

**Deutsche Angestellten-Akademie
Osnabrück + Oldenburg
Lehranstalt für Logopädie**

Studienarbeit

Einsatz der Psycholinguistisch orientierten Phonologie-Therapie nach Fox-Boyer bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit Aussprachestörungen

Betreuerin: Birte Vollmer, M. Sc.

Verfasserin: Nicole Scherbak
nicolescherbak@gmail.com

Kurs: OS-LO-25

Abgabedatum: 29.10.2021

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Vorstellung des Themengebiets	1
1.2 Projektinteresse	1
1.3 Ziel der Studienarbeit	2
1.4 Aufbau der Studienarbeit.....	2
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Aussprachestörung	3
2.1.1 Phonologische Störung.....	3
2.1.2 Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie	4
2.2 Mehrsprachigkeit.....	5
2.2.1 Phonologische Entwicklung bilingual russisch-deutscher Kinder.....	6
2.2.2 Therapie von Aussprachestörungen bei Mehrsprachigkeit	6
3 Methodisches Vorgehen	7
3.1 Literaturrecherche	7
3.2 Datenerhebung mittels Fragebogen	8
3.2.1 Fragebogenentwicklung.....	8
3.2.2 Pretest	10
3.2.3 Rekrutierung der Teilnehmer	11
3.2.4 Auswertung.....	11
4 Ergebnisse und Diskussion	12
4.1 Beschreibung der Stichprobe	12
4.2 Daten zu bilingual russisch-deutschen Kindern mit phonologischer Störung .	14
4.3 P.O.P.T. bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit phonologischer Störung	16
4.3.1 Vorteile des Konzeptes	16
4.3.2 Stolpersteine.....	18
4.3.3 Anpassung des Konzeptes	18
4.3.4 Therapiedauer und -erfolg.....	20
4.4 Entwicklung eines speziellen Phonologitherapie-Konzeptes.....	22

5 Schlussteil	23
5.1 Beantwortung der Fragestellung.....	23
5.2 Reflexion des methodischen Vorgehens	23
5.3 Fazit und Ausblick	24
6 Literaturverzeichnis	26
Anhang	28
Anhang A: Onlinefragebogen in Druckversion.....	28
Anhang B: Transkript Pretest	40
Anhang C: E-Mail Fox-Boyer.....	42
Anhang D: Weitere Ergebnisse	43
Anhang E: Eidesstattliche Erklärung	45
Anhang F: Erklärung zur Veröffentlichung.....	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitsorte.....	12
Abbildung 2: Einsatz von P.O.P.T. pro Woche.....	13
Abbildung 3: Häufigkeit bilingual russ.-dt. Kinder pro Jahr	14
Abbildung 4: Phonologische Prozesse.....	15
Abbildung 5: Stolpersteine	18
Abbildung 6: Anpassung des Konzeptes.....	19
Abbildung 7: Dauer der Therapie	21
Abbildung 8: Erfolg der Therapie.	21

Abkürzungsverzeichnis

Allgemeine Abkürzungen

DAA	Deutsche Angestellten Akademie
IEPMCS	International Expert Panel on Multilingual Children's Speech
IFFS	Interdisziplinäre Frühförderstelle
OPAC	Online Public Access Catalog
OS-LO-24	24. Ausbildungsjahrgang Lehranstalt für Logopädie Osnabrück
P.O.P.T.	Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie
TE	Therapieeinheit

Abkürzungen phonologischer Prozesse

Ass.	Assimilation
Deaffr.	Deaffrizierung
Glott. Er.	Glottale Ersetzung
KontAss	Kontaktassimilation
Plos.	Plosivierung
RCC	Reduktion Konsonantenverbindungen
RV	Rückverlagerung
Subst.	Substitution
TfK	Tilgung (silben-)finaler Konsonanten
TuS	Tilgung unbetonter Silben
TfSL	Tilgung des wortfinalen Schwa-Lautes
vok. Proz.	vokalische Prozesse
VV	Vorverlagerung

1 Einleitung

In der vorliegenden Studienarbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Damit wird keine Benachteiligung anderer Geschlechter impliziert, sondern soll als geschlechtsneutral im Sinne der sprachlichen Vereinfachung gesehen werden.

1.1 Vorstellung des Themengebiets

Mit 21,9 Millionen machen Menschen mit Migrationshintergrund ca. 26% der deutschen Bevölkerung aus (Statisches Bundesamt, 2021). Dazu zählen u.a. russischsprachige (Spät-)Aussiedler. Auch in der logopädischen Praxis sind mehrsprachige bzw. bilingual russisch-deutsche Kinder vertreten. Problematisch ist, dass „die meisten Therapeuten ... allerdings eher wenig darüber [wissen], wie mit mehrsprachigen Kindern [mit Aussprachestörungen] ... therapeutisch umgegangen werden sollte.“ (Fox-Boyer & Salgert, S. 112). Häufig werden diese wie monolinguale Kinder behandelt und die Mehrsprachigkeit wird außen vor gelassen. Auch in der Literatur werden häufig nur Therapiekonzepte für Monolinguale zur Therapie von Aussprachestörungen empfohlen, wie z.B. die Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie (P.O.P.T.) nach Fox-Boyer (Scharff Rethfeldt, 2013, S. 176 f.). Erfahrungsberichte sowie kritisches Hinterfragen des Vorgehens sind in der gesichteten Literatur nicht vorzufinden (Fox-Boyer, 2014, S. 168). Daher gilt es nun, den Erfolg der Therapeuten bei Mehrsprachigen mit den Konzepten für Monolinguale zu hinterfragen.

1.2 Projektinteresse

Als Tochter von Spätaussiedlern eines russischen Teils Kasachstans habe ich bereits seit meiner Geburt Kontakt zur russischen Sprache und bin zweisprachig russ.-dt. aufgewachsen. Infolgedessen bestand schon immer ein Interesse für das Thema der Zwei- und Mehrsprachigkeit und entwickelte sich im Laufe der Ausbildung weiter. In meinem familiären und sozialen Umfeld fielen mir immer wieder Kinder auf, die im Rahmen der physiologischen Sprachentwicklung verschiedenste Ausspracheprozesse zeigten. Am häufigsten vertreten war der Substitutionsprozess des Phonems /r/ zum /l/. Auch ich war davon betroffen.

Im Rahmen meiner Ausbildung zur Logopädin an der Deutschen Angestellten Akademie (DAA) Lehranstalt für Logopädie und auch während des zuvor absolvierten Praktikums im Sprachheilkindergarten sowie in der Ambulanz der Heilpädagogischen Hilfe wuchs mein Interesse an kindlichen Aussprachestörungen. Fachlicher Input im

Bereich Kindersprache – Phonetik/Phonologie trug zu dieser spannenden Thematik bei. Merkwürdig erschien mir jedoch, dass der so häufig vorkommende Substitutionsprozess /r/ → // weder im Rahmen der physiologischen noch der pathologischen Prozesse thematisiert wurde. Innerhalb der Recherche für die Studienarbeit stieß ich dann auf die Information, dass dieser lediglich bei russisch- und türkischsprachigen Kindern auftritt (Fox-Boyer & Salgert, S. 112). Bemerkenswert waren in diesem Zusammenhang weitere phonologische Prozesse, die bei den genannten Kindern auftraten. Der Widerspruch, dass es allerdings bisher wenige Forschungsergebnisse zu dieser Thematik gibt, obwohl fast ein Drittel der deutschen Bevölkerung einen Migrationshintergrund hat, bestärkten mich in der Recherche nach Behandlungsmöglichkeiten oder speziellen Therapiekonzepten für Mehrsprachige.

1.3 Ziel der Studienarbeit

Im Rahmen dieser Studienarbeit soll folgende Fragestellung beantwortet werden: *Inwiefern eignet sich die Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie nach Fox-Boyer zur Intervention bei einer phonologischen Störung bei bilingualen deutsch-russischen Kindern mit Russisch als L1 oder L2?* Dabei soll ein Einblick in das Therapiekonzept P.O.T.P. von Anette Fox-Boyer (2019) sowie in die phonologischen Sprachauffälligkeiten von bilingual russ.-dt. aufwachsenden Kindern gegeben werden. Weiter werden anhand einer Erhebung die Erfahrungen von Logopäden und Sprachtherapeuten hinsichtlich der Anwendbarkeit des Konzeptes bei den genannten Kindern ausgewertet, sodass mittels der Studienarbeit die Dauer, auftretende Stolpersteine, mögliche Anpassungen des Konzeptes, Vorteile und der Erfolg in der Anwendung herausgestellt werden sollen.

1.4 Aufbau der Studienarbeit

Nachdem in ersten Kapitel das Themengebiet, Projektinteresse und Ziel der Studienarbeit vorgestellt wurden, folgt im zweiten Kapitel die Darlegung des theoretischen Hintergrunds. Dabei wird zunächst der Begriff der Aussprachestörungen und explizit der Begriff der phonologischen Störung definiert sowie die Therapie dessen nach P.O.P.T. Im Anschluss folgt die Definition des Begriffs Mehrsprachigkeit, wobei speziell auf die phonologische Entwicklung bilingual russ.-dt. Kinder eingegangen wird. Darauf aufbauend wird die Therapie von Aussprachestörungen bei mehrsprachigen Kindern thematisiert. Im dritten Kapitel wird das der Studienarbeit zugrunde liegende methodische Vorgehen transparent gemacht. Hierbei wird die Literaturrecherche kurz beschrieben und anschließend die Datenerhebung mittels Fragebögen erläutert. Die

Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Auswertung folgt im vierten Kapitel. Den Abschluss der Arbeit bildet im fünften Kapitel die Beantwortung der Fragestellung sowie eine kritische Reflexion des methodischen Vorgehens mit einem Ausblick für weitere Forschungsmöglichkeiten.

2 Theoretischer Hintergrund

Der folgende Abschnitt beschreibt den theoretischen Hintergrund, der für das weitere Verständnis der Thematik relevant ist. Dabei wird der Begriff der Aussprachestörung und speziell die phonologische Störung sowie die Therapie dessen anhand des Konzeptes P.O.P.T. näher erläutert. Weiter umfasst das Kapitel die Terminologie der Mehrsprachigkeit und die phonologische Entwicklung bei bilingual russ.-dt. aufwachsenden Kindern. Im Anschluss wird der aktuelle Forschungsstand bzgl. der Therapie von Aussprachestörungen bei mehrsprachigen Kindern dargelegt.

2.1 Aussprachestörung

Der Begriff *Aussprachestörung* wurde in der Vergangenheit unterschiedlich definiert und bis heute sind die Definitionen sehr vielfältig (Fox-Boyer, 2016, S. 94). Er wird allgemein als Oberbegriff für verschiedene Formen von Auffälligkeiten in der Aussprache verwendet (Fox-Boyer, 2016, S. 96). Viele Autoren unterscheiden zwischen phonetischen und phonologischen Störungen (Fox-Boyer, 2016, S. 96; Kannengieser, 2019, S. 71; Weinrich & Zehner, 2017, S. 2). Die phonetische Störung beschreibt die Störungen bei der Lautbildung und wird auch als Artikulationsstörung bezeichnet. Bei der phonologischen Störung wird der Laut korrekt gebildet, jedoch inkorrekt im Wort verwendet (siehe Kapitel 2.1.2). Treten die beiden Störungen in Kombination auf, wird es als phonetisch-phonologische Störung bezeichnet (Weinrich & Zehner, 2017, S. 37). Phonetische und phonologische Auffälligkeiten treten bis zu einem bestimmten Alter auch in der physiologischen Sprachentwicklung auf. Dauern sie länger an, als es der Norm entspricht, handelt es sich um eine Störung (Weinrich & Zehner, 2017, S. 2). Die funktionellen Aussprachestörungen werden von Dodd im Jahr 1995 klassifiziert in phonetische Störung, phonologische Verzögerung, konsequente phonologische Störung und inkonsequente phonologische Störung (Fox-Boyer, 2016, S. 113 ff.).

2.1.1 Phonologische Störung

Wie in Kapitel 2.1 erwähnt, umfassen die Probleme einer reinen phonologischen Störung die Auswahl der Laute und nicht die Bildung. Die Defizite der Betroffenen liegen

„im Erwerb des phonologischen Regelsystems“ (Weinrich & Zehner, 2017, S. 41), weshalb es sich um eine sprachsystematische Störung handelt. Die Symptomatik der phonologischen Störung äußert sich in phonologischen Prozessen, die in Gruppen unterteilt werden (Kannengieser, 2019, S. 81 f.):

- Substitutions- bzw. Ersetzungsprozesse (Bsp.: Vorverlagerung /k/ zu /t/: /'ku:xŋ/ → /'tu:xŋ/)
- Silbenstrukturprozesse (Bsp.: Reduzierung von Konsonantenverbindungen: /frɔʃ/ → /fɔʃ/)
- Lautliche Umgebungsprozesse (Bsp.: Assimilation: /'ga:bl/ → /'ba:bl/)

Diese Prozesse können sowohl einzelne Laute als auch mehrere Laute betreffen und treten einzeln oder in Kombination auf (Weinrich & Zehner, 2017, S. 41).

Nach Dodd kann die Symptomatik, wie in Kapitel 2.1 erwähnt, in drei Subgruppen unterteilt werden (Weinrich & Zehner, 2017, S. 42). Die *phonologische Verzögerung* umfasst ausschließlich für die Sprachentwicklung typische bzw. physiologische Prozesse. Mindestens ein vorliegender Prozess weicht von der Altersnorm ab und ist um mindestens sechs Monate verzögert (Fox-Boyer, 2016, S. 117). Die *konsequente phonologische Störung* umfasst mindestens einen Prozess, der nicht in der physiologischen Sprachentwicklung vorgesehen und somit pathologisch ist. Physiologische Prozesse können auch auftreten (Fox-Boyer, 2016, S. 117 f.). Bei der *inkonsequenten phonologischen Störung* werden bei einem Benenntest mit 25 Wörtern mindestens 40% nach dreimaliger Durchführung unterschiedlich bzw. inkonstant realisiert (Fox-Boyer, 2016, S. 118).

2.1.2 Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie

Die Behandlung phonologischer Verzögerungen und konsequenter phonologischer Störungen kann nach dem Konzept P.O.P.T. von Fox-Boyer (2019) erfolgen (S. 11). Dieses Konzept basiert auf dem sprachenunabhängigen Sprachverarbeitungsmodell nach Stackhouse und Wells aus dem Jahr 1997. Die Therapie nach P.O.P.T. verläuft in Intervallen, wobei sich zehn bis 30 Therapieeinheiten mit dreimonatigen Therapiepausen abwechseln. Die Pause dient u.a. dazu, den erlernten Input im häuslichen Setting zu festigen (Fox-Boyer, 2019, S. 24 f.).

Das Konzept gliedert sich in vier Phasen: Vorphase, Phase I, II und III. Die Vorphase umfasst die Vorbereitung auf die rezeptive Arbeit. Dabei lernt das Kind, sich auf die phonologische Form eines Wortes zu konzentrieren. In Phase I wird rein rezeptiv

gearbeitet. Das Kind soll den Ziel- und Ersatzlaut auf verschiedenen Ebenen (Laut-, Silben-, Pseudowort- und Realwortebene) identifizieren. In Phase II erfolgt die produktive Arbeit. Hier soll das Kind die betroffenen Laute nachsprechen. Die rezeptive und produktive Leistung erfolgt in Phase III. Das Kind überlegt bei Wörtern mit dem Ziel- und Ersatzlaut, welchen es bedarf und soll das Wort entsprechend aussprechen. Übungen zur Generalisierung sind im Konzept nicht vorgesehen (Fox-Boyer, 2019, S. 30).

Studien ergaben, dass das Konzept zur Verbesserung der Aussprache beiträgt und versichern eine effektive Behandlung (Bräger, Nicolai & Günther, 2007, S. 172 f.)

2.2 Mehrsprachigkeit

Die Terminologie der Mehrsprachigkeit impliziert nach Chilla & Fox-Boyer (2016) den Begriff der Zweisprachigkeit, da Zweisprachige mehr als eine Sprache sprechen (S. 13). Aufgrund dessen und aufgrund der geringen Datenlage zur Zweisprachigkeit wird in diesem Kapitel der Terminus Mehrsprachigkeit beschrieben. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird jedoch der Begriff der Zweisprachigkeit bzw. Bilingualismus verwendet, da sich die Arbeit speziell mit bilingual aufwachsenden Kindern befasst.

Zum Begriff Mehrsprachigkeit liegt „keine allgemeingültige Begriffsbestimmung“ (Scharff Rethfeldt, 2013, S. 19) vor, da verschiedene Fachdisziplinen diesen auf ihre Weise definieren. Nach Kannengieser (2019) und Scharff Rethfeldt (2017) umfasst die Mehrsprachigkeit, das Vorherrschen und Verwenden von mehreren Sprachen im Alltag (S.448; S. 171). Das Sprechen einer Fremdsprache ist nicht Teil der Mehrsprachigkeit (Kannengieser, 2019, S. 448). Scharff Rethfeldt (2013) definiert den Begriff der kindlichen und frühen, kindlichen Mehrsprachigkeit. Die kindliche Mehrsprachigkeit meint, dass ein Kind „über eine weitere Kommunikationssprache in mindestens einer sprachlichen Modalität verfüg[t]“ (Scharff Rethfeldt, 2013, S. 28). Ein Kind gilt somit als mehrsprachig, wenn es z.B. Russisch versteht, aber nicht sprechen kann. Erfolgt der Erwerb der weiteren Sprache während der Sprachentwicklung, wird von früher, kindlicher Mehrsprachigkeit gesprochen (ebd.). Der Erwerb mehrerer Sprachen kann sowohl gleichzeitig (simultan) als auch nacheinander (sukzessiv) erfolgen (Kannengieser, 2019, S. 448 f.).

Des Weiteren ist Mehrsprachigkeit ein Prozess und kein Zustand, da sich der Gebrauch der Sprache und der Grad der Beherrschung im Laufe der Jahre aufgrund verschiedener Einflüsse verändern kann (Scharff Rethfeldt, 2013, S. 27).

2.2.1 Phonologische Entwicklung bilingual russisch-deutscher Kinder

Aktuell liegen wenige Daten zur phonologischen Entwicklung sowie zu phonologischen Störungen bei russ.-dt. sprachigen Kindern vor (Fox-Boyer & Salgert, 2014, S. 111; siehe Anhang C). Fox-Boyer und Salgert (2014) stellen erste Daten vor, die im Rahmen einer Bachelorarbeit erhoben wurden (S. 112). Dabei wurden 17 Kinder hinsichtlich ihrer Aussprache untersucht, die zwischen 3;0 und 4;8 Jahre alt und entwicklungsunauffällig waren. Diese zeigten sowohl Vorverlagerungen von /k g/ zu /t d/ sowie weitere im Deutschen physiologische phonologische Prozesse. Außerdem traten bei den Kindern Prozesse auf, die in der deutschen Aussprachentwicklung nicht vorgesehen sind. Diese umfassten u.a. die Tilgung des wortfinalen Schwa-Lautes (Bsp.: /'flaʁ/ --> /'flaʃ/), die Substitution des Phonems /r/ durch /l/ (Bsp.: /rɔk/ → /lɔk/) sowie vokalische Prozesse (Bsp.: /'pflastə/ --> /'pflastə/).

2.2.2 Therapie von Aussprachestörungen bei Mehrsprachigkeit

Für die logopädische Therapie mehrsprachiger Kinder existiert derzeit kein eigenes Therapiekonzept. Da jedes Kind auf seine eigene Art und Weise mehrsprachig ist, erweist sich ein starres Konzept als ungeeignet, sodass eine individuelle und flexible Behandlung erforderlich ist (Scharff Rethfeldt, 2013, S. 175 f.).

Mehrere Autoren empfehlen zur Therapie von Aussprachestörungen Konzepte, die für monolinguale Kinder konzipiert sind (Scharff Rethfeldt, 2013, S. 176 f.; Weinrich & Zehner, 2017, S. 127). Signifikante Ergebnisse, wie erfolgreich diese Therapiekonzepte im Kontext der Mehrsprachigkeit sind, liegen nicht vor (Fox-Boyer, 2014, S. 169). Einige Therapeuten berichten, dass die Dauer der Therapie mit monolingualen Konzepten umfangreicher und der Erfolg geringer ist (Triarchi-Herrmann, 2014, S. 222). Weinrich & Zehner (2017) verweisen darauf, dass bei der Behandlung Mehrsprachiger beachtet werden soll, dass diese über zwei Sprachlautsysteme verfügen und einige Laute der anderen Sprache im Deutschen nicht vertreten sind (S. 127). Unbekannt ist auch, ob ein Übertragungseffekt auf die zweite Sprache besteht, wenn die Laute in einer Sprache therapiert werden (Fox-Boyer, 2014, S. 169).

Das International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (IEPMCS, 2012) empfiehlt den Sprachtherapeuten, ihr Wissen über Mehrsprachigkeit und die Linguistik verschiedener Sprachen zu erweitern und ein Verständnis für die Kultur und Identität ihrer mehrsprachigen Patienten zu entwickeln. Sinnvoll ist hierbei der Zusammenschluss mit verschiedenen Professionen (z.B. Dolmetscher oder Kulturhelfern). Weiter empfiehlt die IEPMCS den Sprachtherapeuten, den Kindern dazu zu

verhelfen, sich gemäß ihres Entwicklungsstands zu artikulieren und die Voraussetzungen für eine maximale Teilhabe im alltäglichen Leben zu schaffen. Die Eltern sollen dazu, über die Therapie informiert werden, sodass sie die Ziele der Therapie mitgestalten (S. 3f).

3 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen in der Studienarbeit transparent gemacht. Hierfür wird zunächst die Literaturrecherche erläutert. Anschließend wird die in der Studienarbeit angewandte Erhebung in Form eines Fragebogens näher beschrieben und begründet. Dabei wird auf die Entwicklung dessen, die Durchführung eines Pretests, die Rekrutierung der Teilnehmer und die Auswertung der Ergebnisse eingegangen.

3.1 Literaturrecherche

Um einen Überblick über die aktuelle Fachliteratur zum Thema Mehrsprachigkeit zu erhalten, erfolgte eine Handsuche in der Bibliothek der DAA Lehranstalt für Logopädie. Diese erwies sich als erfolgreich. Es folgte eine systematische Literaturrecherche über den Online Public Access Catalogue (OPAC) der Universität und der Hochschule Osnabrück, die zum Informationsgewinn beitrug. Hier wurden folgende Suchbegriffe sowohl einzeln als auch in Kombination verwendet: *Mehrsprachigkeit, multilingual, Bilingualismus, bilingual, Logopädie, Sprachtherapie, Therapie, Aussprachestörung, kindliche Aussprachestörung, phonologische Störung*.

Des Weiteren erfolgte eine Datenbankrecherche über PubMed, Livivo und die Cochrane Library, welche sich als nicht ertragreich erwies. Hier wurden die Begriffe bzw. Phrasen *speech sound disorder, speech disorder, intervention, therapy, treatment, child**, *mutlilingual** und *bilingual** eingegeben und mit dem Bool'schen Operator AND verknüpft.

Ergänzt wurde die Literatursuche durch eine Internetrecherche über die Suchmaschinen Google und Google Scholar zur Therapie von Aussprachestörungen bei Mehrsprachigen. Diese erwies sich als nur bedingt erfolgreich. Zusätzlich wurde im russischsprachigen Raum nach Informationen zu phonologischen Prozessen des Russischen recherchiert. Hier konnten keine passenden Inhalte ausfindig gemacht werden. Bei der Suche nach aktuellen Daten zur phonologischen Entwicklung und phonologischen Prozessen bilingual russ.-dt. aufwachsender Kinder wurde zudem Frau

Fox-Boyer per E-Mail kontaktiert. Diese verwies auf veröffentlichte Fachliteratur (siehe Anhang C).

Zur Erstellung der Fragebögen wurde Literatur über die Hochschule Osnabrück auf Basis von Empfehlungen des Betreuers ausföndig gemacht.

3.2 Datenerhebung mittels Fragebogen

Aufbauend auf die Ergebnisse der Literaturrecherche folgte eine schriftliche Erhebung von Daten mittels eines standardisierten Onlinefragebogens (Bortz & Döring, 2016, S. 405). Dieser diente der Erfassung von Erfahrungen von Logopäden bzw. Sprachtherapeuten hinsichtlich des Einsatzes von P.O.P.T. nach Fox-Boyer (2019) bei bilingual russ.-dt. aufwachsenden Kindern mit phonologischer Störung.

3.2.1 Fragebogenentwicklung

Der Onlinefragebogen wurde über die Anwendung *Google Formulare* konzipiert. Im Vergleich zu einem analogen Fragebogen ermöglicht die Anwendung eine anonyme Beantwortung, sodass im Sinne des Datenschutzes keine Rückschlüsse auf bestimmte Personen gezogen werden können. Vorteilhaft ist auch, dass der Fragebogen über einen Link unkompliziert zugänglich ist, was zeitökonomisch ist und eine deutschlandweite Umfrage ermöglicht. Außerdem ist die Rücklaufquote bei Onlineumfragen höher bei postalischen Umfragen (Bortz & Döring, 2016, S. 416).

Die Entwicklung des Fragebogens begann mit der Ableitung von Hypothesen auf Basis der Literaturrecherche. Vervollständigt wurde dieser durch Hypothesen, die auf Grundlage eigener Überlegungen entstanden sind (Steiner & Benesch, 2018, S. 50). Anhand dieser Theorien wurden schließlich die Fragen bzw. Aussagen formuliert, sodass der Fragebogen aus insgesamt 41 Items bestand. Diese teilten sich auf in 30 Pflicht- und elf optionale Items. Die Bearbeitung einer optionalen Frage/Aussage steht in Abhängigkeit zu einem zuvor beantworteten Item. Die Onlinebefragung hat eine Dauer von zehn bis 15 Minuten nicht zu überschreiten, da der kognitive Aufwand mit zunehmender Beantwortungsdauer abnimmt (Bortz & Döring, 2016, S. 415).

Bei der Formulierung der Fragen wurde stets beachtet, dass alle Fragen für den Antwortenden leicht verständlich sind, sodass der Fragebogen sicher zu beantworten ist und unzutreffende Antworten aufgrund von Miss- oder Unverständnis vermieden werden. Um dieses Kriterium zu erfüllen, wurde u.a. auf doppelte Verneinungen verzichtet (Bortz & Döring, 2016, S. 403). Außerdem wurde darauf geachtet, dass jedes Item lediglich eine Frage bzw. Aussage beinhaltet (Kallus, 2016, S. 60). Das Formulieren

von Suggestivfragen wurde ebenfalls vermieden, um den Antwortenden nicht in eine bestimmte Richtung zu lenken und dadurch das Ergebnis möglicherweise zu verfälschen (Steiner & Benesch, 2018, S. 56).

Bei der Auswahl der Fragen wird zwischen geschlossenen und offenen Fragen unterschieden (Steiner & Bensch, 2016, S. 52 f.). Da antwortende Personen grundsätzlich weniger motiviert sind, einen kognitiven Aufwand zu leisten und deshalb vorzugsweise auf vorgegebene Antwortmöglichkeiten zurückgreifen, wurden geschlossene Fragestellungen bevorzugt. Zudem stellen geschlossene Fragen auch einen geringeren zeitlichen Aufwand für die Probanden dar. Des Weiteren ist diese Art von Items auch in der Auswertung effizienter, da die Auswertungskategorien bereits erstellt sind (ebd.). Offene Fragen wurden vorrangig bei optionalen Items eingesetzt, da sie zur Konkretisierung oder Ergänzung der Antwort dienen, unabhängig von vorgegebenen Kategorien (ebd.).

Auch bei der Auswahl der Antwortformaten kann zwischen verschiedenen Möglichkeiten unterschieden werden. Das gebundene Antwortformat umfasst unter anderem die Auswahl einer oder mehrerer vorgegebener Antworten (Steiner & Benesch, 2018, S. 57). Eine weitere häufig verwendete Antwortmöglichkeit in dem vorliegenden Fragebogen ist die fünfstufige Likert-Skala. Hierbei handelt es sich um eine Ratingskala, an der u.a. „das Ausmaß der Zustimmung oder Ablehnung zu vorgegeben Gründen erfasst [wird]“ (Kirchhoff, Kuhnt, Lipp & Schlawin, 2010, S. 22), Bsp.: *stimme nicht zu - stimme eher nicht zu - weder noch - stimme eher zu - stimme zu*. Des Weiteren können Skalen auch hinsichtlich der Häufigkeiten abgestuft werden, Bsp.: *nie – selten – manchmal – häufig - sehr häufig* (Kallus, 2016, S. 45). Der Fragebogen enthält außerdem das dichotome Antwortformat, bei dem der Befragte zwischen *ja* und *nein* entscheiden muss (Steiner & Benesch, 2018, S. 58). In der vorliegenden Umfrage folgt häufig auf eine *ja*-Antwort eine tiefergehende Frage mit einem offenen Antwortformat. Hier soll der Proband seine Antwort schriftlich entweder in Form eines Kurz- oder Langantwort-Textes angeben (Steiner & Benesch, 2018, S. 57).

Der Aufbau der vorliegenden schriftlichen Befragung gliedert sich in fünf Blöcke. Somit vertieft sich die Thematik im Laufe des Bogens und dem Antwortenden wird das Ausfüllen aufgrund der sukzessiven Herangehensweise an die tiefergehenden Fragen vereinfacht (Bortz & Döring, 2016, S. 407). Der erste Block (Einleitung) enthält allgemeine Informationen zum Thema und Dauer des Fragebogens sowie zur Verarbeitung der Daten. Im nächsten Block werden die Daten der Ausfüllenden erfasst, um eine genaue Stichprobenbeschreibung zu gewährleisten (Bortz & Döring, 2016, S.

409). Eine Filterfrage am Ende des Blocks prüft, ob der Proband dem Einschlusskriterium der Arbeit entspricht (siehe Kapitel 3.2.3). Ist dem nicht so, wird der Fragebogen an der Stelle automatisch beendet. Der dritte und vierte Block erfragt Informationen zur Mehrsprachigkeit der russ.-dt. Patienten mit Aussprachestörung sowie zur Therapie der phonologischen Störung der genannten Kinder mit P.O.P.T. Hier sollen die Logopäden bzw. Sprachtherapeuten von ihren Erfahrungen berichten. Im zweiten, dritten und vierten Abschnitt werden einige Items von Hinweisen für das bessere Verständnis begleitet.

3.2.2 Pretest

Im Anschluss an die Erstellung des Fragebogens folgte der Pretest. Die Durchführung eines Vortests des Fragebogens ist von hoher Relevanz. Er dient dazu, mögliche Unverständlichkeiten bei der Bearbeitung des Fragebogens zu ermitteln sowie die Qualität der Umfrage und Dauer der Bearbeitung zu revidieren (Kallus, 2016, S. 89; Kirchhoff et al., 2010, S. 24; Steiner & Benesch, 2018, S. 63 f.).

Der Link zum Fragebogen wurde im Rahmen des Pretests an zwei Schüler des diesjährigen Examenskurs Nr. 24 der DAA Lehranstalt für Logopädie Osnabrück (OS-LO-24) versendet. Diese sind dem logopädischen Fachpersonal aufgrund der abgeschlossenen Ausbildung zuzuordnen, haben jedoch noch keine Berufserfahrung und sind somit keine möglichen Teilnehmer der Erhebung. Die beiden ehemaligen Schüler wurden darum gebeten den Fragebogen zu bearbeiten und im Anschluss folgende Fragen zu beantworten, die in Anlehnung an Steiner & Benesch (2018, S. 64) ausgewählt wurden:

- Sind alle Fragen verständlich?
- Können alle Antworten anhand der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten angemessen beantwortet werden?
- Ist der Fragebogen zu lang oder wirkt er ermüdend?
- Wie lange betrug die Dauer der Durchführung?
- Welche weiteren Auffälligkeiten sind aufgetreten (z.B. Rechtschreibfehler, etc.)

Die Anmerkungen der beiden Vortester beliefen sich auf zwei Formulierungsänderungen, einen Rechtschreibfehler und das Ergänzen eines Hinweises bei einer Frage. Eine genaue Beschreibung der Anmerkungen ist dem Anhang B zu entnehmen. Eine Veränderung der Struktur des Fragebogens war nicht notwendig.

3.2.3 Rekrutierung der Teilnehmer

Die Teilnehmerrekrutierung kann nach Bortz & Döring (2016, S. 401) sowohl aktiv als auch passiv erfolgen. Die in dieser Studienarbeit erfolgte Art der Stichprobe umfasst beide Möglichkeiten. Zum einen wurde im Rahmen der passiven Stichprobenziehung der Link zur Onlineumfrage in eine mobilen Messenger-Gruppe der Kurse 18 bis 25 der DAA Lehranstalt für Logopädie Osnabrück veröffentlicht. Weiter erfolgte eine Publizierung des Links in der Facebook-Gruppe *Logopädie Netzwerk Deutschland*, welche aus ca. 3470 Mitgliedern besteht. Zusätzlich wurden Praxen ehemaliger Praktika kontaktiert, mit der Bitte den Link des Fragebogens in die intern zu verbreiten.

Die aktive Stichprobenziehung wurde eingesetzt, um speziell russischsprachige Logopäden bzw. Sprachtherapeuten zu rekrutieren. Dazu wurden diese zunächst über eine Google-Suche ausfindig gemacht, anschließend in einer persönlichen E-Mail oder über das Kontaktformular der Website kontaktiert und zur Beantwortung des Fragebogens über den Link eingeladen. Des Weiteren wurde eine russischsprachige Logopädin aus dem Bekanntenkreis persönlich zur Bearbeitung der Umfrage über den Link eingeladen. Insgesamt handelte es sich um zehn russischsprachige Logopäden/ Sprachtherapeuten, die kontaktiert wurden.

Bei der Verbreitung des Fragebogens wurde im Anschreiben stets die Voraussetzung für die Teilnahme erwähnt. Voraussetzung zur Teilnahme dieser Befragung war, dass mindestens eine Behandlung anhand des Konzeptes P.O.P.T bei einem bilingual russ.-dt. aufwachsenden Kind mit Aussprachestörung innerhalb der logopädischen bzw. sprachtherapeutischen Laufbahn erfolgt sein sollte.

3.2.4 Auswertung

Die Onlineumfrage wurde nach zwei Wochen beendet. Es nahmen 15 Personen an der schriftlichen Beantwortung des Fragebogens teil. Eine vorzeitige Beendigung des Fragebogens durch die Filterfrage trat nicht auf. Somit beantworteten alle Teilnehmer die gesamte Umfrage. Da es sich in dieser Arbeit um eine kleine Erhebung und Stichprobe handelt, erfolgte keine statistische Auswertung. Die quantitative Analyse wurde automatisiert über die Anwendung *Google Formulare* durchgeführt. Die Ergebnisse wurden als prozentuale Verteilung in Diagrammen graphisch dargestellt. Dabei handelte es sich um die Items, die über vorgegebene Antwortmöglichkeiten oder den Kurzfeldtext beantwortet werden konnten. Langtext-Antworten wurden qualitativ ausgewertet. Da es sich bei einigen Fragen um optionale Items handelte und da einige

Teilnehmer einzelne Fragen nicht korrekt verstanden haben, wurden bei einigen Items weniger als 15 Antworten ausgewertet.

4 Ergebnisse und Diskussion

In dem folgenden Kapitel werden die erhobenen Daten dargestellt und diskutiert. Neben einer Beschreibung der Stichprobe und Darstellung der bilingual russ.-dt. Patienten mit kindlichen Aussprachestörungen der befragten Logopäden und Sprachtherapeuten, werden vor allem die Erfahrungen mit P.O.P.T. bei den besagten Patienten in den Vordergrund gestellt. Außerdem wird die mögliche Entwicklung eines Phonologithherapie-Konzeptes für Bilinguale thematisiert. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Kontext der Fragestellung und unter Bezugnahme der Literatur interpretiert. Die Angaben beziehen sich auf die Teilnehmerzahl (n=15), es sei denn, es wird explizit eine andere Größe der Stichprobe genannt.

4.1 Beschreibung der Stichprobe

100% der Probanden der Umfrage ordnen sich dem weiblichen Geschlecht zu. Die Altersspanne von dreizehn Befragten liegt zwischen 28 Jahren und 51 Jahren. 30,8% der Befragten sind unter 31 Jahre, 30,8% unter 41 Jahre und 38,5% unter 51 Jahre alt. Zwei Teilnehmer machten keine Angabe.

Bei den Befragten handelt es sich zu 73,3% um Logopäden und zu 26,7%

um Sprachtherapeuten. Davon arbeitet die Mehrzahl in einer Praxis (80%). 6,7% geben an, sowohl in einer Praxis als auch in einer Interdisziplinären Frühförderstelle (IFFS) tätig zu sein. Weitere je 6,7% gehen ihrem Beruf in einer Förderschule oder einer Logopädiefachschule nach. In Abbildung 1 werden die Arbeitsorte der Probanden zusammengefasst.

Von den Befragten sind 40% selbstständig und 60% angestellt. Hinsichtlich der Berufserfahrung geben 26,7% an unter 5 Jahre im logopädischen bzw. sprachtherapeutischen Arbeitsfeld tätig zu sein. Weitere 26,7% arbeiten seit sechs bis zehn Jahren als Logopäden bzw. Sprachtherapeuten. Seit elf bis 15 Jahren sind 6,7%

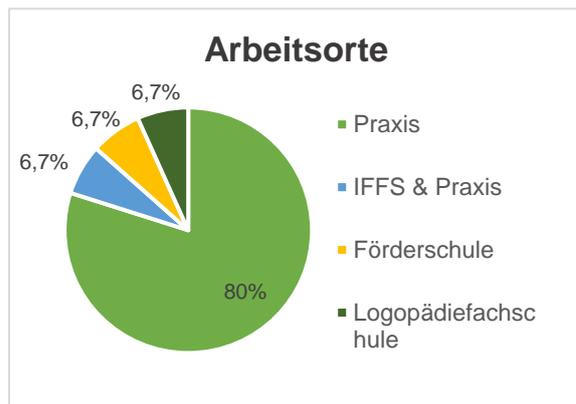


Abbildung 1: Arbeitsorte der befragten Logopäden/Sprachtherapeuten. Befragt wurden n=15 Probanden, wo sie arbeiten (eigene Darstellung).

sprachtherapeutisch tätig und 13,3% seit 16 bis 20 Jahren. Personen mit einer sprachtherapeutischen Berufserfahrung von 21 bis 25 sowie von 26 bis 30 Jahren sind zu 20% und 6,7% vertreten. 73,3% der befragten Therapeuten behandeln Kinder im Alter von null bis drei Jahren, 100% vier- bis sechsjährige und 86,7% sieben- bis zwölfjährige.

60% der Probanden geben, an keine Fortbildung zu P.O.P.T besucht zu haben. Die anderen absolvierten eine P.O.P.T.-Fortbildung im Umfang von 16 Einheiten (33,3%) bzw. 18 Einheiten (16,7%). 50% machen hierzu keine Angabe. 73,3% der befragten Logopäden und Sprachtherapeuten stimmen der Aussage *Ich fühle mich sicher im Umgang mit dem Therapiekonzept P.O.P.T.* zu. 20% stimmen dem eher und 6,7% stimmen teils zu. Der Einsatz des Konzeptes wird in 13,3% der Fälle mit seltener als einmal und in 26,7 % zwei- bis fünfmal pro Woche angegeben. 20% der Therapeuten nutzend das Konzept sechs- bis zehnmal wöchentlich, wobei die Mehrheit es mehr als zehnmal oder noch viel öfter einsetzt.

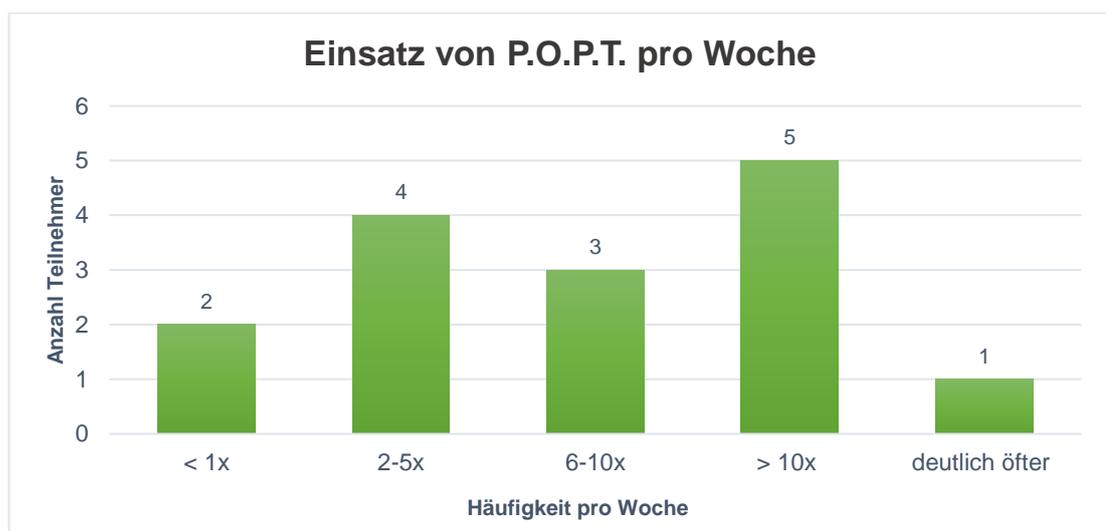


Abbildung 2: Einsatz von P.O.P.T. im Therapiealltag pro Woche. Befragt wurden n=15 Probanden, wie oft sie das Konzept in der Woche anwenden (eigene Darstellung).

An einer Fortbildung zum Thema Mehrsprachigkeit nahm etwas mehr als die Hälfte (53,3%) der Befragten teil. Davon absolvierten 50% der Teilnehmer 16 Einheiten und je 12,5% zweimal 16 Einheiten bzw. 21 Einheiten. 25% machten keine Angabe.

Hinsichtlich des eigenen Spracherwerbs gaben 93,3% monolingual aufgewachsen zu sein. 6,7% sind bilingual russisch-deutsch aufgewachsen. Einer der Teilnehmer gibt an, vor elf Jahren aus Russland nach Deutschland zugewandert zu sein. Viele der befragten Logopäden sprechen Fremdsprachen. Diese umfassen Englisch,

Französisch, Spanisch, Latein, Russisch, Türkisch und die Gebärdensprache (siehe Anhang D).

4.2 Daten zu bilingual russisch-deutschen Kindern mit phonologischer Störung

Bilingual russ.-dt. aufwachsende Kinder mit phonologischer Störung treten im sprachtherapeutischen Alltag (n=14) bei 20% der Befragten schätzungsweise ein- bis zweimal im Jahr auf. Bei 33,3% tritt die beschriebene Patientengruppe drei- bis fünfmal und bei 26,7% sechs- bis zehnmal jährlich. 13,3% begegnen diesen mehr als zwanzigmal im Jahr. In Abbildung 3 werden diese Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

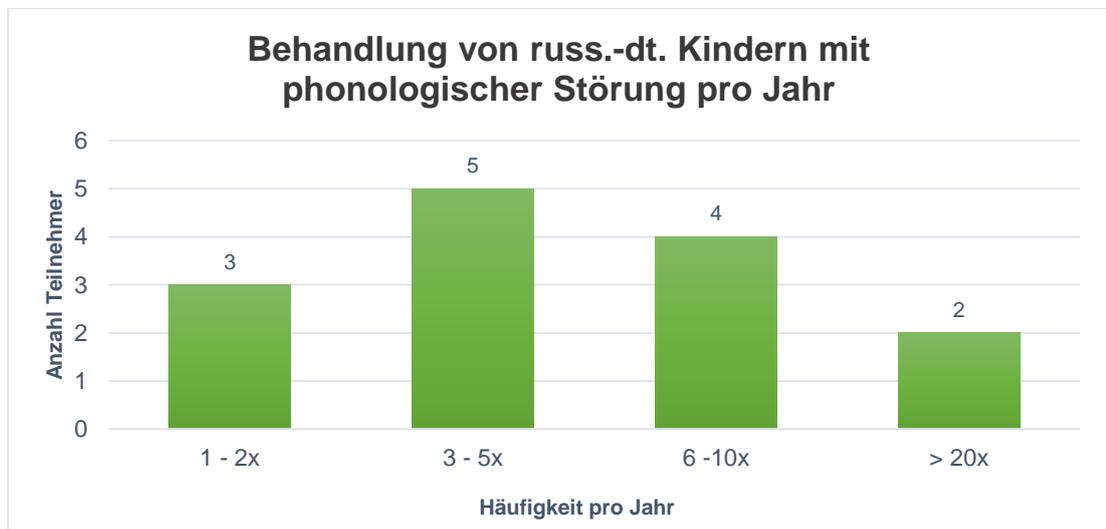


Abbildung 3: Häufigkeit der Behandlung von bilingual russ.-dt. aufwachsenden Kindern mit phonologischer Störung im Jahr. n=14 Probanden wurden gebeten, die Anzahl der russ.-dt. Kinder mit phonologischer Störung einzuschätzen, die sie im Durchschnitt jährlich behandeln (eigene Darstellung).

Die Befragten (n=15) gaben an, dass die behandelten bilingualen Kinder bei 20% 3;0 bis 3;11 Jahre alt sind. Kinder im Alter von 4;0 bis 4;11 sind zu 86,7% bei den Therapeuten vertreten und von 5;0 bis 5;11 bei 93,11%. Sechsjährige (6;0 bis 6;11) treten zu 73,3% im sprachtherapeutischen Alltag der Befragten auf. Bei 40% sind die beschriebenen Patienten 7;0 bis 7;11 Jahre und bei 20% 8;0 bis 8;11 Jahre alt. Die am wenigsten vertretene Altersgruppe stellen die über 9;0 jährigen Kinder bei 13,3% auf.

Die behandelten bilingual russ.-dt. Kinder der Befragten zeigen verschiedenste phonologische Prozesse. Jeweils 20% teilen mit, dass die beschriebenen Patienten eine Tilgung der (silben-)finaler Konsonanten oder eine Plosivierung zeigen. Die Tilgung der unbetonten Silben tritt in keinem Fall auf. 26,7% geben an, dass bei den Patienten

eine Assimilation/ Kontaktassimilation auftritt. Weitere 26,7% haben in ihrem sprachtherapeutischen Alltag russ.-dt. aufwachsende Kinder mit einer Vorverlagerung von /ŋ/ zu /n/ erlebt. 6,7% geben an, dass Deaffrizierungen auftreten. Die Glottale Ersetzung /ʁ/ zu /h ʔ/ wird laut 46,7% der befragten Logopäden bzw. Sprachtherapeuten gezeigt. Ein weiterer auftretender Prozess ist die Rückverlagerung /ʃ/ von /ç/ (13,3%). 33,3% der Teilnehmenden berichten von einer Vorverlagerung /k g/ zu /t d/ und 46,7% von der Reduktion der Konsonantenverbindungen. Am zweithäufigsten (53,3%) treten die Prozesse Vorverlagerung von /ç/ zu /s/ und die Substitution /r/ zu /l/ auf. Der am häufigsten genannte Prozess ist die Vorverlagerung von /ʃ/ zu /s/. Dieser tritt laut 86,7% bei den bilingual russ.-dt. Kindern auf. 13,3% der Therapeuten geben an, dass die beschriebenen Kinder den wortfinalen Schwa-Laut tilgen. Außerdem zeigen russ.-dt. aufwachsenden Patienten vokalische Prozesse (6,7%) und substituieren das Phonem /l/ durch /v/ (6,7%). In Abbildung 4 werden die auftretenden phonologischen Prozesse in einem Balkendiagramm dargestellt.

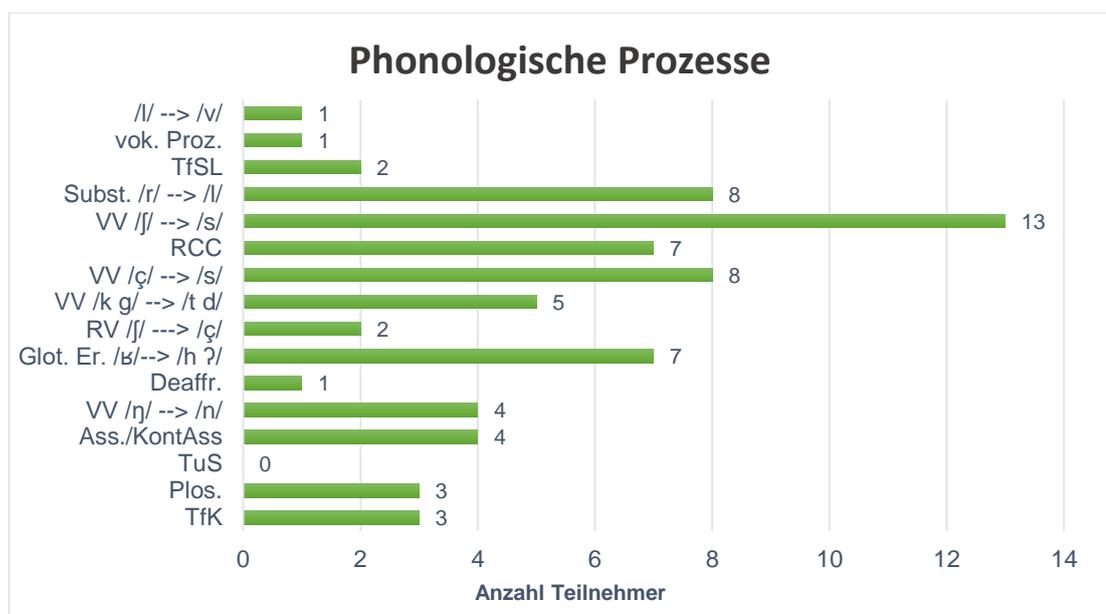


Abbildung 4: Phonologische Prozesse bei bilingual russ.-dt. Kindern. Befragt wurden n=15 Probanden, welche phonologischen Prozesse die behandelten bilingual russ.-dt. Kindern zeigten. (eigene Darstellung).

Zur Therapie der genannten Prozesse verwenden alle teilnehmenden Logopäden und Sprachtherapeuten (n=14) das Therapiekonzept P.O.P.T. nach Fox-Boyer. Außerdem ergänzen 46,7% dieses durch das Konzept Metaphon nach Jahn. Weitere 13,3% greifen zusätzlich auf die Minimalpaartherapie zurück oder auf die Artikulationstherapie nach VanRiper. Weitere jeweils 6,7% der Befragten verwenden Kon-Lab Sprachrhythmus oder die Phonologithherapie nach PLAN. Die Auswahl des

Therapiekonzeptes beruht zum einem auf Erfahrungen und Erfolgserlebnissen und zum anderen auf der Evidenzbasierung und Patientenfreundlichkeit der Konzepte. Außerdem werden das Alter, die kognitiven und intellektuellen Fähigkeiten, das Sprachverständnis und die Symptome der Kinder berücksichtigt.

Das Auftreten der Aussprachestörung in beiden Sprachen tritt meist häufig bis sehr häufig bei den beschriebenen Patienten auf. Auch weitere sprachliche Auffälligkeiten sind bei den Kindern keine Seltenheit (siehe Anhang D).

Festzuhalten ist, dass bilingual russ.-dt. aufwachsende Kinder mit phonologischen Auffälligkeiten keinen Einzelfall in der logopädischen Praxis darstellen. Somit ist das Beleuchten der Therapie für diese Patientengruppe von hoher Relevanz. Bei den auftretenden phonologischen Prozessen handelt es sich häufig um im Deutschen typische auftretende Auffälligkeiten. Dies entspricht den von Fox-Boyer und Salgert (2014) beschriebenen Daten (S. 112). Auch die erforschten Prozesse bei russ.-dt. Kindern sind bei den Patienten der Probanden anzutreffen (ebd.). Vor allem die Substitution des Phonems /r/ durch /l/ ist ein sehr häufig auftretendes Phänomen. Die aufgetreten Substitution /l/ durch /v/ ist allerdings ein Prozess, der derzeit nicht in der Literatur aufzufinden ist. Zu bemerken ist, dass die Therapie nach P.O.P.T. von einigen durch weitere Konzepte ergänzt wird. Hier stellt sich die Frage, ob das P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern allein nicht ausreichend ist. Dies wird in Kapitel 4.3 näher beleuchtet.

4.3 P.O.P.T. bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit phonologischer Störung

Die befragten Therapeuten äußerten ihre Erfahrungen bzgl. des Einsatzes von P.O.P.T bei bilingual russ.-dt. Kindern mit phonologischer Störung. Sie berichteten von Vorteilen, Stolpersteinen und mögliche Anpassungen des Konzeptes sowie Therapiedauer und -erfolg. Einige wenige Therapeuten gaben an, dass sie die Intervention in einer anderen Sprache wie z.B. Russisch durchführten. Da diese Ergebnisse keinen Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung leisteten, sind sie dem Anhang D zu entnehmen und werden in diesem Kapitel nicht weiter thematisiert.

4.3.1 Vorteile des Konzeptes

Viele der Therapeuten sehen in der Anwendung des Konzeptes P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. aufwachsenden Kindern mit phonologischen Störungen dieselben Vorteile wie bei der Anwendung bei monolingualen Patienten. Diese umfassen u.a. die

Förderung der Lautdifferenzierung und -bildung. Die verschiedenen Ebenen der Phase I werden von den Befragten positiv hervorgehoben, da das Kind zunächst mit Wortmaterial arbeitet, das nicht im mentalen Lexikon vorhanden ist und erst am Ende der Phase Realwörter einbezogen werden. Einige empfinden die klare Struktur des Konzeptes mit den klar definierten Hilfen und Steigerungen als vorteilhaft. Dadurch ist das Konzept den Eltern leicht zu erklären. Des Weiteren geben manche Therapeuten an, dass für die Therapie nach P.O.P.T. kein großer Aufwand vollbracht werden muss und das Material einfach erstellt werden kann. Weitere sind der Auffassung, dass mit dem Konzept schnelle Erfolge erzielt werden und sprachübergreifende Effekte durch das Konzept möglich sind. Auch sehen die Befragten durch P.O.P.T. einen Zugang zum Deutschen. Einige machten keine Angaben bzw. sahen keine Vorteile in der Anwendung von P.O.P.T. bei den beschriebenen Patienten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapeuten Parallelen bei der Anwendung des Konzeptes bei monolingualen und bilingual russ.-dt. Kindern beobachten. Dies spricht dafür, dass es sich gut auf die beschriebenen Patienten übertragen lässt. Des Weiteren konnten erste sprachübergreifende Effekte beobachtet werden, was zuvor unbekannt war (Fox-Boyer, 2014, S. 169). Zu beachten ist aber, dass es sich hierbei um einzelne Erfahrungsberichte handelt und daraus prinzipiell nicht auf die Allgemeinheit geschlossen werden kann. Des Weiteren ist hervorzuheben, dass die Struktur des Konzeptes leicht zu erklären und somit der Einbezug der Eltern in die Therapie unproblematisch ist. Folgend können sie sich an den Therapiezielen des Kindes beteiligen, was gemäß der IEPMCS (2012) wünschenswert ist (S. 3). Das Angeben keiner Vorteile ist kritisch zu hinterfragen, da dadurch nicht nachvollziehbar ist, auf welcher Grundlage das Konzept gewählt wird. Es besteht der Verdacht, dass das Item im Fragebogen nicht korrekt verstanden und evtl. davon ausgegangen wurde, dass die Vorteile von P.O.P.T. bei Bilingualen im Gegensatz zu Monolingualen genannt werden sollen.

4.3.2 Stolpersteine

Stolpersteine in der Anwendung von P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Patienten traten bei mehr als der Hälfte der Teilnehmer nicht auf (53,3%). In Abbildung 5 wird die Verteilung graphisch dargestellt. Zu Problemen kam es u.a. durch mangelndes Verständnis des Kindes für die Übung oder durch Überschätzung der kindlichen kognitiven Fähigkeiten. Dies hat zu Überforderung geführt, sodass das Kind den Übergang zur nächsten Stufe nicht vollziehen konnte. Herausfordernd war auch die Umsetzung, wenn es um Laute ging, die

lediglich im Russischen auftreten. Einige sind der Meinung, dass P.O.P.T. bei der Behandlung von Kontaktassimilationen und Reduzierungen von Konsonantenverbindungen nicht immer optimal ist. Eine Begründung dazu wurde nicht angegeben. Weitere hatten Schwierigkeiten bei der Festigung und Transfer des Lautes sowie auf der Satzebene.

Aus den Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die Therapie nach P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern nicht immer problemlos verläuft und beim Einsatz des Konzeptes Schwierigkeiten zu antizipieren sind. Hier tritt u.a. das auf, was Weinrich und Zehner (2017) zu berücksichtigen empfehlen: das Bestehen zweier Sprachlautsysteme, die teilweise Laute enthalten, die im Deutschen nicht vorhanden sind (S.127). Jedoch muss auch beachtet werden, dass Probleme auf der Satzebene und der Lautfestigung genannt werden, die nicht im Therapiesetting vorgesehen sind (Fox-Boyer, 2019, S. 30). Somit ist die beschriebene Problematik kritisch zu betrachten. Die Schwierigkeiten in der Behandlung von Kontaktassimilationen und Reduzierungen von Konsonantenverbindungen stellen lediglich einen kleinen Teil der phonologischen Prozesse dar. Damit betrifft diese Schwierigkeit nicht alle Patienten. Ob die Probleme dieser beiden Prozesse evtl. auch bei Monolingualen auftreten und damit nicht auf die Zweisprachigkeit zurückzuführen sind, bleibt zu überprüfen.

4.3.3 Anpassung des Konzeptes

Therapeuten monolingualer und bilingual russ.-dt. Patienten wurden gefragt, wie häufig sie P.O.P.T. an die entsprechende Person anpassen (n=14). Die Antworten werden in Abbildung 6 graphisch dargestellt. Bei monolingualen Patienten, gab etwa ein



Abbildung 5: Auftreten von Stolpersteinen. Befragt wurden n=15 Probanden, ob Stolpersteine in der Anwendung von P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern aufgetreten sind (eigene Darstellung).

Fünftel der Therapeuten (21,4 %) an, das Konzept sehr häufig anzupassen. 28,6 % passen es manchmal, 14,3 % eher selten an. Keine Anpassung fand bei rund einem Drittel (35,7%) der Therapeuten statt. Kam es zu individuellen Veränderungen des Konzeptes, so wurde beispielsweise die Vorphase übersprungen. Außerdem wurden Übungen zur Lautanbahnung in Form der Bewegungsunterstützten Lautanbahnung durchgeführt, die Pseudowortebene in der Phase I ausgelassen oder das Konzept P.O.P.T. mit anderen Konzepten kombiniert und an die Bedürfnisse des Kindes angepasst.

Bei der Behandlung bilingualer Kinder gaben 14,3 % der Therapeuten an, P.O.P.T. sehr häufig an die entsprechende Patientengruppe anzupassen. Die Mehrheit der Befragten (42,9 %) veränderte das Konzept manchmal, etwa ein Fünftel selten oder nie (21,4%). Es wurde angegeben, dass neben den Anpassungen, die auch bei Monolingualen angewendet wurden, außerdem die Reihenfolge der behandelten Laute verändert und einfachere Items bei Wortschatzdefiziten verwendet wurden. Zusätzlich wurden Eltern sowie russischsprachige Teilnehmer in die Therapie integriert. Des Weiteren kam es auch zur Festigung der Lauten bis in den Transfer in die Lautsprache. Therapeuten, die bei der Behandlung monolingualer Patienten keine Veränderungen vornahmen, ergänzten bei der Behandlung bilingualer Patienten das Konzept P.O.P.T. um die Konzepte KonLab Sprachrhythmus oder die Minimalpaartherapie.

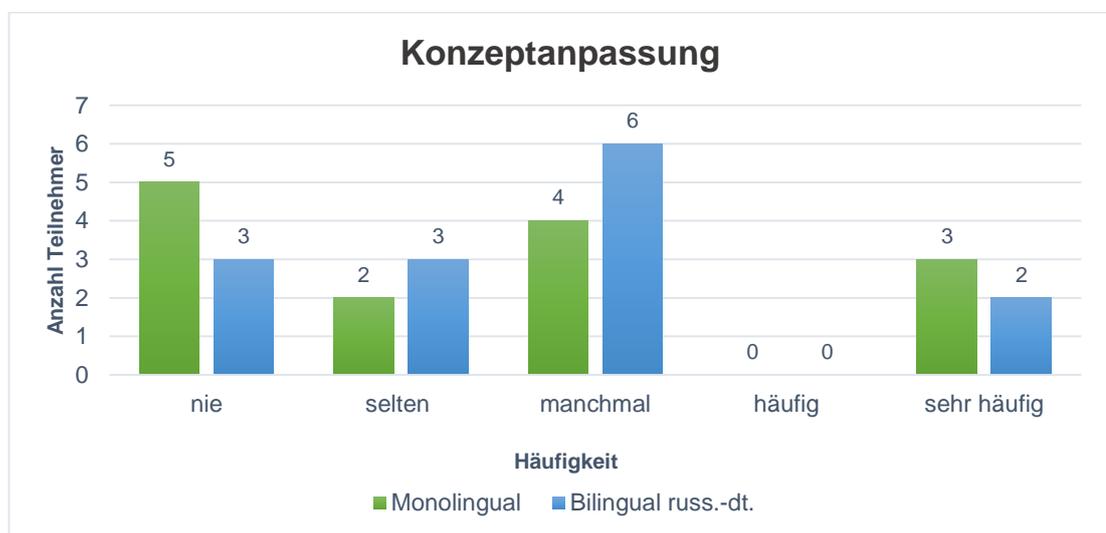


Abbildung 6: Anpassung des Konzeptes P.O.P.T. bei monolingualen und bei bilingual russ.-dt. Kindern. Befragt wurden n=15 Probanden, wie häufig sie das Konzept P.O.P.T. bei monolingualen und bei bilingual russ.-dt. Kindern angepasst haben (eigene Darstellung).

Insgesamt ist festzustellen, dass die Anpassung von P.O.P.T. bei beiden Patientengruppen tendenziell eher die Regel ist. In diesem Kapitel wird zudem deutlich, dass die Kombination mit weiteren Konzepten bei der Arbeit mit P.O.P.T. nicht nur die Behandlung bilingual russ.-dt. Kinder betrifft, was zuvor in Kapitel 4.2 kritisch hinterfragt wurde. Jedoch fällt auf, dass die Anpassung bei den bilingualen Patienten häufiger auftritt. Auch die qualitative Betrachtung zeigt, dass die Therapie nach P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern in einigen Punkten zwar ähnlich, aber nicht identisch zu der bei Monolingualen verläuft und teilweise weitere Veränderungen vorgenommen werden müssen. Die Anpassungen des Konzeptes in Bezug auf die Reihenfolge der Laute und der Wahl der Items ist an dieser Stelle allerdings kritisch zu betrachten, da P.O.P.T. weder eine konkrete Reihenfolge der zu therapierenden Laute noch bestimmte Items vorgibt (Fox-Boyer, 2019).

4.3.4 Therapiedauer und -erfolg

Die Dauer der Therapie nach P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern umfasst laut 66,7% der Logopäden bzw. Sprachtherapeuten im Durchschnitt zehn bis 20 Therapieeinheiten (TE). 13,3% geben an, dass die Intervention ca. 20 bis 30 TE dauert und bei 6,7% mehr als 30 TE. 13,3% machen ordnen sich keiner der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zu. Sie geben an, dass die Dauer schwer zu bestimmen ist, da verschiedene Kontextfaktoren eine Rolle spielen sowie der Entwicklungsstand und die Persönlichkeit des jeweiligen Kindes die Dauer beeinflussen. Dies sei jedoch auch bei Monolingualen der Fall. Bezüglich der Aussage, dass die Therapie bei mehrsprachigen Kindern länger dauere als bei monolingualen, geben 20% an, dass sie dem nicht zustimmen und 6,7%, dass sie dem eher nicht zustimmen. Die meisten Teilnehmer (60%) ordnen sich weder der Ablehnung noch der Zustimmung der Aussage zu. 6,7% stimmen dem eher und weitere 6,7% stimmen der Aussage zu. Die vermuteten Ursachen sind das nicht ausreichende Grammatikverständnis der bilingualen Kinder bei Aufgabenstellungen, das teilweise nicht mögliche Einbeziehen der Eltern in die Hausaufgaben und die Differenzierung zwischen zwei phonologischen Systemen. In Abbildung 7 werden die quantitativen Ergebnisse in einem Säulendiagramm dargestellt.

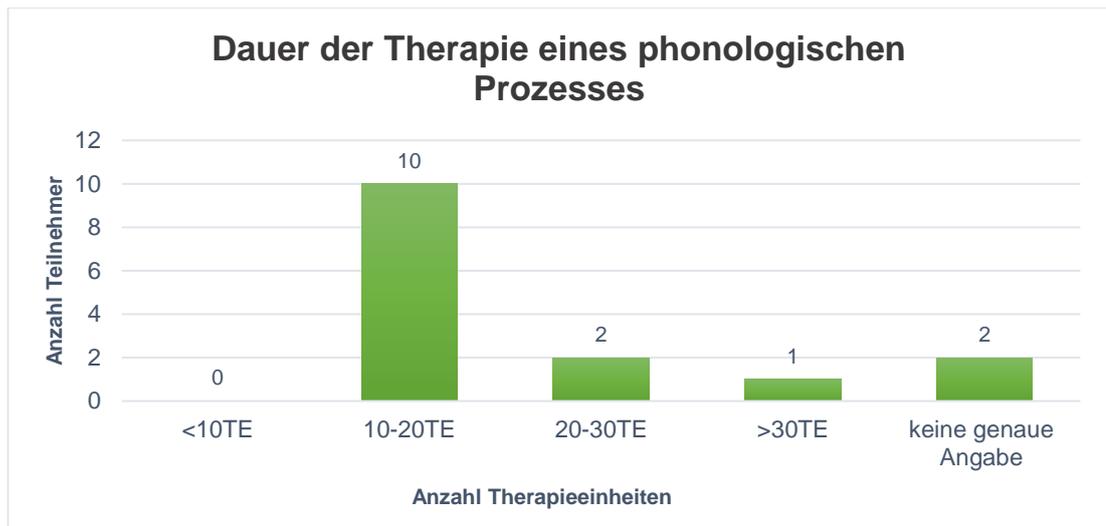


Abbildung 7: Dauer der Therapie eines phonologischen Prozesses. Befragt wurden n=15 Probanden, wie lange die Therapie eines phonologischen Prozesses bei bilingual russ.-dt. Kindern im Durchschnitt dauert (eigene Darstellung).

Der Aussage *Die Therapie mit P.O.P.T. verläuft stets erfolgreich. Die phonologische Störung der bilingual russisch-deutschen Kinder kann immer überwunden werden* stimmen 6,7% der befragten Therapeuten nicht zu. 20% stimmen dem weder/noch nicht zu. Die Mehrheit der Teilnehmer (60%) stimmen der Aussage eher zu. 13,3% sind der Meinung, dass die Therapie und Überwindung der phonologischen Störung stets erfolgreich verlaufen. Die Verteilungen werden in Abbildung 8 dargestellt.

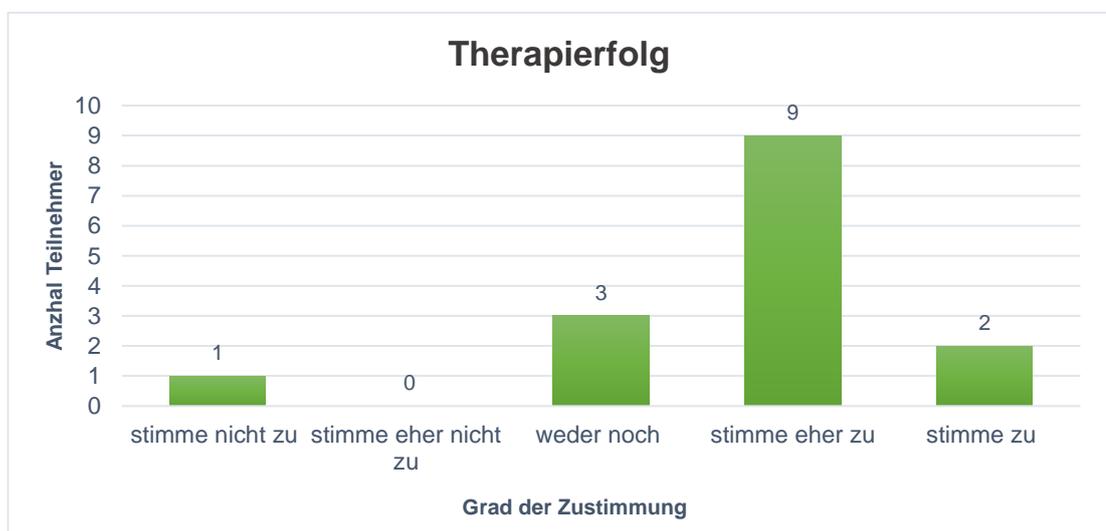


Abbildung 8: Erfolg der Therapie bei Anwendung von P.O.P.T. Befragt wurden n=15 Probanden, inwiefern sie der Aussage *Die Therapie mit P.O.P.T. verläuft stets erfolgreich. Die phonologische Störung der bilingual russ.-dt. Kinder kann immer überwunden werden* zustimmen (eigene Darstellung).

Die Behauptung, dass die Therapie nach einem Konzept für Monolinguale bei mehrsprachigen Kindern weniger erfolgreich ist, kann laut den Ergebnissen des

Fragebogens bei der Verwendung von P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern nicht bestätigt werden (Triarchi-Herrmann, 2014, S. 222). Jedoch müssen hierbei die zuvor genannten Ergebnisse beachtet werden, die zeigen, dass das Konzept teilweise angepasst oder vereinzelt durch weitere Konzepte ergänzt wurde. Diese Faktoren könnten zum Erfolg beigetragen haben.

Bezüglich der längeren Dauer der Intervention nach P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. im Gegensatz zu monolingualen Kindern scheinen sich die Logopäden bzw. Sprachtherapeuten unsicher zu sein. Es ist jedoch festzustellen, dass keine erhebliche Zunahme der Dauer zu beobachten ist. Somit kann nicht eindeutig gesagt werden, dass die Wahl eines monolingualen Konzeptes negative Auswirkungen auf die Therapiedauer hat, wie es in Triarchi-Herrmann (2014) beschrieben wurde (S. 222). Die vermutete Ursache des Nicht-Einbeziehens der Eltern unterstützt die Aussage der IEPMCS (2012), dass die Eltern in der Therapie von mehrsprachigen eine wichtige Rolle spielen und den Erfolg der Therapie beeinflussen (S. 3).

4.4 Entwicklung eines speziellen Phonologitherapie-Konzeptes

Der Aussage *Ich bin der Meinung, dass für bilingual russisch-deutsche Kinder mit Aussprachestörungen ein spezielles Therapiekonzept entwickelt werden soll* stimmen 26,7% der Therapeuten nicht zu und 33,3% eher nicht zu. 20% der Befragten entschieden sich weder für noch gegen ein eigenes Phonologitherapie-Konzept für Mehrsprachige. Lediglich ein Fünftel der Befragten (20%) hält ein spezielles Therapiekonzept für notwendig. Gewünscht wird von dieser Personengruppe eine Anpassung der Laute oder ein Elternleitfaden.

Das Ergebnis zeigt, dass die große Mehrheit mit dem Einsatz des Konzeptes P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern mit phonologischer Störung zufrieden ist, sodass kein Bedarf eines eigenen Konzeptes für bilingual russ.-dt. Kinder besteht. Einige der Befragten positionieren sich hingegen für ein spezielles Konzept und nennen dabei Aspekte, die auch Weinrich und Zehner (2017) sowie die IEPMCS (2012) bei der Therapie von Aussprachestörungen bei Mehrsprachigkeit thematisieren (S. 127; S. 3).

5 Schlussteil

In diesem Kapitel wird die Fragestellung anhand der in Kapitel 4 diskutierten Ergebnisse beantwortet. Nach einer kritischen Reflexion, die auch die Grenzen dieser Arbeit aufzeigt, schließt die Studienarbeit mit einem kurzen Fazit und Ausblick auf weitere mögliche Forschungsfragen ab.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Frage zu beantworten, inwiefern sich die Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie nach Fox-Boyer zur Intervention phonologischer Störungen bei bilingual russ.-dt. Kindern mit Russisch als L1 oder L2 eignet. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen deutlich, dass viele Therapeuten mit der Anwendung von P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern Erfolg haben. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass das Therapiekonzept seinen Zweck erfüllt. Dies wird auch dadurch deutlich, dass aktuell kein Bedarf nach einem speziellen Therapiekonzept besteht. Jedoch muss bei der Anwendung beachtet werden, dass Hindernisse auftreten können und ggf. individuelle Anpassungen notwendig sind. Somit erfordert es ein flexibles Verhalten der Therapeuten, was die Aussage von Scharff Rethfeldt (2013) unterstützt (S. 176). Auch die Empfehlungen der Literatur wie z.B. von Weinrich und Zehner (2017) oder des IEPMCS müssen für eine erfolgreiche Behandlung beachtet werden.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass sich das Konzept P.O.P.T. zur Intervention phonologischer Störungen bei bilingual russ.-dt. Kindern mit Russisch als L1 oder L2 unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Literatur eignet.

5.2 Reflexion des methodischen Vorgehens

Die methodische Entscheidung zur Nutzung eines Fragebogens, um die Erfahrungen der Therapeuten im Einsatz von P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern zu erheben, erwies sich zur Beantwortung der Fragestellung als zielführend. Hilfreich war dabei auch die Anwendung *Google Formulare*, denn sie erfüllte die von Bortz und Döring (2016) genannten Vorteile (siehe Kap. 3.2.1). Durch die digitale Verbreitung der Onlinefragebögen konnte auch eine Teilnehmerzahl von 15 Probanden erreicht werden. Diese Größe der Stichprobe ist zwar nicht repräsentativ, hinsichtlich des Umfangs der Studienarbeit jedoch ausreichend und sehr erfreulich.

Die Tatsache, dass alle Teilnehmer der Stichprobe weiblich waren, war zu erwarten, da der Beruf der Logopäden derzeit von Frauen dominiert wird. Positiv anzumerken

ist, dass die Stichprobe Personen unterschiedlichen Alters repräsentierte. Auch die Berufserfahrungen der Befragten trugen zur Glaubwürdigkeit des Ergebnisses bei. Auch wenn die Teilnehmer wenig Fortbildungen zum Konzept P.O.P.T. besuchten, fühlten sie sich überwiegend sicher im Umgang, was ebenfalls zur Glaubwürdigkeit beiträgt. Die geringe Anzahl russischsprachiger Teilnehmer ist zu bedauern, da deren Erfahrungen in dieser Arbeit interessant gewesen wären.

Zur Konzipierung der Fragebögen sind einige kritische Anmerkungen zu tätigen. Einige Items erwiesen sich rückblickend als nicht sinnvoll für die Beantwortung der Fragestellung (Bsp.: weitere sprachliche Auffälligkeiten der Kinder, Wahl der Therapie-sprache, etc.). Die Wahl überwiegend geschlossener Fragen ist positiv hervorzuheben, da anhand dessen aussagekräftige Antworten erhalten wurden. Der Einsatz offener Fragen erwies sich bedingt als sinnvoll. Einerseits konnten die Teilnehmenden ihre Gedanken frei äußern (Steiner & Benesch, 2018, S. 52 f.), andererseits resultierten daraus teilweise Antworten, die nicht verständlich und somit nicht aussagekräftig waren. Die Formulierung einiger Fragestellungen war in einigen wenigen Fällen nicht eindeutig, sodass es zu Verständnisschwierigkeiten gekommen ist. Würde es sich um eine größere Erhebung handeln, wäre ein Pretest mit einer größeren Personengruppe sinnvoll gewesen, um dem beschriebenen Problem entgegenzuwirken. Nichtsdestotrotz erwies sich der durchgeführte Pretest als ertragreich und die Zahl der Vortester war im Bezug auf die Größe der Arbeit angemessen. Die methodische Entscheidung, die Auswertung über die Anwendung *Google Formulare* und nicht statistisch erfolgen zu lassen, zeigte sich ebenfalls sinnvoll in Anbetracht des Umfangs der Arbeit und der Stichprobengröße.

Retrospektiv wäre auch eine Frage nach Schwierigkeiten in der Intervention bei monolingualen Kindern nach P.O.P.T. interessant gewesen, sodass ein Vergleich vorgenommen werden könnte. Auch Fragen zum Übertragungseffekt wären spannend gewesen. Jedoch werden an dieser Stelle die Grenzen der Arbeit erreicht.

5.3 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Studienarbeit macht deutlich, dass eine effektive Therapie nach P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. sprachigen Kindern möglich ist, hierbei jedoch flexible Anpassungen notwendig sein können und die Empfehlungen der Literatur beachtet werden sollen. Nach aktuellem Stand ist deshalb ein spezielles Konzept für bilingual russ.-dt. Kinder nicht zwingend notwendig. Um eine effektive Therapie zu gewährleisten, ist den behandelnden Logopäden und Sprachtherapeuten zu empfehlen, sich im

Bereich Mehrsprachigkeit weiterzubilden und sich intensiv mit der Literatur zu beschäftigen. Dafür eignet sich u.a. das Positionspaper der IEPMCS (2012).

Da das Ergebnis dieser Erhebungsarbeit auf einer kleinen Stichprobe basiert, ist eine Erhebung in einem größeren und repräsentativen Rahmen sinnvoll, um auf allgemeinere Aussagen schließen zu können. Weiter wären repräsentative Studien zum sprachübergreifenden Effekt des Konzeptes von hohem Interesse, um die Eignung von P.O.P.T. bei bilingual russ.-dt. Kindern mit phonologischer Störung weiter zu prüfen, ebenso die Bedeutung der Wahl der Therapiesprache. Diese Forschungsbereiche sind wichtig, um ggf. Lücken aufzudecken und entsprechend zu bearbeiten und somit bilingual russisch-deutschen Kindern mit phonologischer Störung die bestmögliche Therapie zu bieten.

6 Literaturverzeichnis

- Bräger, B., Nicolai, A. & Günther, T. (2007). Therapieeffektivität der Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie (P.O.P.T.): Eine Therapieeffektstudie mit Kindern unter 6 Jahren. *Sprache - Stimme - Gehör*, 31(4), 170–175.
<https://doi.org/10.1055/s-2007-991159>
- Chilla, S. & Fox-Boyer, A. (2016). *Zweisprachigkeit/Bilingualität: Ein Ratgeber für Eltern*. Schulz-Kirchner. Idstein.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer. Berlin.
- Fox-Boyer, A. & Salgert, K. (2014). Erwerb und Störungen der Aussprache bei mehrsprachigen Kindern. In S. Chilla & S. Haberzettl (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen: Mehrsprachigkeit* (S.109-121). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH. München.
- Fox-Boyer, A. (2014). Intervention bei mehrsprachigen Kindern mit Aussprachestörungen. In S. Chilla & S. Haberzettl (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen: Mehrsprachigkeit* (S.167-171). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH. München.
- Fox-Boyer, A. (2016). *Kindliche Aussprachestörungen: Phonologischer Erwerb - Differenzialdiagnostik - Therapie*. Schulz-Kirchner. Idstein.
- Fox-Boyer, A. (2019). *P.O.P.T. Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie: Therapiehandbuch*. Schulz-Kirchner. Idstein.
- International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2012). *Mehrsprachige Kinder mit Aussprachestörungen: Internationales Positionspapier*. Research Institute for Professional Practice, Learning and Education (RIPPLE), Charles Sturt University. Bathurst, Australien. Verfügbar unter <http://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/position-paper>
- Kallus, W. (2016). *Erstellung von Fragebogen*. Facultas. Wien.
- Kannengieser, S. (2019). *Sprachentwicklungsstörungen: Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH. München.

- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P. & Schlawin, S. (2010). *Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. VS Verlag. Wiesbaden.
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit: Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Thieme. Stuttgart.
- Scharff Rethfeldt, W. (2017). Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie: Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien* (S. 170-191). Kohlhammer. Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (12. Oktober 2021). Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-geschlecht-insgesamt.html> (Zugriff am 20. Oktober 2021)
- Steiner, E. & Benesch, M. (2018). *Der Fragebogen: von der Forschungs idee zur SPSS-Auswertung*. Facultas. Wien.
- Triarchi-Herrmann, V. (2014). Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (S. 220-223). Kohlhammer. Stuttgart.
- Weinrich, M. & Zehner, H. (2017). *Phonetische und phonologische Störungen bei Kindern: Aussprachetherapie in Bewegung*. Springer. Berlin.

Anhang

Anhang A: Onlinefragebogen in Druckversion

Fragebogen "Phonologie-Therapie bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit Aussprachestörungen"

Sehr geehrter Teilnehmer, sehr geehrte Teilnehmerin,

ich bin Nicole Scherbak, 23 Jahre alt und im dritten Ausbildungsjahr an der DAA Lehranstalt für Logopädie Osnabrück.

Im Rahmen meiner Studienarbeit befasse ich mich mit dem Einsatz der Psycholinguistisch orientierten Phonologie-Therapie (P.O.P.T.) nach A. Fox-Boyer bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit Aussprachestörungen.

Aus diesem Grund bitte ich Sie den nachfolgenden Fragebogen ehrlich zu beantworten, der ca. 10-15 Minuten in Anspruch nimmt.

Mit der Bearbeitung des Fragebogens stimmen Sie zu, dass die Daten anonym und vertraulich in der Studienarbeit verarbeitet und an der DAA Lehranstalt für Logopädie Osnabrück veröffentlicht werden dürfen.

Bei Fragen melden Sie sich gerne bei mir: nicolescherbak@gmail.com

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Unterstützung!

* **Erforderlich**

Allgemeines

1. Geschlecht *

Markieren Sie nur ein Oval.

- männlich
 weiblich
 divers

2. Alter *

3. Ich arbeite in ... *

Markieren Sie nur ein Oval.

- einer Praxis
- einem Sprachheilkindergarten/Heilpädagogischen Kindergarten
- einem Therapiezentrum
- einem Sozialpädiatrischem Zentrum
- einer Rehaklinik
- einer Förderschule
- Sonstiges: _____

4. Ich bin ... *

Markieren Sie nur ein Oval.

- Angestellte*r
- Selbstständige*r
- Sonstiges: _____

5. Berufsbezeichnung *

Markieren Sie nur ein Oval.

- Logopäd*in
- Sprachtherapeut*in
- Sonstiges: _____

6. Seit wann sind Sie sprachtherapeutisch tätig? *

7. Alter behandelter Kinder *

Mehrfachauswahl möglich

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- 0-3
 4-6
 7-12

8. Haben Sie Fortbildungen zur "Psycholinguistisch orientierten Phonologie-Therapie" (P.O.P.T.) besucht? *

Markieren Sie nur ein Oval.

- Ja
 Nein

9. Falls Sie die obere Antwort mit "Ja" beantwortet haben: In welchem Umfang?

Sie können den Umfang zum Beispiel in Form von Stunden oder Fortbildungspunkten angeben

10. Haben Sie Fortbildungen zum Thema "Mehrsprachigkeit" besucht? *

Markieren Sie nur ein Oval.

- Ja
 Nein

11. Falls Sie die obere Antwort mit "Ja" beantwortet haben: Welche und in welchem Umfang?

Sie können den Umfang zum Beispiel in Form von Stunden oder Fortbildungspunkten angeben

12. Sind Sie mehrsprachig aufgewachsen? *

Markieren Sie nur ein Oval.

Ja

Nein

13. Falls Sie die obere Antwort mit "Ja" beantwortet haben: Welche weitere(n) Sprache(n) sprechen Sie?

Gemeint sind die Sprachen, die Sie im Rahmen ihrer Mehrsprachigkeit erworben haben.

14. Welche Fremdsprache(n) sprechen Sie? *

Hierbei handelt es sich um die Sprachen, die Sie nicht aufgrund Ihrer Mehrsprachigkeit sondern z.B. im schulischen Rahmen o.Ä. erworben haben. Geben Sie bitte die Sprache(n) und das Niveau an. Mögliche Niveaustufen sind: Anfänger/grundlegende Kenntnisse/ fortgeschrittene Sprachverwendung/ fachkundige Sprachkenntnisse/ (fast) Muttersprachler-Niveau

15. Inwiefern stimmen Sie der folgenden Aussage zu? "Ich fühle mich sicher im Umgang mit dem Therapiekonzept P.O.P.T." *

1=stimme nicht zu 2=stimme eher nicht zu 3= weder noch 4= stimme eher zu 5= stimme zu

Markieren Sie nur ein Oval.

1 2 3 4 5

stimme nicht zu stimme zu

16. Wie oft nutzen Sie das Therapiekonzept P.O.P.T. in der Woche? *

Markieren Sie nur ein Oval.

- seltener als 1x
- 2-5x
- 6-10x
- mehr als 10x
- Sonstiges: _____

17. Behandeln Sie aktuell oder haben Sie jemals bilingual deutsch-russische Kinder mit Aussprachestörungen behandelt? *

Markieren Sie nur ein Oval.

- Ja
- Nein

Mehrsprachigkeit der Patienten

Die folgenden Fragen beziehen sich immer auf bilingual russisch-deutsch aufwachsende Kinder.

18. Schätzen Sie bitte die Anzahl der russisch-deutschen Kinder mit Aussprachestörungen, die Sie im Durchschnitt jährlich behandeln. *

19. In welchem Alter sind diese Kinder? *

Mehrfachauswahl möglich

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- 3;0 - 3;11
- 4;0 - 4;11
- 5;0 - 5;11
- 6;0 - 6;11
- 7;0 - 7;11
- 8;0 - 8;11
- älter als 9;0

20. Wie häufig treten weitere sprachliche Auffälligkeiten als Aussprachestörungen bei diesen Kindern auf? *

1= nie 2= selten 3= manchmal 4= häufig 5= sehr häufig | Sollten Sie unsicher sein, können Sie diese Frage überspringen.

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr häufig				

21. Wie häufig zeigen die betroffenen Kinder Aussprachestörungen in beiden Sprachen? *

1= nie 2= selten 3= manchmal 4= häufig 5= sehr häufig

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr häufig				

22. Welche phonologischen Prozesse zeigen die betroffenen Kinder? *

Wählen Sie nicht nur typische phonologische Prozesse, die bei bilingual russisch-deutschen Kindern auftreten, sondern alle die jemals aufgetreten sind. | Mehrfachauswahl möglich

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- Tilgung (silben-)finaler Konsonanten
- Plosivierung
- Tilgung unbetonter Silben
- Assimilation/ Kontaktassimilation
- Vorverlagerung /ŋ/ --> /n/
- Deaffrizierung
- Glottale Ersetzung /Ɂ/ --> /h ʔ/
- Rückverlagerung /ʃ/ --> /ç/
- Vorverlagerung /k g/ --> /t d/
- Vorverlagerung /ç/ --> /s/
- Reduktion Konsonatenverbindungen
- Vorverlagerung /ʃ/ --> /s/
- Substitution /Ɂ/ --> /l/
- Tilgung des wortfinalen Schwa-Lautes (Bsp.: /'flaʃə/ --> /'flaʃ/)
- vokalische Prozesse (Bsp.: /pflastə/ --> /pflastə/)

Sonstiges: _____

23. Welches Therapiekonzept verwenden Sie zur Behandlung dieser phonologischen Prozesse bei bilingual russisch-deutschen Kindern? *

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie nach Fox-Boyer (P.O.P.T.)
- Metaphon nach Jahn

Sonstiges: _____

24. Welche Kriterien sind für Sie entscheidend bei der Wahl des Therapiekonzeptes? *

Therapie phonologischer Störung
mit P.O.P.T bei bilingual russisch-
deutschen Kindern

Die folgenden Fragen beziehen sich stets auf die
Therapie nach P.O.P.T. bei bilingual russisch-deutsch
aufwachsenden Kindern.
Es sei denn, es wird explizit von monolingual
aufwachsenden Kindern gesprochen.

25. Wie häufig verwenden Sie eine andere Therapiesprache als die Deutsche? *

1= nie 2= selten 3= manchmal 4= häufig 5= sehr häufig

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr häufig				

26. Falls Sie eine andere Therapiesprache wählen: Welche?

27. Aus welchen Gründen entscheiden Sie sich für eine andere Therapiesprache?

28. Inwiefern stimmen Sie der folgenden Aussage zu? "Die Therapie mit P.O.P.T
verläuft stets erfolgreich. Die phonologische Störung der bilingual russisch-
deutschen Kinder kann immer überwunden werden." *

1=stimme nicht zu 2=stimme eher nicht zu 3= weder noch 4= stimme eher zu 5= stimme zu

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
stimme nicht zu	<input type="radio"/>	stimme zu				

29. Sind Stolpersteine in der Anwendung des Konzeptes aufgetreten? *

Markieren Sie nur ein Oval.

Ja

Nein

30. Wenn Sie die obere Frage mit "Ja" beantwortet haben: Welche Stolpersteine sind aufgetreten?

31. Wie häufig haben Sie das Therapiekonzept bei monolingual aufwachsenden Kindern umgewandelt/angepasst? *

1= nie 2= selten 3= manchmal 4= häufig 5= sehr häufig

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr häufig				

32. Inwiefern haben Sie das Konzept bei monolingual aufwachsenden Kinder umgewandelt/angepasst?

33. Wie häufig haben Sie das Therapiekonzept bei bilingual russisch-deutsch aufwachsenden Kindern umgewandelt/angepasst? *

1= nie 2= selten 3= manchmal 4= häufig 5= sehr häufig

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr häufig				

34. Inwiefern haben Sie das Konzept bei bilingual russisch-deutsch aufwachsenden Kinder umgewandelt/angepasst?

35. Welche Vorteile sehen Sie in der Anwendung von P.O.P.T. bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit Aussprachestörungen? *

36. Wie lange dauert die Therapie eines phonologischen Prozesses bei bilingual russisch-deutschen Kindern im Durchschnitt? *

TE= Therapieeinheit

Markieren Sie nur ein Oval.

- weniger als 6 TE
- 6-10 TE
- 10-20 TE
- 20-30 TE
- mehr als 30 TE
- Sonstiges: _____

37. Inwiefern stimmen Sie der folgenden Aussage zu? "Die Therapie eines Prozesses mit P.O.P.T. dauert bei mehrsprachigen Kindern länger als bei monolingualen Kindern." *

1=stimme nicht zu 2=stimme eher nicht zu 3= weder noch 4= stimme eher zu 5= stimme zu

Markieren Sie nur ein Oval.

- | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| stimme nicht zu | <input type="radio"/> | stimme eher zu |

38. Sollten Sie der Meinung sein, dass die Therapie länger dauert: Welche Ursachen vermuten Sie ?

39. Inwiefern stimmen Sie der folgenden Aussage zu? "Ich bin der Meinung, dass für bilingual russisch-deutsche Kinder mit Aussprachestörungen ein spezielles Therapiekonzept entwickelt werden soll." *

1=stimme nicht zu 2=stimme eher nicht zu 3= weder noch 4= stimme eher zu 5= stimme zu

Markieren Sie nur ein Oval.

	1	2	3	4	5	
stimme nicht zu	<input type="radio"/>	stimme zu				

40. Falls Sie der oberen Aussage (teils) zustimmen: Was wünschen Sie sich für dieses spezielle Konzept?

41. Platz, um weitere Gedanken zum Einsatz von P.O.P.T. bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit Aussprachestörungen zu äußern

Danke

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt. Ich bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme und Unterstützung in meiner Studienarbeit.

Nicole Scherbak

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare

Anhang B: Transkript Pretest

Die Pretester teilten ihre Meinungen und Erfahrungen in einer Audiodatei mit. Im Folgenden wurden die wichtigsten Aussagen transkribiert.

Pretest (1)

„... habe ich natürlich auch einiges frei gelassen, weil ich da nichts hinschreiben konnte oder nicht wusste, was dahin soll, da ich noch keine Erfahrung hab. Insgesamt habe ich jetzt acht Minuten gebraucht. Aber dadurch, dass ich manche Felder gar nicht ausgefüllt hab - also die Pflichtfelder natürlich schon, aber die anderen nicht - habe ich halt wenige gebraucht. Also ich könnte mir vorstellen, dass man schon so neun bis zehn Minuten braucht. Du hast zehn bis fünfzehn geschrieben. Das ist auch auf jeden Fall top.

Ich fand alle Fragen sehr verständlich. Man wusste direkt, was auf einen zukommt und was man beantworten soll. Ich fand's auch gut aufgeteilt. Also wie die Fragen aufeinander aufgebaut haben, von der ersten Seite usw., dass es dann weiter ins Detail geht. Das war echt gut. Und ermüdend wirkte der Fragebogen auf jeden Fall nicht. Auf der ersten Seite mit den Niveaustufen bei den Fremdsprachen: Ich könnte mir vorstellen, dass da einige vielleicht nicht so im Kopf haben, welche Niveaustufe sie haben. Ich weiß nicht, ob's vielleicht hilfreich wäre, da nochmal entweder eine Tabelle danebenzupacken oder nochmal in Klammern hinzuschreiben A1, C1, usw. was nochmal was bedeutet. ... Irgendwo war noch ein kleiner Rechtschreibfehler mit *im Durchschnitt*, da hattest du *Durchschnitt* klein geschrieben. ... Irgendwann hattest du eine Aussage, der man zustimmen sollte oder inwiefern man dieser Aussage zustimmt. War diese Aussage auf P.O.P.T. bezogen? Also auf die Anwendung von P.O.P.T.? Also das war nicht so ganz klar. Vielleicht kannst du, da nochmal gucken, ob man die Frage anders formuliert. Aber ansonsten finde ich den sehr gelungen. Auch sehr übersichtlich. Man kann das ganz einfach ankreuzen, seine Antworten eintippen und versteht alles gut. ...“

Pretest (2)

„... Es sind auf jeden Fall alle Fragen verständlich, also man versteht sie sofort. Ich war nur kurz irritiert bei der Frage – also erst schreibst du ja, ob man mehrsprachig aufgewachsen ist und dann soll man ja sagen, welche Sprachen und direkt danach kommt, welche Fremdsprachen sprechen Sie- und dann dachte ich so: Ich hab doch gerade gesagt, dass ich keine andere Sprache spreche. Vielleicht könnte man da noch hinschreiben: *Wenn sie nicht mehrsprachig aufgewachsen sind, welche*

Fremdsprachenkenntnisse haben Sie oder welche Fremdsprachen sprechen Sie. Also dass es nochmal deutlicher wird, wenn man nicht mehrsprachig aufgewachsen ist, welche Sprache man noch in der Schule gelernt hat oder so. Vielleicht ist es dann nicht so irritierend. ... Sind alle Antworten anhand der Antwortmöglichkeiten gut zu beantworten? Ja, auf jeden Fall. Das würde ich auch alles so lassen. Der Fragebogen ist auf keinen Fall zu lang. Ich habe höchstens zehn Minuten gebraucht, aber das ist halt auch, weil ich noch keine Fortbildung oder so was gemacht habe und ich vieles mit *nein* ankreuzen musste. Aber es ist auf keinen Fall zu lang oder ermüdend. Ansonsten ist mir nichts aufgefallen. ...“

Anhang C: E-Mail Fox-Boyer



Nicole Scherbak <nicolescherbak@gmail.com>

Studienarbeit - Phonologische Entwicklung bei bilingual russisch-deutschen Kindern

2 Nachrichten

Nicole Scherbak <nicolescherbak@gmail.com>
An: info@annette-fox-boyer.de

26. Juli 2021 um 17:24

Sehr geehrte Frau Fox-Boyer,

mein Name ist Nicole Scherbak und ich befinde mich in der Ausbildung zur Logopädin an der DAA Lehranstalt für Logopädie in Osnabrück. Ende des Sommers schreibe ich eine Studienarbeit, in der ich mich mit dem Einsatz von P.O.P.T. bei bilingual russisch-deutschen Kindern mit Aussprachestörungen befasse und dies in einem kleinen schriftlichen Rahmen wissenschaftlich aufbereite.

Aktuell bin ich auf der Suche nach Daten hinsichtlich der phonologischen Entwicklung und auftretenden phonologischen Prozessen bei bilingual russisch-deutschen Kindern. Deshalb wende ich mich an Sie: Haben Sie Daten zu russisch-deutschen Kindern oder können Sie mir Literatur hinsichtlich dessen empfehlen?

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mich in meiner Studienarbeit und meinem logopädischen Werdegang unterstützen.

Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen
Nicole Scherbak

info@annette-fox-boyer.de <info@annette-fox-boyer.de>
An: Nicole Scherbak <nicolescherbak@gmail.com>

2. August 2021 um 16:02

Sehr geehrte Frau Scherback,

bitte nutzen Sie doch einmal Band 5 des Handbuchs Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen von Chilla & Haberzettl. Zu neueren Daten weiß ich nichts zu sagen.

Mit freundlichen Grüßen

Annette Fox-Boyer

[Zitierter Text ausgeblendet]

Anhang D: Weitere Ergebnisse

Einige Ergebnisse wurden im Kontext der Fragestellung lediglich kurz thematisiert. Im Folgenden werden diese aufgelistet.

Fremdsprachenkenntnisse der Stichprobe

Sprache	Anzahl Teilnehmer	Niveau
Englisch	14	Anfänger/grundlegend/ fachkundig/ fortgeschritten
Spanisch	2	Anfänger/ grundlegend
Französisch	5	Anfänger/ grundlegend
Türkisch	1	Anfänger
Latein	2	grundlegend/ fortgeschritten
Niederländisch	1	fast Muttersprache
Russisch	2	unbekannt
Gebärdensprache	1	Anfänger

Auftreten weiterer sprachlicher Auffälligkeiten bei bilingual russ.-dt. Kindern mit phonologischer Störung

Häufigkeit	prozentualer Anteil der Teilnehmer
nie	0%
selten	0%
manchmal	20%
häufig	66,7%
sehr häufig	13,3%

Auftreten der Aussprachestörung in beiden Sprachen

Häufigkeit	prozentualer Anteil der Teilnehmer
nie	0%
selten	6,7%
manchmal	6,7%
häufig	53,3%
sehr häufig	33,3%

Wahl der Therapiesprache

Häufigkeit	prozentualer Anteil der Teilnehmer
nie	60%
selten	13,3%
manchmal	13,3%
häufig	6,7%
sehr häufig	6,7%

gewählte Sprache	prozentualer Anteil der Teilnehmer (n=6)
Englisch	33,3%
Niederländisch	16,7%
Russisch	50%

Zusammenfassung der Gründe für die Wahl einer anderen Therapiesprache (n=6)
Kind spricht kein Deutsch
Sprachverständnis in der anderen Sprache besser
Prozess liegt in mehreren Sprachen vor
Sprachkenntnisse der Eltern
Wünsche der Eltern/ persönliche Situation (z.B. Eltern wollen zurück nach RU)

Anhang E: Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben.“

Osnabrück, den 29.10.2021

Nicole Scherbak

Anhang F: Erklärung zur Veröffentlichung

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Studienarbeit für alle SchülerInnen und DozentInnen der Lehranstalt für Logopädie zugänglich ist.
- Meine Studienarbeit wird in der Lehranstalt für Logopädie archiviert, darf aber nicht allen SchülerInnen und DozentInnen der Lehranstalt für Logopädie zugänglich sein.

Osnabrück, den 29.10.2021

Nicole Scherbak