

Wiebke Scharff Rethfeldt Kindliche Mehrsprachigkeit

Leseprobe

[Kindliche Mehrsprachigkeit](#)

von [Wiebke Scharff Rethfeldt](#)

Herausgeber: MVS Medizinverlage Stuttgart



 Thieme

<http://www.narayana-verlag.de/b14070>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>


Narayana Verlag

6 Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit

An dieser Stelle stehen die Darstellung von Sprachentwicklungsstörungen im Zusammenhang mit Mehrsprachigkeit und nicht umfassende und differenziertere Ausführungen zum Themenkomplex Sprachentwicklungsstörungen und spezifischen Störungen im Vordergrund. Hierzu sei auf grundlegende Fachbücher verwiesen.

6.1 Sprachauffälligkeiten

Wie in den vorigen Kapiteln dargestellt, können gesunde Kinder sehr gut mehrere Sprachen gleichzeitig oder nacheinander in diversen Kontexten erwerben. Aus monolingualer Sicht lassen sich Besonderheiten der Sprachproduktion mehrsprachiger Kinder wahrnehmen (z. B. Transfers), die als physiologisch zu bewerten sind und somit keine Indikation für eine Förderung oder Therapie darstellen.



Hintergrundwissen

Nach Fabbro (1999) treten pathologische Sprachmischungen (wenn überhaupt) zumeist in Kombination mit weiteren kommunikativ-pragmatischen Störungen in Verbindung mit einer Aphasie auf. Neuere Forschungsarbeiten konnten lediglich vermehrtes, jedoch nicht pathologisches Sprachmischen bei mehrsprachigen Personen mit Aphasie feststellen, sodass man inzwischen von einer positiven kompensatorischen Strategie aufgrund der Beeinträchtigung kommunikativer Fähigkeiten ausgeht (Bhat u. Chengappa 2003/2005, Chengappa et al. 2004, Muñoz et al. 1999).

Unter ungünstigen Entwicklungsbedingungen können sich, wie bei einsprachigen Kindern auch, zusätzlich sprachlich-kommunikative Auffälligkeiten entwickeln, die einer Förderung bedürfen. So weisen beispielsweise mangelnde Sprachkenntnisse nicht nur Kinder nicht deutscher Erstsprache auf. Gleichwohl zeigen mehrsprachige Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger mangelnde Deutschkenntnisse, da diese Kinder häufiger aus niedrigen sozialen Schichten stammen. Dass Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger Sprachauffälligkeiten im Sinne einer Abweichung von der monolingualen

mittelschichtorientierten Altersnorm zeigen, ist empirisch belegt.

Grundsätzlich ist zwischen *förderbedürftigen* und *therapiebedürftigen* Sprachauffälligkeiten zu unterscheiden. Lassen sich Sprachauffälligkeiten auf die Bedingungen zurückführen, unter denen Kinder aufwachsen *und* liegt keine Störung der Sprachverarbeitung vor, gelten sie als *förderbedürftig* und sind somit abzugrenzen von Kindern mit *therapiebedürftigen* Sprachentwicklungsstörungen.



Merke

Kinder aus sozial schwachen und bildungsfernen Schichten, in Deutschland ein Großteil mit Migrationshintergrund, entwickeln ihre Sprachkompetenz häufig nicht altersgerecht.

6.2 Sprachentwicklungsverzögerungen

Eine Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) liegt bei einer moderaten zeitlichen Abweichung von der typischen Entwicklung des Erstsprachsystems im Kindesalter um mindestens sechs Monate von der Altersnorm nach unten (UEP 1987). Der Terminus SEV wird lediglich bis zum 36. Monat verwendet und stellt keine klinische Diagnose dar, sondern ist lediglich die Feststellung eines Entwicklungsrisikos. Das heißt, eine SEV kann, muss sich aber nicht ab diesem Zeitpunkt als Sprachentwicklungsstörung (SES) manifestieren. Zur Abklärung bedarf es einer umfassenden Sprachentwicklungsdiagnostik (AWMF 2011).

Indikatoren für eine abweichende Sprachentwicklung sind u. a. (Kannengieser 2009: 378):

- fehlende Silbenverdoppelungen ab dem sechsten Monat,
- fehlende Imitationen von Wörtern und Intonationskurven ab dem zwölften Monat,
- ausbleibendes Wortverständnis,
- fehlende bzw. unsichere Objektpermanenz ab dem zwölften Monat,
- verzögerte Spielentwicklung sowie
- ein mit weniger als 50 Wörtern geringer produktiver Wortschatz und
- das Fehlen von Wortkombinationen bis zum 24. Monat.

Hintergrundwissen



Late Talker

Ein isolierter verspäteter Sprechbeginn stellt aufgrund der normalen hohen Variabilität der kindlichen Sprachentwicklung kein Anzeichen für eine Störung dar. So konnte Szaguns (2007: 23) Normierungsstudie an 1300 deutschsprachigen Eltern von Kindern im Alter von 1;6 bis 2;6 zeigen, dass ein eineinhalbjähriges Kind und ein zweieinhalbjähriges Kind auf dem gleichen Sprachstand sein können – „eine derartige Variabilität ist normal“.

Als *Late Talker* werden „spät sprechende“ Kinder bezeichnet, die bei sonst altersgerechter Entwicklung bis zum 24. Monat insgesamt weniger als 50 Wörter produzieren (Desmarais et al. 2008, Girolametto et al. 2001). Da sich die Feststellung ausschließlich am expressiven Wortschatz und der produktiven Wortkombination orientiert, ist sie im Hinblick auf den distributiven Wortschatz bei mehrsprachigen Kindern (► S. 90) unter Berücksichtigung des sprachenübergreifenden Wortschatzes sowie der Beachtung soziolinguistischer und soziokultureller Faktoren nur mit äußerster Vorsicht im mehrsprachigen Modus durchzuführen.

Der Terminus *Late Talker* ist bewertungsneutral und impliziert keine vorliegende Beeinträchtigung. Oberflächlich erscheint die Prävalenz hinreichend erforscht zu sein – bislang liegen jedoch keine ausreichenden epidemiologischen Studien für eine seriöse Prävalenzrate vor. Im deutschen Sprachraum wird die Prävalenz auf 13–20% der einsprachigen Kinder geschätzt (Grimm 2003).

Während etwa 50% dieser Kinder ohne weitere Beeinträchtigungen in der Entwicklung die Verspätung innerhalb eines Jahres eigenständig aufholen und gewissermaßen „aufblühen“ (*Late Bloomer*), lässt sich bei den anderen im 36. Monat eine Sprachentwicklungsstörung feststellen (Suchodoletz 2008/2012). Die Mehrzahl der Erhebungen sind unter N = 90. Der Vergleich der Vielzahl an Studien zeigt, dass die Angaben in Abhängigkeit von der Definition, vom Alter der Probanden, vom Erhebungszeitraum und von den diagnostischen Methoden variieren. Zudem gehen sie nicht darauf ein, ob bereits im Vorfeld der Untersuchung Interventionen wie Beratung stattfanden oder nicht. Während sich *Late Bloomer* bis zum Alter von fünf Jahren zumeist sprachlich unauffäl-

lig entwickeln, kann sich eine persistierende Sprachschwäche erneut im Grundschulalter in Form von Leseschwierigkeiten zeigen (Rescorla 2002) und sich im weiteren Verlauf auf den Bildungsweg und die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes negativ auswirken.

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer umfassenden Diagnostik von *Late Talkern* (inkl. Entwicklungsdiagnostik zur Differenzialdiagnose) und Präventivmaßnahmen sowie Kontrolluntersuchungen bei *Late Bloomern*. Eine direkte frühe Intervention bzw. frühe Sprachtherapie ist indiziert, wenn die Verzögerung der Sprachentwicklung mit nicht adäquat entwickelten Sprachverständnisstrategien verbunden ist bzw. das Kind spontan keine Handlungen (mehr) unternimmt, „die Welt der Personen und Dinge seinem Entwicklungsstand entsprechend zu erforschen und zu verstehen“ (Zollinger 2007: 99). Die Identifikation eines *Late Talkers* lässt keine Prognose für die weitere Sprachentwicklung bzw. für eine Sprachentwicklungsstörung zu – ein verspäteter Sprechbeginn ist folglich kein verlässlicher Indikator für eine SSES.

6.3 Sprachentwicklungsstörungen

Sprachentwicklungsstörungen können alle sprachsystematischen Ebenen in unterschiedlicher Ausprägung und mit unterschiedlichem Verlauf betreffen. Daher kann sich das Störungsbild vielfältig verändern und in vielfältiger Form auftreten. Diese Formen werden in Abhängigkeit von der medizinischen, pädagogischen oder psycholinguistischen Literatur häufig unterschiedlich klassifiziert. Der Differenzierung und Beschreibung dienen die drei Kernkriterien Ätiologie, Zeitpunkt der Störung und gegebenenfalls vorliegende Komorbiditäten.

Aus der interdisziplinären Perspektive lassen sich die im Folgenden beschriebenen Formen von Sprachauffälligkeiten klassifizieren.

6.3.1 Sprachentwicklungsstörung

Eine Sprachentwicklungsstörung (SES) liegt bei einer zeitlichen *und* inhaltlichen Abweichung von der typischen Entwicklung des Erstsprachsystems im Kindesalter vor. In unterschiedlichem Ausmaß können die rezeptive und/oder expressive Sprachverarbeitung auf einer, mehreren oder sämtlichen sprachlich-kommunikativen Ebenen sowie auf der Ebene der Kommunikation betroffen sein. Dabei wird zwischen Sprachentwicklungsstörungen als Sekundärsymptomatik im Zusammenhang von Komorbiditäten bzw. bestimmten Grunderkrankungen und umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen als primären Störungen differenziert.

Sprachentwicklungsstörungen können auch bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern auftreten. Da eine SES grundlegende Prozesse der Sprachverarbeitung betrifft, betrifft sie stets sämtliche Sprachen eines Kindes (Håkansson et al. 2003, Paradis et al. 2003). In Abhängigkeit von den jeweiligen Sprachen sowie von der Sprachenkombination können unterschiedliche sprachlich-kommunikative Ebenen in unterschiedlicher Form betroffen sein.

Im angloamerikanischen Raum werden Prävalenzraten für das Vorschulalter von 2–19% angegeben, wobei die durchschnittliche Prävalenzrate einer SES zwischen 6% und 8% liegt und Jungen vulnerabler als Mädchen sind (Nelson et al. 2006, Thomson u. Polnay 2002). Für Deutschland liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da lediglich lokale oder bundeslandspezifische Untersuchungen vorliegen, deren Repräsentativität aufgrund unterschiedlicher Definitionskriterien inkl. Stichprobenauswahl und Erhebungsverfahren nicht gesichert ist. Grimm et al. (2004) gehen von einer Inzidenz von 9,7% aus. Es liegen keine epidemiologischen Studien zu SES bei mehrsprachigen Kindern vor. Die Prävalenz von primären SES im Vorschulalter liegt nach internationalen Angaben sowohl für monolinguale als auch bilinguale Kinder bei etwa 7% (Ziegler et al. 2005, Tomblin et al. 1997, Li Wei et al. 1997).

Hintergrundwissen

In Deutschland leben insgesamt mehr als drei Mio. Unterfünfjährige sowie mehr als 3,5 Mio. Kinder im Alter zwischen fünf und zehn Jahren. Jeweils ein Drittel der in Deutschland lebenden Kinder im Alter von null bis fünf Jahren (35%),

sowie von fünf bis zehn Jahren (32,4%) haben einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2011). Ausgehend von der auf internationalen Angaben beruhenden Annahme, dass ungefähr 7% *aller* Kinder von einer primären SES betroffen sind, lässt sich konstatieren, dass rund 160 000 Kinder mit Migrationshintergrund im Alter von null bis zehn Jahren von einer primären SES betroffen sind. Demgemäß weist etwa jedes dritte von einer SES betroffene Kind einen Migrationshintergrund auf.

Merke

Eine SES bei mehrsprachigen Kindern betrifft immer sämtliche Sprachen.

Mehrsprachige Kinder sind weder häufiger noch seltener als einsprachige Kinder von einer SES betroffen.

Untersuchungen von simultan und sukzessiv mehrsprachigen Kindern mit einer SES im Vergleich mit monolingualen Kindern mit einer SES haben gezeigt, dass die Kinder insgesamt ähnliche Schwierigkeiten zeigen und Mehrsprachigkeit an sich die Auffälligkeiten nicht verstärkt (Windsor et al. 2010, Paradis et al. 2003). So kann zusammengefasst werden:

Merke

SES können kausal nicht auf eine mehrsprachige Erziehung zurückgeführt werden – eine alternative einsprachige Erziehung wirkt weder förderlich noch kurativ.

Mehrsprachigkeit kann eine vorliegende SES nicht verstärken.

Obgleich Mehrsprachigkeit mit sprachkognitiven Vorteilen verbunden ist, wirkt eine mehrsprachige Erziehung nicht präventiv.

6.3.2 Primäre Sprachentwicklungsstörung

Sprachentwicklungsstörungen, die isoliert ohne sprachrelevante Komorbiditäten sowie unabhängig von den Umfeldbedingungen auftreten, werden als primäre Sprachentwicklungsstörungen oder umschriebene Sprachentwicklungsstörungen (USES) oder spezifische Sprachentwicklungsstö-

rungen (SSES) bezeichnet. Obgleich Umfeldbedingungen wie der sozioökonomische Status keinen signifikanten Einfluss auf das Auftreten einer primären SES haben, gelten beispielsweise Sensitivität und Depression der Mutter als mögliche Einflussfaktoren (La Paro et al. 2004).

Merke



Die Herausforderung der Diagnose einer primären SES bei mehrsprachigen Kindern besteht u. a. in der Differenzialdiagnose zu einer förderbedürftigen Sprachauffälligkeit. Kinder in Deutschland wachsen zunehmend in Multiproblemlagen auf. Daher besteht die Gefahr, dass eine primäre SES vor dem Hintergrund sozialer und/oder ökonomischer Problemlagen verkannt wird. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass physiologische Merkmale der mehrsprachigen Sprachproduktion pathologisiert werden.

Die Diagnose einer SES bei mehrsprachigen Kindern stellt aufgrund der vielfältigen Symptome unterschiedlichen Ausmaßes sowie aufgrund der heterogenen Entwicklungsverläufe unter dem Aspekt der Mehrsprachigkeit eine große Herausforderung dar.

Sowohl bei ein- als auch mehrsprachigen Kindern erfolgt die Diagnose einer primären SES über Ein- bzw. Ausschlusskriterien und die Feststellung der rezeptiven und expressiven von der typischen Sprachentwicklung und der Altersnorm abweichenden Leistungen auf den diversen psycholinguistischen Ebenen ab dem vollendeten dritten Lebensjahr. Bereits bei einsprachigen Kindern zeigen sich im Laufe ihrer Entwicklung sehr unterschiedliche Symptome unterschiedlichen Ausmaßes auf unterschiedlichen sprachlich-kommunikativen Ebenen. Die Art und das Ausmaß der Störung wirken wiederum auf die kindliche sozioemotionale Entwicklung und beeinflussen seine weitere (schulische) Entwicklung (► S.73). Aus diesem Grund ist die Diagnose insbesondere bei unter ungünstigen Bedingungen mehrsprachig aufwachsenden Kindern äußerst schwierig.

Hintergrundwissen



Terminologie bei Mehrsprachigkeit

Im monolingualen Kontext wird die primäre oder umschriebene Sprachentwicklungsstörung (USES)

auch als spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES) bezeichnet. Im Zusammenhang mit Mehrsprachigkeit werden jedoch die Termini *primär* (Primary Language Impairment, PLI) und *USES* gegenüber *SSES* (Specific Language Impairment, SLI) bevorzugt (Kohnert et al. 2009).

Zum einen erscheint der Begriff „spezifisch“ irreführend, da eine SES bei mehrsprachigen Kindern stets sämtliche Sprachen und nicht eine spezifische Sprache betrifft. Dabei wahrt die Verwendung von *primär* oder *USES* gegenüber *sekundär* oder *SES* die notwendige ätiologische Differenzierung. Zum anderen kann der Terminus *primär* mit Bezug auf jüngere Kinder verwendet werden, die nachweislich diskontinuierliche Entwicklungsverläufe im Erstspracherwerb zeigen. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass sich die Symptomatik einer SES im Laufe der weiteren Entwicklung verändert (Tomblin et al. 2003). Darüber hinaus ist auf der Grundlage aktueller Forschungsergebnisse davon auszugehen, dass nicht ausschließlich linguistische Bereiche betroffen sind, sondern insbesondere höhere Funktionen auf kognitiver und perzeptueller Ebene in den Bereichen der die sprachliche Repräsentation beeinflussenden Informationsverarbeitung (zeigt sich u. a. als Verzögerung des Symbolspiels), der Wahrnehmungsverarbeitung (zeigt sich u. a. als eingeschränkte Aufmerksamkeit) (Dannenbauer 2004, Bishop et al. 1999, Szagun 1996). Anders als der Terminus *spezifisch* schließt *primär* sämtliche, d. h. auch nicht linguistische Verarbeitungsstörungen mit ein und entspricht damit eher den realen klinischen Beobachtungen (Kohnert et al. 2009).

6.3.3 Sekundäre Sprachentwicklungsstörung

Sprachentwicklungsstörungen bei sprachentwicklungsrelevanten Komorbiditäten oder weiteren Entwicklungsstörungen können als sekundäre Störungen u. a. bei sensorischen Beeinträchtigungen (z. B. Hörstörungen), tief greifenden Entwicklungsstörungen (z. B. Autismus), Verhaltens- und emotionalen Störungen (z. B. Bindungsstörungen), Intelligenzminderung, genetischen Syndromen (z. B. Down-Syndrom) und/oder schwerwiegenden neurologischen Störungen (z. B. traumatische Hirnschädigung) auftreten.

Daneben können sozioaffektive Faktoren wie ein sprachregungsarmes Umfeld (z. B. soziale Deprivation) ebenfalls ungünstig auf die sprachliche Entwicklung wirken und bereits vorliegende Sprachauffälligkeiten negativ beeinflussen bzw. verstärken.

6.3.4 Andere Störungen des Sprech- und Spracherwerbs

Aussprachestörungen sind als isolierte phonetische Störung nicht den SES zuzuordnen, können jedoch im Rahmen einer SES auftreten. Von einer Sprachentwicklungsstörung abgegrenzt werden u. a. kindliche Aphasien als Verlust zuvor vorhandener Sprachkompetenzen, Sprechapraxien, orofaziale Störungen sowie Rhinolalieren und Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Spalten, Stimmstörungen, Redeflussstörungen, Störungen der Schriftsprache sowie auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen.

6.4 Störungsbild

Das Störungsbild sowohl einer primären als auch einer sekundären SES variiert in ihrem Ausmaß auf unterschiedlichen psycholinguistischen Ebenen und folglich im individuellen Störungsprofil. Eine SES bei mehrsprachigen Kindern manifestiert sich immer in allen beteiligten Sprachen. Im Vergleich zu bilingualen Kindern mit altersgerechter Sprachentwicklung erreichen bilinguale Kinder mit einer SES die Sprachentwicklungsmeilensteine in beiden Sprachen deutlich langsamer – dies gilt sowohl für simultan von Geburt an, als auch für früh sukzessiv bilingual aufwachsende Kinder (Bedore u. Peña 2008, Salameh et al. 2004, Håkansson et al. 2003).

Im Vergleich zu sich altersgerecht entwickelnden bilingualen Kindern haben bilinguale Kinder mit einer SES u. a. einen geringeren Wortschatzumfang, erwerben neue Wörter nur langsam und/oder zeigen Schwierigkeiten beim Wortabruf (Peña et al. 2001, Restrepo u. Kruth 2000, Thordardottir et al. 1997). Die vergleichbaren Einschränkungen stehen in engem Zusammenhang mit einer gestörten semantisch-lexikalischen Entwicklung, die im Wesentlichen auf die Beeinträchtigung zentraler, die Sprachentwicklung steuernden Sprachverarbeitungsprozesse zurückgeht. Hierin unterscheiden sie sich qualitativ von geringen Zweitsprachkenntnissen (Vokabelwissen).

Die eingeschränkten Sprachverarbeitungsprozesse gehen über ausschließliche Wortschatzdefizite hinaus und zeigen sich in Abhängigkeit von der Beteiligung des semantischen Systems als *Konzeptstörung* (auch: Strukturstörung) mit dem Störungsschwerpunkt Erwerb von Wortbedeutung und lexikalischer Ordnung, und/oder als *Prozessstörung* mit dem Störungsschwerpunkt Wortspeicherung und Wortabruf. Diese Schwierigkeiten können sich in Verbindung mit sämtlichen Sprachen zeigen (Bedore u. Peña 2008) und erscheinen daher als klinische Merkmale zur Differenzialdiagnose geeignet, sofern die Verbindung zwischen Konzept und soziokulturell geprägter Erfahrungswelt berücksichtigt wird.

Merke



Mehrsprachige Kinder mit einer SES zeigen in einigen Bereichen (z. B. verspäteter Sprechbeginn, auditive Diskrimination, Sprachverständnis, Semantik) ähnliche Auffälligkeiten wie monolinguale Kinder mit einer SES. In anderen Bereichen (insbesondere Grammatik) können sie aufgrund struktureller sprachcodespezifischer Unterschiede und in Abhängigkeit von der Sprachenkombination andere Auffälligkeiten zeigen (► S. 137 ff.).

Hintergrundwissen



Sprachspezifische Symptome bei SES

Sprachenvergleichende Untersuchungen haben gezeigt, dass monolinguale Kinder mit einer SES in den jeweiligen Sprachen unterschiedliche Symptome zeigen (Leonard 1997). In der Fachliteratur wird dies jedoch unterschiedlich begründet.

Einige Autoren führen die auch bei mehrsprachigen Kindern beobachteten sprachspezifischen unterschiedlichen Störungsmuster auf die unterschiedliche morphologische Komplexität der betreffenden Sprachen zurück (De Jong et al. 2007, Restrepo u. Guiterrez-Clellen 2001). So haben deutsch-, niederländisch- und englischsprachige Kinder mit einer SES große Schwierigkeiten mit der Verbflexion, die monolinguale Kinder mit einer SES in Sprachen mit einheitlicher Morphologie (z. B. romanische Sprachen) in dieser Form nicht zeigen. Während Kinder mit einer SES bei morphologisch komplexeren Sprachen Flexionsmarkierungen eher auslassen, werden sie in

Sprachen mit einheitlicher Morphologie eher ersetzt.

Andere Autoren gehen aufgrund ihrer Beobachtungen, dass Kinder mit einer SES mehr Schwierigkeiten mit jenen Morphemen haben, die weniger auffallen, von sprachspezifischen Störungsmustern aufgrund einer unterschiedlichen Wahrnehmbarkeit der phonetischen Merkmale aus (Leonard u. Eyer 1996). In den romanischen Sprachen sind dies vor allem Klitika und kurze Wörter wie Personalpronomina, im Englischen eher Suffixe an Verben der dritten Person, Modalverben und Vergangenheitsformen, die weniger aufzufallen scheinen. Paradis et al. (2003) und Paradis (2007) führen die Unterschiede jedoch nicht auf den Aspekt der phonetischen Auffälligkeit, sondern auf die jeweiligen linguistischen Sprachsysteme und deren Repräsentation zurück.

Mehrsprachige Kinder mit einer SES zeigen im Vergleich zu monolingualen Kindern der betreffenden Sprachen mit einer SES ähnliche morphosyntaktische Auffälligkeiten (Restrepo u. Gutierrez-Clellen 2001). So demonstrieren bilinguale Kinder mit einer SES im Vergleich zu gleichaltrigen bilingualen Kindern mit typischer Sprachentwicklung u. a. insgesamt kürzere Äußerungen, Flexionsfehler und Kongruenzfehler (Gutierrez-Clellen u. Simon-Cerejido 2007, Restrepo u. Gutierrez-Clellen 2001).

Gleichwohl zeigen sukzessiv mehrsprachige Kinder ohne eine SES (Zweitsprachler) in Abhängigkeit von der Kontaktzeit ähnliche Formen und Strukturen, die bei monolingualen Kindern mit einer SES auftreten können, demonstrieren jedoch – anders als Kinder mit einer SES – regelgeleitete Fehler und Verarbeitungsprozesse analog zur monolingualen physiologischen Entwicklung, wie Übergeneralisierung (Jacobson u. Schwartz 2005). Die Art der Störung bzw. welche morphologischen und morphosyntaktischen Regeln und Strukturen betroffen sind, manifestiert sich u. a. in Abhängigkeit von der jeweiligen Sprache, da sich unterschiedliche Sprachen in ihrer Sprachstruktur stark unterscheiden können. Insbesondere die Morphologie variiert stark sprachcodespezifisch. Aus klinischer Sicht sind Vergleiche bilingualer mit monolin-

gualen Normen der grammatischen Entwicklung daher nicht geeignet, um Fehldiagnosen zu vermeiden (Paradis 2005, Restrepo u. Gutierrez-Clellen 2001).

Es wird angenommen, dass Störungen der morphosyntaktischen Entwicklung neben speziellen linguistischen Defiziten auch auf Beeinträchtigungen der die Grammatikentwicklung steuernden Sprachverarbeitungsprozesse zurückgeführt werden können, wie u. a. Einschränkungen des auditiven Arbeitsgedächtnisses (Hanson u. Montgomery 2002), auditive Wahrnehmungsstörungen mit Bezug auf Segmentierung, Sequenzierung, Diskrimination sowie Rezeption grammatisch relevanter prosodischer Muster (Spaulding et al. 2008, Noterdaeme et al. 2001), Störungen der zeitlichen Informationsverarbeitung (Windsor u. Kohnert 2009, Miller et al. 2001). Nach Kohnert (2010) demonstrieren bilinguale Kinder mit einer SES die gleichen kognitiven Sprachverarbeitungsschwächen wie monolinguale Vergleichsgruppen.

Ferner können Schwächen der kognitiven Verarbeitung die phonetisch-phonologische Ebene betreffen und sich in Form von kombinierten phonetisch-phonologischen Störungen oder phonologischen Störungen manifestieren und dann bei mehrsprachigen Kindern in sämtlichen Sprachen auftreten. Mehrsprachige Kinder können wie einsprachige Kinder u. a. aufgrund einer auditiven Wahrnehmungsstörung, infolge einer Störung der phonologischen Speicherung und/oder beim Abruf von Lautfolgen oder aufgrund eines Defizits beim Erwerb sprachspezifischen phonologischen Wissens und dessen mentaler Organisation von einer Aussprachestörung betroffen sein. Die spezifischen pathologischen Muster variieren nicht nur individuell, sondern sind analog zu den phonologischen Prozessen und der phonotaktischen Regeln stark sprachcodespezifisch. Zudem können sich in Abhängigkeit von der betreffenden Sprachenkombination bei mehrsprachigen Kindern unterschiedliche Muster zeigen (Holm u. Dodd 1996, Dodd et al. 1996).

Auf ► S. 138 ff. findet sich ein zusammenfassender Überblick möglicher Symptome einer SES bei monolingualen Kindern mit Bezug zur klinisch-diagnostischen Relevanz unter dem Aspekt der Mehrsprachigkeit.

7 Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern

Zitat

„Linguistic theory is concerned primarily with an ideal speaker-listener, in a completely homogeneous speech-community, who knows its language perfectly.“ (Chomsky 1965: 3)

„Bilingualism is for me the fundamental problem of linguistics.“ (Jakobson 1953: 20)

„Multilingualism therefore must not only be accepted as the linguistic norm, it must also be realised that it is closely linked to the concepts of personal identity, ethnicity and multiculturalism.“ (Herdina u. Jessner 2002: 1)

Die logopädische bzw. sprachtherapeutische Diagnostik versteht sich als systematische Abfolge eines hypothesengeleiteten und prozessorientierten Ansatzes. Sie verfolgt das Ziel, unter Einsatz einschlägiger Methoden sämtliche relevanten Daten zu sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten und Auffälligkeiten zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erfassen, zu beschreiben, zu interpretieren, und auf dieser Grundlage begründete Entscheidungen über die Planung und Durchführung weiterer Interventionen wie Beratung, Förderung und/oder Therapie abzuleiten. Die Sprachdiagnostik bei Kindern verfolgt dabei vier übergeordnete Ziele:

- die **Feststellung** kindlicher Sprachfähigkeiten zur Erhebung und Bewertung von Art und Ausmaß einer Störung sowie Ressourcen oder als Verlaufsdagnostik,
- die **Differenzialdiagnostik** therapiebedürftiger Sprachentwicklungsstörung versus pädagogischer Förderbedarf (inkl. Hypothesen zu Ursachen von Sprachauffälligkeiten bzw. Identifikation der Verbindung zu nicht sprachlichen Auffälligkeiten und Komorbiditäten),
- die **Planung** individueller (weiterer) therapeutischer und/oder präventiver Maßnahmen zur Verbesserung und/oder Unterstützung der kindlichen Sprachfähigkeiten im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung, die Kommunikationsfähigkeit und das schulische Lernen,
- die **Evaluation** der therapeutischen Intervention.

Merke

Bei mehrsprachigen Kindern stellt die Differenzialdiagnostik zwischen einer therapiebedürftigen primären Sprachentwicklungsstörung und förderbedürftigen Sprachauffälligkeiten aufgrund mangelnder Spracherfahrung in einer weiteren Sprache aus sprachtherapeutischer Sicht eine zentrale Herausforderung dar.

„Das erste Ziel der Diagnose ist der Vergleich“ – dieser kann auf unterschiedlichen Ebenen vorgenommen werden (Grimm u. Schöler 1985: 2). Zum einen können auf der das Verhalten beschreibenden Ebene die im Rahmen eines standardisierten Vorgehens gezeigten kindlichen Leistungen interindividuell mit einer altersentsprechenden Normgruppe verglichen und festgestellt werden. Zum anderen können auf der Struktur- und Prozessebene die kindlichen Leistungen im intraindividuellen Vergleich betrachtet und analysiert werden, indem Bedeutung, Wirkung, Kausalität und Nutzen des gezeigten Verhaltens im Hinblick auf den Entwicklungsverlauf hinterfragt und vernetzte Zusammenhänge identifiziert werden.

Wie in den vorigen Kapiteln dargestellt, erwerben Kinder, die mit mehr als einer Sprache aufwachsen, ihre Sprachen auf vielfache Art und Weise, ab unterschiedlichen Alterszeitpunkten in verschiedenen Kontexten, unter verschiedensten Bedingungen und erzielen im Laufe ihres Lebens häufig distributiv variierende Sprachfähigkeiten in den betreffenden Sprachen. Aus der Fachliteratur lassen sich drei konventionelle Ansätze identifizieren, die Sprachfähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes zu beschreiben und zu bewerten:

- Vergleich der sprachspezifischen Fähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes mit den Sprachfähigkeiten jeweils gleichaltriger monolingualer Kinder,
- Vergleich der sprachlichen Fähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes in der einen mit denen in der anderen Sprache und
- Vergleich der spezifischen und der gesamt-sprachlichen Fähigkeiten mit anderen gleichaltrigen mehrsprachigen Kindern, die die gleichen Sprachen unter gleichen Bedingungen und zu vergleichbaren Zeitpunkten erwerben.



Merke

Der Einsatz von für monolinguale Kinder konzipierte und/oder an monolingualen Bezugsgruppen normierten Verfahren führt bei mehrsprachigen Kindern zu einer Verfälschung der Ergebnisse. Dies gilt auch für Übersetzungen von Testverfahren.

Jede dieser Vorgehensweisen zur Feststellung der sprachlichen Fähigkeiten mehrsprachiger Kinder dient einer anderen Zielsetzung (Kohnert 2010b). Ist beispielsweise die Einschätzung der Sprachkenntnisse in einer der Sprachen des mehrsprachigen Kindes im Vergleich zu gleichaltrigen monolingualen Kindern von Interesse, müssen monolinguale Bezugsnormen zu Vergleichszwecken herangezogen werden. Soll hingegen eine Einschätzung der Sprachfähigkeiten bei vorliegendem Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung durchgeführt werden, müssen die gesamtsprachlichen Fähigkeiten des mehrsprachigen Kindes mit denen in Bezug auf Alter, Sprachcode und Sprachkontaktzeiten (durchgehende Sprachenerfahrung) vergleichbaren Sprachfähigkeiten anderer mehrsprachiger Kinder in Beziehung gesetzt werden.

Die Erhebung und Bewertung der kindlichen Sprachfähigkeiten als elementarer Bestandteil der logopädischen Diagnostik geschieht vorrangig im Vergleich zu sich typisch entwickelnden Gleichaltrigen. Im sprachtherapeutischen Praxisalltag werden hierzu überwiegend standardisierte und informelle Prüfverfahren eingesetzt, die für monolinguale Kinder konzipiert wurden. Diese orientieren sich an monolingualen Bezugsnormen und können folglich in der Anwendung bei mehrsprachigen Kindern zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen, da sie die mehrsprachige Entwicklung nicht berücksichtigen. Es überrascht daher nicht, dass mehrsprachige Kinder ohne eine SES bei monolingualen standardisierten Testverfahren schlechter abschneiden als der monolinguale Durchschnitt (Scharff Rethfeldt 2010b, Bedore u. Peña 2008, Fox 2007). Zudem sind herkömmliche Verfahren zumeist wenig kultursensibel und überprüfen anhand der ausgewählten Testitems sowie entsprechendem Bildmaterial häufig lediglich das Sprach- und Weltwissen der in der Mehrheitsgesellschaft aufwachsenden einsprachigen Kinder (► S.85).

Die adäquate Bezugsgruppe eines mehrsprachigen Kindes sind jedoch andere mehrsprachige Kinder gleichen Alters, die unter vergleichbaren Bedingungen mit den gleichen Sprachen in ähnlichen Kontexten aufwachsen.

Mit Bezug auf altersspezifische Normdaten monolingualer Kinder lassen sich standardisierte Testverfahren also nicht einsetzen. Gleichwohl kann der Einsatz sprachentwicklungstheoretisch fundierter Verfahren im Rahmen einer prozessorientierten Diagnostik aussagekräftige Ergebnisse liefern, sofern diese vor dem Hintergrund der individuellen mehrsprachigen Lebenssituation qualitativ interpretiert werden (Kohnert 2010a, Scharff Rethfeldt 2010b).

Bislang liegen keine standardisierten Verfahren zur Identifikation einer Sprachentwicklungsstörung bei Mehrsprachigkeit vor, u.a. weil auch keine Normdaten zur typischen Sprachentwicklung unter dem Aspekt der Mehrsprachigkeit vorliegen. Mit Bezug auf die sowohl ethnokulturelle als auch sprachlich äußerst heterogene Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist in absehbarer Zeit auch eher nicht mit verlässlichen Daten zur Sprachentwicklung mehrsprachiger Kinder als unverzichtbare Voraussetzung zur Entwicklung entsprechender Verfahren zu rechnen. Zugleich unterliegen die Migrationssprachen dem Sprachwandel, sodass davon auszugehen ist, dass aufgrund gesellschaftlicher und individueller dynamischer Einflüsse in mehrsprachigen Kontexten von der Standardvariation im Herkunftsland abweichende Formen entstehen. Insofern erscheint selbst der Einsatz von im Herkunftsland normierten Verfahren (sofern vorhanden) durch bilingual kompetente Therapeuten fraglich. Überdies liegen für zahlreiche Sprachen (u.a. Chinesisch, Nigerkongo-Sprachen, Somali, Thai, Vietnamesisch) keine Erkenntnisse zu Meilensteinen in der kindlichen Sprachentwicklung und demzufolge keine monolingual ausgelegten Erhebungsverfahren vor. Ohne diese Erkenntnisse zur physiologischen Sprachentwicklung in den betreffenden Sprachen sowie zum Erwerb entsprechender Sprachkombinationen, lassen sich primäre Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern somit (derzeit) nicht eindeutig charakterisieren (Kohnert 2010a, Thordardottir et al. 2006).



Wiebke Scharff Rethfeld

[Kindliche Mehrsprachigkeit](#)

Grundlagen und Praxis der
sprachtherapeutischen Intervention

208 Seiten, kart.
erschienen 2013



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise
www.narayana-verlag.de