

Das „Bilinguale Patientenprofil“ als Basis einer logopädischen Intervention

Wiebke Scharff-Rethfeldt

Zusammenfassung

Im folgenden Artikel wird das „Bilinguale Patientenprofil“ (Scharff-Rethfeldt, 2005) vorgestellt. Es bietet die Möglichkeit, einen mehrsprachigen Patienten unter Anwendung bestimmter Kriterien individuell zu erfassen, und leistet somit einen weiteren grundsätzlichen Beitrag zum diagnostischen Vorgehen bei bilingualen Sprechern, zusätzlich zu Harding & Rileys (1986) „Kategorien des familiären Bilingualismus“ und Bakers (2000) „Familienprofil“.

SCHLÜSSELWÖRTER: Bilingualismus – Bilinguales Patientenprofil – Terminologie – Diagnostik – Klassifikation

Einleitung

Zu Beginn eines neuen Jahrtausends, in einer Zeit, in der Globalisierung und Europäische Union unser gesellschaftliches Leben prägen, ist eine rein einsprachige Bevölkerung kein Regelfall mehr. So spiegelt sich auch in der logopädischen Praxis das veränderte gesellschaftliche Bild wider. Es etabliert sich ein neues Aufgabengebiet in der Logopädie: Sprachstörungen bei bilingualen Sprechern.

Definition

In der Vergangenheit haben viele Sprachwissenschaftler versucht, eine allgemeingültige Definition zu finden. Allerdings weiß vermutlich jeder, der in der Familie, Schule oder in anderen Bereichen mehrere Sprachen verwendet oder verwenden wird, dass sich „Mehrsprachigkeit“ weder einfach noch eindeutig definieren lässt. Aus diesem Grunde finden sich in der Literatur stark variierende Definitionen von Bilingualismus. Nach Bloomfield (1933) handelt es sich beim Bilingualismus um das *perfekte Erlernen einer Zweitsprache bei*

Erhalt der nativen Sprache, also um eine muttersprachliche Kontrolle zweier Sprachen. Mackey (1970) hingegen meint, dass jemand mehrsprachig ist, wenn er *sinnvolle Äußerungen in mehr als einer Sprache* zustande bringen kann. Bei der ersten Definition ist fraglich, was „perfekt“ meint, und ob das perfekte Erlernen einer Sprache mit ihren gesamten Ausdrucksmöglichkeiten und Wortbedeutungen überhaupt möglich ist. Nach der zweiten Definition scheint nahezu die ganze Welt mehrsprachig zu sein. Andererseits ist diese Vermutung nicht verwunderlich, da tatsächlich eindeutig mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung zweisprachig aufwächst.

Letztendlich ist aus der Sicht der Logopäden eine genaue Definition des Begriffs „Bilingualismus“ nicht entscheidend. Als Experten für Sprache und Kommunikation stellen wir uns vielmehr die Frage: Kann ein Patient seinen mehrsprachigen Alltag entsprechend seiner Bedürfnisse und Wünsche bewältigen?

Den existierenden und rege diskutierten diversen Definitionen von Bilingualismus nach ist zu folgern, dass Bilingualismus



Wiebke Scharff-Rethfeldt, MSc (GB)

erhielt 1993-1996 ihre Logopädieausbildung an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Nach Tätigkeit in einer logopädischen Praxis in Bonn studierte sie 1999-2000 an der Universität Newcastle-upon-Tyne und erwarb mit einer Arbeit über Bilingualismus

den Master of Science. 2000-2004 war sie Lehrlogopädin am Euro-Medizinal-Kolleg Stuttgart und absolvierte die Ausbildung zur Systemischen Beraterin. Seit 2003 arbeitet sie als Dozentin zum Thema Bilingualismus und unterrichtet bundesweit an Fachhochschulen sowie Fachschulen für Logopädie. Seit 2005 bietet sie über ihr eigenes Unternehmen LOGOCOM zusätzlich Kommunikationstrainings und Supervisionen in psychosozialen Arbeitsfeldern an.

ein relatives Konzept darstellt. Bis dato wurden noch keine grundsätzlichen psycholinguistischen Unterschiede zwischen Bilingualismus bzw. Zweisprachigkeit und Mehrsprachigkeit festgestellt, so dass mit der Verwendung des Begriffs „Bilingualismus“ im Folgenden die Mehrsprachigkeit eingeschlossen ist. In der fachspezifischen Weltliteratur hat sich der Term „Bilingualismus“ durchgesetzt.

Sprachstörungen bei bilingualen Kindern

Die häufig von Eltern gestellte Frage, ob bilinguale Kinder später mit dem Sprechen beginnen, kann wissenschaftlich belegt verneint werden. Sprachentwicklungsverzögerungen können eine Reihe von Ursachen unterschiedlichster Art haben. Eine bilinguale Erziehung kann weder Sprachentwicklungsverzögerungen verursachen noch sie verhindern. Ungefähr 5 % aller Kinder

zeigen eine Form von Sprachstörung (Wei, Miller & Dodd, 1997), d.h. dass die Sprachkompetenz der Kinder nicht altersgerecht erscheint. Bilinguale Kinder sind hiervon nicht weniger oder häufiger betroffen als monolinguale Kinder.

Dennoch sind bilinguale Kinder einem großen Risiko ausgesetzt: der falschen Beurteilung der Sprachentwicklung! Mehrsprachig aufwachsende Kinder werden von den Personen in ihrer Umgebung, so auch von Erziehern und Ärzten, genau beobachtet. Zeigt das Kind Schwierigkeiten im Rahmen des Spracherwerbs, werden die Eltern leider oft damit getröstet, dass ihr Kind aufgrund der Bilingualität ohnehin später sprechen würde. Dies ist sehr bedauerlich, weil dadurch andere Ursachen für Sprachstörungen, z.B. Lernschwächen, nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Auf der anderen Seite geht es nicht immer primär um Sprache. Kinder immigrierter Familien befinden sich während des Kindergarten- bzw. Schulbesuchs in der Regel in einer dominant monolingualen Sprachsituation, d.h. der Erwerb der deutschen Sprache hat Vorrang und die Muttersprache wird nur bedingt gefördert. Hierdurch besteht die Gefahr, dass eventuell auftretende Schwierigkeiten auf ein Sprachproblem reduziert und somit andere soziale und schulische Probleme verkannt werden. Die beim Zweitspracherwerb entscheidende Rolle des kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungsgefüges wird oft außer Acht gelassen. Bildungspolitisch steht an erster Stelle das Erlernen der deutschen Sprache vor jeder anderen notwendigen oder wünschenswerten Zielsetzung des Unterrichts.

Das „Bilinguale Patientenprofil“ als Diagnostikgrundlage

Über die logopädische Arbeit, d.h. eine auf psycholinguistischen Kenntnissen basierende Vorgehensweise in der Diagnostik und Sprachtherapie mit Kindern, besteht seit einigen Jahren (bis auf wenige Ausnahmen) eine wissenschaftlich begründete und breite fachliche Übereinstimmung. Diese festgelegte Vorgehensweise lässt häufig schnell vergessen, dass eine monolinguale Sprachentwicklung nicht unbedingt dem Ablauf einer bilingualen Sprachentwicklung gleicht, und dass damit eine Sprache, die von Elementen aus der bilingualen Sprachentwicklung geprägt ist, nicht automatisch als gestört gilt. Damit scheint sich der Anspruch auf psycholinguistisch fundierte Sprachtherapie bei Kindern lediglich auf Einsprachigkeit beziehen zu können, wobei der o.a. Ansatz für ein bilinguales Kind jedoch unzulänglich ist und eine andere, neue Sichtweise sowie eine abweichende Form von Erfassung und Einordnung der jeweiligen Sprachentwicklung erfordert.

Da die Integration dieser Sichtweise in die logopädische Arbeit aus Sicht der Autorin zwingend notwendig ist, wird die Anwendung des „Bilingualen Patientenprofils“ vorgeschlagen (Abb. 1). Im Anschluss kann ein zusätzliches standardisiertes sprachdiagnostisches Vorgehen dennoch gerechtfertigt sein, und die Gesamtergebnisse können in einem dem bilingualen Kind angemessenen Zusammenhang interpretiert werden. Ein weiterer grundlegender Aspekt ist die Annahme, dass Bilingualismus ein relatives

Konzept darstellt. Da die existierenden und rege diskutierten diversen Definitionen von Bilingualismus nicht ausreichend sind und es nicht möglich ist, alle Individuen denselben zuzuordnen, bietet das Bilinguale Patientenprofil eine neue Basis zur adäquaten Erfassung des jeweiligen Sprechers.

Bilingualer Erstspracherwerb

Es gibt zahlreiche makrosoziologische Faktoren und individuelle Phänomene, die zu einer mehrsprachigen Lebenssituation führen können. Der wohl größte Faktor in der Bundesrepublik Deutschland stellt die Migration dar. Auch vor diesem Hintergrund sind wiederum unterschiedliche Arten von Bilingualismus möglich (vgl. Punkt 1, 2, 9 in Abb. 1).

Obwohl jede Art von Bilingualismus als einzigartig zu betrachten ist, lassen sich nach Harding & Riley (1986) sechs unterschiedliche Typen im Rahmen des bilingualen Erstspracherwerbs klassifizieren (Abb. 2, nächste Seite).

Kategorien bzw. Typen des familiären Bilingualismus

► Im Rahmen des bilingualen Erstspracherwerbs, sog. „Typ 1“, wächst das Kind aufgrund der unterschiedlichen Muttersprachen der Eltern zweisprachig auf, gemäß dem Prinzip „one person – one language“. Die Eltern sprechen unterschiedliche native Sprachen und weisen jeweils den gleichen Sprachkompetenzgrad bzgl. der Sprache des anderen auf. Die Sprache eines Elternteils entspricht der Sprache des gesellschaftlichen Umfeldes. Die von den Eltern angewendete Strategie bzgl. des Spracherwerbs ihres Kindes ist, die jeweils eigene Sprache mit dem Kind von dessen Geburt an zu sprechen.

Autoren, die sich mit dem Thema bilingualer Erstspracherwerb bei Kindern beschäftigen, loben diese Strategie, da das Kind die beiden Sprachen trennt, ihm bewusst ist, dass es sich um zwei verschiedene Sprachen handelt und es wünschenswert ist, die beiden Sprachen nicht zu mischen. Erst vor wenigen Jahren wurde diese strenge Sichtweise durch Autoren wie De Houwer (1995) gelockert. Sie argumentiert, dass es sich wohl eher um ein Ideal als um Realität handle und dass es ausreichend Fallbeispiele gebe, die belegen, dass ein Kind in beiden Sprachen effektiv kommunizieren könne, obwohl die Eltern beide Sprachen verwenden.

Abb. 1: Das Bilinguale Patientenprofil (Scharff-Rethfeldt, 2005)

1	Sprachentwicklung bzw. Spracherwerb (inkl. Erhalt oder Verlust von L1 und L2)
2	Sequenz von L1 und L2 (z.B. simultan)
3	Sprachkompetenz von L1 und L2 bzw. Sprachdominanz
4	Funktionale Aspekte des Sprachgebrauchs (z.B. wann, wie und mit wem L1 bzw. L2 verwendet wird, sowie Familienprofil)
5	Linguistische Merkmale (z.B. Code-Switching)
6	Grad der Familiarität mit den Kulturen von L1 und L2 (inkl. Religion)
7	Einstellung bzgl. L1 und L2, der Sprecher von L1 und L2 sowie gegenüber dem Bilingualismus selbst
8	Interne/Externe Konflikte (z.B. Familiendynamik) und Motivation
9	Exogene Faktoren (z.B. Umgebung des bilingualen Sprechers)
10	Anamnestische Daten (Familien- und Eigenanamnese)

Abb. 2: Kategorien des bilingualen Spracherwerbs (Harding & Riley, 1986)

Typ 1	one person – one language
Typ 2	nicht-dominante Haussprache
Typ 3	nicht-dominante Haussprache ohne Unterstützung der Gemeinde
Typ 4	doppelte nicht-dominante Haussprache ohne Unterstützung der Gemeinde
Typ 5	nicht-native Eltern
Typ 6	gemischte Sprache

► Beim sog. „Typ 2“ des bilingualen Spracherwerbs in der Kindheit, der *nicht-dominanten Haussprache*, sprechen ebenfalls beide Elternteile unterschiedliche native Sprachen, wobei die Sprache eines Elternteils der des gesellschaftlichen Umfeldes entspricht. Beide Elternteile sprechen die nicht-dominante Sprache mit ihrem Kind, welches die dominante Sprache außerhalb des Hauses im Rahmen des Kindergarten- bzw. Schulbesuchs erlernt.

► Eine weitere Form des Spracherwerbs, typisch für Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland, stellt der natürliche Zweitspracherwerb, sog. „Typ 3“, dar. Im Rahmen der *nicht-dominanten Haussprache ohne Unterstützung der Gemeinde* sprechen die Eltern ihre eigene Sprache mit dem Kind, die aber nicht der Umgebungs- oder Landessprache entspricht. Sobald das Kind z.B. in den Kindergarten oder in die Schule eintritt, ist Deutsch die dominante Sprache.

► Unter „Typ 4“ versteht man die *doppelte nicht-dominante Haussprache ohne Unterstützung der Gemeinde*. Die Eltern sprechen unterschiedliche native Sprachen, wobei die Sprache des Umfeldes keiner der Sprachen eines Elternteiles entspricht. Jeder Elternteil spricht seine native Sprache mit dem Kind von Geburt an – es entsteht familiärer Trilingualismus.

► Ist die native Sprache beider Elternteile identisch und entspricht die Sprache der Eltern auch der des Umfeldes, ist wohl anzunehmen, dass das Kind monolingual aufwachsen wird. Bei „Typ 5“ hingegen, *nicht-native Eltern*, spricht ein Elternteil konsequent eine Sprache mit dem Kind von Geburt an, die nicht seine native Sprache ist. Diese Art bilingualer Erziehung findet sich eher in Familien, in denen mindestens ein Elternteil einen akademischen Beruf sowie eine Fremdsprache erlernt hat (z.B. Lehrer). Vermutlich waren für diese Eltern die Vorteile einer bilingualen Erziehung, insbesondere die späteren beruflichen Möglichkeiten für

ihr Kind, ein wichtiges Entscheidungskriterium.

► *Gemischte Sprachen* im Rahmen des bilingualen Spracherwerbs, bezeichnet „Typ 6“. Die Eltern sind selbst bilingual. Sie leben in einer Gemeinde, die zumindest teilweise bilingual ist. Die Eltern sprechen beide Sprachen mit ihrem Kind und neigen zu Sprachmischungen.

Die oben beschriebenen Kategorien erlauben es, im Rahmen empirischer Untersuchungen Familiensituationen zu vergleichen und zu erfassen. Jedoch stellen sie lediglich eine Typologie des bisherigen Forschungsstandes dar.

Eine in der Literatur häufig nicht bedachte Variable ist die Konstellation „bilinguales Kind – alleinerziehender Elternteil“. Die meisten Untersuchungen wurden in Familien durchgeführt, in der zwei Elternteile anwesend waren. Nahezu alle Erziehungsratgeber zum Thema Bilingualismus gehen von der Präsenz zweier Elternteile aus. Dieser Ausschluss erweckt – vermutlich nicht beabsichtigt – den Anschein, als ob eine bilinguale Erziehung durch einen Elternteil allein nicht möglich sei. Aus vielen Gründen ist dem aber nicht so – häufig wird die zweite Sprache außerhalb des Hauses erworben (vgl. Punkt 4, 9 in Abb. 1).

In manchen Fällen allerdings kann die Bilingualität einer Familie gefährdet sein, z.B. wenn ein Elternteil die dominante Sprache der Gesellschaft spricht, der andere Elternteil hingegen eine Minoritätensprache. Im Falle des Todes oder des Fortgehens des zweiten Elternteils wird es schwieriger sein, die Zweisprachigkeit zu erhalten. Im Falle einer Trennung oder Scheidung ist ein regelmäßiger Kontakt mit dem Elternteil der Minoritätensprache ein entscheidender Faktor (vgl. Punkt 1 in Abb. 1).

Ferner kann ein Todesfall oder eine Scheidung eine extrem traumatische Wirkung auf das Kind haben. In Zeiten großen mentalen und emotionalen Stresses müssen Kinder

vielerlei bewältigen (vgl. Punkt 8 in Abb. 1). Der Erhalt der Zweisprachigkeit scheint in solchen Fällen niedrige Priorität zu haben. Allerdings, wenn ein Kind solchen Stress verarbeitet hat, könnte es wichtig sein, ein weiteres Trauma zu vermeiden: den Verlust einer Sprache und damit von Kultur, einem wesentlichen Teil der kindlichen Identität.

Zur Bedeutung der Muttersprache

Die Muttersprache ist Trägerin kultureller Zusammenhänge, von kulturellen Erfahrungen und kulturellem Wissen. Bereits das Wort „Muttersprache“ symbolisiert die unmittelbare Nähe zum familiären Bezugsrahmen des Kindes. Das Kind kommuniziert, vielmehr aber repräsentiert es mittels der Muttersprache seine kulturgebundenen Erfahrungen und sein Wissen über die Welt. So gewährleistet die Muttersprache den Zugriff auf begriffliche Konzepte, nicht nur in sprachlich verbaler, sondern auch in allgemein sprachlich kognitiver Hinsicht (vgl. Punkt 6 in Abb. 1).

Persönliche und gesellschaftliche Einstellung zur Bilingualität

Hinter den bereits beschriebenen diversen Arten von Bilingualismus stehen häufig unterschiedliche Auffassungen. Während bei einigen binationalen Eltern die Sprache ein Verbindungselement zu einem Teil der Familie bzw. zur Kultur eines Elternteils darstellt (z.B. Typ 1), betrachten andere Eltern sie als ein Medium, Wissen zu vermitteln (Typ 5). Insbesondere Englisch gilt als sehr nützlich und förderlich für die schulische und berufliche Karriere und genießt in Deutschland ein hohes Prestige, während andere Sprachen wie Albanisch und Kurdisch oft weniger Wertschätzung finden. Dieses gesellschaftliche Phänomen spiegeln sogar einige Familien mit Migrationshintergrund wider (vgl. Punkt 7 in Abb. 1).

Zur Bedeutung funktionaler Aspekte des Sprachgebrauchs

Ein wesentliches Kriterium zur Erfassung der Individualität im Rahmen einer bilingualen Erziehung betrifft die funktionalen Aspekte des Sprachgebrauchs – innerhalb sowie außerhalb der Familie (vgl. Punkt 4 in Abb. 1). Als Ergänzung zu *Bakers* „Familienprofil“ (2000) wird im Rahmen des Bilingualen

Patientenprofils nach dem zeitlichen Aspekt sowie der Art des Sprachgebrauchs gefragt – inklusive linguistischer Gesichtspunkte (Abb. 3).

Die Notwendigkeit der Beachtung dieser zusätzlichen Perspektive darf nach Ansicht der Autorin nicht unterschätzt werden. Berichten von Kollegen zufolge sprechen einige Eltern, die native Sprecher einer Minderheitensprache sind, mit ihrem Kind die Mehrheitsprache der Gesellschaft. Vermutlich sind sie der Ansicht, dass sie ihrem Kind, das bereits Sprachprobleme zeigt, einen Gefallen tun, indem sie die Mehrheitsprache Deutsch in ihre familiäre Situation übernehmen. Dieser Ansicht scheinen auch einige Eltern von Kindern zu sein, die keine Sprachschwierigkeiten haben, aber denen die Eltern „einen besseren Start ins Leben“ bieten wollen, und ihr Kind aus diesem Grunde zu einem bestimmten Sprachgebrauch – in der Regel Deutsch – anhalten (vgl. Punkt 4, 7 in Abb. 1).

Die Folge ist, dass das Kind von allen Interaktionen ausgeschlossen ist, die nicht direkt an das Kind gerichtet sind. Der Sprachinput wird in Bezug auf Qualität und Quantität deutlich reduziert. Da die Eltern meist nicht native Sprecher der Mehrheitsprache sind, die sie an ihr Kind richten, ist das angebotene Sprachmodell eher mangelhaft. Die Hoffnungen der Eltern werden ins Gegenteil umgekehrt – die Kinder haben keine sprachlichen Vorteile, sie sind sprachlich regelrecht verarmt. Ein Kind mit einer Sprachstörung ist hierdurch noch stärker betroffen.

Sprachkompetenz und Sprachdominanz

Sprachkompetenz meint die Fähigkeit einer Person, Sprache zu verstehen und zu kreieren. Damit ist mehr als die Fähigkeit, Vokabeln und Grammatik zu verstehen gemeint: Die Person versteht Sätze, die sie zuvor noch nie gehört hat. Der Begriff wird häufig in Zusammenhang mit Chomskys Theorie der Transformationsgrammatik gebraucht, welche eine internalisierte Sprachgrammatik meint. Diese befähigt die Person neue Sätze zu kreieren und solche zu verstehen, die sie noch nie zuvor gehört hat. Kompetenz wird oft verwendet, um einen idealisierten Sprecher/Hörer mit einem komplexen Wissen von Sprache zu beschreiben, und unterscheidet sich von der Sprachperformanz, welche den eigentlichen Gebrauch der Sprache durch Individuen meint.

Die Sprache, die eine bilinguale Person vermehrt verwendet, z.B. aufgrund von Sprachenprestigedenken, lässt nicht unbedingt auf eine dominante Sprache schließen. Im Vergleich zu älteren Sprechern reflektieren kleinere Kinder, deren Sprachentwicklung noch

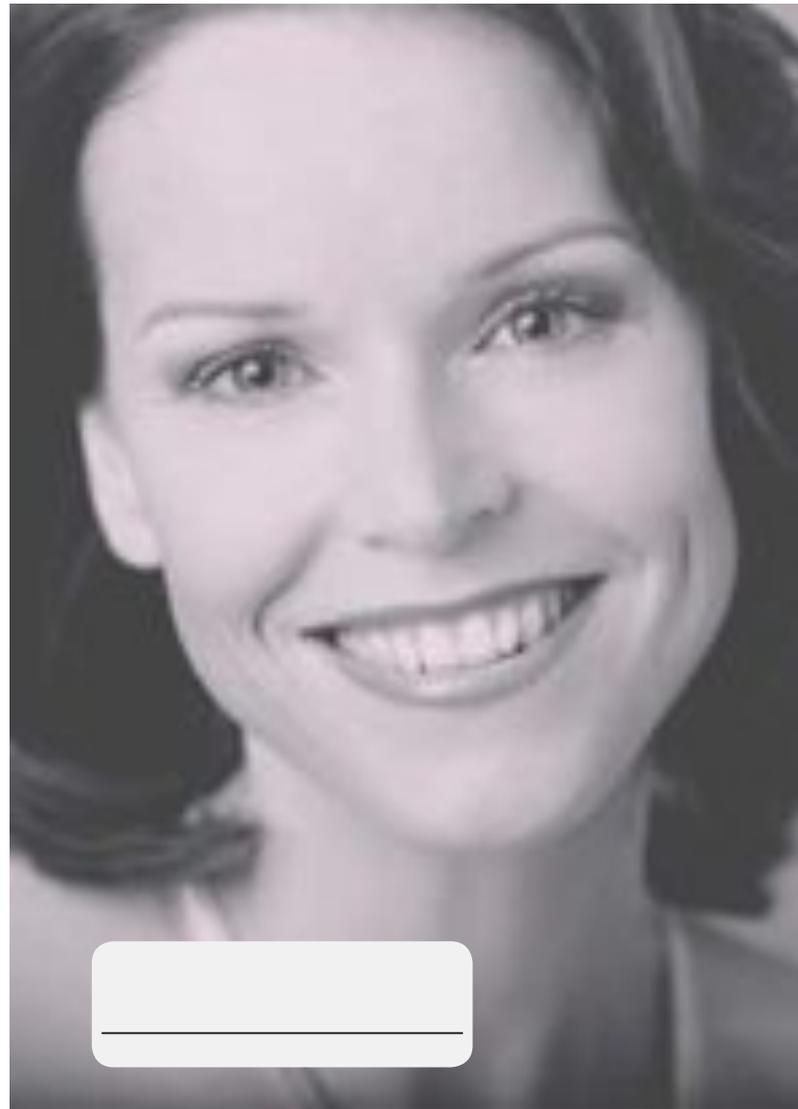


Abb. 3: Bilinguales Familienprofil (Baker, 2000)

- native Sprachen der Elternteile
- Sprache/n der Eltern untereinander
- von den Eltern ans Kind gerichtete Sprache/n
- vom Kind an die Eltern gerichtete Sprache/n
- Sprache/n der Kinder untereinander
- expressive und/oder rezepptive Sprache/n naher Familienangehörige
- expressive und/oder rezepptive Sprache/n der Gemeinde
- Sprache/n in der Schule
- Sprache/n der Religion
- Amts- oder Mehrheitsprache des Staates oder Landes
- familiäre geographische Stabilität oder Mobilität inkl. Sprachwechsel

nicht abgeschlossen ist, vermutlich weniger ihr Sprachenbewusstsein in Zusammenhang mit psycho-sozialen und linguistischen Einflussfaktoren. Aus diesem Grunde schlägt *Dodson* (1981) für Kleinkinder das Konzept der „bevorzugten Sprache“ vor. Erfahrungsgemäß neigen viele bilinguale Sprecher zur Dominanz einer der beiden Sprachen (vgl. Punkt 3 in Abb. 1). Die Dominanz eines Sprachcodes kann allerdings zeitlich begrenzt sein. Ein weiteres Phänomen bzgl. der Sprachdominanz ist, dass etwaige Interferenzen zwischen den beiden Sprachen eher von dem dominanten in den weniger dominanten Sprachcode auftreten (*Grosjean*, 1989).

Linguistische Merkmale bilingualler Sprache

Phänomene wie Code-Switching, Code-Mixing, Borrowing, etc. können zu Analysezielen genutzt werden (vgl. Punkt 5 in Abb. 1). Sie helfen uns, Muster und Beziehungen der Sprachsysteme zu erkennen. Dabei ist zu beachten, dass sich L1 und L2 gegenseitig beeinflussen, d.h. es muss von einer „cross-linguistic influence“ (*Kellermann*, 1986) ausgegangen werden. Da jede bilinguale Person individuell und spezifisch Sprachstrukturen verarbeitet, zeigt sich dies auch in der Unterschiedlichkeit bzgl. des Auftretens von Interferenzen. Das sprachliche System an sich ist nicht allein für Interferenzen verantwortlich und lässt daher auch keine Prognosen über diese zu. Interferenzen können auf allen Ebenen der Sprachen auftreten. Die Sprachen z.B. innerhalb einer Äußerung zu wechseln, ist eine wichtige Strategie, die sowohl von kindlichen als auch von

erwachsenen Sprechern eingesetzt wird. Diese Strategie weist eine weitere Kompetenz des bilingualen Sprechers auf: Er hat eine Intuition bzw. Bewusstheit bzgl. seiner Sprachen entwickelt, die er in der Kommunikation gegenüber anderen bilingualen Gesprächspartnern hilfreich einsetzen kann, z.B. um Gespräche inhaltsspezifisch „treffender“ zu gestalten. Anlässe und Gründe für derartige Sprachwechsel sind u.a. die Gesprächspartner, das Gesprächsthema, die Gesprächssituation sowie die sprachliche Struktur des Gesprächs (vgl. Punkt 4, 5 in Abb. 1). *Tracy* (1996) verweist darauf, dass Kinder im Rahmen der frühen bilingualen Sprachentwicklung Code-Switching als Strategie anwenden – sie erklärt die parallele lexikalische Aktivierung mit dem Bestreben nach syntaktischer Problemlösung. Diese typischen Phänomene bilingualler Sprache sind allerdings von pathologischem Mixing und Switching, wie sie z.B. im Rahmen einer neurologischen Erkrankung bei bilingualen Sprechern vorkommen können, zu unterscheiden.

Relevanz des Bilingualen Patientenprofils

Neben *Harding & Rileys* (1986) „Kategorien des familiären Bilingualismus“ und *Bakers* (2000) „Familienprofil“ ermöglicht das „Bilinguale Patientenprofil“ (*Scharff-Rethfeldt*, 2005) eine effiziente und aussagekräftige Ausgangsbasis für eine eventuell notwendige therapeutische Intervention bei mehrsprachigen Patienten (s. Abb. 4). Der Schwerpunkt liegt nicht mehr allein auf der Familie und auf funktionalen Aspekten des Sprachgebrauchs. Vielmehr erfasst das

Bilinguale Patientenprofil weitere wichtige Aspekte im Rahmen der Diagnostik und damit für die Therapie. Im vereinfachten Sinne dient es als eine Art Checkliste: Der Therapeut kann zielgenau überprüfen, ob ihm alle zur Therapie notwendigen Patientendaten für eine Erfolg versprechende Therapie vorliegen. Der entscheidende Unterschied: Zusätzlich zu den bisherigen Ansätzen wird, trotz festgelegter Kriterien, der bilinguale Sprecher individuell erfasst. D.h. dass die gewonnenen Daten für empirische Zwecke vergleichbar sind, obwohl konkret auf die Individualität des bilingualen Sprechers eingegangen wird. *Grosjean* (1985) betont, dass ein bilingualer Sprecher ein „unique speaker-hearer“, und nicht zwei monolinguale Sprecher in einer Person ist. Die Anwendung des Bilingualen Patientenprofils respektiert und integriert diese Sichtweise durch Einbeziehung der zusätzlichen Dimension der Bilingualität, u.a. charakterisiert durch Aspekte wie Sprachdominanz und Code-Switching.

Ausblick

Die Integration dieser neuen Sichtweise im Umgang mit bilingualen Patienten ist Voraussetzung für eine angemessene und effiziente logopädische Arbeit. Nur nach einer adäquaten Diagnostik, die alle notwendigen Kriterien zur Erfassung des Sprachstatus eines Patienten enthält, ist die Ableitung eines Erfolg versprechenden Therapieansatzes möglich. Demnach sollte die anschließende Therapie genauso individuell gestaltet und begründet werden. Außerdem hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass sich das Bilinguale Patientenprofil auf alle mehrsprachigen Patienten anwenden lässt, sowohl auf kindliche als auch auf erwachsene bilinguale Sprecher. Somit kommt es auch in der Arbeit mit sämtlichen logopädischen Störungsbildern zum Tragen: bei bilingualen Aphasiepatienten, bei bilingualen Sprechern mit Stimmstörung (*Scharff & Miller*, 2001), bilingualen Patienten mit Redeflussstörungen, Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, etc. Das Bilinguale Patientenprofil stellt einen wesentlichen Teil einer ausführlichen und adäquaten diagnostischen Grundlage für das weitere logopädische Vorgehen dar.



Literatur

- Baker, C. (2000). *A Parent's and Teacher's Guide to Bilingualism*, (2. Aufl.), Clevedon: Multilingual Matters
- Bloomfield, L. (1933). *Language*. New York: Holt Rinehart & Winston
(1935 von George Allen und Unwin, London)
- De Houwer, A. (1995). Bilingual language acquisition. In: Fletcher, P. & McWhinney, B. (Hrsg.). *The Handbook of Child Language*, (219-250). Oxford: Blackwell
- Dodson, C.J. (1981). A reappraisal of bilingual development and education: some theoretical and practical considerations. In: Beatens Beardsmore, H. (Hrsg.) *Elements of Bilingual Theory*, (14-27). Brüssel: Freie Universität Brüssel
- Grosjean, F. (1985). *Life with Two Languages: An Introduction to Bilingualism*. Cambridge/MA: Harvard University Press
- Grosjean, F. (1989). Neurolinguistics, Beware! The Bilingual Is Not Two Monolinguals in One Person. *Brain and Language X*, 3-15
- Harding, E. & Riley, P. (1986). *The Bilingual Family: A Handbook for Parents*. Cambridge: Cambridge University Press
- Kellerman, E. & Sharwood-Smith, M. (1986). *Crosslinguistic Influence and Second Language Acquisition*. Oxford: Pergamon Press
- Mackey, W. (1970). The Description of Bilingualism. In Fishman, J. (Hrsg.) *Readings in the Sociology of Language*, (554-584). Mouton: The Hague

Scharff, W. & Miller, N. (2001). *Speaking Fundamental Frequency Differences in English-German Bilinguals*, Präsentation im Rahmen des 25. IALP-Weltkongresses in Montreal, Kanada

Scharff-Rethfeldt, W. (2005). Bilingualismus – Wenn Kinder mehrsprachig aufwachsen. *WortBlitz*, Infoheft 2005 des dbl-Landesverbandes Bremen, 9-11

Tracy, R. (1996). Vom Ganzen und seinen Teilen: Überlegungen zum Erstspracherwerb. *Sprache & Kognition*, 1 und 2, 70-92

Wei, L.; Miller, N.; Dodd, B. (1997). Distinguishing communicative difference from language disorder in bilingual children. *Bilingual Family Newsletter* 14 (1), 3-4

Autorin

Wiebke Scharff-Rethfeldt, MSc (GB)
Logopädin, Lehrlogopädin (dbl), Systemische Beraterin
Dulonweg 45
28277 Bremen
w.scharff45@aol.com oder info@logo-com.net
www.logo-com.net

Summary

Significance of the Bilingual Patient's Profile in Logopedic Assessment

Bilingualism has become a central issue for speech therapists. The author introduces her Bilingual Patient's Profile (Scharff-Rethfeldt, 2005). Furthermore the article provides the essential information on categories of family bilingualism (Harding & Riley, 1986), examining bilingualism in different types of families, the various development of bilingualism in children, and how bilingualism affects home life. Therefore it adds an important perspective to Baker's (2000) Bilingual Family Profile. Professionals will gain a further insight in children's bilingualism and of many key issues in order to assess them fairly and accurately, which, in addition to the traditional work, presupposes awareness of the child's ethnic, cultural and linguistic background.

KEY WORDS: Bilingualism – Bilingual Patient's Profile – Terminology – Assessment – Classification

not
www.not-allies.de

DURCH NEUHEUTUNG, SCHLAGANFALL
ODER SONSTIGE BEWEGTE HIRNSCHÄDEN

**Fachmagazin für Schädel-Hirnverletzte
und Schlaganfall-Patienten
sowie alle betroffenen Berufsgruppen**

Die informativen Inhalte sind auf eine
präzise Umsetzung ausgerichtet.
Alle zwei Monate erfahren Sie in
der not allies, was Sie zum richtigen
Umgang und zum adäquaten
Therapieerfolg bei Schädel-
Hirnverletzungen und Schlaganfall-
Patienten wissen müssen.
Wir informieren über Finanzierung
fragen, Änderungen in der Gesund-
heits- und Sozialpolitik. Sie lesen aber
auch über die vielseitigen Aktivitäten
der Selbsthilfeverbände.

Nur 30 €
jährlich!

Medienkontakt:
Jutta Kammann
jutta.kammann@not-allies.de

Die not allies GmbH
Grennbergweg 14
76714 Daxlanden
Telefon: 0 71 72 / 1 92 75 0
Telefax: 0 71 72 / 1 92 75 44
E-Mail: info@not-allies.de
Internet: www.not-allies.de

not allies
GmbH
Grennbergweg 14
76714 Daxlanden