener-Integrationsmodell (RIM) eingegangen. Dazu wird zunächst der US-amerikanische Response-to-Intervention Ansatz (RTI) vorgestellt, auf dem das Rügener-Integrationsmodell basiert.

1 Einführung

Die von der Bundesrepublik 2009 unterzeichnete UN-Behindertenrechtskonvention zielt eindeutig auf die Entwicklung eines „inklusive Bildungssystems auf allen Ebenen“ (UN Behindertenkonvention, Artikel 24) ab. Damit sind Bildungsministerien einmal mehr in die Pflicht genommen, die gemeinsame Beschulung von Behinderten und Nichtbehinderten zu gewährleisten. Was fehlt sind übergreifende Konzepte, die einer solchen Zielstellung gerecht werden und zudem in ihrer Wirksamkeit evaluiert wurden. Das Ziel einer inklusiven Schule in Deutschland wird sich nicht von „Heute auf Morgen“ realisieren lassen. Es ist eher davon auszugehen, dass es mehrere Jahre, wenn nicht Jahrzehnte dauern wird, bis die dafür notwendige Einstellung und Überzeugung, die fachliche Kompetenz und die organisatorischen Bedingungen gewährleistet sind. Naheliegender ist eine auf Inklusion fokussierte etappenweise Entwicklung auf unterschiedlichen Ebenen (Ebene der Akzeptanzbildung, der Konzeptentwicklung, der Umsetzung und Evaluation u. a.).

In den Bundesländern der BRD werden derzeit unterschiedliche Integrationskonzepte entwickelt und auch evaluiert. In der Regel geht es dabei weniger um übergreifende Schulkonzepte, sondern es stehen einzelne