



Warum ist die Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern so schwierig?



Dr. Maren Aktas (MA) ist Dipl.-Psychologin mit dem Schwerpunkt Angewandte Entwicklungspsychologie. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Prof. Hannelore Grimm wirkte sie u. a. an der Entwicklung des SETK-2 und des SETK 3-5 mit. Sie promovierte 2004 mit einem Konzept zur entwicklungsorientierten Sprachdiagnostik bei Kindern mit geistiger Behinderung. Seither arbeitet sie freiberuflich als Dozentin und forscht als Gründungsmitglied des „Bielefelder Instituts für frühkindliche Entwicklung e.V.“ zu (sprach-)entwicklungspsychologischen Fragestellungen. Ergänzt wird das Portfolio durch die Tätigkeit als Entwicklungspsychologin im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Solingen, die eine enge Verzahnung von Praxis, Forschung und Lehre erlaubt. Der Originalbeitrag „Kompetenzempfinden von SprachtherapeutInnen bei der Sprachentwicklungsdiagnostik mehrsprachiger Kinder“ motivierte unsere Mitherausgeberin Petra Jaecks (pj), sie zu diesem Thema zu befragen.

pj | Frau Aktas, Sie haben den Artikel mit den Ergebnissen der Befragung von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten

Trotz meiner langjährigen Erfahrung finde ich jede Einzelfallentscheidung schwierig. Oft bleibt eine gewisse Unsicherheit.

zur Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern gelesen. Hat Sie die Aussage verwundert, dass sich viele Diagnostikerinnen und Diagnostiker wenig kompetent in diesem Bereich fühlen?

MA | Nein, eigentlich nicht. Ich arbeite seit vielen Jahren als Entwicklungspsychologin im Bereich der Sprachdiagnostik von Kindern und merke selbst, wie komplex die Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern ist. Trotz meiner langjährigen Erfahrung finde ich jede Einzelfallentscheidung schwierig. Oft bleibt eine gewisse Unsicherheit am Ende des diagnostischen Prozesses und es meldet sich meine innere Stimme, die fragt: Habe ich alle, aber auch wirklich ALLE Aspekte und Einflussfaktoren auf die Sprachentwicklung dieses Kindes bedacht? Habe ich wirklich nichts vergessen? Um festzustellen, ob bei einem mehrsprachigen Kind eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt oder ob es – in Anführungsstrichen – nur noch nicht ausreichend gut Deutsch spricht, benötige ich einfach sehr viele Informationen

über das Kind und seine Entwicklungsgeschichte. Viel mehr Auskünfte als bei einsprachig aufwachsenden Kindern.

pj | Welche Angaben braucht es denn zusätzlich bei mehrsprachigen Kindern?

MA | Während ich bei einsprachigen Kindern die üblichen Anamnesedaten einhole und den Entwicklungsstand in dieser einen Sprache einschätze, muss ich mich bei mehrsprachigen Kindern über ihre sprachliche Biografie in ALLEN Sprachen kundig machen. Ich muss wissen, wann das Kind begonnen hat, welche Sprache beziehungsweise welche Sprachen in welchem Ausmaß zu lernen. Ich muss jeweils die Lerngelegenheiten einschätzen und mir ein Bild von den Sprachkompetenzen und -problemen in jeder Sprache machen. Manche Kinder sprechen nur zwei Sprachen gleichzeitig, ich hatte aber auch schon Kinder und ihre Familien in der Diagnostik und Beratung, in deren Lebensgeschichte vier bis fünf Sprachen in unterschiedlichem Ausmaß eine Rolle spielten.

Ich glaube, dass die Schwierigkeit bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern darin liegt, dass wir uns einer überbordenden Fülle an relevanten Informationen ausgesetzt sehen. Statt eines 15-teiligen Puzzles wie bei einsprachigen Kindern, kommt es mir bei mehrsprachigen manchmal so vor, als werde ein 500-teiliges Puzzle vor mir ausgebreitet. Es ist dann eine enorme Herausforderung, hier den Überblick zu behalten und sich auf die entwicklungstheoretisch relevanten Aspekte zu fokussieren. Dazu habe ich einige Leitfragen im Kopf.

pj | Welche Leitfragen sind das?

MA | Für mich sind es erstens: Gibt es Hinweise aus der Entwicklungsgeschichte des Kindes, die auf eine Sprachentwicklungsstörung hindeuten? Zum Beispiel: War es eine späte Sprecherin/ein später Sprecher, gibt es eine familiäre Risikobelastung oder liegen andere medizinische Risiken vor, die mit einer Sprachstörung assoziiert sein können? Zum zweiten: Gibt es Hinweise in der Entwicklungsgeschichte des Kindes, die gegen eine Sprachentwicklungsstörung, sondern für mangelnde Lerngelegenheiten sprechen, beispielsweise ein gutes phonologisches Arbeitsgedächtnis, eine unbeeinträchtigte Kurzzeitgedächtnisspanne? Hatte das Kind vielleicht nur wenig Gelegenheiten, die Kita zu besuchen, zum Beispiel aufgrund der Corona-Pandemie? Die dritte Frage lautet: Passen die Sprachfähigkeiten im Deutschen zu dem tatsächlich erhaltenen Sprachinput im Deutschen, sowohl was die Qualität als auch die Quantität betrifft, oder sind die Sprachfähigkeiten schwächer ausgebildet als zu erwarten wäre? Und viertens: Lernt das Kind dem Input entsprechend hinzu oder stagniert die Sprachentwicklung in einer oder allen Sprachen trotz intensiver Anregung und womöglich Sprachförderung beziehungsweise Sprachtherapie?

pj | Und dann holen Sie solche Informationen ein, die Sie zur Beantwortung dieser Fragen benötigen. Wie machen Sie das methodisch?

MA | Dreh- und Angelpunkt sind meines Erachtens die Gespräche mit den Eltern, gegebenenfalls auch mit weiteren Bezugspersonen. Wenn die Eltern nicht ausreichend gut Deutsch sprechen, ziehe ich eine Dolmetscherin oder ei-

Dreh- und Angelpunkt sind meines Erachtens die Gespräche mit den Eltern, gegebenenfalls auch mit weiteren Bezugspersonen.

nen Dolmetscher hinzu. Wenn das nicht möglich ist, gebe ich – sofern in der Sprache verfügbar – Anamnesebögen in der von den Eltern gesprochenen Sprache aus. Oft haben Eltern auch Freunde oder Bekannte, die sie beim Ausfüllen der deutschsprachigen Bögen unterstützen. Entscheidend sind zwei Bereiche: Erstens geht es darum, die individuelle Sprachen-Lern-Biografie in Erfahrung zu bringen, also welche Sprachen lernt das Kind seit welchem Alterszeitpunkt? In welchem Ausmaß werden diese Sprachen gesprochen? Wer spricht die Sprachen auf welchem Sprachniveau? Die Sprachbiografie halte ich chronologisch, quasi auf einem Zeitstrahl, fest. Wichtig ist auch, ob sich die Eltern Sorgen um die sprachliche Entwicklung des Kindes machen. Wenn ja, seit wann? Wie ist die sprachliche Entwicklung in der Erstsprache verlaufen? Wie entwickelt sich das Kind im Vergleich zu den Geschwistern? Welches ist aktuell die stärkere Sprache des Kindes?

Dann gilt es zweitens, für unterschiedliche Zeitabschnitte die konkreten Lernbedingungen sowohl in der Breite als auch in der Tiefe zu erfassen. Hier arbeite ich gerne mit dem Bogen „Mehrsprachenkontexte“ von Ritterfeld und Lücke aus dem Jahr 2011. Wie viel Input erhält das Kind in welcher Sprache zu einem gegebenen Zeitpunkt? Wie viele Stunden besucht es die Kita – auf dem Papier und „in echt“? In welchen Sprachen konsumiert es TV und Youtube? Wie viele Stunden am Tag? Visualisierungshilfen wie die „Mehrsprachenkontexte“ und ein selbst erstelltes Blatt zur „Mehrsprachen-Biografie“ erleichtern es, die Fülle an Informationen im Überblick zu behalten.

pj | Untersuchen Sie das Kind selbst nicht?

MA | Doch, natürlich! Ich versuche mir einen guten Eindruck von den aktuellen kommunikativen und sprachlichen Kompetenzen des Kindes in der deutschen Sprache zu verschaffen. Dazu nutze ich vorhandene Sprachtests, Verhaltensbeobachtung, Elternfragebögen – das komplette Repertoire, das mir auch bei einsprachigen Kindern von Nutzen ist.

pj | Reichen diese Verfahren denn aus? Ein Ergebnis der Befragungen war ja, dass sich die Diagnostiker und Diagnostikerinnen mehr Tests wünschen, die speziell für mehrsprachig aufwachsende Kinder konzipiert sind und ihre Sprachlerngeschichte berücksichtigen.

Wenn wir uns theoretisch gut aufgestellt haben, ist es kein weiter Weg mehr, die uns vertrauten Tests und Materialien zielsicher und passend einzusetzen, um unsere Fragen zu beantworten.

MA | Diese Frage hat mich auch jahrelang umgetrieben, vor allem seit ich tagtäglich in einem SPZ mehrsprachige Kinder diagnostiziere. Brauche ich besondere Instrumente? Ich bin zu dem Schluss gekommen, dass es weniger auf den perfekten Test ankommt, als man denkt. Meine These ist vielmehr folgende: Wenn wir uns theoretisch gut aufgestellt haben, ist es kein weiter Weg mehr, die uns vertrauten Tests und Materialien zielsicher und passend einzusetzen, um unsere Fragen zu beantworten. Ich selbst gehe beispielsweise nach dem Prinzip des adaptiven Testens vor, wie ich es ursprünglich für Kinder mit einer geistigen Behinderung entwickelt und in meiner Dissertation 2004 und 2012 im Buch publiziert habe. Da es dabei darum geht, sich vom Lebensalter des Kindes zu lösen und möglichst genau das aktuelle sprachliche Kompetenzniveau des Kindes zu ermitteln, bietet sich das Vorgehen für mehrsprachige Kinder mit geringen Deutschkenntnissen genauso an. Ich vergleiche ein älteres Kind mit Deutsch als Zweitsprache dann zwar mit den Normwerten einsprachig aufwachsender Kinder, aber das ist nur ein Mittel zum Zweck, um seine aktuellen Fähigkeiten im Deutschen beschreiben und einordnen zu können. Entscheidend sind die Schlussfolgerungen der Diagnostikerinnen, nicht die Hilfsmittel.

pj | Gibt es zu wenig entsprechende Tests?

MA | Den Ruf nach neuen Tests mit passenden Normen für mehrsprachige Kinder habe ich anfangs auch als sinnvoll angesehen. Nur mit den richtigen Tests in den verschiedenen Erstsprachen von Kindern kommt man doch an die Fähigkeiten in den anderen Sprachen heran. Und die muss man doch überprüfen, um WIRKLICH entscheiden zu können, ob ein Kind in allen seinen Sprachen Sprachprobleme aufweist. Je länger ich darüber nachdenke, umso klarer wird mir, wie utopisch diese Forderung ist – sowohl pragmatisch als auch theoretisch begründet. Schaut man auf die Befragung von Marxen und ihren Kolleginnen, so werden von den Befragten allein 46 Sprachen aufgelistet, mit denen sie bei ihrer Arbeit zu tun haben. Ich habe vielleicht Tests in 25 Sprachen im Schrank liegen und zur Tür spaziert das Kind mit Sprache 26 herein. Und die theoretischen Probleme hat schon Asbrock (2011) treffend und ausführlich formuliert. Als Stichpunkt sei hier nur ein Faktor genannt: das Problem der Zusammenstellung adäquater Normgruppen nach Spracherwerbsbiografie. Das Zählen der Sprachkontaktmonate ist hier meines Erachtens noch nicht die Lösung. Kurz: Wir benötigen meiner Meinung nach keinen Schrank, der vor lauter Testverfahren in verschiedenen Sprachen aus den Nähten platzt. Mehr Tests helfen nicht mehr. Vielmehr ist das Entscheidende, dass wir aus dem Wust an wichtigen Informationen die wesentlichen herausfiltern, diese sortieren, visualisieren, übersichtlich machen und dann im Einzelfall auf einer möglichst guten Datenlage nach bestem Wissen und Gewissen abwägen.

pj | Wie könnte man Ihrer Meinung nach den Diagnostikerinnen und Diagnostikern mehr Sicherheit geben? Sie sprachen davon, dass man gutes Wissen über den Spracherwerb mehrsprachiger Kinder benötigt. Liefert die Forschung da schon ausreichende Erkenntnisse?

MA | Wir wissen schon eine Menge über die bilinguale Entwicklung von Kindern,

Mehr Tests helfen nicht mehr.

aber noch recht wenig über die sukzessive mehrsprachige Entwicklung. Aber auch hier liefern aktuelle Lehrbuchkapitel und Überblicksartikel, zum Beispiel der von Chilla aus dem Jahr 2020, einen guten Einblick für Praktikerinnen. Je nach Beginn des Erwerbs der zweiten Sprache zeigen sich vergleichbare oder unterschiedliche Erwerbsverläufe und Fehlertypen. Gerade die Auffälligkeiten sind ein Knackpunkt. Es gibt typische und eklatante Auffälligkeiten, manches ähnelt dann auch noch den Auffälligkeiten bei einsprachigen Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung, obwohl es vielleicht ganz normal im Zweitspracherwerb ist. Ich denke, dass hier die Forschung weiterhin gefragt ist, um uns ein genaueres Bild über unterschiedliche Sprachverläufe und deren Einflussfaktoren zu liefern.

pj | Einen Aspekt der aktuellen Befragung fand ich überraschend: In der Ausbildung hat das Thema „Mehrsprachigkeit“ zunehmend an Relevanz gewonnen, sodass die jüngeren Befragten mehr Seminare zu diesem Thema besuchen konnten. Sie fühlen sich aber weniger kompetent als die Befragten, deren Ausbildung schon länger zurückliegt. Ist das nicht ein Wi-

Literatur

- Aktas, M. (2004). *Sprachentwicklungsdiagnostik bei Kindern mit Down-Syndrom. Entwicklung eines diagnostischen Leitfadens zum theoriegeleiteten Einsatz standardisierter Verfahren*. Dissertation im Fachbereich Psychologie der Universität Bielefeld. <https://dnb.info/972343091/34>
- Aktas, M. (Hrsg.). (2012). *Entwicklungsorientierte Sprachdiagnostik und -therapie bei Kindern mit geistiger Behinderung: Theorie und Praxis*. Elsevier.
- Asbrock, D., Ferguson, C., & Hoheiser-Thiel, N. (2011). *Leitfaden Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern*. ProLog.
- Chilla, S. (2020). Mehrsprachige Entwicklung. In S. Sachse, A.-K. Bockmann, & A. Buschmann (Hrsg.), *Sprachentwicklung: Entwicklung – Diagnostik – Förderung im Kleinkind- und Vorschulalter* (S. 109–130). Springer.
- Grimm, H. (unter Mitarbeit von M. Aktas und S. Frevert). (2001/2015). *SETK 3-5. Sprach-*

derspruch? Man würde doch vermuten, dass mehr Seminare und mehr Wissen zu mehr Sicherheit verhelfen?

MA | Anerkannte grundlagenwissenschaftliche und sprach- respektive entwicklungstheoretische Kenntnisse sind unbedingt erforderlich für eine gute Diagnostik, daher sind Aus- und Weiterbildungen auf jeden Fall hilfreich und wichtig. Ich glaube aber, dass zum Kompetenzerleben nicht nur Wissen und Handwerkszeug beitragen, sondern auch eine bestimmte psychologische Fähigkeit, nämlich mit dem Gefühl umgehen zu können, etwas nicht in Gänze zu wissen oder zu überblicken, und dieses Gefühl nicht im negativen Sinne – wie zum Beispiel „Ich kann halt noch nicht genug“ – auf sich selbst zu beziehen, sondern die Schwierigkeit als in der Natur der Sache liegend zu begreifen. Erfahrenere Diagnostikerinnen haben dieses Gefühl des „Noch nicht genau wissens“ in der Regel schon häufiger erlebt als jüngere Kolleginnen. Auch es aushalten zu können, dass man eine Entscheidung trotz Widersprüchen und Unsicherheiten treffen muss, und dieses zu ertragen, was wir in der Psychologie Ambiguitätstoleranz nennen, lernt man oft erst mit der Zeit. Ich sehe es als Zeichen von Kompetenz und Professionalität an, wenn ich Eltern, Kolleginnen oder Ärztinnen im Zweifelsfall mitteile: Das weiß ich – im Moment noch – nicht. Die Fragestellung

ist komplex, mir fehlen noch wichtige Puzzleteile. Das Bild ist noch zu lückenhaft, als dass ich eine Diagnose stellen könnte. Diagnostik ist ja grundsätzlich als ein Prozess zu verstehen, und diese Tatsache darf man bei keinem Kind – einsprachig oder mehrsprachig – aus den Augen verlieren.

pj | *Bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern kann der diagnostische Prozess also durchaus länger dauern?*

MA | Ja, manchmal ist das der Fall. Manchmal sind die Informationen aber auch früh recht eindeutig. Grundsätzlich empfinde ich es bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern als diagnostisch sehr erhellend, die Lernfortschritte der Kinder im Deutschen zu verfolgen, so wie Lüke und Kolleginnen (2020) es vorschlagen. Im SPZ habe ich dazu, das muss ich zugeben, die optimalen Gegebenheiten. Ich erfasse zu Zeitpunkt 1 adaptiv, in meinem Fall zumeist mit den Sprachentwicklungstests SETK-2 und SETK 3-5 von Grimm, die Sprachfähigkeiten im Deutschen. Ein halbes Jahr später wiederhole ich die Diagnostik und setze die Ergebnisse in Beziehung zu den erhaltenen Fördermaßnahmen und Therapien, Kita-Besuch, Änderungen im Medienkonsum und so weiter. Da sieht man sehr gut, ob das Kind dem veränderten Input entsprechend angemessen hinzulernt, was für unbeeinträchtigte Lernprozesse sprechen würde, oder ob es trotz aller Bemühungen in der Entwicklung mehr oder weniger stagniert, was wiederum eher auf eine Sprachlernstörung hinweisen würde. Es bleibt aber ein Abwägen.

pj | *Danke, Sie verdeutlichten, wie komplex die Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern ist. Es müssen in jeder Sprache die relevanten Informationen über die Entwicklungsgeschichte eingeholt und gefiltert, die Lerngelegenheiten, Sprachkompetenzen und -probleme eingeschätzt werden und dass dafür nicht zwingend mehr Tests, sondern theoretisches Grundlagenwissen und die Fähigkeit zur Adaption erforderlich sind, aber dennoch letztlich oft Widersprüche und Unsicherheiten bleiben.*

ECHO

Zum Artikel ‚Myofunktionelle Therapie (MFT) – quo vadis?‘

in Logos 1/2022, S. 38-45

Seit kurzem kann man in den verschiedensten logopädischen Fachzeitschriften eine Häufung von Artikeln der Autorinnen Furtenbach und Schick zum Thema ‚Myofunktionelle Therapie‘ lesen. Dabei fällt auf, dass beider Tenor stets gleichbleibend ist und es vor allem nicht an Kritik anderen aktuellen Therapiekonzepten gegenüber mangelt. Das eigene Arbeiten wird selbstlobend zum Paradigmenwechsel emporgehoben und zugleich wundern sich beide Autorinnen darüber, dass ihr therapeutischer Ansatz nach Jahrzehnten noch immer nicht als Goldstandard in der Therapeutenwelt angekommen ist. Das ist bedauerlich, aber da stellt sich die Frage, warum das wohl so ist?

Furtenbach mag in ihrem Artikel in Logos in einigem sogar Recht haben, wenn sie beispielsweise schreibt, dass eine intakte Nasenatmung eine wichtige Voraussetzung für eine effektive Therapie einer orofazialen Dysfunktion ist. Jedoch ist ihre Behauptung, dass sie zusammen mit Adamer im Jahr 2016 das erste Behandlungskonzept entwickelt hat, das diesem Umstand den nötigen Respekt zollt, schlichtweg falsch.

Ist man mit der Fachliteratur auf diesem Gebiet vertraut, dann fällt einem auf, dass für so ziemlich alle deutschsprachigen Autoren von Kittel und Bigenzahn über Fischer-Voosholz und Spenthof bis zu Clausnitzer, Schuster und Rogge die Nasenatmung selbstverständlich eine wichtige Stellung einnimmt. Und auch bei mir wird – falls nötig – ein Training der Nasenatmung (mit AHMA) der Therapie einer orofazialen Dysfunktion vorangestellt.

Sicherlich könnte man einen Diskurs darüber führen, ob das methodische Vorgehen in den jeweiligen Konzepten auch zum Ziel der physiologischen Nasenatmung führt, aber dieser Diskussion

stellt sich Furtenbach nicht. Sie hingegen spricht allen anderen pauschal ab, dass sie sich mit dem Thema der Nasenatmung angemessen befassen. Nachweise führt sie dazu nicht an.

Wenn man wissen möchte, was bei Furtenbach und Adamer bezüglich der priorisierten Nasenatmung in der Therapie denn nun konkret (und anderes) geschieht, dann findet man in dem umfangreichen Artikel leider nichts. Also muss man auf weitere Veröffentlichungen von Furtenbach zurückgreifen. Und in der von ihr selbst erwähnten Literatur findet man erstaunlicherweise erst einmal gar keine Übungen zur Nasenatmung. Vielmehr beginnt die Therapie, die übrigens sehr stark an Padovan angelehnt scheint, mit Übungen zur sog. Vorbereitung der orofazialen Muskulatur u. a. mittels Stereognose und Eisstimulation. Danach wird zu Übungen übergegangen, die die Zunge auf die Ruhelage vorbereiten sollen. Bei diesen wird die Zunge häufig aus dem Mund gestreckt. Das wiederum erinnert auffällig an bekannte Übungen aus der klassischen Mundmotorik – also auch nichts wirklich Neues. Und erst im Anschluss daran erfolgen Übungen zur Atmung. Bei genauer Betrachtung dienen diese jedoch lediglich der Ausatmung bzw. dem Blasen. Bezogen auf die Ruheatmung ist das kraftvolle Blasen aus der Nase jedoch ein unphysiologischer Vorgang. Und das Pusten aus dem Mund, was dort ebenfalls ausführlich geübt wird, mutet nachgerade eher verwirrend als zielführend an. Und obwohl Furtenbach und Adamer in ihrem Buch viele Seiten über die Atemfunktion vorausschicken, trainieren sie die physiologische Ruheatmung mit ihren Patienten nicht. Übungen zur Einatmung durch die Nase gibt es nicht. Offensichtlich geht Furtenbach davon aus, dass das