

Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung: Internationales Positionspapier

1. Präambel

Menschen wie auch Gesellschaften profitieren, wenn Kinder darin unterstützt werden, sich zu kompetenten Kommunikationspartnern zu entwickeln. Die meisten Kinder lernen eine, zwei oder mehrere Sprachen zu sprechen. Jedoch lernen nicht alle Kinder effektiv und verständlich zu kommunizieren und manche zeigen eine Aussprachestörung. Einige Kinder zeigen Schwierigkeiten in ihrer verbalen Kommunikation, unabhängig davon, ob sie eine, zwei oder mehrere Sprachen sprechen. Familien, Gemeinschaften, Erzieher und akademische Sprachtherapeuten spielen eine wichtige Rolle bei der Förderung des kindlichen Erwerbs der Sprache und des Sprechens. Frühe Interventionen können die Aussprache bei einer vorliegenden Störung verbessern und potenzielle ungünstige Auswirkungen einer kommunikativen Beeinträchtigung in den Bereichen Bildung, Sozialleben und Beruf reduzieren (Law, Garrett, Nye, & Dennis, 2012).

International stimmen Sprachtherapeuten überein, dass sie nicht über genügend Fertigkeiten und (personale) Ressourcen verfügen, mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung eine kulturell adäquate sprachliche Diagnostik und Therapie zu ermöglichen (Jordaan, 2008; Skakan, Watson & Lof, 2007; Stow & Dodd, 2003; Williams & McLeod, 2012). Dies ist vor allem in der Tatsache begründet, dass die Sprachtherapeuten und die Kinder und deren Familien in ihren Gemeinschaften unterschiedliche Sprachen sprechen. Das Positionspapier möchte weltweit Sprachtherapeuten und angrenzenden Professionen, die mit mehrsprachigen und/oder multikulturellen Kindern arbeiten, Empfehlungen und praktische Strategien zur Verfügung stellen, sowie politische Entscheidungsträger aufklären, um zukünftig "die Lücke zwischen der linguistischen Homogenität der sprachtherapeutischen Profession und der linguistischen Diversität ihrer Klientel zu schließen" (Caesar & Kohler, 2007, S. 198).

2. Definitionen

Mehrsprachig(keit): Mehrsprachige Personen, einschließlich Kinder, die mehr als eine Sprache erwerben, sind in der Lage zwei oder mehr Sprachen mündlich, schriftlich oder in Form geschriebener Texte mindestens auf basalem Niveau zu verstehen und/oder zu verwenden, unabhängig vom Alter, in dem die Sprachen erworben wurden (Grech & McLeod, 2010, S. 121). Mehrsprachigkeit wird hier als Oberbegriff für Bilingualismus und Multilingualismus verwendet. Obwohl bidialektale Menschen im engeren Sinne nicht mehrsprachig sind, werden dialektale Unterschiede innerhalb verschiedener Sprachen (z.B. afrikanisch-amerikanisches Englisch, australisches Aboriginal-Englisch, kanadisches Französisch, chinesisches-malaysisches Englisch, mexikanisches Spanisch, Singlisch, taiwanisches Mandarin), anerkannt.

Aussprachestörung: Kinder mit Aussprachestörungen können jegliche Kombinationen von Schwierigkeiten in der Wahrnehmung, Artikulation/motorischen Produktion und/oder phonologischen Repräsentation von Lauten (Konsonanten und Vokale), der Phonotaktik (Silben und Wortform) und Prosodie (Rhythmus, Betonung und Intonation) haben, die die Sprachverständlichkeit und -akzeptanz beeinflussen können. Hier stehen ‚Aussprachestörungen‘ als Oberbegriff für die komplette Spanne von Artikulationsauffälligkeiten sowohl mit bekannter Ursache (z.B. Down-Syndrom, LKGSF) als auch unbekannter Ätiologie. Es schließt phonetische und phonologische Verzögerung/Störung (articulation and phonological delay/impairment) und Sprechstörung (speech impairment) ein.

Akademischer Sprachtherapeut [Speech-Language Pathologist]: Der hier verwendete Begriff ‚Akademischer Sprachtherapeut‘ umfasst alle Fachkräfte, die eine spezifische akademische Qualifikation für die Arbeit mit Kindern mit Sprech- und Sprachbeeinträchtigungen

erworben haben: fonoaudióloga, logopeda, logopedist, logopédiste, orthophoniste, patóloga de habla y lenguaje, speech pathologist, speech-language pathologist, speech therapist, and speech and language therapist.

[Ergänzende Anmerkung der Übersetzerinnen: In Deutschland zählen dazu akademische SprachtherapeutInnen, Diplom-SprachheilpädagogInnen, klinische LinguistInnen, klinische SprechwissenschaftlerInnen, PatholinguistInnen, Atem-, Stimm- und SprechlehrerInnen und (Diplom-)LogopädInnen.]

Kultur: Der Begriff ‚Kultur‘ wird hier in Anlehnung an Kohnert (2008, S. 28) verwendet und meint „die von einer Gruppe, einer Gemeinschaft oder Volk geteilte, gesammelte und integrierte Menge von gelernten Überzeugungen, Gewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen... [und] den Kontext, in dem Sprache erworben und gebraucht wird, sowie das primäre Mittel ihrer Vermittlung“.

Kulturelle Kompetenz und Sicherheit: Kulturelle Kompetenz (in dieser Übersetzung auch verstanden als ‚interkulturelle Kompetenz‘) berücksichtigt und würdigt – auf allen Ebenen – die Bedeutsamkeit von Kultur, die Beurteilung interkultureller Beziehungen, die Vigilanz gegenüber der aus kulturellen Differenzen resultierenden Dynamik, die Ausbreitung kulturellen Wissens und Adaptation von Dienstleistungen, um spezifische kulturelle Bedürfnisse zu erfüllen“ (Betancourt, Green, Carrillo & Ananeh-Firempong 2003, S. 294). Eine kulturell gesicherte Gesundheitsversorgung bzw. in solches Erziehungsumfeld ist diejenige, „die für Menschen sicher ist, wo es keinen Übergriff auf, keine Infragestellung von oder Verleugnung ihrer Identität gibt, wer sie sind oder was sie brauchen. Sie zeichnet sich durch gegenseitigen Respekt, geteilte Bedeutungen, geteiltes Wissen und Erfahrung aus, sowie durch gemeinsames Lernen in Würde und echtem Zuhören“ (Williams 1999, S. 213).

¹ In dieser Übersetzung verwenden wir bewusst den Begriff ‚Akademischer Sprachtherapeut‘, da die akademische Ausbildung international über das Studium/auf Hochschulniveau üblich ist.

3. Zielsetzung

Das vorliegende Positionspapier ist ein richtungsweisendes Dokument für alle diejenigen, die neue Richtlinien und ein optimales Vorgehen bei der Betreuung von mehrsprachigen und/oder multikulturellen Kindern mit Aussprachestörung entwickeln wollen. Es basiert auf einem internationalen Verständnis professioneller Praxis und bietet eine Grundlage für akademische Sprachtherapeuten, die in medizinischen, pädagogischen Bereichen oder auf kommunaler Ebene tätig sind, sowie für Berufsverbände, politische Entscheidungsträger, Universitäten, andere Professionen (z.B. Dolmetscher) sowie Familien und Gemeinschaften (communities).

Das 'International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (IEPMCS)'

- erkennt an, dass Kinder kompetent, handlungsfähig und kreativ sind, individuelle Charaktereigenschaften, Interessen haben und unter unterschiedlichen Umständen leben.
- erkennt, wertschätzt und unterstützt echte, gegenseitige und respektvolle Partnerschaften zwischen Kindern, Familien, Gemeinschaften, Sprachtherapeuten, Dolmetschern, Pädagogen und allen, die den Erwerb kommunikativer Kompetenzen unterstützen.
- erkennt an, dass aktuelle technische Fortschritte (einschließlich internationaler audio-visueller Verbindungen in Echt-Zeit, z.B. skype, facetime) den Zugang und die Verfügbarkeit von Informationen über unterschiedliche Sprachen erhöht haben, was optimales Vorgehen ermöglicht.
- ermutigt zur kritischen Reflexion von etablierten Empfehlungen bzw. Praktiken und ihren zugrundeliegenden Annahmen.

4. Rahmen

Im vorliegenden Positionspapier wurde die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: Kinder- und Jugendversion (World Health Organization, 2007) als empfohlener Rahmen genutzt, um akademische Sprachtherapeuten in ihrer Arbeit mit mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung im Sinne der „best practice“ zu unterstützen. Um die Versorgung mit umfassenden und individuellen Methoden in Diagnostik und Intervention zu unterstützen, haben akademische Sprachtherapeuten folgende Faktoren zu beachten:

Körperfunktionen: "physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen)" (DIMDI, 2005, S. 51)

Körperstrukturen: "anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile" (DIMDI, 2005, S. 84)

Aktivität: "die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen (DIMDI, 2005, S. 95)

Partizipation [Teilhabe]: "das Einbezogensein in eine Lebenssituation" (DIMDI, 2005, S. 95)

Umweltfaktoren: "bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und

ihr Dasein entfalten" (DIMDI, 2005, S. 123). Umweltfaktoren können fördernd oder beeinträchtigend wirken oder beides.

Personbezogene Faktoren: "können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme ... Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung, ... vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen ... allgemeine Verhaltensmuster und Charakter ... umfassen" (DIMDI, 2005, S. 22)

Das vorliegende Positionspapier fasst die Elemente des World Report on Disability zusammen (World Health Organization and The World Bank, 2011).

5. Von akademischen Sprachtherapeuten weltweit wahrgenommene Herausforderungen bei der Versorgung von mehrsprachigen Kindern in Bezug auf die Bereitstellung [inter-]kulturell-kompetenter Betreuung

Die folgenden Hauptaspekte werden von akademischen Sprachtherapeuten als Herausforderungen in ihrer Arbeit mit mehrsprachigen Kindern wahrgenommen: Überweisung, Diagnostik, Intervention, Leistungserbringung, [inter-]kulturelle Kompetenz, erweiterte Fremdsprachenkenntnisse, Training und Zusammenarbeit mit Dolmetschern (Caesar & Kohler, 2007; Guiberson & Atkins, 2012; Joffe & Pring, 2008; Jordaan, 2008; Kritikos, 2003; Priester, Post & Goorhuis-Brouwer, 2009; Roseberry, McKibbin, Brice & O'Hanlon, 2005; Skahan, Watson & Lof, 2007; Stow & Dodd, 2003; Topbaş, 2011; Williams & McLeod, 2012; Winter, 1999; 2001).

Stow und Dodd (2005) berichten z.B. einen statistisch signifikanten Unterschied in der falsch-negativen Diagnose von Aussprachestörungen zwischen mehrsprachigen Kindern (25,74%) und monolingualen Kindern (58,43%). Mehrere internationale Projekte haben bereits begonnen, sich der o.g. Herausforderungen in folgenden Bereichen anzunehmen: Forschung (z.B. Yavaş, 2010), Entwicklung von [Human-]Ressourcen (z.B. Zhu Hua & Dodd, 2006; McLeod, 2007; McLeod & Goldstein, 2012) und die Einberufung des International Expert Panels on Multilingual Children's Speech.

6. Allgemeines Positionsstatement

Das Panel empfiehlt, dass

1. Kinder unterstützt werden, effektiv und verständlich in den Sprachen ihrer Familien und gesellschaftlichen Gruppen/ Gemeinschaften zu kommunizieren, um ihre kulturelle Identität zu entwickeln.
2. Kinder eine professionelle sprachtherapeutische Diagnostik und Intervention erhalten, die die Kompetenzen, kulturelle Herkunft und den Werdegang der Kinder anerkennt und respektiert. Diese Diagnostika und Interventionen sollten auf bester verfügbarer Evidenz basieren.
3. akademische Sprachtherapeuten die Entwicklung kultureller Kompetenzen und kulturell sicherer Praktiken anstreben.
4. akademische Sprachtherapeuten die kooperative Zusammenarbeit mit Familien, Gemeinden, Dolmetschern und anderen Professionen aus dem Gesundheits- und Erziehungsbereich anstreben, um ein unterstützendes kommunikatives Umfeld zu fördern.

5. akademische Sprachtherapeuten Kenntnisse, Ressourcen und Evidenzen sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene generieren und teilen, um das Verständnis für kulturelle und linguistische Diversität zur Unterstützung des Spracherwerbs und der kommunikativen Kompetenzen mehrsprachiger Kinder zu fördern.
6. Regierungen, politische Entscheidungsträger und Arbeitgeber die Notwendigkeit für kulturelle Kompetenzen und sichere Praktiken anerkennen und akademische Sprachtherapeuten durch zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen unterstützen, um mehrsprachigen Kindern die notwendige sprachtherapeutische Versorgung zukommen zu lassen.

7. Empfohlenes ideales Vorgehen zur Bereitstellung [inter-]kulturell kompetenter Betreuung bei mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung nach der ICF-CY (WHO, 2007)

A. Körperfunktionen

Das Panel empfiehlt:

- (i) Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörungen werden darin unterstützt, sich verständlich in der Sprache ihrer Familie entsprechend ihrer kognitiven, physischen und sozio-emotionalen Fähigkeiten zu artikulieren.
- (ii) Erreichung dieses Ziels wird eine sprachtherapeutische Diagnostik und Intervention in den Sprachen des Kindes anhand von evidenzbasierten Verfahren und kulturell wie linguistisch adäquater Materialien durchgeführt. Dieses angestrebte Ziel kann durch die angemessene Bereitstellung von Mitteln, die Berücksichtigung relevanter Forschungsergebnisse sowie die weltweite kooperative Zusammenarbeit mit anderen Personen (z.B. akademischen Sprachtherapeuten, Linguisten, Kulturhelfern, Dolmetschern, Pädagogen etc.) erreicht werden.
- (iii) Um eine aussagekräftige Diagnostik zur Identifizierung von Kindern mit Aussprachestörungen zu erstellen, erwerben akademische Sprachtherapeuten Kompetenzen zum Internationalen Phonetischen Alphabet (IPA, International Phonetic Association, 2005), zu dessen Erweiterungen (extIPA, Duckworth, Allen, Hardcastle, & Ball, 1990) und Prosodie, um normale und abweichende Artikulation in ihrer eigenen Muttersprache sowie in der Sprache des Kindes transkribieren zu können. Weiterhin ist eine theoretische wie praktische Auseinandersetzung mit dem mono- versus multilingualen Spracherwerb in cross-linguistischen Kontexten erforderlich (Hambly, Wren, McLeod, & Roulstone, 2013). Diese kontinuierliche professionelle Weiterentwicklung soll das Wissen über Mehrsprachigkeit generell und der vom Kind gesprochenen Sprache für den sprachtherapeutischen Einsatz erweitern.
- (iv) Durch Kooperationen mit anderen Professionen (z.B. Linguisten, Dolmetschern) erweitern akademische Sprachtherapeuten kontinuierlich ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen bezüglich der Lautsysteme unterschiedlicher Sprachen und Dialekte von Kindern.

B. Körperstrukturen

Das Panel empfiehlt:

- i. Kinder bekommen die Möglichkeit, hinsichtlich beeinträchtigter Körperstrukturen (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung, Cochlea-Fehlbildung) rechtzeitig erfasst und durch einschlägige Experten behandelt zu werden, um eine optimale Sprachperzeption und gute Sprechverständlichkeit zu ermöglichen.
- ii. Die sprachtherapeutische Diagnostik umfasst die Beurteilung der Körperstrukturen, insbesondere der Strukturen, die an der Aussprache (Atmung, Phonation, orofaziale Strukturen) sowie am Hören beteiligt sind, um mögliche Ursachen für eine Aussprachestörung zu erfassen.
- iii. Akademische Sprachtherapeuten sollten sich über mögliche Variationen der Körperstrukturen der Menschen weltweit bewusst sein. Sie sollten in Betracht ziehen, dass mit den betroffenen Kindern nicht unbedingt ein Gesundheitsscreening oder eine Diagnostik durchgeführt wurde, um Gründe für die Aussprachestörung zu erkennen.
- iv. Um die Auswirkungen beeinträchtigter Körperstrukturen auf die Aussprachefähigkeit zu reduzieren (z.B. Verschluss der LKGSF, CI), kooperieren akademische Sprachtherapeuten u.a. mit Fachärzten (HNO-Ärzte, Kieferchirurgen) mit dem Einverständnis der Familien.

C. Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Das Panel empfiehlt:

- i. Kinder und deren Familien werden angemessen informiert, um ihnen die Möglichkeit zu geben, Therapieziele der sprachtherapeutischen Intervention zu priorisieren und mitzubestimmen. Dies erfolgt mit dem Ziel, dem Kind eine höchstmögliche Teilhabe an kulturellen, sozialen, religiösen und (vor)schulischen Aktivitäten in seinem sprachlichen Umfeld zu ermöglichen.
- ii. Die sprachtherapeutische Betreuung zielt auf erfolgreiche und kulturell adäquate kommunikative Interaktionen ab, die die Teilhabe der Kinder in alltäglichen Aktivitäten und spezifischen Aktivitäten ihrer Gemeinden positiv unterstützt. Akademische Sprachtherapeuten sollten kulturell relevante Beschäftigungen als Basis zur Planung des Diagnostik- und Interventionsprozesses nehmen, die den individuellen Bedürfnissen der Kinder entsprechen.
- iii. Akademische Sprachtherapeuten sind mit den von Kindern aus kulturell und sprachlich unterschiedlichen Gruppen unternommenen Aktivitäten vertraut.
- iv. Um ein Verständnis für die Rolle der Kinder in verschiedenen kulturellen Kontexten zu entwickeln, kooperieren akademische Sprachtherapeuten u.a. mit Familien, Kulturgemeinschaften und weiteren Berufsgruppen (z.B. Kulturhelfer). Darüber hinaus sollten sie Zugang zu Ressourcen haben, die kommunikative Kompetenzen in Hinblick auf verschiedene Aktivitätsbereiche spezifizieren (z.B. Common European Framework of Reference for Languages/Little, 2006).

D. Umweltfaktoren

Das Panel empfiehlt:

- i. Zur Förderung einer verständlichen und effektiven Kommunikation über verschiedene Settings hinweg erhalten mehrsprachige Kinder und ihre Familien Zugang zu Ressourcen des Umfelds (z.B. technische Hilfsmittel, personelle Ressourcen).
- ii. Die sprachtherapeutische Betreuung verfolgt das Ziel, kommunikative Barrieren im Umfeld des Kindes zu erfassen und zu reduzieren und eine effektive und verständliche Kommunikation in den unterschiedlichen Lebenswelten des Kindes zu fördern. Es wird empfohlen, innerhalb der sprachtherapeutischen Diagnostik Informationen zum Sprachgebrauch, sprachlichen Fähigkeiten, Kontext, Kommunikationspartner sowie zu Erwartungen zu erfassen. Akademische Sprachtherapeuten schaffen Möglichkeiten, die erzielten Erfolge des Kindes zu reflektieren. Dabei arbeiten sie gemeinsam mit den Kindern, ihren Familien und auch anderen Personen aus dem Umfeld des Kindes, um die Verantwortung für zukünftige Erfolge und für die Entwicklung einer kulturellen Identität zu teilen (Gogolin & Neumann, 2009).
- iii. Akademische Sprachtherapeuten entwickeln [inter-]kulturelle Kompetenzen und Praktiken, indem sie nach Informationen suchen, sich an Gruppendiskussionen beteiligen oder Zeit in den entsprechenden Kulturgemeinschaften verbringen, um mit den Mitgliedern ins Gespräch zu kommen und (wenn angemessen) an kulturellen Ereignissen teilzunehmen. Zur Sicherung erfolgreicher Interaktionen mit kulturell und sprachlich verschiedenen Kinder und Familien sollten Therapeuten eigene therapeutische Settings und Arbeitsweisen hinsichtlich ihrer Förderlichkeit reflektieren. Hierbei werden innerhalb des therapeutischen Settings die kulturelle und linguistische Diversität herausgestellt, unterstützt und gefeiert. Akademische Sprachtherapeuten sollten außerdem den Gebrauch von bewährten und neuen Technologien (z.B. Teletherapie mit Sprachtherapeuten aus anderen Ländern) in Betracht ziehen, um ihre therapeutisch-praktischen und [inter-] kulturellen Kompetenzen sowie ihre Kulturpraktiken zu erweitern. Akademische Sprachtherapeuten sollten auch das Lernen neuer Sprachen oder zunächst nur einige relevante Schlüsselbegriffe der am häufigsten vertretenen Sprache der betreuten mehrsprachigen Kinder erwägen. Das Lernen von Fremdsprachen kann Sprachtherapeuten einen Einblick in die Herausforderungen des Sprachenlernens geben und ist gleichzeitig ein Zeichen der Anerkennung der Erstsprache der mehrsprachigen Kinder.
- iv. Akademische Sprachtherapeuten kooperieren mit Familien/ Eltern, Pädagogen und anderen Berufsgruppen (z.B. Kulturhelfer) in der Art und Weise, dass das kontinuierliche Lernen von mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörung gestärkt und unterstützt wird. Das erlaubt ihnen, auf diese Weise ihr Wissen, Evidenzen und Fähigkeiten weiter zu entwickeln, bezogen auf kulturelle Prioritäten, kulturell respektvolle Interaktionen und sozial angemessene Herangehensweisen (z.B. Augenkontakt, Berührung, Nähe, Geschlechterrollen). In der grundständigen Ausbildung von akademischen Sprachtherapeuten werden Studierende darin angeleitet, effektiv mit mehrsprachigen Klienten, ihren Familien und entsprechenden Experten (z.B. Dolmetschern) zu arbeiten (z.B. durch Diskussionen mit Mitgliedern verschiedener

Kulturgemeinschaften, Rollenspiele, Diskussionsgruppen).

E. Personbezogene Faktoren

Das Panel empfiehlt:

- (i) Den Kindern und ihren Familien wird die Möglichkeit gegeben, aus ihrem Leben zu berichten, um dem Sprachtherapeuten zu helfen, den Hintergrund, ihre Identität und für die Klienten bedeutsame Faktoren zu verstehen.
- (ii) Akademische Sprachtherapeuten greifen auf die Expertise der Familie, der Kulturgemeinschaft und anderer Experten an (z.B. Dolmetscher und Kulturmediatoren) zurück, um relevante Personenfaktoren nachvollziehen zu können. Dies kann gefördert werden, indem sie Zeit aufwenden, den Kindern und ihren Familien zuzuhören, zu lernen, Sie zu verstehen und so individuell bedeutsame Personenfaktoren in Diagnostik- und Interventionssituationen einfließen lassen zu können.
- (iii) Akademische Sprachtherapeuten reflektieren ihre persönlichen Eigenschaften, inwiefern diese hinderlich oder förderlich für erfolgreiche interkulturelle Interaktionen sein können. Sie machen sich ihre eigenen linguistischen und kulturellen Hintergründe bewusst und reflektieren, wie diese ihre Interaktionen mit Kindern und Eltern beeinflussen. So kann z.B. ein deutliches Macht-Ungleichgewicht zwischen Sprachtherapeuten, die in der im Umfeld vorherrschenden Sprache arbeiten, und Klienten, die aus einer kulturellen Minderheit oder Armutsverhältnissen stammen, entstehen.
- (iv) Akademische Sprachtherapeuten kooperieren mit den Familien, um Kenntnisse über individuelle Gewohnheiten des Kindes, weitere Gesundheitsbedingungen, seine Erziehung, Coping-Strategien, soziale Hintergründe, vergangene und aktuelle Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster sowie über Charaktereigenschaften (WHO, 2007) zu erlangen.

8. Danksagung

Die Entwicklung dieses Positionspapieres wurde durch ein Australisches Research Council Future Fellowship (FT0990588) gefördert mit dem Titel: Speaking my Languages: International Speech Acquisition in Australia verliehen an Professor Sharynne McLeod, PhD.

Die folgenden Positionspapiere flossen in die Entwicklung dieses Dokuments mit ein:

1. Speech Pathology Australia
Working in a Culturally and Linguistically Diverse Society (2009)
http://www.speechpathologyaustralia.org.au/library/Clinical_Guidelines/Working_in_a_CALD_Society.pdf
2. Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT)
Communicating Quality (pp. 268-271) http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/standards/CQ3_pdf
3. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)
Bilingual Speech-Language Pathologists and Audiologists: Definition (1989)
<http://www.asha.org/docs/pdf/RP1989-00205.pdf>
Cultural Competence (2005) <http://www.asha.org/docs/pdf/ET2005-00174.pdf>
Provision of Instruction in English as a Second Language by Speech-Language Pathologists in School Settings (1998) <http://www.asha.org/docs/html/PS1998-00102.html>
4. Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (CASLPA)

Position Paper on Speech-Language Pathology and Audiology in the Multicultural, Multilingual Context September (1997) <http://www.caspa.ca/PDF/position%20papers/multicultural%20multilingual%20contexts%20for%20pdf.pdf>

5. International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) Recommendations for Working with Bilingual Children (2006) http://www.cplol.eu/CD-Rom_2006/content/List%20of%20papers/org_text/31_Fredman-Yaacov-Centeno_full%20text_EN.htm
Recommendations for Working with Bilingual Children (Updated May 2011) (2011) http://ialp.info/rs/7/sites/935/user_uploads/File/Recommendations_Working%20with%20Bilingual%20Children_Updated%20May%202011.pdf
6. Educational Transitions and Change (ETC) Research Group, Charles Sturt University Transition to school: Position statement (2011) <http://www.csu.edu.au/research/ripple/research-groups/etc/Position-Statement.pdf>

9. Literatur

- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293.
- Caesar, L. G., & Kohler, P. D. (2007). The state of school-based bilingual assessment: Actual practice versus recommended guidelines. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38(3), 190-200.
- DIMDI (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.
- Duckworth, M., Allen, G., Hardcastle, W., & Ball, M. (1990). Extensions to the International Phonetic Alphabet for the transcription of atypical speech. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 4, 273-280.
- Gogolin, I. & Neumann, U. (2009). Streitfall Zweisprachigkeit: The bilingualism controversy. Wiesbaden, Germany: Springer VS.
- Grech, H., & McLeod, S. (2012). Multilingual speech and language development and disorders. In D. Battle (Ed.), *Communication disorders in multicultural populations* (4th ed., pp. 120-147). St Louis, MO: Elsevier.
- Guiberson, M., & Atkins, J. (2012). Speech-language pathologists' preparation, practices, and perspectives on serving culturally and linguistically diverse children. *Communication Disorders Quarterly*, 33(3), 169-180.
- Hambly, H., Wren, Y., McLeod, S., & Roulstone, S. (2013). The influence of bilingualism on speech production: A systematic review. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48(1), 1-24
- Zhu Hua & Dodd, B. (Eds.) (2006). *Phonological development and disorders in children: A multilingual perspective*. Cleavdon, UK: Multilingual Matters.
- International Phonetic Association. (2005). International Phonetic Alphabet chart. Retrieved from <http://www.langsci.ucl.ac.uk/ipa/ipachart.html>
- Joffe, V., & Pring, T. (2008). Children with phonological problems: A survey of clinical practice. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43(2), 154-164.
- Jordaan, H. (2008). Clinical intervention for bilingual children: An international survey. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 60, 97-105.
- Kohnert, K. (2008). *Language disorders in bilingual children and adults*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Kritikos, E. P. (2003). Speech-language pathologists' beliefs about language assessment of bilingual/bicultural individuals. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12(1), 73-91.
- Law, J., Garrett, Z., Nye, C., & Dennis, J. A. (2012). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder: Update. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, 3, CD004110.
- Little, D. (2006). The Common European Framework of Reference for Languages: Content, purpose, origin, reception and impact. *Language Teaching*, 39(03), 167-190.
- McLeod, S. (Ed). (2007). *The international guide to speech acquisition*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- McLeod, S. & Goldstein, B. A. (Eds). (2012). *Multilingual aspects of speech sound disorders in children*. Bristol, UK: Multilingual Matters.
- Priester, G. H., Post, W. J., & Goorhuis-Brouwer, S. M. (2009). Problems in speech sound production in young children: An inventory study of the opinions of speech therapists. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73, 1100-1104.
- Roseberry-McKibbin, C., Brice, A., & O'Hanlon, L. (2005). Serving English language learners in public school settings: A national survey. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36(1), 48-61.
- Skahan, S. M., Watson, M., & Lof, G. L. (2007). Speech-language pathologists' assessment practices for children with suspected speech sound disorders: Results of a national survey. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16(3), 246-259.
- Stow, C., & Dodd, B. (2003). Providing an equitable service to bilingual

- children in the UK: A review. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38(4), 351-377.
- Stow, C., & Dodd, B. (2005). A survey of bilingual children referred for investigation of communication disorders: A comparison with monolingual children referred in one area in England. *Journal of Multilingual Communication Disorders*, 3(1), 1-23.
- Topbaş, S. (2011). Implications of bilingual development for specific language impairments in Turkey. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 25(11-12), 989-997.
- Williams, C. J. & McLeod, S. (2012). Speech-language pathologists' assessment and intervention practices with multilingual children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 292-305.
- Williams, R. (1999). Cultural safety: What does it mean for our work practice? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(2), 213-214.
- Winter, K. (1999). Speech and language therapy provision for bilingual children: Aspects of the current service. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 34(1), 85-98.
- Winter, K. (2001). Numbers of bilingual children in speech and language therapy: Theory and practice of measuring their representation. *International Journal of Bilingualism*, 5(4), 465-495.
- World Health Organization (WHO) Workgroup for development of version of ICF for Children & Youth). (2007). *International classification of functioning, disability and health: Children and youth version: ICF-CY*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and The World Bank (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.
- Yavaş, M. (2010). Sonority and the acquisition of /s/ clusters in children with phonological disorders. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 24(3), 169-176.

10. Empfohlene Zitation und Lizenz

Empfohlene Zitation

International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2012). Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörung: Internationales Positionspapier [Multilingual children with speech sound disorders: Position paper]. (S. Neumann & M. Meinusch, trans.). Bathurst, Australia: Research Institute for Professional Practice, Learning & Education (RIPPLE), Charles Sturt University. Verfügbar unter <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/position-paper>

ENGLISH

International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2012). Multilingual children with speech sound disorders: Position paper. Bathurst, NSW, Australia: Research Institute for Professional Practice, Learning & Education (RIPPLE), Charles Sturt University. Retrieved from: <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/position-paper> ISBN 978-0-9874288-0-6



Creative Commons-Lizenz

©2012 International Expert Panel on Multilingual Children's Speech Multilingual Children with Speech Sound Disorders: Position Paper (2012) von International Expert Panel on Multilingual Children's Speech ist lizenziert mit Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> "That is, you are free to share — to copy, distribute and transmit the work with appropriate attribution and acknowledgment of the source. You may not use this work for commercial purposes. You may not alter, transform, or build upon this work."

11. Entwicklung des Positionspapiers

Dieses Dokument kann auch für mehrsprachige Kinder mit anderen kommunikativen Beeinträchtigungen relevant sein, u.a. für Kinder mit spezifischer Spracherwerbsstörung, Stottersymptomatik, Stimmstörungen und Hörschädigung. Wenngleich das Positionspapier im Original auf Englisch verfasst wurde, so finden sich die Standpunkte von nicht-englischsprachigen Sprechern wieder und richtet sich daher auch an nicht-englischsprachige Situationen. Es wird darauf hingewiesen, dass dieses Positionspapier nicht in Zusammenarbeit mit Kindern, Familien und Gemeinschaften entwickelt wurde. Uns ist bewusst, dass neben Kindern auch junge

Menschen persistierende Aussprachestörungen haben können.

Dieses Positionspapier wurde von den Mitgliedern des International Expert Panel on Multilingual Children's Speech entwickelt. Davon gaben die untenstehenden Personen ihr Einverständnis nachfolgend namentlich aufgeführt zu werden.

Leitung des Arbeitskreises: Sharynne McLeod (Vorsitzende) (Charles Sturt University, Australia), Sarah Verdon (Charles Sturt University, Australia).

Moderatorin: Caroline Bowen (Macquarie University, Australia and University of KwaZulu-Natal, South Africa).

Face-to-face panel: Penelope Bacsfalvi (University of British Columbia, Canada), Kate Crowe (Charles Sturt University, Australia; National Acoustic Laboratories, Australia), Barbara Davis (The University of Texas at Austin, TX, USA), Anne Hesketh (The University of Manchester, UK), Nancy Scherer (East Tennessee State University, TN, USA), Jane Speake (University of Sheffield, UK; Cambridgeshire Community Services NHS Trust, UK), Seyhun Topbaş (Anadolu Üniversitesi, Turkey), Karla N. Washington (University of Cincinnati, OH, USA), A. Lynn Williams (East Tennessee State University, TN, USA), Yvonne Wren (North Bristol Trust/ University of the West of England, UK), Krisztina Zajdó (The University of West Hungary, Hungary), Natalia Zharkova (Queen Margaret University, Scotland, UK).

Online Mitwirkende und Unterstützer: Elise Baker (The University of Sydney, Australia), Martin J. Ball (University of Louisiana at Lafayette, LA, USA), Elaine Ballard (University of Auckland, New Zealand), Avivit Ben David (Hadassah Academic College and Tel-Aviv University, Israel), B. May Bernhardt (University of British Columbia, Canada), Mirjam Blumenthal (Royal Dutch Kentalis, The Netherlands), Françoise Brosseau-Lapré (McGill University Health Centre, Canada), Ferenc Bunta (University of Houston, TX, USA), Madalena Cruz-Ferreira (Independent scholar, Singapore), Jan Edwards (University of Wisconsin-Madison, WI, USA), Annette Fox-Boyer (European University of Applied Sciences EUAS, Rostock, Germany), Ellen Gerrits (HU University of Applied Sciences Utrecht, The Netherlands), Christina Gildersleeve-Neumann (Portland State University, OR, USA), Brian A. Goldstein (La Salle University, PA, USA), Helen Grech (University of Malta, Malta), David Ingram (Arizona State University, AZ, USA), Minjung Kim (California State University-Fullerton, CA, USA), Ghada Khattab (University of Newcastle, UK), Kathryn Kohnert (University of Minnesota, MN, USA), Sari Kunnari (University of Oulu, Finland), Rebekah Lockart (Macquarie University and Royal North Shore Hospital, Australia), Brenda Louw (East Tennessee State University, TN, USA), Jane McCormack (Charles Sturt University, Australia), Andrea A. N. MacLeod (Université de Montréal, Canada), Stefka H. Marinova-Todd (University of British Columbia, Canada), Póra Másdóttir (The National Hearing and Speech Institute, Iceland; University of Iceland, Iceland), Karen Mattock (Lancaster University, UK), Ineke Mennen (ESRC Centre for Research on Bilingualism in Theory and Practice, Bangor University, Wales, UK), Vesna Mildner (University of Zagreb, Croatia), Ben Munson (University of Minnesota, MN, USA), Sandra Neumann (University of Cologne, Germany), Michelle Pascoe (University of Cape Town, South Africa), Sue Peppé (Independent scholar, Scotland, UK), Raúl F. Prezas (Texas Christian University, TX, USA), Raúl Rojas (University of Texas at Dallas, TX, USA), Yvan Rose (Memorial University of Newfoundland, Canada), Tuula Savinainen-Makkonen (University of Oulu, Finland), Carol Stoel-Gammon (University of Washington, WA, USA), Carol Kit Sum To (University of Hong Kong, SAR China), Cori J. Williams (Curtin University, Perth, Australia), Mehmet Yavaş (Florida International University, FL, USA).

otroke z drugimi komunikacijskimi težavami: specifično govorno-jezikovno motnjo, jecljanjem, glasovnimi težavami, okvaro sluha. Čeprav je dokument napisan v angleščini, predstavlja poglede, zorne kote neangleško govorečih in je namenjen neangleškim govornim situacijam. Sporočamo, da dokument ni bi pripravljen v partnerstvu

z otroki, družinami in skupnostmi. Opozarjamo tudi, da imajo lahko mladi ljudje enako kot otroci govorne motnje.

Ta dokument so pripravili člani mednarodne skupine strokovnjakov o večjezikovnem otrokovem govoru. V spodnji spisek so vključeni vsi tisti, ki so dali soglasje za objavo:

Organizatoriki srečanja: Sharynne McLeod (chair) (Charles Sturt University, Australia), Sarah Verdon (Charles Sturt University, Australia).

Moderatorika: Caroline Bowen (Macquarie University, Australia and University of KwaZulu-Natal, South Africa).

Prisotni na srečanju: Penelope Bacsfalvi (University of British Columbia, Canada), Kate Crowe (Charles Sturt University, Australia; National Acoustic Laboratories, Australia), Barbara Davis (The University of Texas at Austin, TX, USA), Anne Hesketh (The University of Manchester, UK), Nancy Scherer (East Tennessee State University, TN, USA), Jane Speake (University of Sheffield, UK; Cambridgeshire Community Services NHS Trust, UK), Seyhun Topbaş (Anadolu Üniversitesi, Turkey), Karla N. Washington (University of Cincinnati, OH, USA), A. Lynn Williams (East Tennessee State University, TN, USA), Yvonne Wren (North Bristol Trust/ University of the West of England, UK), Krisztina Zajdó (The University of West Hungary, Hungary), Natalia Zharkova (Queen Margaret University, Scotland, UK).

Osebe, ki so prispevale preko spleta, ali ki podpirajo pobudo: Elise Baker (The University of Sydney, Australia), Martin J. Ball (University of Louisiana at Lafayette, LA, USA), Elaine Ballard (University of Auckland, New Zealand), Avivit Ben David (Hadassah Academic College and Tel-Aviv University, Israel), B. May Bernhardt (University of British Columbia, Canada), Mirjam Blumenthal (Royal Dutch Kentalis, The Netherlands), Françoise Brosseau-Lapré (McGill University Health Centre, Canada), Ferenc Bunta (University of Houston, TX, USA), Madalena Cruz-Ferreira (Independent scholar, Singapore), Jan Edwards (University of Wisconsin Madison, WI, USA), Annette Fox-Boyer (European University of Applied Sciences EUAS, Rostock, Germany), Ellen Gerrits (HU University of Applied Sciences Utrecht, The Netherlands), Christina Gildersleeve-Neumann (Portland State University, OR, USA), Brian A. Goldstein (La Salle University, PA, USA), Helen Grech (University of Malta, Malta), David Ingram (Arizona State University, AZ, USA), Minjung Kim (California State University-Fullerton, CA, USA), Ghada Khattab (University of Newcastle, UK), Kathryn Kohnert (University of Minnesota, MN, USA), Sari Kunnari (University of Oulu, Finland), Rebekah Lockart (Macquarie University and Royal North Shore Hospital, Australia), Brenda Louw (East Tennessee State University, TN, USA), Jane McCormack (Charles Sturt University, Australia), Andrea A. N. MacLeod (Université de Montréal, Canada), Stefka H. Marinova-Todd (University of British Columbia, Canada), Póra Másdóttir (The National Hearing and Speech Institute, Iceland; University of Iceland, Iceland), Karen Mattock (Lancaster University, UK), Ineke Mennen (ESRC Centre for Research on Bilingualism in Theory and Practice, Bangor University, Wales, UK), Vesna Mildner (University of Zagreb, Croatia), Ben Munson (University of Minnesota, MN, USA), Sandra Neumann (University of Cologne, Germany), Juelich Institute of Neuroscience and Medicine (INM-3), Germany), Michelle Pascoe (University of Cape Town, South Africa), Sue Peppé (Independent scholar, Scotland, UK), Raúl F. Prezas (Texas Christian University, TX, USA), Raúl Rojas (University of Texas at Dallas, TX, USA), Yvan Rose (Memorial University of Newfoundland, Canada), Tuula Savinainen-Makkonen (University of Oulu, Finland), Carol Stoel-Gammon (University of Washington, WA, USA), Carol Kit Sum To (University of Hong Kong, SAR China), Cori J. Williams (Curtin University, Perth, Australia), Mehmet Yavaş (Florida International University, FL, USA).