

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of Applied Sciences

diploma.de

Bradaran

Multilingualität und Sprachtypologie

Studienheft Nr. 1343
1. Auflage 09/2024

Verfasserin

Dr. phil. Giulia Bradaran

Bachelor in Logopädie und Master in Therapiewissenschaften; Dozentin, Gutachterin und Prüferin an verschiedenen Hochschulen; Selbstständig in der Wissenschaftsberatung und dem Thesis-Consulting

Leseprobe

© by DIPLOMA Private Hochschulgesellschaft mbH

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

DIPLOMA Hochschule

University of Applied Sciences

Am Hegeberg 2

37242 Bad Sooden-Allendorf

Tel. +49 (0) 56 52 58 77 70, Fax +49 (0) 56 52 58 77 729

Hinweise zur Arbeit mit diesem Studienheft

Der **Inhalt** dieses Studienheftes unterscheidet sich von einem Lehrbuch, da er **speziell für das Selbststudium aufgearbeitet** ist.

In der Regel beginnt die Bearbeitung mit einer Information über den Inhalt des Lehrstoffes. Diese Auskunft gibt Ihnen das **Inhaltsverzeichnis**.

Beim Erschließen neuer Inhalte finden Sie meist Begriffe, die Ihnen bisher unbekannt sind. Die **wichtigsten Fachbegriffe** werden Ihnen übersichtlich in einem dem Inhaltsverzeichnis nachgestellten **Glossar** erläutert.

Den einzelnen Kapiteln sind **Lernziele** vorangestellt. Sie dienen als Orientierungshilfe und ermöglichen Ihnen die Überprüfung Ihrer Lernerfolge. Setzen Sie sich **aktiv** mit dem Text auseinander, indem Sie sich Wichtiges mit farbigen Stiften kennzeichnen. Betrachten Sie dieses Studienheft nicht als "schönes Buch", das nicht verändert werden darf. Es ist ein **Arbeitsheft, mit und in dem Sie arbeiten** sollen.

Zur **besseren Orientierung** haben wir Merksätze bzw. besonders wichtige Aussagen durch Fettdruck und/oder Einzug hervorgehoben.

Lassen Sie sich nicht beunruhigen, wenn Sie Sachverhalte finden, die zunächst noch unverständlich für Sie sind. Diese Probleme sind bei der ersten Begegnung mit neuem Stoff ganz normal.

Nach jedem größeren Lernabschnitt haben wir Übungsaufgaben eingearbeitet, die mit „**SK = Selbstkontrolle**“ gekennzeichnet sind. Sie sollen der Vertiefung und Festigung der Lerninhalte dienen. Versuchen Sie, die ersten Aufgaben zu lösen und die Fragen zu beantworten. Dabei werden Sie teilweise feststellen, dass das dazu erforderliche Wissen nach dem ersten Durcharbeiten des Lehrstoffes noch nicht vorhanden ist. Gehen Sie diesen Inhalten noch einmal nach, d. h. durchsuchen Sie die Seiten gezielt nach den erforderlichen Informationen.

Bereits während der Bearbeitung einer Frage sollten Sie die eigene Antwort schriftlich festhalten. Erst nach der vollständigen Beantwortung **vergleichen Sie Ihre Lösung mit dem** am Ende des Studienheftes **angegebenen Lösungsangebot**.

Stellen Sie dabei fest, dass Ihre eigene Antwort unvollständig oder falsch ist, müssen Sie sich nochmals um die Aufgabe bemühen. Versuchen Sie, jedes behandelte Thema vollständig zu verstehen. **Es bringt nichts, Wissenslücken durch Umblättern zu übergehen**. In vielen Studienfächern baut der spätere Stoff auf vorhergehendem auf. Kleine Lücken in den Grundlagen verursachen deshalb große Lücken in den Anwendungen.

Zudem enthält jedes Studienheft **Literaturhinweise**. Sie sollten diese Hinweise als ergänzende und vertiefende Literatur bei Bedarf zur Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik betrachten. Finden Sie auch nach intensivem Durcharbeiten keine zufriedenstellenden Antworten auf Ihre Fragen, **geben Sie nicht auf. Wenden Sie sich** in diesen Fällen schriftlich oder

fernmündlich **an uns**. Wir stehen Ihnen mit Ratschlägen und fachlicher Anleitung gern zur Seite.

Wenn Sie **ohne Zeitdruck** studieren, sind Ihre Erfolge größer. Lassen Sie sich also nicht unter Zeitdruck setzen. **Pausen** sind wichtig für Ihren Lernfortschritt. Kein Mensch ist in der Lage, stundenlang ohne Pause konzentriert zu arbeiten. Machen Sie also Pausen: Es kann eine kurze Pause mit einer Tasse Kaffee sein, eventuell aber auch ein Spaziergang an der frischen Luft, sodass Sie wieder etwas Abstand zu den Studienthemen gewinnen können.

Abschließend noch ein formaler Hinweis: Sofern in diesem Studienheft bei Professionsbezeichnungen und/oder Adressierungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form Verwendung findet (z. B. „Rezipienten“), sind dennoch alle sozialen Geschlechter, wenn kontextuell nicht anders gekennzeichnet, gemeint.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Bearbeitung dieses Studienheftes.

Ihre

DIPLOMA
Private Hochschulgesellschaft mbH

Leseprobe

Inhaltsverzeichnis	Seite
<i>Glossar</i>	6
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	7
<i>Tabellenverzeichnis</i>	7
1 Einleitung	9
2 Multilingualität: Hinführung zur Thematik	10
2.1 Zeitpunkt des Erwerbs der Zweitsprache	12
2.2 Sprachdominanz	12
2.3 Sprachpräferenz	13
2.4 Sprachinput	13
3 Bedeutung von Multilingualität für das Sprachsystem	17
3.1 Phasenmodell nach Volterra	17
3.2 Sprachmischungen und Transferleistungen	18
3.3 Exkurs: Auswirkung auf weitere Ebenen	20
4 Besondere Anforderungen für die logopädische Diagnose und Therapie	22
4.1 Diagnose SSES bei Mehrsprachigkeit	22
4.2 Frühintervention und Folgen falscher Diagnosen	26
4.3 Therapie bilingualer Kinder	26
4.4 Sprachbarrieren	28
4.5 Lösungsansätze	32
4.6 Kulturelles Gesundheitsverständnis	35
5 Sprachtypologie: Hinführung zur Thematik	39
5.1 Linguistische Ebenen zum Sprachvergleich	40
5.2 Phonologische Typologie	42
5.3 Morphologische Typologie	42
5.4 Syntaktische Typologie	43
6 Fazit	45
<i>Lösungen der Übungsaufgaben</i>	<i>46</i>
<i>Literaturverzeichnis</i>	<i>49</i>

Glossar

ESGRAF-MK	Evozierte Diagnostik grammatischer Fähigkeiten für mehrsprachige Kinder
HAVAS	Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-Jährigen
ICD-10	Internationale Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation 10. Revision, German Modification
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen
L1	Erstsprache
L2	Zweitsprache
LiSe-DaZ	Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache
SCREEMIK-2	Das Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern
SFD	Sprachstandsüberprüfung und Förderdiagnostik für Ausländer- und Aussiedlerkinder
SISMIK	Beobachtungsbogen zum Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen
SKREENIKS	Screening der kindlichen Sprachentwicklung
SSES	Spezifische Sprachentwicklungsstörung

1 Einleitung

Schwerpunkt des folgenden Studienheftes ist das Thema Multilingualität. Ergänzend dazu wird der Aspekt der Sprachtypologie inhaltlich dargestellt.

Mehrsprachigkeit ist von einer hohen Variabilität geprägt. Ein mehrsprachiger Verlauf wird zum Beispiel dadurch charakterisiert, wann welche Sprachen erworben werden, welcher Input zu welchem Ausmaß entscheidend ist.

Das führt gleichzeitig dazu, dass sich die Sprachen auch bedingen und beeinflussen und darauf Sprachmischungen existieren. Im Rahmen des Studienheftes wird folglich erarbeitet, welche Bedeutung Multilingualität für das Sprachsystem und weitere Dimensionen besitzt.

Die Komplexität von Multilingualität wirkt sich gleichzeitig auf Diagnostik und Therapie im logopädischen Alltag aus, sodass dieser Themenkomplex ebenso ein Kapitel des Studienhefts darstellt. Hierbei wird vor allem die Herausforderung der Diagnosestellung unterstrichen sowie allerdings auch das Potenzial einer bilingualen Therapie thematisiert.

Neben der Schwierigkeit der Diagnosestellung existieren allgemeinere Aspekte von Multilingualität, welche die Therapie beeinflussen bzw. erschweren können. Hierbei handelt es sich um Sprachbarrieren sowie kulturell geprägte Muster. Diese werden im Detail aufgezeigt und mögliche Lösungsansätze generiert.

Die verschiedenen Sprachen, welche von Personen erworben werden können, zeichnen sich dadurch aus, dass sie anhand verschiedener Parameter bzw. Ebenen miteinander verglichen werden können.

Diese Ebenen werden im Rahmen des Studienheftes aufgegriffen und beispielhaft aufgezeigt, wie diese genutzt werden können, um Sprachen zu typologisieren. Das Heft endet mit der Relevanz der Typologie für den logopädischen Alltag.

2 Multilingualität: Hinführung zur Thematik

Lernziele:

Nach dem Studium dieses Kapitels sind Sie in der Lage,

- verschiedene Parameter wiederzugeben, die hinzugezogen werden, um Mehrsprachigkeit greifbar zu machen.
- fundiertes, wissenschaftliches Wissen zu den unterschiedlichen Parametern wiederzugeben.

Laut Statistischem Bundesamt (2023) konnte in den letzten Jahren ein Anstieg an Nettozuwanderungen konstatiert werden. Im Februar 2023 lag in Deutschland laut Statistischem Bundesamt (2023) ein Wanderungsüberschuss von rund 57000 Personen vor. Die nach Deutschland zugewanderten Personen kamen aus unterschiedlichen Staaten (z. B. Türkei, Syrien oder Polen). Zur Kategorisierung dieser Personen werden verschiedene Merkmale hinzugezogen.

Zunächst kursieren mehrere Begriffe rund um die Kategorisierung von Personen, die aus einem anderen Land kommen, eine andere Staatsbürgerschaft aufweisen etc. Hierbei handelt es sich schwerpunktmäßig um im Folgenden aufgelistete Begrifflichkeiten:

- Ausländer/-in
- Migrant/-in
- Migrationshintergrund
- Zuwandernde
- Einwandernde
- Flüchtling

Innerhalb verschiedener Beiträge, Studien sowie statistischen Erhebungen werden diese Begrifflichkeiten genutzt; teilweise synonym, teilweise werden sie strikt voneinander unterschieden. Um eine Differenzierung vorzunehmen, werden verschiedene Parameter hinzugezogen:

- Geburtsland
- Staatsangehörigkeit
- Geburtsland der Eltern
- Einwanderung/Zuwanderung
- Grund der Einwanderung

Sie ermöglichen es eine Kategorisierung der Personen vorzunehmen. Im Folgenden werden Definitionen vorgestellt, welche dem aktuellen Glossar „Migration – Integration – Flucht & Asyl“ der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) entnommen wurden. Selbstverständlich sind in verschiedenen Artikeln oder Definitionen andere Differenzierungen vorzufinden. Die folgende Darstellung stellt demnach eine sinnvolle Möglichkeit dar. Die folgenden Definitionen werden unter anderem auch vom Statistischen Bundesamt genutzt. Es wird daher von einer größeren Bandbreite an Übereinstimmungen ausgegangen.

1. Personen, die keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen sind laut bpb (2023) Ausländer/-innen. Für diese Definition wird folglich das Merkmal der Staatsangehörigkeit hinzugezogen.
2. Der Begriff „Migrant/-in“ fungiert als Oberbegriff für zugewanderte oder eingewanderte Personen. Es wird davon ausgegangen, dass es sich hierbei um Personen handelt, die nicht in Deutschland geboren sind und demnach nach Deutschland gezogen sind (bpb 2023). Es liegt folglich auf der Hand, dass dieser Oberbegriff die Begrifflichkeiten „Zuwandernde“ und „Einwandernde“ inkludiert. In diesem Fall ist hierbei für die Dimension „Geburtsland“ und die der „Zuwanderung/Einwanderung“ entscheidend.
3. Migranten/Migrantinnen und Flüchtlinge werden in der Regel dahingehend unterschieden, ob sie „freiwillig“ in ein anderes Land ziehen oder dies aus Angst (Krieg, Verfolgung, Armut usw.) erfolgt im Sinne einer Flucht (bpb 2023).
4. Der Begriff „Migrationshintergrund“ zielt vor allem darauf ab, die Nachkommen eingewanderter Personen zu beschreiben. Jemand hat einen Migrationshintergrund, wenn er oder sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt (bpb 2023).

Merke: Einer Person, welche mehre Merkmale aufweist, können demnach auch mehrere Definitionen richtig zugeordnet werden. Eine Person, die nicht in Deutschland, sondern im Ausland geboren ist und gleichzeitig eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit aufweist und nach Deutschland zugewandert ist, ist gleichzeitig ein/e Ausländer/-in, Migrant/-in oder ein Zuwanderer/eine Zuwanderin. Eine Person, die hingegen in Deutschland geboren ist, eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt und ein Elternteil Migrant/-in ist, weist nur einen Migrationshintergrund auf und ist kein/e Ausländer/-in oder Migrant/-in.

Neben Parametern wie dem Geburtsland, der Staatsangehörigkeit etc. können mehrsprachige Personen anhand der Anzahl sprechender Sprachen kategorisiert werden.

Die Begrifflichkeiten „Bilingualität“ und „Zweisprachigkeit“ sind hierbei als synonym anzusehen. Sie implizieren, dass eine Person zwei Sprachen beherrscht. Die Begriffe „Multilingualität“ bzw. „Mehrsprachigkeit“ hingegen implizieren, dass eine Person mehr als zwei Sprachen spricht. Das Beherrschen der Sprache bezieht sich hierbei auf die mündliche oder schriftliche Anwendung der Sprachen.

Die zugewanderten Personen sprechen unterschiedliche Sprachen und Dialekte. Die Anzahl der gegenwärtig gesprochenen Sprachen lässt sich nicht genau feststellen. Dies liegt unter anderem auch daran, dass eben diese Dialekte gesprochen werden und eine Kategorisierung dadurch erschwert ist.

Zweisprachigkeit bzw. Mehrsprachigkeit (auf die Differenzierung wird im folgenden Kapitel spezifischer eingegangen) ist aufgrund des Facettenreichtums schwer greifbar: Der Erwerb mehrerer Sprachen lässt sich anhand unterschiedlicher Dimensionen unterscheiden.

Die wichtigsten Parameter sind hierbei:

- Anzahl der erworbenen Sprachen
- Zeitpunkt der erworbenen Sprachen
- Sprachinput und Sprachdominanz der Sprachen
- Sprachpräferenzen und Einstellungen zu den Sprachen

Der Erwerb mehrerer Sprachen wirkt sich dabei nicht nur auf das Sprachsystem aus, sondern kann weitere Bereiche tangieren. Auch in Bezug auf die Diagnostik und Therapie nimmt Mehrsprachigkeit eine besondere Stellung ein. Auf diese Besonderheiten wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

2.1 Zeitpunkt des Erwerbs der Zweitsprache

Kinder können je nach Erwerbszeitpunkt der Zweitsprache, in der Literatur häufig auch als L2 bezeichnet, in drei Erwerbstypen unterteilt werden:

1. Simultane Bilingualität (0–3 Jahre): Hierbei werden die beiden Sprachen gleichzeitig, parallel erlernt. Das Kind ist den beiden Sprachen zum selben Zeitpunkt ausgesetzt.
2. Früh-sukzessive Bilingualität (3–5 Jahre): Dieser Erwerbstyp charakterisiert sich dadurch, dass der L2-Erwerb in der Regel dann einsetzt, wenn die Erstsprache (L1) in ihren Grundbausteinen schon erworben wurde (vgl. Rothweiler, Kroffke 2010). Der Erwerb der beiden Sprachen erfolgt versetzt. In der Regel erfolgt der Einsatz der zweiten Sprache hierbei mit Eintritt in die Kindertagesstätte (vgl. Rothweiler, Kroffke 2010). Es wird davon ausgegangen, dass hierbei der Erwerb der zweiten Sprache bei ausreichendem Input der Sprachentwicklung monolingualer Kinder gleicht; hinsichtlich der zu erwerbenden Meilensteine (vgl. Chilla et al. 2010). Müller et al. (2011) unterscheiden zudem beim sukzessiven Erwerb zwischen dem natürlichen Erwerb zweier Sprachen oder dem gesteuerten Erwerb, d. h. im Sinne eines formalen Unterrichts. Bei der gesteuerten Form sprechen Müller et al. (2011) bereits von einer Sprache als Fremdsprache.
3. Kindlicher Zweitspracherwerb (5–10 Jahre): Es wird davon ausgegangen, dass der Erwerb einer zweiten Sprache nach dem 5. Lebensjahr beginnt, dass dann von einem kindlichen Zweitspracherwerb gesprochen wird. An unterschiedlichen Stellen im Rahmen der Literatur findet man hierzu auch den allgemeinen Begriff „Zweitspracherwerb“. Kannengießer zum Beispiel benutzt diesen Begriff für einen Erwerb der zweiten Sprache im Schulalter und (nach der Pubertät) im Erwachsenenalter. Sie unterscheidet in diesem Rahmen den Sprachunterricht in der Schule, welcher institutionell ausgerichtet ist und bezeichnet den Erwerb einer Sprache hierbei, welche im alltäglichen Leben der Person nur eine geringe Rolle spielt als „Fremdspracherwerb“.

Die vorangegangene Differenzierung gilt als Richtlinie. Es kursieren im Rahmen der Literatur unterschiedliche Definitionen der Begrifflichkeiten. Sie werden teilweise voneinander abgegrenzt sowie allerdings auch synonym verwendet bzw. werden ihnen unterschiedliche Merkmale zugeschrieben.

2.2 Sprachdominanz

Die Begrifflichkeit „Sprachdominanz“ wird im Rahmen der Literatur sowie wissenschaftlichen Studien hinzugezogen, um den multilingualen Spracherwerb zu charakterisieren. Es existiert hierfür nicht **die** Definition, es werden vielmehr verschiedene Schwerpunkte gesetzt.

- Laut Müller et al. (2011) handelt es sich bei der dominanten Sprache allgemein um die weiter entwickelte Sprache des Kindes.
- Bernadini & Schlyter (2004) bezeichnen die dominantere Sprache als diejenige mit einem entwickelten grammatischen System.
- Schlyter (1993) geht von einem umfangreicheren Lexikon der dominanteren Sprache sowie der Sprachpräferenz eines Kindes aus.

- Bedore et al. (2012) machen die Sprachdominanz am Level des aktuellen sprachlichen Inputs fest.
- Hoff et al. (2012) verweisen darauf, dass die Familiensprache über die Dominanz der Sprachen entscheidet.
- Petersen (1988) und Bernadini & Schlyter (2004) gehen hingegen davon aus, dass Sprachmischungen als Indiz dafür gelten, welche Sprache dominanter ist.

Wozu dient die Festlegung der Sprachdominanz?

Es wird davon ausgegangen, dass die Sprachdominanz eines bilingualen Kindes mit verschiedenen sprachlichen Fähigkeiten einhergeht. In einer Studie von La Morgia (2011) konnte festgestellt werden, dass sich bilingual englisch-italienisch aufwachsende Kinder mit Italienisch als schwacher Sprache bezüglich ihrer sprachlichen Leistungen signifikant von denen mit Italienisch als starker Sprache unterscheiden.

2.3 Sprachpräferenz

Der Begriff „Sprachpräferenz“ wird im Rahmen der Literatur teilweise von dem der „Sprachdominanz“ differenziert, wobei Sprachpräferenz und Sprachdominanz häufig miteinander einhergehen können. Unter Sprachpräferenz wird in der Regel bei Kindern das Vorziehen einer Sprache gegenüber einer anderen in einem kommunikativen Kontext verstanden (vgl. Müller et al. 2011; Döpke 2001). Präferenzen können liegen in der:

- Umgebungssprache: Lippert (2010) beschreibt in einer Interventionsstudie zu bilingual italienisch-deutschen Kindern aus Rom, dass diese die italienische Sprache und demnach die Umgebungssprache präferierten.
- Die Familiensprache: Als Grund für eine Sprachpräferenz werden neben dem Faktor „Umgebungssprache“ mehrheitlich auch emotionale Bindungen zu der jeweiligen Sprache oder das Sprachprestige angesehen (vgl. Patuto 2012).
- Sprachfähigkeiten: Geringere Kompetenzen in einer Sprache im Sinne eines weiter entwickelten sprachlichen Systems werden als Ursache hierfür hinzugezogen.

Aus einer Sprachpräferenz kann auch die Verweigerung der anderen Sprache resultieren. In einer Studie beschreibt Lippert (2010) z. B., dass die integrierten bilingual italienisch-deutschen Kinder die deutsche Sprache zwar verstanden, aber sich weigerten diese zu sprechen.

2.4 Sprachinput

Unter Sprachinput wird das Sprachangebot verstanden, dass Kinder aus ihrer Umwelt erhalten (vgl. Szagun, Steinbrink, Franik & Stumper, 2006). In diesem Rahmen spielt sowohl die Qualität als auch die Quantität des jeweiligen sprachlichen Inputs eine entscheidende Rolle.

Bezüglich des sprachlichen Inputs hat sich die Kategorisierung von Romaine (1988) bis dato etabliert. Sie unterscheidet zwischen sechs Typen bzw. sechs Methoden zur bilingualen Erziehung von Kindern. Im Fokus stehen hierbei die Sprachen, welche die Eltern sprechen sowie die Sprache der Umgebung.

1. Typ 1: one person – one language: Die Eltern haben beide eine unterschiedliche Muttersprache und sprechen diese auch jeweils mit dem Kind.
2. Typ 2: one language – one environment, non-dominant home language without community support: Die Eltern sprechen ebenso zwei verschiedene Muttersprachen. Ein Elternteil spricht zusätzlich die Umgebungssprache. Es wird allerdings trotzdem stets die Nicht-Umgebungssprache gesprochen.
3. Typ 3: double non-dominant home language without community support: Die Eltern haben dieselbe Muttersprache und sprechen ausschließlich diese mit dem Kind. Außerhalb des häuslichen Umfeldes wird das Kind mit der Umgebungssprache konfrontiert. Das kann zum Beispiel bei Eintritt in die Kindertagesstätte erfolgen.
4. Typ 4: zwei Sprachen zu Hause – eine andere aus der Umgebung. Die Eltern sprechen jeweils in einer anderen Sprache mit dem Kind und das Kind wird zusätzlich mit einer anderen Umgebungssprache konfrontiert. Das Kind wächst demnach mit drei Sprachen auf.
5. Typ 5: non-native parents: Beide Elternteile sprechen die Erstsprache des Kindes. Ein Elternteil entschließt sich allerdings die L2 mit dem Kind zu sprechen.
6. Typ 6: mixed languages (gemischte Sprachen): In diesem Fall sind beide Elternteile bilingual und die beiden Sprachen werden stets gemischt.

Es wird davon ausgegangen, dass ca. 60 % Input in einer Sprache für bilinguale Kinder ausreicht, um mit monolingualen Kindern vergleichbar zu sein (vgl. Hoff & Core 2013; Cattani et al. 2014). Auch Pearson (2007) konnte signifikante Unterschiede in lexikalischen Leistungen von bilingualen Kindern mit unterschiedlichem Sprachinput feststellen.

Im Umkehrschluss ist bei früh-sukzessiv bilingualen Kindern aufgrund des späteren Erwerbs der L2 und demnach geringerem Input im Kindergarten- und Grundschulalter, von niedrigeren sprachlichen Leistungen in der L2 auszugehen (vgl. Jeuk, 2003; Klassert, Kauschke & Gagarina, 2009).

Neben der Quantität wird auch der Qualität des sprachlichen Inputs eine große Bedeutung zugesprochen (vgl. Schmidt 2014). Vor allem dem Bildungsstand der Mutter wird hierbei eine beträchtliche Rolle zugeschrieben. Ein niedriger sozioökonomischer Status wird analog dazu als Risikofaktor für Sprachentwicklungsstörungen des Kindes angesehen (vgl. Pena, Gillam, Bedore & Bohmann 2011; Schuele 2001). In unterschiedlichen Studien konnte dies unterstrichen werden. Hierbei schnitten Kinder mit Müttern mit niedrigerem Bildungsstand in Bezug auf die sprachlichen Leistungen schlechter ab als Kinder mit Müttern und höherem Bildungsstand (Paradis 2009; Grimm 2001; Kiese-Himmel 2005).

Die Qualität sowie auch die Quantität des sprachlichen Inputs können im Laufe der Sprachentwicklung eines Kindes variieren. Die Rahmenbedingungen können sich hierbei verändern. Das beste Beispiel hierfür ist der Eintritt in die Kindertagesstätte. Hierbei kommt es automatisch zu einer Erhöhung des Inputs in der L2, was vor allem bei sukzessiv-bilingualen Kindern zu einem modifizierten sprachlichen Input führt.

Weiterhin zeigte eine Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI 2005), dass bilingual deutsche Eltern mit ihren Kindern bei Kindergarten- oder Schuleintritt vermehrt in der Umgebungssprache reden, um die Deutschfähigkeiten zu unterstützen. Modifikationen des Inputs können sich förderlich sowie hinderlich auf die beiden Sprachen auswirken.

Erhöhungen des Inputs in der L2 können zum Beispiel zu Abbauprozessen in der L1 mit sich ziehen, welche Strukturen betreffen (vgl. Gagarina 2013; Chilla et al. 2010).

Merke: Der bilinguale kindliche Spracherwerb lässt sich anhand der Parameter Zeitpunkt der Sprache, Sprachdominanz, Sprachpräferenz und Sprachinput zumindest etwas charakterisieren. Trotz allem bleibt der mehrsprachige Erwerb komplex und sehr individuell. Die Faktoren weisen eine hohe Variabilität auf. Zudem können Sie modifizierenden Rahmenbedingungen ausgesetzt werden, welche wiederum zu einer Erhöhung der Variabilität führen.

Leseprobe

Übungsaufgaben zur Selbstkontrolle

SK

1. Wie können bilinguale Kinder hinsichtlich ihres Zeitpunktes des Erwerbs der beiden Sprachen voneinander unterschieden werden?
2. Was ist das entscheidende Unterscheidungsmerkmal zwischen monolingual und bilingualen Kindern?
3. Definieren Sie kurz die Parameter: Sprachpräferenz, Sprachdominanz und Sprachinput.

Leseprobe

4. Skizzieren Sie kurz die Phasen nach Volterra & Taeschner (1978).
5. Was wird konträr zu Volterra aktuell im Rahmen der Mehrsprachigkeitsforschung bezüglich der Sprachsysteme unterstrichen?

Leseprobe

4 Besondere Anforderungen für die logopädische Diagnose und Therapie

Lernziele:

Nach dem Studium dieses Kapitels sind Sie in der Lage,

- Herausforderungen für die logopädische Therapie bei Konfrontation mit Mehrsprachigkeit nachzuvollziehen.
- Folgen falscher Diagnosen wiedergeben.
- wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich bilingualer Therapie wiederzugeben.
- Sprachbarrieren allgemein einordnen zu können.
- einen Einblick in kulturell geprägte Tendenzen zu geben.

4.1 Diagnose SSES bei Mehrsprachigkeit

Im Rahmen der Therapie mehrsprachiger Kinder werden Sprachtherapeuten/Sprachtherapeutinnen mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Zum einen ist es möglich, dass die Erziehungsberechtigten über unzureichende Deutschkenntnisse verfügen (siehe Kapitel „4 Sprach- und kulturelle Barrieren“).

Weiterhin besteht die Problematik der Einordnung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder in:

1. unauffälliger bilingualer Spracherwerb
2. Sprachförderbedarf in der L2 (Deutsch)
3. spezifische Sprachentwicklungsstörung

Vor allem eine Differenzierung zwischen 2. und 3. ist deshalb erschwert, da zur Einordnung die sprachlichen Fähigkeiten in beiden zu erwerbenden Sprachen untersucht und bewertet werden müssen. Des Weiteren stellt die Tatsache, dass mangelnde L2-Kenntnisse im Bereich der Grammatik bei früh-sukzessiv bilingualen Kindern in ihrer Ausprägung oftmals den Symptomen einer SSES ähneln (vgl. Penner 2003; Armon-Lotem 2012). Das erschwert eine Differenzierung für Therapeuten/Therapeutinnen deutlich.

Eine spezifische Sprachentwicklungsstörung bei bilingualen Kindern verläuft in der Regel ähnlich:

- Ebenso wie bei monolingualen Kindern tritt eine SSES ohne neurologische, sensorische oder emotionale Ursachen auf (vgl. Kohnert 2010; Chilla et al. 2010).
- Ebenso kann hier keine Intelligenzminderung festgestellt werden (vgl. Keilmann, Braun & Schöler 2005)
- Auch bei bilingualen Kindern können alle oder punktuell linguistische Ebenen betroffen sein (Phonetik/Phonologie; Morphologie/Syntax; Semantik/Lexikon; Kommunikation/Pragmatik).
- Auch kann eine SSES bei bilingualen Kindern in Form einer rezeptiven oder expressiven Störung vorliegen (Internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, der ICD-10).

Merke: Der entscheidende Unterschied zwischen monolingualen Kindern mit einer SSES und bilingualen Kindern mit einer SSES ist, dass bilinguale Kinder in beiden Sprachen jeweils schlechtere Leistungen erzielen als sprachlich unauffällige Kinder des gleichen Alters (vgl. Gutiérrez-Clellen et al. 2009; Genesee et al. 2004; Kohnert 2010).

Bei bilingualen Kindern werden vor allem rezeptive und expressive Defizite im Bereich der Morphologie/Syntax als entscheidend eingestuft. Man spricht in diesem Rahmen von klinischen Markern (vgl. Armon-Lotem 2012; Bedore & Leonard 2001; Gutiérrez-Clellen & Simon-Cerejido 2007; Grimm & Schulz 2013).

In der Regel handelt es sich auf der Ebene Morphologie/Syntax um Morpheme, kleinste Spracheinheiten mit bedeutender grammatischer Funktion. Hierzu gehören zum Beispiel Verbindungen, die größte Schwierigkeit für Kinder mit einer SSES darstellen. In jeder Sprache gibt es verschiedene klinische Marker, die für Kinder mit einer SSES als entscheidend gelten.

Die sprachlichen Phänomene bilingualer Kinder unterscheiden sich allerdings je nach Sprachen, die von dem Kind erworben werden, sodass die Defizite nicht von der einen auf die andere Sprache übertragen werden können. Dies kann durch die unterschiedlichen phonologischen bzw. prosodischen Merkmale einer Sprache begründet werden sowie die jeweiligen Regeln der zugrundeliegenden Sprachen.

- Englischsprachige Kinder mit einer SSES weisen zum Beispiel Probleme mit der Tempusmarkierung auf (vgl. Rice & Wexler 1996; Marshall & Van der Lely 2006).
 - ➔ Italienischsprachige oder schwedische Kinder mit einer SSES zeigen vergleichsweise keine signifikanten Unterschiede zu sprachlich normalentwickelten Kindern diesbezüglich auf (vgl. Leonard 2009, Bedore & Leonard 2001).
- Kinder, welche eine germanische Sprache lernen, kennzeichnen sich bei einer SSES durch Schwierigkeiten mit der Verb-Zweitstellung und der Verbflexion der 3. Person Singular. Dies konnten Rothweiler, Chilla & Clahsen (2012) anhand monolingual deutscher Kinder, aber auch Wexler, Schaeffer & Bol (2004) für niederländische Kinder mit einer SSES aufzeigen.
- Italienische Kinder zeigen in diesem Rahmen mehrheitlich Schwierigkeiten mit Funktionswörtern wie der Produktion von direkten Objektpronomen (vgl. Bortolini & Leonard 1996; Leonard & Bortolini 1998).

Diese sprachengebundenen Schwierigkeiten mit bestimmten Strukturen konnten auch für bilingual Kinder mit einer SSES festgestellt werden. Rothweiler et al. (2012) z. B. zeigten dies für bilingual sukzessiv türkisch-deutsche Kinder.

Doch wie kann man mit diesen beiden Problemen im realen praktischen Alltag als Sprachtherapeut/-in umgehen?

Unterschiedliche Studien verweisen hierbei darauf, dass im Rahmen des praktischen Alltags bei bilingualen Kindern mehrheitlich die sprachlichen Fähigkeiten in der Zweitsprache, d. h. des Deutschen überprüft werden (vgl. Nayeib, Wallby, Salameh & Sarkadi 2014). Teilweise werden in diesem Rahmen deutschsprachige Verfahren hinzugezogen.

Für die Beurteilung der L1-Fähigkeiten werden in der Regel die Eltern hinzugezogen. Sie werden danach gefragt, wie die sprachliche Entwicklung des Kindes in der L1 verläuft.

Hier stellt sich allerdings die Frage, wieso keine Test- oder Screeningverfahren mehrheitlich hinzugezogen werden. Bei einem monolingualen Kind werden in der Regel sofort Testverfahren genutzt wie die PDSS oder der AWST-R oder der SETK 3-5. Die folgenden Kapitel geben einen Einblick in mögliche Testverfahren für bilinguale Kinder, woraufhin im darauffolgenden Kapitel die hierbei aufgetauchte Frage beantwortet wird.

Wie ersichtlich geworden ist, gleicht der Erwerb der deutschen Sprache für bilinguale Kinder den Meilensteinen des monolingualen Erwerbs. Dieser läuft allerdings versetzt ab. Es ist folglich nicht möglich Textverfahren zu nutzen, welche für monolinguale Kinder genutzt werden. Das ist eventuell nur möglich bei Kindern, welche einen Input >80 % aufweisen. Bei einem 4-jährigen Kind, das mit 4 erst damit konfrontiert wurde, ist dies allerdings offensichtlich nicht möglich.

Doch welche Verfahren stehen Sprachtherapeuten/Sprachtherapeutinnen zur Verfügung?

Name	Kürzel	Autor und Jahr
Beobachtungsbogen zum Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen	SISMIK	Ulich & Mayr (2003)
Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache	LiSe-DaZ	Schulz & Tracy (2011)
Screening der kindlichen Sprachentwicklung	SKREENIKS	Wagner (2014)
Evozierte Diagnostik grammatischer Fähigkeiten für mehrsprachige Kinder	ESGRAF-MK	Motsch (2011)
Das Screening der Erstsprachfähigkeit bei Migrantenkindern	SCREEMIK 2	Wagner (2008)
LOGwords PRO PLUS	LOGwords	Günthert, Brunner (2012)
Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-Jährigen	HAVAS 5	Reich & Roth (2004)
Sprachstandsüberprüfung und Förderdiagnostik für Ausländer- und Aussiedlerkinder	SFD	Hobusch, Lutz & Wiest (2020)

Tabelle 1: Übersicht der zur Verfügung stehenden Verfahren, Quelle: Eigene Darstellung

In Kapitel 3.1.2 wurde beschrieben, welche Ansätze verfolgt werden, um mit bilingualen Kindern umzugehen. Mehrheitlich werden lediglich die L2-Fähigkeiten überprüft und das mehrwiegend mittels Sprachtests, die eigentlich für monolingual mit Deutsch aufwachsenden Kindern konzipiert wurden.

Aus der systematischen Literaturrecherche konnten insgesamt vier Studien identifiziert werden, welche Aussagen darüber erlauben. Hierbei handelt es sich um folgende Studien:

1. Interventionsstudie im Vorher-Nachher Design von Lugo-Neris, Jackson & Goldstein (2010)
2. randomisiert kontrollierte Studie von Ebert, Kohnert, Pham, Rentmeester Disher & Payesteh (2013)
3. randomisiert kontrollierte Studie von Restrepo, Morgan & Thompson (2013)
4. randomisiert kontrollierte Studie von Thordardottis, Cloutier, Ménard, Pelland-Blais & Rvachew (2015)

Aus dem Review ergibt sich folgende Studiensynthese, welche hieraus entnommen wurde:

„Unabhängig davon, ob das durchgeführte Sprachtraining monolingual oder bilingual durchgeführt wurde, erzielten Kinder in den Interventionsgruppen signifikant bessere Ergebnisse als Kinder der Kontrollgruppe. Dies spricht zunächst für positive Interventionseffekte. Unterschiede zwischen den sprachlichen Leistungen der Kinder in der L2 konnten anhand monolingualer oder bilingualer Sprachtrainings nicht festgestellt werden. Im Rahmen beider Interventionen wurden Verbesserungen in der L2 erzielt. In zwei integrierten Studien wurden jedoch auch positive Effekte des bilingualen Trainings aufgezeigt. Zum einen erzielten Kinder mit besseren L1-Fähigkeiten bessere rezeptive und expressive Leistungen. Zum anderen konnten Kinder nach dem bilingualen Training Wörter in der L2 besser beschreiben als nach dem monolingualen Training. Zudem wurden durch das bilinguale Training im Gegensatz zu dem einsprachigen Training neben den L2-Fähigkeiten auch die L1-Fähigkeiten der Kinder verbessert.“

Merke: Zusammenfassend erlauben die Studienergebnisse der vier integrierten Studien folgende Synthese: Mittels eines rein auf der Zweitsprache basierenden Sprachtrainings werden nur Ergebnisse in der L2 eines bilingual aufwachsenden Kindes erzielt. Die Erfolge in der L2 werden hierbei nicht automatisch auf die L1 transferiert. Ein bilinguales Wortschatztraining erzielt vergleichbare Erfolge in der L1 des Kindes wie ein auf der Zweitsprache basierendes Training und verbessert gleichzeitig die Fähigkeiten in der L2.

Grundsätzlich ist demnach davon auszugehen, dass es neben der Diagnostik, welche bilingual ausgerichtet sein sollte, ebenso hilfreich sein kann, die Sprachen des Kindes in die Therapie einzubetten. Hierbei stellt sich allerdings in Anbetracht des Mangels an Therapeuten/Therapeutinnen mit Sprachkenntnissen in mehreren Sprachen folgende Frage: WIE?

1. Möglichkeit: Einbezug der Eltern; in der Regel beherrschen Eltern die Nicht-Umgebungssprache sehr gut, um Übungen in der Muttersprache durchzuführen. Es gilt also in diesem Rahmen die Eltern dahingehend zu ermutigen, ihre Muttersprache beizubehalten und sie dazu anzuleiten die Übungen, welche im Rahmen der logopädischen Therapie durchgeführt werden, im häuslichen Umfeld in der Muttersprache durchzuführen. Damit wird die Entwicklung beider Sprachen unterstützt, sodass auch schnellere Erfolge in der L2 erzielt werden.
2. Computergestützte Verfahren: Computergestützte Verfahren sind ein hilfreiches Medium, um die L1 des Kindes in die Therapie miteinzubeziehen. Das können simple YouTube-Videos sein, welche semantische Felder in der L1 des Kindes präsentieren. Im Gegenzug können diese im Rahmen der Therapie in der deutschen Sprache mittels der Therapeuten und Therapeutinnen präsentiert werden. Es existieren auch unterschiedliche Apps für Kinder, welche sprachliche Systeme in verschiedenen Sprachen anbieten.

4.4 Sprachbarrieren

Logopädische Beratung bzw. Aufklärung ist dann indiziert, wenn die betroffene Person selbst informiert oder aufgeklärt wird. Darüber hinaus können auch „Dritte“ über Befunde und Therapieinhalte informiert werden (vgl. Schrey-Dern 2006). Dritte können laut Schrey-Dern (2006) sein:

- Eltern
- Angehörige
- Erzieher/-innen
- Lehrer/-innen
- Mediziner/-innen
- Psychologen/Psychologinnen und weitere Gesundheitsberufe

Die Aufklärung kann zum einen beim Erstkontakt, d. h. im Rahmen des Anamnesegesprächs erfolgen sowie zum anderen auch nach erfolgter Diagnostik oder ebenso im Verlauf der Therapie. Ebenso ist es möglich, ein Gespräch zu einem festgelegten Termin zu führen, z. B. bei der Wiedervorstellung zur Entscheidung der (Nicht-)Fortführung der Therapie (vgl. Schrey-Dern, 2006). Gleichzeitig finden vor und nach der Therapie stets Beratungsgespräche statt zur Information über die erfolgten Therapieinhalte (vgl. Schrey-Dern 2006) sowie Verbesserungen oder Verschlechterungen.

Unabhängig, ob es sich bei der Aufklärung um Dritte handelt, z. B. bei Kindern oder um die betroffene Person selbst, ist verbale Sprache grundsätzlich das Medium zur Kommunikation. Weisen Patienten/Patientinnen selbst oder die Erziehungsberechtigten unzureichende Sprachkenntnisse auf, so ist der Informationsaustausch erschwert.

Es wird davon ausgegangen, dass viele Migranten/Migrantinnen sowie Personen mit Migrationshintergrund über unzureichende Deutschkenntnisse verfügen. Es ist ihnen damit zwar möglich, alltägliche Interaktionen zu führen, allerdings zeigen sich deutliche Schwierigkeiten in einem anspruchsvolleren Setting z. B. im therapeutischen Alltag.

Dem Schwerpunktbericht zu Migration und Gesundheit des Robert-Koch-Instituts (2008) zufolge konnten 55 % der teilgenommenen Patienten/Patientinnen mit Migrationshintergrund nach durchgeführter Aufklärung die Diagnose korrekt wiedergeben. Parallelen zeigten sich hierbei auch bezüglich der Informationen hinsichtlich der Therapie. Nur 66 % konnten die Therapiemaßnahmen korrekt wiedergeben.

Diese Sprachbarrieren sind nur für die notwendige Informationsvermittlung von Relevanz, denn sie können zu straf- und zivilrechtlichen Folgen führen.

Zwischen Behandler/-in und Patient/-in besteht immer ein Behandlungsverhältnis. Das gilt auch in rechtlicher Hinsicht. Für das Behandlungsverhältnis sind bestimmte Prinzipien relevant, welche seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in den §§ 630a ff. BGB kodifiziert wurden. Daraus werden Rechte und Pflichten beider Parteien rechtlich klar geregelt und schriftlich verankert.

Diese sind, wie aus Abbildung 1 ersichtlich, Leistung und Vergütung, Aufklärung und Einwilligung, Dokumentation und Akteneinsicht.

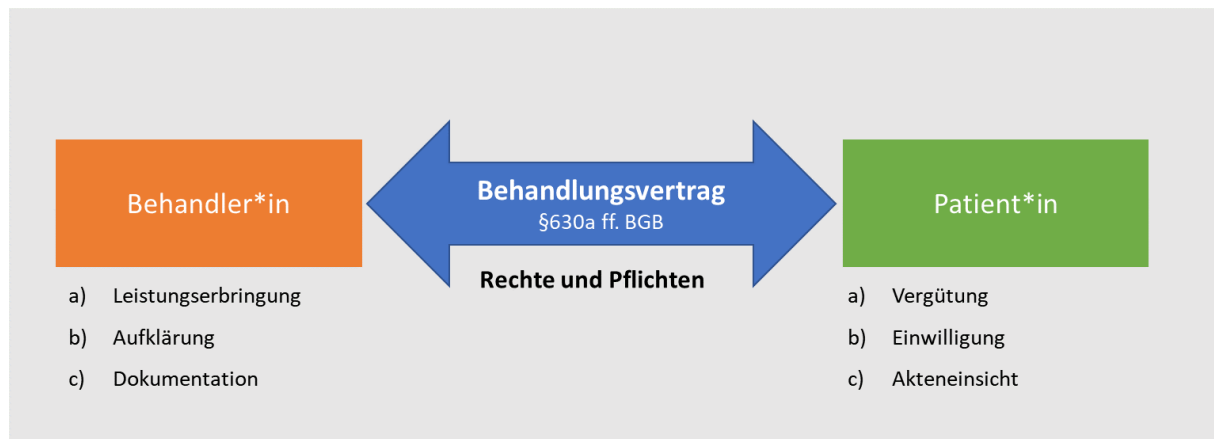


Abb. 1: Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag,
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bradaran & Bologna 2016

Für dieses zugrundeliegende Kapitel sind vor allem die Prinzipien „Aufklärung und Einwilligung“ von Relevanz, sodass die weiteren Dimensionen vernachlässigt werden.

Gemäß § 630e Absatz 1, S. 1 BGB sind Behandler/-innen verpflichtet Patienten/Patientinnen über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären (vgl. Bradaran & Bologna 2016).

Hierbei geht es vor allem um die Aufklärung über:

- Art, Umfang, Durchführung, Folgen und Risiken der Maßnahme
- Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten der Diagnose und Therapie
- medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden

Die Aufklärung hat gemäß § 630a Absatz 1, S. 1 BGB ordnungsgemäß zu erfolgen, damit die Einwilligung des Patienten/der Patientin nach § 630d Absatz 2 BGB wirksam ist. Denn ist diese Aufklärung nicht ordnungsgemäß, so ist die Einwilligung zur Behandlung, auch wenn der/die Patient/-in in die Behandlung gem. § 630d Absatz 1, S. 1 BGB vor der medizinischen Maßnahme eingewilligt hat, **nicht** wirksam und die medizinische Maßnahme durch den Behandelnden/die Behandelnde dadurch rechtswidrig (vgl. Bradaran & Bologna 2016).

Grundsätzlich gilt, dass die Aufklärung von Behandlern/Behandlerinnen selbst oder einer befähigten Person, welche durch ihre Ausbildung zur Durchführung der Maßnahme berechtigt ist, durchgeführt werden muss (vgl. Bradaran & Bologna 2016). Weiterhin gilt hierfür, dass die Aufklärung

- 1) mündlich durchgeführt werden muss (vgl. § 630e Absatz 2, S. 1, Nr.1 BGB).
- 2) rechtzeitig erfolgen muss, damit der/die Patient/-in in seine/ihre Entscheidung über die Einwilligung ausreichend überdenken kann (vgl. § 630e Absatz 2, S. 1, Nr.2 BGB).
- 3) für den Patienten/die Patientin deutlich und verständlich sein muss (vgl. § 630e Absatz 2, S. 1, Nr. 3 BGB).

Denken Sie zurück an die Studie des Robert-Koch-Instituts, so wird ersichtlich, dass hier deutliche Barrieren existieren. Wie kann eine Aufklärung mündlich und verständlich erfolgen, wenn deutliche Sprachbarrieren existieren?

Die zivil- und strafrechtlichen Folgen können größer ausfallen, wenn die Aufklärung nicht richtig erfolgt. Im Folgenden finden Sie zwei Fallbeispiele, welche der Veröffentlichung von Bradaran & Bologna aus dem Jahre 2017 entnommen wurden. Sie sollen Ihnen ein Gefühl dafür geben, wie wichtig eine Interaktion und die damit einhergehende Verständnissicherung in diesem Rahmen ist.

Fallbeispiel 1 (Bradaran & Bologna, 2017):

Eine 23 Jahre alte, türkische Frau äußerte an einem Tag vor ihrer zweiten Entbindung mittels Kaiserschnittes plötzlich den Wunsch nach einer gleichzeitig durchzuführenden Sterilisation. Dies verbalisierte der Behandelnde folgendermaßen: „nix Baby mehr“. Daraufhin erfolgte seitens des Arztes ein kurzes Gespräch über die Endgültigkeit der Maßnahme und eine darauffolgende Illustration der Operationsmaßnahme mithilfe eines Merkblattes zum Aufklärungsgespräch.

Laut Arzt sei die Patientin der deutschen Sprache mächtig und aus seiner Sicht sei die Verständigung unproblematisch gewesen. Folglich erfolgte die Sterilisation parallel zum Durchführen des Kaiserschnittes. Daraufhin verklagte die Patientin den Arzt auf Schmerzensgeld. Die Patientin war zwar mit einer Eileiterdurchtrennung einverstanden, ihr waren allerdings die Folgen nicht ausreichend nahegebracht worden.

Das Bayerische Oberlandesgericht München entschied aus diesem Grund, dass die Aufklärung fehlerhaft war. Es wäre angesichts der Sprachschwierigkeiten eine verständliche Darstellung der Konsequenzen der Sterilisation einschließlich der psychosozialen Folgen notwendig gewesen. Das kurze Gespräch und die Illustration mittels des Merkblattes wurden hierbei als unzureichend gewertet. Vielmehr hätte sich der behandelnde Arzt Gewissheit über den Wunsch auf Sterilisation verschaffen sollen zum Beispiel durch das Hinzuziehen eines Dolmetschers (OLG München, Urteil vom 13.06.2001, Az: 7 U 123/97).

Fallbeispiel 2 (Bradaran & Bologna, 2017):

Auch in Bezug auf eine Gebärmutterentfernung einer Frau italienischer Herkunft konnte ein ähnliches Vorgehen konstatiert werden. Nach durchgeführter Operation wurde eine Fistelbildung festgestellt, welche als postoperative Folge zu werten war.

Daraufhin verklagte die italienische Patientin den behandelnden Arzt. Sie behauptete hierbei, dass sie unzureichend über die mit dem operativen Eingriff verbundenen Risiken aufgeklärt worden sei. Ihre sprachlichen Schwierigkeiten als Italienerin seien offensichtlich und sie habe daher die vom behandelnden Arzt durchgeführte Aufklärung nur teilweise verstanden. Die Anamnesebögen habe sie aus diesem Grund auch nur bedingt ausfüllen können. Der ihr ausgehändigte Aufklärungsbogen und die 91-seitige Schrift über Operationen in der Frauenheilkunde sei für sie nicht ausreichend gewesen.

Ein mündliches Gespräch sei präoperativ nicht durchgeführt und auch auf das Risiko einer Fistelbildung sei sie nicht hingewiesen worden. Eine Einwilligung hätte sie laut eigenen Angaben in diesem Falle nicht erteilt.

Das Oberlandesgericht Nürnberg entschied in diesem Fall die Klage auf Schadensersatz abzuweisen, da durch die Beweisaufnahme nachgewiesen wurde, dass die Frau durch den Arzt mündlich aufgeklärt wurde und dies für einen Laien verständlich erfolgte.

Bereits das Landgericht in der ersten Instanz ging davon aus, dass die Klägerin vor dem operativen Eingriff über die Risiken aufgeklärt werden musste. Die Aufklärung hätte hierbei jedoch so geschehen müssen, dass sie sich als „einfache Frau aus dem Volk“ ein zutreffendes Bild darüber hätte machen können, was auf sie zukommen würde. Besonders berücksichtigt werden sollte hierbei die Tatsache, dass sie Italienerin ist und daher ihr nicht einfach so unterstellt werden konnte, dass sie die Erklärungen in deutscher Sprache ausreichend verstand (OLG Nürnberg, Urteil vom 28.06.1995, Az: 4 U 3943/94).

Die vorangegangenen Beispiele offenbaren, mit welcher weitreichenden Konsequenzen zu rechnen ist, wenn die Aufklärung nicht ordnungsgemäß erfolgt. Es stellt sich allerdings die Frage, wie im praktischen Alltag damit umgegangen werden kann. Im Folgenden finden Sie zwei Fallbeispiele aus dem sprachtherapeutischen Alltag und häufige Ansätze aus dem praktischen Alltag, welche im Anschluss an die Beschreibung kritisch durchleuchtet werden.

Fallbeispiel 1 (Bradaran & Bologna, 2017):

Frau A., eine 57-jährige italienischstämmige Invalidenrentnerin stellt sich gemeinsam mit ihrem ebenfalls italienischen Ehemann in der sprachtherapeutischen Praxis vor. Die Diagnose des Arztes lautet: „Störungen des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase“ nach erlittenem Schlaganfall. Das Ehepaar lebt seit den 1980er-Jahren in Deutschland. Da neben der Schluckstörung auch eine Sprachproblematik besteht, fungiert der Ehemann als Informationsvermittler. Dieser verfügt zwar über ausreichende Deutschkenntnisse für die Bewältigung des Alltags, welche sich jedoch im Rahmen des Gesprächs vor allem in Bezug auf das Störungsbild und damit einhergehende therapeutische Konsequenzen als ungenügend erweisen. Die Sprachtherapeutin entscheidet sich dazu Herrn A. mittels einer italienischsprachigen Broschüre über Schluckstörungen aufzuklären.

Das Vorgehen des Behandlers/der Behandlerin in Fallbeispiel 1 kann so nicht umgesetzt werden. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen und es darf nicht auf ein schriftliches Aufklärungsschreiben ausgewichen werden bzw. die Aufklärung dahingehend reduziert werden, da eine schriftliche Aufklärung nur ergänzend erfolgen darf (§ 630e Absatz. 2, S. 1, Nr.1 BGB). Ziel ist es hierbei, einer standardisierten schriftlichen Aufklärung entgegenzuwirken, welche die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse von individuellen Patienten/Patientinnen nicht berücksichtigt.

Bei einer mündlichen Aufklärung ist es weiterhin für Patienten/Patientinnen möglich, Fragen an den behandelnden Therapeuten/die behandelnde Therapeutin zu stellen, um ebenso Verständnisprobleme zu klären. Ebenso kann die behandelnde Person durch das mündliche Gespräch mit größerer Wahrscheinlichkeit nachvollziehen, ob der/die Patient/-in das Gesagte verstanden hat. Ergänzend kann jederzeit auf Hilfsmittel wie Fotos, Videos, Schautafeln etc. zurückgegriffen werden (vgl. Rehborn & Gescher 2014).

Fallbeispiel 2 (Bradaran & Bologna, 2016):

Frau C., eine aus der Türkei stammende Frau und Mutter, stellt sich in der sprachtherapeutischen Praxis mit ihrem fünfjährigen Sohn Tolga vor. Die Diagnose des Arztes/der Ärztin lautet: „Sprachentwicklungsstörung in Form von eingeschränktem aktivem und passivem Wortschatz sowie Störungen des Satzbaues und der Flexionsformen“. Frau C. ist seit einem Jahr wohnhaft in Deutschland und verfügt nur über rudimentäre Deutschkenntnisse, sodass bereits das Anamnesegespräch erschwert ist. Um die für die Therapie wichtigen Informationen seitens der Mutter zu erhalten und eine Patientenaufklärung zu ermöglichen, entscheidet sich der/die Sprachtherapeut/-in dazu, Frau C. darum zu bitten, zum nächsten Termin jemanden aus dem Bekanntenkreis mitzunehmen, der/die die deutsche Sprache ausreichend beherrscht und übersetzen kann.

Das beschriebene Vorgehen des Hinzuziehens eines Dritten/einer Dritten (Angehörige, Freunde) wird im praktischen Alltag häufig durchgeführt (vgl. Bradaran & Bologna 2016). Grundsätzlich ist dies auch möglich, allerdings muss in diesem Rahmen gewährleistet werden, dass das Gesagte auch verstanden und korrekt übersetzt wurde. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass Behandler/-innen in der Regel nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, um die Aussagen auf ihre Akkuratheit hin zu untersuchen und zu bewerten. Es kann folglich nicht nachvollzogen werden, ob der/die

„Laiendolmetscher/-in“ den Inhalt des Senders/der Senderin korrekt übersetzt und an den/die Empfänger/-in weitergegeben hat.

Gleiches gilt ebenso für die Nutzung einer dritten Sprache wie das Englische oder Französische. Diese dritte Sprache wird ebenso genutzt, um Verständigungsproblemen entgegenzuwirken. Auch hier ist in der Regel nicht gegeben, dass beide Parteien die dritte Sprache so gut sprechen, um eine verständliche und korrekte Vermittlung der Inhalte zu gewährleisten (vgl. Bradaran & Bologna 2016).

Die vorangegangenen Beispiele zeigen deutlich, dass eine große Diskrepanz zwischen rechtlichen Vorgaben und der praktischen Umsetzung bestehen. Gleichzeitig wird daraus ersichtlich, dass nur limitierte Möglichkeiten bestehen, zumal bis dato die Kosten für eine/n Dolmetscher/-in nicht Bestandteil des Kriterienkataloges der Krankenkassen sind. Es existieren zwar „Gemeindedolmetscher“, regionale, medizinisch geschulte Dolmetscher/-innen, allerdings werden diese aufgrund knapper finanzieller Ressourcen in der Regel nur bei operativen Eingriffen genutzt (vgl. Bradaran & Bologna 2016).

4.5 Lösungsansätze

Um diesen Problematiken entgegenzuwirken, existieren vereinzelt verschiedene Ansätze, welche allerdings nicht spezifisch auf die Logopädie übertragbar sind. Sie können allerdings als Inspiration dienen.

Das Projektteam „Qualitätszertifikat Vorsorgekoloskopie“ zum Beispiel stellt ein Video zur „Darmspiegelung“ auf Türkisch und Serbisch zur Verfügung, welches unter folgendem Link abrufbar ist:

<https://zertifikat.oeggh.at/> (letzter Zugriff: 26.08.2024)

Es existiert daneben eine Impfkampagne „#weexplainforeveryone“, welche vom Flüchtlingsrat Niedersachsen e. V., der Niedersächsischen Landesbeauftragten für Migration und Teilhabe und der Niedersächsischen Lotto-Sport-Stiftung ins Leben gerufen wurde. Auf der Seite können Aufklärungsvideos zur Coronaimpfung in 16 verschiedenen Sprachen genutzt werden. Link: <https://covid.lotto-sport-stiftung.de/> (letzter Zugriff: 26.08.2024)

Weiterhin existiert in Hanau bei Frankfurt ein Projekt mit dem Namen „Angebot Stadtteilmütter Hanau des Sprungbretts Familien- und Jugendhilfe e. V.“. Hierbei bieten ehrenamtliche Elternlotsen, welche Russisch, Türkisch, Italienisch, Arabisch und Französisch sprechen, Hausbesuche an und informieren über Bildung und Gesundheit. Weiterhin begleiten sie Familien zu kulturspezifischen Kreisen, Gemeinden, Treffpunkten sowie Behördengängen.

Eine weitere Möglichkeit ist die Nutzung von Piktogrammen. Die Bundeszahnärztekammer (2022) hat ein Piktogrammheft veröffentlicht, welches es ermöglicht, Piktogramme bei der Kommunikation hinzuzuziehen. Das ist bei unzureichenden Deutschkenntnissen eine gute Möglichkeit, um zumindest ein paar Barrieren zu minimieren. Der folgende Screenshot (Abbildung 2) zeigt einen Ausschnitt des Piktogrammheftes für die Zahnarztpraxis.

5 Sprachtypologie: Hinführung zur Thematik

Lernziele:

Nach dem Studium dieses Kapitels sind Sie in der Lage,

- die Aufgabe linguistischer Ebenen wiederzugeben.
- jeweils ein Beispiel zu Sprachtypologien wiederzugeben.

In dem vorangegangenen Kapitel wurden Sie in die Thematik der Mehrsprachigkeit und damit in Verbindung stehende Parameter sowie die Wichtigkeit im Rahmen des logopädischen Alltags konfrontiert. Hierbei ging es vordergründig darum den Prozess der Mehrsprachigkeit zu verstehen und wichtige Aspekte für Ihre praktische Arbeit mitzunehmen.

Daneben existiert im Rahmen der Mehrsprachigkeitsforschung bzw. der Linguistik ein Forschungsstrang, welcher sich mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Sprachen auseinandersetzt. Das Wissen darüber kann helfen Strukturen verschiedener Sprachen zu kennen und möglicherweise vorkommende Transferphänomene, Interlanguage-Effekte bei mehrsprachigen Personen im Alltag besser einordnen zu können.

Denken Sie zudem zurück an die Wichtigkeit klinischer Marker für die Identifikation einer SSES bei bilingualen Kindern. So kommt das Wissen über Strukturen verschiedener Sprachen eine große Bedeutung zu.

Ziel der Typologie ist es, hierbei Sprachen dahingehend zu untersuchen und zu beschreiben, damit sie sogenannten Typen im Sinne einer „Sprachtypologie“ zuzuordnen sind. Hierbei können Sprachen bezüglich unterschiedlicher sprachlicher Strukturen hin untersucht und verglichen werden. Hierfür existieren verschiedene Möglichkeiten z. B. die Unterteilung anhand von „Sprachfamilien“. Hierunter wird eine Klasse von Sprachen verstanden, welche eine gemeinsame Abstammung haben. Unterteilung nach „Sprachbund“-Sprachen, die sich über einen längeren Zeitraum beeinflusst haben und deshalb Ähnlichkeiten aufweisen.

In Schuster (2008) findet sich zum Beispiel eine Auflistung der siebzehn großen Sprachfamilien (Phyla) der Welt nach Ruhlen. Hier ein Ausschnitt daraus:

1.5.4 Die siebzehn großen Sprachfamilien (Phyla) der Welt nach Ruhlen

Vergleiche zu den folgenden beiden Abbildungen [50] und <http://www.zompist.com/numbers.shtml>.

	<i>Sprachfamilie</i>	<i>Sprachen</i>	<i>Sprecher</i>	<i>Beispiele</i>
1.	Khoisan-Sprachen	31	120.000	Nama (Hottentottisch)
2.	Niger-Kordofanische Sprachen	1.164	181 Mio.	Swahili, Fula, Igbo, Yoruba, Zulu
3.	Nilo-Sahara-Sprachen	138	11 Mio.	Massai, Nubisch, Turkana
4.	Afroasiatische Sprachen	241	175 Mio.	Haussa, Somali, Arabisch, Hebräisch
5.	Kaukasische Sprachen	38	5 Mio.	Georgisch, Abchasisch, Lezgi
6.	Indo-Hethitische Sprachen	144	2 Mia.	Armenisch, Hindi-Urdu, Persisch, Deutsch, Englisch
7.	Uralisch-Jukagirische Sprachen	24	22 Mio.	Ungarisch, Finnisch, Estnisch
8.	Altäische Sprachen	63	250 Mio.	Türkisch, Aserbeidschanisch, Koreanisch, Japanisch
9.	Tschuktschi-Kamtschatka Sprachen	5	23.000	Tschuktschisch
10.	Eskimo-Aleutische Sprachen	9	85.000	Grönländisch
11.	Elamo-Dravidische Sprachen	28	145 Mio.	Kannada, Tamil, Malayalam
12.	Sino-Tibetische Sprachen	258	1 Mia.	Mandarin, Tibetisch, Burmesisch

Abb. 3: Die siebzehn großen Sprachfamilien, Quelle: Schuster (2008)

In der Regel werden im Rahmen der Linguistik, Sprachwissenschaft oder Mehrsprachigkeitsforschung allerdings Vergleiche bzw. Gruppierungen durch Hinzuziehen der verschiedenen sprachlichen Ebenen vorgenommen (Die Definitionen sind Schuster (2008) entnommen):

Im Gegensatz zu Klassifikationen handelt es sich bei Typologien weniger um eine sehr strikte Aufteilung oder Zuteilung der Sprachen. Eine Typologie ist weicher und erlaubt fließende Übergänge. Es liegt zudem auf der Hand, dass Sprachen mehrere Eigenschaften besitzen. Je nachdem, welche Brille aufgesetzt wird (Phonologie, Morphologie, Syntax) können Sprachen einer bestimmten Typologie zugeordnet werden. Gleichzeitig können Sprachen auch verschiedene Ansätze innerhalb einer sprachlichen Ebene aufweisen.

Grundsätzlich kann man anhand der phonologischen, morphologischen, syntaktischen und semantischen Besonderheiten einer Sprache zwischen Sprachtypen unterscheiden. Bevor auf die Typologien eingegangen wird, folgt eine Darstellung der verschiedenen Ebenen.

5.1 Linguistische Ebenen zum Sprachvergleich

Laut Literatur werden verschiedene Ebenen hinzugezogen, auf denen Sprache verglichen wird. Im Folgenden werden die jeweiligen Ebenen zunächst beschrieben.

6 Fazit

Anhand der unterschiedlichen Kapitel dieses Studienhefts wird die große Variabilität von Multilingualität unterstrichen. Der gesamte mehrsprachige Prozess ist gekennzeichnet von unterschiedlichen Parametern und insgesamt durch viele verschiedene Einflussfaktoren bestimmt.

Es existieren zwar verschiedene Dimensionen, die den mehrsprachigen Erwerb beschreiben können wie der Sprachinput, die Sprachdominanz, der Zeitpunkt des Erwerbs der verschiedenen Sprachen, allerdings bleibt eine starke Variabilität bestehen und damit auch eine starke Individualität in der Zusammensetzung der einzelnen Dimensionen.

Diese hohe Variabilität führt gleichzeitig zu einer schwierigeren Kategorisierung von mehrsprachigen Personen, was sich hinderlich auf die Diagnostik im Rahmen des sprachtherapeutischen Settings auswirkt. Weiterhin ist der diagnostische Prozess davon gekennzeichnet, dass unzureichende valide und reliable Instrumente zur Verfügung stehen, um die sprachlichen Fähigkeiten von mehrsprachigen Kindern zu erheben. Es besteht demnach eine hohe Wahrscheinlichkeit falscher Diagnosen, die sich zum einen negativ auf das Individuum, aber auch das Gesundheitssystem, auswirken können.

Daraus wird ersichtlich, welcher großer Bedarf an validen und reliablen Verfahren existiert. Es ist demnach notwendig, Instrumente zu entwickeln, diese hinsichtlich Validität und Reliabilität zu überprüfen und mit Normwerten zu versehen. Aufgrund der geringen Anzahl an Therapeuten/Therapeutinnen mit Sprachkenntnissen in unterschiedlichen Sprachen ist dies die erste Limitation bei der Konzeption der Verfahren.

Gleichzeitig ist es wichtig/notwendig, aufgrund der bestehenden Variabilität in der Gestaltung von Mehrsprachigkeit Verfahren zu entwickeln, die möglichst auf eine größere Gruppe von Kindern zu übertragen sind.

Hier bedarf es ebenso verschiedener Ansätze und Forschungsarbeiten, um zunächst eine fundierte Basis zu spezifischen Strukturen verschiedener Sprachen zu schaffen und auffällige Strukturen von physiologischen Prozessen im Rahmen der Sprachentwicklung zu unterscheiden.

Auch wenn die Entwicklung dieser Verfahren eine große Herausforderung darstellt, ist es zwingend notwendig, diese zu fördern, denn die finanziellen, persönlichen und politischen Folgen, die durch den Mangel an diagnostischen Instrumenten resultieren, sind deutlich größer.

Es handelt sich hierbei demnach nicht um ein punktuelles Problem, dass kurzfristig behoben werden kann. Vielmehr handelt es sich um einen langfristigen Prozess, der eine Zusammenarbeit von Forschung, Sprachtherapeuten/Sprachtherapeutinnen und Familien zwingend macht, um möglichst ganzheitliche und wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zu erzielen.

1. Hinsichtlich des Zeitpunktes des Erwerbs beider Sprachen eines bilingualen Kindes können folgende drei Erwerbsformen voneinander unterschieden werden:
 - a. Simultane Bilingualität: Beide zu erwerbenden Sprachen werden von Beginn an (0–3 Jahre) gleichzeitig erworben. Das erfolgt durch parallelen Input in beiden zu erwerbenden Sprachen.
 - b. Früh-sukzessive Bilingualität: Es wird zunächst eine Sprache in Bezug auf die Grundstrukturen erworben und erst dann die zweite Sprache erlernt. In der Regel erfolgt dies ab dem 3. Lebensjahr des Kindes, z. B. bei Eintritt des Kindes in die Kindertagesstätte.
 - c. Kindlicher Zweitspracherwerb: Hierbei erfolgt der Erwerb der zweiten Sprache im Gegensatz zum sukzessiven Erwerb später, in der Regel ab dem 5. Lebensjahr.
2. Der entscheidende Unterschied zwischen monolingualen und bilingualen Kindern ist, dass aufgrund der Bilingualität beide Sprachen von einer SSES betroffen sind.
3. Die Parameter Sprachdominanz, Sprachpräferenz und Sprachinput können folgendermaßen definiert werden:
 - a. Sprachdominanz: Mehrheitlich wird im Rahmen der Literatur die dominante Sprache eines bilingualen Kindes als diejenige festgelegt, welche weiterentwickelt und/oder dem stärksten sprachlichen Input ausgesetzt ist.
 - b. Sprachpräferenz: Diese Begrifflichkeit wird genutzt, um zu unterstreichen, welche der zu erwerbenden Sprachen seitens des bilingualen Kindes in den kommunikativen Kontexten bevorzugt wird.
 - c. Sprachinput: Unter Sprachinput wird die Qualität und Quantität des sprachlichen Inputs verstanden, welchem ein Kind beim Erwerb einer oder mehrerer Sprachen ausgesetzt ist.
4. Volterra unterscheidet drei Phasen:
 - a. Phase 1 wird definiert als „Existenz eines Lexikons und eines syntaktischen Systems“. Volterra geht hierbei davon aus, dass das Lexikon des Kindes zwar Wörter aus beiden Sprachen enthält, dass diese allerdings nicht unbedingt Übersetzungsäquivalente haben.
 - b. Phase 2 wird benannt als „Herausbildung von zwei Lexika“, d. h. es wird davon ausgegangen, dass Kinder über Übersetzungsäquivalente verfügen und diese auch nutzen. Volterra geht allerfings davon aus, dass dies bis zu diesem Zeitpunkt nicht für das syntaktische System gilt.
 - c. Phase 3 bezieht sich auf die „lexikalische und syntaktische Differenzierung“, d. h. Kinder lösen sich laut Volterra davon, dass sie mit bestimmten Personen in einer Sprache sprechen.
5. Konträr zu Volterra wird laut wissenschaftlichen Studien zum aktuellen Zeitpunkt eher davon ausgegangen, dass zu Beginn KEIN fusioniertes Lexikon besteht.

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of Applied Sciences

DIPLOMA Hochschule

Studienservice

Herminenstraße 17f
31675 Bückeburg

Tel.: +49 (0)40 228 988 240
meinstudium@diploma.de
diploma.de



Leseprobe



Du möchtest mehr erfahren?

Unser aktuelles Studienangebot und weitere Informationen sowie unsere Angebote zur Studienberatung findest Du auf **www.diploma.de**