



Zweisprachige Familie



Dr. Melanie Teschendorf



Heike Bagus



Prof. Dr. Stephan Lang



Dr. D. Arweiler-Harbeck

Sprachliche Entwicklung nach Cochlea-Implantation bei Kindern aus zweisprachigem Elternhaus

Über die Hälfte der Kinder, die an unserer Klinik mit einem Cochlea-Implantat (CI) versorgt wurden, stammen aus einem zweisprachigen Elternhaus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Großraum Ruhrgebiet viele Familien mit Migrationshintergrund leben. Grundsätzlich ist eine hohe Rate an Mehrsprachigkeit nicht ungewöhnlich. Etwa die Hälfte der Weltbevölkerung benutzt mehr als eine Sprache im täglichen Leben. Fachleute standen dem Erwerb einer Zweitsprache bei Kindern mit CI häufig mit Skepsis gegenüber, da dies den Erwerbsprozess der Erstsprache beeinträchtigen könnte. Bislang gibt es nur wenige Studien, die Daten liefern, welche die Zweisprachigkeit bei Kindern mit CI befürworten. Ziel dieser Arbeit war es, die Auswirkung eines mehrsprachigen Elternhauses auf den Erwerb der deutschen Sprache bei Kindern nach CI-Versorgung zu untersuchen. Weiterhin stellte sich die Frage, wie viele der CI-versorgten Kinder tatsächlich zweisprachig erzogen werden.

Patientenauswahl

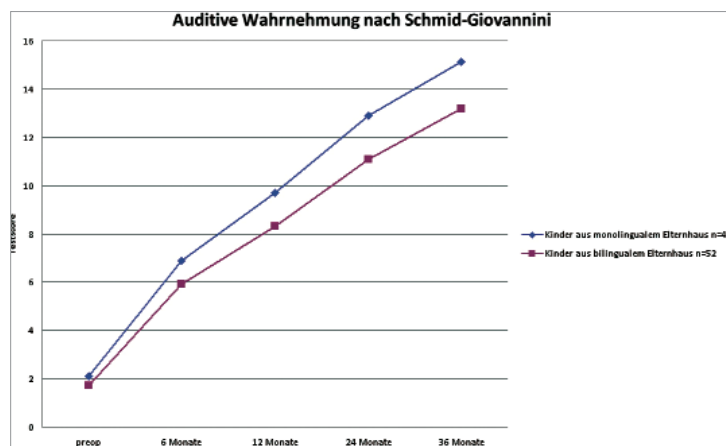
In die Studie wurden 93 Kinder mit einer hochgradig an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit eingeschlossen, die vor dem sechsten Geburtstag mit einem CI versorgt wurden. Alle Kinder erhielten zwischen 1996 und 2007 ein Nucleus 22 oder 24 CI am Cochlear Implant Centrum Ruhr der Universitätsklinik Essen. Ausgeschlossen wurden Kinder mit einer Fehlbildung im Bereich der Hörschnecke und Nebenerkrankungen mit eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit. 52 dieser Kinder lebten in zweisprachigen, 41 Kinder in einsprachigen Familien.

Untersuchungen

Anhand von Testverfahren wurden Werte zur Entwicklung des Sprachverständnisses sowie der Hör- und Sprachentwicklung vor der Implantation und 6, 12, 24 und 36 Monate

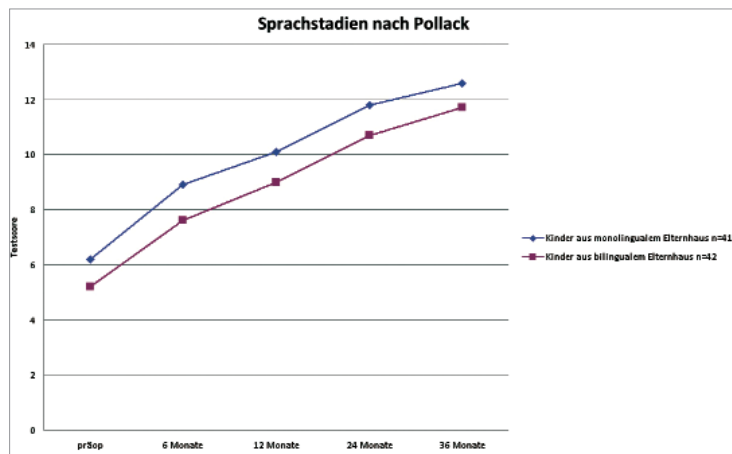
nach der Implantation ermittelt. Daten bezüglich der Erstsprache des Kindes und des Erwerbes der Zweitsprache wurden anhand eines Fragebogens erhoben.

Durchgeführt wurden der Mainzer Kindersprachtest und der Göttinger Kindersprachverständnistest. Außerdem wurden die Hörskalen nach Schmid-Giovannini und die Stadien expressiver Sprache nach Pollack eingesetzt. Die Skala nach Schmid-Giovannini beschreibt die Stadien der Hörentwicklung von Kindern. Der Untersucher beobachtet und überprüft die einzelnen Entwicklungsstadien des kindlichen Hörvermögens und verteilt maximal 19 Punkte. So gliedert sich die Beurteilung in die aufeinander folgenden Phasen vom Bemerkens eines Geräusches bis zu dem Verständnis der gehörten Sprache. Zur Überprüfung der Sprachentwicklung wurden die



Sprachstadien nach Pollack gemessen. Es können maximal 14 Punkte für ein Sprechvermögen mit fast perfekter Grammatik vergeben werden.

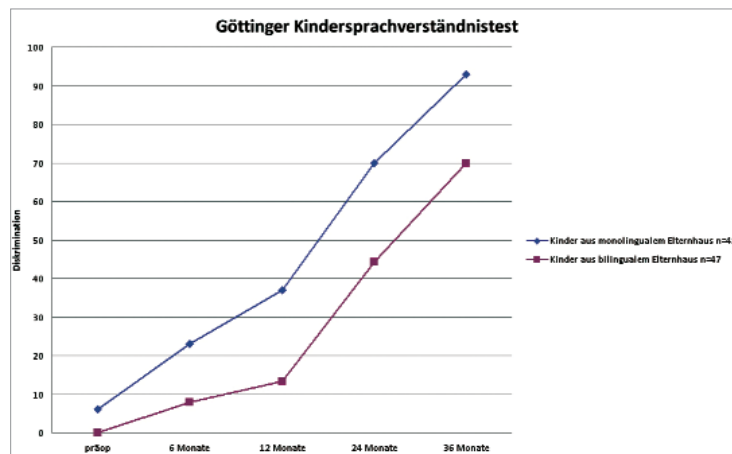
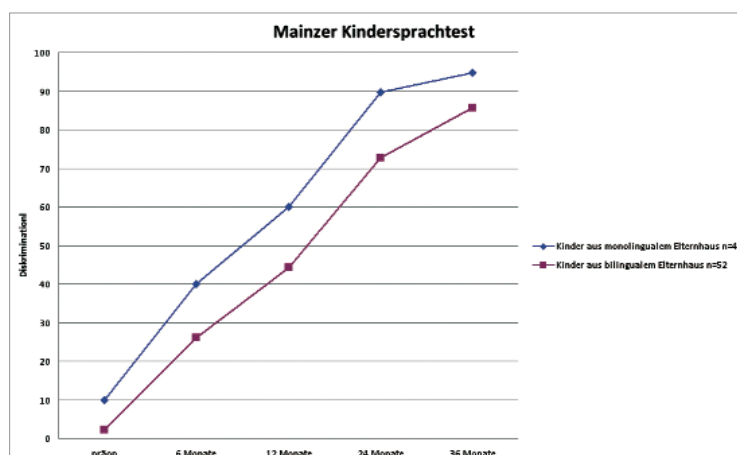
Anhand eines Fragebogens für die Eltern wurde aus-



gewertet, welche Sprache in der häuslichen Umgebung benutzt wird und welche Sprache die Erstsprache des Kindes darstellt. Die Sprachkenntnisse in der Muttersprache wurden mit Hilfe einer modifizierten Version der Student Oral Language Observation Matrix (SOLOM) mit Hilfe der Eltern überprüft. Die Fähigkeiten der Kinder in der Muttersprache der Eltern wurden in fünf verschiedenen Kommunikationsbereichen angegeben: Sprachverständnis, Sprachfluss, Wortschatz, Aussprache und Grammatik. Die erzielte Gesamtpunktzahl platzierte das Kind in eine von vier Kategorien der Sprachkenntnisse: Phase 1 Vorsprachlichkeit/frühes Sprachverständnis; Phase 2 beginnende Sprachproduktion; Phase 3 mittlere Sprachfertigkeit; Phase 4 fortgeschrittene Sprachfertigkeit.

Ergebnisse

Das mittlere Alter bei der Implantation betrug 39,6 Monate (13 M. bis 5 J. 10 M.) in der Gruppe der Kinder aus einsprachigem Elternhaus und 36,5 Monate (13 M. bis 5 J. 6 M.) für Kinder aus zweisprachigem Elternhaus. Im Mainzer Kindersprachtest und im Göttinger Kindersprachverständnis test zeigten die Kinder aus einsprachigem Elternhaus ein besseres Ergebnis sowohl vor der Implantation als auch über den gesamten Untersuchungszeitraum nach der Implantation. Ähnliche Ergebnisse konnten wir auch bei der Überprüfung der Sprachstadien nach Pollack und der Hörentwicklung nach Schmid-Giovannini nachweisen. Kinder aus zweisprachigem Elternhaus erzielten vor der Implantation, 6, 12, 24 und 36 Monate nachher schlechtere Ergebnisse als Kinder aus einsprachigem Elternhaus.



Von den 52 ausgeteilten Fragebögen konnten 47 ausgewertet werden. Für fast alle Kinder aus bilingualem Elternhaus wurde als Erstsprache Deutsch angegeben, ein dreijähriges Kind hatte sich bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht festgelegt. Bezüglich der Sprache in der häuslichen Umgebung gaben drei Eltern an, miteinander Deutsch zu sprechen, 27 Ehepaare benutzten die Muttersprache und zehn benutzten beide Sprachen zur Kommunikation untereinander. Da die Kinder aus zweisprachigem Elternhaus in sehr unterschiedlichem Maße mit der Muttersprache der Eltern in Kontakt kamen, teilten wir sie in drei Gruppen ein:

- Gruppe A: Die Eltern benutzten die Muttersprache nicht, um mit dem Kind zu kommunizieren, n = 7;
- Gruppe B: Die Eltern benutzten die Muttersprache selten (< 25 %), um mit dem Kind zu kommunizieren, n = 7;
- Gruppe C: Die Eltern benutzten die Muttersprache manchmal (< 50 %), um mit dem Kind zu kommunizieren, n = 15;
- Gruppe D: Die Eltern benutzten die Muttersprache häufig (50-100 %), um mit dem Kind zu kommunizieren, n = 18.

In einigen Fällen wird die Zweitsprache von den Kindern aktiv eingesetzt. Häufig beschränkte sich die Anwendung aber auf Einzelwörter. Die SOLOM-Ergebnisse wurden für 40 Kinder aus bilingualem Elternhaus (Gruppe B-D) ermittelt. Bei den meisten Kindern entsprachen den Fähigkeiten in der Zweitsprache (Muttersprache der Eltern) frühe Phasen der Sprachentwicklung. 29 Kinder wurden Phase I und 6 Kinder Phase II zugeteilt. Nur 5 Kinder erzielten eine Punktzahl, die Phase III entspricht und damit einer mittleren Sprachfertigkeit. Diese 5 Kinder erzielten auch in den Tests die deutsche Sprache betreffend überdurchschnittliche Ergebnisse.

Schlussfolgerung

In allen hier durchgeführten Tests zur Beurteilung der Hör- und Sprachentwicklung – die deutsche Sprache betreffend – zeigten die Kinder aus bilingualem Elternhaus ein schlechteres Ergebnis als die Kinder aus monolingualen Elternhaus. Einige Kinder aus bilingualem Elternhaus erlernten aber sowohl Deutsch vergleichbar

gut wie Kinder aus monolingualen Elternhaus als auch zusätzlich die Zweitsprache. Man muss bedenken, dass auch normal hörende Kinder, die in einem zweisprachigen Elternhaus aufwachsen, ein höheres Risiko haben, geringere Sprachfähigkeiten zu erreichen als Kinder aus einsprachigem Elternhaus. Vor allem in der ersten Phase des Spracherwerbs kommt der Muttersprache eine bedeutende Funktion zu. Viele Eltern mit Migrationshintergrund versuchen aber, ihre Kinder in der Umgebungssprache Deutsch zu erziehen, um ihre Kinder nicht mit zwei Sprachen zu überfordern. Wie unsere Studie zeigt, spricht aber in einem Großteil der Familien wenigstens ein Elternteil nicht fließend Deutsch. Dies führt dazu, dass die Kinder aus zweisprachigen Familien ein deutlich geringeres sprachliches Angebot erhalten. Dies betrifft die Qualität, die Quantität und ebenso die emotionale Ebene. Um dies zu vermeiden, empfehlen wir den Eltern inzwischen, mit den Kindern in ihrer Erstsprache zu kommunizieren. Seit kurzem arbeitet eine zweisprachige Therapeutin (türkisch/deutsch) im CIC Ruhr, um somit eine optimale Förderung der Kinder und eine bessere Aufklärung und Anleitung der Eltern zu gewährleisten. Eine erneute Untersuchung, ob diese Maßnahmen zu einer Verbesserung des Spracherwerbs führen, ist zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

Zusammenfassung

Bei Kindern aus einem Elternhaus mit Migrationshintergrund wurden nach Cochlea-Implantation gute Fort-

schritte in der sprachlichen Entwicklung beobachtet. Kinder aus einsprachigen Familien erzielten aber bessere Testergebnisse über den gesamten Untersuchungszeitraum. Bei einigen Kindern aus bilingualen Elternhaus war der Erwerb einer Zweitsprache (Muttersprache der Eltern) möglich. Dies war aber eher die Ausnahme als die Regel. **Folgende Faktoren spielen eine entscheidende Rolle im Prozess des Spracherwerbs: die Integration der Familie, die Deutschkenntnisse der Eltern, die Mitarbeit bei der Rehabilitation sowie die ausreichende Förderung und Unterstützung der Kinder.** Ziel sollte es sein, spezielle Förderkonzepte für Familien mit Migrationshintergrund zu entwickeln und anzubieten.

Literatur

Diller G., Martsch A. Begleitung von Eltern mit Migrationshintergrund am Beispiel türkischer Familien. Hörpäd 2010; 1: 6-11.
McConkey Robbins A., Green J.E., Waltzman S.B. Bilingual oral language proficiency in children with cochlear implants. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 130: 644-47.
Waltzman S.B., McConkey Robbins A., Green J.E., Cohen N.L. Second oral language capabilities in children with cochlear implants. Otol Neurol 2003; 24: 757-63.
Thomas E., El-Kashlan H., Zwolan T.A. Children with cochlear implants who live in monolingual and bilingual homes. Otol Neurotol 2008; 29: 230-34.

^{1,2} Dr. Melanie Teschendorf, ^{1,2} Prof. Dr. Stephan Lang, ^{1,2} Dr. Diana Arweiler-Harbeck

² Heike Bagus

¹ Klinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr.55, 45122 Essen

² Cochlear Implant Centrum Ruhr, Plümerskamp 10, 45276 Essen

Anzeige



COCHLEA IMPLANTAT SYSTEM

saphyr®

EINZIGARTIG KOSTBAR UNENTBEHRLICH

Neuer HdO-Prozessor auf dem Markt!

Der neue SAPHYR® HdO-Prozessor ist das Ergebnis jahrelanger Forschung und unserer stetigen Entwicklung, um die außergewöhnliche Qualität zu erreichen, zu der sich Neurelec verpflichtet. Hören Sie mit der Crystallis-Strategie den kristallklaren Klang des Saphyr!



neurelec
SEE • FEEL • HEAR • LIVE