

Bachelorarbeit im Fachbereich der Logopädie



***Die Multilingual und Interkulturell orientierte  
Anamnese im Kontext der Evidenz-basierten  
Praxis***

***VERGESST NICHT  
UNSERE KULTUREN UND SPRACHEN!***

[http://www.jlo.de/fileadmin/niederlassungen/images/deutschlandkarte\\_grau.jpg](http://www.jlo.de/fileadmin/niederlassungen/images/deutschlandkarte_grau.jpg)

Aspiranten: Antje Ricken (476583), Karolin Fries (476465)

Senior: Dr. Antje Orgassa

Auftraggeberin: Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt

Juni 2013

© 2013 Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Alle Rechte sind vorbehalten. Nichts aus dieser Bachelorarbeit darf vervielfältigt, verbreitet und vermehrt gespeichert werden, sei es durch elektronische Mittel, Aufnahmen, Fotokopien oder durch andere Formen ohne Genehmigung durch die Verfasserinnen und die Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

## Inhaltsverzeichnis

1. Projektanlass.....	8
2. Hintergrund: Mehrsprachigkeit in Deutschland .....	10
2.1 Definitionen <i>multilingual (Mehrsprachigkeit) und interkulturell</i> .....	10
2.2 Migrationsgruppen in Deutschland.....	10
2.3 Relevante Einflussfaktoren auf die Sprachentwicklung .....	11
2.4 Diagnostik im Mehrsprachenkontext .....	11
2.5 Anamnese im Mehrsprachenkontext.....	12
2.5.1 Bedeutung einer Anamnese im diagnostischen Vorgehen.....	13
2.5.2 Schwierigkeiten bei der Anamnese im Mehrsprachenkontext .....	13
2.6 BPP und MIA .....	14
2.6.1 Schwerpunkt MIA.....	14
3. Forschungsfragen und Zielsetzung.....	17
3.1 Forschungsfragen .....	17
3.2 Zielsetzung .....	17
4. Methoden .....	18
4.1 Literaturstudie .....	18
4.1.1 Suchstrategien .....	20
4.1.2 Auswahl Datenbanken.....	20
4.1.3 Entscheidung über Keywords und Schlagwortkombinationen .....	21
4.1.4 Manuelle Zusatzrecherche .....	23
4.1.5 Bewertung der Literatur .....	23
4.1.6 Analyse .....	23
4.2 Umfrage.....	24
4.2.1 Selektion und Werben der Probanden .....	25
4.2.2 Aufbau der Umfrage .....	26
4.2.3 Abnahmeprozedur/ Durchführung.....	27
4.2.4 Pilotstudie.....	28
4.2.5 Gütekriterien.....	28
4.2.6 Analyse der Ergebnisse.....	29
5. Ergebnisse .....	30
5.1 Ergebnisse Literaturstudie .....	30
5.1.1 Relevanz der Kategorien der MIA.....	30
5.1.1.1 Kategorie 1: Eltern/ Bezugspersonen.....	31
5.1.3.2 Kategorie 2: Geschwister .....	32
5.1.3.3 Kategorie 3: Grund der Anmeldung.....	32

5.1.3.4 Kategorie 4: Schwangerschaft, Geburt und Erkrankungen.....	33
5.1.3.5 Kategorie 5: Allgemeine Informationen zu Entwicklung und Verhalten .....	34
5.1.3.6 Kategorie 6: Allgemeine Informationen zum sozialen Umfeld.....	35
5.2 Ergebnisse der Umfrage .....	36
5.2.1 Rücklaufquote und Exklusionskriterien der Analyse.....	36
5.2.2 Ergebnisse pro Kategorie der Umfrage.....	37
5.2.2.1 Kategorie 1: Allgemeine Daten zur Person.....	37
5.2.2.2 Kategorie 2: Allgemeine Daten zur Praxis .....	37
5.2.2.3 Kategorie 3: Gebrauch von Anamnesebögen.....	37
5.2.2.4 Kategorie 5: Aufbau der MIA .....	38
5.2.2.5 Kategorie 6: Vorbereitung/ Durchführung MIA.....	39
5.2.2.6 Kategorie 7: Inhalt der MIA .....	40
5.2.2.7 Kategorie 8: Abschließende Fragen .....	42
6. Diskussion.....	43
6.1 Interpretation der Ergebnisse .....	43
6.2 Beantwortung der Forschungsfragen .....	44
6.3 Kritischer Rückblick.....	45
6.3.1 Literaturstudie.....	45
6.3.2 Umfrage .....	46
6.3.3 Stichprobe .....	46
6.4 Fazit und Relevanz für die Praxis.....	46
6.5 Weiterführende Projekte .....	47
Literaturverzeichnis .....	48
Anhang.....	54
Anhang 1: Tabelle 4: Genaue Darstellung der Suchmaschinen und der Schlagwörter.....	54
Anhang 2: E- Mails an die Probandengruppen.....	56
Anhang 3: Umfrage.....	58
Anhang 4: Implementierungsplan.....	68
Anhang 5: Eidstaatliche Erklärung .....	70
Anhang 6: Überlassung der Nutzungsrechte.....	70

## **Danksagung**

Der größte Dank geht an unsere Seniorbegleiterin Antje Orgassa und an unsere Auftraggeberin Fr. Dr. Scharff Rethfeldt. Wir danken für die gute Unterstützung und Hilfe. Wir haben gelernt, wissenschaftlich und strukturiert zu arbeiten. Wir erhielten immer neue Anregungen, was uns geholfen hat unsere Arbeit und Aufgaben wissenschaftlich und selbstständig zu erledigen.

Des Weiteren danken wir allen LogopädInnen und SprachtherapeutInnen, die an unserer Umfrage teilgenommen haben und uns somit bei unserer Bachelorarbeit unterstützt haben. Dabei danken wir einerseits den logopädischen Praxen aus dem Kreis Kleve und andererseits den Teilnehmern des Seminars „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt.

Zusätzlich möchten wir uns bei den Korrekturlesern bedanken und bei unseren Freunden und Familie, die uns in den letzten Wochen und Monaten zur Seite standen.

## **Zusammenfassung**

Die Thematik der Mehrsprachigkeit wird in Deutschland immer bedeutender, da es immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund gibt. Dies lässt sich auch in der logopädischen Praxis beobachten. Dort ist eine, auf das mehrsprachige Individuum angepasste Diagnostik, von großer Bedeutung. Das Kind sollte mit seiner kompletten Lebenssituation im Zentrum der Diagnostik stehen. Dazu zählt vor allem der kulturelle Hintergrund der mehrsprachigen Person, welcher bis zum jetzigen Zeitpunkt häufig nicht in der logopädischen Anamnese berücksichtigt wurde. Aufgrund der Relevanz einer angepassten Diagnostik für mehrsprachige Kinder erstellte Fr. Dr. Scharff Rethfeldt das „Bilinguale Patientenprofil“ (BPP) inklusive der „Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese“ (MIA). Die Handhabung der MIA ist noch nicht untersucht worden. Des Weiteren wurde die MIA noch nicht Evidenzbasiert unterlegt. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist, Kernfragen jeder Fragenkategorie der MIA Evidenzbasiert zu untermauern. Für die Lösung dieser Aufgabenstellung wurden zwei verschiedene Methoden verwendet. Einerseits diente eine Literaturstudie zur Evidenzbasierten Unterbauung der Fragen der MIA. Andererseits wurde eine Online-Umfrage durchgeführt. Daran haben Logopäden aus einer logopädischen Praxis im Kreis Kleve, die noch nicht mit der MIA konfrontiert wurden und Teilnehmer (Sprachtherapeuten und Logopäden) des Seminars „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt, die schon in Kontakt mit der MIA getreten sind, teilgenommen. Damit wollen wir die Einschätzung der Logopäden erfragen, wie Sie die Handhabung und die Augenscheinvalidität der MIA einschätzen. Durch die Online-Umfrage und die Literaturstudie kamen wir zum Ergebnis, dass die Fragenkategorien der MIA Hauptteils Evidenzbasiert sind. Auch unsere neun Probanden gaben Verbesserungsvorschläge zum Inhalt, Form und Handhabung der MIA, wodurch diese noch besser an den Klienten und den Einsatz in der logopädischen Praxis angepasst werden sollte.

**Schlüsselwörter:** Mehrsprachigkeit, Evidenzbasierte Praxis, Multilingual und Interkulturell orientierte Anamnese (MIA), Literaturstudie, Umfrage

## **Abstract**

The topic of multilingualism becomes more and more important in Germany, due to the increase of inhabitants with migration backgrounds. This can also be seen in the speech therapy practice. There is one adapted diagnostic, which is of great importance, and is based on the multilingual individual. Hereby, the child and its complete life situation should stand in the center of the diagnostic. Especially the cultural background of multilingualists should be taken into account in the speech and language therapy, where it is nowadays often neglected. Due to the relevance of an adapted diagnostic for multilingual children, Dr. Scharff Rethfeldt created the "Bilingual Patient's Profile" (BPP) including the „Culturally diverse case history and preassessment information" (MIA). The handling of the MIA has not been investigated yet. Furthermore the MIA has not been evidenced-based yet. The aim of the bachelor thesis is, to substantiate the central issue of the MIA categories evidence-based. There are two methods to solve this issue. On one side there is the literature study to substantiate the MIA evidence-based. On the other side, an online survey was created and completed. Participants of this survey were speech therapists from an office in Kleve, which was not confronted with the MIA yet. Other participants from the seminar "Mehrsprachigkeit" from all over Germany already contacted the MIA. We wanted to get to know the assessment of the speech therapists, about the handling and the face validity of the MIA. The online survey and the literature study let us conclude, that every category of MIA is evidence-based. Even our nine test candidates gave suggestions for the improvement of the contents, form and handling of the MIA, which might allow an improved adaption to the client, and its use in the speech and language therapy.

**Keywords:** Multilingualism, evidence-based practice, „Culturally diverse case history and preassessment information" (MIA), literature study, online survey

## 1. Projektanlass

„Es gibt nicht das mehrsprachige Kind“ (Lengyel, 2011, S.6). Aus Lengyel (2011) und anderen Quellen geht hervor, dass jedes mehrsprachig aufwachsende Kind individuell ist, da der Erwerb aller Sprachen durch verschiedene Faktoren (siehe § 2.3) beeinflusst werden kann. Laut einer Umfrage von Triarchi- Herrmann (2009, S.38-39) sind in 144 sprachtherapeutischen Praxen aus 12 Bundesländern 24,14% der behandelten Kinder zwei- oder mehrsprachig. Häufig stellt sich die Frage, ob diese mehrsprachigen Kinder zu Recht in logopädischer Behandlung sind. Die diagnostische Befunderhebung stellt sich aufgrund der multikulturellen und mehrsprachigen Diversität innerhalb und zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen nämlich als sehr komplex dar. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe (u.a. Scharff Rethfeldt, 2013; Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011):

- Diagnostikverfahren sind wenig kultursensibel
- Monolinguale Anschauungsweise der LogopädInnen
- Unsicherheit der LogopädInnen im Umgang mit der Diagnostik für Mehrsprachige und mit Mehrsprachigen
- Mangelnde Kenntnisse zum Migrationsbilingualismus
- Standardisierte Diagnostikverfahren sind häufig nur an einsprachigen deutschen Kindern normiert
- Testverfahren für deutsch- bilinguale Kinder werden oft nicht benutzt

Um den kultur- und sprachspezifischen Merkmalen eines jeden individuellen mehrsprachigen Kindes und seiner Umgebung mehr Beachtung zu schenken, hat Fr. Dr. Scharff Rethfeldt das „Bilinguale Patientenprofil (BPP)“ (Scharff Rethfeldt, 2005; 2013) mit der „Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese (MIA)“ entwickelt.

Fr. Dr. Scharff Rethfeldt hat uns den Projektantrag „Utilisation und Implementation der MIA nach Scharff Rethfeldt in der logopädischen Praxis“ aufgetragen, um die MIA zu evaluieren, die Augenscheinvalidität (= Gültigkeit) sicher zu stellen und diese Evidenz-basiert zu untermauern.<sup>1</sup>

Augenscheinvalidität bedeutet, dass die Einschätzungen der Spezialisten (in unserem Fall LogopädInnen und SprachtherapeutInnen) den Ergebnissen der Untersuchung entsprechen (Moosbrugger & Kelava, 2012, S.15-16). Durch die Einschätzung der Spezialisten ist die Augenscheinvalidität nicht die Sicherste. Doch sollte eine neue Methode wie in unserem Fall die MIA auf die Gültigkeit untersucht werden, um erste Eindrücke aus Expertensicht zu gewinnen (Asendorpf, 2011, S.50).

Das Evidenz-basierte Handeln nimmt eine immer größer werdende Bedeutung in der sprachtherapeutischen Forschung und Versorgung ein (Cholewa, 2010; Patterson & Leijenaar, 2007). Dabei stellt sich die Frage, in wie weit angewandte Methoden wirksam sind. Hinzu kommt, dass die Diagnostikmaterialien einen hohen Qualitätsstandard erfüllen sollen, welches mithilfe von Studien zu den Sichtweisen der Evidenz-basierten Praxis (EBP) erreicht werden kann (Cholewa, 2010). „Viele Maßnahmen der Gesundheitsversorgung sind in ihrer Wirksamkeit nicht überzeugend belegt und häufig überflüssig“ (Cholewa, 2010, S.49). Aus diesem Grund und, da die Diagnostiken in der Logopädie meist nicht wissenschaftlich untermauert sind, ist das Konzept der Evidenz-basierten Praxis unerlässlich, um eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Cholewa, 2010). Der EBP- Ansatz bietet Chancen, um Diagnostiken auf wissenschaftlicher Basis und auf ihre Umsetzbarkeit

---

<sup>1</sup> In einer anderen Studie beschäftigten sich unsere Kommilitoninnen mit der Frager anhand einer Umfrage dient. Bei Interesse siehe Hempel, Henkel & Roos (2013).



und Nutzen in der Praxis zu überprüfen (Cholewa, 2010). Daher sollte auch die MIA als Diagnostikhilfsmittel anhand des EBP- Konzepts überprüft werden.

Aufgrund der großen Bedeutung des Evidenz-basierten Handelns innerhalb der sprachtherapeutischen Forschung tragen wir mit der Ausführung dieses Projektes zum Evidenz-basierten Handeln bei, indem wir eine Umfrage an LogopädInnen durchführen, um die Therapeutensicht zu erforschen und eine Literaturstudie, um die Sichtweise der Wissenschaft herauszustellen (siehe Kapitel 4).

Wir beginnen unsere Bachelorarbeit mit theoretischem Hintergrundwissen über Mehrsprachigkeit in Deutschland (Kapitel 2). In Kapitel 3 stellen wir unsere Fragestellungen auf. In Kapitel 4 folgen die Beschreibung der Literaturstudie und der Umfrage. Die Ergebnisse der Literaturstudie und der Umfrage werden in Kapitel 5 dargestellt. Die Diskussion mit der Interpretation der Ergebnisse, Beantwortung unserer Fragestellungen und das Fazit schließen in Kapitel 6 unsere Bachelorarbeit ab.

## **2. Hintergrund: Mehrsprachigkeit in Deutschland**

*Kapitel 2* ist in sechs Paragraphen eingeteilt. Diese umfassen relevante theoretische Hintergründe zur Mehrsprachigkeit in Deutschland, sodass dem Leser die Problematik der Mehrsprachendiagnostik bei Kindern näher gebracht wird. In § 2.1 gehen wir zunächst auf die Thematik „Mehrsprachigkeit“ im Allgemeinen ein und definieren die Begriffe interkulturell und multilingual im Kontext unserer Arbeit. Darauf folgen die Entwicklung der Migration in Deutschland (§ 2.2) und für uns relevante Faktoren, die die Mehrsprachigkeit beeinflussen (§ 2.3). Des Weiteren beschreiben wir in § 2.4 die Diagnostik und in § 2.5 die Anamnese im Mehrsprachenkontext bei Kindern mit Migrationshintergrund. Dabei beziehen wir uns vor allem auf die Schwierigkeiten, die innerhalb der Anamnese bei Mehrsprachigen bestehen können. Das Kapitel endet mit § 2.6 mit einer Beschreibung des „Bilingualen Patientenprofils (BPP)“ und dessen „Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese (MIA)“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt.

### **2.1 Definitionen *multilingual (Mehrsprachigkeit) und interkulturell***

„*Mehrsprachig aufzuwachsen*“ ist laut Chilla (2012) nichts Außergewöhnliches mehr. Nicht nur durch Einwanderungen, sondern auch durch Auswanderungen haben viele Menschen Kontakt zu mehreren Sprachen. Mehrsprachigkeit sollte daher kein Problem, sondern eher eine weitere Kompetenz darstellen.

„Multilingual“ lässt sich nicht eindeutig definieren. Scharff Rethfeldt (2005) besagt, dass es viele verschiedene Definitionen für den Begriff der Mehrsprachigkeit gibt. Els Oskar (1980, zit. in Riehl, 2004, S.63-64) definiert Mehrsprachigkeit wie folgt: „Mehrsprachigkeit definiere ich funktional. Sie setzt voraus, dass der Mehrsprachige in den meisten Situationen ohne weiteres von der einen Sprache zur anderen umschalten kann, wenn es nötig ist. Das Verhältnis der Sprachen kann dabei durchaus verschieden sein [...]“ (Oskar, 1980). Laut Albayrak (2007) bedeutet Mehrsprachigkeit, dass man mindestens zwei Sprachen sprechen und ausdrücken kann. Blumenthal (2012, S.57) sagt, dass ein Kind mehrsprachig ist, wenn es mehrere Sprachen in den Interaktionen mit vertrauten Gesprächspartnern gebraucht. Aus den unterschiedlichen Definitionen wird deutlich, dass es nicht eine Definition zur Mehrsprachigkeit gibt. Dies wiederum erklärt die Aussage von Lengyel (2011), dass es „das mehrsprachige Kind“ nicht gibt. Faktoren die diese Komplexität erklären werden in § 2.3 näher erläutert.

„Interkulturell“ lässt sich hingegen eindeutig definieren. Das Institut für interkulturelle Kompetenz und Didaktik e.V. (o.D.) erläutert, dass 'interkulturell' bedeutet, dass mindestens zwei oder mehr Kulturen, die in einem Land aufeinandertreffen, die Kultur im Lande beeinflussen. Laut Huntington (2002) umfasst der Begriff Kultur die Werte, Glaubensrichtungen, Einstellungen und Grundvoraussetzungen, welche die Menschen beeinflussen (nach Schönhuth, 2007).

In unserer Studie beziehen wir uns auf mehrsprachige Kinder mit einem Migrationshintergrund, da diese Gruppe in der logopädischen Praxis stetig zunimmt und die MIA für diese Klienten entwickelt wurde (Scharff Rethfeldt, 2013).

### **2.2 Migrationsgruppen in Deutschland**

Nach Daten des statistischen Bundesamtes (2011) gab es im Jahr 2011 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dies bedeutet 15,9% aller Deutschen hat einen Migrationshintergrund. Die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund ist von 2010 bis 2011 um 1,4% (216000 Menschen) gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2012). Die größten Populationen mit Migrationshintergrund kommen aus der Türkei, Polen, Russland

und Italien. Laut einer Angabe des deutschen Bundesverbands für Logopädie (DBL) sind vor allem die Kinder mit türkischem Migrationshintergrund die Regel in der logopädischen Praxis (DBL, 2013).

Nach Kowalewski (2010) ist jedes fünfte Kind im Alter von fünf bis zehn Jahren in logopädischer Behandlung. Scharff Rethfeldt (2013) sagt, dass der Anteil der mehrsprachigen Kinder in den logopädischen Praxen in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen hat. Diese Angaben verdeutlichen, dass mehrsprachige Kinder immer häufiger in der logopädischen Praxis vorhanden sind und somit eine gute Diagnostik und Therapie, die alle relevanten Einflussfaktoren einbezieht, von großer Bedeutung sind. Vor allem mehrsprachige Kinder mit Migrationshintergrund bringen eine große Vielfalt von kulturellen Aspekten, Erziehungsweisen, mehr als eine Sprache, Normen und Bräuche mit in die logopädische Intervention (Lengyel, 2011). Diese können sich unterschiedlich auf die Sprachentwicklung auswirken und müssen berücksichtigt werden. Diese Einflussfaktoren werden im folgenden Paragraphen erläutert.

### **2.3 Relevante Einflussfaktoren auf die Sprachentwicklung**

Es gibt interne und externe Bedingungen, die die Sprachentwicklung beeinflussen. Zu den internen Faktoren gehören gesundheitliche Faktoren oder Faktoren, die vom Kind aus gehen. Dies wäre zum Beispiel eine gute oder schlechte Motivation des Kindes. Zu den gesundheitlichen zählen Krankheiten wie Japanische Enzephalitis und Bilharziose, die vor allem bei mehrsprachigen Kindern mit Migrationshintergrund auftreten können (Scharff Rethfeldt, 2013). Es ist aber auch wichtig, wie die Schwangerschaft und Geburt verlaufen ist und welche Medikamente das Kind zu sich nimmt, da die gesundheitliche Versorgung in den verschiedenen Ländern und in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich ist (Razum et al., 2008).

Ein gutes oder ein schlechtes Sprachniveau der verschiedenen Sprachen der Eltern, Geschwister, Lehrer oder Personen aus dem direkten Umfeld zählen zu den externen Faktoren. Diese müssen dem Kind die Bedeutung der Sprache deutlich machen (Ayaz, 2005). Zusätzlich gibt es günstige Bedingungen, wie eine stabile und harmonische Lebenssituation. Intensive Kontakte mit Sprechern beider Sprachen und regelmäßiges Reisen in ein Land wirken sich günstig auf den Erwerb mehrerer Sprachen aus (Burkhardt Montanari, 2000, S.19). Wichtig ist, dass die Eltern in ihrem Sprachgebrauch standhaft sind (Blumenthal, 2012, S.64). Beide Elternteile können die Sprachen in verschiedenen Situationen gebrauchen, wenn beide die Sprachen regelmäßig benutzen (Blumenthal, 2012, S.64). Im Allgemeinen nimmt das soziale Umfeld, Kontakte und Freizeitaktivitäten Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Hierbei ist wichtig, welche Sprachen im Umfeld des Kindes gesprochen werden und auch welchen Bräuchen das mehrsprachige Kind nachgeht.

Die genannten Einflussfaktoren auf die Sprachentwicklung sollten in der Regel innerhalb der Diagnostik, vor allem in der Anamnese erfragt werden, um alle relevanten Faktoren zu erfassen. Welche Schwierigkeiten bei mehrsprachigen Kindern in der Diagnostik bestehen, wird in § 2.4 verdeutlicht.

### **2.4 Diagnostik im Mehrsprachenkontext**

Viele der in den logopädischen Praxen verwendeten Diagnostiken sind nicht geeignet für mehrsprachige Kinder, wodurch Mängel in der Auswertung und dadurch Fehldiagnosen gestellt werden können (Triarchi- Herrmann, 2009). „Nicht geeignet“ bedeutet in diesem Kontext, dass in der diagnostischen Befunderhebung Diagnostikmaterial genutzt wird, welches für einsprachige Kinder, die mit der deutschen Sprache aufwachsen, ausgelegt ist

und an einsprachigen Kindern normiert ist (Lachmann, 2006). Das kommt dadurch, dass Diagnostikmaterial für mehrsprachige Kinder meist nicht standardisiert ist und es relativ wenige Diagnostikverfahren für alle mehrsprachigen Gruppen gibt (Lachmann, 2006). Durch eine falsche oder zu späte Diagnose findet oftmals keine passende Förderung für das Kind statt (Triarchi- Herrmann, 2009), wodurch das Kind unter psychosozialen Folgen leiden kann (Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011). Zudem sind Gogolin, Neumann & Roth (2005) der Meinung, dass eine bloße Übersetzung von Diagnostikverfahren nicht ausreichend ist. Das Festlegen von Normdaten ist schwierig und nimmt viel Zeit in Anspruch, da in der Mehrsprachigkeit eine große Vielfalt, wie in § 2.1 beschrieben, besteht (Lachmann, 2006).

Da laut der Ludwig- Maximilians Universität (LMU) (2013) eine Sprachentwicklungsstörung in allen Sprachen auftreten kann, sollten bei der Diagnostik auch alle Sprachen berücksichtigt werden. Dabei könnten jedoch Schwierigkeiten entstehen, da die meisten LogopädInnen einsprachig deutsch aufwachsen und die diversen Zweitsprachen und deren Erwerbsverlauf der mehrsprachigen Kinder nicht kennen. Kenntnisse über die Erstsprache sind unentbehrlich im Verlauf der Diagnostik, um entscheiden zu können, ob eine logopädische Therapie von Bedarf ist oder nicht (Bielefelder Institut e.V., 2013). Laut einer Studie von Wintruff, Orlando & Gumpert im Jahr 2009 haben 80% der befragten LogopädInnen angegeben, dass das Thema „Mehrsprachigkeit“ in der Ausbildung nur gering oder überhaupt nicht berücksichtigt wurde (Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011). Dadurch fühlen sich die meisten LogopädInnen bei der Diagnostik für mehrsprachige Kinder sehr unsicher (Triarchi- Herrmann, 2009). Nur 3% der LogopädInnen fühlen sich gut vorbereitet (Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011). Daher wünschen sich die meisten LogopädInnen, dass die Diagnostikmaterialien die Muttersprache des jeweiligen Kindes genau untersuchen, sie mehr Hintergrundwissen von den einzelnen Kulturen erhalten und sich auch mehr mit anderen Therapeuten diesbezüglich austauschen können (Triarchi- Herrmann, 2009). Um für die LogopädInnen eine adäquate Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern zu erstellen, gibt es Richtlinien, dass eine spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES) in allen Sprachen auftauchen muss, und dass alles was bei Einsprachigen untersucht wird auch bei Mehrsprachigen in allen Sprachen untersucht werden sollte (Feiter & Huijbregts, 2012). Auch muss die Sprachentwicklung in jeder Sprache des Kindes diagnostiziert werden (Bielefelder Institut e.V., 2013) und es dürfen in der Diagnostik Aspekte zu den Bereichen Linguistik, Mehrsprachigkeit und Multikulturalität nicht fehlen (LMU, 2013). Die Abnahme eines Anamnesebogens, in dem relevante Fragen zum Mehrsprachen- und multikulturellen Hintergrund des Kindes und seiner Umgebung gestellt werden, stellt daher eine bedeutende Basis für die Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern dar. Der Belang der Anamnese, welche in dieser Arbeit im Zentrum steht, wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels erläutert.

## **2.5 Anamnese im Mehrsprachenkontext**

Die Anamnese nimmt eine zentrale Bedeutung in der Beginnsituation mit einem Patienten ein, da hierbei die relevanten Informationen über den Patienten (und seine Umgebung) in Erfahrung gebracht werden können (Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010). Die Anamnese ist nach Fox (2003) auch ein wichtiger erster Schritt innerhalb der diagnostischen Befunderhebung (nach Schrey- Dern, 2006). Gerade im Bereich der Mehrsprachigkeit, wie wir im weiteren Verlauf sehen werden, ermöglicht die Anamnese laut Schrey- Dern (2006) die mögliche Störung des jeweiligen Patienten herauszufinden (nach Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010).

### **2.5.1 Bedeutung einer Anamnese im diagnostischen Vorgehen**

Die Anamnese erfasst die individuellen Lebensbedingungen eines Kindes (Gumpert, 2010). Zunächst sollten die allgemeinen Daten des Kindes, der Eltern, der Bezugspersonen und der Geschwister berücksichtigt werden (Fox, 2003). Dabei soll das mehrsprachige Kind einschließlich seinen Voraussetzungen und der Lebenssituation im Zentrum stehen (Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011). Dazu zählt vor allem der kulturelle Hintergrund des Kindes, der Eltern und Geschwister, welcher in keinem Fall ignoriert werden sollte (Fontein, 2012, S.194). Nach dem Erfragen des Anmeldegrundes, dem Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und Erkrankungen erhält der Logopäde nicht nur die diagnostischen Aspekte, sondern auch Informationen zu Elternsicht und Begleitumständen (Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010). Die Entwicklung und das Verhalten des Kindes sowie die Fragen nach den Umweltfaktoren sind ebenfalls wichtige Bestandteile der Anamnese (Schrey- Dern, 2006). Für mehrsprachige Kinder ist eine genaue Anamnese von großer Bedeutung. Sie ist oftmals die einzige zuverlässige Diagnostik, um eine erste Prognose zu geben, ob eine Therapie notwendig ist oder nicht (Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010). Die Informationen bilden somit eine wichtige Basis für das weitere Vorgehen. Trotz der großen Bedeutung der Anamnese bestehen innerhalb der Mehrsprachendiagnostik einige Schwierigkeiten.

### **2.5.2 Schwierigkeiten bei der Anamnese im Mehrsprachenkontext**

Für die meisten LogopädInnen ist ein Anamnesegegespräch mit mehrsprachigen Kindern eine große Herausforderung. Das liegt an verschiedenen Problemen, die ein solches Gespräch auslösen kann. Zum Beispiel sind Sprachentwicklungsstörungen in einigen Kulturen ein Thema, welches nicht angesprochen werden darf (Gumpert, 2010) oder die Eltern der Kinder können kein oder kaum Deutsch, wodurch der Logopäde nur kurze Antworten auf seine Fragen erhält (Gumpert, 2010). Die geringen Deutschkenntnisse spielen eine große Rolle bei einem Anamnesegegespräch, da LogopädInnen auch nicht immer auf Dolmetscher zurückgreifen können, da einige Eltern das nicht wollen. In der Studie (Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011) lassen sich 69% der LogopädInnen bei einem Anamnesegegespräch durch das Dolmetschen eines Angehörigen helfen. Professionelle Dolmetscher hingegen nutzt nur jeder Fünfte. Weitere Auswertungen der Studie geben an, dass 40% aller Befragten zur Unterstützung Elternfragebögen in der Muttersprache des Klienten nutzen. Greifen die LogopädInnen dann nur auf übersetzte Bögen zurück, erschwert dies das Erfragen von tiefgreifenden Informationen, da das Nachfragen von bestimmten Aspekten und ein vertiefendes Gespräch nicht möglich ist (Gumpert, 2010). Außerdem besteht die Problematik, dass die LogopädInnen mangelnde Kenntnisse zum Migrationsbilingualismus besitzen. Sie sprechen meist nur deutsch und verfügen weder über eine Zweitsprache, noch über eine zweisprachige Ausbildung (Degener, 2012). Infolge einer Umfrage verschiedenster logopädischer Praxen über das diagnostische Vorgehen bei Mehrsprachigkeit wird deutlich, dass Unsicherheiten und größtenteils eine monolinguale Anschauungsweise bei den LogopädInnen bestehen (Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011).

Angepasste Bögen für mehrsprachige Kinder, wie zum Beispiel der Bogen von Jedik nutzen nur 12% der LogopädInnen. Andere Testverfahren für deutsch- bilinguale Kinder werden meist nicht benutzt (Wintruff, Orland & Gumpert, 2011).

Des Weiteren beinhalten die bestehenden Anamnesen kaum kultursensible Aspekte, wie z.B. den Aufenthaltsstatus und welche Sprachen wer mit wem und wo spricht (Scharff Rethfeldt, 2013), da kulturelle und gesellschaftliche Umstände, wie oben beschrieben, oftmals nicht berücksichtigt werden (Scharff Rethfeldt, 2005). Wenn die Informationen zur mehrsprachigen Lebenswelt nicht mit einbezogen werden, besteht kaum die Möglichkeit zur

Feststellung der Sprachfähigkeiten und es besteht die Gefahr einer falschen Diagnose (Degener, 2012). Diese Probleme wirken sich auf die ganze Therapie aus. Laut der Studie von Wintruff, Orlando & Gumpert im Jahr 2009 greifen 95% der LogopädInnen auf die Informationen eines Anamnesegesprächs zurück, um die Therapie darauf aufbauen zu können (Wintruff, Orlando & Gumpert, 2011). Um die oben beschriebenen Probleme bei der Diagnostik bei Mehrsprachigen in Zukunft zu verringern oder in einiger Zeit ganz zu vermeiden, muss die persönliche und kulturelle Situation eines jeden Patienten, gerade bei Kindern mit Migrationshintergrund, innerhalb der Anamnese und allgemein in der Diagnostik mit beachtet werden (Gumpert, 2010). Aus diesem Grund betrachten wir innerhalb des BPP die MIA in ihrem Inhalt und Handhabung kritisch. Dazu werden das BPP und die MIA in § 2.6 vorgestellt.

## **2.6 BPP und MIA**

Das „Bilinguale Patientenprofil“ von Scharff Rethfeldt (2005) ist ein Diagnostikhilfsmittel, welches die Möglichkeit bietet, alle mehrsprachigen Kinder durch verschiedene Kriterien, die in § 2.4 und § 2.5.2 beschrieben wurden, zu erfassen, um Fehldiagnosen bei mehrsprachigen Kindern entgegen zu wirken. Es bietet eine Hilfestellung zur genauen Erfassung des Kindes (Scharff Rethfeldt, 2005), wodurch eine spezifische Diagnostik möglich ist (DBL, 2013).

Das BPP bietet für mehrsprachige Patienten eine effiziente und aussagekräftige Ausgangsbasis in der logopädischen Diagnostik und Therapie (Scharff Rethfeldt, 2013). In diesem Diagnostikverfahren liegt der Schwerpunkt nicht nur auf der Familie und den funktionalen Aspekten des Sprachgebrauchs, sondern berücksichtigt auch die kulturellen Aspekte. Das BPP zeigt sich als ein wesentlicher Bestandteil innerhalb der Mehrsprachendiagnostik für die spätere Therapie mit mehrsprachigen Klienten (Scharff Rethfeldt, 2005). Der erste Schritt einer Diagnostik ist die Anamnese, welche in der BPP als „Multilingual und interkulturell orientierte Anamnese“ (MIA) bezeichnet wird. Die MIA wird in dieser Studie auf ihre Handhabung und Durchführung evaluiert und aus der Sicht der Wissenschaft untersucht.

### **2.6.1 Schwerpunkt MIA**

Die MIA ist ein Fragebogen<sup>2</sup>, der speziell für mehrsprachige Klienten und deren Umgebung erstellt worden ist. Sie bietet die Möglichkeit trotz Sprachbarrieren eine Familien- und Eigenanamnese bei Mehrsprachigen durchzuführen. Derzeit gibt es die MIA in vier verschiedenen Sprachen, nämlich Deutsch, Englisch, Türkisch und Mandarin, die weltweit aber auch in Deutschland im Umgang mit mehrsprachigen Klienten und deren Umgebung angewendet werden kann. Mit der Sprache Mandarin wachsen heutzutage über 1,1 Milliarden Menschen auf und ist somit die meistgesprochene Sprache auf der Welt (SpiegelOnline, 2004). Englisch kommt an zweiter Stelle. Es gibt 500 Millionen Menschen, die diese Sprache sprechen (Bundesamt für politische Bildung, BpB, 2010). Wie oben erwähnt in § 2.2 sind Kinder mit türkischem Migrationshintergrund der Regelfall in der deutschen logopädischen Praxis (DBL, 2013). Daher ist der Gebrauch der MIA auch auf Türkisch im deutschen Praxiskontext sehr relevant, gerade wenn die Bezugsperson eines Kindes kein Deutsch spricht.

---

<sup>2</sup> Die Erläuterung der MIA ist in dem Buch von Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. zu finden. In Kürze wird eine Website erstellt, auf der man durch einen Verweis Zugriff auf die MIA hat.

Der Bogen besteht aus insgesamt 128 Fragen, die unterteilt werden in 28 geschlossene Fragen, 65 offene Fragen und 35 gemischte (geschlossen/ offen) Fragen. Die Fragen werden in sechs Kategorien gestellt, deren Inhalte und Anzahl der Fragen in Tabelle 1 zusammengefasst sind. Es bestehen verschiedene Varianten der Fragen und der Antwortmöglichkeiten. Die Fragen bestehen teilweise aus einem Wort (z.B. Beruf), kompletten Fragestellungen (z.B. Was führt Sie hierher?) oder satzergänzenden Fragen (z.B. Letzter Hörtest am ... bei ...). Zu den Antwortmöglichkeiten zählen das Ankreuzen, Ergänzen und das offene Antworten. Durch das Auswahlverfahren wird den LogopädInnen die Abnahme der MIA erleichtert. Dies ist eine Möglichkeit, Schwierigkeiten seitens der LogopädInnen bei der Abnahme einer Anamnese bei Mehrsprachigen zu minimieren.

**Tabelle 1:** Kategorienübersicht der MIA

<b>KATEGORIE</b>	<b>INHALT</b>	<b>ANZAHL FRAGEN</b>
<b>Allgemeine Daten</b>	1. Kontaktdaten des Kindes 2. Nationalität 3. Ansprechpartner	7
<b>Kategorie 1 Eltern/ Bezugspersonen</b>	1. Kontaktdaten und berufliche Tätigkeit der Mutter 2. Kontaktdaten und berufliche Tätigkeit des Vaters 3. Wohnsituation der Eltern 4. Aufenthaltsstatus der Eltern 5. Krankenkasse	24
<b>Kategorie 2 Geschwister</b>	1. Personenangaben der Geschwister 2. Wohnsituation 3. Herkunft der Geschwister	14
<b>Kategorie 3 Grund der Anmeldung</b>	1. Auffälligkeiten 2. Verlauf 3. Weitere Besonderheiten	4
<b>Kategorie 4 Schwangerschaft, Geburt und Erkrankungen</b>	1. Schwangerschaftsverlauf 2. Geburtsverlauf 3. Stillen 4. Krankenhausaufenthalte 5. Operationen 6. Hörvermögen 7. Allergien und Medikamente 8. Krankheiten und evtl. Diagnose 9. Therapeuten/ Ärzte	25
<b>Kategorie 5 Allgemeine Informationen zu Entwicklung und Verhalten</b>	1. Motorische Entwicklung 2. Freizeitaktivitäten 3. Spielverhalten 4. Singen, Lesen, TV 5. Ess- und Trinkgewohnheiten/ Verhalten 6. Andere Gewohnheiten (Daumenlutschen, Mund offen/ geschlossen etc.)	30
<b>Kategorie 6 Allgemeine Informationen</b>	1. Bezugspersonen 2. Kindergarten/ Krippe/ Schule 3. Sprachgebrauch	25

zum sozialen Umfeld	4. Kontaktfreudigkeit 5. Sprachförderung 6. Sport und Musik 7. Aufgaben und Verantwortung Zuhause 8. Übersetzungshilfe bei der deutschen Sprache	
---------------------	--	--

Wie schon in § 2.5.2 besprochen, werden im Gegensatz zu anderen Anamnesebögen in der MIA viel mehr relevante Fragen (vgl. Kategorien in Tabelle 1) zur Multikulturalität besprochen. Vergleicht man die MIA zum Beispiel mit dem Anamnesebogen von Jedik (2006) ist erkennbar, dass bei Jedik (2006) keine Fragen zum Aufenthaltsstatus, zur Nationalität der Eltern und zur Sprachförderung des Kindes innerhalb des Kindergartens oder Schule gestellt werden. Diese Aspekte werden in der MIA berücksichtigt. Welche Bedeutung diese Aspekte innerhalb der Anamnese mit Mehrsprachigen einnehmen, wird in Kapitel 5 bei der Untermuerung der Fragenkategorien der MIA beschrieben. Außerdem sind die Fragen in der MIA oft geschlossen gestellt und beinhalten die Möglichkeit anzukreuzen, wobei die Fragen von Jedik häufig offen gestellt sind (Scharff Rethfeldt, 2013).

Auch im Vergleich zu anderen Anamnesebögen, wie der von Sterk in grenzen (Sig, 2011) ist erkennbar, dass die MIA die kulturellen Aspekte mehr mit einbezieht und konkreter z.B. nach dem Aufenthaltsstatus fragt. Die Bögen von Sig (2011) und Jedik (2006) sind für die logopädische Praxis von Vorteil, da diese nicht so viel Zeit in Anspruch nehmen wie die MIA. Sie lassen aber einige Aspekte der Mehrsprachigkeit und Kultur außer Acht, welche für eine richtige Diagnose und für die Planung der Therapie relevant sind. Um herauszufinden, ob die MIA alle relevanten Informationen abfragt und Evidenz-basiert zu untermauern ist, haben wir in Kapitel 3 unsere Forschungsfragen und Ziele aufgestellt.



### 3. Forschungsfragen und Zielsetzung

Aus der beschriebenen Problemstellung stellte sich die Frage, in wie weit die MIA Evidenz-basiert ist. Um die Evidenz-Basiertheit der MIA konkret zu überprüfen, beziehen wir uns dabei auf jede einzelne Kategorie innerhalb der MIA. Um die wissenschaftliche Perspektive und Expertenperspektive abzudecken, ist die Hauptfrage in Teilfragen unterteilt. Die Teilfragen zur Expertenperspektive beziehen sich einmal auf die Beurteilung der Augenscheinvalidität (= Gültigkeit) der zwei Probandengruppen und auf die Beurteilung der Handhabung. Die Gültigkeit ist wichtig, um herauszufinden, ob die MIA das misst, was wirklich gemessen werden soll und die Handhabung ist für den weiteren Gebrauch der MIA von Bedeutung. Die wissenschaftliche Perspektive bezieht sich auf die wissenschaftliche Untermauerung der einzelnen Kategorien. Die Relevanz der Evidenz-basierten Praxis bei Methoden in der Gesundheitsversorgung ist in Kapitel 1 erläutert. Daraus ergeben sich folgende Untersuchungsfragen und Untersuchungsziele.

#### 3.1 Forschungsfragen

<b>Hauptfrage</b>
Ist jede Frage innerhalb jeder Fragenkategorie der „Multilingual Interkulturellen Anamnese“ für mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis Evidenz-basiert?
<b>Teilfragen</b>
(1) Ist jede Frage innerhalb einer Fragenkategorie der „Multilingual Interkulturellen Anamnese“ für mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis in der wissenschaftlichen Literatur untermauert?
(2) Erfüllt jede Fragenkategorie der MIA beurteilt von Teilnehmern des Seminars „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt mit Vorkenntnissen zur MIA und von LogopädInnen aus den logopädischen Praxen ohne Vorkenntnisse die Augenscheinvalidität?
(3) Wie beurteilen die Teilnehmer des Seminars „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt mit Vorkenntnissen zur MIA und die LogopädInnen aus den logopädischen Praxen ohne Vorkenntnisse die Handhabung der MIA?

#### 3.2 Zielsetzung

<b>Ziele</b>
<b>Ziel 1:</b> Innerhalb der vier Monate unserer Bachelorarbeit überprüfen wir mithilfe einer Literaturstudie und einer Online- Umfrage, ob jede Frage jeder Kategorie der MIA Evidenz-basiert ist.
<b>Ziel 2:</b> Innerhalb der vier Monate unserer Bachelorarbeit zeigen wir, ob jede Frage jeder Kategorie durch wissenschaftliche Literatur belegt werden kann.
<b>Ziel 3:</b> Innerhalb der vier Monate unserer Bachelorarbeit zeigen wir mithilfe der Ergebnisse einer Online- Umfrage die Augenscheinvalidität der MIA auf, um herauszustellen, ob die Probanden die MIA intuitiv als praktisch relevant einschätzen.
<b>Ziel 4:</b> Innerhalb der vier Monate unserer Bachelorarbeit wissen wir durch eine Online-Umfrage wie die Probanden die Handhabung der MIA einschätzen.

Das Ziel für die Praxis ist, dass die MIA durch die Sicherstellung der drei Sichtweisen der Evidenz-basierten Praxis in Zukunft in die logopädische Praxis implementiert werden und als ein qualitativ überprüftes Diagnostikhilfsmittel für mehrsprachige Kinder dienen kann.

## **4. Methoden**

In diesem Kapitel besprechen wir die zwei Methoden, die wir zur Beantwortung unserer Fragestellung und zum Erreichen der Zielsetzung angewendet haben. Erst werden in § 4.1 der Aufbau und die Ausführung der Literaturstudie beschrieben, welche die wissenschaftliche Perspektive abdeckt. § 4.2 richtet sich auf die Beschreibung der Umfrage, womit wir Experten zur Augenscheinvalidität und Handhabung der MIA befragt haben (Expertenperspektive).

### **Entscheidung über das Untersuchungsdesign**

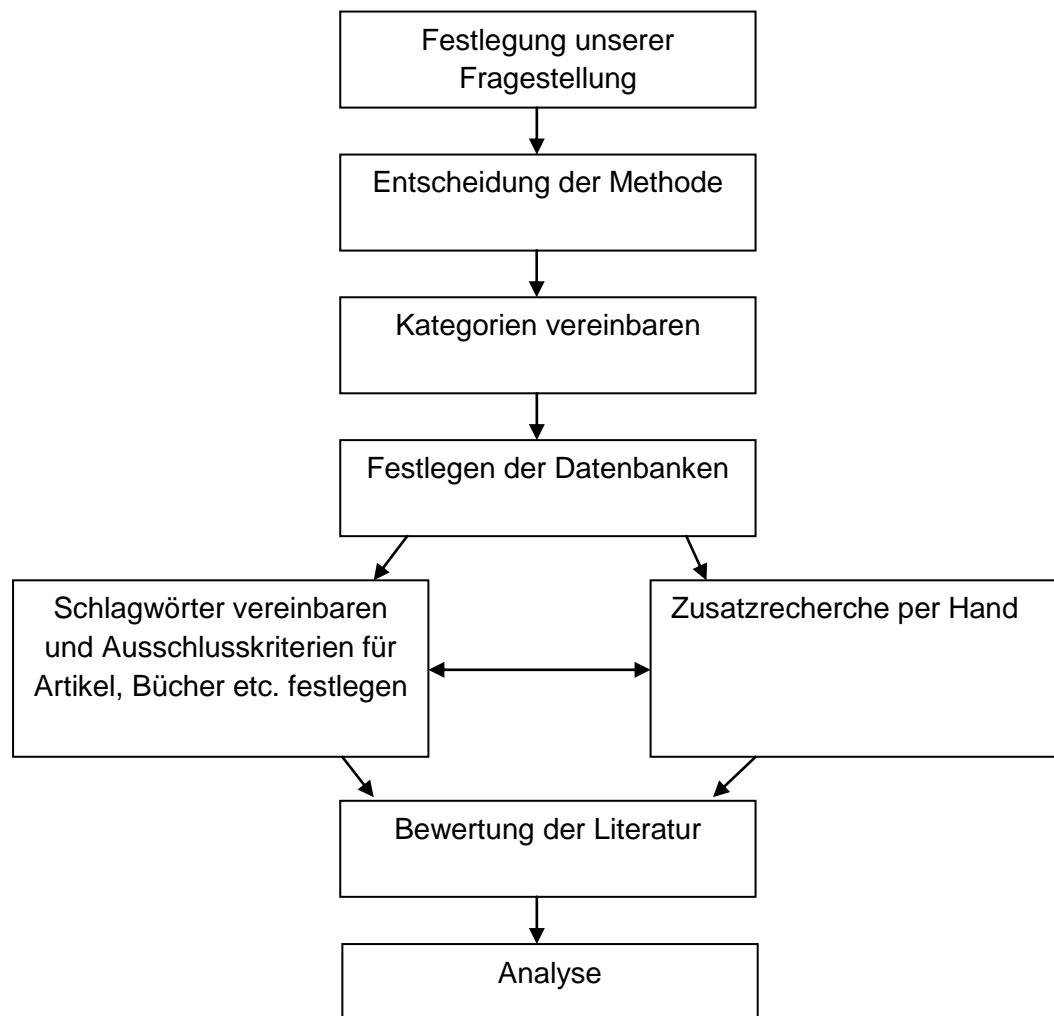
Die Literaturstudie dient dazu, die Kategorien der MIA Evidenz-basiert zu untermauern. Die Vorteile einer Literaturstudie sind, dass verschiedene Artikel aus Suchmaschinen in unterschiedlichen Sprachen genutzt und verglichen werden können. Um die wissenschaftliche Perspektive abzudecken, ist die Literaturstudie für unser Projekt die passende Methode. Wie in Kapitel 1 erwähnt, sind bislang die wenigsten Diagnostiken wissenschaftlich untermauert (Cholewa, 2010).

Die Online- Umfrage hat den Vorteil, dass wir unsere Probanden besser und schneller durch eine E-Mail erreichen, da diese im Kreis Kleve verteilt sind und wir uns Versandkosten ersparen können. Zudem ist dadurch die Anonymität der einzelnen Teilnehmer mehr gewährleistet (Bollig, o.D.). Für die Teilnehmer ist eine Online-Umfrage idealer, da sie jederzeit diese Umfrage durchführen können und es egal ist, wo sie grade sind, da wir als Leitung nicht dabei sein müssen (Hesse, 2010). Ein weiterer Aspekt, der für eine Online- Umfrage spricht ist, dass die Daten sofort gespeichert werden und wir sie direkt nutzen können (Hesse, 2010).

### **4.1 Literaturstudie**

In diesem Paragraphen beschreiben wir genau, welche Arbeitsschritte wir bei der Literaturstudie durchlaufen haben, um herauszufinden, ob jede Kategorie der MIA Evidenz-basiert zu untermauern ist. Die folgenden Arbeitsschritte sind gebräuchlich bei der Ausführung einer Literaturstudie (Dittmann et al.. 2009; Leitfaden für Betreuer und Studierende zur Durchführung von Literaturstudien im Rahmen der Diplomarbeit/ Dissertation in N201, 2008): Suchstrategien, Entscheidung über Schlagwortkombinationen, Auswahl Datenbanken, Zusatzrecherche per Hand, Bewertung der Literatur und Analyse. Das Vorgehen der Literaturstudie wird in Abbildung 1 dargestellt, um zu zeigen, welche einzelnen Schritte wir durchlaufen haben.

**Abbildung 1:** Vorgehen Literaturstudie (nach Dittmann et al., 2009)



Die Abbildung 1 zeigt, dass wir nach der Festlegung der Fragestellung die Methode festgelegt haben. Die Fragestellung bietet die Basis, um auch die Ziele unseres Projektes festzulegen. Im Laufe der Zeit haben sich die Fragestellungen häufig geändert. Für die Methode haben wir uns schnell entschieden und hielten auch an dieser fest. Darauf folgte die Durchführung der festgelegten Methode. Bevor wir die Datenbanken auswählten, teilten wir die Kategorien der MIA in differenziertere Kategorien ein, um eine genauere Suche zu ermöglichen. Diese haben wir anhand der Unterpunkte jeder Kategorie festgelegt, welche für uns ausschlaggebende Inhalte erfragen. Das Festlegen der Schlagwörter, Vereinbaren der Ausschlusskriterien und die Zusatzrecherche per Hand liefen hingegen parallel, um genügend Zeit für die Literaturrecherche zu haben. Zum Ende hin haben wir die einzelnen Quellen bewertet und analysiert. Diese Schritte nach Dittmann et al. (2009) und dem Leitfaden für Betreuer und Studierende zur Durchführung von Literaturstudien im Rahmen der Diplomarbeit/ Dissertation in N201 (2008) haben uns bei der Durchführung der Literaturstudie geholfen. Vieles hat sich aber auch während der Literatursuche geändert. Während der Suche nach Literatur, haben sich auch die Schlagwörter geändert bzw. haben wir einige ergänzt oder verworfen.

#### **4.1.1 Suchstrategien**

Die Kategorien der MIA teilten wir dann zunächst in differenziertere Kategorien auf (siehe § 2.6.1, Tabelle 1), um jede Frage jeder Fragenkategorie Evidenz-basiert untermauern zu können. Mit Hilfe von Schlagwörtern suchten wir passende wissenschaftliche Literatur. Während der Suche nach wissenschaftlicher Literatur behielten wir diese Kategorien im Hinterkopf und passten diese, wenn notwendig, an, sodass zum Beispiel einzelne Kategorien wieder zusammengefasst werden oder aufgeteilt werden konnten. Neben der Suche mit den Schlagwörtern haben wir die MIA mit anderen Anamnesebögen verglichen, um die Untermauerung der Inhalte der MIA so Evidenz-basiert wie möglich darzulegen. Alle Anamnesebögen, die wir als Vergleich mit einbezogen haben, sind in der Tabelle 4 im Anhang 1 zu finden.

#### **4.1.2 Auswahl Datenbanken**

Bevor wir unsere Schlagwörter festgelegt haben, suchten wir nach für uns relevanten Datenbanken, welche wir nach den Kriterien Kosten, Verfügbarkeit und unserem Fachbereich ausgewählt haben.

Bei den Datenbanken war es uns wichtig, dass wir in fachspezifischen Datenbanken wie medizinischen und logopädischen Datenbanken suchen. Zusätzlich nutzten wir auch allgemeine Datenbanken, da diese auch einen großen Anteil an wissenschaftlichen und für unsere Studie relevanten Artikel enthalten. Ein weiteres Kriterium, nach dem wir die Datenbanken gewählt haben, war, dass diese für uns frei zugänglich sind und wir auf keine Kosten stoßen. Wir nutzten Pubmed, Google, Google Books, Google Scholar und HBO Kennisbank, da wir durch diese auf viele wissenschaftliche Arbeiten gestoßen sind. Die englische Datenbank Pubmed ist eine medizinische Datenbank und auch weltweit die Größte (Homann, 2012). Die meisten Artikel sind auf Englisch, da es eine internationale Datenbank ist. Zudem kann man bei jedem Artikel kostenfrei auf die Zusammenfassung zugreifen.

Des Weiteren haben wir die Datenbank „Google“ genutzt, da dies eine Internetsuchmaschine ist, die alle Bereiche, sei es Medizin, Geschichte etc. beinhaltet. Sie ist zudem durch 80% Marktanteil eine der führenden Suchmaschinen (Hemken et al., 2012). Eine weitere Datenbank ist „Google Books“. Dies ist eine Unterfunktion von der Datenbank „Google“. In dieser Datenbank kann man ganze Bücher oder auch nur vom Autor ausgewählte Seiten eines Buches einsehen (Google Inc., 2011). „Google Scholar“ ist auch eine für uns wichtige Datenbank, da diese auch wissenschaftliche Literatur beinhaltet. Dort sind Artikel von Seminararbeiten, Bachelorarbeiten bis hin zu Doktorarbeiten zu finden (Google Inc., 2011). Auf der HBO Kennisbank stehen Bachelorarbeiten, Arbeiten von Dozenten etc. aus verschiedenen Bereichen. Die einzelnen Arbeiten kann man sich kostenfrei downloaden. Die meisten Arbeiten sind in den Sprachen Niederländisch, Englisch und Deutsch vorhanden (HBO Kennisbank, o.D.). Durch die Datenbanken konnten wir verschiedene Artikel aus Bachelorarbeiten, Büchern, Zeitschriften und aus wissenschaftlichen Berichten herausuchen.

Zusätzlich zu den Datenbanken nutzten wir Websites, welche ebenso Artikel, Publikationen und Materialien bereitstellen. Die Websites, die wir nutzten, sind fachspezifische Seiten, worauf nur überprüfte Artikel hochgeladen werden. Um auch wissenschaftliche Artikel zu finden, die rein auf der Logopädie basieren, haben wir uns für die Website „DBL“ entschieden, da auf dieser Seite viele Artikel, Zusammenfassungen etc., die zum Fachbereich Logopädie gehören und das Thema Mehrsprachigkeit und Anamnese beinhalten, zu finden sind. Auf einige dieser Artikel kann man nur als Mitglied des DBLs zurückgreifen. Da wir Mitglied des DBLs sind, schränkt uns dies nicht auf das Zugreifen der

Artikel ein (DBL, 2013). Um die Suche auch auf den Websites auf internationaler Ebene durchzuführen, nahmen wir die Seite HAN Studiecentra hinzu. Auf der Seite von HAN Studiecentra kann man mit Hilfe der Schlagwörter Artikel, Bücher oder Filme finden, die in der HAN Bibliothek vorhanden sind (HAN University of Applied Sciences, 2013). Die gefundenen Quellen aus den Datenbanken und von den Websites haben wir anhand verschiedener Kriterien überprüft (siehe § 4.1.5).

#### 4.1.3 Entscheidung über Keywords und Schlagwortkombinationen

Anhand der aufgestellten Unterkategorien (Tabelle 1 in § 2.6.1) haben wir beide unabhängig voneinander Schlagwörter gesucht und diese untereinander ausgetauscht, sodass die Liste der Schlagwörter festgelegt werden konnte. Die Schlagwörter haben wir festgelegt, da diese inhaltlich in den Kategorien der MIA vorkommen und die Inhalte unserer Untermauerung bestimmen. Die einzelnen Schlagwörter wurden durch ein „and“ oder „or“ während der Suche ergänzt. Durch diese Begriffe konnten wir eine große Anzahl von verschiedenen Suchkombinationen pro Kategorie der MIA vorlegen, um möglichst viel Literatur zu jeder Kategorie zu finden. Durch die verschiedenen Kombinationen wurde die Suche nach Artikeln in den einzelnen Datenbanken spezifischer (siehe Tabelle 2). Die Liste der hier aufgestellten Wörter, haben wir im Verlauf der Literaturstudie immer wieder aktualisiert, da wir durch das Lesen von wissenschaftlichen Artikeln auf andere Schlagwörter getroffen sind, die für uns wichtig waren. Hinzu kommt, dass wir in den Sprachen Deutsch, Englisch und Niederländisch gesucht haben, wodurch wir eine größere Auswahl an Literatur erhielten. Eine genaue Darstellung, in welchen Datenbanken wir mit welchen Schlagwörtern gesucht haben und wie viele Quellen für uns bei dem Suchvorgang relevant waren, ist in der Tabelle 4 im Anhang 1 nachzulesen.

Neben der Aufstellung der Schlagwörter stellten wir auch Einschränkungen für die Suche auf (siehe Tabelle 2). Diese halfen uns schon im Vorfeld passende Literatur zu finden, wodurch wir im späteren Verlauf unserer Arbeit im Punkt „Bewertung der Literatur“ nur noch die für uns relevanten Artikel zur Auswahl hatten. Laut den Einschränkungen beziehen wir uns nur auf die aktuelle Problematik und aktuelle Zahlen, da stetig eine Änderung z.B. der Zahlen der Migranten stattfindet. Da die MIA für die logopädische Praxis konstruiert ist und sich unsere Studie um Kinder (vor allem im Schulalter) dreht, ist dies eine weitere Einschränkung. Außerdem nehmen wir nur die aktuellen Zahlen aus Deutschland in unsere Studie auf, da wir uns nur auf die Entwicklung in Deutschland beziehen.

**Tabelle 2:** Relevante Schlagwörter und Suchkombinationen pro Kategorie

Kategorien	Datenbanken	Relevante Schlagwörter und Suchkombinationen		
<u>Allgemein/ Daten des Kindes</u>	- Google - Google Books - DBL	Diagnostik Sprachentwicklungs- störung Anamnesebogen Bilingual	<b>AND/ OR</b>	Aufbau Mehrsprachigkeit Leitfaden Anamnese

<u>Kategorie 1</u> Eltern/ Bezugsperson	- Google - Google Books - Google Scholar - Han Studiecentra	Kontaktaten Aufenthaltsstatus Geschiedene Eltern EWR-Bürger ARB 1/80 Visum/ Asyl Krankenkasse Versicherte Abrechnungen	<b>AND/ OR</b>	Anamnese Bedeutung Migration Logopädische Anamnese
<u>Kategorie 2</u> Geschwister	- Google - Google Books - HAN Studiecentra	Adoptierte Kinder Geschwister Adoption Familie Adoption	<b>AND/ OR</b>	logopädische Anamnese Deutschland Migranten ausländische Kinder Aufbau
<u>Kategorie 3</u> Grund der Anmeldung	- Google - Google Scholar	Beschwerden Verlauf Vorgeschichte Aufbau	<b>AND/ OR</b>	Anamnese Krankheit Kind
<u>Kategorie 4</u> Schwangerschaft, Geburt und Erkrankungen	- Google - Google Books - PubMed - HNO Kennisbank - HAN Studiecentra	Kinderkrankheiten Diphtherie Bleivergiftung Geburtsverlauf Komplikationen Operationen HNO Allergien Kinder in Therapie	<b>AND/ OR</b>	Deutschland Migration Anamnese Krankheiten Medikamente
<u>Kategorie 5</u> Allgemeine Informationen zu Entwicklung und Verhalten	- Google - Google Scholar - Google Books - DBL	Motorik Anamneseleitfaden Diagnostik Spielverhalten TV	<b>AND/ OR</b>	Anamnese Entwicklung Wirkung auf Sprach- Entwicklung
<u>Kategorie 6</u> Allgemeine Informationen zum sozialen Umfeld	- Google - Google Books - DBL - PubMed	Kindergarten Schule Aufbau Bilinguale Kindergärten Sprachförderung	<b>AND/ OR</b>	Anamnese Sprachen Anamnese- leitfaden
<b>Einschränkungen</b>				
- Quellen zwischen 2000 - 2013 verwendet, um aktuelle Problematik zu verdeutlichen - mehrsprachige Entwicklung in der Schule und in der Praxis - Daten von Menschen aus ganz Deutschland erhoben				

Dadurch, dass wir viele Schlagwörter aufgestellt haben, die wir auch miteinander kombiniert haben, erhielten wir viele Treffer in den Datenbanken (siehe Tabelle 4 im Anhang 1). Um schnell die relevanten Artikel für uns herauszufiltern, reichte es oft schon die Überschrift und

die kurze Zusammenfassung zu lesen, da dabei schon deutlich wurde, ob dieser Artikel relevante Daten und Fakten beinhaltet (du Prel & Röhrig & Blettner, 2009). Neben der Recherche über die Datenbanken haben wir auch eine manuelle Zusatzrecherche durchgeführt, die im Folgenden beschrieben wird.

#### **4.1.4 Manuelle Zusatzrecherche**

Bei der Suche nach wissenschaftlicher Literatur in den Datenbanken, haben wir das in den Bachelorarbeiten und weiteren Artikeln stehende Literaturverzeichnis durchgesehen und für uns relevante Quellen herausgesucht. Dabei sind wir auf weitere wissenschaftliche Artikel oder Bücher gestoßen. Diesen Effekt nennt man auch den so genannten Schneeballeffekt, da zum einen in Artikeln auf Autoren verwiesen wird, nach denen man in den Datenbanken sucht und zum anderen man in dem Literaturverzeichnis neue Quellen findet (Meurer & Schluchter, 2010). Des Weiteren haben wir E-Mail-Kontakt mit Bernd Meyer aufgebaut, der in vielen für uns relevanten Artikeln zitiert wurde. Dieser sandte uns dann seine Artikel, welche im Internet nicht veröffentlicht wurden, zu.

#### **4.1.5 Bewertung der Literatur**

Nachdem wir zu jeder Kategorie mindestens fünf Quellen aus den Datenbanken herausuchten, wurden diese miteinander verglichen und nach den Auswahlkriterien hin überprüft. Diese Anzahl war für uns erreichbar, aber auch groß genug, um die Kategorien zu untermauern. Neben den Einschränkungen, die wir schon zuvor aufgestellt haben (siehe Tabelle 2), legten wir weitere Auswahlkriterien fest, um die relevantesten Artikel für uns festlegen zu können, wodurch wir zuverlässige Literatur herausfiltern konnten.

Für eine Quelle spricht, wenn diese mindestens vom Jahr 2000 ist und man alle Zitate, die in der Quelle genannt werden, zurückverfolgen kann. Zudem ist es wichtig, dass die Quelle Aspekte wie z.B. die kulturellen Hintergründe und die Anamnese im Mehrsprachigenkontext beinhaltet und sie seriös ist. Dies bedeutet zum Beispiel, dass die Quelle keine oder nur kaum Rechtschreib- und Grammatikfehler beinhaltet und einen professionellen ersten Eindruck macht, nicht jeder einen Artikel auf diese Seite setzen kann und man die Quelle, z.B. eine Seite aus einem Buch zurückverfolgen kann. Ebenfalls sollte ein vollständiges Impressum und vollständige Kontaktdaten vorhanden sein. Die Aktualität der Seite und ob die Seite privat, geschäftlich oder von einer Universität erstellt wurde, muss ersichtlich sein. Gegen eine Quelle spricht, wenn Quellenangaben im Text fehlen, wodurch man Zitate nicht zurückverfolgen kann. Außerdem zählt dazu, wenn die Thematik nur vage beschrieben ist und man Angaben und Zahlen aus Umfragen nicht zurückverfolgen kann (angelehnt an Gostel, 2002). Werbeeinblendungen und Registrierungsaufforderungen erwecken ebenfalls den Eindruck einer nicht seriösen Quelle. Zusätzlich findet man häufig Meinungsäußerungen oder auch Kritik über bestimmte Seiten, die man auch mit in seine Wahl einer Quelle mit einbeziehen kann.

Diese Kriterien haben wir zusammen festgelegt, um im späteren Verlauf der Analyse seriöse und gute wissenschaftliche Quellen benutzen zu können, um unser Ziel, die Kategorien der MIA Evidenz-basiert zu untermauern, erreichen zu können.

#### **4.1.6 Analyse**

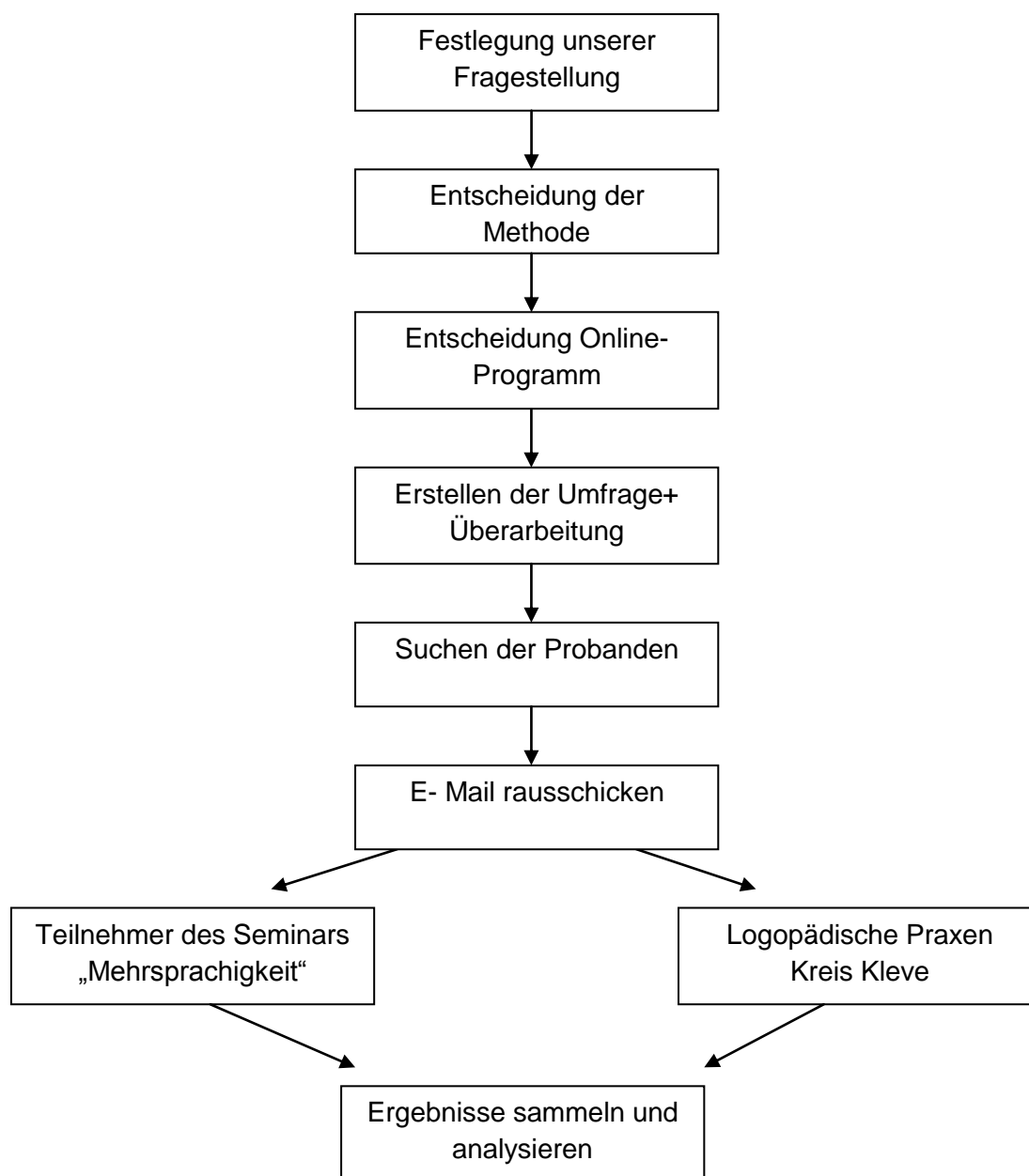
Wir haben pro Kategorie der MIA (siehe Tabelle 1) die Quellen festgelegt, die wir für unsere Untermauerung nutzen wollten. Dabei haben wir darauf geachtet, dass wir, wenn wir mehrere Quellen mit ähnlichem Inhalt hatten, die aktuellsten Quellen nutzten, um die Entwicklung und Problematik in der Mehrsprachigkeit zum aktuellsten Standpunkt darlegen

zu können. Aus diesen Quellen fassten wir die Inhalte, die zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen, zusammen und verglichen diese miteinander. Danach gingen wir jede Frage jeder Fragenkategorie durch und legten die Quellen zu den Fragen fest. Alle anderen Quellen aus der Literaturrecherche wurden dann verworfen. Die Resultate sind in § 5.1 nachzulesen.

#### 4.2 Umfrage

Dieses Kapitel beinhaltet die Beschreibung der Online- Umfrage, die ausgeführt wurde, um Teilfrage 2 und 3 aus § 3.1 zu beantworten. Zunächst besprechen wir die Arbeitsschritte, die in Abbildung 2 visuell dargelegt werden. Im weiteren Verlauf gehen wir auf unsere Stichprobe, die Durchführung und den Aufbau unserer Umfrage ein.

**Abbildung 2:** Vorgehen Umfrage (nach Dittmann et al., 2009)





Der erste Schritt war die Forschungsfragen aufzustellen, die wir mit unserer Studie beantworten wollen. Die Forschungsfragen bilden die Basis unserer Studie, welche im Laufe der Umfrage weiterhin angepasst wurden. Daraufhin mussten wir uns für eine Methode entscheiden, die die Fragen bestmöglich beantworten kann. Unsere Wahl fiel dabei auf eine Online- Umfrage (siehe „Entscheidung über das Untersuchungsdesign“). Um die Online-Umfrage bestmöglich und professionell gestalten zu können, folgte der Schritt „Entscheidung eines Online- Programms“. Das Online- Programm zur Erstellung der Umfrage änderten wir mehrmals, da Funktionen zur Erstellung fehlten, Rechtschreibfehler des Programms auftraten oder die Seite kostenpflichtig wurde. Als nächster Schritt wurde die Umfrage erstellt und überarbeitet. Dies nahm mehr Zeit in Anspruch als gedacht, da Texte formatiert werden mussten. Die Probanden wurden währenddessen bereits im Kreis Kleve via Internet und Telefonbuch gesucht und telefonisch kontaktiert. Nachdem diese uns eine mündliche Zusage zur Teilnahme gegeben haben, schickten wir eine E- Mail an die zwei Probandengruppen. Nach Ablauf der Umfrage wurden die Daten gesammelt und analysiert.

#### **4.2.1 Selektion und Werben der Probanden**

##### *Selektion*

Unsere Stichprobe setzte sich aus zwei Expertengruppen zusammen. Vorteile der zwei Probandengruppen sind, dass wir einen Vergleich der Antworten zwischen beiden, wobei eine Erfahrung mit der MIA hat und eine Gruppe keine Erfahrung hat, ziehen können. Ein weiterer Vorteil ist, dass somit viele verschiedene persönliche Meinungen gesammelt werden können. Der Nachteil dabei ist, dass bei beiden Probandengruppen gleich viele Teilnehmer vorhanden sein sollten, um einen Vergleich ziehen zu können. Die Gefahr dabei ist, dass die Anzahl sehr unterschiedlich sein kann. Ein Nachteil könnte außerdem sein, dass die logopädischen Praxen die MIA noch nicht so gut einschätzen bzw. evaluieren können, vor allem wenn sie nicht die Möglichkeit und Zeit haben die MIA durchzuführen und kritisch zu betrachten.

Die eine Gruppe waren Seminarteilnehmer der MIA und die andere Gruppe waren LogopädInnen aus einer logopädischen Praxis. Die Stichprobe umfasste ursprünglich 20 Seminarteilnehmer und 20 LogopädInnen aus sieben logopädischen Praxen. Dies war zum Anfang unserer Studie so geplant. Im Ergebnissteil § 5.2.1 werden wir auf die tatsächliche Anzahl unserer Probanden zurückkommen. Zu den Auswahlkriterien der Seminarteilnehmer zählte die Erfahrung mit Mehrsprachigkeit. Ein weiterer Aspekt war, dass sie bereits mit der MIA gearbeitet haben. Die Seminarteilnehmer stammten aus ganz Deutschland, da LogopädInnen aus allen Bundesländern die Möglichkeit hatten an dem Seminar „Mehrsprachigkeit“ teilzunehmen. Die LogopädInnen mussten aus einer logopädischen Praxis stammen, Erfahrung mit mehrsprachigen Klienten vorweisen, die MIA zuvor noch nicht benutzt haben und an keinem Seminar zum Thema „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt teilgenommen haben.

##### *Werben der Probanden*

Die Kontaktdaten der Seminarteilnehmer erhielten wir durch unserer Auftraggeberin. Von diesen entfielen zwei Personen dadurch, dass eine E- Mail nicht angekommen ist und durch eine Absage. Die Adressen der logopädischen Praxen suchten wir eigenständig durch bereits bestehende Kontakte und durch das Internet aus. Diese haben wir per Telefon persönlich kontaktiert, ihnen unser Thema erklärt und gefragt, ob diese an unserer Umfrage teilnehmen möchten. Der persönliche Kontakt ist eine gute Möglichkeit, die Probanden direkt anzusprechen und eventuelle Fragen zu klären (Bortz & Döring, 2006). Wir erwarteten eine Rückmeldung von 10 Seminarteilnehmern und eine Rückmeldung von 10 LogopädInnen. Die

Seminarteilnehmer hatten bereits Kontakt mit der MIA, wodurch diese nicht so viel Zeit in unsere Umfrage investieren mussten. Bei den LogopädInnen aus den logopädischen Praxen gaben uns zwar 20 eine mündliche Zusage für ihre Teilnahme, jedoch mussten diese die MIA zuerst in der Praxis anwenden und hatten somit einen größeren Zeitaufwand. Dadurch gingen wir von einer kleineren Rücklaufquote aus. Insgesamt waren es 18 Seminarteilnehmer und 7 logopädische Praxen, die eine E-Mail erhielten.

#### 4.2.2 Aufbau der Umfrage

In der Kategorie 1 stellen wir Fragen zur Person, der Berufsausbildung und, ob die Person selbst mehrsprachig aufgewachsen ist. Diese Kategorie soll uns einen kleinen Einblick zu jedem einzelnen Teilnehmer unserer Umfrage verschaffen. Kategorie 2 beschäftigt sich mit der mehrsprachigen Situation innerhalb der Praxis. Damit verschaffen wir uns einen Überblick darüber, wie viele Klienten mehrsprachig sind und wie lange unsere Teilnehmer bereits mit Mehrsprachigen arbeiten. Dies ist wichtig zu hinterfragen, da es eines unserer Voraussetzungen an die Probanden war. Die Fragen der Kategorie 3 zielen darauf ab, zu erfahren, wie die LogopädInnen bisher mit Anamnesebögen, die auf mehrsprachige Klienten ausgerichtet sind, umgehen und welche Anamnesebögen sie benutzen. Durch diese Informationen erfahren wir, wie groß der Bedarf an einer Mehrsprachenanamnese ist. In der Kategorie 4 wird zwischen den zwei Probandengruppen unterschieden. Einmal werden die Seminarteilnehmer „Mehrsprachigkeit“ zum Einsatz der MIA befragt und die LogopädInnen aus den logopädischen Praxen werden nach fehlenden Informationen zur MIA befragt. Dies war uns wichtig, da unser Vorhaben war, die Ergebnisse der Probandengruppen vergleichen zu können. Die Kategorie 5 umfasst Fragen zum Aufbau der MIA und erfragt die Meinung der Teilnehmer unserer Umfrage. Die Probanden sollen in Kategorie 6 angeben, wie lang sie für das Vorbereiten und die Durchführung der MIA benötigt haben und den Zeitaufwand einschätzen. Es werden bei Kategorie 7 drei allgemeine Fragen zum Inhalt der MIA gestellt, bevor auf die einzelnen Kategorien eingegangen wird. Es werden pro Fragenkategorie der MIA Fragen zur Deutlichkeit, Inhalt und Augenscheinvalidität gestellt. Die Informationen aus Kategorie 5, 6 und 7 dienen zur Beantwortung unserer Forschungsfragen. Zum Schluss werden abschließende Fragen zum weiteren Einsatz und Empfehlung der MIA gestellt (Kategorie 8).

#### Struktur der Umfrage

In diesem Teil stellen wir zunächst die Umfrage und die Anzahl der Fragen in Tabelle 3 dar. Die Tabelle wird im weiteren Verlauf im Text erläutert. Unsere Umfrage ist zur Veranschaulichung mit allen Fragen im Anhang 3 zu finden.

**Tabelle 3:** Übersicht der Fragenkategorien und Anzahl der geschlossenen und offenen Fragen

Kategorien	Anzahl der Fragen	Geschlossene	Offene	Gemischt
1. Allgemeine Daten zur Person	8	2	4	2
2. Allgemeine Daten zur Praxis	5	1	4	0
3. Gebrauch von Anamnesebögen	4	1	1	2

<b>4. MIA</b>	4	2	0	2
<b>5. Aufbau der MIA</b>	3	1	0	2
<b>6. Vorbereitung/ Durchführung MIA</b>	4	4	0	0
<b>7. Inhalt MIA</b>	29	0	0	29
<b>8. Abschließende Fragen</b>	3	0	0	3
<b>Total</b>	60	11	9	40

Bei der Erstellung des Fragebogens mussten wir darauf achten, dass wir keine Suggestivfragen (Hesse, 2010) oder doppelte Verneinungen mit einbringen. Ein weiterer wichtiger Aspekt war, dass wir, bevor wir die Fragen aufstellten, unser Ziel der Befragung kennen und was wir alles genau befragen wollen (Hesse, 2010). Der Fragebogen besteht aus insgesamt 60 Fragen, die in acht Kategorien unterteilt sind. Es gibt 11 geschlossene Fragen, 9 offene Fragen und 40 Fragen mit geschlossenem und offenem Charakter. Die geschlossenen Fragen haben die Eigenschaft von Ja/ Nein- Antworten oder Antworten mit der Auswahl zum Ankreuzen. Ein Beispiel dafür ist „Wie viel Prozent ihrer Klienten wachsen zwei- oder mehrsprachig auf?“ Antwortmöglichkeiten wären 10-30%, 30-50%, 50-70%, 70-100%. Die Antwortmöglichkeiten mit Ja/ Nein sind auch meistens verbunden mit der Frage „Warum“ oder „Welche“. Dies ist somit eine Kombination aus offenen und geschlossenen Fragen (Bsp.: „Waren die Fragen der Kategorie deutlich?“). Antwortmöglichkeit wäre „Ja“ mit Platz für eine Erläuterung und die Antwortmöglichkeit „Nein, welche nicht und warum“. Die geschlossenen Fragen können gut miteinander verglichen werden und nehmen bei der Auswertung nicht so viel Zeit in Anspruch (Bortz & Döring, 2006). Ein Nachteil ist, dass die erwünschte Antwortmöglichkeit nicht vorhanden sein könnte (Pilshofer, 2001). Hingegen besteht eine höhere Objektivität der Fragen (Bortz & Döring, 2006). Die offenen Fragen bieten uns die Möglichkeit, die Meinung der Befragten über bis jetzt unerforschte Denkweisen zu erfahren und uns weitere Aspekte, die ergänzende Informationen beinhalten, zu liefern (Pilshofer, 2001). Ein Nachteil der offenen Fragen ist, dass diese unverständlich oder zu umfangreich sein können (Bortz & Döring, 2006) oder das Ziel der Frage nicht beantwortet wird. Auch die Auswertung von offenen Fragen nimmt mehr Zeit in Anspruch als die Auswertung von geschlossenen Fragen. Gemischte Fragen bieten einerseits die Möglichkeit eine Antwort auszuwählen, aber auch die eigene Meinung hinzuzufügen. Dabei besteht die Gefahr, dass nur der geschlossene Teil der Frage beantwortet wird, um Zeit zu sparen.

#### **4.2.3 Abnahmeprozedur/ Durchführung**

Die Umfrage erstellten wir mithilfe des Online- Programms „SoSci Survey“ (soSci, 2006-2012). Dieses Programm erschien uns sehr professionell, da es in Foren positiv bewertet wurde und die Seite alle wichtigen Informationen (Datenschutz, Impressum, Kontakt) und eine ausführliche Anleitung enthält. Zudem beinhaltet SoSci Survey Erklärungen aller Schritte und viele verschiedenen Funktionen, die wir für die Erstellung benötigten. Dort haben wir den Befragungszeitraum vom 11.04.2013 bis 05.05.2013 festgelegt, um den Probanden genügend Zeit zur Durchführung der MIA und zum Ausfüllen der Umfrage zu geben.

Wir haben jeweils eine E- Mail an die Seminarteilnehmer und eine E- Mail an die logopädischen Praxen verfasst (Anhang 2) mit dem Ziel diese individuell auf die Umfrage

vorzubereiten und zu bitten an der Umfrage teilzunehmen. Die Probanden wurden via E-Mail über das Thema, das Ziel unseres Projekts, den Aufbau, die Durchführung und über die Deadline der Umfrage informiert. Eine Anleitung zum Ausfüllen der Umfrage war auch Bestandteil, um eine objektive Durchführung zu begünstigen. Die E-Mail wurde zunächst von unserer Auftraggeberin bestätigt und sie hat diese an die Teilnehmer ihres Seminars „Mehrsprachigkeit“ weitergeleitet. Um die Weiterleitung an die logopädischen Praxen haben wir uns gekümmert. Wir haben uns für den Weg via E-Mail entschieden, da unsere Umfrage über einen Onlinelink zu finden ist und wir so eine Beschreibung des BPP und der MIA, welche wir aus dem Buch „Kindliche Mehrsprachigkeit“ von Frau Scharff Rethfeldt eingescannt haben und die MIA selbst als Anhang mit senden konnten. Außerdem besteht nicht das Problem einer nicht lesbaren Schrift (Bortz & Döring, 2006). Diese Art der Befragung wird in der Forschung immer beliebter (Bortz & Döring, 2006). Der Anhang war ein wichtiger Teil der E-Mail, da die Probanden den Anamnesebogen MIA bei der Durchführung der Umfrage bereithalten sollten, um die Fragen auch ausreichend beantworten zu können. Trotz der Vorteile einer Online-Umfrage bat uns eine Probandin darum, ihr die Umfrage, die MIA und die Erläuterung per Post zuzuschicken, was wir daraufhin taten.

Wir hatten den 29.04.2013 als Deadline festgelegt, um den Probanden eine Erinnerungsmail (siehe Anhang 2) zu zuschicken, falls die Umfrage noch nicht durchgeführt wurde. Da bis zum 29.04.2013 nur ein Seminarteilnehmer und 11 LogopädInnen aus Praxen teilgenommen haben, schickten wir vier logopädischen Praxen eine Erinnerungsmail und teilten Fr. Dr. Scharff Rethfeldt die Rücklaufquote der Seminarteilnehmer bis zu diesem Datum mit. Sie schickte auf unsere Bitte hin eine Erinnerung an die Seminarteilnehmer mit der Wichtigkeit Ihrer Teilnahme zur Evaluation der MIA.

#### **4.2.4 Pilotstudie**

Zunächst haben wir, bevor die Umfrage an unsere Probanden verschickt wurde, eine Pilotstudie durchgeführt, um die Umfrage zu optimieren und verständlich aufzustellen, damit diese reibungslos ausgeführt werden kann. Dazu dienten zwei LogopädInnen, zwei Logopädiestudenten und zwei Unwissende, die weder im Bereich der Logopädie arbeiten, noch im Bereich der Mehrsprachigkeit Erfahrung haben. In der Pilotstudie fragten wir nach dem Verständnis unserer Fragen, dem Aufbau und dem Inhalt. Darauf erhielten wir Verbesserungsvorschläge für unsere Umfrage in Bezug auf die Formulierung der Fragen, Inhalte der Fragen, Verständnisprobleme und Antwortmöglichkeiten und passten diese für unsere Probanden an.

#### **4.2.5 Gütekriterien**

Zu den Gütekriterien zählen Validität (Gültigkeit), Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Objektivität (Mayer, 2013). Ein Untersuchungsinstrument, in unserem Fall unsere Umfrage, sollte reliabel und valide sein. Reliabilität bedeutet, dass bei wiederholter Durchführung die gleichen Ergebnisse erzielt werden (Mayer, 2013). Validität gibt an, dass das Instrument das misst, was es messen soll (Mayer, 2013). Eine saubere Konstruktion ist dafür eine Grundlage. Diese Gütekriterien haben einen Einfluss auf die Konstruktion und die Durchführung (Mayer, 2013). Mit einer Anleitung zum Ausfüllen der Umfrage gewährleisten wir eine gewisse Objektivität der Umfrage, damit persönliche Meinungen keinen Einfluss auf die Durchführung haben können (Mayer, 2013). Das Programm „SosciSurvey“ bietet die Möglichkeit des Pretests (soSci, 2013). Durch unsere Pilotstudie mit Experten, aber auch Unwissenden konnten wir Verständnisprobleme aus dem Weg räumen und den Fragebogen

anpassen und somit die Gütekriterien sicherstellen. Die Gütekriterien können vor allem an einer großen Stichprobe gewährleistet werden. Daher müssen diese angepasst an unser Projekt betrachtet werden.

#### **4.2.6 Analyse der Ergebnisse**

Beim Schritt der Auswertung greifen wir die Ergebnisse der Probanden auf, welche die Umfrage bis zum Ende (100%) ausgefüllt haben, da alle Fragen der Umfrage von Bedeutung sind, um die Forschungsfragen zu beantworten und relevante Hintergrundinformationen zu den Probanden zu erlangen. In der Auswertung unterscheiden wir zwischen zählbaren (quantitativen) Daten und nicht- zählbaren Daten (qualitativ: persönliche Aussagen etc.), weil quantitative Daten anhand von Zahlen eine direkte Richtung angeben und qualitative Daten zusätzliche offene Meinungen preisgeben. Zum Auswerten der qualitativen Daten benutzen wir das Kodierungssystem (Bortz & Döring, 2006). Dabei werden zunächst den Textteilen Kodierungen zugewiesen und daraufhin kategorisiert. Die Kategorisierung machen wir getrennt, da dies von mehreren Untersuchern unabhängig gemacht werden soll, um Übereinstimmungen herauszustellen und die Objektivität zu gewährleisten (Bortz & Döring, 2006). Letztendlich filtern wir die Hauptaussagen der Probanden heraus und nennen Zitate. Die quantitativen Daten werden mit Excel anhand von Zahlen und Diagrammen dargestellt. Die erhaltenen Daten werden zunächst mithilfe des Computer- Programms Excel gesammelt.

## 5. Ergebnisse

Um die Fragestellungen aus Kapitel 3 beantworten zu können, führten wir eine Literaturstudie, um die Inhalte der MIA Evidenz-basiert zu unterbauen und eine Umfrage im Kreis Kleve zur MIA mit dem Ziel, Informationen zur Handhabung und zum Inhalt der MIA zu sammeln, durch. § 5.1 beschreibt die Ergebnisse der Literaturstudie und § 5.2 die Ergebnisse der Umfrage.

### 5.1 Ergebnisse Literaturstudie

Die Suche nach Literatur in den Datenbanken und der Zusatzrecherche per Hand umfasste ungefähr drei Monate. Systematisch besprechen wir nun die Ergebnisse der Literaturstudie in § 5.1.1. Zu Beginn wird kurz die Relevanz der Anamnese in der Diagnostik dargelegt. Unser Schwerpunkt liegt auf der Beschreibung der Relevanz der einzelnen Kategorien der MIA und Inhalte dieser (§ 5.1.1.1- § 5.1.1.6).

#### 5.1.1 Relevanz der Kategorien der MIA

Dieser Abschnitt dient dazu, um festzustellen, ob Literatur vorhanden ist, um die Inhalte jeder Fragenkategorie der MIA Evidenz-basiert zu unterlegen. Dazu haben wir zuvor festgelegt, dass wir pro Fragenkategorie mindestens fünf wissenschaftliche Quellen finden müssen, die zur Evidenz-basierten Untermauerung beitragen.

Die Anamnese ist eine der einzigen zuverlässigen Quellen für einen Therapeuten, um Informationen über den Klienten zu sammeln (Kroffke & Meyer, 2007). In der Anamnese mit zwei- oder mehrsprachigen Kindern muss die Erstsprache berücksichtigt werden (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., 2008). Die Anamnese findet in Zusammenarbeit mit Eltern/ Bezugspersonen und zweisprachigen Anamnesebögen statt. Weitere Inhalte, die in eine Anamnese gehören, sind in § 2.5.1 nachzulesen.

#### Allgemeine Daten des Kindes

Dieser Teil bildet den Beginn der MIA und ist in keine Kategorie eingebettet. Hier werden die Kontaktdaten des Kindes, die Nationalität des Kindes und die Ansprechpartner erfragt. In der Mehrsprachenanamnese liegt der Schwerpunkt auch auf der Nennung der Nationalität des Kindes. Diese Angaben ermöglichen eine erste Beurteilung über den Klienten (*AllEx- Alles fürs Examen*, 2012, S. 161). Die Kontaktdaten Name, Adresse Geburtsdatum und Geburtsort sind Daten, die in einsprachigen, aber auch in mehrsprachigen Anamnesen vorhanden sind (vgl. z.B. Jedik, 2006; Paradis, 2009). Die Frage nach einem Ansprechpartner wird nicht in allen mehrsprachigen Anamnesen berücksichtigt. Sig (2011) bezieht dies mit ein, Jedik (2006) nicht. Die Frage nach der Nationalität wird von beiden Anamnesen berücksichtigt.

Aus dem deutschen Ärzte- Verlag (2013, S.269-270) geht hervor, dass Kinder bis zu sechs Jahren einen Ansprechpartner benötigen, da sonst die Informationen in der Anamnese nicht aussagekräftig genug sind. Auch die Abrechnungen von Therapien können durch eine Einweisung des Ansprechpartners gerechtfertigt werden. Scharff Rethfeldt (2013, S.145) unterstützt die Aussage, dass ein Ansprechpartner bestimmt werden soll. Gründe dafür sind, dass im Verlauf der logopädischen Intervention mit einer Person Termine und Vereinbarungen bestimmt werden sollen und Probleme geklärt werden. Zudem bestehen in den verschiedenen Kulturen unterschiedliche Positionen der Familienmitglieder, wodurch der Therapeut zunächst erfahren muss, mit wem er die Absprachen treffen kann und in welcher Sprache. Ansprechpartner können bei einer Anamnese zum Beispiel Geschwister, Eltern, Großeltern, Cousinen oder auch Hausärzte sein (Günnewig & Erbguth, 2006).

### **5.1.1.1 Kategorie 1: Eltern/ Bezugspersonen**

In der MIA beinhaltet Kategorie 1 (vgl. Tabelle 1 in § 2.6.1) die persönlichen Daten der Eltern oder der Bezugspersonen. Dazu werden die Kontaktdaten und Angaben zur Nationalität der Mutter und des Vaters aufgegriffen. Auch das Datum der Immigration, die berufliche Tätigkeit und Wohnsituation (getrennt- / zusammenwohnend) werden erfragt. Laut Beling- Lambek (2010) gehört die Befragung der persönlichen Daten der Eltern in jede Anamnese, ob einsprachig oder mehrsprachig (nach Rohner & Schnyder, 2012). Kontaktdaten geben die Information, wie und wo die Eltern für Terminabsprachen erreicht werden können (Scharff Rethfeldt, 2013). Wirth (2000) sagt, dass die Erfragung der Familienverhältnisse, insbesondere des Berufs- und der Wirtschaftslage in eine Anamnese gehört. Der berufliche Status der Eltern gibt Aufschluss über die Erreichbarkeit der Elternteile, aber auch über den sozioökonomischen Status. Auch wird in allen Anamnesen nach dem überweisenden Arzt und der Krankenversicherung gefragt, da die Abrechnungen häufig über gesetzliche Krankenkassen abgewickelt werden (Bender et al., 2011). Im Vergleich zu anderen mehrsprachigen Anamnesebögen fällt auf, dass in Blumenthal & Julien (2009) die Nationalität, berufliche Tätigkeit und Aufenthaltsstatus nicht aufgegriffen werden. Bei Sig (2011) werden die Fragen zum Beruf der Eltern komplett außer Acht gelassen. Dies sind aber wie beschrieben wichtige Informationen, die in einer Anamnese vorhanden sein sollten.

Nach Scharff Rethfeldt (2013) ist vor allem in Anamnesen bei Mehrsprachigen die Befragung der Nationalität der Eltern genauso wichtig wie das Erfragen der Nationalität des Kindes, da es Unterschiede bei der Herkunft der Elternteile und des Kindes geben kann. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass die Bräuche, Werte und Verhaltensweisen des Klienten und der Familie in der Therapie berücksichtigt werden können.

Beling- Lambek (2011) sagt, dass Kinder ohne sprachliche Auffälligkeiten in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status selten sind (nach Rohner & Schnyder, 2012). Damit würde bestätigt werden, dass es einen Einfluss von Armut auf die Sprachentwicklung des Kindes gibt. Nach Razum et al. (2008) nehmen 39,6% aller Menschen mit Migrationshintergrund am Berufsleben teil, bei Menschen ohne Migrationshintergrund sind es 45,5%. Dies zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger arbeitslos sind. Die Hinterfragung der Wohnsituation, ob die Eltern zusammen leben und seit wann diese in Deutschland leben, ist Teil der MIA, da Scheidung heutzutage, auch bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig als selbstverständlich betrachtet wird (Marquardt, 2007).

In der MIA folgt die Erfragung des Aufenthaltsstatus. Dabei wird wieder zwischen Mutter und Vater unterschieden. Es wird unterschieden in EWR- Bürger, ARB 1/80, Daueraufenthaltserlaubnis, Niederlassungserlaubnis, Visum und Asyl. EWR- Bürger sind Bürger aus Island, Norwegen und Liechtenstein (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, BAMF, 2013). 2011 gab es laut dem statistischen Bundesamtes (2011) 45350 EWR- Bürger. Die Niederlassungserlaubnis ist unbefristet und man darf in Deutschland arbeiten (BAMF, 2012). Auch die Daueraufenthaltserlaubnis ist unbefristet und die Erwerbstätigkeit ist erlaubt. Dafür sind ausreichende Deutschkenntnisse erforderlich (BAMF, 2012). ARB 1/80 ist das Aufenthaltsrecht für türkische Staatsangehörige (Bundesministerium des Inneren, BMI, 2002). Die sogenannte Aufenthaltserlaubnis ist befristet (BAMF, 2012). Ein Visum ist eine Bestätigung des fremden Landes darüber, dass entweder eine Durchreise, Einreise oder auch ein Aufenthalt genehmigt sind (BAMF, 2013). Asyl wird geboten, wenn z.B. Schutz vor Verfolgung notwendig ist (Haase & Jugl, 2007). Der größte Teil der Menschen mit Migrationshintergrund besitzt eine Niederlassungserlaubnis (unbefristet). Es zeigt sich auch nach dem Aufenthaltsstatus neuem Rechts (2004), dass ein Teil der Migranten nur eine Aufenthaltserlaubnis besitzt, was heißt, dass diese befristet ist (Statistisches Bundesamt,

2011). Die Relevanz dieser Daten in einer Anamnese besteht darin, dass man abklären sollte, ob eine Abschiebung geschehen könnte und somit die Therapie abgebrochen werden muss (Scharff Rethfeldt, 2013). Scharff Rethfeldt (2013) sagt außerdem, dass mehrere Untersuchungen ergeben haben, dass, wenn eine Therapie begonnen wird, diese auch kontinuierlich fortgesetzt werden sollte, um Erfolge erzielen zu können. Durch eine Abschiebung oder Reise in ein anderes Land ändert sich auch der sprachliche Input für das Kind und kann während der logopädischen Therapie Einfluss auf die Therapie nehmen, kann sich aber auch positiv auf die Erstsprache auswirken.

### **5.1.3.2 Kategorie 2: Geschwister**

Kategorie 2 umfasst die Personenangaben der Geschwister. Es besteht die Möglichkeit drei Geschwister mit Name, Geburtsdatum, Geburtsort und Geschlecht anzugeben. Zusätzlich wird gefragt, ob weitere Personen in der häuslichen Gemeinschaft wohnen. Auch, ob das Kind adoptiert wurde und wenn ja, aus welchem Land, wird hinterfragt. Die Frage nach den Geschwistern findet man auch in einsprachigen Anamnesen wieder. Wir beziehen uns hier nur auf die Wirkung der Geschwister auf die Sprachentwicklung bei Mehrsprachigen. Jedik (2006) und Paradis (2009) nehmen diese Kategorie unter anderem auch mit auf.

In der Studie von Tepecik (2011) wird deutlich, dass Geschwister Einfluss auf den Bildungserfolg eines Kindes mit Migrationshintergrund haben. Zudem nehmen sie Einfluss auf den Spracherwerb des Kindes (Szagun, 2006). Nach Reinhardt (2010) besteht ein Unterschied in der Sprachentwicklung, ob das Kind das Erstgeborene ist oder das zweite oder dritte Kind. Grund dafür ist, dass das erste Kind hauptsächlich Kontakt mit den Sprachen der Eltern hat. Weitere Geschwisterkinder wachsen auch mit der Umgebungssprache durch die Geschwister auf. Reinhardt (2010) sagt, dass Eltern ab dem zweiten Kind in ihrem Sprachgebrauch nicht mehr so konsequent sind und Sprachen miteinander mischen. Außerdem besagt er, dass dadurch eine geringere Sprachkompetenz der Zweit- oder Drittgeborenen auftreten kann.

Eine Umfrage des statistischen Bundesamtes (2011) gibt Ergebnisse zur Anzahl von Geschwistern innerhalb von Familien preis. Die Umfrage bestand aus 19041 Personen. 6144 gaben keine Geschwister an. Ein Geschwisterkind wurde von 8410 angegeben, zwei von 3209, drei von 861. Vier Geschwister und mehr haben nach Angabe 417 Personen. Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass die meisten Kinder mit einem oder mehr Geschwistern aufwachsen. Wie oben beschrieben, kann die Anzahl der Geschwister Einfluss auf die Sprachentwicklung nehmen und muss somit laut Schrey- Dern (2006) und Wirth (2000) hinterfragt werden.

Schrey- Dern (2006) äußert zusätzlich, dass die Frage nach einer Adoption zu einer Anamnese gehört. Im Jahr 2011 wurden ca. 4000 Kinder adoptiert. Davon waren ca. 3000 Deutsche und 1000 ausländische Kinder (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, BiB, 2012). Bender (2008) sagt unterstützend, dass die Anzahl an Adoptionen von ausländischen Kindern wächst, wobei die Adoptionsrate der deutschen Kinder zurück geht. Bei Menschen und vor allem bei jünger zugewanderten Kindern ist es von großer Bedeutung nach dem genauen Geburtsdatum zu fragen, da in anderen Ländern die Lebensjahre bereits ab der Geburt (1 Jahr) gezählt werden oder teilweise geschätzt (Scharff Rethfeldt, 2013).

### **5.1.3.3 Kategorie 3: Grund der Anmeldung**

Diese Kategorie ist in die Bereiche Anlass, Auffälligkeiten, Verlauf dieser und weitere Besonderheiten gegliedert. Durch diese Fragen sollen die Beschwerden aus Sicht der Eltern deutlich werden (Kroffke & Meyer, 2007). Durch das Erfragen des Anlasses erfährt der



Therapeut, ob den Elternteilen bewusst ist, wo die Einschränkungen liegen und woran gearbeitet werden sollte (Schrey- Dern, 2006). Dadurch, dass das Problem ersichtlich wird, kann der Therapeut erste Leitsymptome des Kindes festlegen (Bergauer & Janknecht, 2011). Des Weiteren ist es wichtig, nach den Auffälligkeiten und der Vorgeschichte des Patienten zu fragen, da dies auch noch weitere wichtige Hinweise für die Diagnostik bieten kann (*AllEx- Alles fürs Examen*, 2012). Laut Fox (2003) ist „Grund der Anmeldung“ eine der ersten Schritte der einsprachigen, aber auch der mehrsprachigen Anamnese (nach Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010).

#### **5.1.3.4 Kategorie 4: Schwangerschaft, Geburt und Erkrankungen**

Kategorie 4 umfasst die medizinischen Aspekte. Es wird nach dem Schwangerschafts- und Geburtsverlauf der Mutter gefragt. Auch das Stillen kommt zur Sprache. Weitere Inhalte sind Krankenhausaufenthalte, Operationen, das Hörvermögen, Allergien, Medikamente und Krankheiten. Bei den Krankheiten gibt es eine Auswahl von Masern, Mumps, Bilharziose, Japanische Enzephalitis, Scharlach oder Röteln und einigen mehr. Es wird nach einer medizinischen Diagnose gefragt und auch Besuche bei Ärzten oder anderen Therapeuten werden aufgegriffen. Durch einen Vergleich mit den Anamnesebögen von Sig (2011) und Jedik (2006) stellten wir fest, dass nicht alle Bereiche berücksichtigt wurden. Sig (2011) hinterfragt keinen Aspekt dieser Kategorie und bei Jedik (2006) wird nicht nach den Allergien gefragt. Hierdurch wird deutlich, dass trotz der Relevanz dieser Fragen, sie trotzdem nicht in jeder Anamnese hinterfragt werden.

Schrey- Dern (2006) bezieht den Verlauf der Schwangerschaft, Verlauf der Geburt, Kinderkrankheiten, Krankenhausaufenthalte und den Bereich Hörstörungen in die Anamnese mit ein. Auch laut Fox (2003; nach Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010) und Wirth (2000) sind dies wichtige Aspekte in einer Anamnese. Hier wird gesagt, dass der Aufbau einer Anamnese Krankheiten der Mutter und Schwangerschafts- und Geburtsverlauf beinhaltet. Krankenhausaufenthalte, Krankheiten (Unfälle und Enzephalitis) und auch die Frage nach krankengymnastischer Behandlung gehören dazu. Bei der Frage nach dem Schwangerschaftsverlauf wird nach Fehl- oder Frühgeburten, Krankheiten und Tabakkonsum der Mutter gefragt. Vor allem Erkrankungen der Mutter oder auch der Konsum von Tabak, Drogen oder Medikamenten kann dazu führen, dass das Kind zu früh geboren wird oder, dass es zu einer Fehlgeburt kommt. Dies kann sich negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken (Löffler, 2012). Löffler (2012) sagt außerdem, dass nur jedes dritte Kind keine Spätfolgen davon trägt.

Die Fragen nach Erkrankungen oder Operationen des Hörorgans gehören zu der Befragung des Klienten dazu, da dies Auswirkungen auf die Stimme oder Hörfunktion haben kann (Bergauer & Janknecht, 2011). Die Informationen zum Gehör und zur auditiven Wahrnehmung sind relevant, da sich ein schlechtes Hörvermögen auf die Sprachentwicklung negativ auswirken kann (Kannengieser, 2009).

Die folgenden Bereiche Stillen, Allergie und Erkrankungen sollten in einsprachigen und in mehrsprachigen Anamnesen erfragt werden. Es ist von großer Bedeutung, dass bei Mehrsprachigen der Bezug zum kulturellen Hintergrund mit einbezogen wird. Darauf werden wir in den nächsten Absätzen eingehen.

Mit dem Stillen wird nach Scharff Rethfeldt (2013) in den verschiedenen Kulturen anders umgegangen. In bestimmten Gebieten, z.B. im afrikanischen Raum werden viele Kinder noch bis in das Vorschulalter gestillt. Dabei kommt es vor, dass eine Amme dabei hilft (Scharff Rethfeldt, 2013). Das Stillen und die Dauer davon hat laut Scherbaum, Perl & Kretschmer (2003) eine Auswirkung auf die Sprachentwicklung. Es folgt die Frage, ob bei

dem Kind Allergien bestehen. In Deutschland haben ungefähr 15- 20% der Kinder eine Allergie (Schmitz, 2011). Aigner (2010) besagt, dass das Risiko für eine Allergie bei Neugeborenen steigt. Laut Razum et al. (2008) bestehen vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund allergische Erkrankungen wie Neurodermitis, Asthma oder Heuschnupfen (Atopien). Die Informationen dienen dazu, die Therapie darauf abzustimmen (z.B. Arbeit mit Lebensmitteln, Arbeit mit Tieren) (Rohner & Schnyder, 2012).

Das Ziel der Frage nach den Erkrankungen ist herauszufinden, ob sich der Klient eingeschränkt oder nicht wohl fühlt (Bergauer & Janknecht, 2011). Außerdem weiß der Therapeut, worauf er eventuell Rücksicht nehmen muss. Krankheiten sind häufig mit der Einnahme von Medikamenten verbunden, welche auch in der Anamnese genannt werden sollten (*AllEx- Alles fürs Examen*, 2012). Razum et al. (2008) sagt, wenn ein geringer Bildungsstand oder Status vorhanden ist, ist auch eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit nachweisbar. Zusätzlich ist die Möglichkeit zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund schwer (Razum et al., 2008). Gründe dafür sind Sprachbarrieren, Informationslücken aber auch die kulturellen Unterschiede in dem Gesundheitsverständnis. Bei der Zuwanderung der Migranten zeigen übertragbare Krankheiten auch gleichzeitig die gesundheitliche Situation des Landes (Razum, Zeeb & Schenk, 2008). Je nachdem, woher das Kind kommt, sind in dem Herkunftsland auch andere Erkrankungen als die Kinderkrankheiten in Deutschland vorhanden, welche die sprachkognitive Entwicklung beeinflussen können (Scharff Rethfeldt, 2013). Insgesamt nimmt die Zahl der Infektionskrankheiten zu. Nach Razum et al. (2008) liegt der Anteil der an Tuberkulose Erkrankten bei den Migranten bei 33,8%. Japanische Enzephalitis tritt am häufigsten in Asien (Indien, Pakistan, Thailand, China) Australien und Ostsibirien auf. Diese Krankheit kann zu Verwirrtheit, Verhaltensänderungen oder auch zu motorischen Lähmungen führen (Robert Koch Institut, RKI, 2013). Verbreitungsgebiete der Krankheit Bilharziose sind Afrika, Lateinamerika, Südwest- und Südostasien (RKI, 2013). Sie gehört zu den meist verbreitetsten Krankheiten der tropischen Gebiete und ist in der MIA ein Bestandteil der erfragten Krankheiten.

#### **5.1.3.5 Kategorie 5: Allgemeine Informationen zu Entwicklung und Verhalten**

Inhalte dieser Kategorie sind die motorische Entwicklung, Freizeitaktivitäten des Kindes, das Spielverhalten des Kindes und, ob es singt und liest bzw. vorgelesen bekommt. Zusätzlich wird noch nach den Ess- und Trinkgewohnheiten und nach dem Verhalten und anderen Gewohnheiten wie z.B. Daumenlutschen gefragt. In der Anamnese mit Mehrsprachigen müssen die kulturellen Unterschiede beachtet werden, z.B. wird in bestimmten Kulturen nicht vorgelesen, sondern es werden viele Geschichten erzählt (Scharff Rethfeldt, 2013).

Laut Fox (2003) gehört die motorische Entwicklung und die Spielentwicklung und das Spielverhalten zu der Anamnese dazu (nach Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010). Wirth (2000) bestätigt dies, indem er betont, dass die körperliche und motorische Entwicklung, Konzentration und das allgemeine Verhalten des Kindes zum Aufbau einer Anamnese gehören. Es ist vor allem wichtig zu erfragen, ob und wann das Kind diese Entwicklungsschritte durchlaufen hat (Rosenecker & Schmidt, 2008, S.158- 159). Die motorische Entwicklung des Kindes beeinflusst die Sprechmotorik und somit können vorhandene Auffälligkeiten Einfluss auf das Sprechen nehmen (Sjögreen & Lohmander, 2008). Die motorische und die sprachliche Entwicklung sind eng miteinander verbunden, wodurch sie sich gegenseitig auch beeinflussen können (Zimmer, 2008). Somit können diese Angaben dem Therapeuten bereits schon Anzeichen für Erkrankungen oder Auffälligkeiten geben (Rosenecker & Schmidt, 2008, S.158- 159).

Das Erfragen von den Freizeitaktivitäten und dem Spielverhalten ist der weitere Aspekt der MIA. Das kindliche Spiel ist von großer Bedeutung, da dies die kognitive Entwicklung des Kindes zum Vorschein bringt und die Verhaltensart zur Umwelt (Kannengieser, 2009). Schrey- Dern (2006) äußert sich, dass Freunde und Spielverhalten (auch alleine) einen Teil der Anamnese einnehmen.

Aus der Studie von 1000 Babys im Alter von 8- 16 Monaten in den USA von Spitzer 2007 resultiert, dass Babys, die viel Baby TV und DVDs schauen, auch häufig eine Sprachentwicklungsverzögerung aufweisen (Mix, 2011). Das Lesen wirkte sich positiv auf die Sprachentwicklung aus. In Deutschland nimmt die tägliche Menge des Fernsehschauens zu (Schröder, 2011). Von 2007 zu 2010 ist die Länge bei den 3- 5 jährigen Kindern täglich um neun Minuten gestiegen. Bei den 10- 13 Jahre alten Kindern beträgt dies teilweise bis zu drei Stunden oder mehr (Schröder, 2011). Dass ein Zusammenhang zwischen Lesen, TV und der Entwicklung besteht, zeigt die oben genannte Studie. Ein Auslöser für den Umgang mit dem Lesen hängt auch stark von der Erziehung ab, wobei es in den verschiedenen Kulturen auch Unterschiede gibt (Scharff Rethfeldt, 2013). Laut Hwa- Froelich und Vigil (2004) und Rogoff (2003) kann sich die Art, wie die Kinder etwas lernen und was sie lernen, auf die Sprachentwicklung auswirken (nach Scharff Rethfeldt, 2013).

Zum Schluss dieser Kategorie wird nach dem orofazialen Bereich gefragt. Die Ess- und Füttergewohnheiten variieren durch unterschiedliche Erziehungsmaßnahmen in den verschiedenen Ländern (Scharff Rethfeldt, 2013). Zum Beispiel können sich Daumenlutschen, Flaschentrinken und zu lange Nahrungsaufnahme von Brei auf die Muskultur und Kieferstellung im orofazialen Bereich auswirken. Durch eine zu geringe Muskulatur oder falsche Kieferstellung kann es zu logopädischen Störungsbildern kommen (z.B. verwaschene Aussprache und Schluckbeschwerden). Nach Fox (2003) ist das Erfragen der Trink- und Essgewohnheiten und anderen Gewohnheiten im orofazialen Bereich ein Bestandteil jeder Anamnese (nach Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010).

#### **5.1.3.6 Kategorie 6: Allgemeine Informationen zum sozialen Umfeld**

Als erstes wird in Kategorie 6 nach den hauptsächlichen Bezugspersonen gefragt. Diese müssen nicht der Ansprechpartner (siehe „Allgemeine Daten des Kindes“) und auch nicht einer der Elternteile sein. Im sozialen Umfeld können dies z.B. Tante, Onkel oder auch Geschwister sein. Weiterhin wird unterschieden in Kindergarten/ Krippe und Schule. Es wird gefragt, wie oft und wann die Kinder dorthin gehen und in welchen Sprachen dort gesprochen wird. Auch die Kontaktfreudigkeit und eventuelle Sprachförderung werden berücksichtigt. Anschließend wird noch nach sportlichen Tätigkeiten und Musikalität gefragt und nach der Intensität dieser Tätigkeiten. Zum Schluss wird auf die Aufgaben und Verantwortung zuhause eingegangen.

Nach Schrey- Dern (2006) gehören die Aspekte Kindergarten und Schule in die Anamnese. Die Sprache, wann und welche gesprochen wird, nimmt laut Fox (2003) auch einen Teil der Anamnese ein (nach Gumpert, Korntheuer & Vogt, 2010). Auch Wirth (2000) und Trojan (2010) unterstützen diesen Teil der Anamnese, da sich der Besuch des Kindergartens oder der Schule auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. In der MIA wird gefragt, welche Sprache im Kindergarten bzw. in der Schule gesprochen werden, ob Sprachförderung gegeben wird und, ob das Kind bei der Kommunikation in der deutschen Sprache hilft. „Wer spricht wann und was mit wem und wie häufig?“ erwähnen Wintruff, Orlando & Gumpert (2011), um das sprachliche Handeln zu analysieren. Die Anzahl der zweisprachigen Kindertagesstätten/ Kindergärten nimmt im Laufe der Jahre zu. 2009 gab es 680 bilinguale Kindergärten (Lommel, 2009) und im Jahr 2010 waren es nach Hanke (2010)

ca. 700. Nach Lommel (2009) wurde in 42% dieser Kindergärten die englische Sprache unterstützt, in 38% Französisch, in 9% Dänisch und in 3- 4% Spanisch, Türkisch, Polnisch und Russisch. Dies ist regional unterschiedlich. Im Vergleich zu anderen Ländern ist zweisprachiger Unterricht allerdings nicht die Regel. Bilinguale Schulen, in denen eine Zweitsprache ab der ersten Klasse unterrichtet wird, sind in Deutschland noch nicht so verbreitet. Auch Hanke (2010) unterstützt diese Aussagen damit, dass die Zweitsprache erst mit acht Jahren in der dritten Klasse erlernt wird. In den bilingualen Kindergärten wird hauptsächlich Englisch oder Französisch erlernt, wobei ein Erzieher Deutsch spricht und ein anderer Erzieher die andere Sprache (Hanke, 2010). Für die Erzieher werden auch Fortbildungen für Sprachförderung angeboten. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der deutschen Sprache (Lisker, 2011).

## **5.2 Ergebnisse der Umfrage**

Im Zeitraum vom 11.04.2013 bis zum 05.05.2013 (d.h. 25 Tage) wurden Daten von 13 LogopädInnen versammelt. In § 5.2.1 werden erst die Rücklaufquote und die tatsächliche Stichprobe beschrieben. In § 5.2.2 werden die Ergebnisse der Umfrage pro Kategorie dargestellt. Bei den offenen Antwortmöglichkeiten nennen wir relevante und aussagekräftige Zitate der Probanden, um die Meinung dieser besser darstellen zu können. Kategorie 4 wird bei den Ergebnissen nicht aufgeführt, da dort lediglich zwischen den beiden Probandengruppen unterschieden wird und dies aufgrund der unterschiedlich großen Probandengruppen für unsere Studie nicht von Belang ist.

### **5.2.1 Rücklaufquote und Exklusionskriterien der Analyse**

Wie in § 4.2.1 besprochen, gaben 20 LogopädInnen aus 7 Praxen im Kreis Kleve (NRW) eine mündliche Zusage, um an unserer Umfrage mitzuwirken. Nach Ablauf der Deadline betrug die Rücklaufquote beider Probandengruppen allerdings nur 13: 2 Seminarteilnehmer und 11 Nicht- Seminarteilnehmer. Das ist ein enttäuschendes Resultat, da viele telefonisch eine Zusage zur Teilnahme gegeben haben. Außerdem konnten von den 11 Nicht-Seminarteilnehmern die Umfragen von 4 Teilnehmern nicht in die Analyse mitgenommen werden, da diese weniger als 35% der Umfrage ausgefüllt haben und so die Ergebnisse nicht aussagekräftig genug sind. Für die Analyse unserer Daten war es ausschlaggebend, um Informationen zur Beurteilung der MIA zu gewinnen. Insgesamt haben wir nach Exklusion eine Stichprobengröße von 9 Teilnehmern: 2 Seminar- und 7 Nicht-Seminarteilnehmer. Wir sind uns bewusst davon, dass diese geringe Teilnehmeranzahl keine Generalisierung der Ergebnisse zulässt. Außerdem konnte aufgrund der geringen Anzahl Seminarteilnehmer kein Gruppenvergleich (vgl. § 4.2.1) durchgeführt werden. Teilfrage (2) und (3) (siehe § 3.1) können somit nicht beantwortet werden. Dies wird in der Diskussion weiter besprochen. Dennoch gaben die Probanden gute Anmerkungen bzgl. der MIA, welche dadurch für die logopädische Praxis optimiert werden kann.

Bevor wir auf die Ergebnisse pro Kategorie der Umfrage eingehen, stellen wir kurz unsere Probanden vor: Unsere Probandengruppe besteht aus 6 einsprachig deutschen Probanden und aus 3 mehrsprachig aufgewachsenen Probanden, welche die Sprache auch in der sprachtherapeutischen Behandlung anwenden. Die Probanden haben im Durchschnitt 6,1 Jahre Erfahrung mit Mehrsprachigkeit. Der Hauptteil der Probanden sind LogopädInnen mit einem Bachelorabschluss (4 von 9), 2 sind staatlich geprüfte LogopädInnen, 2 gaben Logopädin an ohne weitere Informationen und ein Proband gab als Berufsabschluss Sprachheilpädagogin an. Zur Veranschaulichung und besserem Verständnis der Ergebnisse befindet sich die Umfrage in Anhang 3.

## 5.2.2 Ergebnisse pro Kategorie der Umfrage

In diesem Paragraphen werden lediglich die Ergebnisse der Umfrage dargestellt. Weitere Erkenntnisse und die Interpretation dieser finden in Kapitel 6 statt.

### 5.2.2.1 Kategorie 1: Allgemeine Daten zur Person

In dieser Kategorie wurden die Probanden zu Hintergrundinformationen zur eigenen Mehrsprachigkeit und der angehörenden Berufsgruppe befragt.

### 5.2.2.2 Kategorie 2: Allgemeine Daten zur Praxis

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den zwei Fragen zur Arbeit mit mehrsprachigen Klienten innerhalb der logopädischen Praxis dargestellt. Einerseits waren wir interessiert, wie viele Kinder in logopädischen Praxen behandelt werden und wie viele LogopädInnen in Kontakt mit mehrsprachigen Klienten stehen um den Mehrwert einer Mehrsprachendiagnostik aufzuweisen, da ein Großteil der Kinder mehrsprachig sind.

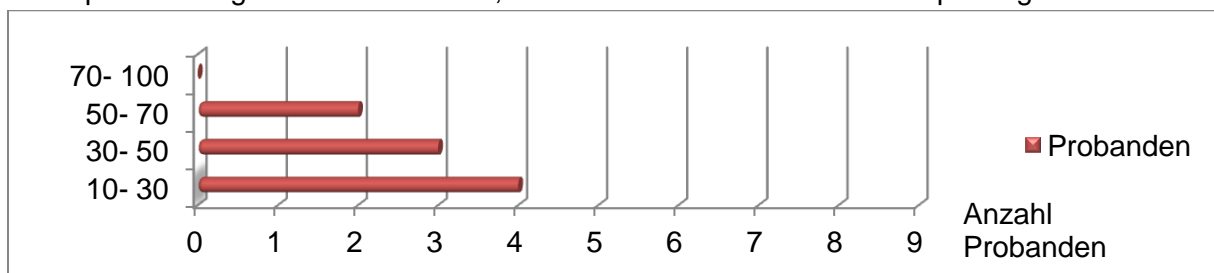


Abbildung 3: Anteil zwei- oder mehrsprachiger Klienten in % (n= 9)

Wie Abbildung 3 zeigt, gaben die meisten Teilnehmer an, dass zwei- oder mehrsprachige Klienten 10-30% ihrer Klienten einnehmen.

Zusätzlich nannten alle 9 Probanden, dass sie in der eigenen Praxis mit mehrsprachigen Klienten arbeiten.

### 5.2.2.3 Kategorie 3: Gebrauch von Anamnesebögen

Hier werden die Ergebnisse der Fragen zum Gebrauch und zum Umgang mit Anamnesebögen bei mehrsprachigen Klienten dargelegt. Frage 3 behandelt die durchschnittliche Anzahl der Anamnesen pro Monat mit mehrsprachigen Klienten. Rund die Hälfte gab an, dass durchschnittlich eine Anamnese im Monat stattfindet, während 1 Befragter 7 Anamnesen angab. 3 der Befragten gaben keine oder keine spezifische Antwort.

Auf die Frage, ob die Teilnehmer mit speziellen Anamnesebögen, die auf mehrsprachige Klienten ausgerichtet sind, arbeiten, gaben 2 der 9 Teilnehmer an, die MIA zu gebrauchen. Dabei handelt es sich um die Seminarteilnehmer, die bereits Erfahrung mit der MIA gesammelt haben. Die anderen 7 Probanden führten unterschiedliche Gründe auf, warum sie keinen speziellen Anamnesebogen verwenden. Alle genannten Gründe dafür waren, dass kein Anamnesebogen in der Praxis vorhanden ist, dass es selbst angepasste Anamnesebögen in der Praxis gibt und dass generell keine Anamnese möglich ist.

In der vertiefenden Frage, ob die Probanden bis zum jetzigen Zeitpunkt bei mehrsprachigen Klienten bereits nach dem kulturellen Hintergrund fragen, antworteten 6, dass sie nach dem kulturellen Hintergrund fragen, 3 von 9 tun dies nicht. Um einen Einblick zu geben, wonach die Probanden fragen, nennen wir das aussagekräftigste Zitat:

*Zitat 1: „Herkunft, Religion, kulturspezifische Lebensgewohnheiten, die die Klienten für erwähnenswert halten (offene Frage), mit dem Migrationshintergrund im Zusammenhang stehende Ereignisse, Erlebnisse etc., die die Klienten für erwähnenswert halten (offene Frage)“*

Die Probanden, die angaben, dass sie nicht nach dem kulturellen Hintergrund fragen, gaben folgende Begründungen ab, siehe Zitate (2) und (3):

*Zitat 2: „Mir ist das beim ersten Gespräch zu persönlich, tlw. habe ich auch das Gefühl, dass mich das nichts angeht, das diese Fragen über meinen Auftrag hinaus gehen“*

*Zitat 3: „Bisher waren es stets Personen mit Daueraufenthaltsgenehmigung oder deutschem Perso“*

Abbildung 4 stellt die Frage, wie sicher sich die Teilnehmer unserer Umfrage im Umgang mit der Diagnostik (einschl. Anamnese) bei Mehrsprachigen fühlen, grafisch dar. Keiner der Probanden fühlt sich sicher oder unsicher im Umgang mit der Diagnostik bei Mehrsprachigen. Der größte Teil der Teilnehmer fühlt sich etwas sicher im Umgang mit der Diagnostik.

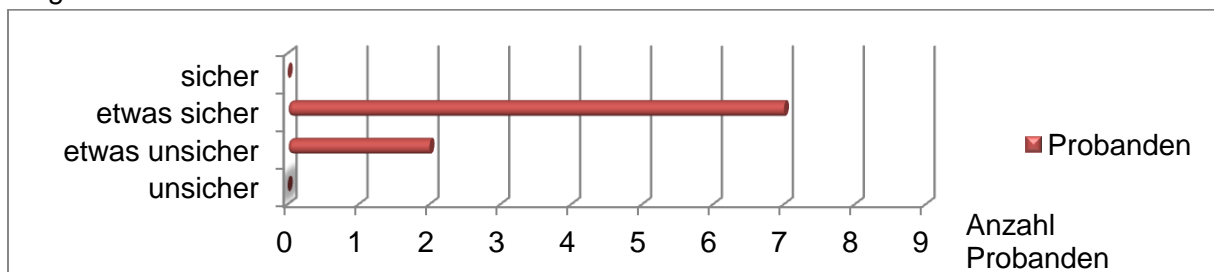


Abbildung 4: Umgang mit Diagnostik bei Mehrsprachigen (n= 9)

#### 5.2.2.4 Kategorie 5: Aufbau der MIA

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Fragen bezüglich des Aufbaus der MIA aufgeführt. Den Aufbau der einzelnen Kategorien der MIA finden alle 9 Probanden sinnvoll. In Bezug auf die Übersichtlichkeit zeigt sich ein mehr oder weniger neutrales Bild: 4 Teilnehmer empfinden den Aufbau als etwas übersichtlich, 4 als etwas unübersichtlich und nur einer der Teilnehmer bewertet den Aufbau als übersichtlich.

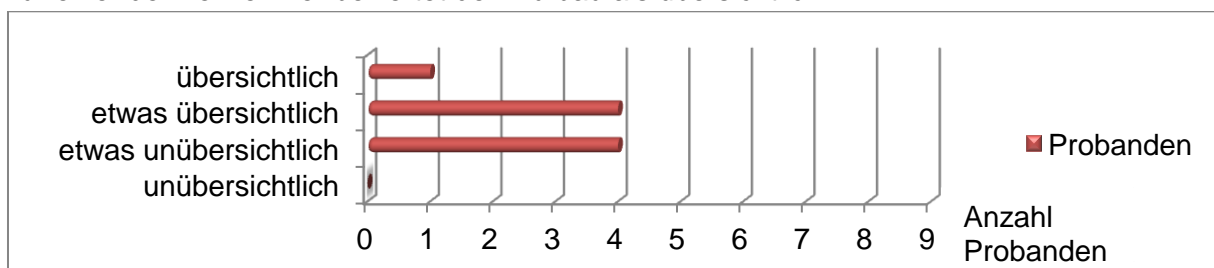


Abbildung 5: Bewertung des Aufbaus der Kategorien der MIA (n= 9)

Auf die Frage, ob die Teilnehmer es gut finden, dass hauptsächlich die Möglichkeit besteht anzukreuzen (Abbildung 5), antworteten 8 der 9 Probanden, dass sie diese Möglichkeit als gut empfinden. Ein Proband hätte gerne neben dem Ankreuzen auch die Option auf extra Erläuterungen (Zitat 4):

*Zitat 4: „weil man manchmal mit einem Kreuz nicht die genaue Aussage der Eltern trifft, Erläuterungen sind oft wichtig“*

### 5.2.2.5 Kategorie 6: Vorbereitung/ Durchführung MIA

In dieser Kategorie befragten wir die Probanden zum Zeitaufwand der Vorbereitung und der Durchführung der MIA. Die Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt.

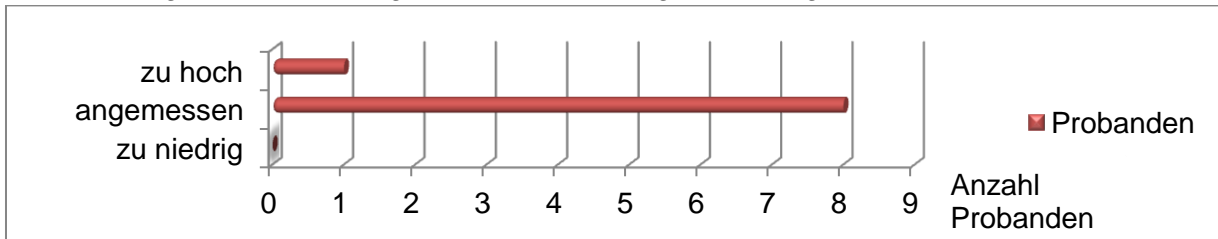


Abbildung 6: Bewertung des Zeitaufwands der Vorbereitung (n= 9)

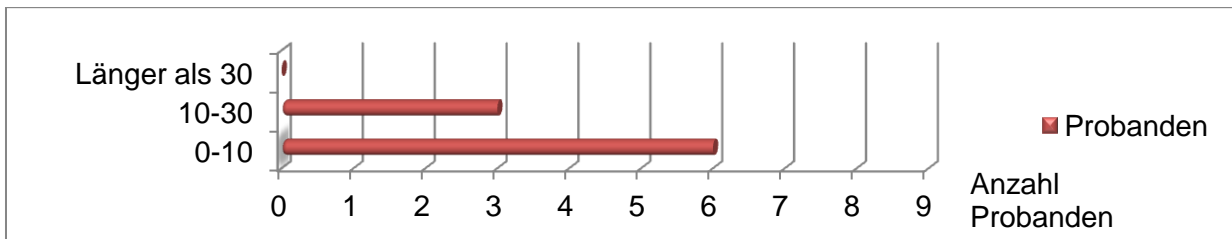


Abbildung 7: Zeit der Vorbereitung in Minuten (n= 9)

Abbildung 6 weist auf, dass die meisten Teilnehmer den Zeitaufwand der Vorbereitung als angemessen empfinden. 6 der 9 Probanden gaben 0-10 Minuten an und 3 Probanden gaben 10-30 Minuten an (siehe Abbildung 7).

Die folgenden zwei Abbildungen (8 und 9) zeigen die Ergebnisse auf die Fragen, wie sie den Zeitaufwand der Durchführung der MIA bewerten und wie viel Zeit benötigt wurde. Die Meinungen sind sehr unterschiedlich. Größtenteils wurde der Zeitaufwand der Durchführung als angemessen bewertet. Als Dauer der Durchführung gab der größte Teil 20-40 Minuten an und nur 2 der 9 Probanden finden den Aufwand zu hoch.

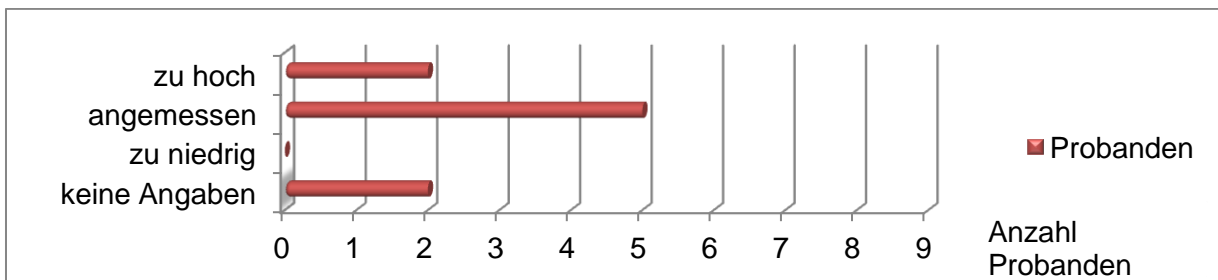


Abbildung 8: Bewertung des Zeitaufwands der Durchführung (n= 9)

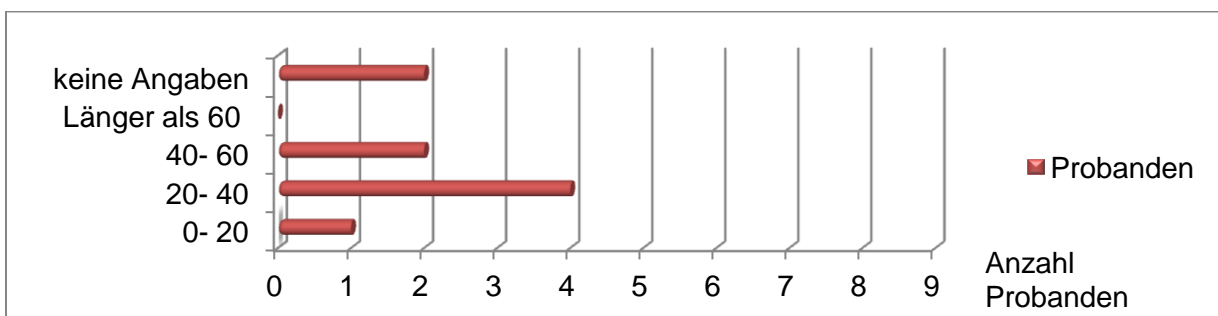


Abbildung 9: Zeit der Durchführung in Minuten (n= 9)

### 5.2.2.6 Kategorie 7: Inhalt der MIA

Der folgende Abschnitt enthält die Ergebnisse bezüglich des Inhalts der MIA. Dabei werden die Ergebnisse pro Kategorie angegeben.

- Kategorie 1: Eltern/ Bezugspersonen
- Kategorie 2: Geschwister
- Kategorie 3: Grund der Anmeldung
- Kategorie 4: Schwangerschaft, Geburt und Erkrankung
- Kategorie 5: Allgemeine Informationen zu Entwicklung und Verhalten
- Kategorie 6: Allgemeine Informationen zum sozialen Umfeld

#### Inhalte der Kategorien der MIA sinnvoll?

Kategorie 1: Die Fragen/ Inhalte der Kategorie wurden von 5 als sinnvoll betrachtet und von 4 als nicht sinnvoll. Welche Fragen/ Inhalte dieser Kategorie nicht sinnvoll sind, werden hier zitiert:

<i>Zitat 5: „Die Frage nach dem Aufenthaltsstatus ist mir für die erste Einheit (Kennenlernen/ Anamnese) zu persönlich“</i>	<i>Zitat 6: „weitgehende Familien Fragen, z.B. zur Betreuungspersonen, sind für eine Therapie nicht unbedingt wichtig. [...]“</i>	<i>Zitat 7: „[...] Form von Aufenthalt [...] nicht relevant“</i>
---	---	--

Kategorie 2: In dieser Kategorie finden die meisten die Fragen/ Inhalte sinnvoll. 2 Probanden sehen dies nicht so, da laut den Probanden detaillierte Angaben zum genauen Alter der Geschwister nicht relevant sind.

Kategorie 3: Fast alle Probanden sind der Meinung, dass die Fragen/ Inhalte sinnvoll sind, nur ein Proband ist anderer Meinung (Zitat 8):

*Zitat 8: „bei „Grund der Anmeldung“ meiner Meinung nach zu wenig Platz“*

Kategorie 4: In Kategorie 4 sieht es genauso aus. Der Großteil der Probanden gab an, dass die Fragen/ Inhalte der Kategorie sinnvoll sind. Einer der Probanden ist anderer Meinung mit folgender Erläuterung:

*Zitat 9: „Die Frage "Von wem wurde das Kind gestillt" würde ich entfernen. Sinnvoller wäre es die Antwort "bekam es die Flasche" als Frage zu formulieren (dem Stillen gegenüber gestellt).“*

Kategorie 5: Die Fragen/ Inhalte der Kategorie finden 7 sinnvoll. Die restlichen 2 Probanden empfinden folgende Fragen/ Inhalte nicht sinnvoll (Zitat 10/ 11):

<i>Zitat 10: „Ich find die Fragen u.a. zum Thema Essen für eine Anamnese zu differenziert.“</i>	<i>Zitat 11: „Wird vorgelesen/ und bekommt es Geschichten erzählt, könnte zu Verwirrungen führen. [...]“</i>
---	--

Kategorie 6: Auch hier finden 7 Probanden die Fragen/ Inhalte sinnvoll. Von dem Rest kam ein Verbesserungsvorschlag (Zitat 12):

*Zitat 12: „Das Interesse/ Hobbys des Kindes zu wissen ist wichtig, nicht aber die Intensität. Ist für die Therapie nicht relevant.“*



Bezogen auf den kulturellen Hintergrund sind folgende Angaben auf die Frage, ob das Erfragen von kulturellen Hintergründen sinnvoll ist, gemacht worden:

7 Probanden erachten das Erfragen von kulturellen Hintergründen als sinnvoll. Folgende Begründungen wurden genannt:

<p><i>Zitat 13: „weil kulturelle Hintergründe, bestimmte Verhaltensmuster der Kinder und Eltern erklären“</i></p>	<p><i>Zitat 14: „bestimmte Ausformungen eines Störungsbildes [...] könnten u.a. auch mit kulturellen Hintergründen zu tun haben. [...] wo vielleicht nur 2 Laute betroffen sind und sonst nichts weiter vor liegt, find ich die Frage nach kulturellen Hintergründen übertrieben.“</i></p>	<p><i>Zitat 15: „wichtige Informationen über Lebenswelt des Kindes, aber Vorsicht!! Kann auch zu "aufdringlich" sein. Übrigens ist das Erfragen "kultureller" Hintergründe einsprachiger Kinder auch sehr wichtig und fehlt in vielen Anamnesen“</i></p>
---	--	--

2 der Probanden empfinden das Erfragen nach den kulturellen Hintergründen aus verschiedenen Gründen als nicht sinnvoll. Diese sind:

<p><i>Zitat 16: „es gibt meines Erachtens einige Wissensfragen, die für die Therapie in der Praxis keine /kaum eine Rolle spielen“</i></p>	<p><i>Zitat 17: „[...] sehr privat und warte bis Kinder oder Eltern mit Themen an mich herantreten [...]“</i></p>
--	---

### Validität der MIA

Die MIA misst laut 8 der Probanden die Inhalte, die sie messen soll. Einer ist nicht dieser Meinung, gab aber keine Begründung für die Wahl an. Auch bei der Einschätzung der Validität der einzelnen Kategorien der MIA geben fast alle Probanden an, dass diese valide sind. Lediglich 1- 2 Probanden befanden Kategorie 1, 2 und 4 als nicht valide, begründeten dies aber nicht.

### Objektivität der MIA

Laut aller Probanden sind die Inhalte der MIA objektiv.

### Deutlichkeit der Kategorien der MIA

Fast alle Kategorien sind den Probanden deutlich. Die Kategorien 4 und 5 fanden 1- 2 Probanden nicht deutlich. In der Kategorie 4 kannten 2 Probanden die Krankheiten „Bilharziose“ und „Japanische Enzephalitis“ nicht. Bezieht man die Frage nach den Abkürzungen in Kategorie 1 mit ein, wird außerdem deutlich, dass 3 Probanden nicht alle Abkürzungen des Aufenthaltsstatus aus Kategorie 1 kennen.

### Fehlende Inhalte der Kategorien der MIA

Kategorie 1: 7 der Probanden fehlen keine bestimmten Inhalte. 2 gaben folgende Inhalte an, die ihnen in der Kategorie fehlen:

<p><i>Zitat 18: „Es sollten in der Anamnese [...] die Familiensprache/ Sprachen erfragt werden und seit wann und wie viel das Kind/ die Eltern mit Deutsch in Kontakt kommen.“</i></p>	<p><i>Zitat 19: „offene Anfangsfrage, um zu sehen, worauf Eltern ihren Fokus legen [...]“</i></p>
--	---

Kategorie 2: Die Meinung in Kategorie 2 ist geteilt. Circa der Hälfte fehlen keine Informationen. Den restlichen 4 Probanden fehlen Informationen. Zwei Beispiele machen dies deutlich (Zitat 20/ 21):

<i>Zitat 20: „wie das Verhältnis der Geschwister untereinander ist, viel Streit oder eher harmonisch“</i>	<i>Zitat 21: „es ist Platz für drei Geschwister, ich habe durchaus Familien in denen 4-7 Geschwister vorkommen“</i>
---	---

In den Kategorien 3-6 waren sich fast alle einig. Außer in Kategorie 4 und 5, in denen einem Probanden Inhalte fehlen, jedoch ohne Begründung, fehlen den Probanden in den restlichen Kategorien keine bestimmten Inhalte.

### 5.2.2.7 Kategorie 8: Abschließende Fragen

Zum Abschluss wurden Fragen zum weiteren Gebrauch und Empfehlung der MIA gestellt. Deren Ergebnisse sind in den Fragen 25-27 der Umfrage zu finden.

Über die Frage, ob sie die MIA weiterhin verwenden würden, sind die Probanden geteilter Meinung. 5 verwenden die MIA weiterhin, 4 verwenden sie nicht weiterhin. Die relevantesten Begründungen sind in der folgenden Tabelle zu lesen:

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<i>Zitat 22: „weil sie aufschlussreiche Informationen gibt und mir bislang keine Alternativen bekannt sind (allerdings kürze ich z.T. ab --&gt; passe die MIA an meine Arbeitsweise an)“</i>	<i>Zitat 23: „ist mir zu lang, man ist sehr lange damit beschäftigt [...]“</i>

Obwohl nur 5 Probanden die MIA weiter verwenden, würden 7 der 9 Probanden die MIA weiterempfehlen. Begründungen für und gegen eine Empfehlung zeigen Zitat 24 und 25:

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<i>Zitat 24: „weil es alles abfragt und für Therapeuten, die solche Bögen gerne mögen, eine gute Möglichkeit“</i>	<i>Zitat 25: „die komplette Abnahme des Fragebogens finde ich in einer Praxis zeitintensiv“</i>

Auch bei der Frage, ob ein Online- Handbuch sinnvoll wäre, sind die Probanden sich nicht einig. 4 von 9 fänden ein Online- Handbuch zur Handhabung der MIA sinnvoll, 5 nicht. Ein Proband gibt folgende Begründung an, warum er ein Online- Handbuch nicht sinnvoll fände:

*Zitat 26: „[...] Handbuch birgt Gefahr, dass Anamnese zu sehr angeleitet durchgeführt wird, ich halte individuelles und v.a. an die Bedürfnisse der Klienten angepasstes Vorgehen für wichtig. Allerdings könnte ein Handbuch Hintergrundinformationen zu Mehrsprachigkeit, Kulturenvielfalt oder auch Krankheiten/Auffälligkeiten geben [...]“*

## **6. Diskussion**

§ 6.1 beinhaltet die Interpretation der Ergebnisse. Daraufhin enthält § 6.2 die Beantwortung der Forschungsfragen und § 6.3 einen kritischen Rückblick bezogen auf unsere Methoden und auf die Rücklaufquoten. Abschließend beziehen wir uns auf das Fazit und die Relevanz für die logopädische Praxis (§ 6.4) und auf die weiterführenden Projekte (§ 6.5).

### **6.1 Interpretation der Ergebnisse**

Mithilfe der Ergebnisse der Literaturstudie und der Online-Umfrage betrachten wir die MIA in diesem Paragraphen kritisch und bringen unsere eigene Meinung mit ein.

Insgesamt konnten wir anhand der Umfrage und der Literaturstudie festlegen, dass einige der LogopädInnen keine speziellen Bögen für mehrsprachige Klienten nutzen und andere LogopädInnen eigene Anamnesebögen erstellen. Aus unserer Erfahrung können wir dies bestätigen. Doch trotz dieser eigenen Bögen fühlen sich die LogopädInnen laut der Umfrage in der Diagnostik bei Mehrsprachigen unsicher. Dies spiegelt sich auch in der Literatur wieder. Da die MIA ausgelegt ist, um eine Anamnese bei Mehrsprachigen durchzuführen, bezieht sie auch kulturelle Hintergründe mit ein. Dies ist laut der Literaturstudie, aber auch laut der Umfrage ein wichtiger Bestandteil für eine Anamnese für Mehrsprachige.

Die Umfrage ergibt, dass alle Fragenkategorien der MIA sinnvoll sind. Auch die Deutlichkeit dieser Fragenkategorien konnte mit Hilfe der Umfrage bestätigt werden. Jedoch ist anzumerken, dass aus Sicht einiger Probanden, aber auch aus unserer Sicht die Abkürzungen im Bezug auf den Aufenthaltsstatus und die einzelnen Krankheiten wie z.B. Japanische Enzephalitis nicht alle deutlich sind. Die Vorbereitungszeit und Durchführungszeit der MIA sind für die Probanden angemessen. Ergänzend dazu sagen einige der Probanden, dass die MIA für die logopädische Praxis zu lange dauert, da man heutzutage nicht mehr als eine Therapieeinheit (45 Min.) zur Verfügung hat, um eine Anamnese abzunehmen. Die Literaturstudie hat hingegen bewiesen, dass alle Teilfragen der MIA von großer Bedeutung sind, um eine richtige Diagnose bei mehrsprachigen Kindern zu stellen. Durch diese Angaben ist deutlich, dass die Ergebnisse der Umfrage und der Literaturstudie sich teilweise widersprechen.

Die MIA wurde von den Probanden, wie auch von uns als valide eingeschätzt. Auch den Aufbau finden sie gut, da hauptsächlich die Möglichkeit besteht anzukreuzen. Dadurch kann wieder Zeit gespart werden, was unserer Meinung nach in einer logopädischen Praxis sehr wichtig ist. Das Ankreuzen hat aber auch seine Nachteile, da laut der Probanden, bei der Fragenkategorie Grund der Anmeldung und zu den Geschwistern nicht genügend Platz ist. Die Literaturstudie sagt auch, dass durch das Ankreuzen wichtige Zusatzinformationen vernachlässigt werden. Dies kann bestätigt werden, da auch aus unseren Erfahrungen die Eltern in diesem Bereich gerne sehr ausführlich über die Einschränkungen des Kindes erzählen. Bei der Kategorie 3 hingegen ist nur Platz für 3 Geschwister. Migrantenfamilien sind laut den Ergebnissen der Umfrage größer. Dies können wir auch durch die Literaturstudie belegen, da diese zeigt, dass in den Migrantenfamilien oft mehr als 3 Kinder vorhanden sind. Auch sind die Probanden der Meinung, dass einige Fragen, die in der MIA gestellt werden, wie zum Beispiel zum Aufenthaltsstatus zu genau oder zu persönlich für das Erstgespräch sind, was sich mit vorigen Antworten widerspricht. Zuvor gaben fast alle an, dass es sinnvoll ist, nach den kulturellen Hintergründen zu fragen. Die Literaturstudie verdeutlicht, wie wichtig es ist nach dem Aufenthaltsstatus zu fragen, damit der Logopäde weiß, ob die Familie einen befristeten oder unbefristeten Aufenthaltsstatus hat. Dadurch ist absehbar, wie lange die Therapie dauern kann.

Bei der Umfrage ist herausgekommen, dass die Meinungen zum weiteren Gebrauch der MIA geteilt sind. Auf der einen Seite gibt die MIA laut der Probanden aufschlussreiche und wichtige Informationen über den mehrsprachigen Klienten. Auf der anderen Seite ist durch dieses intensive Erfragen die MIA sehr zeitintensiv, wodurch einige der Probanden die MIA nicht in der Praxis anwenden konnten, sie aber Teile aus der MIA mit in ihre eigene Anamnese einbeziehen. Trotz einiger Meinungen aus der Umfrage bezüglich des Online-Handbuches denken wir, dass ein Online- Handbuch sinnvoll wäre, um Aspekte wie Abkürzungen des Aufenthaltsstatusses und der Krankheiten zu erläutern.

## **6.2 Beantwortung der Forschungsfragen**

Bei der Beantwortung der Forschungsfragen gehen wir zunächst auf die aufgestellten Teilfragen ein, um dann zum Schluss auf die Hauptforschungsfrage zurück zu kommen. Die Beantwortung der Fragen beziehen wir auf die Ergebnisse und die zuvor beschriebene Interpretation.

Die erste Teilfrage war folgende:

*Ist jede Frage innerhalb einer Fragenkategorie der „Multilingual Interkulturellen Anamnese“ für mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis in der wissenschaftlichen Literatur untermauert?*

Diese Fragen können wir mit der Methode der Literaturstudie beantworten. Oft gab es in der Literatur keinen Bezug zur Anamnese, z.B. gibt es in der Literatur nur wenig Quellen, die den Bezug von Schwangerschaft und Anamnese herstellen. Die Relevanz jeder Fragenkategorie lässt sich ausreichend mit Literatur untermauern. Auch einzelne Inhalte lassen sich untermauern. Die Forschungsfrage kann somit beantwortet werden. Jede Fragenkategorie der „Multilingual und interkulturell orientierten Anamnese“ für mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis ist mit wissenschaftlicher Literatur zu untermauern und deckt somit die wissenschaftliche Perspektive der Evidenz-basierten Praxis ab.

Die zweite zu beantwortende Forschungsfrage ist diese:

*Erfüllt jede Fragenkategorie der MIA beurteilt von Teilnehmern des Seminars „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt mit Vorkenntnissen zur MIA und von LogopädInnen aus den logopädischen Praxen ohne Vorkenntnisse die Augenscheinvalidität?*

Diese Forschungsfrage lässt sich nicht durch die Online- Umfrage beantworten, da die Probandengruppe zu klein ist, um aussagekräftige Schlüsse zu ziehen. Ein Proband von den 9 gab ohne Begründung an, dass die MIA insgesamt nicht das misst, was sie messen soll. Bei der Aufteilung der Kategorien gaben zwei der Probanden an, dass die MIA nicht das misst, was sie messen soll. Der Großteil empfindet die Kategorien 1- 3 als valide. Kategorie 5 und 6 empfinden alle Probanden als valide und Kategorie 4 ist für einen Probanden nicht valide. Angaben, warum einzelne Kategorien für einige Probanden nicht valide sind, können nicht gemacht werden, da Begründungen nicht gegeben wurden. Kategorie 1, 2 und 4 sollte nochmal angeschaut und kritisch betrachtet werden. Um eine aussagekräftige Behauptung abzugeben, muss die Probandengruppe größer sein, da man die vorhandenen Ergebnisse nicht auf die Allgemeinheit beziehen kann. Zusätzlich wären Angaben der Probanden, was sie in den einzelnen Kategorien als nicht valide ansehen, hilfreich. Die ursprüngliche Unterscheidung zwischen den Probandengruppen ist nicht vergleichbar, da diese nicht groß genug sind.

Die dritte Forschungsfrage ist folgende:

*Wie beurteilen die Teilnehmer des Seminars „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt mit Vorkenntnissen zur MIA und die LogopädInnen aus den logopädischen Praxen ohne Vorkenntnisse die Handhabung der MIA?*

Die Trennung der Probandengruppen ist nicht möglich, da nur 2 Seminarteilnehmer und 7 LogopädInnen aus logopädischen Praxen teilgenommen haben. Die Ergebnisse wurden daher zusammen gefasst. Die Möglichkeit anzukreuzen finden fast alle gut. Die Vorbereitungszeit, Durchführung und Bewertung der Zeit empfinden die meisten als angemessen. Die MIA ist durch die vielen detaillierten Fragen lang und dauert länger als andere Anamnesebögen, welches sich als schwierig in der logopädischen Praxis erweist (siehe § 6.2). Der Inhalt der MIA ist hauptsächlich deutlich. Abkürzungen des Aufenthaltsstatusses und der Krankheiten sind nicht alle deutlich. Dies schränkt die Handhabung der MIA etwas ein, da es zusätzlich Zeit in Anspruch nimmt. Es gibt laut der Probanden keine Inhalte, die fehlen. Ein Handbuch für die Durchführung und Handhabung der MIA ist nicht notwendig, wodurch die Frage damit beantwortet ist, dass die Handhabung deutlich ist. Nur einzelne Aspekte müssten näher erläutert werden. Auch hier kann man die Ergebnisse aufgrund der kleinen Probandengruppe nicht verallgemeinern und die Forschungsfrage kann somit nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

Um zur Hauptfrage unserer Forschungsarbeit zurück zu kommen, werden wir diese zunächst nennen:

*Ist jede Frage innerhalb jeder Fragenkategorie der „Multilingual Interkulturellen Anamnese“ für mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis Evidenz-basiert?*

Es konnte jede Fragenkategorie und deren Inhalte mit wissenschaftlicher Literatur belegt werden. Laut der Ergebnisse der Umfrage sind die Fragen in der MIA teilweise zu persönlich. Ein Beispiel dafür sind die Fragen nach dem Aufenthaltsstatus, welche zu persönlich eingestuft werden, wohin gegen die Literatur diese Aspekte relevant einstuft. Bis jetzt wurden nur die wissenschaftliche Perspektive und die Expertenperspektive berücksichtigt. Die Klientenperspektive fehlt, um die MIA und die Fragenkategorien Evidenz-basiert zu untermauern. Die Hauptfrage konnte mit der Umfrage und der Literaturstudie nicht komplett beantwortet werden. Wie oben beschrieben, konnten die Inhalte mit wissenschaftlicher Literatur unterlegt werden. Auch trotz der geringen Rücklaufquote konnten aussagekräftige Äußerungen der Probanden bezüglich der MIA gesammelt werden.

### **6.3 Kritischer Rückblick**

Dieser Paragraph wird in drei Paragraphen Literaturstudie, Umfrage und Stichprobe unterteilt, um so beide Methoden und auch die Rücklaufquote kritisch zu betrachten.

#### **6.3.1 Literaturstudie**

Insgesamt haben wir für jede Fragenkategorie der MIA wissenschaftliche Quellen für die Untermauerung finden können. Es wäre von Vorteil gewesen, in mehr Datenbanken zu suchen und die einzelnen Schritte und alle Suchergebnisse von Anfang an konkret zu notieren. Dies hat das Ziel später alle Schritte nachvollziehen zu können. Dadurch hätten wir noch mehr wissenschaftliche Literatur erhalten. Es wäre eine Möglichkeit gewesen, die Literaturrecherche von Anfang an in unseren Zeitplan einzubauen. Hinzu kommt, dass wir

auf einige wissenschaftliche Literatur, die für unser Projekt relevant war, keinen Zugriff hatten. Zudem war es schwierig, bezüglich mehrsprachiger Anamnesen Literatur zu finden. Trotz kleiner Schwierigkeiten haben wir viel wissenschaftliche Literatur finden können, um die Kategorien der MIA zu unterbauen. Durch unseren Einsatz Autoren persönlich anzuschreiben, erhielten wir weitere hilfreiche Literatur.

### **6.3.2 Umfrage**

Durch die Umfrage konnten wir für den Projektantrag relevante Ergebnisse erzielen. Unsere Umfrage bestand aus vielen offenen Fragen. Davon waren nicht alle für die Probanden deutlich formuliert, sodass wir bei manchen Fragen Antworten erhielten, die nicht unseren Vorstellungen entsprechen. Einige Probanden haben die Umfrage auch abgebrochen oder Fragen übersprungen. Um dies zu vermeiden, hätten wir bei der Erstellung der Online-Umfrage festlegen müssen, dass alle Fragen auf jeder Seite des Fragebogens erst beantwortet werden müssen, um die Umfrage weiter ausfüllen zu können. Dazu kam noch, dass viele der Probanden ab dem Teil „Durchführung“ die Umfrage abgebrochen oder diesen Teil ausgelassen haben. Das zeigte uns, dass die Probanden zu wenig Zeit für die Umfrage hatten, da nicht alle die MIA in ihrer logopädischen Praxis durchführen konnten. Dies wurde uns durch eine Praxis in Kleve bestätigt, die uns informiert hat, dass sie die Umfrage nicht durchführen konnten, da sie keine Zeit für die Anwendung der MIA hatten. Um die Probanden zu motivieren, suchten wir persönlichen Kontakt und schickten eine Erinnerungsmail an sie raus. Durch die Erinnerungsmail vergrößerte sich unsere Probandengruppe. Trotz der geringen Rücklaufquote, erhielten wir relevante Verbesserungsvorschläge, was uns darin bestätigt, dass wir die Umfrage verständlich erstellt haben.

### **6.3.3 Stichprobe**

Es haben insgesamt 9 Probanden die Umfrage zu 100% ausgefüllt. Diese Anzahl reicht nicht aus, um einen Vergleich zwischen den 2 Probandengruppen zu machen. In die Auswertung konnten wir alle 9 Probanden einbeziehen, da alle einen Abschluss als Logopädin oder Sprachtherapeutin hatten und sie mit mehrsprachigen Patienten arbeiten. Dadurch haben sie alle unsere Kriterien für die Zielgruppe erfüllt. Die Größe der Stichprobe ist nicht ausreichend genug, um aussagekräftige Ergebnisse, die wir auf die Allgemeinheit beziehen können, zu machen. Ein Unterschied zwischen den Probandengruppen war deutlich. Die Seminarteilnehmer konnten die MIA konkreter beurteilen und konkretere Erläuterungen abgeben.

In unserer Studie haben wir uns auf Kreis Kleve beschränkt, da wir durch Praktika Kontakt zu einigen logopädischen Praxen hatten. Durch die Zusage von 20 LogopädInnen fand keine weitere Suche statt, da somit die Probandengruppen gleich groß waren. Wie zuvor beschrieben, nahmen leider nicht alle 20 LogopädInnen teil. Um eine größere Anzahl der Probanden zu erreichen, sollte man für die nächste Studie mehr LogopädInnen kontaktieren, da die Rücklaufquote geringer ausfallen kann, als man erhofft. Zudem wäre es von Vorteil, den Umkreis zu erweitern und die Umfrage auf Foren oder Portalen für LogopädInnen zu stellen, um so eine größere Rücklaufquote zu erzielen.

## **6.4 Fazit und Relevanz für die Praxis**

Im Anschluss an die Interpretation der Ergebnisse und an die Beantwortung der Forschungsfragen wird ein Fazit zu den erworbenen Kenntnissen gezogen. Hierbei beziehen wir uns auf die anfängliche Problemstellung (siehe Kapitel 1). Die „Multilingual und

Interkulturell orientierte Anamnese“ nimmt einen wichtigen Teil in der Diagnostik mit Mehrsprachigen in der Praxis ein, welches die kulturellen Hintergründe mit einbezieht. Ein paar Verbesserungsvorschläge bestehen (siehe § 5.2). Die MIA kann den LogopädInnen in der Mehrsprachendiagnostik helfen und ihnen etwas Unsicherheit nehmen. Durch unseren Kontakt mit den logopädischen Praxen konnten wir die MIA an weitere LogopädInnen verbreiten. Dadurch, dass viele LogopädInnen selber Anamnesebögen zusammenstellen, besteht weiterhin Bedarf an einer Evidenz-basierten Anamnese für Mehrsprachige in Deutschland. Außerdem sollte die MIA in den Praxen integriert und bekannter werden, um eine Evidenz-basierte Anamnese für mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis als Diagnostikhilfsmittel zu verwenden.

### **6.5 Weiterführende Projekte**

Unser Projekt bietet die Möglichkeit, dass weitere Projekte darauf aufgebaut werden können. Da unsere Probandengruppe klein ausgefallen ist, könnte ein Projekt die Durchführung einer größeren Umfrage mit mindestens 30 Probanden sein, um aussagekräftige Ergebnisse zu erlangen. Für dieses Projekt stehen unsere Ergebnisse der Umfrage der HAN zur Verfügung, damit ein Vergleich zu den bereits gesammelten Daten gezogen werden kann. Dazu besteht die Möglichkeit, unsere Umfrage zur Erstellung einer neuen Umfrage hinzuzuziehen.

Um alle Bereiche der Evidenz-basierten Praxis abzudecken, könnte in einem zukünftigen Projekt die Klientenperspektive untersucht werden. Die Meinung der Klienten über die MIA könnte anhand eines Interviews erfragt werden. Der Schwerpunkt sollte dabei auf der Verständlichkeit der MIA, dem Zeitaufwand und dem Inhalt liegen.

## Literaturverzeichnis

- Aigner, I. (2010). *Aktionsplan gegen Allergien*. Aktionsplan, Bonn: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz.
- Albayrak, B. (2007). *Mehrsprachigkeit – Definition, Typen und wissenschaftliche Fragestellungen*. Studienarbeit, Norderstedt: GRIN Verlag.
- AllEx- Alles fürs Examen (2012). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Asendorpf, J.B. (2011). *Persönlichkeitspsychologie*. Bachelorarbeit, Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Ayaz, D. (2005). *Bilingualismus und Sprachentwicklung in der frühen Kindheit*. Examensarbeit, Norderstedt: GRIN Verlag.
- Bender, C. (2008). *Adoption in Deutschland*. Verfügbar unter [http://www.hsu-hh.de/bender/index\\_yXN0zFbu55H5ZBI6.html](http://www.hsu-hh.de/bender/index_yXN0zFbu55H5ZBI6.html) [Abrufdatum 02.05.2013]
- Bender, I., Döring, S., Höing, J., Roloff, E., Sczendzina, C., Tillmann, R. & Werstler, K. (2011). *Existenzgründung in der Logopädie*. Projektarbeit, Münster: Fachhochschule Münster University of Applied Sciences.
- Bergauer, U. G. & Janknecht, S. (2011). *Praxis der Stimmtherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung, Diagnostik und Intervention e. V. (2013). *Frühkindliche Zweisprachigkeit*. Verfügbar unter <http://www.bielefelderinstitut.de/fruehkindliche-zweisprachigkeit.html#7> [Abrufdatum 12.04.2013]
- Blumenthal, M. (2012). *Meertalige taalontwikkeling in specifieke taalstoornissen*. In E. Burger & M. van de Wetering & M. van Weerdenburg (Hrsg.), *Kinderen met specifieke taalstoornissen* (S.56-70). Leuven: Uitgeverij Acco.
- Blumenthal, M. & Julien, M. (2009). *Anamnese meertaligheid en taalontwikkeling*. Versie 2 met geringe wijzingen. Den Haag: Audiologisch Centrum.
- Bollig, T. (o.D.). *Vorteil von Online-Umfragen*. Verfügbar unter <http://www.surveypark.com/online-umfragen-vorteile/> [Abrufdatum 19.03.2013]
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bundesamt für politische Bildung (BpB) (2010). *Weltsprache*. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/globalisierung/52515/weltsprache> [Abrufdatum 21.05.2013]
- Burkhardt Montanari, E. (2000). *Wie Kinder mehrsprachig aufwachsen*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2013). *Einreise aus dem Ausland*. Verfügbar unter <http://www.bamf.de/DE/Migration/Arbeiten/BuergerDrittstaat/einreise-ausland.html> [Abrufdatum 15.05.2013]
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2013). *EU-Bürger / EWR- Bürger / Schweizer Bürger*. Verfügbar unter <http://www.bamf.de/DE/Migration/Arbeiten/EUBuerger/eu-buerger-node.html> [Abrufdatum 15.05.2013]
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2012). *Aufenthalt in Deutschland*. Verfügbar unter <http://www.bamf.de/DE/Willkommen/Aufenthalt/WichtigInformationen/wichtigeinformationen-node.html> [Abrufdatum 27.04.2013]
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (2012). *Adoptierte Kinder nach Nationalität in Deutschland, 1991 bis 2011*. Verfügbar unter <http://www.bib->



- demografie.de/DE/ZahlenundFakten/12/Abbildungen/a\_12\_34a\_adoptierte\_kinder\_nationalitaet\_d\_1991\_2011.html [Abrufdatum 27.04.2013]
- Bundesministerium des Inneren (BMI) (2002). *Allgemeine Anwendungshinweise des Bundesministeriums der Inneren zum Beschluss Nr. 1/80 des Assoziationsrats EWG/Türkei*. Verfügbar unter <http://www.jurblog.de/wp-content/uploads/2007/11/allgemeine-anwendungshinweise-des-bmi-zum-beschluss-nr-1-80-des-assoziationsrats-ewg-turkei-aah-arb-1-80-stand-02052002.pdf> [Abrufdatum 15.05.2013]
- Chilla, S. (2012). *Zweisprachigkeit/ Bilingualität- Ein Ratgeber für Eltern*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Cholewa, J. (2010). Empirische Sprachheilpädagogik: Strategien der Sprachtherapieforschung bei Störungen der Sprachentwicklung. *Empirische Sonderpädagogik*, 3, 48-68.
- Degener, J. (2012). *Mehrsprachigkeit und Bildung*. Verfügbar unter <http://www.goethe.de/ges/spa/prj/sog/mud/de9606033.htm> [Abrufdatum 04.04.2013]
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (dgspj) (2008). *Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache - Indikationen zur Verordnung von Sprachtherapie*. Verfügbar unter [http://www.dgspj.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65&Itemid=110](http://www.dgspj.de/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=110) [Abrufdatum 11.05.2013]
- Deutscher Ärzte- Verlag (2013). *Kommentar zur Gebührenordnung der Ärzte (GÖÄ)*. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag GmbH.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL). (2013). *Alle Vorteile auf einen Blick*. Verfügbar unter <http://www.dbl-ev.de/der-dbl/mitgliedschaft/alle-vorteile-auf-einem-blick.html> [Abrufdatum 07.05.2013]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL). (2013). *Migrantenkinder in der logopädischen Praxis*. Programmheft, Verfügbar unter [https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Fobis/2013/ausschreibung\\_anmeldung\\_agb\\_fobi-sh-08.pdf](https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Fobis/2013/ausschreibung_anmeldung_agb_fobi-sh-08.pdf) [Abrufdatum 07.05.2013]
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL). (2013). *Bilingualismus logopädische Intervention bei mehrsprachigen Kindern und Kinder mit Migrationshintergründe unterschiedlicher Erstsprache*. Verfügbar unter [https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Fobis/2013/ausschreibung\\_anmeldung\\_agb\\_fobi-gs-393.pdf](https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Fobis/2013/ausschreibung_anmeldung_agb_fobi-gs-393.pdf) [Abrufdatum 13.04.2013]
- Dittmann, V., Ebner, G., Herdt, J., Junge, C. & Träbert, S. (2009). *Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen*. Literaturstudie, Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
- du Prel, J- B., Röhrig, B. & Blettner, M. (2009). Kritisches Lesen wissenschaftlicher Artikel. *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (7), 100-105.
- Feiter, I. & Huijbregts, P. (2012). *Diagnostiek van specifieke spraaktaalstoornissen*. In E. Burger & M. van de Wetering & M. van Weerdenburg (Hrsg.), *Kinderen met specifieke taalstoornissen* (S.56-70). Leuven: Uitgeverij Acco.
- Fontein, E. (2012). *Samenwerken met ouders*. In E. Burger & M. van de Wetering & M. van Weerdenburg (Hrsg.), *Kinderen met specifieke taalstoornissen* (S.181-195). Leuven: Uitgeverij Acco.
- Fox, A.V. (2003). *Kindliche Aussprachestörungen: Phonologische Entwicklung, Differentialdiagnostik, Therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

- Gogolin, I., Neumann, U. & Roth, H. J. (2005). *Sprachdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund*. Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Google Inc. (2011). *Über Google Scholar*. Verfügbar unter <http://scholar.google.de/intl/de/scholar/about.html> [Abrufdatum 07.05.2013]
- Google Inc. (2011). *Über die Google Buchsuche*. Verfügbar unter <http://books.google.de/intl/de/googlebooks/about.html> [Abrufdatum 07.05.2013]
- Gostel, B. (2002). Guide published for peer reviewers of research manuscripts. *Science Editor*, 25 (2), 46-48.
- Gumpert, M. (2010). *Logopädische Anamnese im mehrsprachigen Kontext*. Vortrag auf der 6. Interdisziplinären Tagung über Sprachentwicklungsstörungen, Rostock, 11.-13.03.2010.
- Gumpert, M., Korntheuer, P. & Vogt, S. (2010). Der Anamneseleitfaden zum Sprach- und Sprecherwerb. *Forum Logopädie*, Heft 4, 14-19.
- Günnewig, T. & Erbguth, F. (Hrsg.) (2006). *Praktische Neurogeratrie- Grundlagen-Diagnostik- Therapie- Sozialmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Haase, M. & Jugl, J. C. (2007). *Asyl- und Flüchtlingspolitik der EU*. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56551/asyl-fluechtlingspolitik> [Abrufdatum 15.05.2013]
- Hanke, K. (2010). *Fremdsprachen in deutschen Schulen und Kindergärten*. Online- Artikel, München: Goethe- Institut e.V.
- HAN University of Applied Sciences (2013). *Über die Studienzentra*. Verfügbar unter [http://specials.han.nl/themasites/studiecentra\\_de/studiecentra/brochures/](http://specials.han.nl/themasites/studiecentra_de/studiecentra/brochures/) [Abrufdatum 07.05.2013]
- HBO Kennisbank (o.D.). *Onze visie*. Verfügbar unter [http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/page.view/hbo\\_about.page](http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/page.view/hbo_about.page) [Abrufdatum 07.05.2013]
- Hemken, H., Rehberg, C., Wienströer, S. & Mank, N. (2012). *Google*. Verfügbar unter <http://www.seo-united.de/glossar/google/> [Abrufdatum 30.04.2013]
- Hempel, L., Henkel, S. & Roos, S. (2013). *BPP: Implementation und Utilisation in der logopädischen Praxis*. Bachelorarbeit, Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Hesse, F. W. (2010). *Online Umfrage*. Verfügbar unter [http://www.e-teaching.org/didaktik/qualitaet/online\\_umfrage/](http://www.e-teaching.org/didaktik/qualitaet/online_umfrage/) [Abrufdatum 19.03.2013]
- Hesse, F. W. (2010). *Fragebogen*. Verfügbar unter [http://www.e-teaching.org/didaktik/qualitaet/fragebogen/index\\_html](http://www.e-teaching.org/didaktik/qualitaet/fragebogen/index_html) [Abrufdatum 21.03.2013]
- Homann, B. (2012). *Was ist Pubmed*. Verfügbar unter [http://www.umm.uni-heidelberg.de/bibl/fitmedma/\\_was\\_ist\\_pubmed.html](http://www.umm.uni-heidelberg.de/bibl/fitmedma/_was_ist_pubmed.html) [Abrufdatum 30.04.2013]
- Institut für interkulturelle Kompetenz und Didaktik e.V. (o.D.). *Interkultur - Kultur – Definition*. Verfügbar unter <http://www.ikud.de/Interkultur.html> [Abrufdatum 18.03.2013]
- Jedik, L. (2006). *Anamnesebogen für zweisprachige Kinder*. Würzburg: Edition von Freisleben.
- Kannengieser, S. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. München: Elsevier.
- Kowalewski, S. (2010). *Ohne Worte- Immer mehr Kinder leiden unter Sprachproblemen*. Verfügbar unter <http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/wissenschaft/1880284/> [Abrufdatum 17.04.2013]
- Kroffke, S. & Meyer B. (2007). *Verständigungsprobleme in bilingualen Anamnesegespräch*. In S. Kameyama & B. Meyer (Hrsg.) *Mehrsprachigkeit am Arbeitsplatz*. Frankfurt/ M., usw.: Lang., 149-184 [mit Solveig Kroffke].

- Lachmann, C. (2006). Logopädische Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern- Überblick über die Einsetzbarkeit gängiger Testverfahren. *Forum Logopädie, Heft 6, 16-21.*
- Leitfaden für Betreuer und Studierende zur Durchführung von Literaturstudien im Rahmen der Diplomarbeit/ Dissertation in N201 (2008). Diplomarbeit, Wien: Medizinische Universität.
- Lengyel, D. (2011). *Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit*. Broschüre 12, Köln: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.
- Lisker, A. (2011). *Additive Maßnahmen zur vorschulischen Sprachförderung in den Bundesländern*. Wissenschaftlicher Text, München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Löffler, C. (2012). *Zu früh geboren- eine Handvoll Leben*. Verfügbar unter [http://www.rbb-online.de/rbbpraxis/fernsehen/rbb\\_praxis\\_fernsehen73/rbb\\_PRAXIS\\_Feature.pagenu mber.0.html](http://www.rbb-online.de/rbbpraxis/fernsehen/rbb_praxis_fernsehen73/rbb_PRAXIS_Feature.pagenu mber.0.html) [Abrufdatum 11.05.2013]
- Lommel, A. (2009). *Die Verbreitung bilingualer Kitas in Deutschland und die Angebote des Vereins für frühe Mehrsprachigkeit an Kindertageseinrichtungen und Schulen FMKS e.V.* Fachtagung, München.
- Ludwig- Maximilians Universität (LMU). (2013). *Beratung und Diagnostik zur mehrsprachigen Erziehung*. Verfügbar unter [http://www.edu.lmu.de/shp/ueber\\_uns/einrichtungen/mehrsprachigkeit/beratung/index.html](http://www.edu.lmu.de/shp/ueber_uns/einrichtungen/mehrsprachigkeit/beratung/index.html) [Abrufdatum 12.04.2013]
- Marquardt, E. (2007). *Kind sein zwischen zwei Welten. Was im Inneren von Kindern geschiedener Eltern vorgeht*. Paderborn: Junfermann.
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Meurer, P. & Schluchter, M. (2010). *Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten mit Citavi*. Broschüre, auf Basis des Duden-Buchs »Die schriftliche Arbeit – kurz gefasst« von Jürg Niederhauser. Wädenswil, [www.citavi.com/tutorial](http://www.citavi.com/tutorial) [Verfügbar unter [http://www.bibliothek.uni-augsburg.de/service/literaturverwaltung/downloads/wissenschaftliches\\_arbeiten\\_citavi.pdf](http://www.bibliothek.uni-augsburg.de/service/literaturverwaltung/downloads/wissenschaftliches_arbeiten_citavi.pdf) Abgerufen am 30.04.2013]
- Mix, S. (2011). *Medienerziehung im Kindesalter und die Bedeutung der neuen Medienwelt des Baby TV für Kleinkinder*. Studienarbeit, München: GRIN Verlag.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer- Verlag GmbH.
- Paradis, J. (2009). *Alberta Language Environment Questionnaire (ALEQ)*. Canada: University of Alberta.
- Patterson, A., Leijenaar, B. (2007). *Revision of the Minimum Standards for Education*. Adopted at the General Assembly. Riga: CPLOL. [Verfügbar unter [http://www.cplol.eu/eng/Revised\\_Min\\_Standards\\_2007\\_la.pdf](http://www.cplol.eu/eng/Revised_Min_Standards_2007_la.pdf) Abrufdatum 21.05.2013]
- Pilshofer, B. (2001). *Wie erstelle ich einen Fragebogen*. Leitfaden für die Praxis, Graz: Institut für Wissens- und Forschungsvermittlung.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schnek, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.-C. & Ulrich, R. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes- Migration und Gesundheit*. Berichterstattung, Berlin: Robert- Koch- Institut.
- Razum, O., Zeeb, H. & Schenk, L. (2008). *Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken*. Deutsches Ärzteblatt, 105 (47): A-2520 / B-2142 / C-2064,

- [Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/62423/Migration-und-Gesundheit-Aehnliche-Krankheiten-unterschiedliche-Risiken> Abrufdatum 10.05.2013]
- Reinhardt, A. (2010). *Mehrsprachige Kindererziehung*. Diplomarbeit, Magdeburg: Hochschule Magdeburg- Stendal.
- Riehl, C. M. (2004). *Sprachkontaktforschung*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Robert Koch Institut (RKI) (2013). *Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten*. Berlin: Robert Koch- Institut.
- Rohner, E. & Schnyder, J. (2012). *Die ICF im Anwendungsbereich der logopädischen Anamnese*. Bachelorarbeit, Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.
- Rosenecker, J. & Schmidt, H. (2008). *Pädiatrische Anamnese, Untersuchung, Diagnose*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Scharff Rethfeldt, W. (2005). Das „Bilinguale Patientenprofil“ als Basis logopädischer Intervention. *Forum Logopädie Heft 3, 6-11*.
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Scherbaum, V., Perl, F. M. & Kretschmer, U. (2003). *Stillen*. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag GmbH.
- Schmitz, S. (2011). *Allergiker- Kinder*. Online- Artikel, Düsseldorf: AOK Rheinland/ Hamburg. Verfügbar unter <http://www.vigo.de/de/vorbeugen/kindergesundheit/allergikerkinder.html> [Abrufdatum 03.05.2013]
- Schönhuth, M. (2007). *Kampf der Kulturen*. Das Kulturglossar. Verfügbar unter <http://www.kulturglossar.de/html/k-begriffe.html> [Abrufdatum 22.04.2013]
- Schrey- Dern, D. (2006). *Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schröder, K. (2011). *Geflimmer im Zimmer*. Broschüre, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Sjögreen, L. & Lohmander, A. (2008). Oralmotorik, joller och tidig talutveckling. In: Hammarberg, B., Hartelius, I. & Nettelblatt, U., *Logopedi*, S.95-103, Ort: Studentlitteratur.
- soSci (2013). *Pretest des Fragebogens*. Verfügbar unter <https://www.soscisurvey.de/help/doku.php/de:survey:pretest> [Abrufdatum 27.04.2013]
- soSci (2006-2012). *SoSci Survey*. Verfügbar unter <https://www.soscisurvey.de/> [Abrufdatum 27.04.2013]
- SpiegelOnline (2004). *Weltsprachen: Goodbye English*. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/weltsprachen-goodbye-english-a-288131.html> [Abrufdatum 21.05.2013]
- Statistisches Bundesamt (2011). *Ausländische Bevölkerung*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendischeBevolkerung/Tabellen/Altersgruppen.html> [Abrufdatum 10.05.2013]
- Statistisches Bundesamt (2011). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit*. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?__blob=publicationFile) [Abrufdatum 16.04.2013]
- Statistisches Bundesamt (2012). *10,7 Millionen Migranten aus 194 Ländern leben in Deutschland*. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/12/PD12\\_448\\_122.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/12/PD12_448_122.pdf?__blob=publicationFile) [Abrufdatum 16.04.2013]

- Statistisches Bundesamt (2011). *Sozialleistungen*. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus2130110119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus2130110119004.pdf?__blob=publicationFile) [Abrufdatum 02.05.2013]
- Statistisches Bundesamt (2011). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe*. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/Adoptionen5225201117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/Adoptionen5225201117004.pdf?__blob=publicationFile) [Abrufdatum 02.05.2013]
- Sterk in grenzen (Sig) (2011). *Anamnese Meertalige Kinderen (AMK)*. Destelbergen (Belgie): Sterk in grenzen verleggen.
- Szagan, G. (2006). *Sprachentwicklung beim Kind*. Basel: Beltz Verlag.
- Tepecik, E. (2011). *Migrationshintergrund - und doch erfolgreich: Die Bedeutung von familialen Ressourcen im Bildungsaufstieg*. Verfügbar unter [http://www.migration-boell.de/web/integration/47\\_3086.asp](http://www.migration-boell.de/web/integration/47_3086.asp) [Abrufdatum 10.05.2013]
- Triarchi- Herrmann, V. (2009). Zur Förderung und Therapie der Sprache bei Mehrsprachigkeit. *Spektrum Patholinguistik 2 (2009)*: 31-50. [Verfügbar unter [http://opus.kobv.de/ubp/volltexte/2009/3261/pdf/spath02\\_SP03.pdf](http://opus.kobv.de/ubp/volltexte/2009/3261/pdf/spath02_SP03.pdf) Abgerufen am 15.04.2013]
- Trojan, A. (2010). *Sozialanamnese*. Verfügbar unter [http://www.uke.de/studierende/downloads/zg-studierende/sozialanamnese\\_und\\_beratung.pdf](http://www.uke.de/studierende/downloads/zg-studierende/sozialanamnese_und_beratung.pdf) [Abrufdatum 27.04.2013]
- Weigert, J. (2007). *100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.
- Wintruff, Y., Orlando, A. & Gumpert, M. (2011). Diagnostische Praxis bei mehrsprachigen Kindern. *Forum Logopädie, Heft 1*, 6-13.
- Wirth, G. (2000). *Sprachstörungen, Sprechstörungen, Kindliche Hörstörungen*. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag GmbH.
- Zimmer, R. (2008). *Bewegung und Sprache*. Wissenschaftlicher Text, München: Deutsches Jugendinstitut.

## Anhang

### Anhang 1: Tabelle 4: Genaue Darstellung der Suchmaschinen und der Schlagwörter

<b>Google</b>		
<b>Schlagwörter</b>	<b>Treffer Insgesamt</b>	<b>Relevante Treffer</b>
RIOT, Cheng	828.000	2
Multikulturell, Gesellschaft	612.000	1
Bertelsmann Stiftung, Integration	282.000	6
Bundesministerium des Inneren	796.000	1
Culturally and linguistic diverse	4.840.000	1
Statistisches Bundesamt	2.240.000	1
Zweitspracherwerb, Diagnose	62.400	1
Bilingual	71.000.000	1
Zweisprachige Kindererziehung	47.800	1
Zweisprachigkeit	296.000	1
Literaturstudie, Methode	137.000	1
Literaturstudie Aufbau	66.800	2
Krankheiten, Ausland	2.940.000	1
Anamnesebogen, Leitfaden	840.000	1
Die Anamnese	1.400.000	1
Ablauf einer Anamnese	110.000	1
Planet Wissen	1.280.000	1
Vorteile von Online-Umfragen	674.000	2
Migration in Deutschland	7.150.000	1
Multikulturelle Gesellschaft in Deutschland	436.000	1
<b>DBL</b>		
<b>Schlagwörter/ Keywords</b>	<b>Treffer Insgesamt</b>	<b>Relevante Treffer</b>
Mehrsprachig (in der Zeitschrift Forum Logopädie)	2	3
Anamneseleitfaden (in der Zeitschrift Forum Logopädie)	1	1
Bilingual (in der Zeitschrift Forum Logopädie)	2	1
Mehrsprachigkeit	235	3
<b>Google Books</b>		
<b>Schlagwörter/ Keywords</b>	<b>Treffer Insgesamt</b>	<b>Relevante Treffer</b>
Multilingual Norms	22.000	1
Multilingual Communication	202.000	1
Zweisprachig	132.000	1
Zweisprachigkeit	134.000	1

<b>Scholar Google</b>		
<b>Schlagwörter/ Keywords</b>	<b>Treffer insgesamt</b>	<b>Relevante Treffer</b>
Mehrsprachig Anamnese	384	1
<b>HAN Studieceentra</b>		
<b>Schlagwörter/ Keywords</b>	<b>Treffer insgesamt</b>	<b>Relevante Treffer</b>
intercultureel (→ titelwoorden)	150	1
Mehrsprachig	1	1
<b>HBO Kennisbank</b>		
<b>Schlagwörter/ Keywords</b>	<b>Treffer insgesamt</b>	<b>Relevante Treffer</b>
Gezondheid, Bachelor thesis, 2013, meersprachig	27	1
<b>Anamnesebögen</b>		
Anamnese Meertalige Kinderen von Sig (Sterk in grenzen verleggen) (2011)		
Anamnese meertaligheid en taalontwikkeling von Mirjam Blumenthal und Manuela Julien (2009)		
Anamnesebogen für zweisprachige Kinder von Jedik (2006)		
Alberta Language Environment Questionnaire (ALEQ) von Johanne Paradis		

## **Anhang 2:** E- Mails an die Probandengruppen

### **Anhang 2.1:** E- Mail Seminarteilnehmer

Sehr geehrte ehemalige Seminarteilnehmer der Fortbildung „Mehrsprachigkeit“, gerne stellen wir uns vor: Wir sind Karolin Fries und Antje Ricken. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen beschäftigen wir uns mit folgendem Thema: “Implementation und Utilisation der Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese (MIA)“.

Wie Sie wissen wird die MIA eingesetzt, um bei Mehrsprachigkeit eine Möglichkeit zu haben, die Familien-/Eigenanamnese durchführen zu können. Diese soll überwiegend über Auswahl (Ankreuzen) die wesentlichen Informationen des Klienten liefern. Die MIA umfasst den interkulturellen Hintergrund, da sich dieser in der sprachtherapeutischen Praxis bewährt hat. Dieses Thema wurde uns von Frau Dr. Scharff Rethfeldt aufgetragen und wird begleitet von unserer Dozentin Antje Orgassa.

Gerne würden wir von Ihnen mithilfe einer Umfrage erfahren, wie Sie die inhaltlichen Aspekte und die Handhabung/ Durchführung der MIA beurteilen.

Ziel dieser Umfrage ist herauszufinden, ob die MIA als Diagnostikmaterial in der Mehrsprachigkeit valide ist. Zudem ist es unser Ziel, ein Handbuch zur MIA zu erstellen.

Sie können uns hierbei mit Ihrer Erfahrung unterstützen. Voraussetzung ist, dass Sie die MIA bereits angewendet haben und diese somit beurteilen können.

Die Umfrage beinhaltet 61 Fragen und dauert ca. 15- 20 Minuten.

Für die Umfrage steht uns ein Zeitraum von 2 ½ Wochen (bis zum 28.04.2013) zur Verfügung. Wir bitten Sie daher sehr freundlich, dass Sie in der vorgegebenen Zeit- am besten gleich- an der Umfrage teilnehmen. Damit würden Sie uns bei der Ausarbeitung unserer Bachelorarbeit sehr helfen und die Weiterentwicklung der MIA unterstützen.

Ihre Kontaktdaten wurden uns von Frau Scharff Rethfeldt nur für diesen Zweck übermittelt und werden selbstverständlich anonymisiert und vertraulich behandelt.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme an der Online- Umfrage freuen. Nähere Informationen zum Ablauf und Handhabung der Umfrage finden Sie im unten stehenden Link.

Vielen herzlichen Dank. Bei Fragen können Sie sich an die unten stehenden E-Mail Adressen wenden. Auch an Frau Scharff Rethfeldt können Sie sich gerne wenden.

**Link zur Umfrage:** <https://www.soscisurvey.de/umfragemia>

Mit freundlichen Grüßen,  
Antje Ricken und Karolin Fries

Kontaktdaten:

Antje Ricken E-Mail: [AL.Ricken@student.han.nl](mailto:AL.Ricken@student.han.nl)

Karolin Fries E-Mail: [KS.Fries@student.han.nl](mailto:KS.Fries@student.han.nl)

### **Anhang 2.2:** E-Mail an die logopädischen Praxen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gerne stellen wir uns vor: Wir sind Karolin Fries und Antje Ricken. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen beschäftigen wir uns mit folgendem Thema: “Implementation und Utilisation der Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese (MIA)“.

Die MIA ist ein speziell für mehrsprachige Klienten entwickelter Anamnesebogen. Dieser wird eingesetzt, um bei Mehrsprachigkeit eine Möglichkeit zu haben, die Familien-



/Eigenanamnese durchführen zu können. Diese soll überwiegend über Auswahl (Ankreuzen) die wesentlichen Informationen des Klienten liefern. Nähere Informationen zur MIA finden Sie im angehängten Dokument. Die MIA umfasst den interkulturellen Hintergrund, da sich dieser in der sprachtherapeutischen Praxis bewährt hat.

Dieses Thema wurde uns Frau Dr. Scharff Rethfeldt aufgetragen und wird begleitet von unserer Dozentin Antje Orgassa.

Gerne würden wir von Ihnen mithilfe einer Umfrage erfahren, wie Sie die inhaltlichen Aspekte und die Handhabung/ Durchführung der MIA beurteilen.

Ziel dieser Umfrage ist herauszufinden, ob die MIA als Diagnostikmaterial in der Mehrsprachigkeit valide ist. Zudem ist es unser Ziel, ein Handbuch zur MIA zu erstellen.

Sie können uns hierbei mit Ihrer Erfahrung unterstützen. Voraussetzung ist, dass Sie die MIA bereits angewendet haben und diese somit beurteilen können.

Die Umfrage beinhaltet 63 Fragen und dauert ca. 15- 20 Minuten.

Für die Umfrage steht uns ein Zeitraum von 2 ½ Wochen (28.04.2013) zur Verfügung. Wir bitten Sie daher sehr freundlich, dass Sie in der vorgegebenen Zeit- am besten gleich- an der Umfrage teilnehmen. Damit würden Sie uns bei der Ausarbeitung unserer Bachelorarbeit sehr helfen und die Weiterentwicklung der MIA unterstützen.

Ihre Kontaktdaten werden selbstverständlich anonymisiert und vertraulich behandelt.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme an der Online- Umfrage freuen. Nähere Informationen zum Ablauf und Handhabung der Umfrage finden Sie im unten stehenden Link.

Vielen herzlichen Dank. Bei Fragen können Sie sich an die unten stehenden E-Mail Adressen wenden. Auch an Frau Scharff Rethfeldt können Sie sich gerne wenden.

**Link zur Umfrage:** <https://www.soscisurvey.de/umfragemia>

Mit freundlichen Grüßen,

Antje Ricken und Karolin Fries

Kontaktdaten:

Antje Ricken      E-Mail: [AL.Ricken@student.han.nl](mailto:AL.Ricken@student.han.nl)

Karolin Fries      E-Mail: [KS.Fries@student.han.nl](mailto:KS.Fries@student.han.nl)

### **Anhang 2.3:** Erinnerungs- E- Mail

Sehr geehrte ...,

wir hatten Sie bezüglich unserer Bachelorarbeit vor ein paar Wochen kontaktiert. Wir haben gesehen, dass aus Ihrer Praxis noch niemand an unserer Umfrage teilgenommen hat. Wir würden uns freuen, wenn Sie und Ihre Kolleginnen die Umfrage zur MIA noch bis zum 05.05.2013 ausfüllen würden. Wichtig dabei ist es, den Fragebogen komplett auszufüllen. Damit würden Sie einen wichtigen Beitrag zu unserer Bachelorarbeit hinzufügen. Wenn Sie die MIA und die Erläuterung noch einmal benötigen, melden Sie sich auf dieser E- Mail- Adresse.

Hier noch einmal der Link zur Umfrage:

<https://www.soscisurvey.de/umfragemia>

Mit freundlichen Grüßen und vielen lieben Dank,

Antje Ricken und Karolin Fries

### Anhang 3: Umfrage

#### Thema

**„Utilisation und Implementation der Multilingual Interkulturellen Anamnese“  
nach Scharff Rethfeldt in der logopädischen Praxis**

#### Einleitung

Herzlich Willkommen bei unserer Umfrage.

Die Online-Umfrage besteht aus 8 Fragenkategorien und insgesamt 61 Fragen. Die Durchführungszeit beträgt ca. 15- 20 Minuten.

In der Umfrage werden Sie offene und geschlossene Fragen über den Inhalt, den Aufbau und die Durchführung der MIA finden. Für eine vollständige Durchführung dieser Umfrage wären wir Ihnen sehr dankbar, da dies wichtig für unsere Auswertung ist.

Durch Ihre Teilnahme erklären Sie sich dazu bereit, dass wir die Daten für unsere Bachelorarbeit verwenden dürfen. Ihre persönlichen Angaben werden natürlich anonymisiert und vertraulich behandelt.

Zur Durchführung der Umfrage halten Sie am besten die MIA bereit, da Ihnen somit die Beantwortung der Fragen zu den Kategorien der „Multilingual und Interkulturellen Anamnese“ (MIA), die im späteren Verlauf auftreten, erleichtert wird.

**Deadline:** 28.04.2013

Mit freundlichen Grüßen,  
Karolin Fries und Antje Ricken

#### 1. Allgemeine Daten zur Person

*Zunächst werden allgemeine Fragen zu Ihrer Person und zum Umgang mit  
Mehrsprachigkeit gestellt.*

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht:

- Weiblich
- Männlich

Name Ihrer Praxis: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

(falls Sie Interesse an den Ergebnissen haben)

**1.1** Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachantwort möglich)

- LogopädInnen
  - staatlich geprüft
  - Bachelor
  - Master

- Klinische LinguistInnen
  - Bachelor
  - Master
- SprachheilpädagogInnen
  - Bachelor
  - Master
- PatholinguistInnen
  - Bachelor
  - Master
- Klinische SprechwissenschaftlerInnen
  - Bachelor
  - Master
- Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen
  - Bachelor
  - Master
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**1.2 Sind Sie mehrsprachig aufgewachsen?**

- **Ja**, wenden Sie Ihre Zweitsprache in der sprachtherapeutischen Behandlung an?
  - Ja
  - Nein, warum: \_\_\_\_\_

- **Nein**

**2. Allgemeine Daten zur Praxis**

**2.1** Wie viel Prozent Ihrer Klienten wachsen zwei- oder mehrsprachig auf?

- 10- 30 %
- 30- 50%
- 50- 70 %
- 70- 100%

**2.2** Wie viele Logopäden aus Ihrer Praxis arbeiten mit mehrsprachigen Klienten?

---

**2.3** Wie lange arbeiten Sie bereits mit mehrsprachigen Klienten?

---

**2.4** Welche drei Störungsbilder treten bei den mehrsprachigen Klienten in Ihrer Praxis am häufigsten auf?

---

**2.5** Wie viele Logopäden arbeiten in Ihrer Praxis?

---

### 3. Gebrauch von Anamnesebögen

**3.1** Bei wie vielen mehrsprachigen Klienten nehmen Sie durchschnittlich eine Anamnese ab (monatlich)? \_\_\_\_\_

**3.2** Arbeiten Sie mit speziellen Anamnesebögen, die auf mehrsprachige Klienten ausgerichtet sind?

○ **Ja**, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

○ **Nein**, warum: \_\_\_\_\_

**Kultur:** Die Kultur umfasst Lebensformen, die Grundrechte des Menschen, Wertsysteme, Traditionen und Glaubensrichtungen.

**3.3** Fragen Sie bis zum jetzigen Zeitpunkt bei mehrsprachigen Klienten bereits im Anamnesegespräch nach dem kulturellen Hintergrund?

(Beispiel: siehe MIA- Kategorie: Eltern/ Bezugspersonen → Aufenthaltsstatus)

○ **Ja**, wonach genau: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

○ **Nein**, warum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.4** Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit der Diagnostik (einschl. Anamnese) bei Mehrsprachigen?

<b>O</b>	<b>O</b>	<b>O</b>	<b>O</b>
1 sicher	2	3	unsicher 4

### 4. „Multilingual Interkulturelle Anamnese“ nach Scharff Rethfeldt

Die folgenden Fragen beziehen sich speziell auf den Einsatz des Anamnesebogens, auf die Durchführung und den Inhalt der MIA.

**4.1** Haben Sie an einem Seminar „Mehrsprachigkeit“ von Fr. Dr. Scharff Rethfeldt teilgenommen?

○ **Ja**

4.1.1 Setzen Sie die MIA zurzeit ein?

○ Ja

○ Nein, warum nicht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.1.2 Haben Sie sich vor dem Seminar mit Literatur zur Diagnostik in Bezug zur Mehrsprachigkeit auseinandergesetzt?

- Ja
  - Nein
  - **nein**
- 4.1.3 Fehlen Ihnen Informationen zur Erläuterung der Handhabung der MIA?
- Ja, welche: \_\_\_\_\_
- Warum: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Nein
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 5. Aufbau der MIA

**5.1** Wie bewerten Sie den Aufbau der Kategorien der MIA?

<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1 übersichtlich	2	3	unübersichtlich 4

**5.2** Finden Sie es gut, dass hauptsächlich die Möglichkeit besteht anzukreuzen?

- **Ja**
  - **Nein**, warum: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**5.3** Finden Sie den Aufbau der einzelnen Kategorien der MIA sinnvoll?

- **Ja**
  - **Nein**, Verbesserungsvorschläge: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 6. Vorbereitung/ Durchführung MIA

**6.1** Wie viel Zeit haben Sie für das Vorbereiten des Anamnesebogens benötigt?

- Keine
- 0- 10 Minuten
- 10- 30 Minuten
- Länger als 30 Minuten

**6.1.1** Wie bewerten Sie den Zeitaufwand für die Vorbereitung?

- Zu hoch
- Angemessen
- Zu niedrig

**6.2** Wie viel Zeit haben Sie für die Durchführung der MIA benötigt?

- 0- 20 Minuten
- 20- 40 Minuten

- 40- 60 Minuten
- Länger als 60 Minuten

**6.2.1** Wie bewerten Sie den Zeitaufwand für die Durchführung?

- Zu hoch
- Angemessen
- Zu niedrig

## 7. Inhalt der MIA

**7.1** Erachten Sie das Erfragen von kulturellen Hintergründen als sinnvoll?

- **Ja**, warum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- **Nein**, warum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.2** Misst die MIA Ihrem Empfinden nach die Inhalte, die Sie messen soll? (Face Validity)

- **Ja**
- **Nein**, warum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.3** Empfinden Sie die Inhalte der MIA als objektiv? *d.h. Das Testergebnis ist unabhängig vom Untersucher und externen Bedingungen.*

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Diese Fragen beziehen sich inhaltlich auf die einzelnen Kategorien der MIA und sollen pro Kategorie beantwortet werden. Unter der Frage „welche“ sollen Sie lediglich die Frage aus der MIA nennen.*

**7.4 Kategorie 1: Eltern/ Bezugspersonen**

Frage 1: Waren die Fragen der Kategorie deutlich?

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frage 2: Sind die Fragen/ Inhalte der Kategorie sinnvoll?

- **Ja**

- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 3: Fehlen Ihnen in der Kategorie bestimmte Inhalte?

- **Ja**, welche nicht und warum:

---

---

- **Nein**

Frage 4: Misst die Kategorie Ihrem Empfinden nach die Inhalte, die sie messen soll? (valide)

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 5: Sind Ihnen alle Abkürzungen der Kategorie bekannt?

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht: \_\_\_\_\_

---

### **7.5 Kategorie 2: Geschwister**

Frage 1: Waren die Fragen der Kategorie deutlich?

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 2: Sind die Fragen/ Inhalte der Kategorie sinnvoll?

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 3: Fehlen Ihnen in der Kategorie bestimmte Inhalte?

- **Ja**, welche und warum:

---

- 
- Nein**

Frage 4: Misst die Kategorie Ihrem Empfinden nach die Inhalte, die sie messen soll? (valide)

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---

---

### 7.6 Kategorie 3: Grund der Anmeldung

Frage 1: Waren die Fragen der Kategorie deutlich?

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 2: Sind die Fragen/ Inhalte der Kategorie sinnvoll?

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 3: Fehlen Ihnen in der Kategorie bestimmte Inhalte?

- Ja**, welche und warum:

---

---

- Nein**

Frage 4: Misst die Kategorie Ihrem Empfinden nach die Inhalte, die sie messen soll? (valide)

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---

---

### 7.7 Kategorie 4: Schwangerschaft, Geburt und Erkrankungen

Frage 1: Waren die Fragen der Kategorie deutlich?

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---



---

Frage 2: Sind die Fragen/ Inhalte der Kategorie sinnvoll?

- Ja**
- Nein**, welche und warum:

---

---

---

Frage 3: Fehlen Ihnen in der Kategorie bestimmte Inhalte?

- Ja**, welche und warum:

---

---

- Nein**

Frage 4: Misst die Kategorie Ihrem Empfinden nach die Inhalte, die sie messen soll? (valide)

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---

---

---

Frage 5: Sind Ihnen die Krankheiten in der Kategorie bekannt?

- Ja**
- Nein**, welche nicht:

---

---

---

### **7.8 Kategorie 5: Allgemeine Informationen zu Entwicklung und Verhalten**

Frage 1: Waren die Fragen der Kategorie deutlich?

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---

---

---

Frage 2: Sind die Fragen/ Inhalte der Kategorie sinnvoll?

- Ja**
- Nein**, welche nicht und warum:

---

---

---

Frage 3: Fehlen Ihnen in der Kategorie bestimmte Inhalte?

- **Ja**, welche und warum:

---

---

- **Nein**

Frage 4: Misst die Kategorie Ihrem Empfinden nach die Inhalte, die sie messen soll? (valide)

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

### 7.9 Kategorie 6: *Allgemeine Informationen zum sozialen Umfeld*

Frage 1: Waren die Fragen der Kategorie deutlich?

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 2: Sind die Fragen/ Inhalte der Kategorie sinnvoll?

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

Frage 3: Fehlen Ihnen in der Kategorie bestimmte Inhalte?

- **Ja**, welche und warum:

---

---

- **Nein**

Frage 4: Misst die Kategorie Ihrem Empfinden nach die Inhalte, die sie messen soll? (valide)

- **Ja**
- **Nein**, welche nicht und warum:

---

---

## 8. Abschließende Fragen

8.1 Verwenden Sie die MIA weiterhin?

- **Ja**, warum: \_\_\_\_\_

- 
- **Nein**, warum: \_\_\_\_\_
- 

8.2 Fänden Sie ein Online- Handbuch zur Handhabung der MIA sinnvoll?

- **Ja**
  - **Nein**, warum: \_\_\_\_\_
- 

8.3 Würden Sie die MIA weiter empfehlen?

- **Ja**, warum: \_\_\_\_\_
- 

- **Nein**, warum: \_\_\_\_\_
- 

## Abschluss

Vielen Dank für die Teilnahme an der Umfrage!

Haben Sie Interesse an den Ergebnissen der Umfrage?

- Ja
- Nein

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Unsere Kontaktdaten:

Antje Ricken [Al.Ricken@student.han.nl](mailto:Al.Ricken@student.han.nl)

Karolin Fries [KS.Fries@student.han.nl](mailto:KS.Fries@student.han.nl)

Kontakt Daten der Auftraggeberin:

Dr. phil. Wiebke Scharff Rethfeldt

E-Mail: [info@logo-com.net](mailto:info@logo-com.net)

Website: [www.logo-com.net/](http://www.logo-com.net/)

## Anhang 4: Implementierungsplan

### Einleitung

Bei unserer Implementierung halten wir uns an den PDCA- Zyklus nach Weigert (2007). Dieser dient dazu unsere Implementierung strukturiert aufzustellen. Der PDCA- Zyklus besteht aus vier Phasen:

<b>PLAN</b>	Zieldefinition und Maßnahmenplanung
<b>DO</b>	Umsetzung der Maßnahmen im kleinen Rahmen
<b>CHECK</b>	Überprüfung der Zielsetzung
<b>ACT</b>	Verbesserungsmaßnahmen, Umsetzung im großen Rahmen

### Anlass und Hintergrund der Implementierung

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit haben wir uns mit dem Thema „Implementation und Utilisation der Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese“ beschäftigt. Unsere Fragestellung war, ob jede Frage jeder Fragenkategorie der MIA für mehrsprachige Kinder in der logopädischen Praxis Evidenz-basiert ist. Die Anzahl der mehrsprachigen Kinder mit Migrationshintergrund in der logopädischen Praxis wächst stetig. Aufgrund dessen ist der Bedarf an Methoden und Diagnostikmaterial für mehrsprachige Kinder groß. Außerdem legt CPOLO die Relevanz der Evidenz-basierten Praxis (EBP) von neuen Methoden im logopädischen Bereich dar. Durch unser Projekt haben wir die wissenschaftliche Perspektive und die Expertenperspektive mithilfe von einer Literaturstudie und einer Umfrage aufgegriffen. Es kommt somit die Frage auf, in wie weit die MIA die Klientenperspektive der Evidenz-basierten Praxis erfüllt. Aufgrund der kleinen Stichprobe unserer Studie stellt sich die Frage, wie eine größere Stichprobe mit mindestens 30 Probanden die MIA einschätzt, um eine aussagekräftige Aussage zu treffen. Im folgendem wird erläutert, wie die neuen Erkenntnisse implementiert werden können.

#### PLAN

##### Ziel und Zielgruppe

###### Zielsetzungen

Die Ziele unserer Implementierung sind es, dass die Expertenperspektive der Evidenz-basierten Praxis in einem größeren Rahmen untersucht wird und, dass die MIA auf die Klientenperspektive hin, welche auch Teil der Evidenz-basierten Praxis ist, überprüft wird. Diese neuen Erkenntnisse tragen einen Teil zur wissenschaftlichen Forschung innerhalb der Logopädie bei und würden die MIA in allen Bestandteilen der EBP unterbauen. Die Ziele stellen wir im Folgenden nach SMART auf:

*Ziel 1: Nach unserer Implementierung wird ein neuer Projektantrag zur Untersuchung der Expertenperspektive bezüglich der MIA mit einer größeren Stichprobe von 30 Probanden an die Studenten der Logopädie gestellt.*

*Ziel 2: Nach unserer Implementierung wird ein neuer Projektantrag zur Untersuchung der Klientenperspektive bezüglich der MIA an die Studenten der Logopädie gestellt.*

###### Zielgruppe

Unsere Zielgruppe besteht aus Logopädiestudenten der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, die ihre Bachelorarbeit in den kommenden Jahren noch schreiben dürfen. Auch

unsere Auftraggeberin ist Teil unserer Zielgruppe, da sie den Projektantrag im folgenden Jahr an weitere Studenten stellen kann. Zukünftig werden auch LogopädInnen in logopädischen Praxen davon profitieren, da sie die MIA als Evidenz-basiertes Diagnostikmaterial in der Praxis nutzen können.

### **Produkt**

Das Produkt besteht aus einem neuen Projektantrag für weitere Bachelorarbeiten an der Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Folgende Aspekte sollten in dem Projektantrag vorhanden sein:

1. Anlass und Problembeschreibung
2. Ergebnisse
3. Fragestellungen und Zielsetzungen
4. Projekt (Beschreibung der Aktivitäten)
5. Ergebnis/ Endprodukt

### **DO**

Der Projektantrag wird geschrieben und an unsere Auftraggeberin weiter geleitet. Sie ist für die Aufstellung des Projektantrags verantwortlich und entscheidet, ob ein weiterer Projektantrag gestellt wird und welche Ziele dieser verfolgt.

### **CHECK**

Wir überprüfen die Ziele, in dem unsere Auftraggeberin einen neuen Projektantrag bestätigt und dieser in den kommenden Jahren für eine Bachelorarbeit zur Verfügung stellt. Dieser verfolgt die oben genannten Zielsetzungen zur Evidenz-basierten Untermauerung der MIA.

### **ACT**

In dieser Phase wird der Projektantrag gegebenenfalls überarbeitet und kann dann in einer Präsentation an die Studenten vorgestellt werden.

**Anhang 5: Eidstaatliche Erklärung**  
**Eidesstattliche Erklärung zur Bachelorarbeit**

Name: Ricken

Vorname: Antje

Name: Fries

Vorname: Karolin

Ich versichere, die Bachelorarbeit selbstständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben.

Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Kleve, den 24.05.2013



Antje Ricken

(Name)

(Unterschrift)



Karolin Fries

(Name)

(Unterschrift)

**Anhang 6: Überlassung der Nutzungsrechte**  
**Überlassung der Nutzungsrechte**

Antje Ricken (geb. 17.05.1988), Karolin Fries (geb. 20.02.1990),

Verfasserinnen der Bachelorarbeit

**“Die Multilingual und Interkulturell orientierte Anamnese im Kontext der Evidenzbasierten Praxis”**

erstellt im Studienjahr 2012/13 an der Hogeschool Arnhem en Nijmegen,

überlassen der Auftraggeberin (ggf. der Hochschule Arnhem und Nijmegen)

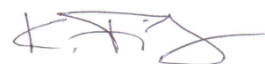
Fr. Dr. Scharff Rethfeldt, (LOGOCOM), Bremen, Deutschland

die Ergebnisse der oben genannten Abschlussarbeit zur Weiterverwertung. Sie erhält das einfache Nutzungsrecht im Sinne des § 31 Abs. 2 Urheberrechtsgesetz (Urhg). Dieses Nutzungsrecht ist zeitlich unbefristet und umfasst Festlegungen jeglicher Art (z.B. Software einschließlich Quellcode, Dokumentation, Geräte, Baugruppen, Verfahren, Zeichnungen u.ä.m.). Eine eventuelle wirtschaftliche Verwertung seitens der Auftraggeberin erfolgt nur mit Zustimmung der Verfasser der Abschlussarbeit unter deren angemessener Beteiligung am Ertrag.

Nijmegen, den 24.05.2013



Antje Ricken



Karolin Fries