



# Empfehlungen zur Mundartkompetenz für die logopädische Tätigkeit in der Deutschschweiz

## Sprach-/Mundartkompetenz der LogopädInnen

Logopädinnen und Logopäden sind aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit in einem sprachlich-kommunikativen Feld aktiv. Das wirft in der Schweiz die Frage auf, welche sprachlichen Fähigkeiten (in bezug auf Mundart) von nicht-schweizerischen Logopädinnen und Logopäden, die eine Anstellung in der Schweiz anstreben, erwartet werden können und müssen.

Die Frage ist für den Deutschscheizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV) auch deshalb von Interesse, da sich Arbeitgeber an den Berufsverband wenden könnten, um eine Empfehlung auf die Frage: „*Welche Mundartkompetenzen muss eine Logopädin ausweisen?*“ durch den DLV zu erhalten.

Um potenzielle Fragen der Arbeitnehmer vorweg zu nehmen, haben wir Empfehlungen bezüglich sprachlicher Anforderungen an die Fachpersonen ausgearbeitet.

Eine logopädische Fachperson, die in der Deutschschweiz tätig ist, muss das Schweizerdeutsche verstehen. Das Sprechen der Mundart ist teilweise erwünscht, aber für die Berufsausübung nicht zwingend.

## Raster

### Arbeitsfeld:

Wir haben eine grosse Auswahl an Arbeitsfeldern, in denen LogopädInnen angestellt werden können, aufgelistet.

### Störungen:

Wir haben zu den Arbeitsfeldern eine Anzahl von Störungen aufgelistet. Dabei haben wir Alter und Entwicklungsstand sowie die emotionalen Bedürfnisse der Klienten in unsere Überlegungen einbezogen.

### Therapiesprache:

Wir haben Empfehlungen ausgearbeitet, die für die Therapie der Störungen in bestimmten Arbeitsfeldern angewandt werden können.

*Verwendete Unterlagen für das Merkblatt:*

D. Bishop: in LOG.I.SCH Null 2000

H. Clahsen: Profilanalyse 1986

H.J. Motsch: ESGRAF, 2002

M. Lin – Huber: Kulturspezifischer Spracherwerb, 1999, Huber Verlag

M. Mettler: Förderung der Standardsprache Deutsch. Manuskript 2001, BPZ: Luzern

<b>Arbeitsfeld</b>	<b>Störungen</b>	<b>Therapiesprache</b>
Frühbereich	alle	Mundart des Kindes empfohlen.
Kindergarten	alle	Mundart des Kindes wünschenswert/empfohlen.
Ambulatorium	alle	Standarddeutsch möglich, Mundart wünschenswert.
Sonderschulbereich ausser Sprachheilschulen	alle	Standarddeutsch möglich.
Sprachheilkindergarten	alle	Mundart des Kindes empfohlen.
Sprachheilschulen	alle	Standarddeutsch möglich, Mundart manchmal wünschenswert
Einrichtungen für Kinder mit Gehörlosigkeit/Schwerhörigkeit	alle	Standarddeutsch möglich.
Klinik	zentrale Sprach- und Sprechstörungen	Mundart des Klienten wünschenswert.
Klinik	organisch und zentral bedingte Schluckstörungen	Standarddeutsch möglich.
Klinik	zentrale Sprachstörungen bei Demenz	Mundart des Klienten wünschenswert.
Klinik	Organische und funktionelle Stimmstörungen	Standarddeutsch möglich.

Es wird vorausgesetzt, dass die Logopädin eine schweizerdeutsche Mundart versteht.



## **Mundart als Therapiesprache empfohlen**

Durch die aktive Auseinandersetzung mit Sprache lernen Kinder deren Grundmuster und Prinzipien. Bei der Behandlung von Spracherwerbsstörungen ist die Kontinuität des gewohnten familiären auditiven Inputs deshalb von Vorteil, da sie die Reduktion des sprachlichen Inputs auf ein grammatikalisches Muster, die Fokussierung auf ein sprachliches Regelsystem und auf einen Sprachstil gewährleistet. Teile der Grammatik und kulturell bedingte Kommunikationsstile sind in schweizerdeutscher Mundart und Standardsprache unterschiedlich. Dies hat zur Folge, dass für Mundart sprechende Kinder die Standardsprache eine Fremdsprache ist und dass manche von ihnen Mühe damit haben, „Fernsehdeutsch“ zu verstehen. Vor allem im Frühbereich und im Kindergarten führt dies zur Entscheidung, ob die Therapie in Mundart durchgeführt wird.

Neueren Untersuchungen (Bishop, 2000) zufolge können Spracherwerbsstörungen auch die Folge von Störungen der auditiven Sprachverarbeitung sein. Dies unterstützt das Argument, dass Kinder während des Spracherwerbs mit einem Lautsystem konfrontiert werden, das sie aus ihrer gewohnten Sprachumgebung kennen. Auch die Entschlüsselung sprachrhythmischer und prosodischer Informationen (welche in Mundart und Standarddeutsch z.T. Unterschiede aufweisen) wird durch den Gebrauch der dem Kind vertrauten Alltagssprache erleichtert (Clahsen 1986, Motsch 2002)

## **Mundart wünschenswert** (wenn sie die Erstsprache des Klienten ist)

Im Bereich Klinik kann es für Patientinnen und Patienten mit zentralen Sprachstörungen und mit Demenz eine sprachliche oder kulturelle Barriere sein, in der Therapie von standarddeutsch sprechenden Fachkräften angesprochen zu werden. Sich ihrer Kommunikationsschwierigkeiten bewusst werdend, fühlen sich manche Patientinnen und Patienten in Schul- und Lebenssituationen zurück versetzt und sie leiden mehr als ohnehin schon unter ihrem Unvermögen, sich ausdrücken zu können, die „richtigen“ Worte zu finden und den Ansprüchen der Therapeutin zu genügen. Es wäre begrüssenswert, wenn eine Sprachwahlmöglichkeit durch verschiedene logopädische Fachkräfte geboten werden könnte.

Im Arbeitsfeld Kindergarten erachten wir teilweise die Mundart als wünschenswert, teilweise empfehlen wir sie. Einige können sich auf die „Fernsehsprache“ gut einstellen, andere nicht. Bei Kindern mit schweizerdeutscher Erstsprache stellen wir die Mundart in den Vordergrund.

Zu berücksichtigen ist, dass das Entwicklungsalter eines Kindes nicht zwingend seinem Lebensalter entspricht.



Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband  
www.logopaedie.ch

## **Standarddeutsch als Therapiesprache möglich**

In den drei Bereichen Ambulatorium, Sonderschulbereich und Einrichtungen für Kinder mit Gehörlosigkeit/Schwerhörigkeit steht die Therapie des Sprechens und der Sprache bzw. das Erlernen der Grundlagen der Kommunikation im Vordergrund. Den Therapierahmen bildet bei allen drei Bereichen die Schule, in welcher „... die Standardsprache (Hochdeutsch) als verbindliche Unterrichtssprache vorgeschrieben wird.“

Basierend auf diesem Grundsatz ist es verpflichtend, in der Schule mit den Kindern in Standarddeutsch zu kommunizieren.

Bei der Therapie des Sprechens ist die Sprach-/Mundartkompetenz der Logopädin insofern relevant, als sie in der Lage sein muss, beispielsweise bei einer Artikulationstherapie, die betreffenden Laute bilden zu können. Diese Kompetenz ist schnell erworben.

Bei der Therapie der Sprache wird nicht im eigentlichen Sinne eine Sprache gelehrt, sondern es werden Grundlagen für deren erfolgreichen Erwerb geschaffen. Die Konfrontation der Kinder mit Standarddeutsch kann in diesem Sinne einen stimulierenden Effekt haben. „Wenn solche Vergleiche bereits im Kindergarten ansetzen, können sie zur Entwicklung der sprachlichen Entwicklung in beiden Varianten (Dialekt und Standardsprache) beitragen.“ (M. Mettler, 2001)

Eine weitere grosse Klientengruppe in der Logopädie bilden diejenigen Kinder, deren Erstsprache weder Mundart noch Standarddeutsch ist. „Einleuchtend ist, dass Kindern aus fremden Sprachregionen das Lernen des Deutschen leichter fällt, wenn geschriebene und gesprochene Sprache sehr ähnlich sind. Es ist deshalb für diese Kinder notwendig, beim Lernen möglichst konsequent mit dem Standarddeutsch konfrontiert zu werden...“ (ders.).

Für die Therapie der Schriftspracherwerbsstörungen ist das Sprechen von Standarddeutsch eine wertvolle Grundlage, basiert es doch auf dem Schriftdeutschen.

In Einrichtungen für Kinder mit Gehörlosigkeit/Schwerhörigkeit wird oft der Aufbau der Schriftsprache mit dem festgelegten Regelwerk bevorzugt, da dies eine Vereinfachung des Spracherwerbs für diese Kinder darstellt.

Die klinischen Bereiche „Schluckstörungen“ und „Stimmstörungen“ sind Arbeitsfelder, bei denen es nicht um die Therapie der Sprache oder des Sprechens selbst geht. Die Sprache dient hier ausschliesslich als Kommunikationsmedium für etwas Drittes, nämlich der Therapie des Schluckens bzw. der Stimme. Hier ist gegen die Verwendung des Standarddeutschen nichts einzuwenden.

Bei der Ausarbeitung unserer Empfehlungen haben wir die Massnahmen zur Qualitätssicherung in der Logopädie mit Kindern und Jugendlichen (verabschiedet am 29. Mai 1999) und die Massnahmen zur Qualitätssicherung gemäss der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (genehmigt am 2. Dezember 2000) berücksichtigt.