



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Intralinguale Variabilität im Kontext der Logopädie. Mit Fokus
auf die Variation der deutschen Sprache in Österreich

verfasst von | submitted by

Mara Duft BA BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 818

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Austrian Studies - Cultures,
Literatures, Languages

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Manfred Michael Glauninger Privatdoz.

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit problematisiert das Spannungsfeld zwischen linguistischen Erkenntnissen zum Spracherwerb, der Variation der deutschen Sprache in Österreich und der Anwendung von an der bundesdeutschen Standardvarietät orientierten Diagnostikverfahren bei nicht-standardsprachlich sozialisierten Kindern in der logopädischen Praxis. Den Ausgangspunkt bilden die Annahmen der variationistischen sowie kritischen Soziolinguistik, dass Sprache sowohl zwischen verschiedenen Sprecher*innen als auch „innerhalb“ einer/eines Sprecher*in variiert und sprachliche Ausdrucksformen Auswirkungen auf die Kommunikationssituation sowie die Wahrnehmung und Bewertung der Gesprächsteilnehmer*innen haben. Sowohl die Spracherwerbsforschung als auch logopädische Diagnostikverfahren zur Identifizierung einer (spezifischen) Sprachentwicklungsstörung beziehen sich allerdings überwiegend auf den Erwerb der bundesdeutschen Standardvarietät. Demnach ist fraglich, inwiefern dieses Wissen auf Kinder (in Österreich) übertragen werden kann, die in einem anderen sprachlichen Umfeld aufwachsen. Vor diesem Hintergrund entsteht ein Problemfeld für die Diagnostik (spezifischer) Sprachentwicklungsstörungen, da dabei die intralinguale Variabilität des Deutschen kaum berücksichtigt wird und demnach die Gefahr von Fehldiagnosen besteht. Bei einer (spezifischen) Sprachentwicklungsstörung handelt es sich um eine Störung der kindlichen Sprachentwicklung, die sich auf allen linguistischen Ebenen zeigen kann. Analog dazu wurden unterschiedliche Tests zu den jeweiligen Kompetenzfeldern entwickelt, die in der logopädischen Diagnostik eingesetzt werden. Es ist davon auszugehen, dass sprachliche Variation trotz der fehlenden Berücksichtigung implizit im Rahmen der Untersuchungen und individuellen Entwicklungen eine große Rolle spielt. Da diese jedoch weder systematisch reflektiert noch explizit offengelegt wird, bleibt unklar, inwiefern die verschiedenen Formen von sprachlicher Variation die Diagnostik beeinflussen. Insgesamt besteht die Gefahr, dass sprachliche Unterschiede als „Abweichungen“ von der Norm und sprachliche Störungen interpretiert werden.

Anhand einer hermeneutischen Auswertung der einschlägigen logopädischen Fachliteratur wurde in der Masterarbeit zunächst gezeigt, dass aus der *etischen* logopädischen Perspektive intralinguale Variabilität nur punktuell thematisiert wird. Eine explizite Auseinandersetzung damit findet sich in einzelnen interdisziplinären Forschungswerken, die unter Beteiligung von Linguist*innen entstanden sind. Weiters wurde im empirischen Teil vorliegender Arbeit anhand von leitfadengestützten Expertinneninterviews (angelehnt an Misoch 2019: 119–128) die *emische* Perspektive ausgewählter Logopädinnen in Österreich untersucht. Dafür wurden Gespräche mit sechs Gewährspersonen aus vier verschiedenen Bundesländern Österreichs (Vorarlberg, Salzburg, Steiermark und Wien) geführt, die transkribiert (vgl. Dresing & Pehl 2024)

und als Text (vgl. Deppermann 2013) mithilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022; 2024) und der Software MAXQDA ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Thematisierung intralingualer Variabilität in der Ausbildung von Logopäd*innen sowie im professionellen Austausch offenbar kaum eine Rolle spielt. Gleichzeitig wird jedoch in den Interviews an verschiedenen Stellen deutlich, dass bei den Gewährspersonen ein Bewusstsein für das in der Masterarbeit ausgelotete Problemfeld vorhanden ist. Die befragten Expertinnen führen aus, in ihrem beruflichen Alltag mit sprachlicher Variation konfrontiert zu sein, und berichten von Erfahrungen, in denen standardisierte Diagnostikverfahren in der Anwendung bei nicht-standardsprachlich sozialisierten Kindern an ihre Grenzen stoßen. Der Umgang mit den Diagnostikverfahren besteht somit darin, die Auswertung, Interpretation sowie die Auswahl und den Zeitpunkt des Einsatzes der Verfahren kontextabhängig und individuell abzustimmen und über die Testergebnisse hinaus die sprachliche Realität der Kinder in die Diagnose miteinzubeziehen. Diese Praxis sowie das Bewusstsein für einschlägige Problematiken lassen sich somit auf einem Spektrum verorten, das sich weniger aus einer theoriebasierten Auseinandersetzung, sondern je nach individuellen Erfahrungen, Arbeitsbereichen, Umfeldern und Interessen der Logopädinnen entwickelt hat.

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht damit die bestehende Forschungslücke hinsichtlich intralingualer Variabilität im Spracherwerb sowie in der logopädischen Diagnostik (spezifischer) Sprachentwicklungsstörungen. Es zeigt sich der Bedarf, eine fundierte theoretische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik weiter voranzutreiben. Momentan liegt die Verantwortung für die Differenzierung zwischen sprachlicher Variation und sprachlichen Störungen wesentlich bei den Logopäd*innen selbst. Deren fachliche Kompetenz besteht unter anderem darin, die sprachliche Realität der Kinder möglichst differenziert einschätzen zu können, um zu interpretieren, welche Auffälligkeiten in den Testergebnissen auf die den Testverfahren zugrundeliegende Norm zurückzuführen sind und welche tatsächlich auf Störungen der Sprachentwicklung hindeuten.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich von Herzen bei allen Personen bedanken, die mich auf dem Weg zu dieser Masterarbeit unterstützt und begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Mag. Dr. Manfred Michael Glauninger, Privatdoz., der mich von der ersten Themenidee bis zum Abschluss dieser Arbeit stets mit anregenden Hinweisen sowie wertvollem und genauem Feedback begleitet hat. Besonders danke ich ihm dafür, dass er mir die Möglichkeit eröffnet hat, meine unterschiedlichen Interessensbereiche miteinander zu verbinden und mich während des gesamten Arbeitsprozesses sowohl fachlich als auch organisatorisch mit großem Engagement unterstützt hat.

Ebenso möchte ich mich bei meinen Gewährspersonen ganz herzlich für ihre Offenheit, ihre Zeit und die Bereitschaft bedanken, ihre Erfahrungen mit mir zu teilen. Die wertvollen Einblicke in ihren Praxisalltag und ihre Perspektiven haben diese Arbeit erst möglich gemacht.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zentrale Überlegungen	1
1.2	Forschungsstand & Forschungslücke	3
2	Theoretische Grundlagen	4
2.1	Soziolinguistik	5
2.1.1	Variationistische Soziolinguistik	5
2.1.2	Kritische Soziolinguistik	10
2.2	Deutsch in Österreich	13
2.3	Spracherwerb	17
2.3.1	Einsprachiger Erstspracherwerb der bundesdeutschen Standardvarietät	21
2.3.2	Mehrspracherwerb	23
2.3.3	Varietätenerwerb	25
2.4	Logopädie	29
2.4.1	Spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES)	31
2.4.2	Diagnostikverfahren	36
2.5	Sprachliche Variation im logopädischen Kontext	43
3	Methoden	49
3.1	Qualitative Methoden	49
3.2	Qualitative Interviews	52
3.2.1	Expert*inneninterviews	54
3.2.2	Gewährspersonen	55
3.2.3	Interviewleitfaden	56
3.2.4	Datenerhebung und Transkription	57
3.3	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse mit MAXQDA	60
4	Codierung der Expert*inneninterviews mit MAXQDA	63
5	Analyse & Diskussion der Ergebnisse	79
5.1	Sprachgebrauch der Patient*innen	81
5.2	Sprachgebrauch der Expertinnen	85
5.3	Ausbildung und professionelles Umfeld	89
5.4	Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung	92
5.5	Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren	96
5.6	Differenzierung zwischen Variation und Störung	100
5.7	Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität	102
5.8	Zentrale Erkenntnisse hinsichtlich der Forschungsfrage	104

6	Fazit und Diskussion	110
7	Limitationen	114
8	Literaturverzeichnis	115
9	Tabellenverzeichnis	128
10	Anhang	I
10.1	Interviewleitfaden	I
10.2	Interviewtranskripte	III
10.3	Datenschutzerklärung	XLV

1 Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich damit, inwiefern die sprachliche Variation in Österreich, die stark von intralingualer Variabilität des Deutschen geprägt ist, im Kontext der Logopädie reflektiert bzw. berücksichtigt wird. Der Fokus wird dabei auf die Diagnostik der spezifischen Sprachentwicklungsstörung gelegt.

In der Einleitung werden vorerst zentrale Überlegungen zum Untersuchungsgegenstand angestellt, weiters werden die Forschungsfragen aufgeworfen und erläutert sowie der Aufbau der Arbeit skizziert. Im Anschluss daran werden der aktuelle Forschungsstand dargelegt sowie bestehende Forschungslücken aufgezeigt.

1.1 Zentrale Überlegungen

Die menschliche Sprache zeichnet sich durch ein hohes Maß an Variation und Variabilität aus. Das zeigt sich sowohl im Vergleich verschiedener Sprachen miteinander als auch innerhalb einer Einzelsprache, z. B. in regionalen, sozialen oder situationsabhängigen Ausprägungen. (Vgl. Spitzmüller 2022: 48). Gerade unter Sprecher*innen in Österreich ist die Vielfalt der Sprachformen – nicht zuletzt „innerhalb“ der deutschen Sprache – in der Regel stark ausgeprägt (vgl. Christen, Ender & Kehrein 2020: 99). Auch der Spracherwerb wird von diesem variablen sprachlichen Umfeld geprägt und findet daher nicht isoliert auf Basis einer homogenen respektive standardisierten Sprachform/Varietät statt. Über die Einflüsse verschiedener Nonstandard-Varietäten auf den Spracherwerb und den Erwerb ebendieser ist allerdings bislang nur wenig bekannt. (Vgl. Katerbow 2013: 188–190). Die gebräuchliche logopädische Diagnostik der spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SSES), einer Sprachstörung, die bei Kindern auftritt und sich auf verschiedene systemlinguistische Ebenen auswirken kann (vgl. Zorowka 2008: 876), basiert auf Testverfahren, die anhand der (bundesdeutschen) Standardvarietät des Deutschen und deren Spracherwerb entwickelt wurden. Demnach berücksichtigen sie die Variabilität der deutschen Sprache kaum. Vielmehr liegt ihnen die Annahme zugrunde, dass der Spracherwerb im Deutschen unabhängig von den Varietäten, auf deren Basis Kinder sozialisiert werden, gleich verläuft. Aufgrund des fehlenden Wissenstandes über den Spracherwerb abseits der Standardvarietät ist allerdings fraglich, inwiefern diese Diagnostikverfahren die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern, deren sprachliche Sozialisation durch andere Nonstandard-Varietäten bestimmt wird, angemessen erfassen. (Vgl. Bohnert-Kraus & Kehrein 2020a: 5–6). Folglich besteht mit den aktuellen Diagnostikverfahren die Gefahr von Fehldiagnosen in Bezug auf nicht-standardsprachlich sozialisierte Kinder (vgl. Katerbow 2013: 7).

Im Spannungsfeld zwischen linguistischen Erkenntnissen zum Spracherwerb und der Verwendung von an der (bundesdeutschen) Standardvarietät orientierten logopädischen Diagnostikverfahren bei nicht-standardsprachlich sozialisierten/kommunizierenden Kindern, ist der *U n t e r s u c h u n g s g e g e n s t a n d* der vorliegenden Masterarbeit angesiedelt. Er umfasst ausgewählte Aspekte des Problemfeldes ‚intralinguale Variabilität im Kontext der Logopädie‘, insbesondere mit Blick auf die Diagnostik der spezifischen Sprachentwicklungsstörung. Er lässt sich damit schwerpunktmäßig an der Schnittstelle zweier Forschungsbereiche verorten: der Soziolinguistik und der Logopädie. Das Erkenntnisinteresse besteht darin zu ergründen, ob und inwiefern die Anwendung von an der (bundesdeutschen) Standardvarietät ausgerichteten Diagnostikverfahren in der Logopädie als Problem (an-)erkannt und reflektiert wird und welche Herausforderungen sich dadurch für die logopädische Praxis in Österreich ergeben.

In diesem Zusammenhang sollen folgende drei *F o r s c h u n g s f r a g e n* beantwortet werden: a) (Inwiefern) Problematisiert die Fachliteratur die intralinguale Variabilität (des Deutschen) im Kontext der Logopädie? b) Werden diesbezüglich Standarddiagnostikverfahren bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen von Kindern thematisiert/reflektiert? Schließlich soll auf Basis der Auswertung von Expert*inneninterviews folgende Frage c) beantwortet werden: (Inwiefern) Gibt es bei in Österreich praktizierenden Logopäd*innen ein Bewusstsein für das Problemfeld ‚Intralinguale Variabilität (der deutschen Sprache) und Logopädie‘ im Allgemeinen sowie hinsichtlich der Anwendung von Standarddiagnostikverfahren bei Kindern im Besonderen?

Um diese Fragen zu beantworten, wird sowohl die Perspektive der einschlägigen Fachliteratur als auch die Sicht der logopädischen Praxis im Zusammenhang mit der Variation der deutschen Sprache in Österreich berücksichtigt. Dafür werden im ersten Teil der Arbeit theoretische Grundlagen aus den Bereichen Linguistik und Logopädie erläutert. Dazu zählt zunächst die theoretische Verortung der Arbeit sowohl in der kritischen als auch variationistischen Soziolinguistik (vgl. Spitzmüller 2022). Weiters werden grundlegende Konzepte aus der Forschung zu Deutsch in Österreich sowie dem kindlichen Spracherwerb diskutiert. Im Anschluss daran wird auf die Logopädie als wissenschaftliche Disziplin und die spezifische Sprachentwicklungsstörung sowie deren Diagnostik eingegangen. Der erste Abschnitt der Masterarbeit basiert demnach methodisch auf der hermeneutischen Auswertung von Fachliteratur.

Im zweiten Teil steht die empirische Untersuchung im Vordergrund. Diese besteht aus leitfadengestützten Expert*inneninterviews (angelehnt an Misoch 2019: 119–128) sowie deren Auswertung anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022; 2024) unter Anwendung der Software MAXQDA. Nach Erläuterung der

zugrundeliegenden qualitativen Methoden erfolgt abschließend die Analyse und Interpretation der erhobenen Daten. Insgesamt wurden sechs Logopädinnen aus verschiedenen Regionen in Österreich befragt, die mit gezieltem Sampling aus in Österreich praktizierenden Logopäd*innen ausgewählt wurden. Das somit beschriebene Design der Empirie zielt aufgrund der qualitativen Verortung nicht auf statistische Repräsentativität der Ergebnisse ab (vgl. Misoch 2019: 202), vielmehr geht es um das Ausloten ausgewählter Erfahrungen aus der Praxis zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage.

1.2 Forschungsstand & Forschungslücke

In ihrem Werk „Dialekt und Logopädie“ beschäftigen sich Mirja Bohnert-Kraus und Roland Kehrein (2020b) mit der Schnittstelle der im Titel genannten Bereiche. Dabei werden in verschiedenen Beiträgen Untersuchungen zu Variation und Varietäten im Kontext der Logopädie vorgestellt. Es geht dabei sowohl um die linguistische Perspektive hinsichtlich sprachlicher Variation im deutschsprachigen Raum als auch um Auswirkungen auf den Spracherwerb und die logopädische Diagnostik. Auch Magdalena Burtscher (2016) befasst sich mit der intralingualen Variabilität in logopädischen Testverfahren. In ihrer Qualifikationsarbeit im Bereich der Logopädie in der Schweiz entwickelte sie einen Leitfaden für Logopäd*innen, der zeigt, welche gängigen Diagnostikverfahren auch unter Berücksichtigung dialektaler Spezifika des Alemannischen anwendbar sind. Till et al. (2017) untersuchten in ihrer Studie die Auswirkungen der Verwendung einer schweizerdeutsch adaptierten Version eines Diagnostikverfahrens. Im englischsprachigen Bereich befassen sich ausgewählte Beiträge aus Martin J. Balls (2005) Sammelband „Clinical Sociolinguistics“ mit sprachlicher Variation im Spracherwerb und logopädischer Diagnostik. Hier werden neben der diatopischen Dimension auch die diastratische und diaphasische berücksichtigt.

Neben diesen Arbeiten zur intralingualen Variabilität liegen auch im Bereich der interlingualen Variabilität im Kontext der Logopädie einige Publikationen vor. Hier wurden die Themenbereiche spezifische Sprachentwicklungsstörung und Mehrsprachigkeit (s. Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018; Klumpp & Schönauer-Schneider 2020; Paradis 2005; Rothweiler, Babur & Kroffke 2007), Therapie bei mehrsprachigen Kindern (s. Bloder et al. 2021; 2023; Friedrich & von Knebel 2017; Syczewska & Licandro 2020) sowie Diagnostik in der Logopädie bei mehrsprachigen Kindern (s. Garraffa et al. 2019; Gruber 2018; Scharff Rethfeldt 2018) in verschiedenen Studien und Beiträgen erforscht.

Abgesehen von den angeführten Arbeiten gibt es allerdings kaum Forschung im Bereich intralingualer Variabilität und Logopädie. Die erwähnten Publikationen aus dem

deutschsprachigen Raum befassen sich vorwiegend mit der diatopischen Dimension. Eine umfassende Betrachtung der Variation als Problemstellung in der Logopädie liegt bislang nicht vor. Daher besteht hier sowie in der bereits erwähnten Forschung zum Spracherwerb im Zusammenhang mit Nonstandard-Varietäten eine erhebliche Forschungslücke, wie auch von Bohnert-Kraus und Kehrein festgestellt wird:

Vor allem im Bereich des kindlichen Spracherwerbs sowie in der Diagnostik von Sprachstörungen spielen die unterschiedlichen Ausprägungen der gesprochenen Sprache in Form der Varietäten Dialekt, Regiolekt und Standardsprache eine bedeutende Rolle, was sowohl in der Forschung der Variationslinguistik als auch der Klinischen Linguistik bisher allerdings weitgehend unberücksichtigt geblieben ist. (Bohnert-Kraus & Kehrein 2020a: 3)

Vor dem Hintergrund des oben umrissenen Forschungsstandes setzt die vorliegende Masterarbeit an der beschriebenen Forschungslücke an. Ziel ist es zunächst, mittels hermeneutischer Auswertung von Fachliteratur im Überblick darzulegen, ob bzw. inwiefern intralinguale Variabilität im logopädischen Diskurs thematisiert wird und welche Problemfelder sich diesbezüglich in Bezug auf die Diagnostik spezifischer Sprachentwicklungsstörungen eröffnen. Die Untersuchung beschränkt sich dabei nicht ausschließlich auf diatopische Variation. Es wird explizit auch recherchiert, inwiefern sich die Beschäftigung mit den unterschiedlichen Dimensionen der intralingualen Variabilität in der Literatur niederschlägt. Aufbauend darauf wird die Sichtweise von in Österreich praktizierenden Logopäd*innen in den Fokus genommen. Diese Perspektive wurde bislang in der Forschungsliteratur kaum berücksichtigt. Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es somit, Aspekte eines Desiderats aufzugreifen und einen Beitrag zu einer differenzierteren Betrachtung des Spannungsfeldes zwischen sprachlicher Variation und Logopädie zu leisten.

2 Theoretische Grundlagen

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Grundlagen vorliegender Arbeit näher erläutert. Zunächst wird auf die theoretische Verortung der Untersuchung in der kritischen und der variationistischen Soziolinguistik eingegangen. Danach werden wesentliche Konzepte zum Thema Deutsch in Österreich sowie zum kindlichen Spracherwerb (des Deutschen) in Bezug auf Ein- und Mehrsprachigkeit beleuchtet. Im Zuge dessen wird auch auf den Erwerb von Nonstandard-Varietäten und den aktuellen Forschungsstand dazu eingegangen. Weiters geht es um die spezifische Sprachentwicklungsstörung und deren Diagnostik, was anhand logopädischer Fachliteratur erläutert wird. Abschließend werden die beiden Themenbereiche miteinander verbunden und die sprachliche Variation in der Logopädie reflektiert.

2.1 Soziolinguistik

Die vorliegende Masterarbeit verortet sich theoretisch in der Soziolinguistik. Spitzmüller (2022: 7) bezeichnet diese als „polyphone Disziplin“, also als Fachgebiet, in dem es zwar grundlegende Konzepte und Themen gibt, welche aber auf verschiedene Arten und Weisen betrachtet werden. So gibt es innerhalb der Soziolinguistik unterschiedliche Ausrichtungen, die dementsprechend ihre eigenen Methoden und Theorien anwenden. Bei all diesen Teilbereichen steht aber ein grundlegendes Ziel im Vordergrund: die wechselwirkenden Verbindungen zwischen der Gesellschaft und der, bzw. den, Sprache(n), zu analysieren. Es geht also immer um die Betrachtung der Beziehung zwischen dem Sozialen und der Sprache aus unterschiedlichen Blickwinkeln. (Vgl. Spitzmüller 2022: 7). Für die vorliegende Masterarbeit sind vor allem die variationistische sowie die kritische Soziolinguistik von großer Bedeutung, weswegen auf diese nun näher eingegangen wird.

2.1.1 Variationistische Soziolinguistik

Die Bezeichnung *variationistische Soziolinguistik* ist die deutsche Übersetzung des englischen Begriffs *variationist sociolinguistics*. Vor allem in früheren Werken findet sich im deutschsprachigen Raum auch die Benennung *Varietätenlinguistik*. Um sich von den älteren theoretischen Ansätzen zu distanzieren, wird heute überwiegend der Begriff *Variationslinguistik* verwendet. In der vorliegenden Masterarbeit wird *variationistische Soziolinguistik* bevorzugt, da dadurch zum Ausdruck gebracht wird, dass es sich um ein Teilgebiet der Soziolinguistik handelt. (Vgl. Spitzmüller 2022: 119–120).

In der variationistischen Soziolinguistik wird davon ausgegangen, dass sprachliche Unterschiede nicht zufällig auftreten, sondern systematisch mit sozialen, aber auch räumlichen, situativen und anderen Faktoren zusammenhängen. Um diese verschiedenen Sprachgebräuche beschreiben und klassifizieren zu können, greift die variationistische Soziolinguistik auf das Konzept der *Varietät* zurück. Dieses Konzept stammt ursprünglich aus der Angewandten Sprachwissenschaft und wurde in einigen Strömungen der Soziolinguistik übernommen, insbesondere in der Varietätenlinguistik. (Vgl. Spitzmüller 2022: 140). „Als Varietät bezeichnet man dort eine Klasse von sprachlichen Charakteristika (Menge von Varianten einer bestimmten Variablen), die typisch für eine bestimmte Sprecher*innengruppe oder ein bestimmtes soziales Setting sind“ (Spitzmüller 2022: 140). Zentral ist dabei die Annahme, dass die Sprachverwendung im Sinne einer Varietät systematisch mit sozialen bzw. funktionalen Eigenschaften zusammenhängt. Dieser Zusammenhang wird durch das sogenannte Korrelationsprinzip beschrieben,

demzufolge sprachliche Variation mit außersprachlichen Faktoren verknüpft ist. (Vgl. Spitzmüller 2022: 140). Aufgrund dieser engen Verknüpfung mit ausgewählten außersprachlichen Faktoren sowie die (insbesondere in der älteren Forschung zumindest implizit vertretene) Annahme, dass die Varietäten (klar) voneinander abgrenzbar seien, spricht man auch von einer eng gefassten Varietäten-Definition, die der Varietätenlinguistik zugrunde liegt. In der Variationslinguistik wird dieses Verständnis ausgeweitet, indem es unter anderem nicht mehr strikt an außersprachliche Faktoren gebunden wird. Zudem wird überwiegend die Idee abgelehnt, dass Varietäten klar voneinander abgrenzbar seien. Vielmehr werden sie als Teil eines Kontinuums verstanden. (Vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 64–65). Diese neue inhaltliche Ausrichtung ist ein weiterer Grund, weshalb die Bezeichnung *Varietätenlinguistik* in der Soziolinguistik mittlerweile weitgehend abgelehnt und die Begriffe *Variationslinguistik* bzw. *variationistische Soziolinguistik* bevorzugt werden (vgl. Spitzmüller 2022: 141). Wichtig zu erwähnen ist allerdings, dass keine einheitliche Definition dessen, was unter einer Varietät zu verstehen ist, innerhalb der variationistischen Soziolinguistik existiert. Häufig wird der Begriff nahezu synonym mit *Dialekt* verwendet. (Vgl. Spitzmüller 2022: 140).

Grundsätzlich beschäftigt sich die variationistische Soziolinguistik mit verschiedenen Formen der Variation von Sprache. Spitzmüller beschreibt, was in der Soziolinguistik unter Variation verstanden wird:

Damit ist gemeint [...] dass Kommunikationsakteur*innen (Sprecher*innen, Schreiber*innen und gebärdenden Menschen) immer grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen, etwas auszudrücken. Manche dieser Möglichkeiten stehen ein- und demselben Kommunikationsakteur zur Verfügung (im Sinne stilistischer Varianten, von denen je nach Situation oder Kommunikationspartner*in bestimmte bevorzugt werden mögen), andere finden sich eher in der Summe einer Sprecher*innengemeinschaft (Dialekte, regionale Varianten, Varianten sozialer Milieus und Gruppen, geschlechts- oder alterstypische Varianten). (Spitzmüller 2022: 5)

Unter Variation wird also die Vielfalt von Sprachgebräuchen verstanden. Ziel der (variationistischen) Soziolinguistik ist es, zu erforschen, wie die verschiedenen Sprachgebräuche entstehen und in welchen Kontexten und für welche Funktionen sie verwendet werden. (Vgl. Spitzmüller 2022: 5). Der variationistischen Soziolinguistik liegt die Annahme zugrunde, dass sprachliche Variation für das Gelingen von Kommunikation notwendig ist. Variation wird dabei also nicht nur als optionaler Zusatz angesehen, sondern als notwendige Voraussetzung dafür, die kommunikative Verständigung überhaupt erst ermöglicht. (Vgl. Spitzmüller 2022: 47).

Variation kann deshalb stattfinden, weil Sprachen per se Raum für Flexibilität zulassen. Dies wird als *sprachliche Variabilität* bezeichnet und meint „die Eigenschaft von Sprachen, auf all ihren Ebenen (Aussprache, Wortbildung, Wortschatz, Satzbau, Schreibung, Prosodie, Bedeutung und Pragmatik) Möglichkeitsräume zu bieten“ (Spitzmüller 2022: 6), die es den

Sprecher*innen erlauben, zwischen verschiedenen Ausdrucksweisen zu wählen, die (*mutatis mutandis*) denselben Inhalt vermitteln (vgl. Spitzmüller 2022: 6). Diese Variabilität wird konzeptionell in zwei verschiedene Formen gegliedert: *inter-* und *intralinguale* Variabilität. Unter interlingualer Variabilität werden Unterschiede zwischen verschiedenen Einzelsprachen verstanden. Hier lassen sich, wie oben bereits festgehalten, Differenzen auf allen Sprachebenen (Lexik, Phonetik und Phonologie, Syntax, Morphologie, Semantik, Pragmatik, Verschriftung und Prosodie) feststellen. (Vgl. Spitzmüller 2022: 48–53).

Jene Form der Variabilität, mit der sich die Soziolinguistik aber überwiegend beschäftigt, ist die intralinguale Variabilität. Bei dieser geht es ebenfalls um die genannten Unterschiede, die aber innerhalb einer Einzelsprache auftreten. (Vgl. Spitzmüller 2022: 48). Das Konzept der strukturierten intralingualen Variabilität geht davon aus, dass Sprache grundsätzlich heterogen strukturiert ist. Hier wird einerseits die *interspeaker variation* angeführt. Bei dieser geht es darum, dass sich die Sprachverwendung je nach Sprecher*in unterscheidet. Die deutsche Sprache beispielsweise wird von jeder Person individuell verwendet. Aber auch „innerhalb“ einer Person finden sich unterschiedliche Sprachgebräuche, z. B. je nach Kontext, in dem sich ein*e Sprecher*in befindet. Dieses Phänomen wird als *intraspeaker variation* bezeichnet. (Vgl. Spitzmüller 2022: 126). Ein weiteres Konzept, das mit inter- und intralingualer Variabilität in Verbindung gebracht werden kann, ist die Idee der *muttersprachlichen Mehrsprachigkeit* des Linguisten Mario Wandruszka. Bei diesem Konzept, das auch als *innere Mehrsprachigkeit* bezeichnet wird (vgl. Pilypaityte 2015), handelt es sich um das Verwenden verschiedener Formen ein und derselben Sprache durch ein und die-/denselben Sprecher*in, d. h. um intralinguale Variabilität, die als *intraspeaker variation* realisiert wird. In diesem Sinne kann jede Person als mehrsprachig bezeichnet werden, da man in der Regel auch während der Primärsozialisation in „nur einer“ Sprache mit verschiedenen Menschen kommunikativ in Kontakt tritt und Merkmale aus deren Sprachgebräuchen übernimmt. (Vgl. Wandruszka 1979: 14). Wandruszka beschreibt diese Form der Mehrsprachigkeit als notwendige Kompetenz in der Sprachproduktion sowie -rezeption (vgl. Wandruszka 1979: 21). Wenn jemand aber verschiedene Einzelsprachen spricht und somit interlinguale Variabilität zum Ausdruck bringt, wird dies als *äußere Mehrsprachigkeit* bezeichnet. Diese Form der Mehrsprachigkeit ist jene, die alltagssprachlich unter *Mehrsprachigkeit* verstanden wird. (Vgl. Pilypaityte 2014). Wandruszka betont, dass es sich bei der Mehrsprachigkeit um eine Fähigkeit handelt, die im Laufe des Lebens stets weiterentwickelt wird. Zudem beeinflussen sich die unterschiedlichen Sprachen und Sprachformen gegenseitig, weshalb die Grenzen zwischen den Sprachen innerhalb einer Person verschwimmen. (Vgl. Wandruszka 1979: 75–76).

Wie auch die interlinguale Variabilität findet sich die intralinguale Variabilität auf verschiedenen Ebenen. Spitzmüller führt dafür zu den verschiedenen Bereichen Beispiele an. Im Bereich der Lexik kann dasselbe Objekt je nach regionalem Kontext mit verschiedenen Ausdrücken bezeichnet werden, wie z. B. „*Semmel, Brötchen, Wecken*“ (Spitzmüller 2022: 54 [Hervorhebung im Original]). Darüber hinaus variiert die Verwendung von Bezeichnungen je nach Situation, z. B. „*Fußball spielen, bolzen, kicken*“ (Spitzmüller 2022: 54 [Hervorhebung im Original]) oder je nach sozialer Gruppe „*erörtern, besprechen, bequatschen*“ (Spitzmüller 2022: 54 [Hervorhebung im Original]). Nicht zuletzt auch im Bereich der Lautung finden sich Unterschiede abhängig von regionalen, sozialen oder situativen Faktoren (vgl. Spitzmüller 2022: 54–55). Auf der Ebene der Syntax lassen sich ebenfalls regionale bzw. nationale Spezifika feststellen, wie die Position des Verbs im Nebensatz im Schweizerdeutschen oder österreichischen Deutsch. Syntaktische Variation tritt aber auch situationsabhängig auf, wie z. B. bei bestimmten Konjunktionen im Nebensatz. Auch eine Verwendung je nach sozialem Kontext, wie z. B. *gemma Kino*, wird von manchen Autor*innen postuliert, ist aber hinsichtlich der genauen Einordnung kontrovers. Im Bereich der Morphologie findet sich das Fugenmorphem *-s* als Beispiel für intralinguale Variabilität, das im bundesdeutschen anders als im österreichischen Deutsch verwendet wird. (Vgl. Spitzmüller 2022: 55). Situationsabhängige Variation zeigt sich bei bestimmten Abkürzungen wie z. B. „*Ersti*“ (Spitzmüller 2022: 55 [Hervorhebung im Original]) für „Erstemestrige*r“ im universitären Umfeld. Auf semantischer Ebene können Bedeutungsunterschiede innerhalb eines Wortfelds auftreten, wie z. B. bei den Begriffen „*Stuhl/Sessel*“ (Spitzmüller 2022: 55 [Hervorhebung im Original]) im österreichischen und bundesdeutschen Deutsch. Zudem existieren Wörter, deren Bedeutung je nach Kontext zwischen Alltagssprachlicher und fachsprachlicher Verwendung variiert, wie beispielsweise der Begriff „*Stress*“ (Spitzmüller 2022: 55 [Hervorhebung im Original]). Auch auf der Ebene der Pragmatik kann intralinguale Variabilität stattfinden. Die Wahl zwischen *du* und *Sie* variiert je nach Region, aber auch nach gruppenspezifischen Normen. (Vgl. Spitzmüller 2022: 56). Im Bereich der Verschriftung können unterschiedliche orthografische Varianten, wie „*Fotografie*“ und „*Photographie*“ (Spitzmüller 2022: 56 [Hervorhebung im Original]) sozial markiert sein. Regionale bzw. nationale Unterschiede werden beispielsweise in der Schreibweise von „*Fußball*“ im österreichischen und bundesdeutschen gegenüber „*Fussball*“ (Spitzmüller 2022: 56 [Hervorhebung im Original]) im Schweizer Deutsch sichtbar. Darüber hinaus lassen sich unterschiedliche Formen der Verschriftung je nach sozialem Kontext finden, etwa die Kleinschreibung im digitalen Umfeld. Abschließend findet sich auch auf der Ebene der Prosodie intralinguale Variabilität. Charakteristische Intonations- und Betonungsmuster treten z. B. in bestimmten Kontexten wie

Nachrichtensendungen, aber auch in regionalen Sprachgebräuchen wie etwa Dialekten, auf. (Vgl. Spitzmüller 2022: 56).

Neben dieser Perspektivierung der Variabilität gemäß systemlinguistisch definierten Ebenen der Sprache wird das Auftreten der Variabilität, nach der Theorie des Linguisten Eugenio Coseriu, die er 1988 erstmals veröffentlichte, auch in diatopisch, diastratisch und diaphasisch dreigeteilt. Die *diatopische Variation* bezieht sich auf die Heterogenität von Sprache im geografischen Raum. (Vgl. Coseriu 2007: 24). Hierzu zählen also *Dialekte*, *Regiolekte* und *Urbanolekte* (vgl. Spitzmüller 2022: 142). *Diastratisch* meint die sprachliche Heterogenität gemäß sozialer Zugehörigkeit der Sprecher*innen (vgl. Coseriu 2007: 24), wie *Soziolekte*, *Juvento-* und *Gerontolekte* (die sich auf das Alter der Sprecher*innen beziehen), *Genderlekte* oder *Ethnolekte* (vgl. Spitzmüller 2022: 142). Als *diaphasische Variation* wird die sprachliche Variabilität je nach Situation bezeichnet (vgl. Coseriu 2007: 24), wobei man z. B. von *Funktiolekten*, *Situolekten* oder *Mediolekten* spricht. Verschiedene Varietäten werden in diesem Modell also analog zu den drei genannten Ebenen unterschieden. Innerhalb der Ebenen wird häufig von *Lekten* gesprochen, um konkrete Ausprägungen sprachlicher Variation zu bezeichnen. Das Modell geht davon aus, dass Varietäten in Beziehung zu unabhängigen sozialen Variablen stehen. Die Klassifikation dieser Variablen erfolgt in der Variationslinguistik häufig ebenfalls in Anlehnung an die skizzierte Dreiteilung in diatopische, diastratische und diaphasische Variablen. (Vgl. Spitzmüller 2022: 142). Diese Einteilung wurde im Laufe der Zeit von verschiedenen Autor*innen ergänzt und überarbeitet, ist in ihren Grundzügen aber bis heute weit verbreitet (vgl. Spitzmüller 2022: 54).

Einige der genannten Kategorien werden in der Literatur kritisiert, vor allem in Hinblick auf diastratische Einteilungen wie *Juvento-* und *Gerontolekte* sowie *Genderlekte* und *Ethnolekte*. Inhalt der Kritik ist vor allem die mangelnde Berücksichtigung der Individualität der Mitglieder dieser Gruppen und damit das Ausblenden von Heterogenität, die eine Abgrenzung der postulierten Sprachformen erschwert. Ein weiterer Inhalt der Kritik bezieht sich darauf, dass sprachliche Phänomene in der Regel nicht ausschließlich einer Dimension zugeordnet werden können. So ist ein Dialekt zwar vorwiegend diatopisch bestimmt, wird jedoch auch von sozialen und situativen Faktoren beeinflusst. Dieses Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen sollte berücksichtigt werden. (Vgl. Spitzmüller 2022: 142–143). Warum die Vorstellung von Varietäten/Lekten und auch die Kritik der nicht klar voneinander abgrenzbaren Variationsparameter für die vorliegende Masterarbeit relevant sind, zeigt sich nicht zuletzt auch im Therapiekontext der Logopädie: Hier treffen Patient*innen auf Therapeut*innen, wodurch eine spezielle Situation gegeben ist, die vom Alltag abweicht und Einfluss auf den Sprachgebrauch hat. Zudem

stammen die Beteiligten – auch wenn sie Deutsch als ‚Mutter‘- bzw. ‚Erstsprache‘ sprechen – womöglich aus geographisch unterschiedlichen Gebieten sowie aus verschiedenen sozialen Umfeldern, was sich ebenfalls auf die Sprachwahl auswirkt. Somit handelt es sich bei der logopädischen Therapie um ein Setting, in dem die intralinguale Variabilität auf den verschiedenen Ebenen und Dimensionen eine wesentliche Rolle spielt, weil Therapie und Diagnostik unmöglich vom Sprachgebrauch isoliert betrachtet werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in der variationistischen Soziolinguistik darum geht, die Gründe für die Verwendung der genannten verschiedenen Sprachgebräuche bzw. deren Funktion zu identifizieren und zu erklären. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Unterschiede (auch) sozial bedingt sind. Die Gründe für die Verwendung verschiedener Sprachformen liegen demnach nicht nur in der Sprache selbst, sondern auch in der sozialen Dimension. Dabei werden verschiedene soziale Parameter unterschieden, die sich auf die Wahl der Sprachform auswirken: Zeitliche Faktoren, einerseits in Bezug auf die historische Sprachentwicklung, aber auch in Bezug auf das Lebensalter der Sprecher*innen, räumliche Herkunft der Sprecher*innen bzw. räumliche Verortung der Kommunikationssituation, sozialstruktureller Hintergrund und Geschlecht der Sprecher*innen als auch der Interaktionspartner*innen. Diese Faktoren beziehen sich auf die oben angeführte *interspeaker variation*, während folgende weitere Parameter primär die *intraspeaker variation* betreffen: Konkrete Kommunikationssituation, kommunikativer Zweck sowie der Grad der bewussten Kontrolle über das eigene Sprechen. Sprachliche Variation findet also nicht zufällig statt, sondern ist eng an soziale Umstände geknüpft. (Vgl. Spitzmüller 2022: 127–128). Spitzmüller (2022: 127) fasst dies folgendermaßen zusammen: „Die Art und Weise, wie jemand spricht, verrät etwas über ihre*seine soziale Herkunft.“

Wie in diesem Unterkapitel gezeigt wurde, geht die variationistische Soziolinguistik davon aus, dass Sprache kein homogenes System darstellt, sondern sich innerhalb einer Sprachgemeinschaft und der Sprecher*innen unterschiedliche Sprachgebräuche ergeben. Diese Perspektive ist zentral für die vorliegende Arbeit, da sie die Voraussetzung dafür schafft, sprachliche Vielfalt als Normalfall zu begreifen. Mit dieser Annahme wird deutlich, dass logopädische diagnostische Verfahren, die sich ausschließlich an der Standardvarietät orientieren, die tatsächliche sprachliche Realität der Patient*innen nur unzureichend beschreiben können.

2.1.2 Kritische Soziolinguistik

Der zweite für die vorliegende Arbeit wichtige Teilbereich der Soziolinguistik ist die kritische Soziolinguistik. Diese zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass sie sich selbst immer

wieder hinterfragt, „dass sie also Sprachideologien, Machtprozesse und soziale Ungleichheit auch in der Sprachwissenschaft und durch sprachwissenschaftliche Tätigkeit kritisch beleuchtet.“ (Spitzmüller 2022: 222). Im Vordergrund des Forschungsinteresses steht dabei die Verbindung der „soziale[n] Ungleichheit mit Sprache und Sprachgebrauch“ (Spitzmüller 2022: 223). Grundlegend für dieses Teilgebiet der Soziolinguistik ist die Annahme, dass der Sprachgebrauch die soziale Behandlung der Sprecher*innen beeinflusst, sowohl positiv (etwa als Privilegierung) als auch negativ im Sinne von Benachteiligung und Diskriminierung. Damit rückt in der kritischen Soziolinguistik die Bewertung sprachlicher Formen und Varietäten in den Fokus. Während in der variationistischen Soziolinguistik häufig postuliert wird, dass allen Varietäten prinzipiell gleich viel Wert zugeschrieben wird, macht die kritische Soziolinguistik darauf aufmerksam, dass diese Gleichwertigkeit in der gesellschaftlichen Realität nicht zur Geltung kommt. Zwar können verschiedene Varietäten linguistisch betrachtet denselben Wert haben, doch ihre gesellschaftliche Bewertung führt zu einer ungleichen Behandlung von Sprecher*innen. (Vgl. Spitzmüller 2022: 223–224).

Theoretisch knüpft die kritische Soziolinguistik unter anderem an den Soziologen Pierre Bourdieu an, in dessen Werken Sprache als „kulturelles oder **soziales Kapital**“ (Spitzmüller 2022: 224 [Hervorhebung im Original]) verstanden wird, „über das soziale Akteur*innen in unterschiedlichem Maß verfügen“ (Spitzmüller 2022: 224). Sprachformen, denen ebendieses Kapital zugeschrieben wird, können in ökonomisches Kapital umgewandelt werden und zu sozialem Ansehen und wirtschaftlichem Erfolg beitragen. Umgekehrt kann der Zugang zu bestimmten sprachlichen Varietäten selbst an ökonomische Voraussetzungen gebunden sein, wie z. B. bei der Einforderung sprachlicher Kompetenzen von Geflüchteten, die diese durch kostenpflichtige Sprachkurse erwerben müssen. (Vgl. Spitzmüller 2022: 224). Dieser Prozess, bei dem Sprache mit finanziellen Mitteln in Verbindung gebracht wird, wird als *Kommodifizierung* bezeichnet. Kommodifizierung kann erst stattfinden, wenn einer sprachlichen Varietät ein bestimmter Wert innerhalb einer Gesellschaft zugeschrieben wird. (Vgl. Spitzmüller 2022: 225). Die Bewertung von Sprachgebräuchen vollzieht sich im Rahmen von *Sprachideologien*: „**Sprachideologien** sind [...] die gesammelten Werte und Einstellungen einer Person oder Gruppe zu bzw. deren Perspektiven auf Sprache, Sprachgebrauch und Sprecher*innen.“ (Spitzmüller 2022: 270 [Hervorhebung im Original]). Solche Ideologien sind allgegenwärtig, weil Sprache ständig, bewusst sowie unbewusst, bewertet wird. Sie sind zudem kontextabhängig, veränderbar und wirken sich sowohl auf sprachliches Handeln als auch auf soziale Strukturen aus. Aufgrund ihrer weitreichenden Auswirkungen auf soziale Ungleichheit und Sprachverwendung stellen sie einen zentralen Untersuchungsgegenstand der (kritischen) Soziolinguistik

dar. (Vgl. Spitzmüller 2022: 270). Diese Bewertungen betreffen allerdings nicht nur den Sprachgebrauch anderer, sondern auch den eigenen. In Interaktionen konstruieren Sprecher*innen durch das, was und wie sie etwas sagen, ihre soziale Identität. Durch diese Identitätskonstruktion wird sowohl das Gegenüber als auch man selbst positioniert, was als *soziale Positionierung* bezeichnet wird. (Vgl. Spitzmüller 2022: 272).

Ebenfalls von Bourdieu übernommen wird in der kritischen Soziolinguistik das Konzept des *Habitus*. Darunter wird das (unterschiedliche) Verhalten verstanden, das Menschen in bestimmten Milieus oder Kontexten zeigen. Als Teil des Verhaltens spielt auch hier der Sprachgebrauch eine große Rolle. Einerseits drückt man durch ein bestimmtes Verhalten einen Lebensstil aus, andererseits formt das Verhalten den Lebensstil auf eine gewisse Art mit. Hinzu kommt, dass bestimmten Verhaltensweisen in spezifischen sozialen Kontexten ein besonders hoher Wert zugeschrieben wird wodurch sie *habitualisiert* werden. Wird ein bestimmter Sprachgebrauch positiv bewertet, wird dieser zum oben beschriebenen Kapital. (Vgl. Spitzmüller 2022: 226). Umgekehrt kann Sprache „aber auch [ein] Mittel zur Diskriminierung“ (Spitzmüller 2022: 227) werden. Dies ist dann der Fall, wenn es zu einer ungleichen Behandlung kommt, die zu Benachteiligungen führt. Laut Bourdieu ist diese ungleiche Behandlung in der Gesellschaft nichts, das von vornherein existiert, sondern etwas, das erst durch gesellschaftliche Praktiken entsteht, zu denen auch sprachliches Handeln zählt. Diese zentrale Idee übernimmt die kritische Soziolinguistik, indem sie davon ausgeht, dass soziale Ungleichheit (auch) durch sprachliches Handeln hervorgebracht und reproduziert wird. (Vgl. Spitzmüller 2022: 227). Sprache trägt demnach aktiv zur Herstellung sozialer Unterschiede bei (vgl. Spitzmüller 2022: 236). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die kritische Soziolinguistik unter anderem untersucht, wie Sprachideologien zur Entstehung und Reproduktion sozialer Ungleichheit beitragen und wie Sprache zugleich Mittel als auch Ergebnis dieser Prozesse ist (vgl. Spitzmüller 2022: 289).

Die kritische Soziolinguistik bildet also das zweite Paradigma der theoretischen Verortung der vorliegenden Masterarbeit. Zentral ist dabei die Grundannahme, dass Sprache nicht neutral ist und sich die Wahl einer Sprachform auf die Kommunikationssituation und die/den Sprecher*in auswirkt und umgekehrt. Wenn logopädische Diagnostikverfahren ausschließlich auf Erkenntnissen zum standardsprachlichen Spracherwerb beruhen, besteht die Gefahr, dass sprachliche Variation als Abweichung und damit als Störung des Spracherwerbs interpretiert wird. Solche diagnostischen Einschätzungen können unter anderem Auswirkungen auf Bildungschancen haben (vgl. Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 489). Der theoretische Rahmen der kritischen Soziolinguistik ermöglicht es also, einen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Sprachgebräuchen, deren Bewertung und der damit verbundenen sozialen (Be)Handlung

auszuloten mit der Grundannahme, dass es hier in der Praxis zu Unterschieden kommt. Darauf aufbauend soll im weiteren Verlauf der Arbeit untersucht werden, wie dieser Zusammenhang im logopädischen Kontext konkret zum Ausdruck kommt.

2.2 Deutsch in Österreich

In der vorliegenden Masterarbeit steht die Variation der deutschen Sprache in Österreich im Vordergrund. Es handelt sich hierbei also um intralinguale Variabilität, die auf den bereits beschriebenen Ebenen zum Ausdruck kommt und sowohl als *intraspeaker* als auch *interspeaker variation* (Letzteres auch im Vergleich zu Deutsch in Deutschland oder der Schweiz) auftritt. In diesem Unterkapitel wird nun näher auf Konzipierungen der deutschen Sprache in Österreich eingegangen.

Ein in der linguistischen Forschung, aber auch im medialen Diskurs häufig fokussierter Aspekt des Deutschen in Österreich ist das *österreichische (Standard-)Deutsch*, das als Konzept überwiegend auf die – wenngleich gewissermaßen auf die staatliche Rahmung innerhalb des deutschen Sprachraums ausgedehnte – diatopische Dimension der Variation bezogen wird. Ganz allgemein wird jedoch die diatopische Dimension des Deutschen in Österreich in der (vor allem älteren) Fachliteratur im Vergleich zur diastratischen und diaphasischen am ausführlichsten behandelt, wenngleich die Variations-Dimensionen, wie bereits erwähnt wurde, nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sind. Der Germanist Peter Wiesinger definiert *österreichisches Deutsch* als „die staatsgebundene Varietät des Deutschen in Österreich als Schrift- und Standardsprache“ (Wiesinger 1990: 218). Eine entsprechende Kodifizierung des österreichischen Deutsch ist bislang nur in Teilen erfolgt, etwa in Bezug auf die Lexik im *Österreichischen Wörterbuch* bzw. zum Teil im *Duden*. Der Befund von Soukup / Moosmüller (2011: 40), dass eine österreichische Standardvarietät als solche nicht ausreichend festgeschrieben wurde, ist nach wie vor gültig.

Ab wann eine Sprache als eigenständig oder als Dialekt definiert wird, ist oft unklar und hängt mit politischen Entscheidungen zusammen (vgl. Spitzmüller 2022: 238). Dementsprechend herrscht bezüglich einer Definition der Konzepte *Dialekt* und *Hoch-* bzw. *Standardsprache* in der Fachliteratur Uneinigkeit (vgl. Moosmüller 1987: 28). Die *Standardsprache* wird alltagssprachlich als *Hochsprache* bzw. *Hochdeutsch* bezeichnet. Diese Bezeichnungen sind linguistisch umstritten, da sie Superioritätsideologien reflektieren (vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 9) und zudem *Hochdeutsch* in anderen Bereich der Linguistik (etwa in der Historiolinguistik oder der Dialektforschung) weitere Bedeutungen hat. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe *Standardsprache* oder synonym dazu *Standardvarietät* verwendet.

In der Literatur finden sich unterschiedliche Definitionen des Konzepts der Standardsprache. Bei den meisten Autor*innen wird sie als Sprachform beschrieben, die in Wörterbüchern und anderen Kodizes festgeschrieben wurde (vgl. Spitzmüller 2022: 57) und in der Öffentlichkeit und regionsübergreifend verwendet wird (vgl. Ebner 2008: 7). Wichtig zu beachten ist, dass die Standardsprache aber nicht nur auf schriftliche Kontexte beschränkt ist, sondern auch mündlich verwendet wird und – wie alles Sprachliche – ständig im Wandel begriffen ist (vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 42). Heutzutage wird die Standardvarietät innerhalb der Linguistik nicht mehr als normativ festgelegte Sprachform angesehen, sondern als eine Form des Deutschen, die in formellen Kontexten regionsübergreifend verwendet wird. Demnach gibt es nicht nur eine einzige gültige, sondern mehrere deutsche Standardvarietäten. (Vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 11). So findet sich für jedes politische bzw. nationalstaatliche „Zentrum“, in dem Deutsch gesprochen wird, eine eigene Standardvarietät, also für Deutschland, Österreich und die Schweiz (vgl. Spitzmüller 2022: 57). Daneben gilt Deutsch auch in Liechtenstein, in Teilen Belgiens und Italiens sowie in Luxemburg als Amtssprache (vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 73). Allerdings sind die entsprechenden Standardvarietäten nicht trennscharf an die politischen Grenzen gebunden und treten auch innerhalb des jeweiligen Landes in verschiedenen Ausprägungen auf (vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 85). In der aktuellen soziolinguistischen Forschung wird darauf hingewiesen, dass traditionelle Modelle der *Plurizentrität*, die von klar abgegrenzten nationalen Standardvarietäten ausgehen, unter den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen an ihre Grenzen stoßen. Veränderungen wie die europäische Integration, digitale Kommunikationsformen sowie die Transformation der Länder des deutschsprachigen Raumes zu Migrationsgesellschaften stellen die Vorstellung klar abgegrenzter Standardvarietäten infrage. (Vgl. Glauninger 2015: 49). Wie bei jeder Sprachform findet auch in der Standardsprache Variation, sowohl im Laufe der Zeit als auch zwischen verschiedenen Sprecher*innen und Kontexten, statt (vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 36). Rössler (2019: 408) schreibt diesbezüglich, dass ein Bewusstsein über diese Variabilität der Standardsprache bei Lai*innen kaum gegeben ist. In der (Sprach-)Wissenschaft wird allerdings davon ausgegangen, „dass Homogenität hinsichtlich der standardsprachlichen Norm ein Konstrukt ist.“ (Rössler 2019: 408). Die Vorstellung, dass es sich bei der Standardsprache um eine homogene Sprachform handelt, die sich nicht verändert, wird als *Homogenitätsideologie* bezeichnet. Sowohl in der Vergangenheit als auch heute finden sich verschiedenste Bewertungen der Standardvarietäten. Eine weitere dieser Sprachideologien, die in sprach(en)politischen Diskussionen immer wieder zum Vorschein kommt, ist die grundlegende *Standardsprachenideologie*, also die Vorstellung, dass es eine (verpflichtende) Standardsprache für jede Sprecher*innengruppe geben sollte, die vor

allem im Bildungskontext vermittelt wird. (Vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 29–30). Eine weitere, weit verbreitete Ideologie unter Lai*innen ist die Sonderstellung des bundesdeutschen Standards, der aus dieser Sicht als Norm gilt, von der die anderen Varietäten abweichen (vgl. Dürscheid & Schneider 2019: 24).

Auch für das Konzept *Dialekt* finden sich verschiedene Definitionen. Häufig werden Dialekte als Sprachformen, die in kleineren begrenzten Gebieten gesprochen werden, begriffen (vgl. Ebner 2008: 8). In der vorliegenden Arbeit wird unter *Dialekt*, wie bereits in den Erläuterungen zur variationistischen Soziolinguistik erwähnt wurde, die primär auf Basis der diatopischen Dimension der Variation konzipierte Sprachform verstanden. Dabei wird aber gleichzeitig berücksichtigt, dass auch diastratische und diaphasische Variation in Dialekten zum Ausdruck kommt (vgl. Spitzmüller 2022: 143). Mit Blick auf den gesamtdeutschen Sprachraum teilt Wiesinger die Dialekte in Hoch- und Niederdeutsch ein (vgl. Wiesinger 1983: 820). In Österreich finden sich zwei Formen *hochdeutscher*¹ Dialekte, konkret das Alemannische in Vorarlberg und einem kleinen Teil Tirols (vgl. Wiesinger 1983: 826) und das Bairische in den übrigen Bundesländern (vgl. Wiesinger 1983: 836). Das Bairische kann weiter in Mittel- und Südbairisch sowie ein Übergangsgebiet aufgegliedert werden (vgl. Wiesinger 1983, Karte 47.4). Demnach wird Mittelbairisch in Wien², Niederösterreich, Oberösterreich, dem nördlichen Burgenland und einem Teil Salzburgs sowie in kleinen Teilen der nördlichen Steiermark gesprochen. Das Übergangsgebiet betrifft die Bundesländer Steiermark, das südliche Burgenland, Teile Salzburgs und den nordöstlichen Teil Nordtirols. Südbairische Dialekte werden in der südwestlichen Steiermark, in Kärnten, Ost- und Nordtirol gesprochen. (Vgl. Lenz 2019: 319). Da sich die Standardvarietät meist an der Hauptstadt eines Landes orientiert, handelt es sich bei dem österreichischen (Standard-)Deutsch um eine Varietät auf mittelbairischer Grundlage (vgl. Moosmüller 2007: 17).

In den bairischen Dialekten wurde die zweite Lautverschiebung vollständig durchgeführt (s. Fußnote 1). Zudem wird in der Literatur erwähnt, dass beide in Österreich gängigen Dialektgruppen „mhd. *ie*, *üe* und *uo* als fallende Diphthonge“ (Christen, Ender & Kehrein 2020: 89 [Hervorhebung im Original]) beibehalten haben und häufig *dass* bei subordinierten Sätzen eingefügt wird. Zudem werden „bei Relativsätzen [...] häufig Relativpartikeln hinzugefügt“ (Christen, Ender & Kehrein 2020: 90). Als charakteristisch für die bairischen Dialekte gilt die

¹ Man beachte im Anschluss an das weiter oben Ausgeführte, dass sich in der (insbesondere traditionellen) Dialektforschung der Begriff *Hochdeutsch* auf jene Dialekte (!) bezieht, die (zumindest teilweise) Merkmale der so genannten *Zweiten (hochdeutschen) Lautverschiebung* aufweisen (vgl. Warnke 2016).

² Wobei zu bedenken ist, dass der Dialekt als Alltagssprachliches Kommunikationsmedium in der Metropole Wien bereits seit Generationen kontinuierlich abgebaut wird (vgl. Glauninger 2010: 189).

„a-Verdumpfung als Resultat der Hebung der mittelhochdeutschen Vokale *a* und *â* zu /ɔ/ [...] und die Senkung des mhd. *ä*-Umlautes zu /a/ [...]. Ebenfalls relativ einheitlich wurde mhd. *ei* zu /ɔɐ/, /a:/ oder phonetisch ähnlichen Formen weiterentwickelt“ (Christen, Ender & Kehrein 2020: 89–90 [Hervorhebung im Original]). Zudem gibt es zwei verschiedene (und zunehmend archaische) Formen für die zweite Person Plural des Personalpronomens: „/e:s/ (Nom.), /ɛŋ/ oder /ɛŋk/ für Dat./Akk.“ (Christen, Ender & Kehrein 2020: 90) und analog dazu die „Flexionsform des Verbs in der 2. Person Plural mit /-s/ bzw. /-ts/“ (Christen, Ender & Kehrein 2020: 90). In Bezug auf das Mittelbairische lassen sich weitere historische Lautveränderungen finden: „/l/-Vokalisierung [...], Konsonantenschwächungen in Form von Lenisierung von /p/, /t/ und /k/ [...] oder Spirantisierung von /b/“ (Christen, Ender & Kehrein 2020: 90 [Hervorhebung im Original]). Das bedeutet, dass /l/ zu einem Vokal und /b/ zu einem Frikativ wird und stimmlose Plosive weicher ausgesprochen werden (vgl. Christen, Ender & Kehrein 2020: 90).

Alltagssprachlich werden *Standardsprache* und *Dialekt* als Gegensätze verstanden (vgl. Ebner 2008: 7). Zum Verhältnis dieser beiden Sprachformen finden sich in der Fachliteratur allerdings differenziertere Ansätze. Das alltagssprachliche Verständnis findet zwar mutatis mutandis in manchen Theorien Einzug, in denen *Dialekt* und *Standard* als zwei gegensätzliche Sprachformen begriffen werden. Während die Standardform kodifiziert sei und überregional verwendet werde, sei die Dialektform örtlich begrenzt und habe keine kodifizierte Norm. (Vgl. Löffler 2005: 18). Andere Modellierungen gehen jedoch von einem fließenden Übergang, einem *Dialekt-Standard-Kontinuum*, aus. Hier werden *Standard* und *Dialekt* nicht als abgegrenzte und voneinander unabhängige Konzepte verstanden, sondern als fließend ineinander übergehende Sprachformen. Demnach finden sich verschiedene Zwischenstufen, wie z. B. die *Umgangssprache*. (Vgl. Soukup 2009: 35). Dieses Modell entspreche eher der Realität, da es den individuellen Sprachgebräuchen gerechter werde (vgl. Löffler 2005: 21), was sich auch in einschlägigen Studien zeigt. Empirische Untersuchungen um die Jahrtausendwende kamen zu dem Ergebnis, dass nur ungefähr zehn Prozent aller Österreicher*innen gemäß Selbsteinschätzung hauptsächlich Standarddeutsch verwenden und sich 50 Prozent als dialektkompetent hinsichtlich dem bairischen Dialekt einschätzen. Daraus lässt sich schließen, dass ein großer Teil der Befragten, die übrigen 40 Prozent, ihren Sprachgebrauch am Spektrum zwischen Dialekt und Standard ansiedeln würden. (Vgl. Christen, Ender & Kehrein 2020: 99). Tendenziell lässt sich sagen, dass die Anzahl an Dialektsprecher*innen steigt, je weiter man sich in den ländlichen Bereich bzw. in Richtung kleinerer Städte begibt. Dem alemannischen Dialekt kommt dabei eine Sonderstellung in Österreich zu, da diesem vonseiten der Alemannisch-Sprecher*innen hohes Prestige zugeschrieben wird, was sich in dessen Verwendung zeigt. Alemannisch in

Vorarlberg wird in verschiedenen Situationen des Alltags konsequent verwendet, während sich Dialektsprecher*innen des Mittelbairischen an den Kontext und ihr Gegenüber anpassen und dann häufiger auf Standarddeutsch oder eine Umgangssprache zurückgreifen. (Vgl. Christen, Ender & Kehrein 2020: 102–103). Das zeigt sich auch in der Sprachwahl hinsichtlich des Umgangs mit Kindern. Während im alemannischen Sprachraum ebendieser Dialekt in fast allen Familien auch in der Kommunikation mit Kindern verwendet wird, greift diesbezüglich fast die Hälfte der Bairisch-Sprecher*innen in Österreich nicht auf ihren Dialekt sondern die Umgangssprache zurück. Die Standardsprache wird in beiden Dialekträumen kaum – durchgehend – als Erziehungssprache verwendet (vgl. Christen, Ender & Kehrein 2020: 104), dürfte aber (zumindest intendiert) in Form des „mit (Klein-)Kindern *schön* Sprechens“ durchaus eine Rolle spielen (vgl. Glauninger 2012: 89–90; Lenz 2019: 339–340).

Neben dem österreichischen Deutsch, also der Standardvarietät in Österreich, spielen auch die anderen Dimensionen der Variation des Deutschen in der vorliegenden Masterarbeit eine Rolle. Die Bezeichnung *Deutsch in Österreich* bezieht sich auf alle Ebenen der Variation und schließt somit auch die diastratische und diaphasische Ebene mit ein: „(Standard-)Deutsch in Österreich ist mehr als österreichisches (Standard-)Deutsch.“ (Glauninger 2015: 14 [Hervorhebung im Original]). Bei *Deutsch in Österreich* geht es also um „alle sprachlichen Ausprägungen der deutschen Sprache in Österreich“ (Ebner 2008: 9; vgl. auch www.dioe.at).

In diesem Kapitel sollte gezeigt werden, dass die in Bezug auf das Deutsche intralinguale Variabilität innerhalb Österreichs stark ausgeprägt ist und sich in sämtlichen Sprachgebräuchen zeigt, nicht nur im Dialekt, sondern auch innerhalb der Standardvarietät. Wichtig für den Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Masterarbeit ist zudem die Annahme, dass sich die Verwendung von Deutsch in Österreich von jener in anderen deutschsprachigen Regionen unterscheidet. Denn nur vor dem Hintergrund tatsächlicher sprachlicher Spezifika von Kindern in Österreich kann weiter überlegt werden, weshalb sich bei der Anwendung (bundesdeutsch-)standardsprachlich ausgerichteter logopädischer Diagnostikverfahren Probleme ergeben könnten.

2.3 Spracherwerb

In der logopädischen Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung wird eine Einschätzung über die Sprachentwicklung einer Person auf Basis bestimmter Verfahren bzw. anhand entsprechender Materialien getroffen. Ausgehend von dieser Einschätzung der Sprachentwicklung wird im weiteren Verlauf eine Diagnose gestellt. Fällt das Testergebnis jedoch unauffällig aus und zeigt eine physiologische, also altersgemäße sprachliche Entwicklung, besteht kein Therapiebedarf.

Bohnert-Kraus und Kehrein (2020a: 5–6) schreiben, dass für eine solche Diagnostiksituation Wissen um den Spracherwerb notwendig ist, um eine Abweichung der Norm feststellen zu können. In der Literatur finden sich einige Forschungsergebnisse zum Erwerb der Standardsprache. Der Erwerb von anderen Varietäten wurde bisher allerdings kaum näher beleuchtet. Daher ziehen Bohnert-Kraus und Kehrein folgenden Schluss:

So lange nicht bekannt ist, wann welche Struktur erworben sein sollte, kann streng genommen auch keine Einschätzung über eine Abweichung vom regelhaften Erwerb festgestellt werden, da unklar ist, ob die Meilensteine der standardsprachlichen Entwicklung für andere Varietäten übernommen werden können. (Bohnert-Kraus & Kehrein 2020a: 5–6)

Es kann also festgehalten werden, dass das Wissen um den Spracherwerb notwendig ist, um eine Störung desselben diagnostizieren zu können. Da es in Hinblick auf Nonstandard-Varietäten kaum Forschung zu einer normgerechten Entwicklung gibt, ist fraglich, inwiefern hier in der Diagnostik gültige Schlüsse gezogen werden können.

Zunächst stellt sich die Frage, welcher Form des Spracherwerbs der Varietätenerwerb zuzuordnen ist. Es handelt sich, wie erläutert wurde, um den Kontext der ‚inneren‘ Mehrsprachigkeit. Inwiefern der Erwerb derselben ähnlich zu jenem der ‚äußeren‘ Mehrsprachigkeit oder doch eher zu jenem der Monolingualität abläuft, bleibt offen. Dieser Frage könnte man sich mit Untersuchungen zu Auswirkungen von ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit auf den kognitiven Apparat des Menschen („das Gehirn“) nähern. Aktuelle Studien beziehen sich dabei hauptsächlich auf den Erwerb zweier verschiedener (Einzel-)Sprachen (vgl. Chilla 2020: 125). Diesbezüglich wurde beispielsweise in einer Studie gezeigt, dass Zweisprachigkeit im Kindesalter mit Vorteilen in der exekutiven Kontrolle, also der Steuerung relevanter kognitiver Prozesse einhergeht. Kyriakos Antoniou et al. führten eine Studie mit Kindern durch, die mit zypriotischem Griechisch und Standard-Neugriechisch aufwachsen. Bei diesen Sprachformen handelt es sich um zwei eng verwandte, aber auf allen Ebenen unterscheidbare Varietäten. Auch bei diesen typologisch ähnlichen Varietäten konnten die bisherigen Ergebnisse aus der Forschung bestätigt werden. Die Studie kam zu dem Schluss, dass jene Kinder, die mit beiden Varietäten aufwuchsen, signifikante Vorteile gegenüber einsprachigen Gleichaltrigen in allen Bereichen der exekutiven Kontrolle zeigten. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass bereits eine minimale typologische Distanz zwischen zwei Varietäten ausreicht, um positive Effekte auf das Gehirn, insbesondere die exekutive Kontrolle, feststellen zu können. (Vgl. Antoniou et al. 2016: 18). Das könnte darauf hinweisen, dass beim Gebrauch unterschiedlicher Varietäten ein und derselben Sprache im Gehirn ähnliche kognitive Verarbeitungsprozesse angestoßen werden, wie bei der Verwendung verschiedener Sprachen. Für die Verarbeitungsprozesse im Gehirn scheint es bei typologisch verschiedenen Sprachformen jedweder Art zu ähnlichen Mechanismen zu

kommen, unabhängig davon, ob es sich um zwei verschiedene Sprachen oder zwei Varietäten derselben Sprache handelt. Angemerkt sei hier, dass, wie bereits erwähnt wurde, die Definition, ab wann es sich um eine Varietät oder Sprache handelt, von vielen außersprachlichen Faktoren abhängt. Wenn also unterschiedliche Varietäten im Alltag aktiv gebraucht werden, könnte dies ähnliche kognitive Anforderungen an das Gehirn stellen wie der Umgang mit verschiedenen Einzelsprachen. In der Folge ließe sich vermuten, dass auch grundlegende Mechanismen des kindlichen Erwerbs zweier Varietäten einerseits und zweier Sprachen andererseits ähnlich sein könnten. Diese Vermutungen hinsichtlich der Gemeinsamkeiten im Spracherwerb von ‚äußerer‘ und ‚innerer‘ Mehrsprachigkeit bleiben allerdings Spekulationen, da der entsprechende Varietätenerwerb, wie bereits erwähnt wurde, bisher als überwiegend unerforscht gilt (vgl. Katerbow 2013: 3).

Als wesentlicher Motivator für den Spracherwerb gilt die Natur des Menschen als soziales Wesen, das nach Interaktion mit anderen strebt. Um also in den Austausch mit anderen treten zu können, wofür Sprache ein wesentliches Mittel ist, wird der Spracherwerbsprozess angestoßen. (Vgl. Ehlert 2021: 31). Damit die Sprachentwicklung überhaupt erst möglich wird, sind einige Voraussetzungen organischer, sensorischer, motorischer, kognitiver und sozialer Natur nötig. In Bezug auf die organischen Voraussetzungen ist zunächst das Gehirn zu nennen. Hier findet die Sprachsteuerung und -verarbeitung statt. Bei den meisten Menschen verlagert sich das Areal, das wesentliche Mechanismen der Sprache steuert, ab dem vierten Lebensjahr auf die linke Hemisphäre. (Vgl. Kannengieser 2009: 11–12). Neben den sprachspezifischen Arealen ist auch das Arbeitsgedächtnis als Teil der exekutiven Kontrolle wesentlich für den Spracherwerb, da es bestimmt, wieviel Kapazität für die Verarbeitung des Inputs und die Produktion des Outputs vorhanden ist (vgl. Ehlert 2021: 34).³ Weiters spielt das Ohr eine große Rolle bei der lautsprachlichen Entwicklung. Während das Gehör bereits bei der Geburt vollständig entwickelt ist, dauert dies bei der Hörbahn, die die Verbindung zum Gehirn darstellt, bis zur Pubertät. Die Ausreifung wird dabei maßgeblich vom sprachlichen Input bestimmt. (Vgl. Kannengieser 2009: 13). Abschließend sind aus dem Bereich der organischen Voraussetzungen die Sprechorgane zu nennen. Hierzu zählen alle an der Sprachproduktion beteiligten Strukturen, wie unter anderem die Lippen und die Zunge, Uvula und Glottis sowie die Hohlräume des Ansatzrohrs und die Stimmlippen inklusive der beteiligten Muskulatur. (Vgl. Kannengieser 2009: 14, 34). Auch die Sensorik trägt maßgeblich zur Sprachentwicklung bei. Hier geht es vor allem darum, die eigene Sprache sowie das Sprechen und jenes des Gegenübers wahrzunehmen.

³ Es sei angemerkt, dass die Konzeption und Terminologie der Erforschung des menschlichen kognitiven Systems erkennbar stark von einer Maschinen- (genauer: Computer-)Metaphorik geprägt ist (vgl. Rescorla 2024).

Zudem ist es eine Voraussetzung der Sprachrezeption, den Wunsch zu entwickeln, Inhalte ausdrücken zu wollen. Um dazu zu kommen, müssen zunächst Erfahrungen gemacht werden, für die Wahrnehmung unerlässlich ist. (Vgl. Kannengieser 2009: 16). Auch die Aufmerksamkeit spielt dabei eine grundlegende Rolle. Nur wenn die Umwelt erlebt werden kann, ist sprachliches Lernen möglich. Umgekehrt entwickelt sich die Aufmerksamkeitsfähigkeit durch den Spracherwerb weiter, indem gezielt auf ein Objekt oder eine Person geachtet wird. (Vgl. Ehlert 2021: 33). Zu den motorischen Voraussetzungen zählt die Koordination der Muskulatur, die für die Sprachproduktion, sei es laut- oder gebärdensprachlich, nötig ist (vgl. Kannengieser 2009: 22). Im Bereich der Kognition ist zunächst die Entwicklung der Objektpermanenz nötig. Im Alter von acht Monaten erkennen Babys, dass Objekte, auch wenn sie nicht im Sichtfeld liegen, weiterhin bestehen. Diese Erkenntnis ist eine Grundvoraussetzung für den Spracherwerb, da so ermöglicht wird, über Dinge zu sprechen, die sich nicht auf das unmittelbare Umfeld beziehen. Hiermit wird zudem der Grundstein für die Entwicklung des Ichs gelegt. Babys erkennen ungefähr im Alter von neun Monaten den Unterschied zwischen sich selbst und anderen Menschen. Dadurch wird die sogenannte *joint attention*, also die geteilte Aufmerksamkeit auf etwas, möglich, die zum Triangulieren führt. Das Triangulieren bezeichnet die sogenannte *Dreiecksbeziehung* zwischen einem Objekt, einer Bezugsperson und dem Baby, wodurch Wortschatzerwerb möglich wird. Zudem wird die sogenannte Symbolfunktion erworben und erkannt, dass Silben und Wörter als Symbole für Objekte und Ideen stehen. Diese kognitiven Prozesse werden in der weiteren Entwicklung spezialisiert. (Vgl. Kannengieser 2009: 23–24). Zuletzt ist die soziale Interaktion als Voraussetzung für den Spracherwerb zu nennen. Hierbei spielen die Bezugspersonen, mit denen das Kind interagiert, eine große Rolle. Wichtig ist hier einerseits die Häufigkeit des Inputs und andererseits dessen Qualität. (Vgl. Ehlert 2021: 37–38). Unabhängig von verschiedenen Einzelsprachen wurde festgestellt, dass die Bezugspersonen ihren eigenen Sprachgebrauch im Umgang mit Babys und Kindern entsprechend anpassen, vor allem hinsichtlich Körpersprache, Prosodie, Satzmelodie, Betonung und Inhalt (vgl. Kannengieser 2009: 30). All diese Faktoren bilden zusammen den Rahmen, durch den und in dem Sprachentwicklung möglich wird. Sie beeinflussen sich gegenseitig und tragen zu einem gelingenden Lernprozess bei. (Vgl. Ehlert 2021: 57–58).

Die Sonderpädagogin und Logopädin Hanna Ehlert weist in ihrem Buch „Dynamic Assessment“ (2021) auf den Einfluss verschiedener außersprachlicher Faktoren in der Sprachentwicklung hin. Insbesondere die genetische Veranlagung und das Umfeld des Kindes mit den Bezugspersonen, Einflüssen aus der Gesellschaft und der kulturellen Umgebung haben Auswirkungen auf den Lernprozess. Nach dieser sogenannten *Emergenzperspektive* handelt es sich bei

dem Spracherwerb um ein komplexes Zusammenwirken all dieser Faktoren. Deshalb sollten sie auch in der Forschung ihre Berücksichtigung finden. Ehlerst geht davon aus, dass die grundlegenden Prozesse der Sprachentwicklung bei ein- und mehrsprachigen Kindern prinzipiell gleich angelegt sind. Die genauen Entwicklungsverläufe variieren aber je nach Einzelsprache. Hier können bestimmte Dynamiken entstehen, die sich aus der Zusammensetzung der Einzelsprachen ergeben und den Spracherwerb beeinflussen. Zudem kommt es, wie in jedem Lernprozess, auch beim Spracherwerb je nach Person zu unterschiedlichen Verläufen. (Vgl. Ehlerst 2021: 27–28).

Nachdem nun ein allgemeiner Überblick über die Voraussetzungen des Spracherwerbs gegeben wurde, folgt im Anschluss im ersten Unterkapitel eine Darstellung des einsprachigen Erstspracherwerbs der deutschen Standardvarietät. Dabei werden zentrale Erkenntnisse zum kindlichen Spracherwerb anhand der Fachliteratur skizziert, um zu zeigen, auf welchen Annahmen die Diagnostikverfahren beruhen. Anschließend wird der Mehrspracherwerb kurz thematisiert, da, wie erwähnt wurde, unklar bleibt, inwiefern sich Erkenntnisse aus diesem Forschungsbereich auf den Erwerb von Varietäten abseits des Standards übertragen lassen und wie dieser theoretisch zu verorten ist. Diesbezügliche aktuelle Forschungserkenntnisse werden abschließend aufgezeigt.

2.3.1 Einsprachiger Erstspracherwerb der bundesdeutschen Standardvarietät

Die Entwicklung der Sprachproduktion beginnt unmittelbar nach der Geburt mit dem ersten Schrei. Während das Schreien zunächst dem Ausdruck wesentlicher Bedürfnisse dient, nimmt es bereits ab dem vierten Tag lautliche Muster der Zielsprache an. (Vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 15). Mit Ende des zweiten Lebensmonat handelt es sich bei den produzierten Lauten nicht mehr nur um Gurr-laute, sondern um gezielt hervorgebrachte Laute, bei denen die gesamte Anatomie des Stimmapparats ausprobiert wird. Der Kehlkopf senkt sich ab und der gesamte Mundraum wächst, wodurch mehr Platz entsteht, der exploriert wird. In dieser ersten vorsprachlichen Lallphase werden daher auch Laute produziert, die in der Zielsprache nicht vorkommen. Durch die zunehmende Beweglichkeit der Zunge werden immer gezieltere Laute möglich, die sich in der zweiten vorsprachlichen Lallphase zeigen. (Vgl. Kannengieser 2009: 50–51). Diese wird als *kanonisches Lallen* bezeichnet und gilt als wichtiger Meilenstein in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres. Dabei werden Konsonanten und Vokale miteinander verbunden und in der darauffolgenden Phase des *reduplizierenden Lallens* verdoppelt. Ab dem zehnten Lebensmonat werden immer häufiger jene Laute verwendet, die auch in der Zielsprache auftreten. Das Gehörte der Sprachen der engen Bezugspersonen wird zunehmend imitiert.

Dadurch gehen jene Laute, die in der Zielsprache keine Rolle spielen, aus dem Lautinventar verloren. (Vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 16). Zwischen dem zehnten und vierzehnten Monat folgen erste (Proto-)Wörter (vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 19). Das Vokabular wächst stets an und Wörter werden als Einheiten mit Bedeutung begriffen (vgl. Ehlert 2021: 53). Zwischen dem ersten und zweiten Geburtstag erweitert sich daher der Wortschatz in raschem Tempo auf bis zu 600 Wörter, wobei die genaue Anzahl in der Literatur unterschiedlich bestimmt wird. In diesem Lebensabschnitt werden auch erste sozio-pragmatische Begriffe und Fragen verwendet. (Vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 34).

In Bezug auf die Entwicklung der Grammatik, vor allem hinsichtlich der rezeptiven Kompetenzen, finden sich in der Literatur viele verschiedene Ansätze, die den Erwerb unterschiedlich definieren (vgl. Kannengieser 2009: 149). Im Alter von zwei Jahren werden erste Wörter miteinander kombiniert, wodurch sogenannte *Zweiwortäußerungen* entstehen. Diesen Meilenstein erwähnen die meisten Autor*innen, unabhängig von der dahinterliegenden Theorie. Zudem werden in dieser Entwicklungsstufe bereits Verben flektiert. (Vgl. Kannengieser 2009: 150). Wichtig ist dabei zu beachten, dass frühe sprachliche Äußerungen zunächst auf häufig gehörten Wörtern und festen Wortverbindungen basieren, die aus dem Input übernommen werden. Im weiteren Verlauf wird dieser Input nicht mehr nur kopiert, sondern auf der Grundlage bereits erworbener Strukturen verarbeitet und mit dem vorhandenen Wissen über sprachliche Konstruktionen verbunden. Auf diese Weise lernen Kinder, grammatische Strukturen zu bilden, die sie zuvor nicht direkt gehört haben. (Vgl. Ehlert 2021: 52). In diesem Alter tritt daher auch häufig das Phänomen der Übergeneralisierung auf, bei dem z. B. die gängigsten Pluralendungen auf alle Wörter angewendet werden. Im dritten und vierten Lebensjahr folgt der Erwerb grammatischer Strukturen und morphosyntaktischer Regeln. Hier werden unter anderem die Verbzweitstellung und Subjekt-Verb-Kongruenz erlernt, Adjektive verwendet und die Pluralbildung wird korrigiert. Zudem erfolgt die Verwendung von *Ich* anstelle der dritten Person. Der Wortschatz wächst weiter an und das Sprechen über Dinge, die außerhalb des Sichtfeldes liegen, wird möglich. Bis zum Ende des fünften Lebensjahres werden viele Neologismen gebildet und der Erwerb des Kasussystems wird abgeschlossen. Der Wortschatz umfasst nun bis zu 6000 Wörter. (Vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 34).

Bezüglich der Entwicklung des Sprachverständnisses wird davon ausgegangen, dass Kinder bereits ab der Geburt Sprache als solche erkennen können und ab dem ersten halben Jahr auf die Laute der Erstsprache besonders reagieren. Eine kompetente Unterscheidung zwischen Lauten der Erst- und anderen Sprachen ist ab dem neunten Monat gegeben. Ab diesem Alter werden auch Wort- und Phrasengrenzen erkannt, wodurch das Verständnis erster sprachlicher

Handlungen im Kontext möglich wird. Ab dem ersten Geburtstag können einzelne Wörter verstanden werden. In der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres werden einzelne Äußerungen mithilfe der sogenannten *Schlüsselwortstrategie* erschlossen. Dabei wird die Aufmerksamkeit auf ein spezielles Wort gelegt, das zur Interpretation der restlichen Äußerung verwendet wird. (Vgl. Kannengieser 2009: 297–298). Bis zum dritten Geburtstag wird es dem Kind auch möglich, sprachliche Äußerungen, die sich auf unbekannte Situationen beziehen, zu verstehen. Das Verständnis bezieht sich dabei auf syntaktisch einfache Sätze mit einem Objekt. Zudem können ab dieser Entwicklungsstufe eigene Erfahrungen mit dem Gehörten in Verbindung gebracht werden. Bis zum vierten Lebensjahr wird die sogenannte *Wortreihenfolgestrategie* angewendet. Äußerungen werden also in der Reihenfolge der Wörter nach dem Schema Subjekt-Objekt-Verb interpretiert, unabhängig von den jeweiligen grammatischen Fällen. Diese Strategie weitet sich im Verlauf der Entwicklung auf die *Äußerungsreihenfolgestrategie* aus, bei der die Reihenfolge der unterschiedlichen Sätze für die Interpretation ausschlaggebend ist. Das Verstehen komplexerer Strukturen mit verschiedenen Satzarten wird im fünften bis sechsten Lebensjahr erlernt. Parallel zu diesen Entwicklungen des Sprachverständnisses erfolgt, wie bereits erwähnt wurde, die Erweiterung des Wortschatzes, die ein breiteres Verständnis für komplexe Strukturen, Sätze, Geschichten und Inhalte ermöglicht. (Vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 21–22). Wenngleich der Prozess des Erlernens der Sprache auch nach der Einschulung weitergeht, wurden bei einer physiologischen einsprachigen Entwicklung bis zu diesem Zeitpunkt die zentralen Meilensteine bewältigt (vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 38).

2.3.2 Mehrspracherwerb

Da, wie zu Beginn des Kapitels 2.3 erwähnt wurde, offen ist, welchem Spracherwerbstyp der Erwerb von Varietäten abseits des Standards zuzuordnen ist, wird nun kurz auf wesentliche Erkenntnisse des Mehrspracherwerbs eingegangen.

In der Fachliteratur wird zwischen dem simultanen und sukzessiven Mehrspracherwerb unterschieden. Beim simultanen Spracherwerb werden zwei oder mehr Sprachen von Geburt an parallel erlernt und regelmäßig im Alltag verwendet. Ein*e Sprecher*in, die in einem solchen Spracherwerbsszenario aufwächst, hat demnach zwei verschiedene L1. Beim sukzessiven Mehrspracherwerb wird zunächst eine Erstsprache erlernt, zu der im Laufe der Kindheit eine zweite Sprache hinzukommt, z. B. bei Eintritt in eine Betreuungseinrichtung. Das Ergebnis dieses Erwerbstyps sind eine L1 und eine L2. Ab dem Alter von ungefähr drei Jahren wird von einem sukzessiven Mehrspracherwerb gesprochen. Tritt die zweite Sprache vor diesem Zeitpunkt hinzu, handelt es sich um einen simultanen Spracherwerb. (Vgl. Paradis, Genesee &

Crago 2021: 22). In Österreich ist ungefähr die Hälfte aller Kinder in Vorschulen zwei- oder mehrsprachig. Insgesamt sprechen in Tageseinrichtung zirka 25 Prozent der Kinder mehrere Sprachen. (Vgl. Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 488–489).

Im Verlauf des Spracherwerbs wird nach dem Linguisten Jim Cummins von der sogenannten *Common Underlying Proficiency (CUP)* ausgegangen. Nach diesem Prinzip werden die verschiedenen Sprachen einer mehrsprachigen Person nicht getrennt im Gehirn gespeichert, sondern basieren auf einer gemeinsamen Grundlage. Diese gemeinsame sprachliche Basis setzt sich aus kognitiven Prozessen, metasprachlichen Fähigkeiten und semantischen Konzepten zusammen. (Vgl. Cummins 1981: 8–9, 23–25). Dieses Prinzip postuliert, dass sich die verschiedenen Sprachen im Lernprozess gegenseitig beeinflussen und ergänzen können. Wird ein grammatikalisches Prinzip in einer Sprache erlernt, kann es auf die andere übertragen werden. Bei mehrsprachigen Kindern finden also dieselben Lernmechanismen wie bei einsprachigen statt, mit dem Unterschied, dass eine Wechselwirkung zwischen den Sprachen auftreten kann. (Vgl. Ehlert 2021: 55). Dieses Phänomen wird als *cross-linguistic-influence* bezeichnet. Durch die gegenseitige Beeinflussung der Sprachen können sich Sprachfehler ergeben, die bei monolingualen Kindern nicht auftreten. Diese Unterschiede sind allerdings nicht ausreichend erforscht. Ein Phänomen, das tatsächlich nur bei mehrsprachigen Kindern auftritt, ist das sogenannte *code-mixing*, bei dem die erlernten Sprachen miteinander vermischt werden. (Vgl. Hua & Wei 2005: 176). In Studien aus dem amerikanischen Raum zeigte sich, dass mehrsprachige Kinder die Meilensteine der Sprachentwicklung zum Teil in einer anderen Reihenfolge oder zu anderen Zeitpunkten erreichen als einsprachige Kinder (vgl. Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 489). Zudem dauert die Phase, in der Kinder sensibel für Laute aus allen Sprachen sind, beim Erwerb mehrerer Sprachen länger (vgl. Ehlert 2021: 55).

Insgesamt kann gesagt werden, dass in der Literatur zum Mehrspracherwerb keine Einigkeit hinsichtlich genauer Mechanismen herrscht. Dies liegt unter anderem daran, dass es bei diesem Spracherwerb zu einem hohen Maß an Individualität kommt, was das Ableiten genereller Aussagen erschwert (vgl. Lautenschläger et al. 2023: 106). Hinsichtlich einiger Einzelsprachen ist der einsprachige Spracherwerb zudem linguistisch nicht detailliert geklärt, weswegen auch die in der entsprechenden Mehrsprachigkeitssituation auftretenden Mechanismen nicht weiter erforscht werden können (vgl. Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 490). Unabhängig davon lässt sich allerdings festhalten, dass jegliche Form des Spracherwerbs als komplexer Prozess zu verstehen ist, bei dem es nicht nur darum geht, starre Regeln zu erlernen, sondern vor allem darum, ebendiese Regeln flexibel je nach Kontext anpassen und einsetzen zu können (vgl. Roberts 2005: 154).

2.3.3 Varietätenerwerb

Nach dem Überblick über die allgemeine respektive ein- und mehrsprachige Sprachentwicklung wird nun der Fokus auf den Erwerb von Nonstandard-Varietäten gelegt. Die Forderung, auch Sprachformen abseits des Standards in der Spracherwerbsforschung zu berücksichtigen, wurde bereits 1880 formuliert (vgl. Katerbow 2013: 4). Dennoch finden sich bis heute kaum Studien und Forschungsergebnisse dazu. Der Linguist Matthias Katerbow hat in seiner Publikation „Spracherwerb und Sprachvariation“ wesentliche Erkenntnisse diesbezüglich zusammengefasst und erweitert. Unter *Variation* in der Spracherwerbsforschung fallen laut Katerbow vier verschiedene Aspekte: Einerseits die individuellen Unterschiede in Hinblick auf die phonologische Realisierung von Wörtern, gerade im frühen Spracherwerb. (Vgl. Katerbow 2013: 69). Andererseits bezeichnet *Variation* die Individualität in der physiologischen Sprachentwicklung von Kindern. Außerdem bezieht sich Katerbow auf Spezifika des Spracherwerbs selbst, nämlich „die Entwicklung pragmatischer und stilistischer Kompetenz“ (Katerbow 2013: 69). Abschließend wird mit *Variation* die sprachliche Anpassung der Eltern, wenn sie mit ihren (Klein-)Kindern reden, die sogenannte *child directed speech*, bezeichnet (vgl. Katerbow 2013: 69).

Die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Varietäten kompetent wechseln zu können, je nachdem, was im Kontext angemessen erscheint, bezeichnet Katerbow als *Variationskompetenz* (vgl. Katerbow 2013: 89). Ein kompetenter Sprachgebrauch ist nur dann möglich, wenn diese Fähigkeit erlernt wurde. Sie wird von den Bezugspersonen implizit in gleichem Maß wie Grammatik und andere sprachliche Regeln an Kinder weitergegeben. (Vgl. Roberts 2005: 154). Der *Variationskompetenz* geht die *Varietätenkompetenz* voraus, also die Beherrschung verschiedener Varietäten (vgl. Katerbow 2013: 180). Katerbow beschreibt drei verschiedene Grundtypen des Varietäten- und Variationserwerbs. Typ 1 bezeichnet er als *horizontalen Sprach- oder Varietätenerwerb*. Hierbei sind Erwerbssituationen gemeint, in denen zwei verschiedene Sprachformen erlernt werden. Es lassen sich drei Untertypen unterscheiden: Einerseits kann sich diese Kategorie auf zwei verschiedene Einzelsprachen beziehen, was in den Bereich des bilingualen Spracherwerbs fällt. Die beiden Sprachformen können aber auch zwei verschiedene Varietäten – etwas Dialekte oder Regiolekte – einer Sprache sein. (Vgl. Katerbow 2013: 96). Als Typ 2 wird der *Vertikale Varietätenerwerb* beschrieben. Damit meint Katerbow all jene Situationen, in denen zwei Varietäten erworben werden, denen ein unterschiedlicher Stellenwert innerhalb einer Gesellschaft zukommt, oder die in verschiedenen Situationen, medialen Kontexten oder mit unterschiedlichen Personen gesprochen werden. Dazu zählt als Untertyp die diglossische Erwerbssituation wie sie in dem deutschsprachigen Teil der Schweiz auftritt, wo in der Regel

zunächst der Dialekt und erst dann die Standardsprache erworben wird. (Vgl. Katerbow 2013: 97–98). Aufgrund dieses zeitlichen Ablaufs wird in der Literatur davon ausgegangen, dass der Erwerb der Standardvarietät, der meist mit Schuleintritt beginnt,⁴ auf dem Dialekt aufbaut (vgl. Katerbow 2013: 106). Zu diesem Subtyp und insbesondere den Varietäten des Schweizerdeutschen finden sich die meisten Untersuchungen im Bereich des Varietätenerwerbs, während die anderen Typen kaum behandelt werden (vgl. Katerbow 2013: 105). Typ 3 bezeichnet Katerbow als *vertikalen Sprechlagenerwerb*. Damit ist jene Erwerbssituation gemeint, in der verschiedene *Sprechlagen*⁵ und eben nicht unterschiedliche Varietäten erlernt werden. Dazu zählt einerseits die Verwendung von regional geprägten Sprechlagen durch Bezugspersonen oder das Aufwachsen in einem Umfeld, das sowohl schriftlich als auch mündlich standardnah geprägt ist. Dieser Untertyp lässt sich demzufolge häufig in Städten beobachten. Auch jene Erwerbssituationen, in denen ein Kind in einem Umfeld ohne eindeutig identifizierbare Varietäten aufwächst und dementsprechend die Sprachkompetenz zwischen Standard- und Regionalsprache liegt, werden dem Typ 3 zugeordnet. (Vgl. Katerbow 2013: 98).

Katerbow beschreibt wesentliche Faktoren für die Entwicklung der Variations- und Varietätenkompetenz. Hierzu zählen das Alter und individuelle kognitive Faktoren des Kindes sowie Umweltfaktoren. Wichtig ist auch hier der Input, den das Kind erhält, also welche Sprachen/Varietäten in der Umgebung und von den Bezugspersonen gesprochen werden. (Vgl. Katerbow 2013: 156). Die sprachliche *Primärsozialisation* findet im familiären Umfeld statt, also mit den engsten primären Bezugspersonen, während sich die sprachliche *Sekundärsozialisation* auf alle weiteren wichtigen Personen in der Umgebung eines Kindes bezieht. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl Personen aus der Primär- als auch der Sekundärsozialisation einen wesentlichen Einfluss auf die Sprachentwicklung haben. (Vgl. Katerbow 2013: 159). Welche der beiden Sozialisationssituationen den größeren Einfluss hat, ist nicht abschließend geklärt (vgl. Katerbow 2013: 166–167). Je diverser die Kommunikationssituationen werden, an denen ein Kind teilnimmt, desto mehr kommt es mit unterschiedlichen Sprachformen in

⁴ Dieses Postulat ist zu präzisieren. De facto kommen – insbesondere heutzutage – auch überwiegend im Dialekt primärsozialisierte Kinder über Medien unterschiedlichster Art und im Rahmen der Kommunikation mit ihren erwachsenen Bezugspersonen, die mit ihnen zumindest phasenweise *schön* (vor-)sprechen bzw. ihnen standardsprachlich vorlesen, mit dem Standard in Kontakt. Dies gilt umso mehr für Kinder, die vor dem Schuleintritt einen Kindergarten besuchen. Mehr dazu folgt im Fließtext weiter unten.

⁵ Im Rahmen der ‚Sprachdynamik‘-Theorie werden unter *Sprechlagen* gruppenspezifische sprachliche Konventionen verstanden, die sich in fortlaufenden Anpassungsprozessen zwischen Sprecher*innen innerhalb bestimmter Kommunikationssituationen herausbilden. Personen innerhalb von Gruppen gleichen dabei ihren Sprachgebrauch aneinander an, sodass bestimmte sprachliche Varianten regelmäßig gemeinsam auftreten und sich ein geteilter situativer Sprachgebrauch entwickelt, der als *Sprechlage* bezeichnet wird. (Vgl. Schmidt & Herrgen 2011: 51–52).

Kontakt, was ebenfalls einen wichtigen Teil zum Erwerb von Varietäten beiträgt (vgl. Katerbow 2013: 492).

Katerbow skizziert den kindlichen Varietätenerwerb folgendermaßen: Im Spracherwerb werden verschiedene Konzepte von Begriffen erworben, die unabhängig von der Inputsprache abgespeichert werden. Er weitet das Prinzip der CUP also auf Varietäten aus. Ein Kind, das von einer Standardvarietät umgeben ist, speichert die erworbenen Konzepte ebenso ab, wie ein Kind, das mit einer dialektalen Varietät aufwächst. Der Unterschied besteht darin, welches konkrete lautliche Zeichen mit dem Konzept vernetzt wird. Die genaue Verknüpfung hängt von dem Input ab, der Ablauf der Speicherung verläuft dabei sprachunabhängig. Basierend auf diesen gespeicherten Konzepten bilden Kinder ihre ersten Wörter in der Varietät, von der sie umgeben sind. Sobald Kinder in einer Betreuungseinrichtung untergebracht werden und damit weitere Bezugspersonen in das Umfeld hinzukommen, wird der Input durch mehrere Varietäten erweitert. Je nachdem in welcher Varietät ein Kind primärsozialisiert wurde, kann die hier gehörte Varietät von der erlernten abweichen. Handelt es sich um eine typologisch ähnliche Varietät, führt es zu einer Verbesserung der Wahrnehmung von Feinheiten und damit einhergehend zu einer Erweiterung bestehender Kategorien. Weicht die hinzukommende Varietät jedoch stark von der ersten gelernten Varietät ab, werden weitere Kompetenzen und Kategorien erlernt, um auch in der neuen Situation das Sprachverständnis aufrechtzuerhalten. So kann sich neben einer bestehenden Kompetenz eine weitere rezeptive Varietätenkompetenz entwickeln, die sich über die Zeit hinweg zu einer produktiven Kompetenz erweitert. Mit der Einschulung und dem damit verbundenen Erlernen des Schreibens wird die Standardvarietät gefestigt. (Vgl. Katerbow 2013: 188–190).

Neben dieser theoretischen Untersuchung von Katerbow widmen sich die Germanistinnen Irmtraud Kaiser und Gudrun Kasberger der angewandten Perspektive in Österreich in ihrem Text „Zum Erwerb von Variationskompetenz im Deutschen im österreichisch-bairischen Kontext“ (2020). Ihr Ziel war es, den Variations- und Varietätenerwerb für den angegebenen Dialektraum näher zu beschreiben, auch um Erkenntnisse für die Anwendung in der Logopädie zu gewinnen. (Vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 159). Als Ziel für den Varietäten- und Variationserwerb beschreiben sie dabei drei Komponenten: die rezeptive Kompetenz, also das Erkennen von Varietäten und Variation, die perzeptive Kompetenz, also die Erschließung der passenden Verwendung von Varietäten im Kontext, sowie schließlich durch die Verbindung der ersten beiden Kompetenzen die „produktive Seite der Variationskompetenz“ (Kaiser & Kasberger 2020: 161). Zur rezeptiven Kompetenz fassen sie aus den Ergebnissen der Forschungsliteratur zusammen, dass Babys mit drei bis acht Monaten „den eigenen Dialekt von anderen L1-

Dialekten unterscheiden“ (Kaiser & Kasberger 2020: 162) können. Für die Untersuchung der Diskriminationsfähigkeit führten Kaiser und Kasberger (2020: 168) eine Studie mit über 100 Kindern mit der Erstsprache Deutsch in Salzburg und Oberösterreich durch. Dabei stellten sie fest, dass Kinder im Kindergartenalter bereits zwischen Dialekt und Standard unterscheiden können und sich diese Fähigkeit im Laufe der Zeit weiterentwickelt, insbesondere mit Schuleintritt und dem damit verbundenen Schriftspracherwerb. In der Schule werden neue Erfahrungen mit der Standardvarietät gemacht, die zu einem besseren Verständnis des Dialekt-Standard-Kontinuums beitragen. (Vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 171–172). In einer weiteren Studie untersuchten sie die einschlägigen produktiven Fähigkeiten bei Kindern, die monolingual mit der Erstsprache Deutsch aufwuchsen (vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 175). Dabei stellten sie fest, dass sich Kinder bereits im Alter von drei Jahren an ihrem Gegenüber hinsichtlich ihrer Sprachwahl (Standardvarietät oder Dialekt) orientieren. Dies betrifft auch jene Kinder, die überwiegend mit Dialekt aufwuchsen und sich bei einem*r Standardsprecher*in an diese*n anpassten. (Vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 180–182). Auch in dieser Untersuchung wird der Einfluss des Inputs in der Sprachentwicklung hervorgehoben. Für den Erwerb der Standardvarietät spielen dabei Bücher und insbesondere das Vorlesen eine große Rolle. (Vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 189). Die Autorinnen schlussfolgern, dass die Entwicklung der ‚inneren‘ Mehrsprachigkeit vor allem zwischen sieben und acht Jahren, generell aber zwischen drei und zehn Jahren vorangetrieben wird (vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 186). Im Zusammenhang damit betonen sie: „Der Erwerb der Standardsprache ist für ein primär dialektsprechendes Kind eine echte, längere Erwerbsaufgabe und sollte auch als solche kommuniziert werden – nicht als Schwierigkeit, aber als Sprache, die sich das Kind aneignet und trainiert.“ (Kaiser & Kasberger 2020: 187). Dem sollten sich Logopäd*innen bewusst sein, da es deren Aufgabe ist, eine Störung der Sprache oder des Sprechens von Auffälligkeiten, die aus der spezifischen Erwerbssituation eines Kindes resultieren, zu unterscheiden (vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 187).

Wie in der Einleitung vorliegender Arbeit zum Forschungsstand bereits erwähnt wurde, zeigt sich also, dass der Nonstandard-Varietätenerwerb trotz einzelner Forschungsarbeiten bislang nur unzureichend untersucht wurde und dementsprechend grundlegende Fragen offenbleiben. Zwei wesentliche Werke, Katerbows Überlegungen zum Varietätenerwerb sowie die Studie von Kaiser und Kasberger hinsichtlich des Erwerbs der Variationskompetenz, wurden in diesem Unterkapitel vorgestellt. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern hinsichtlich des Variations-/Varietätenerwerbs Parallelen zum ein- als auch mehrsprachigen Spracherwerb bestehen. Zudem zeigen die Forschungsergebnisse, dass sich die Entwicklungsverläufe abhängig von den jeweils erworbenen Varietäten unterscheiden. Insbesondere wird deutlich, dass Kinder, die

zunächst mit einer Form des Dialekts aufwachsen, bei der Aneignung der Standardvarietät eine Erwerbssituation durchlaufen, die im schulischen wie logopädischen Kontext auch als solche anerkannt werden sollte. Es fehlen jedoch weitere empirische Untersuchungen, um die konkreten Entwicklungsverläufe und Meilensteine des Varietätenerwerbs zu beschreiben. Vor dem Hintergrund dieser Wissenslücke und den bisherigen Ergebnissen, die auf eine besondere Komplexität des Varietätenerwerbs hindeuten, eröffnet sich das Problemfeld der vorliegenden Masterarbeit. Es wurde nun gezeigt, dass einerseits eine empirisch fundierte Grundlage fehlt, um Entwicklungsverläufe des Varietätenerwerbs darzustellen und damit zwischen physiologischen und pathologischen Verläufen zu unterscheiden. Andererseits deuten die vorhandenen Forschungsergebnisse darauf hin, dass Kinder, die mehrere Varietäten erwerben, Mechanismen nutzen, die sich zumindest teilweise vom standardsprachlichen Erstspracherwerb unterscheiden und Parallelen zum mehrsprachigen Erwerb aufweisen könnten. Wenn nun logopädische Diagnostikverfahren auf Modellen des Standardspracherwerbs beruhen, entsteht ein Spannungsfeld bei der Anwendung auf Kinder, deren sprachliches Umfeld durch intralinguale Variabilität geprägt ist. Inwiefern dieses Problemfeld in der Logopädie thematisiert wird, wird im Anschluss nach Ausführungen zu ebendieser Disziplin diskutiert.

2.4 Logopädie

Neben der Linguistik verortet sich die vorliegende Masterarbeit im Forschungskontext der Logopädie und insbesondere der spezifischen Sprachentwicklungsstörung. Bevor auf diese näher eingegangen wird, wird zunächst in die Logopädie als Profession und Wissenschaft kurz eingeführt.

Die Bezeichnung *Logopädie* wurde in Österreich 1913 von Emil Fröschels, Facharzt für Sprach- und Stimmheilkunde, geprägt, der die Entwicklung der Disziplin maßgeblich beeinflusste. Durch diese Begriffsbestimmung wurde der Grundstein für das Bestehen als eigene Disziplin gelegt, indem diese von den medizinischen Bereichen der Sprach- und Stimmheilkunde, also der Phoniatrie, getrennt wurde. 1924 fand in Wien der erste Kongress für Logopädie und Phoniatrie statt. (Vgl. Muhr, Jarmer & Jungwirth 2013: 19). Bei diesem wurde die „Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie“ gegründet, die Vorläuferorganisation der „International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)“. Diese ist heute als „International Association of Communication Sciences and Disorders“ bekannt und vereint Wissenschaftler*innen aus verschiedenen Disziplinen der Auseinandersetzung mit der Sprache, Stimme, Kommunikation, dem Hören und Schlucken. (Vgl. IALP 2025).

Logopäd*innen sind Teil der medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Berufe). Es handelt sich also um eine geschützte Berufsbezeichnung, die ausschließlich durch eine gesetzlich vorgegebene Ausbildung an einer Fachhochschule erworben werden kann (vgl. §3, §42 MTDG). Die Forderung nach einem einheitlichen akademischen Bildungsweg wurde bereits 1926 geäußert. Erst 1961 wurde aber die Ausbildung schließlich gesetzlich verankert. Daraufhin wurden in Österreich Schulen errichtet, die 1992 in Akademien umstrukturiert wurden. Der Lehrgang dauerte von da an, wie auch heute noch, drei Jahre. 2005 wurde die Lehre auf Fachhochschulen verlegt, wodurch bis heute Logopädie als Studium mit einem Bachelor of Science abgeschlossen wird. (Vgl. Muhr, Jarmer & Jungwirth 2013: 19–20).

Im „Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz)“ wird das Berufsbild der Logopädie folgendermaßen definiert: „Der Beruf der Logopädin / des Logopäden umfasst logopädische und audiometrische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Verbesserung und Wiedererlangung der Nahrungsaufnahme, des Schluckens und der individuellen Kommunikationsfähigkeit.“ (§13 Absatz 1 MTDG). In den Tätigkeitsbereich der Logopäd*innen fallen also verschiedene Störungsbilder. Hier sind zunächst Sprachstörungen zu nennen, die auf den verschiedenen systemlinguistischen Ebenen auftreten können. Die spezifische Sprachentwicklungsstörung wäre hier einzuordnen. Zudem zählen Aphasien, also Störungen der Sprachrezeption oder -produktion vor allem in Folge eines Schlaganfalls, oder Schwierigkeiten beim Lesen bzw. Schreiben zu diesem Behandlungsfeld der Logopädie. Auch Sprechstörungen fallen in den Tätigkeitsbereich von Logopäd*innen. Hierzu zählen vor allem Störungen im Bereich der Aussprache, die hauptsächlich bei Kindern auftreten. Ein weiteres Handlungsfeld stellen Stimmstörungen dar. Diese können sowohl aufgrund organischer oder funktioneller Ursachen als auch post-operativ z. B. bei Laryngektomien entstehen und in jedem Alter auftreten. Im MTD-Gesetz wird auch das Schlucken als Phänomen des Tätigkeitsbereichs erwähnt. Somit befassen sich Logopäd*innen auch mit Schluckstörungen, die sowohl mit Essstörungen als auch mit organischen oder neurologischen Grunderkrankungen einhergehen können. Abschließend sind Redeflussstörungen zu nennen, zu denen Stottern und Poltern gezählt werden. (Vgl. Haid, Feil & Reising 2020: 16–21). Die nun genannten Störungsbilder können auf ärztliche Anordnung hin therapiert werden. Ohne ärztliche Verordnung ist lediglich die Arbeit im präventiven Bereich erlaubt. (Vgl. §14 Absatz 1–2 MTDG). Logopäd*innen sind der Verschwiegenheit verpflichtet (vgl. §36 MTDG) und müssen während des gesamten logopädischen Prozesses das Wohl der Patient*innen in den Vordergrund rücken (vgl. §32 Absatz 1 MTDG). Logopäd*innen können entweder freiberuflich in einer eigenen Praxis oder im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses, wie z. B. in einem

Krankenhaus, tätig sein (vgl. §28 MTDG). Generell gilt, dass der Wissensstand immer aktuell gehalten werden muss, damit die neuesten Erkenntnisse aus der Forschung in die Therapie Einzug finden, was durch die Fortbildungspflicht gesetzlich geregelt ist (vgl. §38 MTDG).

Neben der Einordnung der Logopädie als Profession wurde diese Disziplin 2012 in die Österreichische Systematik der Wissenschaftszweige aufgenommen (vgl. Statistik Austria 2012: 13) und damit als Wissenschaft anerkannt. Auch in dem Frascati-Handbuch der OECD findet sich die Logopädie seit 2015. Hier ist sie dem Bereich „Sprachen/Linguistik“ zugeordnet und wird folgendermaßen definiert: „Angewandte Forschung: Logopäden untersuchen, welche Zusammenhänge zwischen Sprache und Gehirn bestehen und wie der Mensch Sprachkompetenz erwirbt.“ (OECD 2018: 62). Im Vordergrund steht also der Bereich Sprache, die weiteren oben genannten übrigen Kompetenzen werden in dieser Definition nicht berücksichtigt. Die Anerkennung der Logopädie als Wissenschaft findet auch in der aktuellen Version des MTD-Gesetzes Berücksichtigung, in dem Logopäd*innen zu „eigenständige[r] Forschung und Entwicklung sowie Generierung von fachspezifischer Evidenz und Wissensgrundlagen“ (§25 MTDG) berechtigt werden. Muhr, Jarmer und Jungwirth beschreiben die Logopädie demnach als „Fachrichtung [...], die anfangs ausschließlich von MedizinerInnen und PädagogInnen ausgeübt wurde und sich im Laufe der Jahre zu einer eigenständigen, akademischen Fachdisziplin etablierte.“ (Muhr, Jarmer & Jungwirth 2013: 19).

2.4.1 Spezifische Sprachentwicklungsstörung (SSES)

In der zehnten Auflage der International Classification of Diseases (ICD-10), die von der WHO 1992 publiziert wurde, werden Sprachentwicklungsstörungen (F.80), die häufig als SES abgekürzt werden, dem Bereich „Entwicklungsstörungen“ zugeordnet und folgendermaßen definiert:

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2026a: 236)

Es handelt sich also um Störungen des Spracherwerbs, die sich sowohl in rezeptiven als auch produktiven Einschränkungen äußern können. Als Untergruppen werden *Artikulationsstörung*, *Expressive Sprachstörung*, *Rezeptive Sprachstörung*, *Erworbene Aphasie mit Epilepsie*,

Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache sowie *Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet* angegeben (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2026a: 236–237). Da diese Definition eher offen formuliert wurde, zählen zu Sprachentwicklungsstörungen häufig auch zeitliche Verzögerungen im Spracherwerb, Störungen des Redeflusses sowie der Artikulation und Aphasien, also der Verlust der Sprache und des Sprechens in Folge von Erkrankungen oder Störungen des Sprachzentrums im Gehirn (vgl. Zorowka 2008: 875). Es geht somit um Störungen der Sprachentwicklung, die sich bereits im frühen Kindesalter zeigen und einen angemessenen Spracherwerb in den ersten fünf Lebensjahren verhindern (vgl. Kannengieser 2009: 7). In den ersten beiden Lebensjahren äußert sich eine Sprachentwicklungsstörung häufig in Form einer zeitlichen Verzögerung der produktiven und rezeptiven Fähigkeiten. Somit betrifft eine Sprachentwicklungsstörung, analog zur intralingualen Variabilität auf den verschiedenen systemlinguistischen Ebenen, alle sprachlichen Ebenen und kann sich dementsprechend unterschiedlich manifestieren. Im Bereich Phonetik-Phonologie finden sich Probleme in der Unterscheidung und Produktion einzelner Laute. Morphologisch-syntaktisch kann es zu Schwierigkeiten hinsichtlich grammatikalischer Eigenschaften von Wörtern und Sätzen kommen. Auf semantisch-lexikalischer Ebene zeigt sich eine SES in Herausforderungen bezüglich des Verstehens der Wortbedeutungen und pragmatisch-kommunikativ können Probleme im Bereich des kontextadäquaten Sprachgebrauchs auftreten. (Vgl. Zorowka 2008: 876).

Handelt es sich um eine ausschließlich die Sprache betreffende Entwicklungsstörung, ohne organische Ursachen, so spricht man von einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (vgl. Zorowka 2008: 875). Sie wird auch als *primäre Sprachstörung* bezeichnet, da sie nicht als Folge von Erkrankungen, wie z. B. Hörstörungen, auftritt und die Entwicklung in den anderen Lebensbereichen dem Alter entsprechend erfolgt. Von den primären werden die sekundären Sprachstörungen unterschieden. Bei diesen steht die Störung der Sprachentwicklung meist im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen oder Entwicklungsauffälligkeiten. (Vgl. Kannengieser 2009: 7). Eine spezifische Sprachentwicklungsstörung geht häufig mit einem „*verspäteten Sprechbeginn* (ca. 2 bis 2 ½ Jahre)“ (Grohnfeldt & Ritterfeld 2005: 19 [Hervorhebung im Original]) einher, zu dem, wie erwähnt wurde, verschiedene Symptome auf allen sprachlichen Ebenen hinzutreten können. Trotz des hohen Maßes an Individualität und Heterogenität in der Symptomatik findet sich dieses Symptom bei den meisten Betroffenen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. (Vgl. Dannenbauer 2003: 49). Als weitere Gemeinsamkeit bei Kindern mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung ist das Hervortreten des Dysgrammatismus als sogenanntes Leitsymptom zu nennen. Hierbei handelt es sich um „die

Schwierigkeit bei der Erzeugung altersgemäßer grammatischer Satzstrukturen (Syntax und Morphologie).“ (Dannenbauer 2003: 51). Wird die Störung nicht möglichst früh behandelt, kann es zu einer dauerhaften Einschränkung der Sprach- und Sprechfähigkeiten bis in das Erwachsenenalter kommen (vgl. Dannenbauer 2003: 52).

Angestoßen von der Debatte im englischen Sprachraum finden sich auch bezüglich der deutschen Bezeichnung *spezifische Sprachentwicklungsstörung* in der Forschung Diskussionen. Ein Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass sie uneinheitlich verwendet wird. Als Synonym des Begriffes *spezifische Sprachentwicklungsstörung* wird auch *umschriebene Sprachentwicklungsstörung (USES)* angeführt. (Vgl. Kauschke, Spreer & Vogt 2019: 4). Die ursprüngliche Bezeichnung *specific language impairment (SLI)* im Englischen wurde mittlerweile von *developmental language disorder (DLD)* abgelöst. Dieser neue Begriff bringt zum Ausdruck, dass es sich nicht mehr ausschließlich um eine auf die sprachliche Entwicklung bezogene Störung handeln muss. Vielmehr sind auch begleitende Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen in anderen Bereichen miteingeschlossen. (Vgl. Kauschke, Spreer & Vogt 2019: 5). *SLI* wird dennoch weiterhin verwendet, wenn sich keine sonstigen kognitiven Auffälligkeiten zeigen. Diese Diskussionen finden auch Einzug im deutschsprachigen Raum. Die Professorinnen für Logopädie Wiebke Scharff Rethfeldt und Susan Ebbels sehen den Begriff *spezifisch* als problematisch. Dieser lege nahe, dass eine klare Abgrenzung einer rein sprachlichen Störung in der Praxis möglich sei und alle anderen Einschränkungen ausgeschlossen werden können. Zudem setze er wissenschaftliche Kenntnisse darüber voraus, welche Störungen als ursächlich für eine Sprachentwicklungsstörung gelten und welche als Folge davon auftreten. Der Begriff *USES* würde also die Realität außer Acht lassen, in der eine solche Abklärung nicht möglich sei. Zudem sehen die Expertinnen durch diese strengen Ausschlusskriterien eine Gefahr der Unterversorgung. Weiters nehme eine interdisziplinäre diagnostische Abklärung, um zu dem Ergebnis zu kommen, ob es sich um eine rein sprachliche Störung handelt, viel Zeit in Anspruch, in der bereits mit der Therapie gestartet werden könnte. Aufgrund der Gefahr der Unterversorgung sowie der uneinheitlichen Verwendung stellen sie fest, dass der Begriff *USES* nicht mehr geeignet sei. Sie setzen sich für die Entwicklung alternativer Begriffe ein, bei denen nicht mehr das Ausschließen bestimmter Erkrankungen im Vordergrund steht, sondern Einschlusskriterien berücksichtigt werden. (Vgl. Scharff Rethfeldt & Ebbels 2019: 25–26). Eine einheitliche Terminologie im deutschsprachigen Raum würde auch die Zusammenarbeit im interdisziplinären Bereich sowie die Therapie und Diagnostik erleichtern (vgl. Kauschke, Spreer & Vogt 2019: 7).

Diese terminologischen Diskussionen werden auch in der aktuellen Version der ICD-11 berücksichtigt, die die ICD-10 aus dem Jahr 1992 ablöst. Die ICD-11 trat 2022 in Kraft, wurde bislang allerdings noch nicht offiziell auf Deutsch herausgegeben. Sprachentwicklungsstörungen werden unter „Neurodevelopmental Disorders“ angeführt und als *DLD* bezeichnet. Die Definition lautet folgendermaßen:

Developmental language disorder is characterised by persistent deficits in the acquisition, understanding, production or use of language (spoken or signed), that arise during the developmental period, typically during early childhood, and cause significant limitations in the individual's ability to communicate. The individual's ability to understand, produce or use language is markedly below what would be expected given the individual's age. The language deficits are not explained by another neurodevelopmental disorder or a sensory impairment or neurological condition, including the effects of brain injury or infection. (World Health Organization 2022: 6A01.2)

Neben dem terminologischen Unterschied zeigen sich zwischen den beiden Definitionen auch inhaltliche Veränderungen in der Beschreibung der Störung. Die Version des ICD-11 gibt explizit an, welche Bereiche des Spracherwerbs betroffen sein können, während die ältere Definition die beeinträchtigten Aspekte allgemeiner beschreibt. Zudem wird die Störung in der neuen Auflage dem Bereich der Neuroentwicklung zugeordnet und schließt gleichzeitig klar identifizierbare neurologische Ursachen aus. In der ICD-10 wird zwar ebenfalls ein fehlender direkter Zusammenhang mit neurologischen Störungen erwähnt, allerdings nicht in dieser expliziten Formulierung. Ein weiterer Unterschied liegt in der Beschreibung möglicher Folgen der Störung. Während die ältere Version konkrete Auswirkungen aufzählt, hält die ICD-11 die Beschreibung möglicher Konsequenzen offener. Da es noch keine offizielle deutsche Übersetzung gibt, bleibt offen, welcher Terminus hier gebraucht werden wird. Aufgrund eines fehlenden etablierten Alternativterminus im Deutschen wird in der vorliegenden Masterarbeit der Begriff (*spezifische*) *Sprachentwicklungsstörung* verwendet oder die Terminologie des zitierten Werkes übernommen. Dadurch soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es nicht um Sprachentwicklungsstörungen als Folge anderer Erkrankungen geht, sofern dies feststellbar ist. Die Ausführungen zur terminologischen Diskussion sollen allerdings gezeigt haben, dass sich in der Literatur keine einheitliche Verwendung und Abgrenzung des Begriffes SSES findet, weswegen im weiteren Verlauf auch auf die Sprachentwicklungsstörung im Allgemeinen eingegangen wird. Zudem sollte deutlich gemacht werden, dass der Begriff nicht unreflektiert bleibt, und die Kritikpunkte und Implikationen, die sich dadurch in der Praxis ergeben, mitbedacht werden müssen.

Aufgrund der verschiedenen Definitionen gibt es keine einheitlichen Zahlen hinsichtlich der Betroffenen. Schätzungen gehen davon aus, dass zirka sieben Prozent der Gesamtpopulation unter einer SES leiden. Somit handelt es sich um eine der häufigsten Entwicklungsstörungen

im Kindesalter. (Vgl. Kannengieser 2009: 7). Da Sprachentwicklungsstörungen unabhängig von der Anzahl und Art der Sprachen, die erlernt werden, vorkommen, handelt es sich bei dieser Zahl um eine Schätzung, die sich auf jede geografische Region der Welt gleichermaßen bezieht (vgl. Wei et al. 2005: 193). Unabhängig von den genauen Zahlen kann eine steigende Prävalenz über den Lauf der Jahre festgestellt werden (vgl. Zorowka 2008: 875). Bezüglich der Aufmerksamkeit innerhalb der Gesellschaft in Bezug auf Sprachentwicklungsstörungen wurden verschiedene Studien durchgeführt. Dabei wurde herausgefunden, dass in Deutschland zirka drei Viertel der Bevölkerung über dieses Krankheitsbild Bescheid wissen, was im Vergleich mit Zahlen aus Europa aus anderen Studien ein hoher Anteil ist, wenngleich weiterhin Aufklärungsbedarf besteht. (Vgl. Scherger 2023: 141).

Hinsichtlich der Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen liegt aufgrund verschiedener Studien, unter anderem mit Zwillingen als Proband*innen, die Vermutung nahe, dass eine genetische Komponente eine Rolle spielt. Untersuchungen konnten zeigen, dass eine Mutation im FOXP2-Gen, die autosomal-dominant vererbt wird, Sprachstörungen auslöst und somit zu SES in Familien führen kann. (Vgl. Zorowka 2008: 876). Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungsstörungen und psychiatrischen Erkrankungen: „Zwischen 60 und 70 % der ambulant oder stationär an kinderpsychiatrische Einrichtungen zugewiesenen Kinder weisen Sprachentwicklungsstörungen auf“ (Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 491).

Bei sekundären SES kann die Therapie darin bestehen, die ursächlichen Faktoren oder Erkrankungen der SES zu behandeln, z. B. im Fall von Hörstörungen. Ist die Ursache allerdings nicht behebbar oder identifizierbar, besteht die logopädische Therapie darin, die Sprachentwicklung des Kindes zu fördern und anzuregen. (Vgl. Zorowka 2008: 882). Verschiedene Therapiemethoden für Sprachentwicklungsstörungen werden stets (weiter)entwickelt und hinsichtlich ihrer Evidenz geprüft (vgl. Law, Roulstone & Lindsay 2014: 227). In einer Studie aus englischen Schulen konnte gezeigt werden, dass durch logopädische Interventionen die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder deutlich verbessert werden konnten (vgl. Fricke et al. 2017: 1149). Da sich bei der Hälfte aller Kinder mit einer zeitlichen Verzögerung der Sprachentwicklung eine SES entwickelt, ist es wichtig, die Therapie so früh wie möglich zu beginnen. Ziel ist es, die sprachliche Entwicklung bis zur Einschulung aufzuholen. (Vgl. Zorowka 2008: 882). Denn bei Kindern mit einer (spezifischen) Sprachentwicklungsstörung kommt es häufig zu Schwierigkeiten im schulischen Lese- und Rechtschreiberwerb (vgl. Dannenbauer 2003: 53).

Bezüglich der Implikationen auf das Sozialleben von Patient*innen wurde in einer Längzeitstudie herausgefunden, dass Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung nach eigenen Angaben und jenen der Eltern im Jugendalter weniger unabhängig sind im Vergleich zu Kindern

ohne SES (vgl. Conti-Ramsden & Durkin 2008: 79). Weitere Langzeitstudien legen nahe, dass sich Kinder mit SES im Schulalter zurückziehen und daher weniger mit anderen Kindern in Kontakt treten, was sich in einer geringeren Anzahl an Freundschaften äußert (vgl. Conti-Ramsden & Botting 2004: 157). So zeigt sich in einer Studie mit Elfjährigen, dass fast zwei Drittel der Kinder mit SES auch in Hinblick auf soziale und verhaltensbezogene Aspekte Auffälligkeiten zeigen (vgl. Conti-Ramsden & Botting 2004: 152).

In Bezug auf ‚äußere‘ Mehrsprachigkeit ist festzuhalten, dass eine Sprachentwicklungsstörung immer alle Sprachen eines Kindes betrifft. Nicht der Erwerb einzelner Sprachen, sondern der dahinterliegende Mechanismus ist beeinträchtigt. Dementsprechend sind alle Sprachen eines Kindes betroffen. Dennoch kann die SES in den unterschiedlichen Einzelsprachen verschieden zum Vorschein kommen. (Vgl. Wei et al. 2005: 204). So finden sich bezüglich der genauen Symptomatik bestimmte Muster in spezifischen Einzelsprachen, „[b]eispielsweise zeigen sprachentwicklungsgestörte Kinder, die muttersprachlich Deutsch erwerben, besondere Probleme beim Erwerb von Satzstruktur und Verbflexion“ (Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 490). Insgesamt steht das Vorkommen von Sprachentwicklungsstörungen nicht im Zusammenhang mit ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit, weswegen multilinguale Kinder in gleichem Ausmaß wie monolinguale betroffen sind (vgl. Lüke, Starke & Ritterfeld 2020: 223).

2.4.2 Diagnostikverfahren

Da Sprachentwicklungsstörungen, wie nun erläutert wurde, weitreichende Auswirkungen haben können und die Therapie daher so früh wie möglich starten sollte, stellt die Diagnostik einen wichtigen Abschnitt im logopädischen Prozess dar (vgl. Spreer 2020: 33). Mithilfe der Diagnostik sollen Abweichungen der physiologischen Entwicklung festgestellt werden, was voraussetzt, dass fundiertes Wissen über den Spracherwerb vorhanden sein muss. Dies schließt das Wissen über den Erwerb von Varietäten mit ein, da, wie bereits erwähnt wurde, davon ausgegangen wird, dass innerhalb einer Sprache je nach Kontext, Region, Herkunft etc. Variabilität auftritt. Da es allerdings wenig Forschung zum variationsspezifischen Spracherwerb gibt, ist genau dieses Wissen kaum vorhanden. Der Diagnostik liegt daher die Annahme zugrunde, dass der Spracherwerb von Nonstandard-Varietäten gleich wie jener des Standards abläuft, indem auf Standarddeutsch basierte Diagnostikverfahren für alle Kinder eingesetzt werden. (Vgl. Bohnert-Kraus & Kehrein 2020a: 4–5). Hier sei angemerkt, dass in der Literatur zwischen Norm und Standard unterschieden wird: „The norm is usually defined as the phonological, lexical, syntactic and discourse features of the standard language. The concept of a ‘standard’ in any language is a result of a number of social, political, economic and educational factors.“

(Wei et al. 2005: 194). Hier zeigt sich, dass die Bestimmung einer Standardsprache eine politische Entscheidung ist, bei der viele außersprachliche Faktoren eine Rolle spielen. So sind die Konstruktion respektive der Status einer Standardsprache mit Machtmechanismen verbunden. Die Norm bezeichnet dabei einzelne Merkmale ebendieser Standardvarietät, die bei Sprecher*innen als korrekt gelten. Durch diese Unterscheidung wird deutlich, dass Normvorstellungen wesentlich von dem dahinterliegenden Verständnis des Standards geprägt sind und berücksichtigt werden muss, dass dieses nicht ausschließlich durch sprachliche Faktoren zustande kommt. (Vgl. Wei et al. 2005: 194). Zudem ist anzumerken, dass sich Normen auch bei jedweden Varietäten abseits des Standards finden. Deren (Nicht-)Beachtung hat jedoch andere Konsequenzen als Normverstöße in der Standardsprache:

Bei Verstößen gegen die Sprachnorm der Standardvarietät sind die Sanktionen institutionell geregelt (z. B. durch Noten oder durch Versetzung), während Sprachnormverstöße in Dialekten zwar durchaus auch sanktioniert werden, allerdings ist die Sanktion nicht institutionell geregelt, sondern hochgradig situativ gebunden und implizit [...]. (Rössler 2019: 403)

Bevor im nächsten Unterkapitel auf die Rolle der sprachlichen Variation in der Diagnostik näher eingegangen wird, geht es nun zunächst darum, einen komprimierten Überblick über gängige standardisierte Diagnostikverfahren zu geben. In ihrem Überblickswerk zu Tests in Diagnostikverfahren in der Logopädie definiert Ulla Beushausen das standardisierte Testverfahren als

[...] wissenschaftliches Verfahren, das in seiner Durchführung, Auswertung und Interpretation so detailliert beschrieben ist, dass es von verschiedenen Testanwenderinnen in der gleichen Weise durchgeführt, ausgewertet und interpretiert werden kann. Es basiert auf einer theoretischen Grundlage, auf deren Basis die einzelnen Testergebnisse interpretiert werden können. (Beushausen 2007: 28)

Als Screening werden Testverfahren bezeichnet, die bei einer großen Menge an Menschen durchgeführt werden, um Krankheiten oder Auffälligkeiten bereits in einem frühen Stadium zu entdecken und einen groben Überblick zu erhalten (vgl. Beushausen 2007: 28). In Österreich findet im Rahmen der Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen kein Screening der Sprachentwicklung statt. Der Berufsverband *logopädieaustria* kritisiert diese Vorgehensweise, da eine Erhebung so früh wie möglich zielführend für eine bestmögliche Versorgung und Therapie wäre. (Vgl. Pfaller 2015: 2). Erstmalig in Kontakt mit standardisierten Testverfahren kommen Kinder in den Kindergärten. Dort werden sie hinsichtlich ihrer Sprachentwicklung beobachtet. Pädagog*innen sind in Österreich gesetzlich dazu verpflichtet, dafür die Beobachtungsbögen BESK KOMPAKT oder BESK-DaZ KOMPAKT für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache (DaZ) zu verwenden. Der Zweck dieser Erhebungen wird folgendermaßen begründet: „Übergeordnetes Ziel der Maßnahme ist die Förderung der Bildungssprache Deutsch. Diese soll den Kindern

einen leichteren Schuleinstieg durch eine individuelle Unterstützung ermöglichen.“ (Kompetenzbereich sprachliche Bildung 2026). Es geht also weniger um die sprachliche Entwicklung der Kinder hinsichtlich ihrer Erstsprachen, sondern mehr um die Erhebung der Deutschkenntnisse. Dabei werden in beiden Tests die Bereiche „*Satzbau [...]* *Wortschatz-Rezeption [...]* *Wortschatz-Produktion*“ (Rössl-Krötzl & Breit 2018: 9; 2019: 9 [Hervorhebung im Original]) beobachtet. Im BESK KOMPAKT wird auch der Bereich „*Erzählen*“ (Rössl-Krötzl & Breit 2019: 9 [Hervorhebung im Original]) evaluiert. In der Version für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache findet sich diese Kompetenz als Zusatz zu „*Wortschatz-Produktion inklusive Ansatzweises Erzählen*“ (Rössl-Krötzl & Breit 2018: 9 [Hervorhebung im Original]). Als Begründung für die Auswahl der überprüften Kompetenzen auf den angegebenen Ebenen wird in der Version für DaZ angegeben, dass es sich dabei um „die [...] **zentrale[n] Kategorien der Sprache und des Spracherwerbs**“ (Rössl-Krötzl & Breit 2018: 8 [Hervorhebung im Original]) handle. In dem Test für Kinder mit Deutsch als Erstsprache heißt es, dass diese Kategorien „als **bedeutsam für die kognitiv-sprachliche Entwicklung** gelten.“ (Rössl-Krötzl & Breit 2019: 8 [Hervorhebung im Original]). Im Rahmen der Einschulung findet das sogenannte *Schulleingangsscreening* statt. Dabei werden „Schriftsprachliche Vorläuferfähigkeiten“ (Bundesministerium Bildung 2026) überprüft, allerdings finden sich keine Angaben zu der Verwendung standardisierter Tests.

Nachdem nun erläutert wurde, mit welchen Testverfahren alle Kinder im Bildungssystem in Österreich in Kontakt treten, wird nun näher auf ausgewählte standardisierte Diagnostik in logopädischen Praxen eingegangen. Für die Untersuchung von (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen finden sich viele verschiedene Diagnostikverfahren. Es obliegt dabei den Logopäd*innen, welche gewählt werden. Die logopädische Diagnostik zeichnet sich durch das ständige Überprüfen von Hypothesen aus. Es geht dabei also nicht um einen linearen Prozess, sondern vielmehr um ein ständiges Hinterfragen und Überprüfen durch verschiedene Methoden. (Vgl. Spreer 2020: 35). Dieses Vorgehen, bei dem auf die eigene Erfahrung und wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zurückgegriffen wird, wird auch als *Clinical Reasoning* bezeichnet (vgl. Beushausen 2016: 6). Im Folgenden werden gängige standardisierte Diagnostikverfahren, orientiert an der Auswahl des Professors für Pädagogik, Markus Spreer (2020: 37–52), kurz vorgestellt.

Anhand verschiedener Fragebögen oder freier Befragung erfolgt zunächst die Anamnese der Entwicklung sowie der familiären und sozialen Hintergründe und anderer Erkrankungen des Kindes im Gespräch mit Eltern, Erziehungsberechtigten oder anderen nahestehenden Bezugspersonen (vgl. Spreer 2020: 35). Der weiteren Untersuchung geht eine Überprüfung der

Hörfunktionen voraus, um sicherzustellen, dass diesbezüglich keine organischen Einschränkungen aufzufinden sind (vgl. Spreer 2020: 38). Das spontane Sprechen des Kindes wird in Kommunikationssituationen mit den Eltern, anderen Kindern oder der*dem Logopäd*in beobachtet. Hierfür gibt es verschiedene Beobachtungsbögen, die eine strukturierte Analyse ermöglichen. (Vgl. Spreer 2020: 35–36). Für eine erste mögliche Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen werden im frühen Kindesalter, ab eineinhalb Jahren, Elternfragebögen eingesetzt. Diese beinhalten Fragen zum Wortschatz der Kinder sowohl hinsichtlich rezeptiver als auch produktiver Kompetenzen. Je nach Alter werden folgende normierte Fragebögen verwendet: *Eltern Antworten-Revision* (ELAN-R) (vgl. Bockmann & Kiese-Himmel 2012), *Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern* (ELFRA-2) (vgl. Grimm et al. 2019), *Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung* (FRAKIS(-K)) (vgl. Szagun, Stumper & Schramm 2023), *Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7* (SBE-2-KT) und *für die U7a* (SBE-3-KT) (vgl. Suchodoletz 2011).

Zu den Tests, die die Sprachentwicklung im Allgemeinen erfassen sollen, zählen die *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen* (PDSS) (vgl. Kauschke et al. 2025), der *Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten* (P-ITPA) (vgl. Esser & Wyschkon 2010), das *Screening der kindlichen Sprachentwicklung* (SCREENIKS) (Wagner 2024), der *Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 3 und 5 Jahren* (SET 3–5) (vgl. Petermann 2016) sowie *zwischen 5 und 10 Jahren* (SET 5–10) (vgl. Petermann 2018) und der *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder* (SETK 2) (vgl. Grimm 2016) sowie *für drei- bis fünfjährige Kinder* (SETK 3–5) (vgl. Grimm 2015). All diese Tests werden quantitativ ausgewertet. Für die PDSS ist auch eine qualitative Auswertung möglich. Die erwähnten Diagnostikverfahren unterscheiden sich hinsichtlich ihrer konkreten Aufgabenstellungen sowie des Alters der Kinder, für die sie geeignet sind. Gemeinsam ist ihnen, dass sie die gesamte Sprachentwicklung erfassen wollen und sich daher auf alle systemlinguistischen Ebenen beziehen. Anhand dieser Tests sollen also die Fähigkeiten in den Bereichen Phonetik und Phonologie, Morphologie, Syntax, Semantik sowie Pragmatik überblicksartig evaluiert werden. (Vgl. Spreer 2020: 39–40). Eine Studie aus dem Jahr 2012 beschäftigte sich damit, ob die Testergebnisse des SETK 3–5 mit jenen des klinischen Urteils der Logopäd*innen übereinstimmen und somit für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen geeignet sind. Die Stichprobe bestand aus 201 Kindern bei denen teilweise auch organische Erkrankungen wie Probleme des Gehörs vorlagen. Für die Diagnosestellung im Rahmen des klinischen Urteils wurden neben dem SETK 3–5 auch weitere Verfahren eingesetzt. (Vgl. Keilmann, Moein & Schöler 2012:

63–65). Ziel der Studie war es, die Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen des SETK 3–5 und der klinischen Urteile herauszufinden:

Bei Annahme eines validen klinischen Urteils erweist sich damit der SETK 3–5 insofern für die Einzelfalldiagnostik nur als bedingt geeignet, als die Vorhersage einer Sprachentwicklungsstörung nicht zuverlässig gelingt, da mehr als ein Drittel der Kinder mit einer SES nach klinischem Urteil aufgrund der Ergebnisse im SETK 3–5 als sprachlich altersgemäß diagnostiziert werden. Dies betrifft im Wesentlichen Kinder mit einer leichten und mittelgradigen SES. Kinder mit einer schweren oder schwersten SES werden durch den SETK 3–5 meist als solche erkannt. Und die nach klinischer Einschätzung sprachunauffälligen Kinder erzielen i. d. R. im SETK 3–5 und SSV ebenfalls zumindest eine durchschnittliche Leistung. (Keilmann, Moein & Schöler 2012: 70)

Aufgrund dieses Ergebnisses fordern die Autor*innen, dass standardisierte Verfahren immer nur einen Teil der Diagnostik darstellen sollen und es einer Interpretation der Ergebnisse im Einzelfall bedarf. Würde man sich nur auf den SETK 3–5 verlassen, würde bei einigen Kindern ein altersgemäßer physiologischer Spracherwerb festgestellt werden, die allerdings Förder- oder Therapiebedarf hätten. Als mögliche Erklärung für dieses Ergebnis wird angegeben, dass sich der SETK 3–5, wie bereits erwähnt, auf einen Überblick über die Sprachentwicklung und nicht auf die einzelnen Ebenen bezieht. So wird der Bereich der Phonologie in diesem Test nicht berücksichtigt. (Vgl. Keilmann, Moein & Schöler 2012: 70).

Neben den nun vorgestellten Tests, die einen Überblick über die Sprachentwicklung erlauben, gibt es in Folge spezifischere Tests, die sich genauer mit den einzelnen sprachlichen Ebenen befassen. Im Bereich der Aussprache ist als normiertes Verfahren die *Psycholinguistische Analyse kindlicher Aussprachestörungen* (PLAKSS-II) (vgl. Fox-Boyer 2014) zu erwähnen. Bei diesem Verfahren werden dem Kind Bilder vorgelegt, die es benennen soll. Auf diese Art wird die Aussprache des Kindes analysiert. Dabei wird explizit darauf hingewiesen, dass eine dialektale Färbung nicht als Fehler zu betrachten sei. Für Österreich und die Schweiz gibt es eigene adaptierte Versionen. (Vgl. Spreer 2020: 41–42). Zur Überprüfung der morphologisch-syntaktischen Kompetenzen werden die *Evozierte Sprachdiagnose grammatischer Fähigkeiten; Grammatiktest für vier- bis achtjährige Kinder* (ESGRAF 4–8) (vgl. Motsch & Rietz 2023) sowie der *Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses* (TROG-D) (vgl. Fox-Boyer 2023) als normierte Verfahren verwendet. Beide Tests werden sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet (vgl. Spreer 2020: 44–45). Überprüft werden hier, je nach Altersbereich mit unterschiedlichen Aufgaben, vor allem die „Subjekt-Verb-Kongruenz (SVK) [,] Kasusmarkierung (Dativ/Akkusativ) [,] Pluralmarkierung [,] Genusmarkierung [...] Verbzweitstellung im Hauptsatz (V2) [,] Verbendstellung im Nebensatz [...], Überwindung der Auslassung obligatorischer Satzglieder“ (Spreer 2020: 44). Im TROG-D erfolgt die Überprüfung anhand der Zuordnung eines passenden Bildes aus vier Möglichkeiten zu einem vorgegebenen Satz (vgl. Spreer 2020: 45). Im Bereich der Semantik werden sowohl die produktiven als auch rezeptiven

Kenntnisse getestet. Für die Überprüfung des aktiven Wortschatzes werden der *Aktive Wortschatztest – Revision* (AWST-R) (vgl. Kiese-Himmel 2005) sowie der *Wortschatz- und Wortfindungstest* (WWT 6–10) (vgl. Glück 2011) verwendet. Diese beziehen sich auf unterschiedliche Altersbereiche. Der AWST(-R) wird quantitativ und qualitativ, der WWT 6–10 auf eine oder beide dieser Arten ausgewertet (vgl. Spreer 2020: 47). Um den passiven Wortschatz zu untersuchen, gibt es den *Marburger Sprachverständnistest für Kinder* (MSVK) (vgl. Elben & Lohaus 2000) und den *Peabody Picture Vocabulary Test* (PPVT-4) (vgl. Dunn & Dunn 2015), die beide quantitativ ausgewertet werden (vgl. Spreer 2020: 47). Zur Untersuchung der Ebene der Pragmatik konnte in der Recherche für vorliegende Masterarbeit kein standardisiertes Verfahren gefunden werden.

Bei mehrsprachigen Kindern kommt es in der Diagnostik von (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen zu verschiedenen Herausforderungen. In manchen Studien zeigt sich, dass gewisse Ausdrücke, die bei einsprachigen Kindern auf eine SSES hindeuten würden, im bi- oder multilingualen Spracherwerb physiologisch bedingt auftreten (vgl. Ehlert 2021: 1). Mehrsprachige Kinder zeigen also bestimmte Mechanismen, die im Vergleich mit monolingualen Kindern abnorm erscheinen, tatsächlich aber systematisch auftreten und daher in diesem Kontext als physiologisch beschrieben werden können. Für eine korrekte Diagnostik ist es also unerlässlich, diese Mechanismen zu kennen, um zu differenzieren, ob es sich um eine SSES oder einen physiologischen Schritt im Spracherwerb handelt. (Vgl. Wei et al. 2005: 193). Die Anforderung an ein Diagnostikverfahren für mehrsprachige Kinder ist also, genau zwischen SSES und mehrsprachiger Sprachentwicklung unterscheiden zu können. Eine Schwierigkeit, die hier hinzutritt, sind die vielen verschiedenen individuellen Verläufe des Spracherwerbs, die sich sowohl zwischen den einzelnen Personen als auch den erworbenen Einzelsprachen unterscheiden. Die Sprachentwicklung hängt, wie bereits erwähnt wurde, maßgeblich vom Input ab und auch davon, zu welchem Zeitpunkt eine Sprache erworben wird und in welchem Ausmaß diese Verwendung findet. Lüke, Starke und Ritterfeld stellen daher fest, dass es fraglich ist, inwiefern hier überhaupt ein standardisiertes Verfahren zum Einsatz kommen könnte. (Vgl. Lüke, Starke & Ritterfeld 2020: 224). Daher schlussfolgern sie, dass die Diagnostik in Bezug auf mehrsprachige Kinder immer individuell adaptiert werden muss und dabei verschiedene Faktoren zu berücksichtigen sind. Standardisierte Verfahren können dabei durchaus eingesetzt werden, sollten allerdings mit dem Hintergrundwissen der Sprachbiografie des Kindes ausgewertet werden. (Vgl. Lüke, Starke & Ritterfeld 2020: 234). Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass eine SSES, wie bereits erwähnt wurde, bei mehrsprachigen Kindern in allen Sprachen auftritt. Daraus folgt für die Diagnostik, dass diese in allen Sprachen des Kindes durchgeführt werden

sollte, was in der Praxis nur in den wenigsten Fällen möglich ist. (Vgl. Ehlert 2021: 1). Abgesehen davon, dass häufig keine Logopäd*innen mit den passenden Einzelsprachen zur Verfügung stehen, ist selbst für L1-Sprecher*innen die Einschätzung von Kindern sehr schwierig. Wachsen Kinder mit zwei oder mehr Erstsprachen auf und sprechen diese mit Gleichaltrigen oder haben eine Migrationsgeschichte, können gewisse Varietäten entstehen, die stark von jenen der Sprecher*innen abweichen, die nicht in diesem Kontext sozialisiert wurden. Spreer beschreibt diese Schwierigkeit am Beispiel russischsprachiger Logopäd*innen in Deutschland. (Vgl. Spreer 2020: 51).

Trotz dieser beschriebenen Herausforderungen wurden für sukzessiv mehrsprachige Kinder im deutschsprachigen Raum erste Diagnostikverfahren entwickelt. Diese beziehen sich also auf jene Kinder, die Deutsch als Zweitsprache sprechen. Sie können auch von Logopäd*innen eingesetzt werden, die die Erstsprache des Kindes nicht beherrschen. Hier ist die *Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache* (LiSe-DaZ) (vgl. Schulz & Tracy 2011) zu nennen. Bei diesem normierten Verfahren werden sowohl rezeptive als auch produktive Fähigkeiten auf allen Ebenen im Überblick getestet. Die Auswertung erfolgt qualitativ und quantitativ. (Vgl. Spreer 2020: 51). Weiters gibt es das Instrument *Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern in Kindertageseinrichtungen* (sismik) (vgl. Ulich & Mayr 2025) als normiertes Testverfahren für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache. Hier wird besonders auf das sprachliche und soziale Umfeld des Kindes eingegangen (vgl. Spreer 2020: 52). Diese Diagnostikverfahren beziehen sich auf Deutsch als Zweitsprache und berücksichtigen die Erstsprache(n) daher nicht. Brigitte Eisenwort, Anna Felnhofer und Claudia Klier sprechen sich dafür aus, dass eine Sprachentwicklungsstörung nur dann diagnostiziert werden kann, wenn die Diagnostik (auch) in der/den Erstsprache(n) erfolgt. Es wird angemerkt, dass es hierfür noch kaum geeignete standardisierte Diagnostikverfahren gibt. Diesbezüglich sei insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter anderem mit der Linguistik und Psychologie wünschenswert. Zudem betonen die Autorinnen die Wichtigkeit der Erhebung der Sprachbiografie in der Anamnese. Für die Diagnostik sei es wichtig zu wissen, welche Sprachen mit wem und wie häufig gesprochen werden und wie dies in der Vergangenheit ausgesehen hat. (Vgl. Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 492–493). Bei mehrsprachigen Kindern kommt es zu einer höheren Zuweisungsrate in sonderpädagogische Bildungseinrichtungen. Die Autorinnen stellen in den Raum, dass dies mit fehlerhaften diagnostischen Zuordnungen verbunden sein könnte, da mehrsprachige Kinder teilweise überdiagnostiziert werden. (Vgl. Eisenwort, Felnhofer & Klier 2018: 489). Wird ein Kind fälschlicherweise mit einer SES diagnostiziert, weil schlichtweg das Wissen fehlt, dass es sich um einen physiologischen Prozess im Spracherwerb

mehrerer Sprachen handelt, spricht man von der sogenannten *mistaken identity*. Umgekehrt kann es auch zur sogenannten *missed identity* kommen. Hierbei geht es darum, dass vom Sprachgebrauch des Kindes auf den Mehrspracherwerb rückgeschlossen und eine SES somit übersehen wird. In diesem Fall werden Sprachdefizite fälschlicherweise als physiologisch eingestuft und der ‚äußeren‘ Mehrsprachigkeit zugeschrieben. (Vgl. Paradis 2005: 173). Diese beiden Phänomene verdeutlichen, wie wichtig umfassendes Wissen über den Spracherwerb für die Diagnose von (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen ist.

2.5 Sprachliche Variation im logopädischen Kontext

In den vorangegangenen Kapiteln wurde gezeigt, dass Sprache maßgeblich von Variation und Variabilität geprägt ist, insbesondere auch die deutsche Sprache in Österreich. Die Rolle verschiedener Nonstandard-Varietäten derselben im Erwerb wurde bislang allerdings nicht geklärt. Die Diagnostikverfahren, die in der Praxis angewendet werden, basieren auf Forschungen zum Spracherwerb der Standardsprache. In dem folgenden abschließenden Kapitel des Theorieteils geht es nun darum, wie dieses Spannungsfeld zwischen linguistischen Erkenntnissen zum Spracherwerb, der darin nur begrenzt beschriebenen Rolle der Nonstandard-Varietäten und der praktischen Anwendung von auf der (bundesdeutschen) Standardvarietät basierenden Diagnostikverfahren, in logopädischer Fachliteratur reflektiert wird.

Die Verbindung zwischen Linguistik und Logopädie wird in einigen Werken thematisiert. Dannenbauer beschreibt erstere dabei als eine der „wichtigsten Bezugswissenschaften“ (Dannenbauer 2005: 111) für letztere. In seinem Buchkapitel zum Thema „Sprachwissenschaftliche Grundlagen“ im Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie wird Variation allerdings nicht behandelt (vgl. Dannenbauer 2005). Ruth Fischer erwähnt in der Einleitung ihres Buches „Linguistik für Sprachtherapeuten“ sowohl diachronen als auch synchronen Sprachwandel folgendermaßen: „Sprachwandel und Sprachentstehung sind Gegenstand einer historisch-vergleichenden Sprachwissenschaft. [...] Im sprachtherapeutischen Alltag spielt die historische Entwicklung der Sprache keine wesentliche Rolle.“ (Fischer 2009: 15). Sprachliche Variation wird also ebenfalls nicht weiter behandelt. In ihrem Werk geht es um die Erklärung der systemlinguistischen Ebenen. Überlegungen zur intralingualen Variabilität finden sich im Rahmen der Phonetik. Hier wird kurz auf die „Umgangssprache“ und diatopische Variation hinsichtlich der Aussprache bestimmter Laute eingegangen. (Vgl. Fischer 2009: 55). Der Begriff Variation findet sich zudem in den Ausführungen zur Verteilung von Allophonen, bei denen auf die kontextabhängige sowie freie Variation eingegangen wird (vgl. Fischer 2009: 91–92). Eine

Thematisierung der Rolle der intralingualen Variabilität in der logopädischen Praxis findet sich allerdings nicht.

Vom Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband wurde 2019 ein Positionspapier herausgegeben, das sich mit den „Anforderungen an die Mundartkompetenz von Logopädinnen* im Frühbereich und Kindergartenalter“ (Haid et al. 2019) beschäftigt. Hinsichtlich des Sprachgebrauchs der Logopäd*innen selbst werden keine Vorgaben gemacht, da hier die wissenschaftliche Datenlage nicht ausreichend sei. Dennoch wird betont, dass das Wissen über regionale Varietäten für die Diagnostik und Therapie wesentlich ist. Diesbezüglich werden drei „Forderungen“ angeführt:

Die Logopädin setzt sich mit den linguistischen Besonderheiten des regionalen Dialektes auseinander (Kurse, Literatur) und kennt die Sprachsystematik des regionalen Dialekts.

Die Logopädin entscheidet, orientiert am Sprachentwicklungsstand und des Störungsbildes des Kindes, ob und wie Standardsprache oder Dialekt zielführend eingesetzt werden. Sie bietet bei Bedarf als Modell Strukturen des regionalen oder lokalen Dialekts an (z.B. bei grammatischen Störungen).

Die Logopädin versteht den regionalen Dialekt; die Beherrschung des regionalen Dialektes in der Spontansprache kann aufgrund der Datenlage nicht als obligatorisch angesehen werden. (Haid et al. 2019: 3)

In diesem Positionspapier zeigt sich, dass der Umgang mit intralingualer Variabilität in der logopädischen Praxis in der Schweiz thematisiert wird und wesentlich von der fachlichen Kompetenz der Logopäd*innen abhängt (vgl. Haid et al. 2019).

Die Herausgeberinnen des Einführungswerkes „Sprachentwicklung. Entwicklung – Diagnostik – Förderung im Kleinkind- und Vorschulalter“ weisen eingangs darauf hin, dass fraglich ist, ob es einen isolierten einsprachigen Erstspracherwerb des Deutschen überhaupt gibt, da auch in einer einsprachigen Umgebung Varietäten oder Einflüsse anderer Sprachen eine Rolle spielen. Dialekte und Lehnwörter werden hier explizit angeführt. Sowohl inter- als auch intralinguale Variabilität werden also anfangs kurz behandelt. (Vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 11). Auch Gisela Klann-Delius erwähnt in ihrem Einführungswerk zur Sprachentwicklung, dass sie sich auf monolingualen Erstspracherwerb fokussiert (vgl. Klann-Delius 2016: VII) und bezieht sich im weiteren Verlauf auch auf Variabilität im Spracherwerb. Bei ihr sind damit aber neben der interlingualen Variabilität auch individuelle Lernprozesse und Erwerbsstile, die je nach Individuum unterschiedlich ausgeprägt sind, gemeint. Letztere bezeichnet sie als *Variation*. (Vgl. Klann-Delius 2016: 45). Auch Bockmann et al. weisen auf diese Form der Individualität im Spracherwerb hin (vgl. Bockmann, Sachse & Buschmann 2020: 38). Dieselbe Auffassung von *Variation* findet sich auch bei dem bereits erwähnten Werk von Fischer (2009: 226). Bei dieser Thematisierung der *Variation* handelt es sich nach Katerbows erwähntem Verständnis um einen seiner vier angeführten Aspekte (vgl. Katerbow 2013: 69).

Auch in der aktuellen offiziellen S3-Leitlinie zur Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bezieht sich der Begriff Variation auf die Heterogenität im Verlauf des Spracherwerbs. Zudem wird mit Variation hier auch die Abwechslung der Therapiemöglichkeiten bezeichnet. (Vgl. Neumann & Kiese-Himmel 2022: 35, 41, 106, 136, 208). Zur ‚äußeren‘ Mehrsprachigkeit findet sich in der Leitlinie ein eigenes Kapitel (vgl. Neumann & Kiese-Himmel 2022: 139–153), die intralinguale Variabilität wird allerdings nicht thematisiert.

Das Buch „Dialekt und Logopädie“ (Bohnert-Kraus & Kehrein 2020b) ist das erste und nach Recherche für die vorliegende Masterarbeit bislang einzige Werk im deutschsprachigen Raum (abgesehen von Hochschulschriften und einzelnen Aufsätzen), das sich explizit mit intralingualer Variabilität im logopädischen Kontext befasst. Es besteht aus Beiträgen von Autor*innen unterschiedlicher Fachrichtungen wie Linguistik, Logopädie, aber auch Pädagogik und Psychologie. Dabei wird die diatopische Komponente in den Vordergrund gerückt. In der Einleitung erklären Bohnert-Kraus und Kehrein, dass bei der aktuellen Forschungslage keine zuverlässigen Aussagen darüber getroffen werden können, wie der Spracherwerb in Bezug auf Varietäten abseits vom Standard normalerweise verläuft. Deshalb kann auch kein Unterschied zur Norm festgestellt werden, da eine solche Norm bisher noch nicht festgelegt wurde. Sie kommen zu dem Schluss, dass nicht geklärt ist, inwiefern sich die Verwendung der erwähnten Verfahren in Bezug auf Sprecher*innen, deren kommunikative Praxis bzw. sprachliches Umfeld von intralingualer Variabilität geprägt ist, auswirken. (Vgl. Bohnert-Kraus & Kehrein 2020a: 6). Die Einbeziehung der Variation in der Diagnostik wird in einem Beitrag in „Dialekt und Logopädie“ von Spreer eingefordert: „Wenn Sprachtherapeutinnen/-therapeuten und andere Professionen, die sprachliche Fähigkeiten von Kindern einschätzen, mit Sprachvariation konfrontiert sind [...], dann muss dies im Kontext der Sprachdiagnostik unbedingt Berücksichtigung finden.“ (Spreer 2020: 35). In diesem Werk wird das Problemfeld also eröffnet und thematisiert.

In der englischsprachigen Fachliteratur finden sich im Werk „Clinical Sociolinguistics“, welches von Martin J. Ball herausgegeben wurde, viele Überlegungen zur intralingualen Variabilität in der Logopädie. Die Autor*innen stammen aus den Fachgebieten Linguistik und Logopädie. Neben der diatopischen Variation werden hier auch die diastratische und diaphasische Komponente in der Diagnostik reflektiert. Li Wei et al. setzen sich dafür ein, dass „language variation as a normal phenomenon and not as an indicator of communication disorder“ (Wei et al. 2005: 201) gesehen wird. Das Dialekt-Standard-Kontinuum sollte in das Bewusstsein gerückt werden. Zudem schreiben sie, dass jegliche Sprachstörung über die Abweichung einer Norm definiert wird. Die Norm ist dabei nicht nur hinsichtlich der diatopischen Komponente ein Konstrukt, sondern auch in Bezug auf die diastratische Variation. So werden hier

Untersuchungen zur englischen Sprache erwähnt, die verschiedene Normen in unterschiedlichen sozialen Umfeldern konstatieren, was in der Diagnostik nicht reflektiert wird. Auch die diaphasische Variation sollte laut Li Wei et al. im Kontext der logopädischen Therapie berücksichtigt werden. Da es sich hier um eine besondere Gesprächssituation handelt, wirke sich dies auf den Sprachgebrauch aus, was in der Auswertung der Testdaten miteinbezogen werden sollte. In diesem Werk wird also kritisiert, dass die verschiedenen Ebenen der intralingualen Variabilität in den Diagnostikverfahren keine Berücksichtigung finden. (Vgl. Wei et al. 2005: 201–202).

In einer Hochschulschrift befasst sich Magdalena Burtscher mit der Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen hinsichtlich des Alemannischen in der Schweiz, insbesondere mit dem TROG-D. Daraus geht ein Leitfaden hervor, in dem ausgewählte Test hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf den alemannischen Dialekt überprüft wurden. Zudem wurden Angaben hinsichtlich notwendiger einschlägiger Adaptionen für Logopäd*innen erstellt. (Vgl. Burtscher 2016). Von den zehn untersuchten Diagnostikverfahren zeigt das Ergebnis, dass bei fast allen Anpassungen notwendig sind, außer beim *Marburger Sprachverständnistest für Kinder* (MSVK) sowie beim *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder* (SETK-2). Die anderen Tests, ESGRAF-R, LiSe-DaZ, P-ITPA, PDSS, SET 5–10, SETK 3–5, TROG-D sowie TSVK müssen für alemannischsprachige Kinder stellenweise adaptiert werden. (Vgl. Burtscher 2016: 9–10). Dieser Leitfaden beschäftigt sich also mit dem vorliegend fokussierten Problemfeld und versucht Anleitungen für die Praxis zu entwickeln. Dabei wird betont, dass auch innerhalb des alemannischen Dialektgebietes verschiedene Varietäten existieren, was eine Entwicklung von standardisierten Tests erschwert. Als wichtigen Zusatz in der Diagnostik wird daher die Spontansprachanalyse erwähnt. Dabei sei wichtig, dass die Logopäd*innen fundierte Kenntnisse über die Varietät(en) des Kindes haben, um zu aussagekräftigen Diagnosen gelangen zu können. (Vgl. Burtscher 2016: 13). Dieses Hintergrundwissen sei auch in der Testauswertung zu berücksichtigen, um gegebenenfalls alternative Interpretationen als richtig gelten zu lassen, wenn es sich um ein Phänomen, das physiologisch im Zusammenhang mit der entsprechenden Varietät des Kindes auftritt, handelt (vgl. Burtscher 2016: 14). Burtscher befasst sich also mit der intralingualen Variabilität im Deutschen in der Schweiz bzw. in Vorarlberg.

Till et al. (2017) befassen sich ebenfalls mit Diagnostikverfahren in der Schweiz. In ihrer Studie „Satzverständnisseleistungen von Kindern mit und ohne SSES im TROG-D und einer schweizerdeutschen Adaptation“ erwähnen sie, dass in der Schweiz entweder standarddeutsche Tests verwendet werden oder diese „ad hoc ins Schweizerdeutsche übersetzt [werden], was in beiden Fällen mit diagnostischen Schwierigkeiten verbunden ist.“ (Till et al. 2017: 4). Der

TROG-D wurde für die Studie ausgewählt, da sich aufgrund des Bildverfahrens die Testitems gut übersetzen lassen und zudem in Umfragen herausgefunden wurde, dass dieser Test am häufigsten in der Praxis verwendet wird (vgl. Till et al. 2017: 12). Die 27 monolingualen Kinder mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung sowie die sprachlich physiologisch entwickelte Kontrollgruppe absolvierten sowohl den TROG-D als auch den TROG-CH mit einem zeitlichen Abstand von ein bis zwei Wochen (vgl. Till et al. 2017: 11–13). Wichtig zu beachten ist, dass es sich im Rahmen dieser Studie nicht um eine repräsentative Stichprobe handelte (vgl. Till et al. 2017: 16). Folgendes Ergebnis ließ sich ableiten:

Die Kinder mit SSES schneiden in beiden Testversionen vergleichbar ab [...], die Kinder ohne SSES streuen in ihren Leistungen im TROG-D stärker als im TROG-CH. Anders gesagt, auch in der Gruppe der Kinder ohne SSES gibt es solche, die Schwierigkeiten bei der Bearbeitung des standarddeutschen Tests zeigten und somit vergleichbar niedrige Ergebnisse wie die Kinder mit SSES erzielten. Besonders bemerkenswert ist, dass in der Gruppe der unauffälligen Kinder niedrigere Minimalwerte im TROG-D erreicht wurden als bei den Kindern mit SSES. Erst der Vergleich zu den Satzverständnisleistungen im TROG-CH offenbart die Fähigkeiten der unauffälligen Kinder, den sprachlichen Input weitestgehend korrekt zu verarbeiten, sodass hier ein signifikanter Unterschied ersichtlich wird. (Till et al. 2017: 15)

Daraus könnte man schließen, dass bei der Verwendung von standarddeutschen Diagnostikverfahren bei dialektsprechenden Kindern die Gefahr der *mistaken identity* besteht, wie es in der Literatur auch bei mehrsprachigen Kindern beschrieben wird (s. weiter oben). Till et al. halten allerdings fest, dass es weiteren Untersuchungen bedarf, um herauszufinden, ob die „Differenzierung zwischen sprachverständnisauffälligen und -unauffälligen Kindern“ (Till et al. 2017: 16) tatsächlich mit nicht-standardsprachlichen Diagnostikverfahren genauer durchführbar ist.

Sowohl Burtscher als auch Till et al. zeigen einen Weg, wie die diatopische Variation in der logopädischen Diagnostik Berücksichtigung finden kann: Adaptierte Testversionen für unterschiedliche geografische Gebiete. Wie bereits erwähnt wurde, gibt es z. B. für den PLAKSS-II neben der bundesdeutschen Version auch eine im österreichischen sowie schweizerdeutschen Standarddeutsch. Katerbow erwähnt zudem, dass es im amerikanischen Sprachraum den sogenannten DELV-Screening-Test gibt, der regionale Varietäten des Englischen berücksichtigt. Für die Schweiz wurde als weiteres adaptiertes Testverfahren eine regionale Variante des Heidelberger Sprachentwicklungstests für Schweizerdeutsch entwickelt. (Vgl. Katerbow 2013: 7–8).

Bereits in Kapitel 2.1.1 wurde erläutert, dass sprachliche Variation als Form ‚innerer‘ Mehrsprachigkeit verstanden werden kann. Studien aus dem Bereich der Neurobiologie legen zudem nahe, dass im Gehirn ähnliche Mechanismen bei Kindern mit ‚innerer‘ und ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit ablaufen könnten. Daran anknüpfend überträgt Spreer die Erkenntnisse hinsichtlich der Diagnostik von Kindern mit ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit auch auf die diatopische

Variation innerhalb einer Sprache. Während dafür bei den Erstgenannten Kenntnisse der Erst- oder der anderen Sprache(n) nötig seien, gelte dies auch für Dialekte. Auch hier brauche es für die Diagnostik umfassende Kenntnisse seitens der Logopäd*innen. (Vgl. Spreer 2020: 50–51). Spreer stellt fest, dass bei der aktuellen Testsituation Dialekte kaum miteinbezogen werden, wodurch die Verantwortung der Berücksichtigung der intralingualen Variabilität auf die auswertenden Logopäd*innen übertragen wird (vgl. Spreer 2020: 33).

Li Wei et al. (2005: 203) erwähnen als wesentliche Herausforderung in der Diagnostik mehrsprachiger Kinder die fehlenden Vergleichswerte. Oetting macht, bezogen auf den englischen Sprachraum, auf dasselbe Problem in Bezug auf den Umgang mit intralingualer Variation aufmerksam. Die Hypothesen, die in den Testverfahren aufgestellt werden, lassen sich nicht weiterbearbeiten, da für jene Kinder, die abseits des Standards sprechen, keine normierten Daten zum Vergleich vorliegen. (Vgl. Oetting 2005: 181).

Der Überblick über wesentliche Erkenntnisse aus der Fachliteratur sollte gezeigt haben, dass sprachliche Variation im logopädischen Kontext stellenweise berücksichtigt wird, vor allem in Werken, die in Zusammenarbeit mit Linguist*innen entstanden sind. Dennoch werden meist nur ausgewählte Aspekte in den Fokus gerückt. Bei jenen Werken, die sich explizit mit intralingualer Variabilität in der Logopädie im deutschsprachigen Raum befassen, wird nahezu ausschließlich die diatopische Dimension analysiert. Die anderen Ebenen der Variation bleiben weitgehend unberücksichtigt. Diese Schwerpunktsetzung zeigt sich auch in der Entwicklung adaptierter Versionen von standarddeutschen Diagnostikverfahren für bestimmte Länder. Bei diesem Versuch, intralinguale Variabilität abzubilden, bleiben weiterhin die kleinräumigen Dialektgebiete unberücksichtigt. Zudem existieren innerhalb einzelner Länder unterschiedliche Dialektgruppen, wie für Österreich erwähnt wurde. Eine genauere Beschäftigung mit der Thematik findet sich in der (Deutsch-)Schweiz, in der Dialekt eine gesamtgesellschaftlich große Rolle spielt, während für Österreich kaum wissenschaftliche Literatur vorliegt. Zentral ist zudem das fehlende Wissen über Mechanismen im Spracherwerb hinsichtlich sprachlicher Variation. Katerbow betont dies mehrfach und erwähnt Fehldiagnosen als mögliche Gefahr (vgl. Katerbow 2013: 7). Auch Roberts weist auf fehlendes Wissen hinsichtlich des Nonstandard-Varietätenerwerbs und die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Linguist*innen hin:

It is impossible to separate language difference from language disorder without understanding the range of normal variation as it occurs in the speech and language of typically developing children. This is not an easy task, and the information needed is far from complete; however, the interaction of speech-language pathologists and sociolinguists is of vital importance to the progress of both fields. (Roberts 2005: 163)

Zwar existieren Ansätze, die Erkenntnisse aus der Diagnostik interlingual-mehrsprachiger Kinder auf intralinguale Variabilität übertragen. Dennoch fehlen Studien, die zeigen würden, inwiefern dieses Wissen anwendbar ist. In Bezug auf die vorliegend aufgeworfenen Forschungsfragen wurde nun gezeigt, dass intralinguale Variabilität (des Deutschen) im Kontext der Logopädie in der Fachliteratur zwar vereinzelt problematisiert wird, jedoch keine umfassende, alle Ebenen betreffende, Auseinandersetzung vorliegt. In diesem Zusammenhang wurde hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage auch erläutert, dass Standarddiagnostikverfahren bei (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen diesbezüglich nur punktuell einschlägig thematisiert und reflektiert werden. Es finden sich in der Literatur vereinzelt Autor*innen, die sich damit befassen. In den Einführungs- und Überblickswerken zu den Testverfahren bleibt dies jedoch weitgehend unbeachtet. Zudem fehlt auch hier eine systematische Diskussion darüber, inwiefern diese Verfahren der sprachlichen Realität aller nicht-standardsprachlichen Kinder gerecht werden.

3 Methoden

In der vorliegenden Masterarbeit werden neben der hermeneutischen Auswertung von Fachliteratur auch Expert*inneninterviews durchgeführt. Es handelt sich somit um ein qualitatives Forschungsdesign, dessen Methoden in diesem Kapitel nun näher erläutert werden.

3.1 Qualitative Methoden

Qualitative Methoden spielen in unterschiedlichen Forschungsbereichen eine große Rolle. Die qualitative Forschung entstand im 19. Jahrhundert und wurde zunächst als Gegenentwurf zu quantitativen Methoden betrachtet. Diese strikte Trennung wurde in den letzten Jahren jedoch zunehmend aufgelöst, da nun auch kombinierte methodische Ansätze ihre Anwendung finden. (Vgl. Kallmeyer 2005: 978–979).

Qualitative Ansätze beschäftigen sich vorrangig mit dem in die „Tiefe“ gehenden Ausloten des Forschungsobjekts, wodurch vor allem *emische* Aspekte begreifbar und verständlich gemacht werden sollen:

Es sollen subjektive Wirklichkeiten und subjektive Sinnkonstruktionen und Alltagstheorien untersucht, Lebenswelten von innen heraus beschrieben, individuelle Sichtweisen und Meinungen oder Motive analysiert werden. Dies alles mit dem Ziel, diese nicht nur detailliert zu beschreiben, sondern verstehend nachvollziehen zu können. (Misoch 2019: 2)

Im Zentrum steht somit die Betrachtung des Forschungsobjekts als Ganzes, wobei „Repräsentativität [...] nicht im statistischen, sondern im inhaltlichen Sinn“ (Misoch 2019: 2) angestrebt

wird. Durch diese umfassende Auseinandersetzung soll „das Verstehen [als] zentrales Erkenntnisziel qualitativen Forschens“ (Misoch 2019: 25) erreicht werden. Entsprechend wird *Verstehen* in Misochs „neun zentrale[n] Prinzipien qualitativen Forschens“ (Misoch 2019: 25 [Hervorhebung im Original]) als erster Aspekt hervorgehoben. Es geht darum, subjektive Wirklichkeiten so zu beschreiben, dass sie auch anderen Menschen verständlich und zugänglich gemacht werden. Das zweite Prinzip wird als *Wirklichkeit als Konstruktion* bezeichnet. Misoch geht im Sinne qualitativen Forschens davon aus, dass die Realität nicht von vornherein als solche existiert, sondern von den beteiligten Personen konstruiert wird. Daraus ergibt sich, dass die Realität von jeder Person unterschiedlich wahrgenommen wird und Objektivität im klassischen Sinn hier nicht zum Tragen kommt. Vielmehr zielt die qualitative Forschung darauf ab, eben diese subjektiven Sichtweisen genauer unter die Lupe zu nehmen und anderen zugänglich zu machen. Eng damit verbunden ist das dritte Prinzip der *Subjektbezogenheit*, das den Fokus auf die Perspektiven, Einstellungen und Gedanken der (Gewährs-)Person(en) legt. Weiters gilt die *Offenheit* als wichtiger Aspekt. Diese bezieht sich sowohl auf die gewählten Methoden wie z. B. *offen* gestaltete Interviews, die Kontextadaptionen zulassen, aber auch auf die Einstellung der Forschenden, die *offen* für unerwartete Ergebnisse bleiben sollen. So können auch neue Hypothesen entstehen, die vor der Datenerhebung noch nicht antizipiert wurden. Als fünftes Prinzip hebt Misoch die Bedeutung von *Kommunikation* hervor. Der gesamte Datenerhebungsprozess wird als Kommunikationsereignis verstanden, in dem allerdings andere Regeln als in der Alltagskommunikation gelten. Einerseits handelt es sich je nach Beziehung zu den Interviewten um eine in unterschiedlichem Maß formale Gesprächssituation, in der der Verlauf durch bereits formulierte Fragen strukturiert ist. Zudem sind die Rollen der Beteiligten sowie die Themen, die besprochen werden, klar vorab definiert, weswegen der Inhalt bereits in den Grundzügen vorgegeben ist. Dabei sollten die Interviewer*innen allerdings flexibel auf ihre Gesprächspartner*innen eingehen, die vorbereiteten Fragen gegebenenfalls anpassen und Raum für zusätzlich eingebrachte Aspekte ermöglichen. (Vgl. Misoch 2019: 26–30). Weitere Prinzipien qualitativer Forschung sind die *Flexibilität* im Umgang mit der Methode sowie die *Prozessualität*. Letzteres bezieht sich darauf, dass sowohl das Forschungsvorhaben als auch die untersuchten Lebenswelten als dynamische Prozesse verstanden werden, die sich stets weiterentwickeln und konstruiert werden. Als achttes Prinzip nennt Misoch die *Reflexivität*. Diese fordert von den Forschenden, sich selbst und den eigenen Einfluss auf das Projekt kritisch zu hinterfragen, da diese als am Prozess beteiligte Personen einen wesentlichen Teil zur Datenerhebung bzw. zum Ergebnis als Ganzem beitragen. (Vgl. Misoch 2019: 32–34). Diese Ausgangssituation, in der „der Forschende selbst das eigentliche Erhebungsinstrument darstellt“

(Misoch 2019: 213), wird als Charakteristikum qualitativer Untersuchungen verstanden. Der Einfluss der Forscher*innen kommt in allen Phasen des Forschungsvorhabens zum Ausdruck. Es beginnt mit dem bereits vorhandenen Fachwissen über das Thema, erstreckt sich über die Auswahl der theoretischen Grundlagen bis hin zur Datenerhebung und nicht zuletzt zur Auswertung und Interpretation. (Vgl. Misoch 2019: 215). Als neuntes Prinzip qualitativen Forschens wird schließlich die *Explikation* genannt. Diese besagt, dass „alle Schritte innerhalb des Forschungsprozesses transparent und intersubjektiv nachvollziehbar gemacht werden müssen.“ (Misoch 2019: 34).

Neben diesen grundlegenden Prinzipien qualitativer Forschung werden auch Gütekriterien formuliert, anhand derer die Qualität der gewonnenen Erkenntnisse sichergestellt werden soll. In der einschlägigen Literatur finden sich dazu unterschiedliche Positionen und Diskussionen. Misoch (2019: 246) stellt jene Kriterien vor, die häufig angeführt werden und die sie selbst als besonders relevant erachtet. Zunächst nennt sie *Neutralität*, die an das *Objektivitätskriterium* der quantitativen Forschung angelehnt ist. Damit ist gemeint, dass der Umgang mit den Daten so neutral wie möglich ablaufen sollte. Eng damit verbunden ist das Konzept der *kontrollierten Subjektivität*, das darauf abzielt, die eigene Perspektive der Forscher*innen nicht auszublenden, sondern in den gesamten Forschungsprozess miteinzubeziehen, transparent zu machen und kritisch zu betrachten. Ein weiteres Gütekriterium stellt die sogenannte *prozedurale Reliabilität* dar, die eine nachvollziehbare und systematische Dokumentation aller einzelnen Schritte im Forschungsprozess fordert. Ergänzend dazu dient die *Intercoder-Reliabilität* der Verlässlichkeit der Auswertungsprozesse, indem die Codierungen der erhobenen Daten idealiter von unterschiedlichen Forschenden durchgeführt und anschließend verglichen werden. Darüber hinaus nennt Misoch als weitere Gütekriterien die *Triangulation*, also die Bearbeitung eines Forschungsvorhabens mit unterschiedlichen Methoden, Personen und theoretischen Grundlagen sowie die *kommunikative Validierung*. Letztere soll sicherstellen, dass der Inhalt korrekt aus den erhobenen Daten abgeleitet wurde. Dafür werden entweder die Interviewten selbst oder andere Forscher*innen miteinbezogen. Auch *Authentizität* wird als relevantes Gütekriterium angeführt. Unter *prozeduraler Validierung* wird das Vorgehen verstanden, bei dem jeder Schritt im Prozess transparent dokumentiert wird und konsistenten Regeln folgt. Eine zentrale Rolle spielt dabei die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Wie bereits erwähnt wurde, steht nicht die Objektivität im Zentrum qualitativer Forschung, sondern die reflektierte Auseinandersetzung mit Aspekten der Subjektivität sowohl hinsichtlich der Befragten als auch der Forschenden. Entscheidend ist, dass eben diese Subjektivität offengelegt wird, indem alle Schritte des Forschungsvorgehens nachvollziehbar dokumentiert werden. (Vgl. Misoch 2019: 248–256). Hinzu

ist es erforderlich, dass die Forschenden ihre eigenen Gedanken und Einstellungen im gesamten Arbeitsprozess kontinuierlich hinterfragen, um eine reflektierte Sichtweise auf ihre eigene Rolle im Prozess zu erlangen und diese in die Arbeit miteinbeziehen zu können (vgl. Misoch 2019: 258).

3.2 Qualitative Interviews

In der vorliegenden Masterarbeit wurden Expert*inneninterviews durchgeführt, die den qualitativen Interviewformen zuzuordnen sind, weshalb im Folgenden zunächst auf diese allgemein eingegangen wird. Misoch (2019) beschäftigt sich mit ebendieser Erhebungsmethode. Dabei weist sie darauf hin, dass es sich bei Interviews um eine besondere Kommunikationssituation handelt, in der die Rollen des Fragenstellens und Antwortens klar verteilt sind. Dementsprechend weicht die Kommunikation in diesem Kontext von jener des Alltags ab. (Vgl. Misoch 2019: 13). Diese Besonderheit muss mitbedacht werden, da sich der situative Rahmen auf die Antworten und Fragen der Gesprächsteilnehmer*innen auswirkt (vgl. Deppermann 2013). Je nach Ausmaß der Orientierung an vorab formulierten Fragen unterscheidet Misoch drei verschiedene Interviewformen: das *standardisierte Interview* als am strengsten strukturierte Form, *halboffene* bzw. *semi-strukturierte Interviews*, die auch in der vorliegenden Masterarbeit durchgeführt werden, und *offene/ unstrukturierte/ narrative Interviews* als relativ freie Gesprächsform, in der hauptsächlich die Befragten die Strukturierung lenken. (Vgl. Misoch 2019: 13).

Unabhängig von der genauen Wahl der Interviewform beschreibt Misoch zentrale *ethische Grundprinzipien*, die bei der Durchführung jeglicher Interviews zu beachten sind. Ein wesentlicher Aspekt ist *Respekt* im Umgang mit den Befragten, der die Grundlage für ein erfolgreiches Interview, in dem das Gegenüber seine Meinung äußern darf, bildet. Darüber hinaus besteht eine *Informationspflicht* im Rahmen derer die Befragten über das Forschungsvorhaben aufgeklärt werden müssen. Ebenso ist der vertrauliche Umgang mit den erhobenen Daten sicherzustellen, wozu auch die *Anonymisierung* der Transkripte zählt. Zudem müssen die Befragten vorab dem Interview zustimmen und über ihr *Widerrufsrecht* aufgeklärt werden. Wichtig ist auch, die Wahrung der Privatsphäre zu gewährleisten und sicherzustellen, dass die Befragten der Verwendung ihrer Aussagen ausdrücklich zustimmen. Gleichzeitig muss von Seiten der Interviewenden deutlich gemacht werden, dass vertraulich mit den Daten umgegangen wird. (Vgl. Misoch 2019: 18–20). Abschließend hebt Misoch den Schutz der Befragten als wichtigen ethischen Aspekt hervor. So darf „den Interviewten durch ihre Teilnahme an der Studie zu keinem Zeitpunkt ein physischer, psychischer, sozialer oder ökonomischer Schaden zugefügt werden“ (Misoch 2019: 20).

Die Datenerhebung mithilfe von Interviews bringt eine Reihe von Vorteilen mit sich. So können gezielt jene Inhalte erfragt werden, die für die Fragestellung der Forscher*innen relevant sind (vgl. Deppermann 2013). Zudem ermöglichen Interviews „Einsicht in sonst verschlossene Praxisbereiche“ (Deppermann 2013) und somit einen Zugang zur *emischen* Perspektive. Im Vordergrund steht die subjektive Erfahrung der Interviewten, an die man außerhalb dieses Rahmens nur schwer gelangt. Gleichzeitig ergeben sich im Umgang mit Interviews neben den erwähnten Vorteilen auch Herausforderungen. So besteht die Möglichkeit, dass Aussagen verzerrt werden, indem sich die Befragten in ihren Antworten daran orientieren, was als sozial akzeptabel gilt. Dies kann die Aussagekraft der erhobenen Daten beeinflussen. Eine weitere mögliche Verzerrung ergibt sich aus den individuellen Wahrnehmungen und Erinnerungen, auf denen die Darstellungen der Interviewten beruhen. Da vergangene Ereignisse in der Rückschau oft neu interpretiert werden, sind Unterschiede zwischen tatsächlichen Aktionen und deren nachträglicher Beschreibung nahezu folgerichtig. Weiters erwähnt Deppermann kritisch, dass bereits bei der Auswahl der Befragten in der Regel auf (eine) konkrete Kategorie(n) Bezug genommen wird, wodurch implizite Vorannahmen in den Forschungsprozess einfließen. Diese kommen auch in der Gestaltung des Leitfadens zum Ausdruck, der eng in Verbindung mit den Vorstellungen der Forschenden entsteht. (Vgl. Deppermann 2013). Deppermann weist allerdings darauf hin, dass diese Herausforderungen nicht ausschließlich als problematisch zu verstehen sind, da „die genannten Probleme des Interviews [...] produktiv Erkenntnis generierend gewendet werden können, wenn sie als mitkonstituierende Faktoren der Interviewinteraktion verstanden werden.“ (Deppermann 2013).

Die Interviewsituation ist davon geprägt, dass es sich um ein Gespräch handelt, in dem beide beteiligten Parteien sowohl sprachlich als auch nicht-sprachlich aufeinander eingehen. Die Äußerungen werden dabei an das Gegenüber angepasst und der Interaktionsverlauf gemeinsam entwickelt. (Vgl. Deppermann 2013). Deppermann (2013) hält daher fest: „InterviewInnen sind also unweigerlich MitkonstrukteurInnen des im Interview entstehenden Sinnes.“ Diese Sichtweise knüpft an das bereits beschriebene Prinzip der *Reflexivität* von Misoch (2019: 33–34) an, nach dem die Forschenden als aktiv am Prozess beteiligte Personen zu verstehen sind und einen wesentlichen Einfluss auf die Datenerhebung und Forschungsergebnisse ausüben. Die im Interview geäußerten Inhalte entstehen somit nicht unabhängig von der Situation, sondern werden im Rahmen des Gesprächs zwischen den Befragenden und Befragten gemeinsam hervorgebracht (vgl. Deppermann 2013). Somit versteht Deppermann (2013) „Interviews als soziales Handeln“, in dem sich die beteiligten Personen positionieren und einen Teil ihrer Identität zum Ausdruck bringen. Interviews sind daher nicht als neutrales Abbild der Realität zu verstehen,

sondern als interaktive soziale Prozesse, in denen die Inhalte gemeinsam situationsgebunden ausgehandelt werden. Daher plädiert Deppermann (2013) dafür, diese gemeinsame Konstruktion des Inhalts auch in der Analyse mitzubetrachten. Dies kann z. B. durch Videoaufzeichnungen gewährleistet werden, in denen alle beteiligten Personen sichtbar sind, damit auch die nicht-sprachlichen Hinweise miteinbezogen werden können. Neben diesem Idealfall findet sich jedoch auch die Auswertung von Interviews als Text, bei der der Fokus auf dem sprachlich geäußerten Inhalt liegt. Aufgrund des Rahmens vorliegender Masterarbeit werden die Interviews als Textmaterial begriffen und ausgewertet.

3.2.1 Expert*inneninterviews

In der vorliegenden Masterarbeit wurden Expert*inneninterviews als Datenerhebungsmethode gewählt. Diese stellen eine Unterform der *Leitfadeninterviews* dar, denen ein bereits vorab formulierter Leitfaden zugrunde liegt. Dieser dient dabei der inhaltlichen Gliederung des Interviews und gibt den thematischen Rahmen vor, ohne den Verlauf darüber hinaus strikt festzulegen. Aus diesem Grund werden Leitfadeninterviews den sogenannten *semi-strukturierten Erhebungsformen* zugeordnet. (Vgl. Misoch 2019: 65). Dem Leitfaden liegen insbesondere drei der bereits erwähnten Prinzipien qualitativer Forschung zugrunde: *Offenheit*, *Prozesshaftigkeit* und *Kommunikation*. Da die subjektiven Eindrücke der Befragten erhoben werden sollen, ist die thematische *Offenheit* wichtig. Auch in der Durchführung spielt *Offenheit* eine Rolle, indem die Reihenfolge der Fragen je nach Antworten angepasst werden kann. Die *Prozesshaftigkeit* bezieht sich darauf, die Konstruktion der Inhalte und Meinungen offenzulegen. *Kommunikation* gilt als Grundprinzip, da es sich dabei um das Mittel zur Datengewinnung handelt. (Vgl. Misoch 2019: 66–67).

Abgesehen von der Einordnung als Form des Leitfadeninterviews und damit semi-strukturiertes Interview findet sich keine eindeutige Definition für die Methode der Expert*inneninterviews. Alle mit diesem Begriff bezeichneten Erhebungssituationen haben allerdings gemeinsam, dass die befragten Personen in einem bestimmten Kontext als Expert*innen gelten: „Experten verfügen demnach über ein spezielles Wissen, das einen spezifischen Bereich betrifft und das nicht Teil des Allgemeinwissens ist (z. B. Teilchenphysik, Biotechnologie, Kardiologie).“ (Misoch 2019: 119). Dieses Wissen wurde meist in einem Ausbildungskontext erworben (vgl. Misoch 2019: 119).

Hinsichtlich der Auswahl der Gewährspersonen, die auch als *Sampling* bezeichnet wird, finden sich verschiedene Vorgehensweisen (vgl. Misoch 2019: 203). In der vorliegenden

Masterarbeit wurde das sogenannte *gezielte (selektive) Sampling* angewendet. Dabei werden aus einer definierten Gruppe von Expert*innen, die im besten Fall vorab in ihrer Gänze bekannt ist, gezielt einzelne Personen zum angegebenen Thema befragt. (Vgl. Misoch 2019: 208). Unabhängig von dem gewählten Samplingverfahren ist auch an dieser Stelle nochmal wichtig zu betonen, dass Repräsentativität im Sinne der quantitativen Forschung in der qualitativen nicht als Ziel gilt. Misoch (2019: 202) betont, es „muss der Begriff der Repräsentativität deshalb differenziert betrachtet werden, weil für qualitative Forschung nicht die erwähnte statistische Repräsentativität, sondern vielmehr eine inhaltliche Repräsentativität im Zentrum steht.“ Unter *inhaltlicher Repräsentativität* ist zu verstehen, dass die Stichprobe die für das Forschungsvorhaben relevanten inhaltlichen Aspekte möglichst umfassend abdeckt. Dementsprechend sollte auch die Auswahl der Gewährpersonen nach inhaltlichen und nicht nach statistischen Kriterien erfolgen. (Vgl. Misoch 2019: 202).

3.2.2 Gewährpersonen

Der vorliegenden Masterarbeit liegt die bereits erwähnte Definition von Expert*innen als Personen mit besonderen Kompetenzen in einem ausgewählten Fachbereich zugrunde. Dazu zählen in diesem Kontext alle in Österreich offiziell tätigen Logopäd*innen, also all jene mit einem Eintrag im Gesundheitsberuferegister (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2026b), der an die gesetzlich geregelte Ausbildung geknüpft ist. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass das Tätigkeitsfeld der Logopädie, wie bereits erwähnt wurde, breit gefächert ist und unterschiedliche Spezialisierungen umfasst. Logopäd*innen sind demnach zusätzlich zur übergeordneten Berufskompetenz häufig in bestimmten Teilbereichen als Expert*innen zu verstehen. Zudem hat sich, wie bereits erwähnt wurde, die Ausbildung in den vergangenen Jahren verändert, wodurch generationsbedingte Unterschiede in den vermittelten Inhalten bestehen können. Die Grundgesamtheit, aus der die Expert*innen ausgewählt wurden, umfasst alle Logopäd*innen in Österreich, die sich mit (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen beschäftigen und über Internetrecherche gefunden werden konnten. Für das gezielte Sampling wurde sowohl die Logopäd*innensuche auf der Homepage des Berufsverbandes *logopädieaustria* (2026) als auch die Schlagwortsuche über die Suchmaschine Google verwendet. Ziel war es, Logopäd*innen zu gewinnen, die über praktische Erfahrung in der Arbeit mit Kindern mit (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen verfügen. In Hinblick auf die inhaltliche Repräsentativität wurde aufgrund des starken Einflusses der diatopischen Komponente hinsichtlich der Variation der deutschen Sprache in Österreich darauf geachtet, Logopäd*innen aus verschiedenen Bundesländern zu berücksichtigen. Die Kontaktaufnahme

erfolgte im Zeitraum von 28.05. bis 26.09.2025. Insgesamt wurden 134 potenzielle Interviewpartner*innen per Mail angefragt von denen sich sechs zur Teilnahme bereit erklärten. Auf die Anfrage hin meldeten einige Personen zurück, dass sie mit dem Thema in ihrem Praxisalltag kaum konfrontiert sind und sich in diesem Bereich daher keine ausreichende Expertise zuschreiben, weswegen sie nicht für ein Interview zur Verfügung stehen. Daher ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den teilnehmenden Personen um jene handelt, die dem Themenfeld eine gewisse Relevanz zuschreiben oder Interesse dafür aufbringen. Alle sechs Gewährspersonen sind weiblich, weswegen in Bezug auf die Interviews von nun an ausschließlich die weibliche Bezeichnung ‚Expertinnen‘ verwendet wird. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass nach Angabe des Berufsverbandes *logopädieaustria* (2025) ungefähr 97 % aller Logopäd*innen Frauen sind.

Die befragten Expertinnen arbeiten alle in eigenen Praxen in den Bundesländern Vorarlberg (B2, B4), Salzburg (B1), Steiermark (B5) und Wien (B3, B6). Hinsichtlich ihrer Ausbildung lässt sich festhalten, dass drei der Befragten diese an einer Fachhochschule absolvierten (B1, B4, B5), zwei an einer Akademie (B2, B3) und eine an einer Schule (B6). Auch in Bezug auf die Berufserfahrung besteht eine große Spannbreite, die von fünf bis 42 Jahren reicht (B4: fünf, B1: sieben, B5: elf, B2: 25, B3: 31 und B6: 42 Jahre).

Im Rahmen der Vorabkommunikation wurde das Thema bereits in der Interviewanfrage kurz erläutert. Zudem wurden die Befragten über den Ablauf der Interviews sowie zentrale Aspekte der Datenerhebung informiert, entsprechend den ethischen Grundprinzipien qualitativer Forschung. In einigen Gesprächen wurden nach Beendigung der Aufzeichnung noch weitere Themenaspekte besprochen und offene Fragen geklärt. Zu Beginn der Interviews wurde mündlich das Einverständnis der Befragten zur Aufzeichnung des Interviews und Verwendung der erhobenen Daten eingeholt. Zusätzlich wurde eine Datenschutzerklärung vorgelegt, die nach dem Interview von allen Gewährspersonen unterschrieben wurde und im Anhang 10.3 eingesehen werden kann. Diese beinhaltet ein Widerrufsrecht, über das ebenfalls aufgeklärt wurde.

3.2.3 Interviewleitfaden

Die Interviews wurden mithilfe eines Leitfadens durchgeführt, der im Anhang 10.1 beigelegt ist und auf Grundlage der zu beantwortenden Forschungsfrage entwickelt wurde: (Inwiefern gibt es bei in Österreich praktizierenden Logopäd*innen ein Bewusstsein für das Problemfeld ‚Intralinguale Variabilität (der deutschen Sprache) und Logopädie‘ im Allgemeinen sowie hinsichtlich der Anwendung von Standarddiagnostikverfahren bei Kindern im Besonderen? Zu Beginn der Interviews wurden wesentliche Begriffe, wie ‚Variation‘ oder ‚Standardsprache‘,

die im weiteren Verlauf relevant sind, erläutert, um ein gemeinsames Begriffsverständnis sicherzustellen. In der Formulierung der Fragen wurde zudem entsprechend der Empfehlung von Misoch (2019: 31) darauf geachtet, auf darüberhinausgehende Fachbegriffe zu verzichten.

Der erste Fragenblock fokussiert sich auf die berufliche Situation der Logopäd*innen sowohl hinsichtlich der Dauer der Berufstätigkeit als auch des aktuellen Arbeitskontextes sowie der Altersgruppe(n) der Patient*innen. Die darauffolgenden Fragen beschäftigen sich mit der sprachlichen Realität der Patient*innen und der Bedeutung der sprachlichen Variation sowohl im privaten Alltag der Patient*innen als auch im therapeutischen Kontext. Zudem werden der Sprachgebrauch der Expertinnen sowie die Thematisierung der verschiedenen Formen der deutschen Sprache in deren Ausbildung behandelt. Der dritte Abschnitt des Leitfadens widmet sich der Rolle sprachlicher Variation in der Diagnostik. Dazu wird zunächst erhoben, welche Diagnostikverfahren die Expertinnen im beruflichen Alltag einsetzen und inwiefern sich diese an der bundesdeutschen oder österreichischen Standardvarietät des Deutschen orientieren. Daran anschließend werden Fragen zum Umgang mit und zu möglichen Anpassungen von diesen Verfahren hinsichtlich sprachlicher Variation gestellt. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Situationen in der Praxis, in denen Kinder aufgrund ihrer nicht-standardsprachlichen Prägung in den Tests auffällig erscheinen – ohne, dass aus Sicht der Expertinnen eine Störung vorliegt. Ebenso wird thematisiert, ob die Diagnostikverfahren ausreichend zwischen sprachlicher Variation und Störung differenzieren können. Ergänzend werden Fragen zur fachlichen Reflexion im Kolleg*innenkreis, zu Fortbildungen sowie zu verfügbaren Materialien gestellt. Die abschließende Frage bietet Raum für weitere Gedanken oder Anmerkungen der Expert*innen, die im Rahmen des Leitfadens nicht abgedeckt wurden.

3.2.4 Datenerhebung und Transkription

Zur Erprobung des Leitfadens sowie der Interviewsituation wurde zunächst ein Probeinterview durchgeführt. Die eigentliche Datenerhebung fand im Anschluss im Zeitraum von 16.09. bis 25.11.2025 statt. Die Interviews dauerten zwischen 16 und 25 Minuten. Da, wie bereits erwähnt wurde, die Interviewenden sowie der situative Kontext einen wesentlichen Teil zur Konstruktion des Inhalts beitragen, werden im Folgenden zentrale Aspekte diesbezüglich reflektiert. Zunächst ist anzuführen, dass sich die Interviewende am Sprachgebrauch hinsichtlich Dialekt oder Standardsprache an der jeweiligen Gesprächspartnerin orientierte und ihre Sprachverwendung so gut wie möglich anpasste (vgl. Misoch 2019: 31). Auch die Anredeform variierte je nach Präferenz der Befragten zwischen *du* und *Sie*. Durch die angepasste Gesprächsführung sowie den Hinweis, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt, wurde versucht, eine

möglichst angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen (vgl. Misoch 2019: 214). Der Interviewleitfaden diente dabei der thematischen Orientierung und Strukturierung der Gespräche. Im Interview wurde die Reihenfolge einzelner Fragen dem natürlichen Gesprächsverlauf angepasst. Zudem ist zu erwähnen, dass in zwei der Interviews einzelne Fragen nicht explizit gestellt wurden. In einem Interview wurden vier Fragen ausgelassen, in einem weiteren eine Frage, da aufgrund zeitlicher Einschränkungen eine vollständige Durchführung des Leitfadens nicht möglich war. Die entsprechenden Themenbereiche wurden jedoch an anderer Stelle im Gespräch aufgegriffen, sodass relevante inhaltliche Aspekte dennoch in der Erhebung Berücksichtigung fanden und die Interviews in die Analyse miteinbezogen werden. Deppermann (2013) weist darauf hin, „dass selbst in hochgradig standardisierten Interviewformen Fragen situiert an den/die GesprächspartnerIn, seine/ihre Reaktionen und den bisherigen Gesprächsverlauf adaptiert werden.“ Diese Anpassungen und interaktiven Elemente sind als Bestandteil der gemeinsamen Konstruktion des Interviewinhalts zu verstehen und es ist dementsprechend wichtig, sie offenzulegen (vgl. Deppermann 2013).

Zur Durchführung der Interviews ist weiters zu erwähnen, dass diese in Form von Video-Konferenzen über Zoom geplant wurde. Diese Variante der Datenerhebung ist laut Misoch (2019: 169) mit direkter vor-Ort-Kommunikation vergleichbar, da auch nonverbale Informationen erfasst werden können. Dennoch fehlen einige andere Sinneseindrücke, die bei einem Gespräch an einem gemeinsamen Tisch vorhanden sind. Die Wahl dieses Formats ermöglichte eine flexible Terminvereinbarung mit Expertinnen aus den verschiedenen Bundesländern, sodass weitere organisatorische Hürden dadurch verringert wurden. Um die Vergleichbarkeit besser gewährleisten zu können, wurden alle Gespräche unabhängig vom Standort auf diese Weise durchgeführt. Aufgrund technischer Schwierigkeiten mussten zwei Interviews kurzfristig telefonisch abgehalten werden. Wenngleich Interviews im Idealfall direkt voreinander sitzend durchgeführt werden sollten, gilt das Telefoninterview mittlerweile ebenfalls als anerkannte Erhebungsmethode (vgl. Misoch 2019: 169). Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass über das Telefon wesentliche nonverbale Effekte, die die Kommunikationssituation beeinflussen, wegfallen. Einerseits werden dadurch Einflüsse minimiert (vgl. Misoch 2019: 171), andererseits fehlen wichtige sogenannte *Social Cues* (vgl. Misoch 2019: 173).

Die Transkription der Interviews erfolgte auf Grundlage des Systems von Thorsten Dresing & Thorsten Pehl (2024) in der neunten Auflage. Entsprechend der ersten Regel, „Jedes Wort aufschreiben“ (Dresing & Pehl 2024: 21), wurde das Gesagte wörtlich transkribiert. Dabei wurden dialektale Ausdrücke geglättet und unverständliche Passagen mit ‚(unv.)‘ oder der vermuteten Äußerung inklusive einem Fragezeichen markiert. Nach der zweiten Regel wurden

Rückmeldesignale ohne eigenständigen Inhalt, die während eines Redebeitrags der anderen Person geäußert wurden, nicht transkribiert. Pausen ab drei Sekunden wurden, wie in Regel drei angegeben, durch ‚(...)‘ gekennzeichnet. Emotionale Rahmungen/Verstärkungen/Signale wie z. B. lachen, wurden in Klammern nach der Äußerung ergänzt. Als abschließende Regel gemäß Dresing & Pehl sollen die Transkripte einheitlich gestaltet werden. Dementsprechend wurden die einzelnen Gewährspersonen mit ‚B‘ und einer Ziffer, die Interviewerin mit ‚I‘ gekennzeichnet. Zudem wurde jede Aussage einer neuen Zeile zugeordnet. (Vgl. Dresing & Pehl 2024: 21). Neben diesen Grundregeln erwähnen Dresing & Pehl erweiterte Regeln. Von diesen wurde die Kennzeichnung abgebrochener Äußerungen mit ‚/‘ übernommen. Handelte es sich um eine Unterbrechung der sprechenden Person wurde dies mit ‚//‘ markiert. Auch „Rezeptionssignale und Fülllaute“ (Dresing & Pehl 2024: 22) wurden transkribiert, wobei Betonungen (bejahend oder verneinend) bei ‚hm‘ ergänzend markiert wurden (vgl. Dresing & Pehl 2024: 22). Abschließend wurde die Empfehlung, „Zögerungslaute werden immer ‚ähm‘ geschrieben“ (Dresing & Pehl 2024: 23), übernommen. Die Interviews wurden anonymisiert, indem einzelne personenbezogene Angaben durch allgemeine Beschreibungen des Gesagten in eckigen Klammern ersetzt wurden (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 205). Die Transkriptionen erfolgten manuell ohne Einsatz von Transkriptionssoftware. Die vollständigen Transkripte sind im Anhang 10.2 einsehbar, ein Auszug aus dem Transkript der Gewährsperson B2 ist in Abbildung 1 dargestellt.

- | | |
|---|---|
| 1 | I: Meine erste Frage wäre, wie lange Sie bereits als Logopädin tätig sind und in welcher Institution Sie momentan überwiegend arbeiten beziehungsweise gearbeitet haben? |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | B2: Hm (bejahend). Ich bin jetzt genau (...) 25 Jahre Logopädin und gearbeitet habe ich in verschiedenen Institutionen. (...) Ja also einmal in einer Schule für mehrfach behinderte Kinder, ähm das war das erste, dann in ein/ im klinischen Bereich, also im [Name der Institution], in einem Kinderspital in der Schweiz (...) und jetzt bin ich tätig in einer privaten Praxis, also freiberuflich in einer eigenen Praxis und das seit fünf Jahren. |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |

Abbildung 1 Auszug aus dem Interviewtranskript der Gewährsperson B2

Zur Auswertung qualitativer Interviews finden sich verschiedene Ansätze. Wie bereits erwähnt wurde, setzt sich Deppermann (2013) dafür ein, den Interaktionscharakter des Interviews auch in der Analyse zu berücksichtigen. Aufgrund des Rahmens einer Masterarbeit werden die Interviews vorliegend allerdings als Text ausgewertet und dementsprechend nach den angegebenen Regeln transkribiert.

3.3 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse mit MAXQDA

Kuckartz & Rädiker definieren die *qualitative Inhaltsanalyse* als „systematische und methodisch kontrollierte wissenschaftliche Analyse von Texten, Bildern, Filmen und anderen Inhalten von Kommunikation“ (Kuckartz & Rädiker 2022: 39), bei der die erhobenen Daten anhand zuvor erstellter Kategorien *codiert* werden. Im Zentrum der Kategorienbildung und Analyse stehen dabei die zuvor formulierten Forschungsfragen (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 29). Als zugrundeliegende Daten können unterschiedliche Materialien verwendet werden, darunter Interviews, Diskussionen aber auch Social-Media-Beiträge oder Artikel aus Printmedien (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 41–42). Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine häufig eingesetzte Forschungsmethode, deren Grundzüge bereits 1910 von Max Weber in einem Vortrag skizziert wurden (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 34). Über die Jahre hinweg wurde sie von verschiedenen Autor*innen weiterentwickelt, wobei insbesondere Philipp Mayrings Werk aus dem Jahr 1983 die qualitative Inhaltsanalyse im deutschsprachigen Kontext maßgeblich prägte. Generell ist festzuhalten, dass die qualitative Inhaltsanalyse ihre häufigste Anwendung in Europa findet und hier weit verbreitet ist, während sie im anglo-amerikanischen Kontext seit dem Anfang der 2000er-Jahre zunehmend an Beliebtheit gewinnt. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 37). Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse lassen sich verschiedene Ansätze unterscheiden. Neben der *evaluativen* und der *typenbildenden* qualitativen Inhaltsanalyse gibt es die *inhaltlich strukturierende*, die in der vorliegenden Masterarbeit verwendet wird. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 104).

Als Grundprinzip im Umgang mit den erhobenen Daten in der Inhaltsanalyse führen Kuckartz & Rädiker (2022: 24–25) die *Hermeneutik* an. Dabei geht es insbesondere darum, von welchem Standpunkt aus und mit welchem Vorwissen die qualitativen Daten weiterverarbeitet werden. Eine einheitliche Definition jenes Begriffs findet sich allerdings nicht, da dieses Konzept vor allem im deutschsprachigen Raum seit Jahrzehnten bis heute stets weiterentwickelt wird. Unabhängig von der genauen Definition lässt sich festhalten, dass die Hermeneutik eine große Rolle im Prozess der Inhaltsanalyse spielt. Dies beginnt bereits bei der Datenerhebung, deren Rahmenbedingungen reflektiert werden sollten. Kuckartz & Rädiker (2022: 26) führen in diesem Zusammenhang den *hermeneutischen Zirkel* oder die *hermeneutische Spirale* an, die den fortlaufenden Prozess des Arbeitens am und mit dem Text verbildlichen soll. Demnach wird jedem vorliegenden Inhalt, z. B. einem Text, stets mit einem bestimmten Vorwissen begegnet, das durch bisherige Kenntnisse, Erfahrungen und Einstellungen geprägt ist. Dieses sogenannte *Vorverständnis* beeinflusst, wie Inhalte gelesen und interpretiert werden. Im Zuge der

Auseinandersetzung mit dem Text wird das Vorverständnis jedoch kontinuierlich erweitert und verändert, was wiederum zu einem neuen *Textverständnis* führt. Dieser wechselseitige Prozess von Verstehen, Erweitern und Neuinterpretation zieht sich wie eine Spirale durch den gesamten Forschungsprozess hindurch und spielt z. B. auch bei der Auswertung von Fachliteratur (wie im ersten Teil der vorliegenden Masterarbeit) eine zentrale Rolle. Auf Grundlage dieser hermeneutischen Perspektive formulieren Kuckartz & Rädiker (2022: 27–28) fünf zentrale Anweisungen für das Arbeiten mit qualitativem Material: Erstens sollen die eigenen Einstellungen bezüglich des Themas hinterfragt und berücksichtigt werden. Zweitens sollte der Inhalt der erhobenen Daten in seiner Gänze verstanden werden, was auch drittens den Abbau jeglicher Unklarheiten miteinschließt, die sich z. B. durch das Sprachverständnis ergeben können. Viertens gilt es, bereits im ersten Leseprozess der Daten auf forschungsrelevante Themen zu achten. Abschließend geht es darum, zwischen vorab definierten und neu im Material hervorgehenden Themen differenzieren zu können.

Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse wird von Kuckartz & Rädiker (2022: 132) in sieben verschiedene Abschnitte gegliedert. Das hermeneutische Vorgehen findet insbesondere Anwendung in der ersten Phase der Analyse, der sogenannten *initiierenden Textarbeit*. Hier geht es darum, ein Grundverständnis für die Gesamtheit der erhobenen Daten zu erhalten und dabei den Entstehungskontext mitzuberücksichtigen. Dabei werden nicht nur inhaltliche, sondern gegebenenfalls auch weitere formale Aspekte des Textes beachtet. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 119). Im weiteren Verlauf werden Fallzusammenfassungen erstellt, die die jeweils erhobenen Einzelfälle kompakt darstellen (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 124). Auf diese erste Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial folgt im zweiten Schritt die Entwicklung der Hauptkategorien (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 133). Kuckartz & Rädiker (2022: 53) verstehen *Kategorien* als „das Ergebnis der Klassifizierung von Einheiten.“ Mit einem bestimmten Vorwissen wird, wie in den Erläuterungen zur Hermeneutik ausgeführt wurde, an die Daten oder Fragestellungen herangegangen und vor diesem Hintergrund werden thematisch adäquate Kategorien definiert (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 54). Grundsätzlich wird zwischen zwei verschiedene Arten, der *deduktiven* und der *induktiven* Kategorienbildung, unterschieden. Bei ersterer geht es darum, Kategorien auf Basis der Forschungsfragen oder des Interviewleitfadens zu entwerfen. Das Material der Datenerhebung wird dabei noch nicht berücksichtigt. Dies passiert erst bei der *induktiven Kategorienbildung*, bei der die Kategorien direkt in der Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten entwickelt werden. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 71). Bei der qualitativen Inhaltsanalyse finden meist beide Arten ihre Anwendung. Dabei geht die deduktive Kategorienbildung der induktiven im Arbeitsprozess zeitlich voraus. (Vgl. Kuckartz

& Rädiker 2022: 102–103). Kategorien können hierarchisch organisiert sein, indem die sogenannten *Ober-* oder *Hauptkategorien* in weitere *Unter-* oder *Subkategorien* gegliedert werden (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 62).

Für die Kategorienbildung formulieren Kuckartz & Rädiker (2022: 63–65) mehrere Anforderungen: Wichtig ist zunächst, in der Entwicklung der Kategorien die Forschungsfragen im Blick zu behalten. Davon ausgehend sollte für jeden relevanten Bereich, der untersucht werden soll, eine eigene Kategorie entwickelt werden. Diese sollten klar definiert werden, damit sie voneinander abgegrenzt werden können und die Zuordnung von Textstellen (*Sinneinheiten*) nachvollziehbar ist. Darüber hinaus sollten Kategorien derselben Ebene hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Struktur vergleichbar gestaltet sein, was sich auch in einer einheitlichen Formulierung widerspiegeln sollte. Ebenso ist auf eine schlüssige hierarchische Gliederung zu achten, bei der die Verbindung zwischen Haupt- und Subkategorien deutlich wird. Insgesamt sollte das Kategoriensystem einem nachvollziehbaren Aufbau folgen und auch für Außenstehende verständlich sein.

Auf die präzise Erstellung der Kategoriendefinitionen folgt der *erste Codierprozess* (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 134). Beim *Codieren* spielen zwei Prozesse eine wesentliche Rolle: Einerseits wird untersucht, welche Textstellen (*Sinneinheiten*) die zuvor definierten Kategorien reflektieren. Andererseits werden gegebenenfalls neue Kategorien formuliert, die sich anhand der Arbeit mit dem Text ergeben. Für beide Vorgehensweisen wird der Text schrittweise und detailliert durchgearbeitet. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 67). Das Ziel dieses Arbeitsschrittes ist die „Verbindung von Textstelle und Kategorie.“ (Kuckartz & Rädiker 2022: 67). Die Entwicklung neuer Subkategorien, also die *induktive Kategorienbildung*, stellt den vierten Abschnitt der Analyse dar. Je nach Inhalt des Textes und den Forschungsfragen werden Subkategorien gebildet. Für die Erarbeitung dieser Kategoriendefinitionen gelten dieselben Anforderungen wie bereits für die erste Kategorienbildung beschrieben. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 138). In Schritt fünf, dem sogenannten *zweiten Codierprozess*, werden die erhobenen Daten nochmals anhand der neu formulierten Subkategorien codiert (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 142). Die Auswertung der codierten Textstellen findet in Schritt sechs statt. Hierfür stehen verschiedene Analyseoptionen zur Verfügung. So können z. B. einzelne Haupt- sowie Subkategorien isoliert als auch in Verbindung zueinander näher beleuchtet werden. Darüber hinaus können die einzelnen Fälle genauer untersucht werden. Diese Möglichkeiten stellen nur einen Ausschnitt der potenziellen Auswertungsverfahren dar, auf die im Zuge der Darstellung der Ergebnisse vorliegender Arbeit in Kapitel 5 noch näher eingegangen wird. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 147–153). Im abschließenden siebten Schritt werden die Ergebnisse schriftlich

festgehalten und der Prozess der Analyse wird für Leser*innen nachvollziehbar gemacht (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 154).

Für die Durchführung der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wird in der vorliegenden Masterarbeit die Software MAXQDA verwendet. Als sogenannte QDA-Software (Software spezifiziert für *Qualitative Data Analysis*) werden jene Programme verstanden, die im Umgang mit qualitativen Daten unterstützend verwendet werden (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 196). MAXQDA wurde als erste deutschsprachige Software dieser Art erstmals 1989 veröffentlicht und erinnert in der Namensgebung an Max Weber (vgl. MAXQDA 2019). Diese Software unterstützt insbesondere die Zuordnung und Darstellung der Kategorien in Verbindung mit den jeweiligen Textstellen und hilft somit bei den Codierprozessen und deren Veranschaulichung. Kuckartz & Rädiker erwähnen, dass ein solches Computerprogramm in jedem Schritt der Analyse unterstützend eingesetzt werden kann. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 214).

4 Codierung der Expert*inneninterviews mit MAXQDA

Im folgenden Kapitel wird der Ablauf der Datenanalyse mit MAXQDA, der bereits in Kapitel 3.3 allgemein beschrieben wurde, anhand der durchgeführten Expert*inneninterviews erläutert.

Zu Beginn der Analyse erfolgte die initiiierende Textarbeit (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 119), bei der die Interviews sowohl analog auf Papier als auch in MAXQDA sorgfältig und sinnerfassend gelesen wurden, um einen Gesamteindruck über die erhobenen Daten zu erlangen. Im Zuge dessen wurden aufkommende Gedanken verschriftlicht und erste relevant erscheinende Passagen markiert. Die Inhalte der einzelnen Interviews wurden in Fallzusammenfassungen festgehalten (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 124). Zudem wurden Hintergrundinformationen zu den befragten Expertinnen (Bundesland der Praxis, Ausbildung, Altersgruppe der Patient*innen, Herkunft der Expertinnen, Anzahl der Berufserfahrung in Jahren) in MAXQDA als Dokumentvariablen gespeichert.

Daran anschließend wurde die Kategorienbildung vorgenommen. Die Entwicklung der sechs Hauptkategorien erfolgte deduktiv (a priori) anhand der Forschungsfragen und des Interviewleitfadens (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 71–72). Die Kategoriendefinitionen orientieren sich im Aufbau an Kuckartz & Rädiker (2022: 66) und beinhalten eine inhaltliche Beschreibung, die Anwendung der Kategorie, Beispiele für die Anwendung und die Abgrenzung zu anderen Kategorien. Anhand dieser Kategorien wurde der erste Codierprozess (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 134) durchgeführt. Dafür wurden zunächst alle Interviews Zeile für Zeile codiert und anschließend alle codierten Abschnitte nochmals hinsichtlich ihrer Zuordnung

überprüft. Im Zuge dessen wurden Memos verfasst und erste Ideen zur weiteren Differenzierung der Hauptkategorien festgehalten. Nach dem ersten Codierprozess wurden mittels induktiver Kategorienbildung Subkategorien sowie eine weitere Hauptkategorie definiert (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 82). Die genauen Erläuterungen zur Anwendung und Abgrenzung der induktiven (Sub-)Kategorien nebst beispielhaften Sinneinheiten wurden im Laufe des zweiten Codierprozesses ergänzt. Auch die Subkategoriendefinitionen folgen der Einteilung und dem Aufbau nach Kuckartz & Rädiker (2022: 66). Im zweiten Codierprozess (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 142) wurden die Interviews nochmals Zeile für Zeile analysiert. Dabei wurden sowohl bereits codierte Abschnitte als auch neue Textabschnitte den Subkategorien bzw. der neu entwickelten Hauptkategorie zugeordnet. Wie im ersten Codierprozess wurden zunächst die einzelnen Interviews vollständig durchgearbeitet, bevor eine Überprüfung und Überarbeitung Kategorie für Kategorie erfolgte. Manche Textstellen wurden mehreren Kategorien zugeordnet und auch die Länge der codierten Abschnitte variierte. Im Folgenden finden sich die Tabellen, in denen die Kategoriendefinitionen dargestellt sind. Die Tabellen 1, 3, 5, 7, 9, 11 und 13 beziehen sich auf die Hauptkategorien, während die Tabellen 2, 4, 6, 8, 10, 12 und 14 die dazugehörigen Subkategorien darstellen.

Die Reihenfolge der Kategorien folgt einem inhaltlichen Aufbau (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 148), weswegen sich die ersten drei Hauptkategorien auf den Kontext der logopädischen Therapie (Patient*in, Expertin, professionelles Umfeld) und die Hauptkategorien vier bis sechs auf die Diagnostik beziehen. Die letzte Hauptkategorie befasst sich als übergeordnete Metaebene damit, welche systemlinguistischen Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität in den Interviews angesprochen werden, und dient daher einem abschließenden Gesamtüberblick.

*Tabelle 1: Definition der Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Patient*innen“*

Name der Kategorie	Sprachgebrauch der Patient*innen
Inhaltliche Beschreibung	Alle Angaben zum Sprachgebrauch (Dialekt, Standardsprache und auch ‚äußere‘ Mehrsprachigkeit) der Patient*innen und dessen Bedeutung sowohl in deren Alltag als auch im logopädischen Kontext.
Anwendung der Kategorie	Codiert werden alle Aussagen, die den Sprachgebrauch der Patient*innen (sowohl von jenen der aktuellen als auch der früheren Arbeitsstellen der Expertinnen) betreffen. Zudem umfasst diese Kategorie auch Aussagen zum sprachlichen Umfeld der Patient*innen,

	also zum Sprachgebrauch der Bezugspersonen und in den verschiedenen österreichischen Bundesländern.
Beispiele für Anwendungen	„Für viele Kinder ist der Dialekt sozusagen die Muttersprache. Die sind nicht mit Hochdeutsch aufgewachsen“ (B1: 45–47)
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Nicht codiert werden Aussagen, die den Einfluss der Patient*innen-sprache auf den Sprachgebrauch der Expertinnen beschreiben, diese werden der Kategorie „Sprachgebrauch der Expertinnen“ zugeordnet. Auch Aussagen zum Einfluss des Sprachgebrauchs der Patient*innen auf die Anwendung der Diagnostikverfahren werden hier nicht codiert, diese fallen in die Kategorie „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren“.

Tabelle 2: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Patient*innen“

Name der Hauptkategorie	Sprachgebrauch der Patient*innen		
Name der Subkategorie	Varietäten im Alltag der Patient*innen	Regionale Unterschiede	Sprachliches Umfeld / Bezugspersonen
Inhaltliche Beschreibung	Aussagen hinsichtlich bestimmter Varietäten, die genannt werden (Dialekt, Standard, Mischformen) und in Bezug auf (,äußere‘) Mehrsprachigkeit.	Äußerungen in Bezug auf die regionalen sprachlichen Unterschiede (Stadt vs. Land, Bundesländer, Praxisstandorte).	Aussagen zum Einfluss des sprachlichen Umfeldes auf die Patient*innen und die Therapie.
Anwendung der Subkategorie	Diese Subkategorie wird bei allen Erwähnungen konkreter Varietäten des Deutschen sowie bei der Thematisierung der Verwendung (,äußerer‘) Mehrsprachigkeit codiert.	Codiert werden alle Äußerungen zu regionalen oder örtlichen Unterschieden im Sprachgebrauch.	Codiert werden alle Aussagen, die das sprachliche Umfeld der Patient*innen beschreiben oder dessen Einfluss auf die Patient*innen sowie auf die Therapie thematisieren.

Beispiele für Anwendungen	„ich arbeite ja jetzt in Salzburg doch an der Grenze zu Deutschland und es kommen auch immer wieder Leute, die wirklich auch Hochdeutsch sprechen, aber Salzburg-Umgebung, am Land vor allem, wo ich jetzt auch arbeite, ist schon Dialekt auch sehr präsent.“ (B1: 26–29)	„Ich habe ähm wie ich nach Graz gekommen bin auch ähm am Land gearbeitet und da war das sicher vermehrt so, dass am mehr/ also mehr Dialekt gesprochen worden ist“ (B5: 25–27)	„wenn Kinder deutsche Eltern haben, oder zumindest eine deutsche Mutter, dann werden mehr die deutschen Formen verwendet als das österreichische. Also bei <i>Schrank</i> und <i>Kasten</i> zum Beispiel, das hört man schon.“ (B6: 140–143)
---------------------------	--	--	--

Tabelle 3: Definition der Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Expertinnen“

Name der Kategorie	Sprachgebrauch der Expertinnen
Inhaltliche Beschreibung	Alle Aussagen hinsichtlich des Sprachgebrauchs der Expertinnen im professionellen Kontext (Therapie, Elterngespräche, Kolleg*innen).
Anwendung der Kategorie	Diese Kategorie wird codiert bei Aussagen der Gewährspersonen zum eigenen (variations- bzw. varietätenspezifischen) Sprachgebrauch, dessen Anpassung an das Gegenüber und/oder bei Aussagen zu Begründungen und Einstellungen hinsichtlich der Sprachwahl. Auch Aussagen zum Einfluss des Sprachgebrauchs der Patient*innen auf die Sprachwahl der Therapeutinnen werden codiert.
Beispiele für Anwendungen	„Ich glaube ich bin da ein bisschen manchmal ein Chamäleon, also ich passe mich da an, also ich glaube, dass ich manchmal auch Dialekt ein bisschen spreche“ (B3: 32–33)
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Aussagen zum Sprachgebrauch von Kolleg*innen werden nicht codiert, da sie in die Kategorie „Ausbildung und professionelles Umfeld“ fallen.

Tabelle 4: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Expertinnen“

Name der Hauptkategorie	Sprachgebrauch der Expertinnen		
Name der Subkategorie	Varietäten	Adressat*innen- und situationsbezogene Anpassung	Sprachideologien und Sprachreflexion
Inhaltliche Beschreibung	Äußerungen zum varietätenspezifischen Sprachgebrauch.	Aussagen hinsichtlich der Anpassung des eigenen Sprachgebrauchs an die jeweilige Situation oder an Gesprächspartner*innen.	Aussagen, die Ideologien im Zusammenhang mit dem eigenen Sprachgebrauch indizieren, sowie Reflexionen hinsichtlich der eigenen Sprachverwendung.
Anwendung der Subkategorie	Codiert werden alle Äußerungen, in denen die Expertinnen den Gebrauch bestimmter Varietäten oder einen generellen Varietätenwechsel benennen, ohne diesen mit konkreten Situationen oder Gesprächspartner*innen zu verknüpfen.	Diese Subkategorie wird codiert bei Aussagen, die die adressat*innen- oder situationsbezogene Anpassung des eigenen Sprachgebrauchs der Expertinnen beschreiben.	Codiert werden alle Aussagen, die Sprachideologien sowie Reflexionen in Bezug auf die eigene Sprachverwendung der Expertinnen offenlegen. Darunter fallen auch Aussagen, in denen Begründungen für einen Varietätenwechsel formuliert werden.
Beispiele für Anwendungen	„ich spreche, glaube ich, nie jetzt Standardsprache, ich habe immer eine dialektale Färbung“ (B5: 221–222)	„Sind die I/ Sind die Eltern einsprachig, und sind sie aus der Region, dann spreche ich im Dialekt. Sind die Eltern mehrsprachig ähm (...),	„Für mich hängt das auch so ein bisschen mit Authentizität zusammen. Für mich ist der Dialekt authentisch, weil ich mit dem Dialekt

		dann biete ich Standard-deutsch an.“ (B2: 79–81)	aufgewachsen bin und wenn ich mich jetzt zu sehr verstelle und das dann alles ein bisschen gekünstelt klingt, dann ist es ja nicht mehr so authentisch wie ich rede.“ (B1: 156–160)
Abgrenzung zu anderen Subkategorien	Nicht codiert werden Aussagen zum Wechsel zwischen Varietäten, wenn dieser explizit an konkrete Situationen oder Gesprächspartner*innen gebunden ist. Diese werden der Subkategorie „Adressat*innen- und situationsbezogene Anpassung“ zugeordnet.	Nicht codiert werden allgemeine Aussagen zum Gebrauch bzw. Wechsel verschiedener Varietäten ohne Bezug zu konkreten Situationen oder Gesprächspartner*innen. Diese fallen in die Subkategorie „Varietäten“. Ebenfalls nicht codiert werden Aussagen, in denen Begründungen für den Varietätenwechsel im Sinne von Sprachideologien oder Reflexionen thematisiert werden, diese werden der Subkategorie „Sprachideologien und Sprachreflexion“ zugeordnet.	Nicht codiert werden Aussagen, die ausschließlich den Gebrauch oder Wechsel von Varietäten beschreiben, ohne diesen zu begründen oder zu reflektieren. Diese werden den Subkategorien „Varietäten“ bzw. „Adressat*innen- und situationsbezogene Anpassung“ zugeordnet.

Tabelle 5: Definition der Hauptkategorie „Ausbildung und professionelles Umfeld“

Name der Kategorie	Ausbildung und professionelles Umfeld
Inhaltliche Beschreibung	Alle Angaben zur Thematisierung von Sprache (und ihrer intralingualen Variabilität) in der Ausbildung, in Fortbildungen und im kollegialen Austausch sowie zum Sprachgebrauch in diesen Kontexten.
Anwendung der Kategorie	Codiert werden alle einschlägigen Aussagen im Zusammenhang mit der Ausbildung / dem Studium, mit Hinweisen zu Fortbildungen, Unterstützungsangeboten, Materialien und mit dem Kolleg*innenkreis. Auch Aussagen über den Sprachgebrauch von Kolleg*innen und hinsichtlich der Entwicklung eines Bewusstseins für die Thematik über die Ausbildung hinweg werden codiert.
Beispiele für Anwendungen	„Also ich finde wir haben jetzt nicht so viel zum Thema Dialekt gemacht, also es ist dann schon angeschnitten worden, dass eben Kinder Dialekt sprechen oder eben nicht und, dass man auch selber im Dialekt sprechen darf, sofern man halt die grammatikalischen Regeln und den Satzbau einhält“ (B4: 74–77)
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Nicht codiert werden Äußerungen zur sprachlichen Variation in der praktischen Arbeit mit Patient*innen.

Tabelle 6: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Ausbildung und professionelles Umfeld“

Name der Hauptkategorie	Ausbildung und professionelles Umfeld		
Name der Subkategorie	Ausbildung / Studium	Weiterbildung	Kolleg*innenkreis
Inhaltliche Beschreibung	Angaben zur Thematisierung sprachlicher Variation in der Ausbildung zur Logopädin	Aussagen hinsichtlich der Thematisierung sprachlicher Variation in der Weiterbildung nach dem Abschluss	Äußerungen zur Thematisierung sprachlicher Variation im Kolleg*innenkreis.

	(Akademie, Schule oder FH).	(Fortbildungen, Materialien...).	
Anwendung der Subkategorie	Diese Subkategorie wird codiert bei Aussagen, die die Thematisierung intralingualer Variabilität im Rahmen der Ausbildung zur Logopädin beschreiben.	Codiert werden alle Äußerungen, die Fortbildungen, Materialien oder Unterstützungsangebote betreffen, in denen intralinguale Variabilität thematisiert wird.	In dieser Subkategorie werden alle Aussagen codiert, die die Thematisierung intralingualer Variabilität im Kolleg*innenkreis beschreiben. Darunter fallen sowohl Aussagen zum Sprachgebrauch bzw. zur Varietätenwahl von Kolleg*innen als auch Aussagen zum wahrgenommenen oder vermuteten Bewusstsein von Kolleg*innen für diese Thematik.
Beispiele für Anwendungen	„in der Ausbildung glaube ich, war das nicht so das Thema.“ (B2: 92)	„ich wüsste jetzt kein dezidiertes Lehrmaterial oder auch Fortbildungen, wo das ein Thema ist.“ (B5: 174–175)	„Ich hätte bis jetzt wenig mitgekriegt, dass das mehr thematisiert wird. Ich weiß auch, dass manche Kollegen sowieso/ also das kommt ja auch immer auf die eigene Sprache darauf an auch der Therapeutin. Weil wenn jetzt jemand mit österreichischer Standardsprache aufgewachsen ist, dann therapieren die auch so, die fangen dann nicht an im Dialekt irgendwie zu reden oder den Dialekt nachzumachen.“ (B1: 152–156)

Tabelle 7: Definition der Hauptkategorie „Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung“

Name der Kategorie	Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung			
Inhaltliche Beschreibung	Alle Aussagen über bekannte oder (nicht mehr) verwendete Diagnostikverfahren zur Feststellung einer (spezifischen) Sprachentwicklungsstörung sowie über deren sprachliche Ausrichtung (bundesdeutsches/ österreichisches Standarddeutsch, DACH-Varianten von Verfahren) und Normierungsgrundlagen.			
Anwendung der Kategorie	Codiert werden alle Äußerungen in Bezug auf Testverfahren oder Screenings, auch hinsichtlich nicht standardisierter Diagnostikverfahren, und nähere Erläuterungen diesbezüglich. Auch Begründungen der Anwendung bzw. Vermeidung bestimmter Tests werden miteinbezogen. Zudem geht es um die sprachliche Orientierung der Tests inklusive erwähnter Test-Varianten für den DACH-Raum. Auch Aussagen hinsichtlich der Normstichproben der Tests fallen in diese Kategorie.			
Beispiele für Anwendungen	„Ich mache ja in der Diagnostik immer eine Spontansprachanalyse und dann verwende ich so standardisierte Testverfahren. Bei den standardisierten Testverfahren ähm ist es so, dass man dann je nach Auffälligkeiten auch das eben in Betracht zieht, ähm dass die Normgruppe natürlich erstens nicht österreichisch-deutsch ähm genormt ist, sondern ähm deutsch-deutsch, bundesdeutsch-deutsch“ (B5: 31–36)			
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Nicht codiert werden Aussagen, die sich auf die Implikationen der Normstichproben der Tests beziehen. Diese fallen in die Kategorie „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren“.			

Tabelle 8: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung“

Name der Hauptkategorie	Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung			
Name der Subkategorie	Verwendete Verfahren	Nicht (mehr) verwendete Verfahren	Sprachliche Orientierung / DACH-Varianten	Normstichprobe

Inhaltliche Beschreibung	Aussagen bezüglich Diagnostikverfahren, die von den Expertinnen in der Praxis verwendet werden.	Äußerungen zu Diagnostikverfahren, die entweder nicht (mehr) verwendet werden (inklusive Begründungen dafür) oder die bewusst in manchen Fällen vermieden werden.	Angaben zur sprachlichen Orientierung der Diagnostikverfahren hinsichtlich bundesdeutschem und österreichischem Standarddeutsch sowie Äußerungen zu Diagnostikverfahren mit verschiedenen Varianten für den DACH-Raum.	Aussagen zu den Normstichproben, auf denen die Auswertung der Diagnostikverfahren basiert.
Anwendung der Subkategorie	Codiert werden alle Aussagen zu konkreten Diagnostikverfahren, die von den Expertinnen in der Praxis eingesetzt werden. Darunter fallen auch Beschreibungen und Erläuterungen zum Einsatz der Verfahren sowie Angaben dazu, bei welchen Patient*innen bzw. unter welchen Bedingungen sie angewendet werden (z.B. bei ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit).	In diese Subkategorie fallen alle Äußerungen zu Diagnostikverfahren, die die Expertinnen nicht (mehr) verwenden bzw. besitzen oder bewusst vermeiden.	Codiert werden alle Äußerungen zur sprachlichen Ausrichtung der Diagnostikverfahren. Darunter fallen sowohl Zuordnungen zu bundesdeutschem oder österreichischem Standarddeutsch bzw. zu DACH-Varianten als auch Aussagen, in denen diese Zuordnung thematisiert, hinterfragt oder als (nicht) relevant beschrieben wird,	Alle Angaben zu den Normstichproben der Diagnostikverfahren werden in dieser Subkategorie codiert. Dazu zählen auch Aussagen darüber, auf welche Varietät bzw. Sprachform sich die

			ohne eine konkrete Einschätzung abzugeben.	Normstichprobe bezieht.
Beispiele für Anwendungen	„Teile der PDSS, den SET 5–10 bzw. 2–5, wobei eher beim SET 5–10 und ich verwende auch oft nur Teile daraus. Also ich mache es von der Spontansprachanalyse abhängig, welche standardisierten Testverfahren ich dann noch nachschiebe sozusagen.“ (B5: 59–62)	„Der [ES-GRAF], der ist ganz schwierig für Kinder mit Dialekt und den meide ich.“ (B2: 161)	„Es sind viele Tests eher nach dem Deutschland-Deutsch“ (B6: 66)	„bei der PDSS ist es halt natürlich so, dass das ähm, die Normierung ist ja nur für einsprachige Kinder ausgerichtet“ (B4: 118–120)

Tabelle 9: Definition der Hauptkategorie „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren“

Name der Kategorie	Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren
Inhaltliche Beschreibung	Alle Angaben zu konkreten Umgangsweisen und Herausforderungen (hinsichtlich sprachlicher Variation aber auch allgemein) in der Anwendung der genannten Diagnostikverfahren sowie zu Änderungs- oder Ergänzungswünschen in Bezug auf die Tests.
Anwendung der Kategorie	Codiert werden alle Äußerungen hinsichtlich der Anwendung von Testverfahren sowie der Herausforderungen, die sich daraus sowohl allgemein, aber auch hinsichtlich sprachlicher Variation ergeben, inklusive konkreter Beispiele. Auch Angaben zur Auswahl/ Vermeidung, von (bestimmten) Tests, zu Anpassungen, zur Interpretation von Testergebnissen sowie hinsichtlich Änderungs- oder Ergänzungswünschen fallen in diese Kategorie.

Beispiele für Anwendungen	„wenn Kinder Dialekt sprechen, wenn ich dann so einen Test mache, dann bewerte ich das oft auch anders, weil man halt den Dialekt, finde ich, mitbedenken muss.“ (B1: 125–127)
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Äußerungen, die sich auf den Einfluss von sprachlicher Variation auf die Testergebnisse beziehen, werden nicht codiert, sie fallen in die Kategorie „Differenzierung zwischen Variation und Störung“.

Tabelle 10: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren“

Name der Hauptkategorie	Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren		
Name der Subkategorie	Allgemeine Herausforderungen	Herausforderungen hinsichtlich intralingualer Variabilität	Änderungs- und Ergänzungswünsche
Inhaltliche Beschreibung	Angaben zu allgemeinen Herausforderungen in der Anwendung standardisierter Testverfahren, u.a. auch in Bezug auf (,äußere‘) Mehrsprachigkeit.	Äußerungen zu Herausforderungen, zur Testauswahl, -adaption und Interpretation der Diagnostikverfahren bei nicht-standardsprachlich kommunizierenden Patient*innen.	Aussagen zu Wünschen hinsichtlich neuer oder bestehender Diagnostikverfahren hinsichtlich inter- und intralingualer Variabilität.
Anwendung der Subkategorie	Codiert werden alle Äußerungen zu allgemeinen Herausforderungen bei der Anwendung standardisierter Diagnostikverfahren.	Alle Aussagen zu Herausforderungen in der Anwendung von Diagnostikverfahren im Zusammenhang mit intralingualer Variabilität bei nicht-standardsprachlich kommunizierenden Patient*innen werden in dieser Subkategorie codiert. Darunter fallen auch Aussagen zur Testauswahl, -adaption und	Alle Angaben zu Änderungs- oder Ergänzungswünschen hinsichtlich neuer oder bestehender Diagnostikverfahren werden in dieser Subkategorie codiert. Dazu zählen auch

		Interpretation der Ergebnisse in diesen Kontexten. Ebenso werden Äußerungen codiert, die Unterschiede in der diagnostischen Vorgehensweise bei nicht-standardsprachlich kommunizierenden Patient*innen beschreiben, auch wenn diese nicht explizit als Herausforderung bezeichnet werden.	Vorschläge und Überlegungen, wie intralinguale Variabilität bei der Entwicklung und Gestaltung dieser Verfahren berücksichtigt werden könnte.
Beispiele für Anwendungen	„viele Materialien die zwar irgendwie wissenschaftlich fundiert und nachgewiesen sind, sind oft in der Praxis schwerer umzusetzen, weil das halt mir irgendeinem Bildmaterial oft im Zusammenhang ist und gerade wenn Kinder Sprachentwicklungsverzögerungen oder -störungen haben, ähm, fällt es oft sehr schwer, Dinge von einem Bild zu beschreiben zum Beispiel, sowas.“ (B1: 87–91)	„Ich glaube im Dialekt sagt man ja eben/ ist oft das Verb in der Endform. Man sagt ‚du muascht spiela‘ oder ‚kumscht, geh spiela‘ oder/ und wenn ich dann üben will, ‚er spielt‘, oder ‚sie spielt‘, oder ‚du spielst‘, dann hab/ zum Beispiel da fällt mir das auf, das ist dann ein bisschen komisch für die Verbzweitstellung, ja.“ (B2: 136–140)	„Also jetzt für uns wäre das schon cool, wenn es wirklich im Vorarlberger Dialekt (...) da etwas geben würde, ja.“ (B2: 196–197)

Tabelle 11: Definition der Hauptkategorie „Differenzierung zwischen Variation und Störung“

Name der Kategorie	Differenzierung zwischen Variation und Störung
Inhaltliche Beschreibung	Alle Aussagen hinsichtlich der Differenzierung zwischen sprachlicher Variation und einer (spezifischen) Sprachentwicklungsstörung auf Basis von (Standard-)Diagnostikverfahren.
Anwendung der Kategorie	Diese Kategorie wird codiert wenn Aussagen zur Trennschärfe der Diagnostikverfahren, zu Fehldiagnosen oder einem vermuteten Einfluss der Testanwendung bei nicht-standardsprachlich kommunizierenden Patient*innen getätigt werden.
Beispiele für Anwendungen	„Die Tests differenzieren nicht, nein. Ich differenziere. Das ist nur mein Werkzeug.“ (B5: 114–115)
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Aussagen, die sich auf den Umgang mit der Trennschärfe der Tests beziehen, werden nicht codiert, da sie in die Kategorie „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren“ fallen.

Tabelle 12: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Differenzierung zwischen Variation und Störung“

Name der Hauptkategorie	Differenzierung zwischen Variation und Störung	
Name der Subkategorie	Einschätzung der Trennschärfe	Fehlklassifikationen
Inhaltliche Beschreibung	Aussagen darüber, inwieweit Diagnostikverfahren zwischen sprachlichen Störungen und sprachlicher Variation differenzieren.	Äußerungen zu möglichen oder bereits in der Praxis erlebten Fehlklassifikationen von Diagnostikverfahren bzw. zu Unterschieden zwischen dem Testergebnis und dem klinischen Urteil der Expertinnen.
Anwendung der Subkategorie	Alle Aussagen, die die Diagnostikverfahren hinsichtlich der Fähigkeit zur Differenzierung zwischen intralingualer Variabilität und sprachlicher Störung einschätzen, werden codiert. Auch Äußerungen, die die Wichtigkeit	Codiert werden Aussagen zu (potenziellen) Fehlklassifikationen durch Diagnostikverfahren bei nicht-standardsprachlich kommunizierenden Patient*innen. Darunter fallen sowohl Aussagen zu falsch-positiven als auch zu falsch-negativen Ergebnissen.

	dieser Fähigkeit thematisieren fallen in diese Subkategorie.	
Beispiele für Anwendungen	„Und wenn Kinder ein Problem haben, also wirklich eine Stö- rung haben, dann sind die in die- sem Testverfahren auch auffäl- lig, unabhängig ob das jetzt deutschgenormt ist, oder nicht.“ (B5: 128–130)	„der Dialekt ist bei keiner Auswertung irgendwie im Test vorhanden, dass man/ das wäre dann eigentlich viel- leicht falsch weil es nicht die Antwort ist, die vom Test erwartet wird, aber wenn ein Kind Dialekt redet, ist der Satz im Dialekt vielleicht trotzdem richtig“ (B1: 127–130)

Tabelle 13: Definition der Hauptkategorie „Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität“

Name der Kategorie	Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität
Inhaltliche Beschreibung	Alle Erwähnungen von intralingualer Variabilität in Bezug auf die systemlinguistischen Ebenen (Phonetik, Phonologie, Morphologie, Lexik, Syntax, Semantik, Pragmatik) (vgl. Spitzmüller 2022: 54–56) sowie von Dimensionen der sprachlichen Variation (diatopisch, diastratisch, diaphasisch) (vgl. Coseriu 2007: 24).
Anwendung der Kategorie	Codiert werden alle Aussagen hinsichtlich der Variation/Varietäten der deutschen Sprache in Bezug auf die Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität.
Beispiele für Anwendungen	„mit einem Kind spricht man anders als mit einem Erwachsenen. (...) Also mit Sprechtempo, mit/ mit der Grammatik, das bei einem Erwachsenen automatisch komplizierter ist und ähm (...) eher Fachwörter zum Tragen kommen und bei einem Kind natürlich nicht“ (B6: 42–45)
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Bei dieser Kategorie werden keine Aussagen zum Umgang mit intralingualer Variabilität codiert, sondern nur solche zu verschiedenen Ebenen und Dimensionen der Variation.

Tabelle 14: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität“

Name der Hauptkategorie	Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität	
Name der Subkategorie	Dimensionen	Systemlinguistische Ebenen
Inhaltliche Beschreibung	Erwähnungen verschiedener Varietäten oder Varianten bzw. Beispiele in Bezug auf die Dimensionen intralingualer Variabilität (diatopisch, diastratisch, diaphasisch) (vgl. Coseriu 2007: 24).	Erwähnungen verschiedener Varietäten oder Varianten bzw. Beispiele in Bezug auf die systemlinguistischen Ebenen intralingualer Variabilität (Phonetik, Phonologie, Morphologie, Lexik, Syntax, Semantik, Pragmatik) (vgl. Spitzmüller 2022: 54–56).
Anwendung der Subkategorie	Alle Erwähnungen verschiedener Varietäten oder Varianten bzw. Beispiele intralingualer Variabilität, die sich den unterschiedlichen Dimensionen nach Coseriu (2007: 24) zuordnen lassen, werden hier codiert.	Codiert werden alle Erwähnungen verschiedener Varietäten oder Varianten bzw. Beispiele, die sich den systemlinguistischen Ebenen intralingualer Variabilität zuordnen lassen oder diese thematisieren. Aussagen, die sich auf eine der Dimensionen intralingualer Variabilität beziehen, jedoch einen konkreten systemlinguistischen Aspekt fokussieren, werden ebenfalls dieser Subkategorie zugeordnet.
Beispiele für Anwendungen	„in Österreich so viele unterschiedliche Dialekte“ (B1: 168–169)	„österreichische Wörter vorkommen oder Schweizer Wörter“ (B4: 172)

Neben den hier angeführten Kategorien wurden angelehnt an Kuckartz und Rädiker (2024: 42) auch zwei weitere Hauptkategorien, „Sonstiges“ und „Zitierfähige Stellen“, codiert. Auf diese Analyseschritte folgt die Auswertung der codierten Textstellen, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

5 Analyse & Diskussion der Ergebnisse

Nachdem nun erläutert wurde, wie die Codierung der Interviews vorgenommen wurde, folgt in diesem Kapitel die Auswertung der Ergebnisse. Wie bereits erwähnt wurde, stehen hierfür innerhalb der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse mit MAXQDA verschiedene Optionen zur Verfügung, die sich grob in kategorienorientierte und fallorientierte Perspektiven gliedern. In der Analyse können aber auch beide Sichtweisen parallel genutzt und miteinander verknüpft werden. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2024: 81–82). Ausgehend von diesen beiden Betrachtungswinkeln stellen Kuckartz & Rädiker (2022: 147) unterschiedliche Herangehensweisen vor. Sie erwähnen zunächst die sogenannte *kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien*, bei der die Aussagen zu den definierten Hauptkategorien zusammengefasst dargestellt und im Kontext analysiert werden. Davon ausgehend wird auch mit den Subkategorien entsprechend vorgegangen. Dabei können auch Leerstellen, also fehlende Äußerungen von Personen zu bestimmten Themen, von Bedeutung sein und in die Analyse miteinbezogen werden. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 148–149). Als weitere Möglichkeit wird die Betrachtung der Beziehungen zwischen Haupt- und Subkategorien angegeben. Dabei können „innerhalb der Hauptkategorien und zwischen den Hauptkategorien“ (Kuckartz & Rädiker 2022: 149) Verbindungen herausgearbeitet werden. Die Vergleiche unterschiedlicher Kategorien können entweder anhand zweier ausgewählter aber auch unter Berücksichtigung mehrerer Kategorien durchgeführt werden. In all diesen Betrachtungsmöglichkeiten können zudem quantitative Angaben zur Codierungshäufigkeit der einzelnen Sub- bzw. Hauptkategorien interpretativ in die Analyse miteinbezogen werden. In Hinblick auf die fallbezogenen Auswertungsarten können zunächst einzelne Interviews unter Berücksichtigung der dahinterliegenden Dokumentenvariablen, also z. B. der soziodemographischen Angaben, miteinander verglichen werden. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 150). Weiters können für eine genaue Gegenüberstellung zweier Interviews „diese in einer sogenannten tabellarischen Fallübersicht zusammengestellt werden.“ (Kuckartz & Rädiker 2022: 150). Aus dieser Übersicht können die Aussagen zu den einzelnen Kategorien übersichtlich dargestellt und im weiteren Verlauf näher erläutert werden. Ausgehend von den Tabellen können zudem *vertiefende Einzelfallanalysen* durchgeführt werden, bei denen besonders relevante Personen und Interviews im Detail analysiert werden. Kuckartz & Rädiker (2022: 150–154) erwähnen als wichtige Analysehilfe im Prozess verschiedene *Visualisierungen*. Dazu zählen einerseits Tabellen und andererseits verschiedene grafische Darstellungsoptionen wie *Baumdiagramme* oder *Mindmaps*, durch die die Daten visuell aufbereitet werden, wodurch ein besserer Überblick ermöglicht wird.

In der vorliegenden Masterarbeit erfolgte eine *kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien*, die laut Kuckartz & Rädiker (2024: 60–61) häufig als Ausgangspunkt der Ergebnisinterpretationen gilt. Dafür wurden in MAXQDA alle codierten Abschnitte einer Kategorie gefiltert und im weiteren Schritt als Excel-Datei exportiert. So wurde bei jeder Haupt- und Subkategorie vorgegangen. Die Excel-Dateien mit den codierten Textabschnitten wurden grafisch übersichtlich aufbereitet. Somit wurde als visuelle Darstellungsmethode mit Tabellen gearbeitet. Im nächsten Schritt wurden die codierten Ausschnitte Kategorie für Kategorie durchgearbeitet und erste Gedanken dabei als Notiz festgehalten (vgl. Kuckartz & Rädiker 2024: 85–86). Laut Kuckartz & Rädiker

sollte eine analytische, zusammenfassende Perspektive eingenommen werden. Dies bedeutet, sich Inhalte anzuschauen, Positionen und Dimensionen herauszuarbeiten, eine Gesamtschau auf eine Kategorie mit ihren Subkategorien vorzunehmen, Einzelmeinungen zu identifizieren und mögliche Erklärungen für die Äußerungen herauszuarbeiten. (Kuckartz & Rädiker 2024: 85)

Mit diesem Ziel wurden alle Kategorien durchgearbeitet. In der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse liegt der Fokus neben deren Verortung in den Hauptkategorien auch auf den Subkategorien, die eine differenziertere Betrachtung ermöglichen sollen. Die Reihenfolge der Bearbeitung und der Darstellung im weiteren Verlauf folgt jener der Kategoriendefinitionen, die bereits in Kapitel 4 näher begründet wurde. (Vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 148–149).

Insgesamt soll in diesem Kapitel folgende letzte Forschungsfrage beantwortet werden: „(Inwiefern) Gibt es bei in Österreich praktizierenden Logopäd*innen ein Bewusstsein für das Problemfeld ‚Intralinguale Variabilität (der deutschen Sprache) und Logopädie‘ im Allgemeinen sowie hinsichtlich der Anwendung von Standarddiagnostikverfahren bei Kindern im Besonderen?“ Dabei wird „Bewusstsein“ nicht ausschließlich als explizit formuliertes Wissen verstanden, sondern weiter gefasst. Es wird davon ausgegangen, dass sich dies auch implizit in den Aussagen der Expertinnen zeigt, z. B. in Äußerungen, die auf eine Wahrnehmung sprachlicher Variation im logopädischen Kontext hindeuten. Als Indikator für ein (solches) Bewusstsein werden somit nicht nur direkte thematische Bezugnahmen, sondern generell alle Äußerungen, in denen Aspekte intralingualer Variabilität angesprochen werden, betrachtet. Auch Antworten, in denen von der Interviewerin thematisierte Problematiken und Herausforderungen aufgegriffen oder bestätigt werden, werden als Zeichen von Bewusstsein im genannten Sinn verstanden. Wichtig zu beachten ist allerdings, dass ein solches Bewusstsein nicht zwingend mit einer expliziten Bewertung entsprechender Phänomene als Problem einhergehen muss. Die Einordnung als „Problem(feld)“, wie es in der Forschungsfrage formuliert wird, ergibt sich aus der linguistischen Perspektive respektive jener der Forschungsliteratur. Für die Analyse der Interviews ist daher nicht entscheidend, ob die Expertinnen die angesprochenen Aspekte selbst als

problematisch bewerten, sondern ob sie diese (bzw. welche sie) thematisieren. Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses werden im Folgenden die Ergebnisse entlang der gebildeten Haupt- und Subkategorien dargestellt und abschließend in Hinblick auf die Forschungsfragen zusammengefasst.

5.1 Sprachgebrauch der Patient*innen

In der ersten Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Patient*innen“ werden alle Aussagen der Expertinnen zu den verwendeten (Varietäten von) Sprachen der behandelten Kinder (und vereinzelt auch Erwachsenen als deren Bezugspersonen) zusammengeführt. Es wurden in allen Interviews Aussagen dieser Kategorie codiert. Dabei zeigt sich bereits in dieser ersten Hauptkategorie, dass sprachliche Variation im logopädischen Alltag allgegenwärtig ist und von den Expertinnen unterschiedlich gewichtet und interpretiert wird.

In der Subkategorie „Varietäten im Alltag der Patient*innen“ werden von den Expertinnen Dialekt, Mischformen aus Dialekt und Standardsprache sowie (,äußere‘) Mehrsprachigkeit genannt, wobei letztere am häufigsten thematisiert wird. Die Gewährspersonen B2, B3, B4 und B6 heben (,äußere‘) Mehrsprachigkeit als zentralen Aspekt hervor, wobei sich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zeigen. Während die Gewährsperson B2 (,äußere‘) Mehrsprachigkeit zwar erwähnt, den Fokus jedoch im weiteren Verlauf stärker auf den Dialekt legt (vgl. B2: 47), beschreibt B3 die mehrsprachliche Lebenswelt ihrer Patient*innen als prägend für ihren Praxisalltag (vgl. B3: 20–23). Zudem erwähnt sie, dass Dialekt an ihrem Praxisstandort in Wien kaum eine Rolle spiele (vgl. B3: 46–47). Auffällig in ihrer Praxis sei jedoch, dass sie eine Orientierung ihrer Patient*innen bezüglich der Aussprache an bundesdeutschen (Standard-)Formen beobachtet, etwa wenn Kinder „die deutsche Version“ (B3: 96–97) bestimmter Wörter verwenden. Auch die Gewährsperson B4 gibt an, mehrsprachige Patient*innen zu therapieren, und erwähnt zudem, dass sie auch in den nicht-deutschen Sprachen dialektale Gebrauchsformen vermutet, die sie allerdings aufgrund begrenzter Sprachkenntnisse nicht beurteilen könne (vgl. B4: 24–27). Die Gewährsperson B6, deren Praxis in Wien liegt, beschreibt schließlich ebenfalls, dass (,äußere‘) Mehrsprachigkeit in der Sprachverwendung ihrer Patient*innen eine große Rolle spiele, während Dialekt in ihrem Praxisalltag kaum von Bedeutung sei. Viele ihrer Patient*innen würden mit zwei nicht-deutschen Erstsprachen aufwachsen, was sich auf deren Gebrauch des Deutschen auswirke. (Vgl. B6: 25–27). Diese Ausführungen zeigen, dass der interlingualen Variabilität im logopädischen Kontext ein hoher Stellenwert zukommt, da ,äußere‘ Mehrsprachigkeit im Alltag vieler Patient*innen offenbar eine zentrale Rolle spielt.

Neben ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit wird der Dialekt von den Gewährspersonen B2 und B4, deren Praxisstandorte beide in Vorarlberg liegen, als dominante Varietät im Alltag der Patient*innen beschrieben. B2 betont insbesondere die Verwendung von Dialekt bei jüngeren Kindern (vgl. B2: 39–41) und grenzt diesen explizit von der Standardsprache ab, die sie in diesem Altersbereich als nicht relevant einstuft. Zudem begründet sie die Relevanz der Dialektverwendung mit dem lokalen Standort der Praxis sowie ihrer eigenen Herkunft aus Vorarlberg (vgl. B2: 26–29). Auch die Gewährsperson B4 beschreibt, dass die meisten Kinder in deren Alltag und auch im logopädischen Kontext Dialekt verwenden würden (vgl. B4: 23, 28) und ergänzt, dass diese Sprachverwendung „selbstverständlich, [...] einfach ganz automatisch“ (B4: 36–37) passiere. Zudem bewertet sie die Dialektverwendung der Kinder als unproblematisch und gut in den Praxisalltag integrierbar (vgl. B4: 43–44).

Ergänzend dazu wird in zwei Interviews auf Mischungen aus Dialekt und Standardvarietät verwiesen. Die Gewährsperson B1 beschreibt die Sprachverwendung ihrer Patient*innen als „ein bisschen gemischt“ (B1: 26) und bezieht sich darauf, dass aufgrund der geografischen Nähe ihrer Praxis zur deutschen Grenze sowohl Dialekt- als auch Standarddeutschsprecher*innen zur ihren Patient*innen zählen würden (vgl. B1: 26–29). Dabei schreibt sie dem Dialekt einen hohen Stellenwert in der Sprachentwicklung einiger Kinder zu: „Für viele Kinder ist der Dialekt sozusagen die Muttersprache. Die sind nicht mit Hochdeutsch aufgewachsen“ (B1: 45–47). Diese Aussage, der zufolge Dialekt die Sprachvarietät der Primärsozialisation vieler Kinder darstellt, verdeutlicht die Relevanz des Ausgangspunktes der vorliegenden Masterarbeit, demzufolge die sprachliche Realität vieler Kinder von den bislang erforschten Spracherwerbs-situationen abweicht. Die Gewährsperson B1 verdeutlicht ihre Haltung gegenüber Dialekt im Spracherwerb auch an einer anderen Stelle im Interview:

‚Dialekt ist keine Sprachstörung‘. [...] Ich sehe das eher oft wie eine also zusätzliche Kompetenz und eigentlich gut für Kinder und man sagt ja auch Kinder, die mehrsprachig aufwachsen, haben oft höhere sprachliche Kompetenzen, weil sie mehr wie nur ein Sprachsystem von klein auf kennengelernt haben. Und für mich ist das mit Dialekt ganz ähnlich. Auch wenn Dialekt der Standardsprache ähm sehr ähnlich ist, [...] unterscheidet sich das trotzdem in ein paar Punkten. [...] Das heißt ich sehe es oft so, dass ein Kind, das im Dialekt aufwächst, eigentlich schon zweisprachig aufwächst und damit schon ein bisschen mehrsprachige Kompetenzen oft auch vermittelt bekommt wie ein Kind, das nur in einer Sprache aufwächst. Also ich bezeichne das wirklich oft als eigene Sprache, so. Das ist kein Sprachfehler, das ist eigentlich eine (...) ähm, eine Ressource. (B1: 188–205)

Mit dieser Aussage greift die Gewährsperson Überlegungen hinsichtlich der kognitiven und sprachlichen Auswirkungen des Aufwachsens mit verschiedenen Varietäten einer Sprache auf, die auch in der Forschung diskutiert werden, wie in Kapitel 2.3 erläutert wurde (vgl. Antoniou et al. 2016).

Auch die Gewährsperson B4 gibt an, dass ihre Patient*innen eine Mischung von Sprachformen verwenden würden. Dabei bezieht sie sich jedoch nicht auf Unterschiede zwischen einzelnen Patient*innen, sondern auf die sprachliche Variation innerhalb des Sprachgebrauchs derselben Person. Sie gibt an, dass „viele Kinder [...] dann auch so ein bisschen einen Misch sprechen“ (B4: 29–30), etwa wenn Kinder situativ beim Spielen „manchmal [...] ins Hochdeutsche wechseln“ (B4: 30), während sie als „Alltagssprache“ (B4: 32) Dialekt verwenden würden. Diese Perspektive verdeutlicht die Relevanz des in Kapitel 2.2 erwähnten *Dialekt-Standard-Kontinuums*, bei dem die Verwendung von Dialekt und Standardvarietäten nicht als klar abgrenzbares Entweder-Oder, sondern als graduelles Spektrum verstanden wird (vgl. Soukup 2009: 35), und deutet zudem darauf hin, dass Kinder bereits früh in der Lage sind, verschiedene Varietäten situationsspezifisch einzusetzen (vgl. Kaiser & Kasberger 2020: 180–182).

Die Subkategorie „Regionale Unterschiede“ verdeutlicht, dass die Nennung bestimmter Varietäten häufig im Zusammenhang mit geografischen Faktoren steht. Dabei zeigt sich insgesamt, dass die Dialektverwendung dem ländlichen und der Gebrauch von Standardvarietäten dem städtischen bzw. grenznahen Bereich zu Deutschland zugeschrieben werden. Die Gewährsperson B1 gibt an, dass ihre Patient*innen aus der ländlichen Umgebung Salzburgs überwiegend Dialekt und jene aus Deutschland „Hochdeutsch“ verwenden würden (vgl. B1: 27–29). Auch die Expertin B5 bezieht sich auf diese regionale Verteilung und bezeichnet die Sprachverwendung im städtischen Bereich als „schon näher an dem, was man als Standardsprache bezeichnet, aber trotzdem nicht jetzt Standardsprache unbedingt, sondern [es] hat auch seine Variation“ (B5: 20–21). Sie betont an verschiedenen Stellen, dass ein Unterschied in der Sprachverwendung zwischen dem städtischen und dem ländlichen Bereich feststellbar sei (vgl. B5: 20–22, 26–27, 37). Neben der regionalen Zuordnung wird hier zudem deutlich, dass die Gewährsperson B5 nicht von einer homogenen Standardvarietät ausgeht, sondern ein ausgeprägtes Bewusstsein für intralinguale Variabilität hat, indem sie auf verschiedene Formen der Standardsprache Bezug nimmt. Die Gewährspersonen B3 und B6 legen in ihren Beschreibungen der regionalen Unterschiede den Fokus auf die österreichischen Bundesländer. Beide betonen die geringere Bedeutung von Dialekt in Wien im Vergleich zu den anderen Bundesländern Österreichs (vgl. B3: 46–48; B6: 31–32). Die Gewährsperson B3 gibt dabei Vorarlberg als Gegenbeispiel zu Wien an, wo Dialekt einen größeren Stellenwert habe und dementsprechend in der logopädischen Therapie eine größere Rolle einnehme (vgl. B3: 269–271), während sich B6 auf Tirol bezieht und dabei auch Unterschiede innerhalb Tirols erwähnt (vgl. B6: 31–32). Die Gewährsperson B4 verweist implizit auf kleinräumige Unterschiede innerhalb Vorarlbergs, die sich etwa im Wortschatz zeigen würden (vgl. B4: 128–130). Diese Beobachtungen

unterstreichen, dass die diatopische Komponente der intralingualen Variabilität nicht nur großräumig, sondern auch innerhalb kleinerer Regionen relevant ist. Insgesamt zeigt sich in den Aussagen dieser Subkategorie, dass fast alle Expertinnen regionale Unterschiede als relevanten Einfluss auf den Sprachgebrauch wahrnehmen.

In der Subkategorie „sprachliches Umfeld / Bezugspersonen“ wird schließlich der Einfluss des sozialen Umfeldes auf den Sprachgebrauch der von den Gewährspersonen behandelten Kinder thematisiert. Die Gewährsperson B3 beschreibt dabei einen Wandel hin zur bundesdeutschen Standardaussprache vor allem bei „jüngere[n] Mütter[n]“ (B3: 100–101) und vermutet dabei einen Zusammenhang mit medialen Einflüssen wie YouTube (vgl. B3: 100–103). Den Einfluss der bundesdeutschen Standardvarietät thematisiert auch die Gewährsperson B6, die dies am Beispiel „*Schrank* und *Kasten*“ (B6: 142) festmacht und dabei ebenfalls Medien als relevanten Faktor vermutet. Zudem erwähnt sie, dass Kinder mit deutschen Eltern eher die bundesdeutsche Variante bevorzugen würden, was mit dem Einfluss des Inputs der Eltern in Zusammenhang gebracht werden kann. (Vgl. B6: 139–143). Den Aspekt des Inputs durch die Eltern und der damit verbundenen Varietätenverwendung der Kinder betont auch die Gewährsperson B5 (vgl. B5: 27–28). Zudem erwähnt sie, dass im therapeutischen Kontext zu erlernende sprachliche Strukturen auch im Input der Eltern vorhanden sein sollten und sie diesbezüglich die Eltern in die Therapie miteinbeziehe (vgl. B5: 49–54). Hier zeigt sich also, dass dem sprachlichen Input, der einerseits aus Äußerungen der Bezugspersonen, aber andererseits auch aus dem Sprachgebrauch in den Medien besteht, eine wesentliche Rolle in der logopädischen Therapie zugeschrieben wird.

Zusammenfassend zeigt sich in der Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Patient*innen“, dass die Expertinnen im Arbeitsalltag mit einem breiten Spektrum an sprachlicher Variation konfrontiert werden, das aus intra- und intralingualer Variabilität resultiert. Diese Variation wird häufig mit regionalen Faktoren (Stadt vs. Land und Wien vs. der Rest Österreichs) in Verbindung gebracht und als selbstverständlicher Bestandteil des logopädischen Alltags beschrieben. Zudem wird der Einfluss des Inputs von außen auf die Sprachverwendung der Kinder angesprochen. Es zeigt sich somit mit Blick auf diese erste Hauptkategorie, dass bei den Gewährspersonen ein grundlegendes Bewusstsein für sprachliche Vielfalt vorhanden ist, da verschiedene Varietäten wahrgenommen und unter verschiedenen Gesichtspunkten eingeordnet werden. Inwiefern dies auch mit intralingualer Variabilität und weiteren Konsequenzen in der Diagnostiksituation in Verbindung gebracht wird, wird in den folgenden Unterkapiteln herausgearbeitet.

5.2 Sprachgebrauch der Expertinnen

In der Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Expertinnen“ werden alle Aussagen zum eigenen Sprachgebrauch der Befragten zusammengeführt. Auch hier wurden in jedem der Interviews Segmente (*Sinneinheiten*) codiert. Die Expertinnen beziehen sich dabei nicht nur auf die von ihnen verwendeten Sprachvarietäten, sondern reflektieren und begründen zugleich deren Einsatz in unterschiedlichen Kontexten. Dementsprechend wurden die drei Subkategorien, „Varietäten“, „Adressat*innen- und situationsbezogene Anpassung“ und „Sprachideologien und Sprachreflexion“ definiert.

In der ersten Subkategorie werden alle Aussagen hinsichtlich bestimmter Varietäten, die die Expertinnen sowohl im privaten als auch beruflichen Umfeld verwenden, erfasst. Dabei zeigt sich zunächst, dass der Dialekt für mehrere Befragte eine zentrale Rolle spielt. Die Gewährspersonen B1 und B4 geben beide an, Dialekt zu sprechen, den sie auf ihre Herkunft aus Kärnten zurückführen (vgl. B1: 34–35, 40; B4: 47). B4 gibt zusätzlich an, auch Standardsprache zu verwenden und zwischen diesen beiden Varietäten zu wechseln (vgl. B4: 60). Einen solchen Wechsel zwischen Dialekt und Standardvarietät erwähnt auch die Gewährsperson B2 (vgl. B2: 38–39, 45–46). Die Expertin B5 beschreibt ihren Sprachgebrauch als durchgehend dialektal geprägt, ordnet ihren Dialekt allerdings nicht einem konkreten Bundesland zu, sondern spricht von „eine[r] Mischkulanz an Dialekt“ (B5: 230). Diese sei immer präsent: „ich spreche, glaube ich, nie jetzt Standardsprache, ich habe immer eine dialektale Färbung“ (B5: 221–222). Im Gegensatz dazu beschreibt die Expertin B3 ihren Sprachgebrauch als überwiegend standardsprachlich geprägt und verknüpft dies mit ihrer Herkunft aus Wien. Sie ergänzt, dass situativ, etwa im Gespräch mit Eltern, dialektale Elemente einfließen können und erwähnt, dass sie in ihrem privaten Sprachgebrauch auch teilweise auf einen niederösterreichischen Dialekt zurückgreife. (Vgl. B3: 41–46). Im Unterschied zu den nun erwähnten Gewährspersonen verortet die Expertin B6 ihren eigenen Sprachgebrauch und dessen Variation nicht auf der diatopischen Ebene, sondern bezieht sich auf den Therapiekontext und ihr Gegenüber. Sie erwähnt also weder Dialekt oder Standardsprache als Komponenten eines Spektrums, auf dem sich ihre Sprachverwendung in der logopädischen Praxis bewegt, sondern Aspekte wie *Komplexität der Sprache* oder *Fachwörter*. (Vgl. B6: 43–47). In diesen Aussagen zeigt sich, dass die Expertinnen ihre eigene Sprachverwendung als dynamisch wahrnehmen, die je nach Kontext und Gesprächspartner*in auf einem Spektrum, das die meisten vor allem hinsichtlich der diatopischen Dimension konzipieren, angepasst wird. Während zwar die Pole dieses Kontinuums unterschiedlich beschrieben werden, zeigt sich jedoch durchgehend ein Bewusstsein hinsichtlich der

eigenen variativen Sprachverwendung, da die Expertinnen diese reflektieren, benennen und einordnen können.

Als häufiger Grund für einen Wechsel zwischen Varietäten wird die Anpassung an das Gegenüber und den Kontext genannt, was die zweite Subkategorie darstellt. Die Gewährspersonen B1, B3, B4 und B5 geben an, sich hinsichtlich der Verwendung von Dialekt oder Standardvarietät an ihr Gegenüber anzupassen. Die Expertin B1 erwähnt diesbezüglich: „wenn jemand zu mir kommt, der komplett Hochdeutsch redet, dann rede ich auch Hochdeutsch oder Standardsprache. Wenn jemand mit mir im Dialekt redet, dann rede ich auch im Dialekt.“ (B1: 42–44). Sie beschreibt, dass sich dieser Umgang mit Sprache in ihrer Ausbildungs- und Arbeitszeit in Wien etabliert habe und mittlerweile weitgehend automatisiert ablaufe (vgl. B1: 59–64). Auch die Gewährsperson B3 beschreibt ein ähnliches Verhalten – „Ich glaube ich bin da ein bisschen manchmal ein Chamäleon, also ich passe mich da an“ (B3: 32–33) – und betont ebenfalls das unbewusste Ablaufen dieser Anpassung sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld (vgl. B3: 39–41). Die Expertin B5 erläutert zudem, dass ihre Anpassungsfähigkeit auch die Übernahme prosodischer und lexikalischer Merkmale anderer Varietäten beinhalte:

Das habe ich ganz früh schon gemerkt, ich passe mich sehr gut an, wenn ich mit einem Vorarlberger rede, fange ich so an ins Vorarlbergerische, obwohl ich es nicht kann, aber ich fange da an, das zu übernehmen so von der Intonation und [...] alle glauben ich komme aus Kärnten, weil ich Kärntner Freundinnen habe, die auch nicht jetzt voll Kärntnerisch reden, aber ich habe halt ein paar Wörter, die ich mir angeeignet habe. (B5: 223–229)

Die Gewährsperson B5 gibt zudem an, dass sie in der Lehrtätigkeit, die sie ausübt, auch nochmal „anders“ spricht als in den übrigen Lebensbereichen (vgl. B5: 220–221). Daraus ergibt sich die bereits erwähnte Mischung an Dialekten, die im Abschnitt zu den Varietäten erläutert wurde und sowohl im privaten als auch beruflichen Kontext präsent ist (vgl. B5: 230–235).

Eine Form der Anpassung, die weniger auf die Übernahme dialektaler Merkmale abzielt, sondern auf die Sicherstellung des gegenseitigen Verständnisses, erwähnt die Expertin B4. Da ihr eigener Dialekt nicht mit dem ihrer Patient*innen in Vorarlberg übereinstimmt, wechselt sie häufig in die Standardsprache. (Vgl. B4: 52–53). Diese Form der Anpassung findet sich bei ihr aber nicht nur in der Interaktion mit Dialektsprecher*innen, sondern auch mit Mitgliedern mehrsprachiger Familien: „Also wenn ich das Gefühl habe, oh die tun sich eh schon ein bisschen schwer mit der deutschen Sprache, dann [...] falle ich noch mehr in die Standardsprache als ich es üblicherweise tu.“ (B5: 64–66). Dasselbe Phänomen, also der Wechsel in die Standardvarietät in der Kommunikation mit Mitgliedern mehrsprachiger Familien, spricht auch die Gewährsperson B2 an, deren Praxis ebenfalls in Vorarlberg liegt. Auch sie differenziert dabei je nach Gegenüber: „Sind die Eltern einsprachig, und sind sie aus der Region, dann spreche ich

im Dialekt. Sind die Eltern mehrsprachig ähm (...), dann biete ich Standarddeutsch an.“ (B2: 79–81). Diese Vorgangsweise überträgt sie auch auf die Sprachverwendung in der Therapie mit den Kindern (vgl. B2: 47–49). Neben dieser Situation beschreibt sie die Verwendung von Standarddeutsch bei Schulkindern: „Es macht einen Unterschied, wenn das Kind in der Schule ist, (...) dann muss ich schon wechseln auf Standarddeutsch, natürlich.“ (B2: 45–46). Auch mit Kolleg*innen aus anderen Bundesländern verwendet die Gewährsperson B2 die Standardvariante (vgl. B2: 73–76). Ansonsten gibt sie an, mit jüngeren Kindern, die mit Dialekt aufwachsen, und mit ihren Kolleg*innen aus Vorarlberg im dort gewohnten Dialekt zu sprechen (vgl. B2: 38–39, 71–73). Darüber hinaus ergänzt sie neben diesen Aussagen zur adressat*innenbezogenen Anpassung auch den Aspekt des situativen Kontextes der Therapie:

Es kommt ein bisschen auf den Inhalt darauf an, auf den Schwerpunkt der Therapie, das muss ich sagen. [...] wenn es darum geht, wirklich das Sprechen, die Kommunikation und die Sprachentwicklung zu fördern für das Sprechen, nicht für den Schriftspracherwerb oder für den [...] Leseerwerb, dann mache ich das im Dialekt, dann mache ich das in der Sprache, die die Kinder gewohnt sind. (B2: 52–58)

Diese Aussage verdeutlicht, dass die sprachliche Anpassung nicht nur adressat*innen- sondern auch und situations- und funktionsabhängig erfolgt. Dabei greifen diese Aspekte eng ineinander, da das Gegenüber den Kontext und die Funktion wesentlich mitbestimmt, und daher auch Teil dieser Anpassungen ist. Insgesamt wird hier deutlich, dass die Dimensionen intralingualer Variabilität nicht klar voneinander abgrenzbar sind. Es geht zwar auch hier um die diatopische Variation, diese wird jedoch in Verbindung mit diaphasischen Aspekten gebracht. Die Gewährsperson B6 fokussiert letztere Perspektive, indem sie sich hinsichtlich der Anpassung ihres Sprachgebrauchs an ihr Gegenüber nicht auf die diatopische Komponente, sondern auf den situativen Aspekt der Therapiesituation bezieht. So unterscheidet sie dabei in ihrer Sprachverwendung je nach Zielgruppe: „mit einem Kind spricht man anders als mit einem Erwachsenen. (...) Also mit Sprechtempo, [...] Grammatik, das bei einem Erwachsenen automatisch komplizierter ist und [...] eher Fachwörter zum Tragen kommen und bei einem Kind natürlich nicht, also das passt man schon an.“ (B6: 42–46). Diese Aussagen zeigen, dass auch weitere Aspekte der Dimensionen sprachlicher Variation abseits der Unterscheidung zwischen Dialekt und Standard eine zentrale Rolle in der logopädischen Praxis einnehmen.

In der abschließenden Subkategorie „Sprachideologien und Sprachreflexion“ wurden weiterführende Überlegungen zur eigenen Sprachverwendung der Expertinnen codiert. Dabei zeigen sich verschiedene Konzepte, auf deren Basis die sprachlichen Anpassungen begründet werden. Für die Gewährsperson B1 spielt „Authentizität“ eine Rolle in der Kommunikation mit

Kindern, denen sie mit ihrem Sprachgebrauch „möglichst alltagsnah“ (B1: 45) gegenüberzutreten möchte:

Für mich hängt das auch so ein bisschen mit Authentizität zusammen. Für mich ist der Dialekt authentisch, weil ich mit dem Dialekt aufgewachsen bin, und wenn ich mich jetzt zu sehr verstelle und das dann alles ein bisschen gekünstelt klingt, dann ist es ja nicht mehr so authentisch, wie ich rede. Also ich finde, dass da die Authentizität ein wichtiger Punkt ist, [...] auch als Sprachvorbild. (B1: 156–161)

Diese Aussage legt nahe, dass die Gewährsperson B1 ihrem Sprachgebrauch in der Interaktion mit Kindern eine zentrale Position zuschreibt. Sie reflektiert ihre eigene Rolle als Therapeutin und sprachliches Vorbild und stellt fest, dass sie einen Einfluss auf die Sprachentwicklung, vor allem ihrer jüngeren Patient*innen, hat.

Ein ähnlicher Gedanke findet sich bei der Gewährsperson B4, die die Spannung zwischen ihrer eigenen sprachlichen Identität und den Anforderungen des Praxisalltags thematisiert. Sie beschreibt einen Konflikt zwischen der Verwendung ihres eigenen Dialekts aus Kärnten und der Notwendigkeit, für ihre Patient*innen in Vorarlberg verständlich zu sprechen. In diesem Zusammenhang ergibt es sich, dass sie teilweise andere Begriffe verwendet als ihre Patient*innen, „weil sich das für mich komisch anfühlt, wenn ich jetzt ein Vorarlberger Dialektwort verwende. Aber komisch wäre auch, wenn ich jetzt das Kärntner Dialektwort verwende, weil ich mir dann nicht sicher bin, ob die Kinder das jetzt verstehen“ (B4: 49–52). Neben Aspekten des Spracherwerbs oder der Sprache selbst spielt also auch die eigene Identität als Ausdruck der Persönlichkeit eine Rolle. Diese wird hier in Verbindung mit Verständlichkeit gebracht. Letzteres wird auch von der Gewährsperson B6 hervorgehoben, die Verständlichkeit als zentrales Argument für die Anpassung ihrer Sprachwahl anführt: „Man will ja verstanden werden, also schaut man, dass man das so spricht, dass man auch verstanden wird (lacht).“ (B6: 46–47).

Die Expertin B5 betrachtet die sprachliche Anpassung als selbstverständlichen Bestandteil des logopädischen Prozesses, da sie Ausdruck einer patient*innenzentrierten therapeutischen Haltung sei, die das Gegenüber in den Fokus rücke und das auch über die Sprachverwendung deutlich mache (vgl. B5: 175–178). Darüber hinaus begründet sie die Übernahme dialektaler Besonderheiten in ihr eigenes Sprachrepertoire mit ihrem persönlichen Geschmack: „weil ich es schöner finde, so, oder weil es mir halt gefällt (lacht).“ (B5: 229–230). Diese Reflexionen zur eigenen Sprachverwendung zeigen, dass die sprachliche Anpassung nicht ausschließlich durch das Gegenüber oder die Situation bestimmt ist, sondern auch mit der Identität und persönlichen Präferenzen der Sprecherinnen verknüpft ist und somit von Faktoren wie Verständlichkeit, Authentizität und persönlichem Geschmack mitbestimmt wird.

Insgesamt zeigt sich mit Blick auf diese Kategorie, dass die Expertinnen über ein Bewusstsein für ihre eigene Sprachverwendung verfügen und diese differenziert wahrnehmen und reflektieren. Zudem wird der Variationskompetenz, also der Fähigkeit zur adäquaten Anpassung der Sprachverwendung an den jeweiligen Kontext (vgl. Katerbow 2013: 89), eine wichtige Rolle zugeschrieben, da der Anpassung an das Gegenüber im logopädischen Kontext ein hoher Stellenwert zukommt. Alle Gewährspersonen setzen unterschiedliche Varietäten des Deutschen abhängig von Adressat*innen, Situationen und Funktionen ein. Gleichzeitig werden in den Reflexionen einiger Expertinnen wesentliche Aspekte wie Authentizität und Verständlichkeit deutlich, die durch den Sprachgebrauch zum Ausdruck gebracht werden und umgekehrt den Sprachgebrauch mitbestimmen. In Hinblick auf die Forschungsfrage deutet dies darauf hin, dass ein Bewusstsein für intralinguale Variabilität auf der Ebene der eigenen Sprachverwendung durchaus vorhanden ist. Inwiefern dies auch hinsichtlich anderer Aspekte, insbesondere in Bezug auf logopädisches Diagnostikmaterial gilt, zeigt sich in den Ergebnisdarstellungen der weiteren Kategorien.

5.3 Ausbildung und professionelles Umfeld

In dieser Hauptkategorie geht es um alle Aussagen hinsichtlich der Thematisierung intralingualer Variabilität in der Logopädie-Ausbildung sowie im professionellen Umfeld. Nachdem nun gezeigt wurde, dass die Expertinnen ein Bewusstsein für intralinguale Variabilität hinsichtlich ihrer eigenen Sprachverwendung und jener ihrer Patient*innen haben, geht es nun darum, inwiefern dies in der beruflichen Ausbildung entwickelt und mit Kolleg*innen diskutiert wird.

Hinsichtlich der ersten Subkategorie „Ausbildung / Studium“ geben die Gewährspersonen an, dass intralinguale Variabilität dort gar nicht bis kaum thematisiert wurde. Alle Gewährspersonen, die ihre Ausbildung auf Akademien oder Schulen absolvierten, geben an, dass dieses Thema dort nicht berücksichtigt wurde (vgl. B2: 87–88; B3: 38; B6: 51–53). Die Expertinnen, die an Fachhochschulen studierten, erwähnen, einzelne Aspekte des Themenfeldes dort besprochen zu haben. Die Gewährsperson B1 gibt an, etwas zu Spezifika hinsichtlich der Laute von bestimmten Dialekten gelernt zu haben. Dies sei allerdings der einzige Kontext gewesen, in dem intralinguale Variabilität zur Sprache kam. (Vgl. B1: 69–78). Auch bei der Gewährsperson B4 beschränkte sich der Lehrinhalt zu dieser Thematik in der Ausbildung erheblich:

Also ich finde, wir haben jetzt nicht so viel zum Thema Dialekt gemacht, also es ist dann schon angeschnitten worden, dass eben Kinder Dialekt sprechen oder eben nicht und, dass man auch selber im Dialekt sprechen darf, sofern man halt die grammatikalischen Regeln und den Satzbau einhält. (B4: 74–77)

Hier wurde also auf die eigene berufliche Sprachverwendung sowie auf jene der Patient*innen in Bezug auf die diatopische Dimension eingegangen. Dennoch bleibt offen, ob sich die genannten Anforderungen hinsichtlich Grammatik und Syntax auf die Norm der Standardvarietät beziehen oder ob hier andere Bezugssysteme in Betracht gezogen werden. Eine Interpretationsweise wäre, dass damit implizit die Standardsprache gemeint ist, von der dialektale Äußerungen „abweichen“ und die dementsprechend an die Standardnorm anzugleichen sind. Aus dieser Perspektive wäre zwar eine gewisse Abweichung von der Norm erlaubt, allerdings nur in einem bestimmten Rahmen, den die „grammatikalischen Regeln“ und der „Satzbau“ vorgeben. Dieses Verständnis von Dialekt als Abweichung von einer übergeordneten Norm, der Standardsprache, bleibt aufgrund fehlender weiterer Information lediglich eine Vermutung. Ein anderer Aspekt wurde im Studium der Gewährsperson B5 thematisiert. Hier stand die Diagnostiksituation in Österreich im Fokus, insbesondere der Umstand, dass „die Testverfahren aus Deutschland kommen und nicht aus Österreich“ (B5: 162–163). Damit wird ein wesentlicher Aspekt des Problemfeldes der vorliegenden Masterarbeit angesprochen. Dennoch bleibt auch hier offen, inwiefern dieser Umstand kritisch reflektiert oder näher beleuchtet wurde. Insgesamt zeigen diese Aussagen, dass die Thematik in der Ausbildung bei der Hälfte der Expertinnen gar nicht und bei der anderen Hälfte punktuell in Hinblick auf Dialektgebrauch oder auf standardsprachlich orientierte Diagnostik aufgegriffen wurde. Weitere Informationen zur Problematisierung oder Vertiefung der Thematik wurden nicht erwähnt, weswegen Genaueres zur Vermittlung von Wissen zur intralingualen Variabilität an Fachhochschulen offenbleibt.

In der zweiten Subkategorie „Weiterbildung“ geht es um die Behandlung der Thematik abseits des Ausbildungskontextes, also in Fortbildungen oder einschlägigen Materialien. Die Gewährspersonen B1 und B5 geben an, dass intralinguale Variabilität in diesem Kontext nicht explizit zur Sprache gebracht wird (vgl. B1: 152; B5: 174–175). B5 ergänzt, dass es zwar keine expliziten Fortbildungen zum Thema gebe, dieses im professionellen Umfeld jedoch insofern präsent sei, als es zum beruflichen Selbstverständnis gehöre, sprachliche Variation anzuerkennen. Dies zeigt sich in ihrer Auffassung, der zufolge „wir grundsätzlich in einer Sprachenvielfalt leben und im Mehrsprachigkeitskontext auch Thema [ist], dass wir ja alle mehrere Sprachen sprechen, wenn man eben auch die Variationen des Deutschen hernimmt“ (B5: 166–169). Auch die Gewährsperson B4 kennt keine konkreten Fortbildungen zur Thematik, erwähnt allerdings, dass das Themenfeld Variation und Dialekte in unterschiedlichen Fortbildungen immer wieder aufgegriffen werde (vgl. B4: 183–188). Eine Ausnahme dazu stellt die Gewährsperson B2 dar, die angibt, über das Problemfeld der Anwendbarkeit von Diagnostik- und Therapiematerialien aus Deutschland in der Schweiz und in Vorarlberg in Fortbildungen und ihrem Arbeitsumfeld

einiges gelernt zu haben (vgl. B2: 88–93). Hinsichtlich der Materialien erwähnt sie zudem ein Werk von Andrea Haid, einer Professorin aus Rorschach, die die unterschiedlichen Diagnostikverfahren hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf das alemannische Dialektgebiet überprüft, und auch die bereits erwähnte Qualifikationsarbeit von Magdalena Burtscher. Zudem erwähnt die Gewährsperson B2, dass dieses Problemfeld beim letzten Kongress des Berufsverbandes *logopädieaustria* thematisiert wurde. (Vgl. B2: 178–188). Allerdings ergänzt sie: „sonst ähm ist es eigentlich (...) glaube ich schon ein viel zu wenig beachtetes Thema.“ (B2: 188–189). Hier zeigt sich also, dass, wie im Bereich der Ausbildung und des Studiums, intralinguale Variabilität in Fortbildungen kaum und wenn nur punktuell fokussiert wird. Lediglich eine der Expertinnen aus Vorarlberg erwähnt explizite Fortbildungen und Materialien.

In der letzten Subkategorie „Kolleg*innenkreis“ geben fünf der Gewährspersonen an, dass intralinguale Variabilität hier keine große Rolle spiele (vgl. B1: 152; B2: 173; B4: 153–154; B5: 182–183; B6: 125). Die Gewährsperson B4 erläutert näher, dass lediglich das Themenfeld Dialekte in ihrem professionellen Umfeld stellenweise besprochen werde (vgl. B4: 153–154). Die Expertinnen B2 und B6 vermuten zudem, dass intralinguale Variabilität nicht nur in ihrem Umfeld, sondern generell im logopädischen Bereich „überhaupt relativ wenig Beachtung findet.“ (B6: 128–129; vgl. B2: 189). B1 ergänzt als mögliche Erklärung dafür, dass der sprachliche Umgang mit Variation des Deutschen stark von den individuellen sprachlichen Kompetenzen abhängt und sich ihre Kolleg*innen diesbezüglich deutlich voneinander unterscheiden würden: „Weil wenn jetzt jemand mit österreichischer Standardsprache aufgewachsen ist, dann therapieren die auch so, die fangen dann nicht an im Dialekt irgendwie zu reden oder den Dialekt nachzumachen.“ (B1: 154–156). Diese Aussage legt nahe, dass intralinguale Variabilität bzw. hier konkret ein Aspekt davon, nämlich die sprachliche Anpassung an das Gegenüber, als individuelles Thema verstanden wird, was als Erklärung für die ausbleibende Thematisierung im Kolleg*innenkreis gesehen werden könnte. Eine andere Vermutung für die Unterbelichtung der intralingualen Variabilität im professionellen Umfeld formuliert die Expertin B5: „Ich finde es als so normal, [...] also ich hätte das noch nie besprochen mit anderen, aber weil es für mich so logisch ist“ (B5: 182–183). Dem ist hinzuzufügen, dass diese Expertin auch Linguistin ist (vgl. B5: 188–189). Das ließe vermuten, dass unter anderem ihr fachlicher Zugang dazu führt, sprachliche Variation als gegebenen Umstand anzunehmen, über den im Kolleg*innenkreis nicht mehr diskutiert werden muss. Sie hofft, dass ihre Einstellung auch bei anderen Logopäd*innen vorhanden ist und diese „sensibilisiert sind auf Variationen.“ (B5: 241). Bei Gewährsperson B3 wurde in dieser Subkategorie keine Aussage codiert. In ihrem

Kolleg*innenkreis liege der Fokus auf interlingualer Variabilität. Hier wird daher das Thema der ‚äußeren‘ Mehrsprachigkeit häufig besprochen und diskutiert. (Vgl. B3: 186–188).

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich des professionellen Umfeldes in der Aus-, Fort- und Weiterbildung feststellen, dass intralinguale Variabilität kaum Beachtung findet. Während lediglich die Expertinnen, die an Fachhochschulen studierten, erwähnen, dort ausgewählte Aspekte angeschnitten zu haben, ergänzt bezüglich Fortbildungen nur eine Expertin aus Vorarlberg ein entsprechendes Angebot. Auch im Kolleg*innenkreis bleibt eine entsprechende Reflexion weitgehend aus. Die Gewährsperson B5 erklärt dies damit, dass intralinguale Variabilität für sie ein selbstverständlicher Teil des alltäglichen sprachlichen Handelns sei und demnach nicht weiter thematisiert werden müsse. Es zeigt sich also, dass intralinguale Variabilität im professionellen Umfeld weitgehend unbeachtet bleibt, entweder weil kein Bewusstsein dafür gegeben ist oder weil sie als so selbstverständlich vorausgesetzt wird, dass sie keiner expliziten Reflexion bedarf. In beiden Fällen führt dies allerdings dazu, dass eine bewusste und wissenschaftliche Auseinandersetzung damit weitgehend ausbleibt.

5.4 Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung

In der Hauptkategorie „Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung“ geht es um alle Tests, die die Logopädinnen zur Feststellung von Sprachentwicklungsstörungen kennen, verwenden oder vermeiden, und wie sie diese hinsichtlich ihrer sprachlichen Orientierung einordnen.

In der ersten Subkategorie „Verwendete Verfahren“ wurden viele unterschiedliche Tests erwähnt. Die Expertinnen B1, B3, B4 und B5 geben an, einen besonderen Fokus auf die Spontansprache zu legen und diese zunächst, teilweise mithilfe von Tonaufnahmen, zu analysieren (vgl. B1: 93–96; B3: 56–58, 69; B4: 85–88; B5: 31–32). Die Gewährsperson B5 ergänzt, je nach Ergebnis, weitere standardisierte Diagnostikverfahren einzusetzen, und stellt die Spontansprachanalyse also an den Beginn der Diagnostik (vgl. B5: 60–62). Im Bereich der standardisierten Verfahren werden folgende Tests von den Expertinnen verwendet: Hinsichtlich allgemeiner Sprachentwicklung werden die PDSS (vgl. B2: 117; B4: 82; B5: 59) sowie der SET 5–10 (vgl. B2: 117; B5: 59–60) genannt. Im Bereich der Aussprache wird die PLAKSS(-II) erwähnt (vgl. B2: 112; B3: 70; B4: 106–109; B5: 62). Zur Überprüfung von Morphologie und Syntax werden sowohl der ESGRAF (vgl. B5: 80–81) als auch der TROG-D (vgl. B3: 70; B4: 90; B5: 76) angeführt. Diese Auswahl deckt sich mit den in Kapitel 2.4.2 erwähnten Verfahren aus der einschlägigen Literatur. Darüber hinaus werden von den Gewährspersonen zwei weitere standardisierte Verfahren genannt, die im logopädischen Alltag eine Rolle spielen: das

Marburger Sprachscreening (vgl. B1: 122–123) und die MuSe-Pro (vgl. B2: 116; Berg 2024). Auch einige nicht-standardisierte Verfahren werden in dieser Subkategorie angegeben: Das Entwicklungsprofil nach Zollinger (vgl. B2: 108–109; B4: 89; Zollinger 2015), das Monitoring des Sprachverstehens (vgl. B5: 75–76; Schönauer-Schneider 2008; Schönauer-Schneider & Eberhardt 2017), scremos (vgl. Haid 2012), ein Screening das speziell für das alemannische Dialektgebiet entwickelt wurde (vgl. B2: 117–124), und die Communication Checklist zur Analyse pragmatischer Fähigkeiten (vgl. B5: 82). Die Expertin B6 legt den Fokus in ihrer Praxis auf „motorische Diagnostik und Hördiagnostik“ (B6: 61), um den allgemeinen Entwicklungsstand sowie die auditive Verarbeitung zu überprüfen. Im weiteren Verlauf nennt sie zwar zusätzliche Testverfahren, die sich allerdings nicht auf die Feststellung von Sprachentwicklungsstörungen, sondern auf andere logopädische Störungsbilder beziehen (vgl. B6: 68, 103) und daher hier nicht weiter berücksichtigt werden.

Wie am Ende des Kapitels 2.4.2 erwähnt wurde, werden momentan für Kinder mit ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit erste Diagnostikverfahren entwickelt. Ein Verfahren, das diesbezüglich genannt wird, ist die LiSe-DaZ (vgl. B3: 230). Abgesehen davon geben die Gewährspersonen, die Aussagen hinsichtlich der Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern tätigen, an, dieselben Testverfahren wie bei ihren monolingualen Patient*innen einzusetzen (vgl. B3: 143–145, 237–239; B4: 139–140; B5: 145–147).

Neben der Nennung konkreter Verfahren äußern sich manche Expertinnen zum allgemeinen Umgang mit Testverfahren im logopädischen Prozess. Die Expertin B5 schreibt den Diagnostikmaterialien dabei die Rolle als „Hilfsmittel“ (B5: 127) zu und betont, dass auch andere Aspekte wichtig seien, um zu einer Diagnose zu gelangen: „Testverfahren sind nicht das einzige für die Praxis [...]. Das ist die eine Evidenzsäule, die anderen beiden sind auch wichtig und der Weg, dass man das gut einordnen kann, als Logopädin [...], von dem kommt man eh nicht weg.“ (B5: 212–215). Diese Aussage betont die individuelle Rolle und Bewertung der/des jeweiligen Therapeut*in im Umgang mit den Verfahren. Dieselbe Perspektive nimmt die Gewährsperson B6 ein und vermutet hinsichtlich der Testauswahl, „dass sich das jeder wahrscheinlich individuell zusammenstellt, was er braucht.“ (B6: 145–146). Die Expertin B3 ergänzt, dass das richtige Maß an eingesetzten Verfahren wichtig sei, denn „wenn es dann zu viel an Tests wird, dann wird es auch sehr, sehr aufwendig“ (B3: 251–252). Hier wird also der Fokus auf die individuelle Interpretation, Auswahl und Zusammenstellung der Diagnostikverfahren seitens der Therapeut*innen gelegt.

In der zweiten Subkategorie „Nicht (mehr) verwendete Verfahren“ stehen jene Diagnostikmaterialien im Fokus, die von den Expertinnen bewusst vermieden oder nicht mehr verwendet

werden. Genannt werden dabei der SETK (vgl. B1: 123–124), der ESGRAF (vgl. B3: 72–73), der AWST-R (vgl. B3: 66–67; B5: 71–72) sowie die LiSe-DaZ (vgl. B3: 64–65). Die Gewährsperson B2 weist ergänzend darauf hin, den ESGRAF bei dialektsprechenden Kindern zu vermeiden, da sich hier Herausforderungen ergeben würden (vgl. B2: 159–161). Darüber hinaus gibt die Gewährsperson B1 an, in der Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen generell „wenig bis nichts Standardisiertes“ (B1: 85–86) einzusetzen. Hier zeigt sich also, dass manche Verfahren, die vermieden werden, von anderen Gewährspersonen gerne eingesetzt werden. Das verdeutlicht, dass die Auswahl der Diagnostikmaterialien stark von der Erfahrung und Präferenz der Logopäd*innen abhängt.

Aussagen zur sprachlichen Orientierung und verschiedenen DACH-Varianten der Diagnostikmaterialien wurden in der dritten Subkategorie codiert. Dabei zeigt sich deutlich, dass bei allen dazu befragten Expertinnen ein Bewusstsein für die sprachliche Orientierung der eingesetzten Diagnostikverfahren vorhanden ist. Von mehreren Gewährspersonen wird übereinstimmend festgestellt, dass sich die verwendeten Tests an der bundesdeutschen Standardvarietät orientieren würden (vgl. B2: 129; B3: 80; B4: 97–99; B6: 66). Die Expertin B5 macht auch an einer anderen Stelle deutlich, dass „wir auch österreichische Logopädinnen sind, die mit deutschsprachigen ähm Systemen arbeiten“ (B5: 186–188). Das alles zeigt, dass ein Bewusstsein für die sprachliche Orientierung der Testverfahren vorhanden ist. Damit wird auch das Problemfeld der vorliegenden Masterarbeit verdeutlicht, demzufolge die sprachliche Norm, die den Verfahren zugrunde liegt, nicht dem tatsächlichen Sprachgebrauch der Kinder in Österreich entspricht. Inwiefern dies eine Problematik für die Expertinnen darstellt, wird im weiteren Verlauf näher erläutert.

Die Gewährsperson B5 führt ihre Gedanken zu der Thematik weiter aus und relativiert zunächst die Bedeutung der sprachlichen Orientierung mit der Aussage: „Das ist mehr oder weniger relevant“ (B5: 87), weil ihrer Meinung nach die grammatischen Strukturen unabhängig von den regionalen Varietäten gleich seien. Gleichzeitig betont sie, dass im Bereich der Aussprache Unterschiede bestehen würden, die für die Diagnostik durchaus relevant sein könnten: „Für die Aussprache ist es natürlich schon vorteilhaft, dass es im PLAKSS-II da eine Österreichversion gibt, ähm weil das einen Unterschied macht.“ (B5: 92–94). Hier zeigt sich also, dass die Relevanz varietätenspezifischer Diagnostikverfahren je nach linguistischer Ebene unterschiedlich bewertet wird. Dem ist hinzuzufügen, dass die Expertin B5 die Rolle der Diagnostikverfahren insgesamt kritisch einordnet. Sie betont, dass die Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen nicht ausschließlich von der sprachlichen Ausrichtung der Tests abhängt, woraus sich auch ihre generelle Einschätzung zur Wichtigkeit dieser Frage ergibt. Ihrer Ansicht

nach spielen weitere Aspekte als lediglich die Testinterpretation in der Diagnostik eine zentrale Rolle. (Vgl. B5: 126–136). Eine ähnliche Einschätzung zur Bedeutung der sprachlichen Orientierung findet sich bei der Gewährsperson B1, die den Fokus stärker auf sprachunabhängige Aspekte der kindlichen Entwicklung legt. Sie betont den Stellenwert von Spontansprachanalysen und Spielbeobachtungen, weil für sie die „Vorläuferfähigkeiten“ zentral seien:

Und diese Vorläuferfähigkeiten sind eigentlich in jeder Sprache dieselben, deswegen ist es für mich da auch weniger relevant, ob das jetzt auf Hochdeutsch oder Dialekt ist, ähm. Da geht's um Dinge wie Blickkontakt, Spielentwicklung, Imitationsfähigkeit, ähm Vorstellungsfähigkeit, das sind alles Dinge, die es braucht, damit ein Kind überhaupt sprechen anfängt. (B1: 105–109)

Da es in ihrer Arbeit also häufig um vorsprachliche Kompetenzen gehe, die sie mithilfe von nicht-standardisierten Verfahren analysiere, komme der sprachlichen Orientierung dabei weniger Bedeutung zu.

Die Gewährspersonen B1, B2, B4 und B6 erwähnen Varianten der Testverfahren, die auf Patient*innen in Österreich oder der Schweiz ausgerichtet sind. Dabei ergänzen B1, B2 und B6, dass sich diese Adaptionen auf die österreichische Standardvarietät beziehen und Dialekte dabei keine Rolle spielen würden. (Vgl. B1: 142–144; B2: 112–113; B4: 107–108; B6: 104–107).

Abschließend wurden in der Subkategorie „Normstichprobe“ jene Aussagen ausgewertet, die sich auf die Bezugsgruppen der eingesetzten Diagnostikverfahren beziehen. Mehrere Gewährspersonen, die sich in der Praxis mit ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit beschäftigen, verweisen dabei auf die einsprachige Normstichprobe. So weist B3 darauf hin, dass der TROG-D für einsprachige Kinder genormt sei (vgl. B3: 110–112), während B4 Ähnliches für die PDSS festhält (vgl. B4: 118–121). An dieser Stelle sei angemerkt, dass in dem Begleitheft der PDSS auf den Einsatz des Verfahrens bei mehrsprachigen Kindern verwiesen wird. Zudem wird dort erläutert, dass in manchen standardisierten Diagnostikverfahren nicht nur monolinguale Kinder Bestandteil der Normstichprobe sind. Stellenweise besteht diese sowohl aus mono- als auch bi- oder multilingualen Kindern und in manchen Verfahren gibt es je nach Spracherwerbssituation des Kindes hinsichtlich verschiedener Einzelsprachen unterschiedliche Normwerte. Aspekte der interlingualen Variabilität werden also in manchen Auswertungen berücksichtigt. (Vgl. Kauschke et al. 2025: 24–27). Dass standardisierte Verfahren generell auf einsprachige Kinder ausgerichtet seien, erwähnt B5 (vgl. B5: 119–121). Diese Expertin ergänzt zudem, dass die Normstichproben nicht nur einsprachig, sondern zudem an der bundesdeutschen Standardvarietät orientiert seien: „Bei den standardisierten Testverfahren ähm ist es so, dass [...] die Normgruppe natürlich erstens nicht österreichisch-deutsch ähm genormt ist, sondern ähm deutsch-deutsch, bundesdeutsch-deutsch, ähm was schon einen großen Unterschied macht“ (B5: 32–36). Damit

erweitert sie die zuvor getroffene Feststellung zur sprachlichen Orientierung der Testverfahren auf deren Normstichprobe und thematisiert damit das Spannungsfeld zwischen der sprachlichen Norm und der Realität der Sprecher*innen.

Zusammenfassend lässt sich zu dieser Hauptkategorie sagen, dass in der Praxis ein breites Spektrum an (nicht) standardisierten Diagnostikverfahren verwendet wird, wobei die Spontansprachanalyse häufig den Ausgangspunkt darstellt. Zudem erwähnen alle dazu befragten Gewährspersonen, dass sich die standardisierten Tests an der bundesdeutschen Standardvarietät orientieren und damit nicht der sprachlichen Realität vieler Kinder in Österreich entsprechen. Abschließend wird hinsichtlich der Normstichprobe vor allem deren Ausrichtung auf monolinguale Kinder reflektiert. Insgesamt zeigt dies, dass ein gewisses Bewusstsein bezüglich der intralingualen Variabilität im Alltag und deren nicht vorhandener Berücksichtigung in den Diagnostikverfahren vorhanden ist. Inwiefern dies als Problem bewertet wird und damit ein Bewusstsein im speziellen für das in vorliegender Masterarbeit ausgelotete Problemfeld vorliegt, bleibt noch offen.

5.5 Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren

Nachdem nun auf die erwähnten Diagnostikverfahren näher eingegangen wurde, stehen in dieser Hauptkategorie der „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren“ im Vordergrund.

In der ersten Subkategorie wurden alle Aussagen zu „Allgemeinen Herausforderungen“ codiert. Häufig genannt wird die Problematik des Einsetzens von Testverfahren bei Kindern mit ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit. Die Gewährsperson B3 gibt an, dass, wie bereits erwähnt wurde, der TROG-D für einsprachige Kinder normiert sei und daher nur mit Vorsicht bei mehrsprachigen Kindern angewendet werden sollte. In ihrer Praxis setze sie standardisierte Diagnostikverfahren erst ab einem gewissen Deutschniveau ein und ziehe diese nie allein zur Beurteilung der Sprachkompetenz heran, sondern versuche immer, einen Gesamteindruck zu gewinnen. (Vgl. B3: 109–110, 115–118, 160–167). Zudem ergänzt sie, dass die Anwendung der Aussprachetests bei Kindern mit geringeren Deutschkenntnissen an ihre Grenzen stöße. Bei Verfahren wie der PLAKSS sollen Begriffe benannt werden, damit die Logopäd*in die möglichst authentische Aussprache des Kindes beurteilen kann, ohne etwas vorzusprechen. Da diese Benennung bei einem eingeschränkten Wortschatz schwierig sei, komme kein aussagekräftiges Testergebnis zustande. (Vgl. B3: 147–150). Die Herausforderung des Einsatzes von Diagnostikverfahren bei mehrsprachigen Kindern beschreibt auch die Expertin B4 (vgl. B4: 120–121) und gibt einen ähnlichen Umgang wie B3 damit an:

ich muss halt einfach im Hinterkopf behalten, dass die Normwerte jetzt nicht für die Zielgruppe ausgelegt ist. Aber ich [...] schaue, dass ich mich nicht so nur auf dieses Ergebnis versteife, sondern auch einen Richtwert habe und einfach das als Gesamtbild sehe. (B4: 140–144)

Im Kontext der interlingualen Variabilität werden die Testergebnisse von dieser Expertin also anders interpretiert. Auch die Gewährsperson B5 geht so vor:

Also da vermeide ich dann die Normwerte, oder schreibe mir die gar nicht raus oder schaue es mir an und wenn es in der Norm ist, [ist] es cool, also weil dann kann ich was Positives noch berichten, aber wenn es nicht in der Norm ist, ist es für mich irrelevant. (B5: 153–156)

Diese Expertin betont auch an dieser Stelle, was bereits erwähnt wurde: dass Testverfahren insgesamt nur einen Aspekt der logopädischen Diagnosestellung abdecken. Besonders wichtig sei für sie also, „dass man eben nicht einen Test hernimmt und daraus Schlüsse zieht, sondern aus mehreren Perspektiven das Kind betrachtet, also meiner klinischen Expertise, dem, was mir die Bezugspersonen erzählen, und den Testverfahren, die ich verwende.“ (B5: 115–118).

Als weitere Herausforderung wird die nötige Kommunikationsbasis beschrieben, die nicht immer von Beginn an vorhanden ist. Zwei Expertinnen erwähnen, dass manche Kinder noch nicht oder erst kaum sprechen würden, was den Einsatz von standardisierten Diagnostikverfahren erschwere (vgl. B1: 88–93; B6: 137–139) und die Expertin B1 eher auf Spielbeobachtungen zurückgreifen lässt (vgl. B1: 110–111).

Als letzte allgemeine Herausforderung werden die individuellen Faktoren und Kompetenzen der Patient*innen genannt. Damit ist gemeint, dass manche Diagnostikverfahren für manche Personen aufgrund der Aufgabenstellung oder inhaltlicher Aspekte nicht geeignet sind, wie die Gewährsperson B6 erwähnt (vgl. B6: 94–98). Auch B1 gibt an, dass Tests mit Bildelementen für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen häufig aufgrund der visuellen Komponente herausfordernd seien und dadurch das Urteil über die Sprachkenntnisse verzerrt werde (vgl. B1: 88–93).

In der zweiten Subkategorie „Herausforderungen hinsichtlich intralingualer Variabilität“ beziehen sich die meisten Gewährspersonen auf Problematiken, die sich in der Anwendung der Diagnostikverfahren bei dialektsprechenden Kindern ergeben. Einige Expertinnen nennen diesbezüglich konkrete Verfahren. So gibt B2 an, den ESGRAF bei dialektsprechenden Kindern nicht anzuwenden, da er für diese Zielgruppe besonders schwer zu bewältigen sei (vgl. B2: 161–168). Auch B5 nennt mit dem PLAKSS ein konkretes Verfahren, bei dem sich Schwierigkeiten in diesem Kontext ergeben können. Sie verweist auf ein Beispiel darin, bei dem ein *Jäger* benannt werden soll. Ihrer Erfahrung nach werde dieser im ländlichen Raum eher erkannt als im städtischen. Für sie stelle dies allerdings nur bedingt ein Problem dar, da bei Aussprachetests einzelne Items angepasst werden könnten. (Vgl. B5: 40–41). Problematischer sieht sie

Wortschatztests, bei denen in der Diagnostik „man das natürlich miteinbeziehen [muss], in was für einem sprachlichen Umfeld das Kind aufwächst ähm wenn man standardisierte Tests verwendet.“ (B5: 42–44). Neben bestimmten lexikalischen Besonderheiten in Dialekten erwähnt die Expertin B5 auch Unterschiede hinsichtlich der Grammatik:

Gerade was die Grammatik anbelangt, ist einfach das ähm österreichische Deutsch am Land oder in der Dialektform oft/ hat einfach gewisse Meilensteine nicht, oder eben verwenden viele ähm GAP-Verben ähm und [...] man muss es wissen, so. Man muss wissen, welche grammatischen oder auch lexikalischen Strukturen quasi notwendig sind, und dann kann ich das auch nur testen. (B5: 101–106)

Diese Aussage weist also auf eine weitere Herausforderung in der Anwendung standardisierter Diagnostikverfahren bei intralingualer Variabilität hin, da bestimmte Nonstandard-Varietäten andere grammatikalische Strukturen aufweisen als die Standardvarietät. Damit dies in der Diagnostik eingeordnet und berücksichtigt werden kann, ist laut der Gewährsperson B5 ein umfassendes linguistisches Hintergrundwissen notwendig. Insgesamt betont sie die Berücksichtigung der sprachlichen Realität der Patient*innen in der Diagnosestellung, wie bereits erwähnt wurde, an verschiedenen Stellen (vgl. B5: 46–49, 111). Auch die Gewährsperson B1 nimmt auf diese Umgangsweise an verschiedenen Stellen Bezug: „wenn Kinder Dialekt sprechen, wenn ich dann so einen Test mache, dann bewerte ich das oft auch anders, weil man halt den Dialekt, finde ich, mitbedenken muss.“ (B1: 125–127; vgl. B1: 131, 180–182).

Neben diesen allgemeinen Einschätzungen werden weitere konkrete sprachliche Unterschiede als Herausforderungen benannt. Auf grammatischer Ebene verweist die Gewährsperson B2 auf typische Strukturen im Dialekt wie die Stellung von Verben in bestimmten Konstruktionen, beispielsweise bei „du muascht spiela‘ oder ‚kumscht, geh spiela‘“ (B2: 137–138), die eine Überprüfung der Verbzweitstellung erschwere (vgl. B2: 139–140). Auch Unterschiede im Artikelgebrauch vor allem von jüngeren dialektsprechenden Kindern werden von ihr thematisiert (vgl. B2: 145–149). In Bezug auf Herausforderungen bezüglich der Lexik berichtet B3, dass sie im Rahmen des TROG-D und anderer Tests einzelne Begriffe anpasst, wie z. B. *Buben* statt *Jungen* (vgl. B3: 81) oder *Polster* statt *Kissen* (vgl. B3: 139). Diese Unterschiede werden von ihr jedoch weniger als grundlegendes Problem, sondern als Gegebenheit betrachtet, auf die von Seiten der Logopädin flexibel reagiert werden sollte (vgl. B3: 139–140). Einen ähnlichen Umgang beschreibt B6, die in solchen Fällen die Begriffe entweder erklärt oder Alternativen findet (vgl. B6: 66–70). Sie veranschaulicht dies anhand eines Beispiels aus der Praxis:

als logopädische Anfängerin habe ich einmal einen Lautbestandsbogen gehabt und da wäre die Verbindung ‚sch‘-,w‘ gewesen für *Schwein*. Und das Tiroler Kind hat dann gesagt ‚des is a Notscher‘, also (...). Ja, dann war diese ‚sch‘-,w‘-Verbindung da mit *Notsch* nicht zu testen. Da muss man sich halt dann ein anderes Kärtchen zurechtrichten, damit man die ‚sch‘-,w‘-Verbindung mit einem anderen Bild testet, da muss man das halt adaptieren für den Dialekt. (B6: 116–121)

Neben diesen Herausforderungen, die die diatopische Ebene in den Vordergrund rücken, spricht eine Expertin auch Herausforderungen an, die der diaphasischen Dimension zuzuordnen sind. So weist B3 darauf hin, dass das kommunikative Verhalten von Kindern nicht ausschließlich von ihren sprachlichen Fähigkeiten abhängt, sondern auch mit situativen Faktoren wie Schüchternheit oder fehlendem Vertrauen in Verbindung stehe. Sie betont daher, individuell abzustimmen, an welchem Zeitpunkt im logopädischen Prozess Diagnostikverfahren eingesetzt werden können, um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten (vgl. B3: 122–127): „Also da muss man schon mal schauen, kommuniziert das Kind mit mir, hat es überhaupt das Vertrauen da mitzumachen.“ (B3: 128–130). Auch die Gewährsperson B4 beobachtet, dass sich das Verhalten der Kinder in der Diagnostiksituation von jenem im freien Spiel unterscheidet (vgl. B4: 87). Diese Aussagen verdeutlichen, dass auch situative Faktoren die Aussagekraft standardisierter Diagnostikverfahren beeinflussen können.

Schließlich werden in der Subkategorie „Änderungs- und Ergänzungswünsche“ jene Aussagen zusammengefasst, in denen die Expertinnen konkrete Vorschläge zur Weiter- oder Neuentwicklung von Diagnostikverfahren formulieren. Dabei zeigt sich insgesamt, dass die genannten Wünsche an die zuvor beschriebenen Herausforderungen anknüpfen und insbesondere auf eine stärkere Berücksichtigung dialektaler Besonderheiten abzielen. Die Expertin B1 erwähnt diesbezüglich den Wunsch nach dialektal angepassten Aussprachetests. Sie reflektiert allerdings, dass die Entwicklung solcher Tests aufgrund der großen Vielfalt an Dialekten mit Schwierigkeiten verbunden, wenn nicht sogar unmöglich sei. (Vgl. B1: 166–171). Diese Gewährsperson glaubt, „weil eben der Dialekt auch so vielfältig ist, dass es [...] nie möglich ist, alle Dialekte wirklich abzubilden.“ (B1: 179–180). Die Expertin B2 äußert den Wunsch nach einem expliziten Verfahren, das auf die sprachliche Realität in Vorarlberg zugeschnitten ist (vgl. B2: 196–197). Regionale Besonderheiten insgesamt stärker in den Fokus zu rücken, wünscht sich die Gewährsperson B4, die dabei die Österreichversion der PLAKSS als positives Beispiel angibt und sich Ähnliches für weitere Tests wünscht (vgl. B4: 170–178).

Neben diesen Wünschen hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der Diagnostikverfahren bezieht sich die Expertin B5 auf eine Anpassung der Normstichprobe:

Weil monolingual deutschsprachige Kinder aus ganz Deutschland oder nur aus bestimmten Bundesländern ist halt auch sehr eng gefasst für die grundsätzliche Allgemeinheit der Kinder. Die ist halt einfach nicht monolingual deutschsprachig. [...] Da gibt's mittlerweile glaube ich genug Kinder, die eben von Geburt an hier aufwachsen mit mehreren Sprachen und genauso in diese Stichprobe fallen könnten. Oder, dass man das vielleicht mehr in den Testverfahren beschreibt und da eben andere Sprachen, aber halt auch Variationen des Deutschen mitbeachtet, weil die gibt's ja in Deutschland auch, so ist es ja nicht. (B5: 198–205)

Sie bezieht sich hier nicht nur auf die vermehrte Abbildung ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit, sondern erwähnt auch intralinguale Variabilität und weist darauf hin, dass die aktuelle Auswahl der Normstichprobe die sprachliche Realität der Kinder nur unzureichend widerspiegelt. Darüber hinaus regt sie an, diese Aspekte in Begleitmaterialien zu thematisieren und auch im professionellen Umfeld mehr Sensibilität für die Thematik zu schaffen, sowohl unter Studierenden als auch unter ihren Kolleg*innen (vgl. B5: 209–210, 241–243).

Im Unterschied zu den nun erwähnten Wünschen formuliert die Gewährsperson B6 keinen Änderungsbedarf. Sie begründet dies damit, dass es in ihrer Generation der Logopäd*innen selbstverständlich sei, Materialien selbst zusammenzustellen und anzupassen, weswegen dieser individuelle Umgang für sie gewohnt und angenehm sei (vgl. B6: 157–160).

Insgesamt zeigt sich in dieser Kategorie, dass die Anwendung standardisierter Diagnostikverfahren in der Praxis mit unterschiedlichen Herausforderungen verbunden ist. Diese betreffen einerseits allgemeine Aspekte wie den Einsatz bei mehrsprachigen Kindern, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten oder individuelle Voraussetzungen der Patient*innen, andererseits aber auch die intralinguale Variabilität des Deutschen. Hier werden überwiegend Herausforderungen auf der diatopischen, teilweise auch auf der diaphasischen Ebene angesprochen. Fast alle Gewährspersonen verändern ihre Vorgehensweise bei dialektsprechenden Kindern: Eine Gewährsperson vermeidet bestimmte Tests, zwei andere passen einzelne Items an und weitere zwei interpretieren die Antworten unter Berücksichtigung des Gesamteindrucks. Die geäußerten Änderungswünsche knüpfen an diese Herausforderungen an und beziehen sich vor allem auf eine stärkere Berücksichtigung der sprachlichen Realität, insbesondere hinsichtlich der Dialekte, sowohl in der Gestaltung der Testverfahren als auch in der Zusammensetzung der Normstichprobe. Zusammenfassend zeigt sich hier bei allen Gewährspersonen ein Bewusstsein für die Grenzen standardisierter Diagnostikverfahren in der Anwendung bei nicht-standardsprachlich sozialisierten Kindern. Während fünf Expertinnen konkrete Herausforderungen und Adaptionen ihres eigenen Verhaltens erwähnen, beschreibt die sechste zwar nichts dergleichen, bezieht sich aber auf Änderungswünsche und macht damit ebenfalls deutlich, dass sie sich der derzeitigen Situation bewusst ist.

5.6 Differenzierung zwischen Variation und Störung

In der Hauptkategorie „Differenzierung zwischen Variation und Störung“ geht es darum zu klären, inwiefern die Diagnostikmaterialien nach Meinung der Expertinnen diese Unterscheidung vornehmen.

Zur ersten Subkategorie „Einschätzung der Trennschärfe“ gibt lediglich eine der Expertinnen an, dass die Diagnostikverfahren ausreichend zwischen sprachlichen Störungen und sprachlicher Variation differenzieren würden (vgl. B4: 136), während mehrere andere dies verneinen (vgl. B1: 141; B2: 152; B5: 119; B6: 101). Die Gewährsperson B5 führt es folgendermaßen aus: „Die Tests differenzieren nicht, nein. Ich differenziere. Das ist nur mein Werkzeug.“ (B5: 114–115). Damit betont sie, wie auch bereits an anderen Stellen gezeigt wurde, die Rolle der Diagnostikverfahren im logopädischen Prozess als Hilfsmittel und legt den Fokus auf weitere Aspekte der Diagnostik und ihre Expertise als Logopädin. Sie gibt an, aufgrund ihrer Erfahrung und professionellen Kompetenz, unabhängig von der sprachlichen Orientierung der Testverfahren, eine Sprachentwicklungsstörung diagnostizieren zu können (vgl. B5: 90–92). Auch die Expertin B3 betont, dass sie bei dialektsprechenden Kindern unabhängig von den eingesetzten Verfahren einschätzen könne, ob eine sprachliche Störung vorliege. Auch sie stellt neben den Tests, bei denen sie einzelne Teile anpasse oder flexibel interpretiere, weitere Aspekte der Diagnostik in den Vordergrund. (Vgl. B3: 135–140).

In der zweiten Subkategorie „Fehldiagnosen“ geht es um mögliche Fehlzuordnungen, die sich beim Einsatz der Testverfahren in der Praxis ergeben könnten. Hier zeigt sich eine ähnliche Einschätzung wie in der ersten Subkategorie: Lediglich eine Expertin gibt an, dass es in ihrer Praxis nicht zu falschen Einschätzungen durch die Diagnostikverfahren komme (vgl. B4: 114), während weitere Gewährspersonen durchaus die Möglichkeit sehen oder das Auftreten solcher Fälle bereits erlebten (vgl. B1: 136; B2: 140–141; B3: 120–121; B5: 101). Dabei beziehen sich die genannten Beispiele und Überlegungen überwiegend auf die diatopische Ebene intralingualer Variabilität. So weist die Expertin B1 darauf hin, dass dialektale Äußerungen in standardisierten Diagnostikverfahren als falsch gewertet werden könnten, obwohl sie innerhalb der jeweiligen Varietät korrekt seien (vgl. B1: 128–131). Ähnliche Einschätzungen finden sich auch bei B2 und B5, die vor allem die Ebene der Grammatik als anfällig für mögliche Fehldiagnosen sehen (vgl. B2: 135; B5: 101). Die Gewährsperson B6 gibt ein Beispiel an, in dem lexikalische Unterschiede zu Missverständnissen führen könnten, hebt allerdings auch hier die Rolle der Logopädin hervor, deren Aufgabe es sei, solche Items anzupassen und in der Auswertung anders zu behandeln (vgl. B6: 143–145).

Neben (möglichen) Fehleinschätzungen aufgrund der fehlenden Berücksichtigung der diatopischen Komponente ergänzt die Gewährsperson B3 Beispiele zur Bedeutung der diaphasischen Dimension. Sie meint, dass ein Test erst durchgeführt werden könne, wenn eine gewisse Kommunikationsbasis vorhanden sei:

Da können schon falsche Sachen rauskommen, also wenn ich nur stur einen Test nach dem anderen durchjage und wenn man nicht mal eine Gesprächsbasis mit dem Kind schafft, eine Spielbasis,

eine Vertrauensbasis, nämlich wirklich mal dieses Kind in einer normalen relativ natürlichen Gesprächssituation höre, da könnte ich mir schon vorstellen, dass ein Blödsinn rauskommt, ja. (B3: 117–121)

Diese Aussage zeigt, dass auch situative Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Diagnostiksituation und Testdurchführung haben: „Also beinhart Test hinknallen und das Kind sitzt am Schoß der Mutter und traut sich nichts sagen, das wären dann schon falsche Ergebnisse“ (B3: 130–131). Hier wird deutlich, wie wichtig die Rolle der Logopädin in der Diagnostik ist, weil das Ergebnis nicht nur von der Testgestaltung hinsichtlich inhaltlicher Elemente, sondern auch von der Art und dem Zeitpunkt der Durchführung sowie der zwischenmenschlichen Beziehung abhängt.

In dieser Kategorie zeigt sich also, dass die auf Basis der Testverfahren mögliche Differenzierung zwischen sprachlicher Variation und Störung lediglich von einer Gewährsperson als ausreichend beschrieben wird, während alle anderen Interviewten Herausforderungen erwähnen. Demnach seien Fehldiagnosen durchaus möglich, wenn die Testergebnisse ungeachtet der sprachlichen Realität des Kindes sowie des situativen Kontextes als Diagnosestellung übernommen werden. Ohne Beachtung dieser Aspekte besteht einerseits die Gefahr der *mistaken identity*, bei der Kinder aufgrund varietätenbedingter Phänomene fälschlicherweise mit einer Störung diagnostiziert werden, und andererseits jene der *missed identity*, also des Übersehens tatsächlicher Störungen (vgl. Paradis 2005: 173). Die Rolle der Diagnostikverfahren im logopädischen Prozess wird von einigen Gewährspersonen durchaus reflektiert und entsprechend eingeordnet. An unterschiedlichen Stellen wird betont, dass es der Berücksichtigung des Kontextes und der sprachlichen Realität der Patient*innen für eine korrekte Diagnose bedürfe und Testverfahren dabei nur einen Aspekt darstellen würden. Ein Bewusstsein hinsichtlich der Problematik der Differenzierung zwischen Variation und Störung und sich daraus ergebender (möglicher) Fehldiagnosen zeigt sich bei fünf der befragten Logopädinnen, die Grenzen der standardisierten Diagnostikverfahren aufzeigen und einen individuellen Umgang damit angeben.

5.7 Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität

In der letzten Hauptkategorie geht es darum, auf welchen sprachlichen Ebenen und Dimensionen intralinguale Variabilität von den Expertinnen überhaupt thematisiert wird. So soll abschließend im Überblick gezeigt werden, wie breit das Verständnis und das Bewusstsein bezüglich sprachlicher Variation im logopädischen Kontext gefächert sind.

In der ersten Subkategorie „Dimensionen“ wurden alle Aussagen codiert, die diatopische, diastratische oder diaphasische Dimensionen der intralingualen Variabilität berühren. Dabei zeigt sich, dass die – hier in einem weiten Sinn gefasste – diatopische Dimension von allen Gewährspersonen am häufigsten genannt wird, insbesondere der Begriff „Dialekt“, gefolgt von „Standarddeutsch bzw. -sprache“ und „Hochdeutsch“. Darüber hinaus werden unterschiedliche Ausprägungen diatopischer Variation beschrieben, wie Mischformen zwischen Dialekten oder Dialekt und Standard (vgl. B4: 29; B5: 230), regionale Unterschiede innerhalb Österreichs (vgl. B3: 47–48, 269–270, 274; B5: 24, 225, 228; B6: 108), nationale Unterschiede im DACH-Raum (vgl. B2: 91; B4: 169–170, 173–174; B5: 35–36, 131–132, 205–207; B6: 66) sowie Unterschiede im städtischen und ländlichen Bereich (vgl. B5: 25–27). Eine der Expertinnen erwähnt zudem einen Aspekt der *interspeaker variation*, indem sie ergänzt, dass jede*r Therapeut*in je nach Herkunft und sprachlicher Prägung unterschiedlich spricht (vgl. B1: 153–155).

Bezüglich der diastratischen Dimension findet sich lediglich eine Äußerung der Gewährsperson B3, in der sie sich auf Unterschiede in der Sprachverwendung je nach Alter bezieht. Vor allem jüngere Mütter würden demnach [g] in der Aussprache von *Giraffe* verwenden, während die Expertin die österreichische Variante [ʒ] benutzt (vgl. B3: 100–101). Dieses Beispiel zeigt allerdings auch, dass sich die Variations-Dimensionen nicht klar voneinander abgrenzen lassen, da altersbezogene Unterschiede hier mit regionalen Varianten verschränkt sind.

Ähnliches gilt für die diaphasische Dimension, die vor allem in Verbindung mit adressat*innen- und situationsbezogener Anpassung erwähnt wird. In vielen Fällen erfolgt diese Anpassung über die diatopische Variation, also z. B. das Wechseln zwischen dialektalen und standardnahen Varietäten. (Vgl. B1: 42–43; B2: 45–46, 73–76, 79–81; B4: 31–32; B5: 220–221, 230–233). Eine Ausnahme stellen hier die Expertinnen B3 und B6 dar, die Anpassungen unabhängig von regionalen Varietäten beschreiben, indem sie auf Aspekte wie Fachsprache, Sprechtempo (vgl. B6: 43–45) oder emotionale Einflussfaktoren (vgl. B3: 122–124) in der Therapie-situation Bezug nehmen. Zudem wird auch der Einfluss des Inputs aus den Medien auf den Sprachgebrauch der Patient*innen angesprochen (vgl. B1: 199–201; B3: 102; B6: 140).

In der zweiten Subkategorie „Systemlinguistische Ebenen“ steht im Vordergrund, auf welchen sprachlichen Teilbereichen Variation verortet und identifiziert wird. Am häufigsten beziehen sich die Expertinnen auf den Bereich der Lexik. Zwei der Expertinnen erwähnen intralinguale Variabilität ausschließlich hinsichtlich dieser Ebene. (Vgl. B3: 80–81, 95–96, 104–105, 139; B4: 50–53, 101, 104, 108, 129, 172). Während sich die Äußerungen zu Variation auf der Ebene der Lexik auf Beispiele aus unterschiedlichen Varietäten beziehen (vgl. B5: 228; B6: 69, 72, 135–136, 139), ergänzt die Gewährsperson B6 ein Beispiel aus dem diaphasischen

Bereich und erwähnt Variabilität bei der Verwendung von Fachbegriffen (vgl. B6: 44). Auch die Bereiche Phonetik-Phonologie (vgl. B1: 173–175, 196; B5: 92), Syntax (vgl. B1: 197) und Morphologie (vgl. B2: 145–146) bzw. Grammatik (vgl. B2: 135–140; B5: 101–105) werden angesprochen. Hier wird thematisiert, dass es je nach regionalen Varietäten zu Unterschieden auf diesen Ebenen komme. Auch hier wird von der Expertin B6 eine diaphasische Perspektive ergänzt, der zufolge sowohl Grammatik als auch Sprechtempo in Bezug auf Komplexität und Kommunikationssituation angepasst werden (vgl. B6: 43).

Insgesamt zeigt sich hier, dass intralinguale Variabilität von den Expertinnen überwiegend hinsichtlich der diatopischen Dimension und auf der lexikalischen Ebene wahrgenommen und beschrieben wird. Andere Ebenen und Dimensionen werden zwar punktuell berücksichtigt, bleiben jedoch insgesamt weniger präsent. Eine mögliche Erklärung dafür, warum die diatopische Dimension vergleichsweise besonders häufig thematisiert wird, könnte darin bestehen, dass sie in der alltäglichen Interaktion auffällig ist. Unterschiede zwischen regionalen Varietäten werden in Kommunikationssituationen rasch wahrgenommen, insbesondere dann, wenn sie vom eigenen Sprachgebrauch abweichen.

5.8 Zentrale Erkenntnisse hinsichtlich der Forschungsfrage

Nachdem nun die *kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien* expliziert worden ist, werden abschließend die wichtigsten Ergebnisse hinsichtlich der Forschungsfrage zusammengefasst und damit wird erläutert, inwiefern es bei den in Österreich praktizierenden befragten Logopäd*innen ein Bewusstsein für das Problemfeld ‚Intralinguale Variabilität (der deutschen Sprache) und Logopädie‘ im Allgemeinen sowie hinsichtlich der Anwendung von Standarddiagnostikverfahren bei Kindern im Besonderen gibt.

Diesbezüglich lässt sich zunächst festhalten, dass ein entsprechendes Bewusstsein grundsätzlich vorhanden ist. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass alle Gewährspersonen Aspekte sprachlicher Variation in den Interviews thematisieren. So beziehen sich alle Expertinnen auf Unterschiede im Sprachgebrauch ihrer Patient*innen und zeigen damit, dass ihnen Variation innerhalb der deutschen Sprache auffällt. Neben intralingualer Variabilität wird dabei auch interlinguale Variabilität im Zusammenhang mit Patient*innen, die mit ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit aufwachsen, angesprochen. Inhaltlich liegt der Fokus auf dialektalen und standardsprachlichen Varietäten. Dabei erläutern die Expertinnen mit Praxisstandort in Vorarlberg, dass Dialekt im Sprachgebrauch ihrer Patient*innen eine große Rolle spielt, während die beiden Gewährspersonen aus Wien Dialekt als weniger relevant in ihrem Praxisalltag einstufen. Auch regionale Unterschiede, z. B. zwischen Wien und anderen Bundesländern Österreichs oder dem

städtischen und ländlichen Raum, werden beschrieben. Ebenso wird der Einfluss des Inputs der Eltern sowie der Medien in diesem Zusammenhang von einigen Gewährspersonen thematisiert. Somit zeigt sich in den von den Expertinnen gegebenen Beschreibungen des Sprachgebrauchs der Patient*innen ein breites, wenn auch unterschiedlich ausgeprägtes Bewusstsein für intra- und interlinguale Variabilität im Allgemeinen.

Dieses Bewusstsein wird auch in den Reflexionen über den eigenen Sprachgebrauch der Expert*innen deutlich. Fast alle Gewährspersonen ordnen ihre eigene Sprachverwendung auf dem Spektrum zwischen Dialekt und Standardvarietät ein. Eine der Expertinnen bezieht sich in der Beschreibung ihrer *intraspeaker variation* auf diaphasische Aspekte. Alle Gewährspersonen führen aus, dass sie ihre Sprachverwendung an ihr Gegenüber oder das Ziel der Kommunikationssituation anpassen. Besonders häufig wird dabei ein Wechsel zwischen Dialekt und Standardvarietät genannt, aber auch Anpassungen hinsichtlich Verständlichkeit oder Sprechtempo werden angesprochen. Als zentrale Einflussfaktoren auf diese Anpassung des eigenen Sprachgebrauchs werden der Wunsch nach Authentizität, Verständlichkeit und individuelle Präferenzen bzw. Aspekte der Identitätskonstruktion angeführt. Insgesamt zeigt dies, dass sich alle Expertinnen mit ihrem Sprachgebrauch innerhalb eines Spektrums der intralingualen Variabilität bewegen und dementsprechend ein allgemeines Bewusstsein diesbezüglich gegeben ist.

Hinsichtlich der einschlägigen Thematisierung in der Ausbildung und im professionellen Umfeld wird deutlich, dass der Phänomenkomplex intralinguale Variabilität nur eine untergeordnete Rolle spielt. An den Ausbildungsstätten der Gewährspersonen gab es keine expliziten Lehrveranstaltungen diesbezüglich. Lediglich jene Expertinnen, die an Fachhochschulen studierten, erwähnen punktuelle Auseinandersetzungen mit der Thematik. Auch in Fortbildungen scheint sie keine Rolle zu spielen. Eine Ausnahme stellt hier eine Gewährsperson aus Vorarlberg dar, bei der die Thematik sowohl in der Weiterbildung als auch im Austausch mit Kolleg*innen eine zentrale Bedeutung hat. Abgesehen davon bleibt das Thema im Kolleg*innenkreis unterbelichtet. Eine Expertin begründet die ausbleibende explizite Auseinandersetzung damit, dass sie einen bewussten Umgang mit sprachlicher Variation ohnehin als Grundvoraussetzung für den logopädischen Beruf betrachtet, die nicht weiter ausverhandelt werden müsse. Vor diesem Hintergrund gilt es also vorsichtig zu beurteilen, inwiefern die ausbleibende Thematisierung im Kolleg*innenkreis tatsächlich auf ein fehlendes Bewusstsein bei Logopäd*innen schließen lässt. Fest steht dennoch, dass eine wissenschaftliche Auseinandersetzung im Ausbildungskontext ausbleibt und daher der Wissensstand zur Thematik auf der individuellen Auseinandersetzung und Erfahrungen aus der Praxis beruht.

Zusammenfassend zeigt sich also hinsichtlich der Forschungsfrage *im Allgemeinen*, dass ein entsprechendes Bewusstsein grundsätzlich bei allen Expertinnen vorhanden ist. Allerdings bezieht sich dieses überwiegend auf *bestimmte* Dimensionen der Sprachvariation, insbesondere die diatopische, und systemlinguistische Ebenen, vor allem lexikalische Unterschiede. Nicht zuletzt aufgrund der einschlägigen Unterbelichtung in der Ausbildung fehlt eine gemeinsame wissenschaftliche Basis, und so ist das Bewusstsein der Gewährspersonen je nach praktischen Erfahrungen und Schwerpunkten unterschiedlich ausgeprägt.

Hinsichtlich des Bewusstseins in Bezug auf die Anwendung von Standarddiagnostikverfahren bei Kindern zeigen sich noch deutlichere Unterschiede zwischen den Expertinnen. Zunächst ist festzuhalten, dass alle dazu befragten Gewährspersonen ein Bewusstsein dafür haben, dass sich die verwendeten Diagnostikverfahren an der bundesdeutschen Standardvarietät orientieren. Damit ist den Befragten der zentrale Aspekt der von der Masterarbeit aufgeworfenen Problemstellung bekannt. Insgesamt werden unterschiedliche Diagnostikverfahren genannt, wobei häufig die Spontansprachanalyse, also eine nicht standardisierte Erhebung, am Beginn der Diagnostik steht. Aussagen zu DACH-Varianten einzelner Tests zeigen zudem, dass ein Bewusstsein hinsichtlich regionaler – respektive nationaler – sprachlicher Unterschiede besteht. Auch zu Normstichproben, auf denen die Verfahren beruhen, äußern sich manche Gewährspersonen. Dabei beziehen sich die Aussagen primär darauf, dass diese Stichproben mit einsprachigen Kindern erstellt wurden und dies insbesondere in der Anwendung bei ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit mitbedacht werden muss. Eine der Expertinnen ergänzt, dass in den Normstichproben zudem nur die bundesdeutsche Standardvarietät berücksichtigt wird. Somit zeigt sich, dass der Ausgangspunkt des in der Masterarbeit behandelten Problemfelds allen Expertinnen bewusst ist, nämlich, dass sich die in Österreich eingesetzten Verfahren an der bundesdeutschen Standardvarietät orientieren und für diese entwickelt wurden.

Dieses Bewusstsein zeigt sich auch weiter in der Beschreibung der allgemeinen Herausforderungen im Umgang mit den Diagnostikverfahren. Hier wird ‚äußere‘ Mehrsprachigkeit als zentraler Aspekt von drei der Expertinnen genannt, der in der Testauswertung berücksichtigt werden sollte. Darüber hinaus werden auch Probleme in der Anwendbarkeit hinsichtlich intralingualer Variabilität diskutiert. Dabei stehen lexikalische Unterschiede auf der diatopischen Ebene im Vordergrund, wobei zwei Gewährspersonen ergänzen, dass sich die Therapiesituation auf das Sprachverhalten auswirkt und somit auf die diaphasische Ebene Bezug nehmen. Im praktischen Umgang mit diesen Herausforderungen werden offenbar unterschiedliche Strategien angewandt. Während zwei Expertinnen erwähnen, die Ergebnisse bei dialektssprechenden Kindern anders zu interpretieren, vermeidet eine Interviewpartnerin bestimmte Tests und zwei

weitere passen einzelne Testelemente an die sprachliche Realität der jeweiligen Kinder an. Solche Ausführungen zeigen, dass diese fünf Expertinnen ein Bewusstsein für die Problematik der Anwendung standardisierter Diagnostikverfahren bei nicht-standardsprachlich sozialisierten Kindern haben. Eine Expertin stellt hier allerdings eine Ausnahme dar, da sie keine spezifischen Anpassungen hinsichtlich der Auswertung oder Durchführung thematisiert. Dennoch lässt sich auch bei ihr ein implizites Problembewusstsein erkennen, da sie darauf verweist, überwiegend mit Spontansprachanalysen zu arbeiten, wodurch sich aus ihrer Sicht weniger Schwierigkeiten ergeben (vgl. B4: 131–133), und zudem Änderungswünsche in Bezug auf bestehende Verfahren äußert. Insgesamt zeigt sich somit, dass allen Expertinnen bewusst ist, dass zwischen der sprachlichen Ausrichtung der Testverfahren und der sprachlichen Realität der Kinder Unterschiede bestehen, die in der Praxis in irgendeiner Form berücksichtigt werden sollten. Dieser Umstand wird allerdings nicht durchgehend als Problem bewertet, sondern häufig als Teil des logopädischen Alltags verstanden, mit dem selbstverständlich professionell umgegangen werden muss. In diesem Zusammenhang wird immer wieder betont, dass Diagnostikverfahren nur *einen* Bestandteil des logopädischen Prozesses ausmachen und ihre Ergebnisse im Kontext der gesamten sprachlichen Realität der Patient*innen interpretiert werden müssen. Gleichzeitig wird von fast allen Expertinnen der Wunsch nach Änderungen, Weiter- oder Neuentwicklungen der Testverfahren geäußert, insbesondere hinsichtlich der Sprachrealität in Österreich. Dies lässt vermuten, dass ein pragmatischer Umgang mit den bestehenden Verfahren gefunden wurde, diese aber als verbesserungs- oder ergänzungswürdig betrachtet werden.

An die genannten Herausforderungen anknüpfend erwähnen vier Gewährspersonen, dass die Diagnostikverfahren nicht zwischen sprachlicher Variation und Störung differenzieren können, während eine Expertin gegenteiliger Meinung ist und eine weitere keine eindeutige Einschätzung dazu abgibt. Ähnlich verhält es sich bei der Frage nach Fehldiagnosen durch die Testverfahren, die vier Gewährspersonen als möglich betrachten und eine Expertin für nicht möglich hält. Falsche Einschätzungen durch Diagnostikmaterialien könn(t)en demnach insbesondere im Zusammenhang mit dialektalen Besonderheiten oder diaphasischen Aspekten auftreten. Das zeigt, dass bei einem Großteil der Expertinnen ein Bewusstsein für die in der Literatur beschriebenen Grenzen standardisierter Diagnostikverfahren vorhanden ist. Sie betonen, dass die Testergebnisse nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern immer unter Berücksichtigung der sprachlichen Realität der Patient*innen sowie auf Basis von Erfahrungen der Logopäd*innen interpretiert werden sollten. Damit wird der Expertise der Logopäd*innen eine zentrale Rolle zugeschrieben. Diese sollte es ermöglichen, die sprachliche Realität der Kinder und die jeweilige Situation so zu erfassen, dass Diagnostikverfahren angemessen eingesetzt und ausgewertet

werden können, um schlussendlich zu einer Diagnose zu gelangen, die dem tatsächlichen Bild der Patient*innen gerecht wird.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass es bei den befragten Expertinnen sowohl im Allgemeinen als auch im Besonderen ein Bewusstsein für das Problemfeld ‚Intralinguale Variabilität (der deutschen Sprache) und Logopädie‘ gibt. Allerdings ist dieses unterschiedlich ausgeprägt und kann daher eher als Spektrum verstanden werden. Während grundlegende Aspekte der intralingualen Variabilität allen bewusst sind, variieren die Ausprägung der Reflektiertheit, die Beschäftigung mit ausgewählten Aspekten der Thematik und die Umgangsweise damit in der Praxis stark. Je nach Praxisstandort und Person wird zudem die Relevanz des Dialekts unterschiedlich eingeschätzt, was sich auf die Bewertung des Problemfelds auswirkt. Insgesamt lässt sich vermuten, dass das Bewusstsein stark auf den individuellen Erfahrungen der Gewährspersonen und damit weniger auf einem gemeinsamen, theoretisch-systematisierten Wissen basiert, was sich aus der fehlenden Berücksichtigung in der Ausbildung ergeben könnte. Vor diesem Hintergrund wird sprachliche Variation von den Expertinnen unterschiedlich gewichtet, jedoch überwiegend als Teil der sprachlichen Realität der Patient*innen und damit des logopädischen Alltags verstanden. Die Gewährsperson B1 beschreibt dieses berufliche Selbstverständnis folgendermaßen:

es ist nicht mein Beruf, Kindern Hochdeutsch beizubringen. Mein Beruf ist es, Kindern in der Sprachentwicklung und beim Sprechen und bei/ in der Kommunikation zu helfen. Und wenn deren Muttersprache auch der Dialekt ist, dann finde ich auch, dass der Dialekt unterstützt gehört oder ich viele Fähigkeiten auch im Dialekt beibringen kann, die sie zum Kommunizieren brauchen, und [dass] das nicht unbedingt die Standardsprache sein muss. (B1: 47–53)

Darüber hinaus zeigt sich, dass neben oder sogar über der intralingualen die interlinguale Variabilität eine präsenste Rolle im logopädischen Alltag einnimmt. Wichtig zu erwähnen ist auch an dieser Stelle, dass es sich bei den befragten Expertinnen um Personen handelt, die sich im Vorfeld für das Thema interessiert zeigten, während andere angefragte Logopäd*innen eine Teilnahme mit der Begründung ablehnten, dass das Thema in ihrer Praxis nicht relevant sei. Es handelt sich bei den dargestellten Ergebnissen somit um ausgewählte Erfahrungen aus der Praxis von Logopädinnen, die dem Themenfeld grundsätzlich eine gewisse Bedeutung zuschreiben.

Schließlich bestätigen die Ergebnisse der Interviews die in der Forschungsliteratur beschriebenen Problemfelder. Auch wenn die Expertinnen diese nicht immer explizit benennen und nicht eindeutig geklärt werden kann, inwiefern die Phänomene trotz vorhandenen Bewusstseins tatsächlich als Problem oder eher als selbstverständlicher Bestandteil des logopädischen Alltags wahrgenommen werden, zeigt sich deutlich, dass standardisierte Diagnostikverfahren in der

Praxis an ihre Grenzen stoßen. Daraus ergibt sich eine hohe Verantwortung für die Logopäd*innen, Testergebnisse nicht isoliert zu betrachten, sondern immer vor dem Hintergrund zusätzlicher Beobachtungen und Erhebungen sowie der fachlichen Expertise und Erfahrungen zu interpretieren. Die Kompetenz zur Diagnosestellung ist damit eng mit der Fähigkeit verbunden, standardisierte Verfahren kritisch zu reflektieren, einzuordnen und gegebenenfalls an die sprachliche Realität der Kinder in der Durchführung oder Auswertung anzupassen. Ein fundiertes Fachwissen sowie ein differenziertes Verständnis hinsichtlich sprachlicher Variabilität erweisen sich damit als zentrale Voraussetzungen der logopädischen Diagnosestellung.

6 Fazit und Diskussion

Die vorliegende Masterarbeit problematisiert das Spannungsfeld zwischen linguistischen Erkenntnissen zum Spracherwerb, der Variabilität und Variation der deutschen Sprache und dem Einsatz von an der bundesdeutschen Standardvarietät orientierten Diagnostikverfahren bei nicht-standardsprachlich sozialisierten Kindern in der logopädischen Praxis. Ausgehend von Ansätzen der variationistischen Soziolinguistik wurde zunächst dargelegt, dass Sprache auf allen Ebenen und in unterschiedlichen Dimensionen variiert. Basierend auf Positionen der kritischen Soziolinguistik wurde zudem angenommen, dass diese Variation nicht wertfrei ist bzw. ohne soziale Konsequenzen erfolgt, sondern mit Bewertungen/Ideologien verbunden ist und sich auf die Kommunikationssituation sowie die daran beteiligten Personen auswirkt. Weiters wurde mit Blick auf die deutsche Sprache in Österreich gezeigt, dass intralinguale Variabilität insbesondere hierzulande eine zentrale Rolle spielt und in verschiedenen Ausprägungen zum Vorschein kommt. Diese Vielfalt der deutschen Sprache und der Erwerb ebendieser wurden in der Spracherwerbsforschung im Kontext der Logopädie bisher nur am Rande berücksichtigt, da überwiegend vom monolingualen Erwerb einer homogenen (bundesdeutschen) Standardvarietät ausgegangen wird. Diese Annahme ist allerdings kritisch zu hinterfragen, da Sprache aus soziolinguistischer Sicht per se immer variiert, was auch für die Standardsprache selbst gilt. Denn auch diese zeigt als Varietät verschiedenen Arten von Variation (vgl. www.regionalsprache.de). Da die Vielfalt der deutschen Sprache in der Spracherwerbsforschung jedoch kaum explizit thematisiert wird, bleibt offen, inwiefern sie in den bestehenden Untersuchungen implizit berücksichtigt ist. Es ist davon auszugehen, dass der kindliche Sprachgebrauch unter anderem hinsichtlich regionaler, sozialer und situativer Faktoren variiert. Worin der Einfluss dieser Faktoren genau besteht, ist allerdings unklar, da dieser in der einschlägigen Literatur weder explizit reflektiert noch offengelegt wird. Somit bleibt offen, inwiefern die vorliegenden Erkenntnisse zum Spracherwerb auf nicht-standardsprachlich sozialisierte Kinder übertragbar sind.

Neben den Grundlagen aus der Linguistik sowie der Spracherwerbsforschung wurden in vorliegender Untersuchung naturgemäß auch Aspekte der Logopädie berücksichtigt. Als vergleichsweise junge wissenschaftliche Disziplin weist sie ein breites Spektrum an Anwendungsfeldern auf, in denen Sprache einen zentralen Bereich darstellt. In vorliegender Arbeit stehen (spezifische) Sprachentwicklungsstörungen, deren Terminologie und Definition sich aktuell im Wandel befindet, im Vordergrund. Gemeint sind dabei Störungen der Sprachentwicklung bei Kindern, die sich auf den verschiedenen linguistischen Ebenen zeigen können und nach aktuellem Verständnis nicht als Folge einer anderen Grunderkrankung auftreten. Zur Diagnostik

stehen dabei verschiedene standardisierte Verfahren zur Verfügung, die die unterschiedlichen sprachlichen Ebenen untersuchen. Diese Tests orientieren sich an Erkenntnissen aus der Spracherwerbsforschung sowie zugrundeliegenden Normstichproben, die sich auf die bundesdeutsche Standardvarietät beziehen. Wie auch in der Spracherwerbsforschung bleibt hier eine Reflexion der sprachlichen Realität der untersuchten Kinder überwiegend aus, weswegen festgehalten werden kann, dass die Diagnostikverfahren für (vermeintlich) standardsprachlich orientierte Erwerbssituationen entwickelt wurden, ohne dass klar ist, inwiefern sie auch der sprachlichen Realität nicht-standardsprachlich sozialisierter Kinder gerecht werden.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich das zentrale Problemfeld der vorliegenden Masterarbeit: Einerseits besteht nur begrenztes Wissen darüber, wie sich intralinguale Variabilität auf den Spracherwerb auswirkt. Andererseits werden Diagnostikverfahren verwendet, die auf einer kaum reflektierten bundesdeutschen Norm basieren. Damit bleibt offen, wie sich deren Einsatz bei Kindern auswirkt, deren sprachlicher Hintergrund deutlich von dieser Norm abweicht, z. B. aufgrund diatopischer Unterschiede zwischen Österreich und Deutschland. Es besteht die Gefahr, dass sprachliche Unterschiede als „Abweichungen“ von der Norm und damit als Störungen gewertet werden, was zu Fehldiagnosen führen könnte.

Durch die hermeneutische Auswertung ausgewählter Fachliteratur wurden in vorliegender Arbeit zunächst die ersten beiden Forschungsfragen beantwortet. Hinsichtlich der Frage „(Inwiefern) Problematisiert die Fachliteratur die intralinguale Variabilität (des Deutschen) im Kontext der Logopädie?“ konnte gezeigt werden, dass das Thema zwar in einzelnen Werken aufgegriffen wird, jedoch meist nicht als Problem reflektiert wird. Eine explizite Auseinandersetzung findet sich lediglich in wenigen, häufig interdisziplinären Forschungswerken unter Beteiligung von Linguist*innen. Im deutschsprachigen Raum steht dabei die diatopische Dimension der Sprachvariation im Vordergrund. Eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik zeigt sich in der Schweiz, wo Leitlinien und einzelne nicht standardisierte Verfahren zur Berücksichtigung dialektaler Besonderheiten entwickelt wurden. Zudem sei angemerkt, dass sich im Vergleich deutlich mehr Forschung zur interlingualen Variabilität, vor allem im Kontext von Diagnostik und Therapie bei Kindern mit ‚äußerer‘ Mehrsprachigkeit, finden lässt. Diesbezüglich werden Herausforderungen diskutiert und zunehmend neue spezifische Diagnostikverfahren entwickelt.

In Bezug auf die zweite Forschungsfrage, ob Standarddiagnostikverfahren bei (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen von Kindern entsprechend thematisiert/reflektiert werden, zeigt sich ein ähnliches Bild wie hinsichtlich der Forschungsfrage 1. Zwar existieren einzelne Beiträge, die sich kritisch mit der Thematik auseinandersetzen, in grundlegenden

Überblickswerken zu Diagnostikverfahren bleibt der vorliegend problematisierte Aspekt jedoch weitgehend unberücksichtigt. Eine umfassende Diskussion darüber, inwiefern diese Verfahren der sprachlichen Realität nicht-standardsprachlich sozialisierter Kinder gerecht werden, ist somit bisher ausgeblieben. Insgesamt wird also deutlich, dass intralinguale Variabilität im Kontext der Diagnostikverfahren von (spezifischen) Sprachentwicklungsstörungen in der Fachliteratur nur begrenzt berücksichtigt wird. Zudem dominiert ein Verständnis von der Standardsprache, das aus soziolinguistischer Sicht die sprachliche Realität der Patient*innen nur unzureichend abbildet.

Die abschließende Forschungsfrage „(Inwiefern) Gibt es bei in Österreich praktizierenden Logopäd*innen ein Bewusstsein für das Problemfeld ‚Intralinguale Variabilität (der deutschen Sprache) und Logopädie‘ im Allgemeinen sowie hinsichtlich der Anwendung von Standarddiagnostikverfahren bei Kindern im Besonderen?“ wurde auf Basis der leitfadengestützten Expert*inneninterviews beantwortet. Die erhobenen Daten wurden mithilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022; 2024) unter Anwendung der Software MAXQDA ausgewertet. Insgesamt nahmen sechs Logopädinnen aus unterschiedlichen Bundesländern Österreichs (Vorarlberg, Salzburg, Steiermark und Wien) an der Untersuchung teil. Die Interviews wurden anschließend als Text (nicht als Interaktion) transkribiert und sorgfältig entsprechend der sieben Haupt- und 20 Subkategorien codiert. Die *kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien* zeigt zunächst, dass bei allen Expertinnen ein grundlegendes Bewusstsein für sprachliche Variation vorhanden ist. Sie nehmen Unterschiede im Sprachgebrauch ihrer Patient*innen wahr und reflektieren ihren eigenen Sprachgebrauch hinsichtlich der Anpassung an die Situation sowie das Gegenüber. Somit sind sie mit unterschiedlichen Varietäten des Deutschen in ihrem Praxisalltag konfrontiert und berücksichtigen diese implizit in ihrer eigenen Sprachverwendung. Dennoch zeigt sich, dass das Thema der intralingualen Variabilität im Ausbildungskontext nicht oder nur punktuell behandelt wurde. Eine systematische Auseinandersetzung in der Ausbildung blieb also bei allen Expertinnen aus. Auch im Kolleg*innenkreis sowie in der Fort- und Weiterbildung scheint die Thematik nur selten aufgegriffen zu werden.

Hinsichtlich der Anwendung standardisierter Diagnostikverfahren zeigt sich, dass allen dazu befragten Expertinnen bewusst ist, dass sich diese an der bundesdeutschen Standardvarietät orientieren. Dieses zentrale Element des Problemfeldes dieser Masterarbeit ist also in der Praxis bekannt. Anschließend daran geben vier der sechs Befragten an, dass die Verfahren nicht zuverlässig zwischen sprachlicher Variation und Störung differenzieren können. In diesem Zusammenhang wird auch von der Mehrheit der Gewährspersonen die Möglichkeit von

Fehldiagnosen thematisiert. Diese könn(t)en vor allem dann auftreten, wenn Testergebnisse ohne Berücksichtigung des Kontextes und der sprachlichen Realität des Kindes interpretiert werden oder Diagnostikverfahren zu einem Zeitpunkt eingesetzt werden, an dem noch keine Vertrauensbasis mit der Logopädin geschlossen wurde. Hier wird betont, dass standardisierte Testverfahren in der Praxis nicht als einzige Grundlage für eine Diagnosestellung herangezogen werden sollten. Sie werden von mehreren Expertinnen daher als Baustein im logopädischen Prozess verstanden, der durch zusätzliche Beobachtungen sowie die Berücksichtigung individueller und situativer Faktoren ergänzt werden muss. Dieser Umgang mit den Verfahren wird von den Gewährspersonen weniger als Problem, sondern mehr als selbstverständlicher Bestandteil des logopädischen Alltags beschrieben. Dennoch äußert ein Großteil der Befragten den Wunsch, dass intralinguale Variabilität und vor allem dialektale Besonderheiten stärker in standardisierten Diagnostikverfahren berücksichtigt werden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Interviewauswertung, dass intralinguale Variabilität im logopädischen Alltag wahrgenommen und in der praktischen Arbeit berücksichtigt wird, dies jedoch überwiegend implizit und erfahrungsbasiert passiert. Ein wissenschaftliches, theoretisch verankertes Verständnis des Problemfeldes fehlt weitgehend, was sich in der geringen Präsenz des Themas in der fachspezifischen Ausbildung, aber auch auf Basis der hermeneutischen Auswertung der Fachliteratur zeigt. Die in der Literatur beschriebene Gefahr von Fehldiagnosen wird auch von den Expertinnen beschrieben, die deutlich machen, dass standardisierte Diagnostikverfahren an ihre Grenzen stoßen, sobald sie auf Aspekte der sprachlichen Realität angewendet werden, die von den zugrundeliegenden Normen abweichen. Damit liegt die Verantwortung für eine angemessene Einordnung der Ergebnisse bei den Logopäd*innen selbst, deren fachliche Kompetenz unter anderem darin besteht, standardisierte Verfahren kritisch zu reflektieren und dem Kontext angemessen einzusetzen. Das Bewusstsein für dieses Spannungsfeld ist bei allen Befragten vorhanden, variiert jedoch stark in der Ausprägung und kann daher als Spektrum verstanden werden. Es beruht weniger auf einer gemeinsamen theoretischen Grundlage, sondern ist von individuellen Erfahrungen und Interessen geprägt. Somit verdeutlichen die Ergebnisse aus der *emischen* Perspektive den bestehenden Handlungsbedarf, intralinguale Variabilität in der Forschung zum Spracherwerb, aber auch in der Entwicklung standardisierter Diagnostikverfahren explizit zu berücksichtigen und eine systematische wissenschaftliche Auseinandersetzung damit zu fördern.

7 Limitationen

Abschließend seien die Limitationen der vorliegenden Masterarbeit thematisiert. Aufgrund begrenzter zeitlicher und organisatorischer Ressourcen war es nicht möglich, Logopäd*innen aus allen Bundesländern Österreichs in die Untersuchung miteinzubeziehen. Zudem hängt die Auswahl der Gewährspersonen wesentlich mit deren persönlicher Bereitschaft zusammen, für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Eine breitere Verteilung der Gewährspersonen auf weitere Bundesländer hätte eventuell weitere differenziertere Einblicke hinsichtlich regionaler Unterschiede im Umgang mit intralingualer Variabilität ermöglicht. Allerdings ist hervorzuheben, dass das qualitative Design vorliegender Untersuchung per se nicht auf statistische Repräsentativität abzielt.

Eine zentrale Einschränkung besteht weiters in der Auswertung der Interviews als Text und nicht als Interaktion. Damit bleiben wesentliche methodische, aber auch erkenntnis- bzw. wissenschaftstheoretische Aspekte der Gespräche in der Analyse unberücksichtigt (vgl. Deppermann 2013).

Schließlich ist anzumerken, dass der Auswertungsprozess nicht wie empfohlen von zwei Codierenden (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022: 136–137), sondern lediglich von einer einzigen Person durchgeführt wurde. Es liegt auf der Hand, dass diese Limitation in der „Natur der Sache“ – nämlich dem Verfassen einer bzw. der Verantwortlichkeit für eine Masterarbeit – begründet liegt. Durch wiederholte Codiervorgänge wurde jedoch versucht, die Codierungen so präzise und genau wie möglich angelehnt an die Kategoriendefinitionen vorzunehmen.

8 Literaturverzeichnis

Antoniou, Kyriakos, Kleanthes K. Grohmann, Maria Kambanaros & Napoleon Katsos. 2016. The effect of childhood bilingualism and multilingualism on executive control. *Cognition* 149. 18–30. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2015.12.002>.

Ball, Martin J. (Hrsg.). 2005. *Clinical Sociolinguistics*. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.

Berg, Margit. 2024. *MuSE-Pro. Überprüfung grammatischer Fähigkeiten bei 5- bis 8-jährigen Kindern*. 3. Aufl. Hogrefe.

Beushausen, Ulla. 2007. *Testhandbuch Sprache. Diagnostikverfahren in Logopädie und Sprachtherapie*. Bern: Verlag Hans Huber.

Beushausen, Ulla. 2016. Evidenz-basiert arbeiten in der Sprachtherapie. *Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema: Sprachtherapie und Inklusion* 3(1). <https://doi.org/10.14620/stadbs160906>.

Bloder, Theresa, Maren Eikerling, Tanja Rinker & Maria Luisa Lorusso. 2021. Speech and Language Therapy Service for Multilingual Children: Attitudes and Approaches across Four European Countries. *Sustainability* 13. <https://doi.org/10.3390/su132112143>.

Bloder, Theresa, Maren Eikerling, Tanja Rinker & Maria Luisa Lorusso. 2023. Sprachtherapie im Kontext von Mehrsprachigkeit – Eine Bestandsaufnahme: Was fehlt? *Forschung Sprache* (2). 27–37.

Bockmann, Ann-Katrin & Christiane Kiese-Himmel. 2012. *ELAN-R Eltern Antworten – Revision. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.

Bockmann, Ann-Katrin, Steffi Sachse & Anke Buschmann. 2020. Sprachentwicklung im Überblick. In Ann-Katrin Bockmann, Steffi Sachse & Anke Buschmann (Hrsg.), *Sprachentwicklung. Entwicklung – Diagnostik – Förderung im Kleinkind- und Vorschulalter*, 3–44. Berlin: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60498-4_1.

Bohnert-Kraus, Mirja & Roland Kehrein. 2020a. Einleitung. In Mirja Bohnert-Kraus & Roland Kehrein (Hrsg.), *Dialekt und Logopädie*, 3–9. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag.

Bohnert-Kraus, Mirja & Roland Kehrein (Hrsg.). 2020b. *Dialekt und Logopädie*. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag.

Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD- Gesetz 2024 – MTDG). StF: BGBl. I Nr. 100/2024.

Bundesministerium Bildung. 2026. Schuleingangsscreening. *Pädagogik-Paket*. <https://www.paedagogik-paket.at/massnahmen/schuleingangsscreening.html>. [Zugriff: 15.6.2026].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2026a. *ICD-10 BMASGPK 2026 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – BMASGPK-Version 2026+*. Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2026b. *Gesundheitsberuferegister*. <https://gbr-public.ehealth.gv.at/>. [Zugriff: 15.6.2026].

Burtscher, Magdalena. 2016. Diagnostik auf Alemannisch. Ein Leitfaden zur Diagnostik der morphologisch-syntaktischen Fähigkeiten unter Berücksichtigung des Alemannischen. *SAL-Bulletin* (162).

Chilla, Solveig. 2020. Mehrsprachige Entwicklung. In Ann-Katrin Bockmann, Steffi Sachse & Anke Buschmann (Hrsg.), *Sprachentwicklung. Entwicklung – Diagnostik – Förderung im Kleinkind- und Vorschulalter*, 109–130. Berlin: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60498-4_5.

Christen, Helen, Andrea Ender & Roland Kehrein. 2020. Sprachliche Variation in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Luxemburg. In Mirja Bohnert-Kraus & Roland Kehrein (Hrsg.), *Dialekt und Logopädie*, 84–135. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag.

Conti-Ramsden, Gina & Nicola Botting. 2004. Social Difficulties and Victimization in Children With SLI at 11 Years of Age. *Journal of Speech, Language & Hearing Research* 47(1). 145–161. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/013\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/013)).

Conti-Ramsden, Gina & Kevin Durkin. 2008. Language and Independence in Adolescents With and Without a History of Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Speech, Language & Hearing Research* 51(1). 70–83. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/005\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/005)).

Coseriu, Eugenio. 2007. *Sprachkompetenz. Grundzüge der Theorie des Sprechens*. 2. Aufl. Tübingen: Narr Francke Attempto.

Cummins, Jim. 1981. The Role of Primary Language Development in Promoting Educational Success for Language Minority Students. In California state Department of Education (Hrsg.), *Schooling and language minority students: A theoretical framework*, 3–49.

Dannenbauer, Friedrich Michael. 2003. Spezifische Sprachentwicklungsstörung. In Manfred Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Erscheinungsformen und Störungsbilder*, Vol. 2, 48–74. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Dannenbauer, Friedrich Michael. 2005. Sprachwissenschaftliche Grundlagen. In Manfred Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Selbstverständnis und theoretische Grundlagen*, Vol. 1, 111–161. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Deppermann, Arnulf. 2013. Interview als Text vs. Interview als Interaktion [61 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 14(3, Art. 13). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1303131>. [Zugriff: 15.6.2026].

Dresing, Thorsten & Thorsten Pehl. 2024. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 9. Aufl. Marburg: dr. dresing & pehl GmbH.

Dunn, Lloyd M. & Douglas M. Dunn. 2015. *PPVT–4. Peabody Picture Vocabulary Test – 4. Ausgabe. Deutsche Bearbeitung Alexandra Lenhard, Wolfgang Lenhard, Robin Segerer & Sebastian Suggate*. Pearson.

Dürscheid, Christa & Jan Georg Schneider. 2019. *Standardsprache und Variation*. Tübingen: Narr Francke Attempto.

Ebner, Jakob. 2008. *Duden – Österreichisches Deutsch. Eine Einführung*. Mannheim: Dudenverlag.

Ehlert, Hanna. 2021. *Dynamic Assessment. Prozess und Potential in der Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Eisenwort, Brigitte, Anna Felnhofer & Claudia Klier. 2018. Mehrsprachiges Aufwachsen und Sprachentwicklungsstörungen. Eine Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 46(6). 488–496. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000599>.

Elben, Cornelia E. & Arnold Lohaus. 2000. *MSVK. Marburger Sprachverständnistest für Kinder*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Esser, Günter & Anne Wyschkon. 2010. *P-ITPA. Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.

Fischer, Ruth. 2009. *Linguistik für Sprachtherapeuten. Eine praxisorientierte Einführung*. Köln: ProLog.

Forschungszentrum Deutscher Sprachatlas. 2026. REDE. <https://www.regionalsprache.de/>. [Zugriff: 15.6.2026].

Fox-Boyer, Annette V. 2014. *PLAKSS-II. Psycholinguistische Analyse kindlicher Aussprachestörungen-II*.

Fox-Boyer, Annette V. 2023. *TROG-D. Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses*. 9. Aufl. Schulz-Kirchner Verlag.

Fricke, Silke, Kelly Burgoyne, Claudine Bowyer-Crane, Maria Kyriacou, Alexandra Zosimidou, Liam Maxwell, Arne Lervåg, Margaret J. Snowling & Charles Hulme. 2017. The efficacy of early language intervention in mainstream school settings: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58(10). 1141–1151. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12737>.

Friedrich, Sophie & Ulrich von Knebel. 2017. Sprachtherapie mit sukzessiv mehrsprachigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen: Eine empirische Analyse gegenwärtiger Praxiskonzepte im Bundesland Berlin. *Forschung Sprache* (1). 57–77.

FWF Spezialforschungsbereich. 2026. Deutsch in Österreich: Variation – Kontakt – Perzeption. <https://www.dioe.at/>. [Zugriff: 15.6.2026].

Garraffa, Maria, Maria Vender, Antonella Sorace & Maria Teresa Guasti. 2019. Is it possible to differentiate multilingual children and children with Developmental Language Disorder? *Languages, Society & Policy*.

Glauninger, Manfred. 2010. Zwischen Hochdeutsch, Dialekt und Denglisch. „Innere Mehrsprachigkeit“ und urbane Kommunikation am Beispiel der Jugendlichen im Ballungsraum Wien. In Adalbert-Stifter-Institut des Landes Oberösterreich und dem Oberösterreichischen Volksliedwerk, Stephan Gaisbauer & Klaus Petermayr (Hrsg.), *Übergang. Kommunikation in der Stadt und an ihren Rändern*, 181–193. Linz.

Glauninger, Manfred. 2012. Stigma als Strategie – Zum „Dialekt“-Gebrauch im Wiener Deutsch. In Ulrich Kanz, Nadine Kilgert-Bartonek & Ludwig Schießl (Hrsg.), *Die Heimat auf der Zunge tragen – Mundart als Sprachschatz. Beiträge zur internationalen Dialektologentagung anlässlich des 70. Geburtstags von Ludwig Zehetner, Hetzenbach (Oberpfalz), März 2009*, 89–101. edition vulpes.

Glauninger, Manfred. 2015. (Standard-)Deutsch in Österreich im Kontext des gesamtdeutschen Sprachraums: Perspektiven einer funktional dimensionierten Sprachvariationstheorie. In Alexandra N. Lenz & Manfred Glauninger (Hrsg.), *Standarddeutsch im 21. Jahrhundert. Theoretische und empirische Ansätze mit einem Fokus auf Österreich*, 11–57. Göttingen: V&R Unipress.

Glück, Christian W. 2011. *WWT 6–10. Wortschatz- und Wortfindungstest für 6- bis 10-Jährige*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.

Grimm, Hannelore. 2015. *SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (3;0-5;11 Jahre). Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, Hannelore. 2016. *SETK-2. Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (2;0–2;11 Jahre) Diagnose rezeptiver und produktiver Sprachverarbeitungsfähigkeiten*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, Hannelore, Hildegard Doil, Maren Aktas & Sabine Frevert. 2019. *ELFRA. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Grohnfeldt, Manfred & Ute Ritterfeld. 2005. Grundlagen der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In Manfred Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Selbstverständnis und theoretische Grundlagen*, Vol. 1, 15–46. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Gruber, Maria. 2018. *Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern – Möglichkeiten & Grenzen*. Wien: Universität Wien.

Haid, Andrea. 2012. *scremos – Screening Morphologie-Syntax. Informelles Screening zur Erfassung der grammatischen Fähigkeiten von Kindern unter Berücksichtigung dialektaler Eigenheiten*. Zürich, Rorschach: SAL Verlag.

Haid, Andrea, Mirja Bohnert-Kraus, Sarah Feil, Lena Reising, Barbara Utiger, Magdalena Zunftmeister & A. Willi. 2019. *Anforderungen an die Mundartkompetenz von Logopädinnen* im Frühbereich und Kindergartenalter*. Zürich: Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband.

Haid, Andrea, Sarah Feil & Lena Reising. 2020. Wirkungsbereich der Logopädie. In Mirja Bohnert-Kraus & Roland Kehrein (Hrsg.), *Dialekt und Logopädie*, 11–31. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag.

Hua, Zhu & Li Wei. 2005. Bi- and Multilingual Language Acquisition. In Martin J. Ball (Hrsg.), *Clinical Sociolinguistics*, 165–179. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.

IALP. 2025. Who We Are. <https://ialpglobal.org/about-us/>. [Zugriff: 15.6.2026].

Kaiser, Irmtraud & Gudrun Kasberger. 2020. Zum Erwerb von Variationskompetenz im Deutschen im österreichisch-bairischen Kontext. In Mirja Bohnert-Kraus & Roland Kehrein (Hrsg.), *Dialekt und Logopädie*, 159–198. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag.

Kallmeyer, Werner. 2005. Qualitative Methoden/Qualitative Methods. In Ulrich Ammon, Norbert Dittmar, Klaus J. Mattheier & Peter Trudgill (Hrsg.), *Soziolinguistik (An International Handbook of the Science of Language and Society 2)*, 978–992. 2. Aufl. Berlin, New York: Walter De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110171488.2>.

Kannengieser, Simone. 2009. *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. München: Urban & Fischer.

Katerbow, Matthias. 2013. *Spracherwerb und Sprachvariation. Eine phonetisch-phonologische Analyse zum regionalen Erstspracherwerb im Moselfränkischen*. Berlin, Boston: Walter de Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110309768>.

Kauschke, Christina, Markus Spreer & Susanne Vogt. 2019. Terminologie und Definition von Sprachentwicklungsstörungen – Berichte aus (inter-)nationalen Arbeitsgruppen. *Forschung Sprache* (2).

Kauschke, Christina, Tobias Dörfler, Steffi Sachse & Julia Siegmüller. 2025. *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS)*. 3. Aufl. Urban & Fischer.

Keilmann, Annerose, Ghazal Moein & Hermann Schöler. 2012. Werden mit dem SETK 3–5 klinisch diagnostizierte Sprachentwicklungsstörungen erfasst? *HNO* (60). 63–71.

Kiese-Himmel, Christiane. 2005. *AWST-R. Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder – Revision*. Göttingen: Hogrefe.

Klann-Delius, Gisela. 2016. *Spracherwerb. Eine Einführung*. 3. Aufl. Stuttgart: J.B. Metzler. <https://doi.org/10.1007/978-3-476-05473-9>.

Klumpp, Teresa & Wilma Schönaauer-Schneider. 2020. Monitoring des Sprachverstehens bei ein- und mehrsprachigen Kindern mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES). *Forschung Sprache* (8). 45–65.

Kompetenzbereich sprachliche Bildung. 2026. Kinder beobachten: die Sprachstandserhebung. *Stadt Wien*. <https://www.wien.gv.at/bildung/spracherhebung-kindergarten>. [Zugriff: 15.6.2026].

Kuckartz, Udo & Stefan Rädiker. 2022. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden*. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo & Stefan Rädiker. 2024. *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9>.

Lautenschläger, Tamara, Alla Sawatzky, Katja Schneller, Jens Kaiser-Kratzmann, Jana Kierdorf & Steffi Sachse. 2023. Sprachentwicklungsverläufe bei mehrsprachigen Kindern im Vorschulalter. Durchschnittliche Leistungsveränderungen und interindividuelle Unterschiede in der Entwicklung der Umgebungssprache zwischen dem Alter von drei und sechs Jahren. *Forschung Sprache* (2). 86–107.

Law, James, Susan Roulstone & Geoff Lindsay. 2014. Integrating external evidence of intervention effectiveness with both practice and the parent perspective: development of ‘What Works’ for speech, language, and communication needs. *Developmental Medicine & Child Neurology* (57). 223–228. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12630>.

Lenz, Alexandra N. 2019. Bairisch und Alemannisch in Österreich. In Joachim Herrgen & Jürgen Erich Schmidt (Hrsg.), *Deutsch: Language and Space Band 4*, 318–363. Berlin, Boston: Walter De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110261295-011>.

Löffler, Heinrich. 2005. Wieviel Variation verträgt die deutsche Standardsprache? Begriffsklärung: Standard und Gegenbegriffe. In Ludwig M. Eichinger & Werner Kallmeyer (Hrsg.), *Standardvariation: Wie viel Variation verträgt die deutsche Sprache*, 7–27. Berlin: Walter De Gruyter.

logopädieaustria. 2025. *PRAEVENIRE Vorreiter Event Frauengesundheit am 10.11.2025*. <https://logopaediaustria.at/praevenire-vorreiter-event-frauengesundheit-am-10112025>. [Zugriff: 15.6.2026].

logopädieaustria. 2026. *Logopäd_innensuche*. <https://logopaediaustria.at/logopaedin-suche>. [Zugriff: 15.6.2026].

Lüke, Carina, Anja Starke & Ute Ritterfeld. 2020. Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern. In Steffi Sachse, Ann-Katrin Bockmann & Anke Buschmann (Hrsg.), *Sprachentwicklung*, 221–238. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60498-4_10.

MAXQDA. 2019. *MAXQDA Turns 30 and Launches into a New Decade of Research Innovation with MAXQDA 2020*. <https://www.maxqda.com/blogpost/30-years-maxqda>. [Zugriff: 15.6.2026].

Misoch, Sabina. 2019. *Qualitative Interviews*. 2. Aufl. Berlin, Boston: Walter de Gruyter.

Moosmüller, Sylvia. 1987. Soziophonologische Variation im gegenwärtigen Wiener Deutsch. Eine empirische Untersuchung. *Zeitschrift für Dialektologie und Linguistik* (Beiheft 56).

Moosmüller, Sylvia. 2007. *Vowels in Standard Austrian German: An Acoustic-Phonetic and Phonological Analysis*. Wien: Universität Wien.

Motsch, Hans-Joachim & Christian Rietz. 2023. *ESGRAF 4–8. Grammatiktest für 4- bis 8-jährige Kinder*. 3. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Muhr, Doris, Elisabeth Jarmer & Angelika Jungwirth. 2013. 100 Jahre Logopädie in Österreich: historischer Abriss und Bewusstsein für Berufsgeschichte von LogopädInnen. *logoThema* (2). 19–22.

Neumann, Katrin & Christiane Kiese-Himmel. 2022. *Therapie von Sprachentwicklungsstörungen Interdisziplinäre S3-Leitlinie*. AWMF-Registernr.: 049-015.

OECD. 2018. *Frascati-Handbuch 2015: Leitlinien für die Erhebung und Meldung von Daten über Forschung und experimentelle Entwicklung, Messung von wissenschaftlichen, technologischen und Innovationstätigkeiten*. Paris: OECD Publishing.

Oetting, Janna B. 2005. Assessing Language in Children Who Speak a Nonmainstream Dialect of English. In Martin J. Ball (Hrsg.), *Clinical Sociolinguistics*, 180–192. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.

Paradis, Johanne. 2005. Grammatical Morphology in Children Learning English as a Second Language: Implications of Similarities With Specific Language Impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* (36). 172–187. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2005/019\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2005/019)).

Paradis, Johanne, Fred Genesee & Martha B Crago. 2021. *Dual Language Development & Disorders : A Handbook on Bilingualism and Second Language Learning*. 3. Aufl. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Petermann, Franz. 2016. *SET 3-5. Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 3 und 5 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, Franz. 2018. *SET 5–10. Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Pfaller, Karin. 2015. *Stellungnahme zum Endbericht Mutter Kind Pass Vorsorge neu des Ludwig Boltzmann Institutes vom März 2013*.

Pilypaityte, Lina. 2014. äußere Mehrsprachigkeit. *Wörterbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft (WSK) Online*. Berlin, Boston: De Gruyter. https://www-degruyterbrill-com.uaccess.univie.ac.at/database/WSK/entry/wsk_id9efc5a7e-d048-4cf1-9ac6-094c8ef6aa68/html. [Zugriff: 15.6.2026].

Pilypaityte, Lina. 2015. innere Mehrsprachigkeit. *Wörterbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft (WSK) Online*. Berlin, Boston: De Gruyter. https://www-degruyterbrill-com.uaccess.univie.ac.at/database/WSK/entry/wsk_id0047e693-e315-49c0-8022-879010a70913/html. [Zugriff: 15.6.2026].

Rescorla, Michael. 2024. The Computational Theory of Mind. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/entries/computational-mind/>. [Zugriff: 15.6.2026].

Roberts, Julie. 2005. Acquisition of Sociolinguistic Variation. In Martin J. Ball (Hrsg.), *Clinical Sociolinguistics*, 153–164. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.

Rössl-Krötzl, Barbara & Simone Breit. 2018. *Anleitung zum BESK-DaZ KOMPAKT. Beobachtungsbogen zur Erfassung der Sprachkompetenz in Deutsch von Kindern mit Deutsch als Zweitsprache – KOMPAKT*.

Rössl-Krötzl, Barbara & Simone Breit. 2019. *Anleitung zum BESK KOMPAKT. Beobachtungsbogen zur Erfassung der Sprachkompetenz in Deutsch von Kindern mit Deutsch als Erstsprache – KOMPAKT*.

Rössler, Paul. 2019. Gutes Deutsch, schlechtes Deutsch: Sprachrichtigkeit und Normen als metasprachliches Thema. In Gerd Antos, Thomas Niehr & Jürgen Spitzmüller (Hrsg.), *Handbuch Sprache im Urteil der Öffentlichkeit*, 400–423. Berlin, Boston: Walter De Gruyter.

Rothweiler, Monika, Ezel Babur & Solveig Kroffke. 2007. Spezifische Sprachentwicklungsstörung im Kontext kindlicher Mehrsprachigkeit – Ergebnisse zur Kasusmorphologie in der Erstsprache Türkisch. *Sprache · Stimme · Gehör* (31). 144–150. <https://doi.org/10.1055/s-2007-985838>.

Scharff Rethfeldt, Wiebke. 2018. Evidenzbasierte logopädische Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern mit Verdacht auf Sprachentwicklungsstörung. *Praxis Sprache* (1). 12–17.

Scharff Rethfeldt, Wiebke & Susan Ebbels. 2019. Terminologie der Sprachentwicklungsstörung (SES). Auf dem Weg zu einem internationalen Konsens. *Forum Logopädie* 33(4). 24–31. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-53020190404>.

Scherger, Anna-Lena. 2023. Kenntnisse über das Störungsbild der Sprachentwicklungsstörung in der deutschen Gesellschaft. *Forschung Sprache* (2). 130–150.

Schmidt, Jürgen Erich & Joachim Herrgen. 2011. *Sprachdynamik. Eine Einführung in die moderne Regionalsprachenforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Schönauer-Schneider, Wilma. 2008. Monitoring des Sprachverstehens (MSV), comprehension monitoring - Welche Bedeutung hat es für Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen? *Sprachheilarbeit* (3). 72–82.

Schönauer-Schneider, Wilma & Melanie Eberhardt. 2017. „Hä?“ Monitoring des Sprachverstehens bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörung und Kindern mit Autismus*. *Forschung Sprache* (2). 107–113.

Schulz, Petra & Rosemarie Tracy. 2011. *LiSe-DaZ. Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache*. Göttingen: Hogrefe.

Soukup, Barbara. 2009. *Dialect use as Interaction Strategy*. Wien: Braumüller.

Soukup, Barbara & Sylvia Moosmüller. 2011. Standard language in Austria. In Nikolas Coupland & Tore Kristiansen (Hrsg.), *Standard languages and language standards in a changing Europe*, 39–46. Oslo: Novus.

Spitzmüller, Jürgen. 2022. *Soziolinguistik: Eine Einführung*. Stuttgart: J.B. Metzler.
<https://doi.org/10.1007/978-3-476-05861-4>.

Spreer, Markus. 2020. Die diagnostische Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten von Kindern. In Mirja Bohnert-Kraus & Roland Kehrein (Hrsg.), *Dialekt und Logopädie*, 33–58. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag.

Statistik Austria. 2012. *Österreichische Systematik der Wissenschaftszweige 2012*.

Suchodoletz, Waldemar von. 2011. *Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen: Der SBE-2-KT und SBE-3-KT für zwei- bzw. dreijährige Kinder*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Syczewska, Aleksandra & Ulla Licandro. 2020. Bilinguale Kinder - bilinguale Intervention? Therapie der Erzählfähigkeiten bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forschung Sprache* (1). 30–43.

Szagun, Gisela, Barbara Stumper & Satyam Antonio Schramm. 2023. *Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung: FRAKIS (Langform) und FRAKIS-K (Kurzform)*. 2. Aufl. Potsdam: Universitätsverlag Potsdam.

Till, Christoph, Erich Hartmann, Julia Winkes & Barbara Rindlisbacher. 2017. Satzverständnisseleistungen von Kindern mit und ohne SSES im TROG-D und einer schweizerdeutschen Adaptation. *Forschung Sprache* (1). 4–20.

Ulich, Michaela & Toni Mayr. 2025. *sismik. Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern in Kindertageseinrichtungen*. Verlag Herder.

Wagner, Lilli. 2024. *SCREENIKS. Screening der kindlichen Sprachentwicklung Computergestütztes Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes im Deutschen bei ein- und mehrsprachigen Kindern*. 2. Aufl. Eugen Wagner Verlag.

Wandruszka, Mario. 1979. *Die Mehrsprachigkeit des Menschen*. München: R. Piper & Co. Verlag.

Warnke, Ingo. 2016. Hochdeutsch (1). *Wörterbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft (WSK) Online*. Berlin, Boston: De Gruyter. [https://www-degruyterbrill-com.uaccess.univie.ac.at/de/database/wsk/entry/wsk_id_wsk_artikel_artikel_15990/html?query=\(\(hochdeutsch\)\)](https://www-degruyterbrill-com.uaccess.univie.ac.at/de/database/wsk/entry/wsk_id_wsk_artikel_artikel_15990/html?query=((hochdeutsch))). [Zugriff: 15.6.2026].

Wei, Li, Nick Miller, Barbara Dodd & Zhu Hua. 2005. Childhood Bilingualism: Distinguishing Difference from Disorder. In Martin J. Ball (Hrsg.), *Clinical Sociolinguistics*, 193–206. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470754856.ch15>.

Wiesinger, Peter. 1983. Die Einteilung der deutschen Dialekte. In Werner Besch, Ulrich Knoop, Wolfgang Putschke & Herbert Ernst Wiegand (Hrsg.), *Dialektologie. Ein Handbuch zur deutschen und allgemeinen Dialektforschung. Zweiter Halbband*, 807–900. Berlin, New York: Walter De Gruyter.

Wiesinger, Peter. 1990. Standardsprache und Mundarten in Österreich. In Gerhard Stickel (Hrsg.), *Deutsche Gegenwartssprache. Tendenzen und Perspektiven*, 218–232. Berlin, New York: Walter De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110622423-018>.

World Health Organization. 2022. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva.

Zollinger, Barbara. 2015. *Entwicklungsprofil. Die Entdeckung der Sprache*. 9. Aufl.
https://gsest.ch/wp-content/uploads/2024/09/Entwicklungsprofil_2024.pdf. [Zugriff: 15.6.2026].

Zorowka, Patrick G. 2008. Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* (9).
<https://doi.org/10.1007/S00112-008-1772-1>.

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition der Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Patient*innen“	64
Tabelle 2: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Patient*innen".	65
Tabelle 3: Definition der Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Expertinnen"	66
Tabelle 4: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Sprachgebrauch der Expertinnen" ...	67
Tabelle 5: Definition der Hauptkategorie „Ausbildung und professionelles Umfeld"	69
Tabelle 6: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Ausbildung und professionelles Umfeld"	69
Tabelle 7: Definition der Hauptkategorie „Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung" 71	
Tabelle 8: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Diagnostikverfahren und deren sprachliche Orientierung"	71
Tabelle 9: Definition der Hauptkategorie „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren"	73
Tabelle 10: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Umgang mit und Herausforderungen von Diagnostikverfahren"	74
Tabelle 11: Definition der Hauptkategorie „Differenzierung zwischen Variation und Störung"	76
Tabelle 12: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Differenzierung zwischen Variation und Störung"	76
Tabelle 13: Definition der Hauptkategorie „Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität"	77
Tabelle 14: Definitionen der Subkategorien zur Hauptkategorie „Systemlinguistische Ebenen und Dimensionen intralingualer Variabilität"	78

10 Anhang

10.1 Interviewleitfaden

Einleitung

Bevor wir in das Gespräch starten, möchte ich kurz erklären, was ich im Interview mit „Variation“ der deutschen Sprache meine: Damit ist gemeint, dass Deutsch in unterschiedlichen Formen verwendet wird, je nachdem, wo man lebt, mit wem man spricht, welcher sozialen Gruppe man angehört oder in welcher Situation man sich befindet. Dazu gehören also z. B. Dialekte, Umgangssprache, Hochdeutsch oder Fachsprachen. Mit „Variation“ wird nun bezeichnet, dass es diese Vielfalt an Sprachformen gibt. Mit „Standardsprache“ ist in diesem Zusammenhang jene Sprachform gemeint, die häufig als „Hochdeutsch“ bezeichnet wird, also die überregionale, normierte Sprachform der deutschen Sprache.

Einstieg und Kontextualisierung

- Wie lange sind Sie bereits als Logopädin tätig und in welcher Institution (eigene Praxis, Klinik, ...) arbeiten Sie derzeit?
- Welche Altersgruppe behandeln Sie schwerpunktmäßig?
- Haben Sie regelmäßig mit Kindern zu tun, bei denen eine spezifische Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert oder vermutet wird?

Sprache und Variation allgemein

- Wie würden Sie die sprachliche Realität Ihrer Patient*innen im Alltag bezüglich sprachlicher Variation, besonders hinsichtlich der Verwendung auch nicht-standardsprachlicher Formen wie z. B. Dialekt, beschreiben?
- Welche Rolle spielt es Ihrer Einschätzung nach, wie Ihre Patient*innen sprechen, also ob sie z. B. Dialekte oder andere nicht-standarddeutsche Sprechweisen aus ihrem sozialen Umfeld verwenden, sowohl im Alltag Ihrer Patient*innen als auch in Ihrem Arbeitsalltag?
- Wie würden Sie Ihren eigenen Sprachgebrauch im Berufsalltag beschreiben, z. B. im Gespräch mit Kindern, Eltern oder Kolleg*innen? Verwenden Sie eher Dialekt, Standardsprache oder Fachsprache? Passen Sie Ihre Sprachverwendung je nach Situation oder Gegenüber an?

- Wurden in Ihrer Ausbildung die verschiedenen Formen der deutschen Sprache, also z. B. Dialekte, Fachsprachen etc., thematisiert?

Sprache und Variation in der Diagnostik

- Welche Diagnostikverfahren nutzen Sie oder sind Ihnen aus der Ausbildung zur Feststellung einer SSES bekannt?
- Inwiefern orientieren sich diese Verfahren am Hochdeutschen? Haben Sie den Eindruck, dass sich diese eher am Hochdeutsch in Deutschland oder am Hochdeutsch in Österreich orientieren, oder ist das für Sie nicht eindeutig feststellbar?
- Haben Sie schon erlebt, dass Kinder aufgrund ihres Sprachgebrauchs, z. B. Dialekt, in Tests auffällig erscheinen, obwohl sie eigentlich keine Störung haben?
- Gibt es in Ihrer Praxis konkrete Herausforderungen im Umgang mit Kindern, die nicht mit Hochdeutsch, sondern mit anderen Formen des Deutschen, aufgewachsen sind, wenn es um die Anwendung der Tests geht?
- Würden Sie sagen, dass aktuelle Tests ausreichend zwischen sprachlicher Variation und sprachlicher Störung differenzieren können?
- Gibt es Verfahren, die Sie eher vermeiden oder anders interpretieren, wenn Kinder eine dialektale oder andere nicht-standardsprachliche Prägung aufweisen?
- Wie stark wird Ihrer Meinung nach die Variation innerhalb der deutschen Sprache in Ihrem Kolleg*innenkreis reflektiert?
- Gibt es Fortbildungen, Supervisionen oder Materialien, in denen sprachliche Variation im logopädischen Kontext explizit behandelt wird? Fühlen Sie sich in der Hinsicht gut unterstützt?
- Welche Änderungen oder Ergänzungen würden Sie sich bei den derzeitigen Testverfahren wünschen, um die sprachliche Vielfalt innerhalb der deutschen Sprache ausreichend zu berücksichtigen?
- Gibt es sonst noch etwas, das wir noch nicht angesprochen haben, was Sie in diesem Zusammenhang als wichtig erachten?

10.2 Interviewtranskripte

Transkript B1

Datum: 16.09.2025

Dauer: 16:51 Minuten

Bundesland: Salzburg

1 I: Dann wäre meine erste Frage, wie lange du bereits als Logopädin tätig bist und in
2 welcher Institution, also in der eigenen Praxis oder auch noch irgendetwas anderem,
3 du quasi arbeitest.

4 B1: So, also ich habe 2017 das Studium abgeschlossen, danach dreieinhalb Jahre in
5 einer Praxis in Wien angestellt gearbeitet, die aber auch auf Kinder spezialisiert war
6 und dann habe ich mich, ich glaube 2021, selbstständig gemacht in Salzburg und
7 habe seitdem eben quasi meine eigene Praxis. Also ich bin wo eingemietet und habe
8 auch schwerpunktmäßig Kinder in der Therapie und sonst mache ich noch Stimmthe-
9 rapie, da bin ich auch noch an der [Name der Bildungseinrichtung], habe dort einen
10 Lehrauftrag, aber das ist eben mehr für Stimme und weniger für Kindersprache.

11 I: Ah okay, das heißt die Altersgruppe, die du schwerpunktmäßig behandelst, sind
12 Kinder im Alter/ also eher im früheren Alter oder kann man das zirka eingrenzen?

13 B1: Tatsächlich von bis. Ich bin ein bisschen reingerutscht auch mit jüngeren Kin-
14 dern zu arbeiten, das heißt ich sage immer so ab zwei Jahren wo das Thema ist ‚Kind
15 spricht nicht‘, ähm, bis hin zu Schulkinder, die noch mit Schriftsprache Probleme
16 haben, also sehr breit gefächert eigentlich. Der Großteil der Kinder ist meistens so
17 Vorschulalter wo es halt um irgendwelche Aussprachethemen geht. Also zwischen
18 sechs ist wahrscheinlich der Großteil.

19 I: Okay, und sind da auch Kinder dabei, die eine Sprachentwicklungsstörung oder
20 spezifische Sprachentwicklungsstörung haben?

21 B1: Ja.

22 I: Okay. Genau, dann ähm, ja, wie würdest du denn die sprachliche Realität deiner
23 Patient*innen im Alltag beschreiben also verwenden die auch andere nicht-

24 standardsprachliche Formen wie Dialekt oder ist das eher was, was sozusagen nicht
25 so wichtig ist (...) oder nicht vorkommt?

26 B1: Schon, also das ist ein bisschen gemischt, weil ich arbeite ja jetzt in Salzburg
27 doch an der Grenze zu Deutschland und es kommen auch immer wieder Leute, die
28 wirklich auch Hochdeutsch sprechen, aber Salzburg-Umgebung, am Land vor allem,
29 wo ich jetzt auch arbeite, ist schon Dialekt auch sehr präsent.

30 I: Und welche Rolle würdest du da sagen spielt das, also jetzt im Leben von den
31 Patient*innen aber auch in deinem Arbeitsalltag? (...) Also wie ist das quasi/ ist das
32 irgendwie für deren Alltag/ oder also ist das in der Therapie überhaupt ein Thema
33 sowas wie Dialekt oder auch für dich persönlich wie du sprichst?

34 B1: Für mich schon, also ich rede ja selber auch Dialekt, auch jetzt mit dir (lacht),
35 ich bin in Kärnten aufgewachsen. (Benachrichtigungston am Laptop ertönt) Sorry,
36 ich muss mal kurz schauen, ob ich diese Benachrichtigungen ausschalten kann, weil
37 ich bekomme die ganze Zeit Nachrichten (lacht), ähm wo ist stummschalten. (...) Ich
38 schaffe es gerade nicht, das stumm zu schalten.

39 I: Gar kein Problem, das/

40 B1: So (...), sorry. Also, ich rede ja selber auch Dialekt, bin in Kärnten aufgewachsen
41 ähm. Jetzt wenn ich in Salzburg bin, mache ich es beruflich so, dass ich mich ein
42 bisschen an meine Patienten anpasse. Das heißt, wenn jemand zu mir kommt, der
43 komplett Hochdeutsch redet, dann rede ich auch Hochdeutsch oder Standardsprache.
44 Wenn jemand mit mir im Dialekt redet, dann rede ich auch im Dialekt. Und ich finde
45 es wichtig gerade Kindern einfach ähm möglichst alltagsnah zu begegnen. Für viele
46 Kinder ist der Dialekt sozusagen die Muttersprache. Die sind nicht mit Hochdeutsch
47 aufgewachsen und ich sehe das als Logopädin oft so, dass ich sage, es ist nicht mein
48 Beruf, Kindern Hochdeutsch beizubringen. Mein Beruf ist es, Kindern in der Spra-
49 chentwicklung und beim Sprechen und bei/ in der Kommunikation zu helfen. Und
50 wenn deren Muttersprache auch der Dialekt ist, dann finde ich auch, dass der Dialekt
51 unterstützt gehört oder ich viele Fähigkeiten auch im Dialekt beibringen kann, die
52 sie zum Kommunizieren brauchen, und das nicht unbedingt die Standardsprache sein
53 muss.

54 I: Hm (bejahend). Und wie ist das mit Kolleg*innen oder auch mit Eltern? Was wird
55 da eher verwendet? Kann man das irgendwie so pauschal sagen? (...) Oder ist das
56 auch je nach Gegenüber?

57 B1: Meinst du wie ich mit den Eltern rede?

58 I: Hm (bejahend), genau.

59 B1: Eigentlich im Dialekt beziehungsweise auch da, also das hat sich in der Zeit in
60 Wien für mich so eingebürgert, ich denke manchmal gar nicht darüber nach. Wenn
61 mich jemand auf Hochdeutsch anredet, dann antworte ich auf Hochdeutsch (lacht).
62 Das heißt wenn jemand vor mir sitzt aus Deutschland, dann rede ich auch Hoch-
63 deutsch oder Standardsprache halt. Und wenn jemand vor mir sitzt, der Dialekt redet,
64 dann rede ich auch Dialekt.

65 I: Hm (bejahend), okay. Und ist das etwas, was bei dir in der Ausbildung auch the-
66 matisiert worden ist? Also die Verwendung von Dialekt oder auch sowas wie Fach-
67 sprachen jetzt auf der einen Seite im Umgang mit Patient*innen aber auch ähm (...)
68 quasi bei den Kindern selber also in deren Alltag?

69 B1: (...) Ich bin mir nicht mehr sicher wieviel da in der Ausbildung dabei war (lacht),
70 muss ich gestehen. Ob da Dialekt/ Also ich kann/ könnte mich nicht erinnern, dass
71 jetzt Dialekt irgendwo jetzt ganz spezifisch auch thematisiert worden wäre. Wobei
72 doch, jetzt fällt mir gerade was ein ähm. Sprachwissenschaftlich Phonologie-Phone-
73 tik sowas da haben wir das mal besprochen, dass es in Dialekten auch manchmal
74 Laute oder Lautverbindungen gibt, die es in der Standardsprache gar nicht gibt. Weil
75 ich weiß, da haben wir irgendeinen Satz auch in unserem Dialekt transkribieren müs-
76 sen in Lautsprache (lacht) oder Lautschrift. Also da haben wir Berührungspunkte
77 damit gehabt, aber ansonsten könnte ich mich jetzt nicht erinnern, was da noch im
78 Studium Thema war.

79 I: Okay ähm dann kommen wir schon weiter zu dem Teil, wo es jetzt spezifischer
80 um die Diagnostik geht ähm. Welche Diagnostikverfahren ist denn für dich/ sind für
81 dich wichtig, oder falls du überhaupt spezielle Verfahren benutzt, wenn es jetzt um
82 eine spezifische Sprachentwicklungsstörung geht?

83 B1: Also spezifisch für Sprachentwicklungsstörung?

84 I: Hm (bejahend), genau.

85 B1: Für Sprachentwicklungsstörung mache ich tatsächlich mittlerweile ähm wenig
86 bis nichts Standardisiertes, ähm weil ich es einfach in der Praxis besser umsetzbar
87 finde. Weil viele Materialien die zwar irgendwie wissenschaftlich fundiert und nach-
88 gewiesen sind, sind oft in der Praxis schwerer umzusetzen, weil das halt mir

irgendeinem Bildmaterial oft in Zusammenhang ist und gerade wenn Kinder Sprachentwicklungsverzögerungen oder -störungen haben, ähm, fällt es oft sehr schwer, Dinge von einem Bild zu beschreiben zum Beispiel, sowas. Und ich finde das entspricht dann oft nicht dem, was die Kinder wirklich können, wenn man das mit so einem Material macht. Deswegen ist mein Weg da eigentlich, dass ich/ Ich mache sehr gerne Spontansprachanalysen, ähm, eine freie Spielsituation wo ich dann einfach meine Beobachtungen notiere. Die Spontansprachanalysen das nehme ich oft am Handy auf und transkribiere das danach auch, sofern die Kinder schon sprechen (lacht), weil oft ist ja auch das Thema, dass sie eben nicht sprechen ähm und ja. Wenn sie sprechen, transkribiere ich das, und analysiere das danach, was da in der Spontansprache schon vorhanden ist oder was nicht. Zum Beispiel wie lang ist die Äußerungslänge, gibt's schon grammatikalische Markierungen irgendwo am Verb, wie ist die Satzstellung, ist das noch Verbendstellung oder gibt's schon eine Verbzweitstellung, sind Artikel vorhanden oder nicht. Also so Sachen, das kann man alles in einer Spontansprachanalyse analysieren. Ja und ansonsten geht's ja gerade bei Sprachentwicklung für mich oft um diese Vorläuferfähigkeiten, die es braucht, um überhaupt zum Sprechen zu kommen. Und diese Vorläuferfähigkeiten sind eigentlich in jeder Sprache dieselben, deswegen ist es für mich da auch weniger relevant, ob das jetzt auf Hochdeutsch oder Dialekt ist, ähm. Da geht's um Dinge wie Blickkontakt, Spielentwicklung, Imitationsfähigkeit, ähm Vorstellungsfähigkeit, das sind alles Dinge, die es braucht, damit ein Kind überhaupt sprechen anfängt. Und wenn das Kind eben nicht spricht, dann schaue ich mir die Sachen an und das kann man einfach über Spielbeobachtung machen.

I: Okay, das heißt, das ist auch so der Hauptgrund ähm, warum du dich von den standardisierten Sachen/ oder halt ja/ abwendest oder eher was anderes verwendest. Oder war es da auch/ ist es mal vorgekommen, dass zum Beispiel ähm ein Kind, das jetzt zum Beispiel Dialekt gesprochen hat oder vielleicht ähm aufgrund einer sozialen Schicht, sage ich jetzt mal, eine andere Sprachform verwendet hat, dass es deswegen nicht so gepasst hat mit irgendeinem standardisierten Diagnostikverfahren, oder ist das nie vorgekommen? War das dann eher weil es von der Entwicklung her nicht passt?

B1: Also ich finde oft weil es von der Entwicklung her nicht passt. Weil wenn es ein bisschen ältere Kinder sind, die schon mehr reden, dann verwende ich schon mehr Diagnostikmaterialien. Ich mag zum Beispiel das Marburger Sprachscreening voll

123 gern weil es sehr umfangreich ist, ähm, genau. Den SETK den habe ich zwar in der
124 Praxis, aber den habe ich schon lange nicht mehr verwendet (lacht), gestehe ich. Ja,
125 wie gesagt, für mich ist es einfach alltagsnäher und gerade wenn Kinder Dialekt spre-
126 chen, wenn ich dann so einen Test mache, dann bewerte ich das oft auch anders, weil
127 man halt den Dialekt, finde ich, mitbedenken muss. Und der Dialekt ist bei keiner
128 Auswertung irgendwie im Test vorhanden, dass man/ das wäre dann eigentlich viel-
129 leicht falsch weil es nicht die Antwort ist, die vom Test erwartet wird, aber wenn ein
130 Kind Dialekt redet, ist der Satz im Dialekt vielleicht trotzdem richtig, also das ist
131 dann einfach/ bewerte ich dann individuell wenn ich so einen Test mache.

132 I: Das heißt, es würde durchaus auch vorkommen, dass Kinder, die jetzt zum Beispiel
133 Dialekt sprechen, auffällig erscheinen in einem Test, obwohl eigentlich aus deiner
134 Perspektive nicht wirklich eine Störung vorliegt? Oder zumindest in dem Bereich
135 nicht?

136 B1: Könnte sein.

137 I: Okay, und ähm. Na gut, das ähm haben wir dann eigentlich eh schon besprochen.
138 Das heißt, würdest du generell sagen, dass diese Tests, die es eben gibt, also diese
139 standardisierten Formen, zwischen der sprachlichen Variation und der sprachlichen
140 Störung auf irgendeine Weise differenzieren?

141 B1: (...) Nein (lacht). Ich bin gerade am Überlegen. Weil das Einzige, was ist, es gibt
142 bei manchen Tests zumindest eine Ausführung auf österreichischer Standardsprache
143 und deutscher Standardsprache, das zumindest. Aber auf verschiedene Dialekttypen
144 wird meines Wissens nach in keinem Diagnostikmaterial eingegangen.

145 I: Okay, ist das auch ein Thema was jetzt so im Kolleg*innenkreis oder auf Fortbil-
146 dungen thematisiert wird, oder ist das eher was, was jetzt nicht so relevant ist unter
147 den Logopäd*innen?

148 B1: Du meinst Dialekt allgemein?

149 I: Genau oder also eben gerade auch das Problem mit den Diagnostikverfahren, dass
150 man sagt, okay da gibt's einfach/ unsere Sprachrealität schaut anders aus als was da
151 vorgegeben wird.

152 B1: Ich hätte bis jetzt wenig mitgekriegt, dass das mehr thematisiert wird. Ich weiß
153 auch, dass manche Kollegen sowieso/ also das kommt ja auch immer auf die eigene
154 Sprache darauf an auch der Therapeutin. Weil wenn jetzt jemand mit österreichischer

155 Standardsprache aufgewachsen ist, dann therapieren die auch so, die fangen dann
156 nicht an im Dialekt irgendwie zu reden oder den Dialekt nachzumachen. Für mich
157 hängt das auch so ein bisschen mit Authentizität zusammen. Für mich ist der Dialekt
158 authentisch, weil ich mit dem Dialekt aufgewachsen bin, und wenn ich mich jetzt zu
159 sehr verstelle und das dann alles ein bisschen gekünstelt klingt, dann ist es ja nicht
160 mehr so authentisch, wie ich rede. Also ich finde, dass da die Authentizität ein wich-
161 tiger Punkt ist, aber man/ auch als Sprachvorbild.

162 I: Hm (bejahend). Gibt's da sonst irgendeine Änderung oder Ergänzung von den
163 Testverfahren, die du dir wünschen würdest? Oder findest du es eh eigentlich unnö-
164 tig, weil man das eh in der Praxis dann so anwendet, dass es für einen selber passt
165 und für das Kind?

166 B1: Das ist eine gute Frage. Natürlich wäre es cool, gerade so bei Aussprachetests
167 denke ich mir das manchmal ähm wenn es einen Teil wirklich im Dialekt gäbe, was
168 aber auch schwierig ist, weil Dialekt nicht gleich Dialekt ist. Und es gibt ja allein in
169 Österreich so viele unterschiedliche Dialekte, dass man/ dass das glaube ich fast un-
170 möglich bis schwer möglich ist, da alle Dialekte irgendwie einzubringen und mitzu-
171 bedenken. Also ich denke jetzt gerade an gewisse Konsonantenverbindungen die
172 zum Beispiel nur im Dialekt auftreten und wo Kinder dann auch Probleme haben
173 können, zum Beispiel sowas wie ‚i hob des gsogt‘ und die Kinder sagen ‚tsogt‘ statt
174 ‚gsogt‘, Kontaktassimilation. Ein ‚g‘ und ‚s‘ im Zusammenhang gibt's eigentlich so
175 gut wie nur im Dialekt.

176 I: Hm (bejahend), okay. Das heißt, das ist auf alle Fälle ein Thema, das/ wo man
177 sagen könnte, dass es irgendwie cool wäre, wenn es mehr Materialien gäbe, ja.

178 B1: Ja, also es wäre cool wenn es was gäbe, aber wie genau man das umsetzt wäre
179 ich jetzt selber überfragt, weil eben der Dialekt auch so vielfältig ist, dass es glaube
180 ich nie möglich ist, alle Dialekte wirklich abzubilden. Von dem her ist es vielleicht
181 doch dann gut, wenn die eigene/ die jeweilige Therapeutin oder der Therapeut das
182 selber mitbedenkt (lacht).

183 I: Das ist natürlich dann von Vorteil wenn man da selber Kompetenzen hat und ein
184 Verständnis aufbringen kann (lacht). Das wäre eigentlich/ Also meine letzte Frage
185 wäre nur noch ähm, ob es noch irgendwas gibt, was wir/ da jetzt noch nicht ange-
186 sprochen worden ist, was du in dem Zusammenhang als wichtig erachtest? Also ge-
187 rade zum Thema eben Dialekt und Diagnostik?

188 B1: Vielleicht einfach die Message, was ich gerne und oft sage: ‚Dialekt ist keine
189 Sprachstörung‘. Was ich auch sehr oft sage (lacht) wenn irgendwer mit der Frage
190 herkommt, ‚schadet das wenn ich mit meinem Kind Dialekt rede?‘ Ich sehe das eher
191 oft wie eine also zusätzliche Kompetenz und eigentlich gut für Kinder und man sagt
192 ja auch Kinder, die mehrsprachig aufwachsen, haben oft höhere sprachliche Kompe-
193 tenzen, weil sie mehr wie nur ein Sprachsystem von klein auf kennengelernt haben.
194 Und für mich ist das mit Dialekt ganz ähnlich. Auch wenn Dialekt der Standardspra-
195 che ähm sehr ähnlich ist, ist es trotzdem/ unterscheidet sich das trotzdem in ein paar
196 Punkten. Einerseits in der Aussprache ein bisschen, andererseits manchmal auch
197 satzstellungsmäßig gibt’s Sachen, die im Dialekt richtig sind, aber in Standardspra-
198 che dann eigentlich falsch. Und ähm das ermöglicht den Kindern/ aber wenn sie mit
199 beiden aufwachsen, und mit der Standardsprache kommt man sowieso in Kontakt
200 über Fernsehen, Radio, Bücher ähm, da hört man sowieso und liest man auch Stan-
201 dardsprache ähm. Das heißt ich sehe es oft so, dass ein Kind, das im Dialekt auf-
202 wächst, eigentlich schon zweisprachig aufwächst und damit schon ein bisschen
203 mehrsprachige Kompetenzen oft auch vermittelt bekommt wie ein Kind, das nur in
204 einer Sprache aufwächst. Also ich bezeichne das wirklich oft als eigene Sprache, so.
205 Das ist kein Sprachfehler, das ist eigentlich eine (...) ähm, eine Ressource.
206 I: Ja voll cool, danke dir. Dann beende ich mal die Aufzeichnung.

Transkript B2

Datum: 19.09.2025

Dauer: 23:52 Minuten

Bundesland: Vorarlberg

1 I: Meine erste Frage wäre, wie lange Sie bereits als Logopädin tätig sind und in wel-
2 cher Institution Sie momentan überwiegend arbeiten beziehungsweise gearbeitet ha-
3 ben?
4 B2: Hm (bejahend). Ich bin jetzt genau (...) 25 Jahre Logopädin und gearbeitet habe
5 ich in verschiedenen Institutionen. (...) Ja also einmal in einer Schule für mehrfach
6 behinderte Kinder, ähm das war das erste, dann in ein/ im klinischen Bereich, also
7 im [Name der Institution], in einem Kinderspital in der Schweiz (...) und jetzt bin

8 ich tätig in einer privaten Praxis, also freiberuflich in einer eigenen Praxis und das
9 seit fünf Jahren.

10 I: Und welche Altersgruppe behandeln Sie schwerpunktmäßig in Ihrer Praxis? Kann
11 man das so sagen, oder alles quer durch die Bank?

12 B2: Ja schon Kinder und Erwachsene und genaugenommen Jugendliche auch und
13 sehr kleine Kinder, aber schwerpunktmäßig wirklich Kinder und davon Kinder im
14 Kindergartenalter oder eben schon vorher also ich würde sagen schwerpunktmäßig
15 zwischen drei und sechs Jahren.

16 I: Okay und sind da auch Kinder dabei, bei denen spezifische Sprachentwicklungs-
17 störungen diagnostiziert werden?

18 B2: Ja, ja, schon, also schon, ja. Die Praxis sieht so aus, dass ich eigentlich sehr viele
19 Abklärungen auch mache und davon wirklich einige eigentlich auch keine Interven-
20 tion brauchen und, doch, also die, die Intervention brauchen sind wirklich Kinder mit
21 Sprachentwicklungsstörungen.

22 I: Und unter diesen Kindern oder auch/ also generell unter Ihren Patient*innen, wie
23 würden Sie da die sprachliche Realität beschreiben bezüglich sprachlicher Variation?
24 Also verwenden die in deren Alltag nicht-standardsprachliche Formen wie zum Bei-
25 spiel Dialekt, oder ist das eher nicht so relevant?

26 B2: Da wir/ Da ich ja aus Vorarlberg bin/ (...) ich würde sagen die meisten speziell
27 im Frühbereich, also wenn die Kinder drei Jahre sind, vielleicht gerade in einer Spiel-
28 gruppe begonnen haben, oder dann auch noch im Kindergarten sind, verwenden die
29 überwiegend Dialekt, hm (bejahend). Also nicht Standard.

30 I: Und welche Rolle spielt das Ihrer Einschätzung nach? Also die Verwendung jetzt
31 von Dialekt oder auch anderen nicht-standarddeutschen Sprechweisen? Sowohl jetzt
32 im Alltag Ihrer Patient*innen, also dann im Kindergarten vermutlich, aber auch in
33 Ihrem Arbeitsalltag, also dann in der Praxis bei Ihnen?

34 B2: Welche Rolle (...).

35 I: Oder spielt es überhaupt eine Rolle? Also es könnte ja auch sein, dass das ähm für
36 Sie total gewöhnlich ist.

37 B2: Ach so (...). Also in der Logopädie, wenn wirklich/ Also in der Therapie hand-
38 habe ich das schon so, dass ich eigentlich die Therapie bei Kindern, die überwiegend

39 im Dialekt aufwachsen, die wirklich auch im Dialekt mache. Also da spiel/ der Dia-
40 lekt spielt schon eine große Rolle, im Kindergartenbereich, im/ oder noch vor dem
41 Kindergartenbereich, also da/ die Therapie mache ich dann nicht auf Standard-
42 deutsch.

43 I: Okay, das heißt Sie ähm passen sozusagen Ihren Sprachgebrauch im Gespräch mit
44 den Kindern an die jeweilige Sprachform des Kindes an?

45 B2: Ja, ja, ja. Es macht einen Unterschied, wenn das Kind in der Schule ist, (...) dann
46 muss ich schon wechseln auf Standarddeutsch, natürlich. Denn/ ja, oder ja. Und was
47 noch fehlt ist, die Kinder mit Mehrsprachigkeit. Da macht die/ Also ich hoffe, ich
48 habe die Frage auch richtig verstanden, dort mache ich das nur auf einem Standard-
49 deutsch, also die Therapie, bei Mehrsprachigen, ja. Da biete ich den Dialekt nicht an.

50 I: Okay, und auch bei Schulkindern, die ähm im Dialekt sprechen, sprechen Sie sozu-
51 sagen Standarddeutsch, oder/

52 B2: Ähm, ja stimmt, da wird es schwierig, ähm (...). Es kommt ein bisschen auf den
53 Inhalt darauf an, auf den Schwerpunkt der Therapie, das muss ich sagen. Ja stimmt,
54 da kommt es wieder darauf an, was ist der Schwerpunkt in der Therapie. (...) Es ist,
55 ja, weil wenn/ weil/ Genau, wenn es darum geht, wirklich das Sprechen, die Kom-
56 munikation und die Sprachentwicklung zu fördern für das Sprechen, nicht für den
57 Schriftspracherwerb oder für den Lesebe/ Leseerwerb, dann mache ich das im Dia-
58 lekt, dann mache ich das in der Sprache, die die Kinder gewohnt sind.

59 I: Okay, ja sehr spannend.

60 B2: Ich hoffe das stimmt, ja (lacht).

61 I: Das ist eh nicht/ Also mich interessiert es einfach nur so eben zu hören, wie das
62 gehandhabt wird, also von dem her, auch wenn es jetzt nicht stimmt (lacht).

63 B2: Aha, okay okay (lacht).

64 I: Genau und ähm wie würden Sie Ihren Sprachgebrauch mit anderen Kolleg*innen
65 beschreiben? Ist das ähm eher eine Fachsprache, die Sie da verwenden, sprechen Sie
66 Dialekt oder Standardsprache? Wie würden Sie das so definieren?

67 B2: Hm (bejahend), wenn ich mich mit Kolleginnen austausche?

68 I: Hm (bejahend), genau.

69 B2: Also hier in unserer Region, oder?

70 I: Ja, genau.

71 B2: Also da ist es der Dialekt, ganz klar. (...) Ganz klar Dialekt, also wenn wir uns
72 treffen, wenn wir Meetings haben von *logopädieaustria* hier bei uns in Vorarlberg,
73 natürlich, das ist immer der Dialekt. Wenn ich mich vernetze, wie gestern ein Tele-
74 fonat in der Klinik nach [Ort in der Steiermark] mit den Logopädinnen dort, dann
75 muss ich, dann spreche ich so wie jetzt mit Ihnen, das bezeichne ich halt/ ich be-
76 zeichne das jetzt als Standarddeutsch, ja.

77 I: Und mit Eltern von Kindern, wie würden Sie da Ihren Sprachgebrauch beschrei-
78 ben?

79 B2: Sind die I/ Sind die Eltern einsprachig, und sind sie aus der Region, dann spreche
80 ich im Dialekt. Sind die Eltern mehrsprachig ähm (...), dann biete ich Standard-
81 deutsch an.

82 I: Okay, und diese ganzen verschiedenen Sprachformen, die ähm wir besprochen ha-
83 ben, wurde das in Ihrer Ausbildung thematisiert, dass es das überhaupt gibt, oder wie
84 man damit umgehen soll? Oder war das kein Thema, das ähm angesprochen wurde?

85 B2: (...) Damals, ich glaube da/ das wurde noch weniger angesprochen. Ich habe ja
86 meine Ausbildung auch in Wien gemacht, da wo Sie jetzt sind, ähm. Das war/ Also
87 wenn ich mich jetzt erinnern kann, ich würde sagen, das war kein Thema. Das ist erst
88 später gekommen, auch durch den Beruf, zum Beisp/ also durch die Tätigkeit. Oder
89 eben auch zum Beispiel durch die Tätigkeit in der Schweiz, da war das ganz klar, da
90 muss man auch als Vorarlbergerin möglichst den eigenen Dialekt sprechen oder den
91 Schweizer Dialekt anbieten, sonst hat man keine Chance mit den Kindern. Also ja,
92 ähm in der Ausbildung glaube ich, war das nicht so das Thema. Das habe ich eher
93 dann in Fortbildungen auch gehört ähm (...), ja. Es kommt auch vor, jetzt wenn ich
94 phonologische Therapie mache, und Sie wissen ja, das/ die ganzen Materialien, oder
95 wenn wir uns Spiele kaufen, sind alle auf Deutsch, kommen aus Deutschland, mög-
96 lichst Standarddeutsch, und oft passiert es auch, dass ich bei einem Kind keinen Fort-
97 schritt habe, oder, ja, sehr trocken gesagt. Oder es geht schon gut in der Übungsphase,
98 aber dann muss ich den Transfer zum Dialekt machen, muss Dialektworte üben, ja,
99 hm (bejahend). Zum Beispiel im Bereich Phonologie-Phonetik ja ist ganz klar, muss
100 ich das wirklich im Dialekt machen.

101 I: Jetzt haben Sie schon vorgegriffen, worum die nächsten Fragen gehen, und zwar
102 eben um die ganzen verschiedenen Materialien ähm zur Diagnostik oder auch zur

103 Therapie. Und da wäre meine erste Frage welche Diagnostikverfahren Sie nutzen zur
104 Feststellung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung. (...) Oder ob Sie über-
105 haupt Standarddiagnostikverfahren benutzen.

106 B2: Ach so, ja. Aha standardisierte, okay. Also (...) hier/ Für/ Also/ Zum ein/ Fest-
107 stellen einer Sprachentwicklungsstörung noch im Frühbereich, also bei einem zwei-
108 einhalb bis drei/ dreijährigen Kind verwende ich das Entwicklungsprofil nach Zollin-
109 ger, ähm. Aber ich glaube das ist gar nicht standardisiert ähm. Aber ich arbeite wirk-
110 lich ganz stark mit dem als erstes oft oder wende das als erstes an. Dann, recht
111 schnell, oder meistens gleichzeitig, mache ich den PLAKSS von Fox, Annette Fox,
112 PLAKSS-II, Österreichversion. Das mache ich ganz häufig, das ist ja nicht im Dia-
113 lekt (...). Und dann Grammatik, puh, ehrlich gesagt da kommt schon bisschen eine
114 Lücke (...). Eben, dann wird schon ein bisschen eine Sa/ Grammatik, standardisiertes
115 Verfahren, ich meine (...)/ Ich habe schon verschiedenes, MuS/ MuSe-Pro heißt das
116 glaube ich, MuSe-Pro, aber das wird dann schon ein bisschen schwierig eben, MuSe-
117 Pro. SET 5–10 habe ich, ähm PDSS habe ich, aber (...), oder scremos, ich weiß nicht
118 ob das bekannt ist, das ist nicht standardisiert, das ist einfach ein Screening von An-
119 drea Haid, das wende ich gerne an (...). Das geht gut, das ist nämlich/ das ist etwas/
120 ich weiß zwar, dass Andrea Haid eigentlich es nicht mehr will, dass man es erwähnt,
121 Professor Andrea Haid aus der Ausbildung aus Rorschach, sie hat das mit Vorarlber-
122 ger Kindergärtnerinnen ähm entwickelt, oder/ das ist eben für den Dialekt, die Gram-
123 matik zu prüfen, das geht ganz gut, das machen die Kinder ganz gerne. Das ist aber
124 nicht normiert hm (verneinend), das wird/ ja.

125 I: Ähm, ja das sind eh einige verschiedene Verfahren. Würden Sie/ oder haben Sie
126 den Eindruck, dass sich die, also abgesehen von dem letzten, das Sie jetzt erwähnt
127 haben, eher am Hochdeutsch in Deutschland oder am Hochdeutsch in Österreich ori-
128 entieren, oder lässt sich das nicht so fest abgrenzen voneinander.

129 B2: Nein, das orientiert sich am Hochdeutsch von Deutschland, oder? Hm (beja-
130 hend), ja.

131 I: Und haben Sie schon mal erlebt in Ihrer eigenen Praxis, dass Kinder, die ähm auf-
132 grund ihres Sprachgebrauchs, also zum Beispiel jetzt eben ähm bei der Verwendung
133 von Dialekt, in einem dieser Tests auffällig erscheinen, obwohl Sie als Logopädin
134 ähm eigentlich keine Störung in dem Bereich diagnostizieren würden?

135 B2: (...) Ja, ja, das gibt es schon. Speziell im Bereich Grammatik (...). Zum/ Ah wie
136 kann ich das fachlich gut ausdrücken/ Eben/ Oder zum Beispiel (...)/ Ich glaube im
137 Dialekt sagt man ja eben/ ist oft das Verb in der Endform. Man sagt ‚du muascht
138 spiela‘ oder ‚kumscht, geh spiela‘ oder/ und wenn ich dann üben will, ‚er spielt‘, oder
139 ‚sie spielt‘, oder ‚du spielst‘, dann hab/ zum Beispiel da fällt mir das auf, das ist dann
140 ein bisschen komisch für die Verbzweitstellung, ja. Ähm, hm (bejahend). Ja auf jeden
141 Fall, das kommt schon/ das würde eben schon vorkommen, ja.

142 I: Ähm, also das heißt, gibt’s da irgendwelche konkreten Herausforderungen in Ihrer
143 Praxis mit Kindern, die eben in Dialekt oder nicht mit Standarddeutsch aufgewach-
144 sen sind, wenn es um die Anwendung der Tests geht?

145 B2: Hm (bejahend), ja schon, ja (...). Oder auch/ Ich glaube auch, die Artikel, die
146 sind ja auch nicht so ähm/ Ich glaube im Dialekt gibt’s nicht/ gibt’s nicht wirklich
147 ganz klar drei bestimmte Artikel, sondern, eben, da ist das auch sowas, oder. Also
148 das/ Im Frühbereich ist das ein bisschen schwierig, ja, mit den Artikeln. Später, wenn
149 sie in der Schule sind ähm, ist das einfacher.

150 I: Würden Sie also sagen, dass die aktuellen Tests ausreichend ähm zwischen eben
151 sprachlicher Variation und sprachlichen Störungen differenzieren können?

152 B2: Nein, eben nicht ganz, oder? Hm (verneinend).

153 I: Das heißt ähm, gibt’s da auch Verfahren, die Sie eher vermeiden, oder anders in-
154 terpretieren, wenn Kinder eben Dialekt/ im Dialekt oder nicht-Standard sprechen?
155 Oder auch Verfahren, die Sie dann anwenden, also das haben Sie eigentlich eh schon
156 vorgegriffen die Frage (lacht).

157 B2: Aha stimmt, das ich auch meide. Zum Beispiel, mir ist einer eingefallen, den ich
158 nicht erwähnt habe, wie heißt jetzt das, das ist so das mit dem Zirkus von Motsch,
159 das gro/ der große Koffer (...) ESGRAF, sagt Ihnen das was?

160 I: Hm (bejahend).

161 B2: Der, der ist ganz schwierig für Kinder mit Dialekt und den meide ich. Ich kann
162 das jetzt aber, ich muss gestehen, ich kann das fachlich zu wenig genau sagen warum
163 jetzt etwas auch nicht geht ähm. Ja das/ da müsste man jetzt linguistisch fitter sein
164 wie ich bin, aber da merke ich, das geht nicht. Den muss ich ja auf Standarddeutsch
165 und mit einem Dialektkind, nein, den mache ich auch nicht. Ich mache ihn vielleicht
166 zum mal schauen wie geht das Kind damit um und mache mir Notizen und weiß wie

167 hat das Kind das gemanagt, aber den werte ich nicht aus und nehme ich nicht zur
168 Beurteilung, das mache ich nicht.

169 I: Okay, hm (bejahend) sehr spannend, danke ähm. Und wie stark wird Ihrer Meinung
170 nach dieses ganze Thema der Variation innerhalb der deutschen Sprache in Ihrem
171 Kolleg*innenkreis ähm reflektiert? Also gibt/ wird das überhaupt thematisiert oder
172 ist das eher nichts Relevantes sozusagen?

173 B2: Ich/ Also ich habe/ Das wird nicht so ähm (...)/ ist nicht so ein Thema. Ich/ Also
174 von meiner Seite muss ich sagen, eben, ich habe das gar nicht so gewusst, dass das
175 ein echtes Thema ist, oder, als Beginnerin und wir haben/ und sind dann viel/ und
176 haben diese Sachen angeschafft, oder, das erste war eh PDSS, und dann ausprobiert
177 und sind angeeckt und so und dann hat das eben in der Region, ich habe schon er-
178 wähnt, Professor Andrea Haid, sie hat das nämlich in der Ausbildung in Rorschach
179 dort zum Thema gemacht und hat zum Beispiel auch so ein kleines/ eine Unterstüt-
180 zung angeboten ähm. Ich kann das vielleicht dann später noch schnell aus dem
181 Schrank holen, nämlich genau ab/ welche Dinge wir nicht ähm/ für uns nicht relevant
182 sind von einem standarddeutschen Test, welcher im Dialekt für uns nicht relevant ist
183 oder welcher eine Falschaussage gibt und so. Da gibt es auch eine Bachelorarbeit da
184 dazu von der Schule und das war dann das erste, wo man gemerkt hat, aha, deshalb
185 haben wir auch die Probleme und merken, wir können das so nicht testen, oder? Also
186 das ist schon ein bisschen von außen gekommen und sie hat das auch einmal präsen-
187 tiert bei einem *logopädieaustria* Kongress zum Beispiel in Innsbruck, beim letzten
188 der stattgefunden hat, und da wurde es zum Thema, das fand ich toll. Aber sonst ähm
189 ist es eigentlich (...) glaube ich schon ein viel zu wenig beachtetes Thema.

190 I: Das heißt es gibt schon Materialien und auch Fortbildungen, wo es explizit behan-
191 delt wird, aber es ist sozusagen erst im Kommen, kann man das so/

192 B2: Hm (bejahend), ganz wenig ist das, ja, ganz wenig.

193 I: Gibt's denn irgendwelche Änderungen oder Ergänzungen, die Sie sich persönlich
194 für Ihre Arbeit in der Praxis wünschen würden? Also bei den Testverfahren, die es
195 jetzt gibt, oder auch die Entwicklung von neuen Testverfahren?

196 B2: Ja, das/ Also jetzt für uns wäre das schon cool, wenn es wirklich im Vorarlberger
197 Dialekt (...) da etwas geben würde, ja.

198 I: Und dann wären wir auch schon bei der letzten Frage, die wäre einfach nur, ob es
199 noch irgendetwas gibt, was wir jetzt nicht besprochen haben, was Sie noch in dem
200 Zusammenhang als wichtig erachten?
201 B2: (...) Da fällt mir jetzt nichts ein muss ich sagen.
202 I: Sehr gut, perfekt. Ja dann bedanke ich mich ganz herzlich und werde kurz die
203 Aufzeichnung beenden.

Transkript B3

Datum: 04.11.2025

Dauer: 25:06 Minuten

Bundesland: Wien

1 I: Meine erste Frage wäre, wie lange Sie bereits als Logopädin tätig sind und in wel-
2 cher Institution Sie momentan arbeiten?
3 B3: Also momentan bin ich freiberuflich mit Kassenvertrag in Wien, also selbststän-
4 dig (unv.) und seit einunddreißig einhalb Jahren als Logopädin, mit Kindern seit zirka
5 vierzehn Jahren.
6 I: Okay, das heißt Sie haben schwerpunktmäßig Kinder, oder auch andere Alters-
7 gruppen?
8 B3: Jetzt habe ich fast nur mehr Kinder, ja, also ich habe ein paar Stimmpatient*in-
9 nen, aber wenige, ähm, aber jetzt vor allem eigentlich Kinder. Davor war ich auf der
10 Neuro, aber mache ich jetzt eigentlich nicht mehr seit 15 Jahren, ja, seit 15 Jahren
11 nicht mehr, 15 bis 16 Jahren (unv.) (lacht).
12 I: Haben Sie regelmäßig auch mit Kindern zu tun, bei denen eine spezifische Spra-
13 chentwicklungsstörung diagnostiziert oder vermutet wird?
14 B3: Ja.
15 I: Okay ja super, dann (lacht), das ist nur so eine allgemeine Frage, damit ich das in
16 der Arbeit auch berücksichtigen kann, weil das eben das Thema ist ähm. Ja, und dann
17 schon zur Variation, da würde mich interessieren, wie Sie die sprachliche Realität

18 Ihrer Patient*innen bezüglich Variation einschätzen? Also verwenden die nicht-stan-
19 dardsprachliche Formen, oder ist das eher kein Thema bei Ihren Patient*innen?

20 B3: Das habe ich Ihnen eh schon am Telefon mal gesagt, also dialektale Färbungen
21 sind weniger Thema, es sind mehrsprachige Kinder halt, also ich habe im Moment
22 22 Prozent der Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache und 78 Prozent der Kinder
23 mit Deutsch als Erstsprache, also recht ausgewogen im Moment, ja. Genau, Dialekt
24 ist jetzt nicht so im Vordergrund.

25 I: Und, dass Sie das irgendwie merken würden, dass Kinder in der Situation, in der
26 sie sind, also mit Ihnen oder auch in der Situation der Eltern dann anders Deutsch
27 sprechen, wäre Ihnen das schon einmal aufgefallen, oder ist das eher nicht/

28 B3: Das ist mir eigentlich nicht aufgefallen, nein.

29 I: Und bei Ihrem eigenen Sprachgebrauch, also jetzt mit Kindern, oder auch mit El-
30 tern, oder Kolleg*innen – verwenden Sie immer Dialekt oder/ also immer Stan-
31 dardsprache, oder manchmal auch Dialekt, oder irgendeine Fachsprache?

32 B3: Ich glaube ich bin da ein bisschen manchmal ein Chamäleon, also ich passe mich
33 da an, also ich glaube, dass ich manchmal auch Dialekt ein bisschen spreche, also
34 zumindest hatte ich mal von einem neurologischen Patienten die Rückmeldung, der
35 selbst Dialekt gesprochen hat. Ich glaube ich passe mich da ein bisschen an, ich weiß
36 es nicht. Also ich variiere sicher auch ein bisschen.

37 I: Hm (bejahend). Ist das was, was in Ihrer Ausbildung thematisiert wurde?

38 B3: Nein, das passiert glaube ich eher unbewusst (lacht) (...), ja glaube ich, also
39 wenn ich jetzt mich so beobachte, ja. Also ich merke es auch mit Freunden, wenn die
40 ein bisschen Dialekt sprechen, kippe ich ein bisschen so in einen niederösterreichi-
41 schen Dialekt, obwohl ich Wienerin bin. Also ich bin jetzt nicht/ ich spreche eher
42 Standardsprache, wobei mein Mann aus Vorarlberg ist, und sagt, alle Wiener glauben
43 sie sprechen Hochsprache, Standardsprache, aber das stimmt auch nicht so. Aber ich
44 spreche natürlich schon eher mit Eltern Hochdeutsch, aber es kann schon mal sein,
45 dass ich sage ‚was i ned‘ oder irgendwie so, also das kann schon mal einfließen, das
46 kann ich nicht so genau sagen. Aber ich finde jetzt bei den Kindern ist der Dialekt in
47 Wien jetzt/ das ist nicht so das Vordergründige, also finde ich in Wien nicht so/ ist
48 sicher anders als in anderen Bundesländern.

49 I: Ja, dann weiter zur Diagnostik, also das ist eben dann so der spezielle Bereich, mit
50 dem ich mich beschäftige. Und da wäre meine Frage, welche Diagnostikverfahren
51 Sie nutzen zur Feststellung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung?

52 B3: Also ähm zur Phonologie, Einschätzung der Phonologie verwende ich den PLA-
53 KSS, ähm ich verwende auch den TROG-D, auch bei mehrsprachigen Kindern, aber
54 erst ab einem gewissen Alter, wobei mit Vorbehalten, ja. Ich finde es manchmal gar
55 nicht so schlecht wenn man den anschaut, aber ich knalle den TROG-D jetzt nicht in
56 der ersten Stunde hin, das mache ich sicher nicht gleich am Anfang. Und ich mache
57 eigentlich sehr viel Spontansprachanalyse, also ich schreibe manchmal mit, ich
58 schreibe in Bezug auf die Grammatik glaube ich, dass ich recht gut eingehört bin,
59 ähm dass ich erkenne, ob die Kinder eine Subjekt-Verb-Kongruenz haben und die
60 zweite Person Singular haben, ähm ob das Verb an der richtigen Stelle steht im
61 Hauptsatz, ob ich Nebensatzkonstruktionen höre. Manchmal nehme ich die Kinder
62 auch auf und mache so eine kurze Spontansprachanalyse. Aber die Grammatik quasi
63 expressiv von den Kindern mache ich eher über die Spontansprache, ja. Ich hatte den
64 LiSe-DaZ, oder den habe ich noch, für/ das ist dieser Test für mehrsprachige Kinder,
65 aber ich verwende das nicht mehr, nein. Und, genau TROG-D mache ich viel, Spon-
66 tansprachanalyse, den AWST-R habe ich auch für den Wortschatz, aber verwende
67 ich auch nicht mehr, ja und das wäre dann auch zu/ also wenn ich jetzt jeden Patie/
68 jedes Kind durch fünf Tests jage, ist das auch schwierig. Aber ich finde über Phono-
69 logie bekommt man auch in der Spontansprache einen Überblick und ganz gut über
70 den PLAKSS, ähm. Verständnis über das Spiel und auch über den TROG-D und ähm
71 Grammatikkonstruktionen finde ich Spontansprachanalyse eigentlich gut, ja. Da
72 habe ich auch mal den ESGRAF, einen Teil aus dem ESGRAF verwendet, aber das
73 ist dann auch immer wieder schwierig zu evozieren, ja hat er jetzt die zweite Person,
74 ja. Ganz ehrlich, wenn man mit den Kindern spielt, also dann quasi im Symbolspiel
75 oder so ist, dann hört man schon gut finde ich, die Grammatikfähigkeiten.

76 I: Und, weil Sie jetzt den TROG-D zum Beispiel erwähnt haben, der ist in der Lite-
77 ratur irgendwie sehr viel besprochen. Würden Sie ein/ also wenn Sie das einfach
78 beurteilen, dass sich die am Hochdeutsch in Deutschland orientieren? Oder am Hoch-
79 deutsch in Österreich? Oder können Sie das/ ist das für Sie eh das gleiche/

80 B3: Ja, Hochdeutsch in Deutschland. Nein, ich sag manchmal auch statt *der Junge*
81 sage ich dann *Buben* statt *Junge*, also das verändere ich. Und ein paar Sachen sind

auch blöd, ‚den Buben malt das Mädchen‘, ‚malt die Frau ein Mädchen‘, ich meine das sind Sätze, die verwendet eigentlich niemand. Also ich mache ihn, aber schon mit Vorbehalt. Ich finde trotzdem, dass er manchmal einen ganz guten Überblick gibt, ob jemand total vom T-Wert jenseits der 40 darunter ist, oder ob jemand was weiß ich T-Wert 39 oder ein bisschen darüber. Und das stimmt dann schon oft überein ob jetzt das Sprachverständnis kom/ komplett daneben ist (lacht), wenn man das so sagen kann, oder/ ist es ganz gut und das kann man auch mit Mehrsprachigkeit natürlich erklären, oder, ja auch teilweise mit schon veralteten oder auch eigenartigen Konstruktionen. Ich finde ihn trotzdem nicht schlecht zum zusätzlichen Überblick ähm oder auch zum Vergleich finde ich es nicht so schlecht. Oder, dass man dann wirklich auch sehen kann, da ist jetzt wirklich/ Perfektformen sind noch nicht, oder Passiv noch nicht, oder es sind Präpositionen, also, so schlecht finde ich ihn nicht. Aber natürlich es ist schon eher Deutsch, auch beim PLAKSS sind natürlich einige Wörter, aber da kann man darüber hinwegsehen, ob man jetzt quasi ähm, nein *Schiraffe* gibt's gar nicht, *Giraffe*, ja. Wobei Kinder aber mittlerweile eh manche die deutsche Version, von den jüngeren, verwenden. Ja also da habe ich das Gefühl, dass manche/ na *Schiraffe* gibt's gar nicht beim PLAKSS, da müsste ich schauen, aber irgendwo/ jetzt fällt's mir nicht/ aber das/ bei einigen Wörtern, die ich noch/ aber oh ja, das ist aber nicht vom Test, ich sage noch *Schiraffe* und manche, sogar jüngere Mütter, die dann so Mitte Ende 20 sind, sagen schon manche *Giraffe*, also weil sich das vielleicht dann auch wandelt mit dem YouTube oder so, wenn man das mehr schaut, ich weiß nicht. Aber das sind so Minimalheiten, das ändert jetzt nichts an der Diagnostik ob man jetzt *Giraffe* oder *Schiraffe* sagt, das kann man dann schon auch an anderen Wörtern erkennen, das finde ich jetzt nicht so.

I: Das heißt Sie würden jetzt nicht sagen, dass die Gefahr besteht, dass jetzt in so einem Test ähm ein Kind irgendwie auffällig erscheint, das aber eigentlich gar keine Störung hat?

B3: Nein, ehrlich gesagt, man muss ja/ also man kann nicht einen Test alleine heranziehen, ja, man muss ja auch spielen. Also ich denke mir, man muss den TROG-D mit Vorsicht genießen, gerade bei mehrsprachigen Kindern, weil er für einsprachige Kinder normiert ist ähm. Und es gibt dann schon ein paar Sachen, wo ich mir denke, ja da muss ich dann halt ein anderes Wort nehmen, oder/ aber, dass es deswegen jetzt/ ich meine ohne da/ ohne gewisse Beurteilung des sonstigen sprachlichen Bildes den Test alleine heranziehen würde ich nicht. Und ich glaube das ist auch schwierig,

116 wenn man ausschließlich testet und nicht ähm in Kommunikation mit den Kindern
117 ist. Da können schon falsche Sachen rauskommen, also wenn ich nur stur einen Test
118 nach dem anderen durchjage und wenn man nicht mal eine Gesprächsbasis mit dem
119 Kind schafft, eine Spielbasis, eine Vertrauensbasis, nämlich wirklich mal dieses Kind
120 in einer normalen relativ natürlichen Gesprächssituation höre, da könnte ich mir
121 schon vorstellen, dass ein Blödsinn rauskommt, ja. Aber man muss immer das ganze
122 Bild da sehen. Und wenn zum Beispiel auch ein Kind sehr schüchtern ist, manchmal
123 sind die Kinder am Anfang einfach schüchtern, die reden in der ersten Stunde wenig,
124 manche Kinder, das ist für mich total okay, das beurteile ich noch nicht. Also wenn
125 ich merke, ein Kind macht jetzt bei einem Test noch nicht mit, dann mache ich ihn
126 noch nicht in der ersten Stunde. Und wenn ich da jetzt aber alles als falsch werte,
127 dann wäre das natürlich ein komplett verfälschtes Bild oder wenn es jetzt, weiß ich
128 nicht, um Mutismus geht, wäre das natürlich total verfälscht. Also da muss man
129 schon mal schauen, kommuniziert das Kind mit mir, hat es überhaupt das Vertrauen
130 da mitzumachen. Also beinhaltet Test hinknallen und das Kind sitzt am Schoß der
131 Mutter und traut sich nichts sagen, das wären dann schon falsche Ergebnisse, wenn
132 ich das mal so (sagen kann?) (lacht), ja.

133 I: Aber das heißt prinzipiell würden Sie schon sagen, dass die Tests, die Sie verwen-
134 den, zwischen sprachlicher Variation und der Störung durchaus differenzieren?

135 B3: Also wenn das jetzt ähm/ (...) Mit der dialektalen Färbung da habe ich jetzt nicht
136 so ein/ das ist für mich in der Diagnostik, so eine dialektale Färbung, kein Thema,
137 das ist nicht problematisch. Und so weit kann ich auch ähm beurteilen, ob jetzt ein
138 Kind, das Deutsch auch spricht, oder nicht und ich mir denk, das versteht jetzt halt
139 *Kissen* nicht, sondern, dann sage ich halt *Polster*. Also das muss man schon/ dann
140 kann man das ja ändern.

141 I: Und weil Sie das vorher angesprochen haben, dass dann bei mehrsprachigen Kin-
142 dern Sie das irgendwie anders einsetzen, können Sie das/

143 B3: Naja, der TROG-D/ also der PLAKSS ist ja quasi, ja, da kann man ein bisschen
144 den Wortschatz der Nomen ein bisschen einen Eindruck gewinnen und die Phonolo-
145 gie, ja. Bei mehrsprachigen Kindern ist es natürlich so, wenn die noch sehr wenig
146 Wörter auf Deutsch haben dann zur Phonologie, dann würde ich auch nicht um genau
147 einzuschätzen den PLAKSS alleine, wenn die also jedes zweite Wort nicht benennen
148 können. Das macht es dann natürlich schwierig, also da muss man natürlich die

149 Kinder ein bisschen genauer anschauen und schauen wie gut/ wie weit ist Deutsch
150 überhaupt da, dass ich das beurteilen kann, ja, wie die Phonologie ist ähm. Sehr oft
151 ist es aber doch so, auch bei mehrsprachigen Kindern, wenn man dann spricht mit
152 den Kindern, dass man/ auch wenn der Wortschatz nicht so groß ist auf Deutsch, die
153 Phonologie doch irgendwann beurteilen kann, ja ähm. (...) Beim Türkischen, ich
154 habe auch viele türkischsprachige Kinder, da kenne ich auch ein paar türkische Wör-
155 ter und da kann ich dann auch ein bisschen beurteilen, ist das jetzt ein Fall der Mehr-
156 sprachigkeit, oder hat er auch phonologische Probleme auf Türkisch. Das kann ich
157 bei Türkisch ein bisschen anhand von Wörtern ein bisschen auch einschätzen, das
158 kann ich bei anderen Sprachen, bei Chinesisch oder Arabisch nicht ähm. Und den
159 TROG-D knalle ich jetzt auch nicht immer hin, also wenn jetzt ein Kind noch nicht
160 gut Deutsch kann, also noch wenig Kontakt zu Deutsch hatte, dann werde ich jetzt
161 nicht gleich den TROG-D machen. Das mache ich dann eher mit Vorschulkindern,
162 mit älteren Kindern, die vielleicht schon mehr Kontakt zu Deutsch hatten und wo ich
163 den Eindruck habe, da ist schon was da an Sprachverständnis im Deutschen, jetzt
164 würde es mich interessieren, wie ist der jetzt im Vergleich zu den Normwerten zu
165 Kindern mit Deutsch als Muttersprache. Und wenn der da einen T-Wert von rund 40
166 hat, dann denke ich mir/ dann ist das nicht so schlecht (lacht), vor allem wenn es um
167 Zweitsprache geht, ja. Und wenn da aber ein T-Wert von zehn ist, dann denke ich
168 mir, oh da ist zumindest das Sprachverständnis auf Deutsch im Vergleich zu sprach-
169 gesunden Kindern, und so schreibe ich das auch im Befund, auf jeden Fall einge-
170 schränkt. Ob es jetzt dann in der Muttersprache eingeschränkt ist, das kann ich nicht
171 beurteilen, aber da kann man dann schon beurteilen, es ist auf jeden Fall auf Deutsch
172 dann eingeschränkt, wenn es jetzt ganz schlecht ist. Wenn es jetzt ein bisschen unter
173 dem Durchschnitt ist und ich merke aber, der versteht jetzt eigentlich ganz gut, dann
174 denke ich mir, schafft er eigentlich, also da werde ich dann nicht so streng sein und
175 muss halt einschränkend dazusagen, dass das Kind zwei Sprachen hat. Aber so ein
176 bisschen einen Eindruck, also so da geht gar nichts oder der versteht überhaupt kein
177 Verb, also da ist einfach/ der versteht noch die Nomen am Anfang, aber sobald es
178 auf Verben kommt, der versteht schon das Wort ‚trinken‘ nicht, dann kann das na-
179 türlich auch Wortschatz sein, aber dann ist trotzdem das Sprachverständnis, egal ob
180 es jetzt am Wortschatz liegt, oder an der Grammatikstruktur liegt, auf jeden Fall im
181 Deutschen dann nicht altersentsprechend im Vergleich zu einsprachigen Kindern.

I: Hm (bejahend). Ist das, die Testung eben von Kindern, die einen mehrsprachigen Hintergrund haben oder generell eben sprachliche Variation ein Thema ist, ist das ähm/ wird das Ihrer Meinung nach in Ihrem Kolleg*innenkreis reflektiert? Oder ist das eher ein unwichtiges Thema unter Anführungsstrichen?

B3: Also das ist auf jeden Fall ein großes Thema, weil wir auf jeden Fall mindestens 50 Prozent der Kinder, die zu uns kommen, mehrsprachig sind, also das ist natürlich ein Thema. Und dann stellt sich halt immer die Frage, was ist jetzt eine Spracherwerbsverzögerung und was ist jetzt ähm quasi Folge der Mehrsprachigkeit. Und das zu differenzieren ist nicht immer so einfach. Wobei ich auch glaube, dass über Elterngespräche, wenn man herausfindet, dass also die Muttersprache auch beeinträchtigt ist, wenn man merkt, dass die Phonologie beeinträchtigt ist, dann hat man schon einen Hinweis darauf, dass es jetzt nicht nur ein Problem der Mehrsprachigkeit ist, weil dann bräuchte das Kind ja keine Logopädie, sondern, dass es vielleicht auch phonologische Probleme hat, ja. Wenn jetzt/ Wenn ich ähm die Information von den Eltern habe, dass das Kind super in der Muttersprache spricht, ja, dann fühle ich mich natürlich schon einmal weniger zuständig und das/ nicht, dass man das immer genau weiß, weil das ist ja auch schwierig für einsprachige Eltern, immer genau zu beurteilen, wie gut ist mein Kind jetzt im Vergleich zu Altersgenossinnen und -genossen entwickelt, ja. Das ist ja auch nicht so einfach wenn man da nicht Fachfrau ist, darum muss man das immer mit Vorsicht genießen. Aber wie gesagt, das geht ja eigentlich recht/ ja und dann sprechen sie ein paar Sätze und merke, das geht eigentlich ganz gut, dann habe ich da mal ein Vertrauen, dass die Muttersprache gut ist. Und dann muss man schauen, gibt's phonologische Probleme. Das kann man dann schon gut erkennen. Das kann man gut erkennen wenn es statt/ wenn es kein ‚k‘ hat oder kein ‚sch‘ hat oder kein ‚r‘ hat, das erkennt man dann bei mehrsprachigen Kindern, die doch ein bisschen Deutsch können recht rasch. Da ist dann die Phonologie ein Thema, also, dass man phonologisch arbeitet. Und in der Spielsituation kommt es ja doch dann auch unwillkürlich auch zu Grammatikförderung jetzt bei mehrsprachigen Kindern, auch wenn das jetzt in der Muttersprache gut ist, aber phonologische Probleme hat. (...) Und natürlich ist mein Anspruch, wenn jetzt ein mehrsprachiges Kind ähm mal den Hauptsatz erworben hat und die Verbzweitstellung im Hauptsatz und die Verbendung von der zweiten Person Singular ähm und einen ganz guten Wortschatz zu haben scheint, dann passt das auch für mich mal ganz gut so für die Logopädie. Da muss ich jetzt nicht/ werde ich jetzt nicht jeden Artikel und das alles

216 trainieren, weil sonst müsste man ja ganz viele Kinder noch zusätzlich drannehmen.
217 Aber so eine gewisse Einschätzung ist schon möglich, aber es ist nicht immer so
218 leicht, was ist da wirklich Therapie und was ist da, wo man sagt, okay vielleicht, das
219 klingt jetzt so gut, wie ein Kind, wenn es mit Ihnen Türkisch spricht, das klingt für
220 mich so unauffällig, dass er in Deutsch jetzt nicht so gut ist. Dann vielleicht doch
221 noch irgendwo schauen im Verein STARTKLAR oder irgendwo andocken, wo noch
222 mehr Deutschförderung ist, oder, eher dann auf Deutsch schauen. Oder, dass man
223 dann die Eltern berät in Richtung Deutschförderung und nicht in Richtung Spracher-
224 werbsstörung, aber das ist nicht immer leicht.

225 I: Ja, das glaube ich (lacht). Gibt's da im/ also explizit im logopädischen Kontext,
226 Fortbildungen oder Materialien, wo, also zum Beispiel, wie Sie jetzt angesprochen
227 haben, Elternberatung oder aber auch generell die Diagnostik, worauf man vielleicht/
228 welche Tests geeignet wären, welche weniger ähm, gibt es da Materialien, oder eher
229 weniger?

230 B3: Also es gibt eben diesen LiSe-DaZ auch, diesen, ich weiß nicht ob Sie das ken-
231 nen, den Deutsch als Zweitsprache (...), aber ich finde es schwierig, weil es sind ja
232 so viele Sprachen, also (...) gibt's dann/ nein ich wüsste jetzt nicht, das ist der Test
233 der für jetzt Arabisch, für Türkisch, für Farsi, für was weiß ich, Chinesisch und Ding
234 super ist (lacht). Also wenn Sie da was wissen, dann gerne. Ich kann mir halt nur
235 anschauen, was ist mir wichtig. Mir ist wichtig, können die Kinder die Laute, haben
236 die Kinder eine Ahnung von einer Verbstellung im Deutschen, ja, haben sie da ir-
237 gendwie schon eine Idee davon und das kann man schon sehr gut auch über die Spon-
238 tansprache eigentlich hören, ob sich da auch was entwickelt. Also ehrlich gesagt, ist
239 da die Spontansprache schon ein wesentlicher Punkt auch zur Beurteilung für mich.

240 I: Das heißt für Sie wären jetzt irgendwelche neuen Testverfahren eher weniger hilf-
241 reich, sondern eigentlich das meiste geht dann über die Spontansprachanalyse, also
242 in Kombination? Aber das wäre jetzt nichts, was Sie/ was Ihnen die Arbeit sehr er-
243 leichtern würde?

244 B3: Ich/ Vielleicht wenn es so einen guten Test gäbe. Aber ich denk das ist/ Ich finde
245 die Testsituation beim Evozieren von Grammatik und so oder um das festzustellen
246 nicht so einfach. (...) Ja, also ich denke mir da ist das dann einfach im Kontakt, im
247 Spiel, mehr zu hören was die Satzkonstruktionen betrifft. Zum Verständnis finde ich
248 ist/ gibt's/ kann es durchaus auch mal etwas anderes geben als den TROG-D, habe

249 ich/ würde ich mich freuen, also so ein bisschen Einschätzung Sprachverständnis
250 ähm (...). Aber für die Grammatik, weiß ich nicht. Also den SETK habe ich nicht,
251 muss ich mal sagen. Der ist auch sehr teuer und wenn es dann zu viel an Tests wird,
252 dann wird es auch sehr, sehr aufwendig, ja.

253 I: Ja super, dann wäre eh schon meine letzte Frage noch, ob es noch irgendetwas gibt,
254 was Sie in diesem Zusammenhang oder Themenkomplex als wichtig erachten, was
255 wir jetzt nicht angesprochen haben?

256 B3: Bitte, Entschuldigung?

257 I: Ob es noch irgendetwas gibt in dem Themenzusammenhang was Sie als wichtig
258 erachten, worüber wir jetzt noch nicht gesprochen haben?

259 B3: Puh, ähm, weiß ich nicht, haben Sie noch irgendwelche Ideen oder was von Tests
260 gehört, die besonders gut ankommen, oder gerne gemacht werden, oder wo Kol-
261 leg*innen das Gefühl haben, da ist wirklich ein Test, der repräsentativ ist für viele
262 Sprache, also Kinder, mehrsprachige Kinder und der wirklich ganz toll ein Bild eines
263 Kindes zeichnet?

264 I: Also zu dem Thema habe ich ehrlich gesagt noch nicht so viel gehört. Ich habe
265 bisher mit Kolleg*innen von Ihnen gesprochen, also mit anderen Logopäd*innen,
266 auch aus Vorarlberg, wo es dann eben viel um dialektale Testverfahren gegangen ist,
267 aber zum Thema Mehrsprachigkeit sind Sie jetzt die erste, die mir da einen Einblick
268 gibt.

269 B3: Hm (bejahend), da ist das anders, ja. Und das ist sicher in Vorarlberg ganz an-
270 ders, weil dort ja doch die Lautsprache/ weil es da ja doch ganz anders ist als die
271 Hochsprache von der lautlichen Struktur und das ist in Wien aber nicht. Und selbst
272 die mehrsprachigen Kinder, die ein Wort sagen, die sagen es dann, ja, ich meine das
273 wird bei/ vor allem bei mehrsprachigen, die werden eher Vorarlbergerisch dann spre-
274 chen, aber in Wien ist das eigentlich nicht so ein Thema.

275 I: Ja das ist voll spannend (unv.) (lacht) Erfahrungen aus einem anderen Bundesland
276 noch zu hören. Danke, dann würde ich mal die Aufnahme kurz pausieren/ also been-
277 den.

Transkript B4

Datum: 11.11.2025

Dauer: 16:29 Minuten

Bundesland: Vorarlberg

1 I: Ja, dann würde ich gleich mit den Fragen starten, außer du hast noch irgendwelche
2 Fragen zur Arbeit?

3 B4: Ich glaube vorerst nicht (lacht).

4 I: Okay, also die erste Frage wäre, wie lange du bereits als Logopädin tätig bist und
5 in welcher Institution du derzeit arbeitest?

6 B4: Ich bin jetzt seit ein bisschen über fünf Jahre als Logopädin tätig und ähm habe
7 mich vor zwei/ nicht ganz zwei Jahren selbstständig gemacht. Also ich arbeite gerade
8 in meiner eigenen Praxis.

9 I: Und welche Altersgruppe behandelst du schwerpunktmäßig, also falls man das so
10 sagen kann?

11 B4: Ja, schwerpunktmäßig, also ich habe zum Großteil Kinder, also ich betreue schon
12 auch ein paar Erwachsene, aber der Großteil sind Kinder und im Durchschnitt sind
13 sie so zwischen ja zwei bis sechs. Also ich habe schon ein paar ältere und ein paar
14 jüngere, aber die große Masse ist zwischen zwei und sechs Jahren alt.

15 I: Und sind da auch Kinder dabei, bei denen eine spezifische Sprachentwicklungs-
16 störung im Raum steht oder diagnostiziert wird von dir?

17 B4: Ja, ganz viele, genau.

18 I: Ähm genau, dann kommen wir schon zu den spezielleren Fragen, wo es jetzt um
19 Variation mal allgemein geht. Wie würdest du denn so die sprachliche Realität deiner
20 Patient*innen, also der Kinder, im Alltag bezüglich Variation ähm beschreiben? Also
21 verwenden die nicht-standardsprachliche Formen, wie eben zum Beispiel Dialekt,
22 oder ist das eher im Alltag von denen kein Thema?

23 B4: Doch, also ein Großteil der Kinder spricht halt im Alltag wirklich Dialekt oder,
24 ich habe natürlich auch ganz viele mehrsprachige Kinder, die sprechen dann auch in
25 der Muttersprache, da gibt's wahrscheinlich auch dialektale Unterschiede, aber ganz

26 so kann ich das nicht sagen, ob zum Beispiel Türkisch immer gleich ist, oder ob es
27 da auch unterschiedliche Dialekte gibt, das weiß ich jetzt nicht genau (lacht). Genau,
28 aber eigentlich ist es wirklich so, dass die Kinder größtenteils im Dialekt sprechen.
29 Ich habe auch gerade viele Kinder, die dann auch so ein bisschen einen Misch spre-
30 chen, also Dialekt und manchmal auch ins Hochdeutsche wechseln, gerade so wenn
31 sie im Spiel sind, dass dann die Spielsprache quasi das Hochdeutsche ist und ähm
32 sonst halt in die Alltagssprache verfallen, genau.

33 I: Und welche Rolle spielt das im Alltag von den Kindern? (...) Ähm also sowohl
34 jetzt bei denen privat, also wird das da irgendwie thematisiert, ähm (...). Oder ist das
35 eher einfach so selbstverständlich, dass man Dialekt spricht?

36 B4: Nein, ich habe das Gefühl, das ist selbstverständlich, das wird einfach ganz au-
37 tomatisch.

38 I: Und bei dir in deinem Arbeitsalltag, ist das was, was dich beschäftigt, was ein
39 Thema ist für dich, oder ist das einfach was, was so ein Fakt ist einfach, der gegeben
40 ist, sozusagen?

41 B4: Ähm, dass die Kinder im Dialekt sprechen, oder?

42 I: Hm (bejahend).

43 B4: Ähm, (lacht). Nein, also es ist wie gesagt/ Für mich ist es/ passt es voll gut, dass
44 die Kinder im Dialekt sprechen, es ist eher so, dass ich dann oft (lacht) mal so ein
45 bisschen hin- und herschwebe, weil ich habe ja meine Praxis in Vorarlberg, ich selber
46 bin aber nicht aus Vorarlberg, das heißt ich spreche auch keinen Vorarlberger Dia-
47 lekt, sondern einen Kärntner Dialekt, das heißt das ist dann eher wo ich dann manch-
48 mal so ja ein bisschen hin- und hergerissen bin quasi weil ich manchmal einfach die
49 Dialektwörter nicht verwende, weil sich das für mich komisch anfühlt, wenn ich jetzt
50 ein Vorarlberger Dialektwort verwende. Aber komisch wäre auch, wenn ich jetzt das
51 Kärntner Dialektwort verwende, weil ich mir dann nicht sicher bin, ob die Kinder
52 das jetzt verstehen (lacht) und dann verwende ich auch einfach oft das hochdeutsche
53 Wort, damit wir uns gegenseitig verstehen (lacht), genau.

54 I: Das heißt so im Berufsalltag ähm verwendest du normal Standardsprache, also
55 Hochdeutsch, oder dann Kärntner Dialekt, oder unterschiedlich mit Eltern und Kin-
56 dern? Also wie würdest du da so deine eigene Sprachverwendung beschreiben?

57 B4: Ja, also es ist total unterschiedlich. Also ich passe mich dann manchmal schon
58 auch an und spreche dann schon auch mehr im Dialekt aber eben oft auch wechsele
59 ich dann so ein bisschen. Es ist jetzt nicht 100 Prozent Hochdeutsch, aber halt so
60 diese Standardsprache quasi und ja ähm, also ich bin viel am Wechseln und es macht
61 dann auch oft einen Unterschied, ob es jetzt/ ob ich jetzt mit Eltern spreche oder mit
62 den Kindern ähm. Wobei es macht da eigentlich eh eher weniger, ich finde den größ-
63 ten Unterschied macht es, ob ich jetzt mit ähm mehrsprachigen Familien spreche oder
64 mit einsprachigen. Weil wenn die/ Also wenn ich das Gefühl habe, oh die tun sich
65 eh schon ein bisschen schwer mit der deutschen Sprache, dann wechsele/ also dann
66 falle ich noch mehr in die Standardsprache als ich es üblicherweise tu.

67 I: Ist das Thema, eben, dass so viele verschiedene Sprachen und Sprachformen da
68 ähm von Seiten der Patient*innen auf einen zukommen, ist das in der Ausbildung
69 thematisiert worden, oder war das nichts, was/ was da ähm aufgebracht wurde sozu-
70 sagen?

71 B4: Ah doch, also Mehrsprachigkeit war auf alle Fälle ein Thema, das ist im Studium
72 schon auch besprochen worden.

73 I: Und Dialekte?

74 B4: Ähm (...), ja angeschnitten. Also ich finde, wir haben jetzt nicht so viel zum
75 Thema Dialekt gemacht, also es ist dann schon angeschnitten worden, dass eben Kin-
76 der Dialekt sprechen oder eben nicht und, dass man auch selber im Dialekt sprechen
77 darf, sofern man halt die grammatikalischen Regeln und den Satzbau einhält, genau.

78 I: Okay, ja super, danke. Das war dann eh schon der erste Teil, ähm. Dann gleich
79 zum zweiten Teil sozusagen, wo es dann spezifisch jetzt um die Diagnostik geht. Da
80 wäre jetzt meine erste Frage welche Diagnostikverfahren du benutzt zur Feststellung
81 von einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung?

82 B4: Ähm, ich verwende ganz viel die PDSS, also die Patholinguistische Diagnostik
83 von Sprachentwicklungsstörungen, ich weiß jetzt gar nicht was die genaue Bezeich-
84 nung ist, die Abkürzung ist auf alle Fälle PDSS. Die verwende ich viel, ähm, genau.
85 Und manchmal verwende ich auch/ Ja ich mache auch ganz viel Spontanspracherhe-
86 bungen, Spontansprachbeobachtungen, weil ich finde, dass in den Testsituationen die
87 Kinder sich oft nochmal ganz anders verhalten als so im spontanen Spiel, also ich
88 nehme dann voll oft auch Audioaufnahmen auf von eben so einer Spontansituation,
89 ähm, genau. Und eben das Zollinger Profil verwende ich auch manchmal und Tests

90 wie zum Beispiel den TROG-D, der geht jetzt eher in die Grammatikentwicklung,
91 ähm, genau. Das wären jetzt so überschlagsmäßig Tests, aber das ist immer so ein
92 bunter Mix aus allem (lacht).

93 I: Das betrifft jetzt nicht die Spontansprachanalyse, aber bei den anderen, ähm wür-
94 dest du sagen, die orientieren sich am Hochdeutsch in Deutschland, oder ist da auch
95 irgendwie Hochdeutsch in Österreich ein Thema, ähm, oder ist das was, wo du sagst,
96 nein, das lässt sich jetzt irgendwie nicht so einordnen?

97 B4: Ja ich habe schon das Gefühl, also, weil ja auch die, die die Tests entwickelt
98 haben, teilweise aus dem deutschen Sprachraum/ also aus dem deutschen Raum kom-
99 men, orientiert sich das schon sehr auch an der deutschen Sprache. Also gerade bei
100 gewissen Begrifflichkeiten, mir fällt jetzt leider gerade kein konkretes Beispiel ein,
101 würden wir in Österreich jetzt vielleicht ein anderes Wort verwenden, ähm. Es steht
102 zum Beispiel bei manchen ähm Untertests steht ja dann auch im Anhang noch dabei
103 welche Wörter auch dazugezählt werden oder welche nicht. Und ähm ja, ich finde,
104 dass da die österreichischen Bezeichnungen jetzt meistens nicht so vorkommen.
105 Wenn zum Beispiel bei/ Wenn es jetzt nur um die Aussprache geht, verwende ich
106 gerne den PLAKSS und da gibt's eine österreichische und eine Schweizer Variante
107 und da verwende ich immer die österreichische Variante, weil die eben bei der deut-
108 schen Version sind eben ein paar Wörter anders, die wir jetzt in Österreich eher sel-
109 tener verwenden.

110 I: Hm (bejahend). Und hast du schon mal erlebt, dass ein Kind ähm, sogar irgendwie
111 auffällig erscheint, aufgrund jetzt zum Beispiel einem Dialekt, in so einem standar-
112 disierten Test jetzt, obwohl du eher in der Spontansprachanalyse oder generell fest-
113 stellst, nein das hat eigentlich gar keine Störung?

114 B4: Ähm (...), nein das wäre mir jetzt noch nie aufgefallen, genau.

115 I: Ähm und gibt's in deiner Praxis jetzt auch konkrete Herausforderungen im Um-
116 gang mit Kindern, die mit Dialekt oder anderen Formen des Deutschen aufgewach-
117 sen sind, wenn es jetzt eben um diese Tests geht?

118 B4: Ähm (...), ja bei manchen/ also gerade bei diesen/ so wie beim/ bei der PDSS ist
119 es halt natürlich so, dass das ähm, die Normierung ist ja nur für einsprachige Kinder
120 ausgerichtet, also mit mehrsprachigen Kindern stößt man da schon manchmal auf/
121 auf also auf die Grenzen. Also man kann, wenn man das jetzt mit mehrsprachigen
122 Kindern macht, die Testauswertung jetzt nicht zu 1000 Prozent über das Kind

123 drüberstülpen, weil es ja eigentlich nicht für diese Kinder normiert ist, also das ist ja
124 eigentlich nur für einsprachig aufwachsende Kinder ähm ausgerichtet. Da mache ich
125 dann oft noch so/ es gibt ja auch noch so Tests, die jetzt speziell für mehrsprachige
126 Kinder entwickelt worden sind, ähm genau. Vom Dialekt her (...), ja, wäre es jetzt
127 auch nicht so (...)/ also vom Dialekt her ist es in Vorarlberg natürlich auch für mich
128 noch ein bisschen schwierig, weil es gibt manche, gerade je nachdem wo sie herkom-
129 men, manchmal verwenden die Wörter, wo ich mir denke, keine Ahnung, habe ich
130 noch nie gehört (lacht). Da muss man sich dann halt so ein bisschen durchboxen
131 (lacht), aber ähm ja/ bei sowas muss man dann/ aber wie gesagt dadurch, dass ich
132 einfach auch viel auf die Spontansprache gehe, finde ich, kommt man da eigentlich
133 gut immer auf einen gut/

134 I: Das heißt du würdest sagen, dass diese Tests prinzipiell schon eben zwischen
135 sprachlicher Variation und der tatsächlichen Störung gut unterscheiden?

136 B4: Ja, doch.

137 I: Okay, und gibt's irgendwelche speziellen Tests, die du bei Dialektkindern eher
138 vermeidest, oder verwendest du dieselben Diagnostikmaterialien?

139 B4: Nein, ich verwende eigentlich dieselben Diagnostikmaterialien. Also ich wende
140 auch das genauso für mehrsprachige Kinder an, ich muss halt einfach im Hinterkopf
141 behalten, dass die Normwerte jetzt nicht für die Zielgruppe ausgelegt ist. Aber ich
142 verwende das oft einfach auch als Richtwert und schaue, dass ich mich nicht so nur
143 auf dieses Ergebnis versteife, sondern auch einen Richtwert habe und einfach das als
144 Gesamtbild sehe.

145 I: Das heißt, du würdest dann vielleicht einfach das Ergebnis gegebenenfalls ein biss-
146 chen anders interpretieren als jetzt bei einem anderen Kind?

147 B4: Genau, genau.

148 I: Ist dieses ganze Thema, also so Dialekte und generell die Variation, ist das etwas,
149 was bei dir unter deinen Kolleg*innen reflektiert wird?

150 B4: (...) Ja, also ich habe jetzt ja aktuell nicht viele Kolleg*innen, weil ich ja jetzt
151 selbstständig bin, aber ich habe ja früher auch in einer anderen Institution gearbeitet
152 und ja. Also, wir haben schon auch immer wieder darüber geredet, dass es halt, oder
153 über Dialekte und Mehrsprachigkeit und wie auch immer ähm, aber es ist jetzt nichts
154 wo man sagt, das war jetzt ein Riesenthema für unseren logopädischen Alltag.

155 I: Hm (bejahend). Ich drehe jetzt ganz kurz bei mir das Licht auf, weil sonst sitze ich,
156 das sieht ganz komisch aus, sonst sitze ich so im Dunklen, so als würde ich da aus
157 dem Nichts/ (lacht). Okay, und daran anschließend, gibt's irgendwelche Fortbildun-
158 gen oder irgendwelche Materialien wo es, also die dir bekannt sind, wo es eben um
159 das Thema sprachliche Variation geht?

160 B4: (...) Fällt mir jetzt gerade spontan nichts ein.

161 I: Und dann eigentlich eh schon, also fast die letzte Frage, aber eigentlich haben wir
162 das eh schon mehr oder weniger beantwortet. Und zwar die wäre, welche Änderun-
163 gen oder Ergänzungen du dir bei aktuellen Testverfahren wünschen würdest, um
164 diese sprachliche Vielfalt eben innerhalb der deutschen Sprache gut zu berücksichti-
165 gen. Aber nachdem das für dich ja an sich nicht so das Thema ist, würde ich jetzt mal
166 sagen, ähm ja, schätze ich mal, dass das für dich eigentlich so passt, oder würde dir
167 da doch irgendwas einfallen?

168 B4: Ja, also klar wäre es jetzt bei Testverfahren, oder/ Gerade wenn, oder/ Der
169 deutschsprachige Raum besteht ja nicht nur aus Deutschland sondern auch Öster-
170 reich, Schweiz, wie auch immer, Liechtenstein ähm, klar wäre es sicher auch cool
171 wenn man die Testverfahren einfach anpassen würde, oder, wenn man sagt, man hat
172 PDSS wo einfach österreichische Wörter vorkommen oder Schweizer Wörter, weil
173 das Schweizerdeutsch ist ja auch nochmal ganz was anderes (lacht) als der österrei-
174 chische Dialekt zum Beispiel. Das wäre natürlich cool, wenn es sowas geben würde,
175 und wenn man einfach da mehr eben auch Variation reinbringen würde und das
176 sprachlich auch ein bisschen anpassen würde. Das wäre ja, wäre toll. Weil wie ge-
177 sagt, beim PLAKSS oder so gibt's das ja auch schon und das funktioniert dann ei-
178 gentlich voll gut.

179 I: Ja super, danke. Dann wäre noch meine abschließende Frage, ob es noch irgendet-
180 was gibt, was dir in dem Zusammenhang als wichtig erscheint, was ich jetzt nicht
181 abgefragt habe?

182 B4: (...) Nein, ich finde du hast eigentlich eh voll gute Fragen gestellt, voll das span-
183 nende Thema ähm. Genau nochmal zu den Fortbildungen, oder, also mir fällt jetzt
184 keine konkrete Fortbildung ein, wo man sagt, da geht's jetzt um Variation oder um
185 Dialekte oder um sonst was, oder, das Thema kommt natürlich in verschiedenen Fort-
186 bildungen immer wieder auf und wird auch immer wieder kurz angeschnitten, aber

187 ich habe jetzt noch keine spezielle Fortbildung gemacht oder gesehen wo es wirklich
188 nur um dieses Thema geht.
189 I: Ja danke dir, dann beende ich mal die Aufzeichnung.

Transkript B5

Datum: 17.11.2025

Dauer: 22:53 Minuten

Bundesland: Steiermark

- 1 I: Meine erste Frage wäre, wie lange Sie bereits als Logopädin tätig sind und in wel-
2 cher Institution Sie derzeit arbeiten?
- 3 B5: Seit 2014, also 11 Jahren, ja 11 Jahren ähm und derzeit bin ich in da/ in einer
4 freien Praxis als Logopädin und arbeite eigentlich eben nur mit Kindern. Nur mit
5 Kindern seit fast genauso vielen Jahren.
- 6 I: Okay und ähm das heißt/ also die schwerpunktmäßige Altersgruppe sind dann lo-
7 gischerweise Kinder bei Ihnen?
- 8 B5: Genau, Kinder und bei mir aber vor allem eigentlich bis/ bis zum Schulalter. Ich
9 weiß nicht genau warum, aber hauptsächlich habe ich Zwei- bis Sechsjährige.
- 10 I: Und ähm sind da auch Kinder dabei, bei denen eine spezifische Sprachentwick-
11 lungsstörung vermutet wird?
- 12 B5: Ja (lacht), einige.
- 13 I: Wie würden Sie denn die sprachliche Realität dieser Kinder oder von Ihren Pati-
14 ent*innen im Alltag bezüglich sprachlicher Variation beschreiben? Also verwenden
15 die nicht-standardsprachliche Formen wie zum Beispiel Dialekt oder ist das eher kein
16 Thema bei Ihren Patient*innen?
- 17 B5: Diese unterschiedlichen muss man ein bisschen/ (...) kann man ein bisschen dif-
18 ferenziert betrachten, weil wenn man/ also ich bin jetzt ähm in Graz tätig und war
19 jetzt in meiner Laufbahn am Land und in der Stadt tätig ähm von dem her ist es, finde
20 ich, in der Stadt schon näher an dem, was man als Standardsprache bezeichnet aber
21 trotzdem nicht jetzt Standardsprache unbedingt, sondern hat auch seine Variation,

22 aber sicher am nächsten daran und weniger, wo es wirklich dialektal gefärbt ist. Also
23 ich bin nicht aus der Steiermark, mir fällt das dann immer sehr häufig oder sehr deut-
24 lich auf (lacht) wenn dann richtiges Steirisch gesprochen wird, aber das ist eigentlich
25 selten jetzt in der Stadt. Ich habe ähm wie ich nach Graz gekommen bin auch ähm
26 am Land gearbeitet und da war das sicher vermehrt so, dass am mehr/ also mehr
27 Dialekt gesprochen worden ist und wo man auch immer gehört hat an den Eltern
28 quasi, was war der Standard in der Familie, so.

29 I: Und welche Rolle spielen dann also diese Dialekte jetzt bei den Kindern sowohl in
30 deren eigenen Alltag als aber auch im Arbeitsalltag bei Ihnen?

31 B5: Also (...)/ Also bei mir ist es so, dass/ Ich mache ja in der Diagnostik immer eine
32 Spontansprachanalyse und dann verwende ich so standardisierte Testverfahren. Bei
33 den standardisierten Testverfahren ähm ist es so, dass man dann je nach Auffällig-
34 keiten auch das eben in Betracht zieht, ähm dass die Normgruppe natürlich erstens
35 nicht österreichisch-deutsch ähm genormt ist, sondern ähm deutsch-deutsch, bundes-
36 deutsch-deutsch, ähm was schon einen großen Unterschied macht ähm. Wo ich aber
37 auch gemerkt habe, dass das am Land eben dann typischer ist als in der Stadt. Also
38 zum Beispiel die PLAKSS, dieser Aussprachetest, ähm da kommt der Jäger vor. Im
39 Waldviertel kennen alle Kinder den Jäger, in der Stadt kennt kein Kind den Jäger, ja
40 so ähm, also im so Vorschulalter. Und das/ da muss man das variieren. Oder eben
41 jetzt beim Aussprachetest da ist das nicht so dramatisch, da kann man gut helfen.
42 Aber bei Wortschatztests ähm muss man das natürlich miteinbeziehen, in was für
43 einem sprachlichen Umfeld das Kind aufwächst ähm wenn man standardisierte Tests
44 verwendet. Wenn ich Spontansprache analysiere oder mir den Sprachstand anschau-
45 nehme ich das immer in quasi/ habe ich das im Hinterkopf, höre auch wie die Eltern
46 sprechen ähm und gleiche das dann ab. Also das ist ja nie eine/ eine jetzt Diagnose-
47 stellung ähm einseitig, also nur weil das Kind im Wortschatztest jetzt ähm untere
48 Durchschnittswerte hat, ähm entscheide ich ja nicht, dass die Diagnose gestellt wird,
49 sondern das sehe ich immer auch eben im Kontext. Und wenn ich merke, die Eltern
50 verwenden auch vermehrt GAP-Verben, flektieren das Verb nicht immer (lacht),
51 dann ist das natürlich auch etwas, was natürlich ich miteinbeziehe, aber das dann
52 auch dazu führt, dass man auch die Eltern mit ins Boot holt, dass es darum geht, okay
53 wir müssen jetzt aber vermehrt Input geben, flektierten Input geben, damit das Kind
54 das auch erwerben kann.

55 I: Sie haben jetzt schon angesprochen, dass Sie Spontansprachanalyse meistens be-
56 nutzen ähm. Welche Diagnostikverfahren verwenden Sie sonst noch – oder den PLA-
57 KSS haben Sie jetzt auch schon angesprochen – eben wenn es jetzt um die spezifische
58 Sprachentwicklungsstörung geht?

59 B5: Also Teile der PDSS, den SET 5–10 beziehungsweise 2–5, wobei eher beim SET
60 5–10 und ich verwende auch oft nur Teile daraus. Also ich mache es von der Spon-
61 tansprachanalyse abhängig, welche standardisierten Testverfahren ich dann noch
62 nachschiebe sozusagen. Und auch die PLAKSS, wenn ich die mache und merke/ also
63 in der erkennt man oft ganz gut, ob ein Wortschatzdefizit verdächtig ist, weil das ja
64 99 Wörter sind. Zwar nur Substantive, aber da erkennt man dann auch ganz gut, ob
65 das Kind viel umschreibt ähm und so und dann ähm muss ich auch sagen ist das beim
66 Wortschatz oft nicht das Thema, dass ich dann noch wirklich einen dezidierten Wort-
67 schatztest durchführe, weil ich finde, also der WWT ist recht aufwändig, den habe
68 ich mit größeren Kindern schon durchgeführt, aber nicht mit den jüngeren. Weil
69 wenn bei einem Fünfjährigen das auffällig ist in der PLAKSS ähm, dann, oder in der
70 Spontansprache, dann merke ich das und führe keinen weiteren Test durch, weil der
71 AWST-R ist uralt mittlerweile und die Bilder/ also rauchen wissen die Kinder oft
72 nicht mehr was das ist (lacht). Das hat sich zum Beispiel verändert ähm und bei den
73 Jüngeren merkt man das dann auch oft wenn man sich das Spiel anschaut und aus
74 dem Gesamtkonzept. Dann schiebe ich da keine Tests mehr nach. Aber ich nehme
75 Teile aus der PDSS, aus dem SET, (...) was war noch ähm. Das Sprachverstehens-
76 monitoring, von Schönauer-Schneider, ähm TROG-D, schon gerne. Gerne TROG-D
77 und oft/ also ich mache ein Sprachverständnis, also grammatisches Sprachverständ-
78 nistest aus der PDSS, also mit Handlungsausführungen, nur dann, wenn ich merke,
79 dass der TROG-D zu schwierig ist, weil die visuelle Differenzierfähigkeit oder das
80 Auswählen von den Bildern dann Thema ist ähm (...). ESGRAF mache ich sehr
81 gerne wenn es jetzt darum geht grammatisch differenziert mir das anzuschauen (...) und pragmatisch ähm gibt's ja die Communication Checklist, ähm genau.

83 I: Und Sie haben das zwar vorher schon angeschnitten, aber Ihrer Einschätzung nach,
84 würden Sie sagen, das orientiert sich an dem Hochdeutsch in Deutschland oder in
85 Österreich oder variiert das je nach Test? (...) Also genau, bundesdeutsches Deutsch
86 oder österreichisches Deutsch, so?

87 B5: Das ist mehr oder weniger relevant, also denke ich, weil die grammatischen
88 Strukturen sind die grammatischen Strukturen und wenn ich merke, dass die Kinder,
89 die das sprachlich nicht verstehen, dann haben wir eh schon wieder auch ein anderes
90 Thema, so. (lacht) Weil so unterschiedlich ist es dann nicht, also ähm wenn ein Kind
91 eine Sprachentwicklungsstörung hat, erkenne ich das, egal also, ob das jetzt/ ob ich
92 jetzt normierte deutsch-deutsche Tests durchführe oder nicht. Für die Aussprache ist
93 es natürlich schon vorteilhaft, dass es im PLAKSS-II da eine Österreichversion gibt,
94 ähm weil das einen Unterschied macht. Aber wenn ein Kind mit Sprachentwick-
95 lungsstörung kommt glaube ich ist es egal. Ich muss die Normwerte richtig interpre-
96 tieren, aber ich kann das Testverfahren trotzdem durchführen.

97 I: Also das heißt bei Ihnen/ oder ähm ist – jetzt so von der anderen Seite quasi gefragt
98 ähm – ob jetzt ein Kind, das in einem Dialekt spricht, ob das bei Ihnen mal passiert
99 ist, dass es im Test dann vielleicht auffällig erscheint, obwohl es eigentlich keine
100 Störung laut Ihrer Einschätzung hat?

101 B5: Ja, also auffällig, ja, ja. Gerade was die Grammatik anbelangt, ist einfach das
102 ähm österreichische Deutsch am Land oder in der Dialektform oft/ hat einfach ge-
103 wisse Meilensteine nicht, oder eben verwenden viele ähm GAP-Verben ähm und
104 dann muss man das aber/ man muss es wissen, so. Man muss wissen, welche gram-
105 matischen oder auch lexikalischen Strukturen quasi notwendig sind, und dann kann
106 ich das auch nur testen, also jetzt so ein Fast-Mapping zum Beispiel gibt mir auch
107 trotzdem einen Einblick quasi wie der Wortschatzerwerb vonstattengeht unabhängig
108 jetzt von Normwerten.

109 I: Und Ihr Umgang damit ist dann die Ergebnisse, mit dem Wissen im Hintergrund,
110 einfach anders zu interpretieren?

111 B5: Genau, also das miteinzubeziehen, ja.

112 I: Und prinzipiell, würden Sie sagen, dass diese Tests ausreichend zwischen der
113 sprachlichen Variation und den sprachlichen Störungen differenzieren?

114 B5: Die Tests differenzieren nicht, nein. Ich differenziere. Das ist nur mein Werk-
115 zeug. Also, aber das ist ja grundsätzlich das, was wir auch lehren (lacht), dass man
116 eben nicht einen Test hernimmt und daraus Schlüsse zieht, sondern aus mehreren
117 Perspektiven das Kind betrachtet, also meiner klinischen Expertise, dem, was mir die
118 Bezugspersonen erzählen, und den Testverfahren, die ich verwende. Von dem her,
119 die Testverfahren differenzieren nicht, die haben ja ihre Normstichprobe ähm und da

kenne ich auch keine/ das ist das gleiche jetzt mit mehrsprachigen Testverfahren oder die irgendwo sagen sie haben auch mehrsprachige Normwerte. Ist ja auch schwierig, weil das ist eine wahnsinnig heterogene Gruppe, auch die Mehrsprachigen in sich, ja. Deswegen ähm glaube ich auch nicht/ es braucht vielleicht eine Normstichprobe, die der Norm entspricht, also die das Gesellschaftsbild abbildet, ob jetzt mehrsprachig oder nicht, ja, aber halt ähm das ist dann das Problem von denen, die die Tests konstruieren ähm, wer quasi die Norm der Kinder bestimmt. Aber für mich als Logopädin ist es eigentlich irrelevant, weil es für mich ja nur ein Hilfsmittel ist ähm. Und wenn Kinder ein Problem haben, also wirklich eine Störung haben, dann sind die in diesem Testverfahren auch auffällig, unabhängig ob das jetzt deutschgenormt ist, oder nicht. Da wo es wichtig ist, ist in der Aussprache wo wir ja zum Glück auch normierte Verfahren für österreichisches Deutsch oder eben auch das Schweizerdeutsch haben. Und in dem Hinblick finde ich es wichtig, aber was jetzt Grammatik anbelangt oder auch Wortschatzerwerb, da ist das nicht das einzige Mittel. Da ist natürlich schön, wenn es österreichische Verfahren gibt, wenn es da einen großen Unterschied macht (lacht), aber jetzt in der Praxis, also glaube ich, erkenne ich auch Sprachentwicklungsstörungen mit deutschnormierten Testverfahren.

I: Und gibt's irgendwelche konkreten, die Sie/ also konkrete Verfahren, die Sie vermeiden, wenn Sie von Anfang an mitbekommen, dass Dialekt bei dem Kind eine große Rolle spielt?

B5: (...) Nein, ich glaube ich überlege mir nur, ob ich/ ob ich es wirklich anwende, so. Aber wie gesagt, Wortschatztests verwende ich sowieso selten, weil man da eine Problematik oft sehr gut aus dem restlichen Gesamtbild sieht, vor allem bei den Jüngeren. Und eben viele Schulkinder habe ich nicht, die muss man da ein bisschen außer Acht lassen, da würde ich schon einen Wortschatztest machen. (...) Und den TROG-D zum Beispiel mache ich mit ganz vielen Kindern, auch die Deutsch nicht als Erstsprache haben, weil ich finde da kann man/ also unabhängig von den Normwerten. Oder manchmal mache ich es auch für die Eltern auch, dass ich sage, vergleichen mit deutschsprachigen Kindern, ist Ihr Kind auch in der Norm, voll super, also so (lacht). Aber der gibt sehr schön so diese Stufe der/ des Grammatikverständnisses und der Grammatikstrukturen wieder. Und dann mache ich das mit einer qualitativen Auswertung, dass ich mir anschau ähm, was kann/ was versteht das Kind und ist das erst auf Wortebene oder versteht es einfache Sätze, versteht es Negation, Passivkonstruktionen, ähm und schaue mir das qualitativ an. Also da vermeide ich dann die

154 Normwerte, oder schreibe mir die gar nicht raus oder schaue es mir an und wenn es
 155 in der Norm ist es cool, also weil dann kann ich was Positives noch berichten, aber
 156 wenn es nicht in der Norm ist, ist es für mich irrelevant, weil dann geht's um die
 157 qualitative/ also so eher. Aber dass/ Jetzt so ganz vermeiden, ich vermeide dann viel-
 158 leicht die Normwerte oder beachte sehr streng, was ich testen kann und was nicht.

159 I: Ist das, also generell das Thema verschiedene Formen der deutschen Sprache, ist
 160 das was, was in Ihrer Ausbildung thematisiert wurde? (...) Oder wo Sie eher dann
 161 ähm, ja, durch andere Materialien oder Fortbildungen//

162 B5: Ja, schon. Aber eben weil wir ja immer mit dem leben, dass die Testverfahren
 163 aus Deutschland kommen und nicht aus Österreich, ähm, also von dem her ja, schon.

164 I: Und gibt's da auch Fortbildungen oder Materialien dazu, wo das explizit behandelt
 165 wird?

166 B5: Glaube ich nicht. Also ich glaube eben, das ist mit diesen ähm (...). Ja, dass wir
 167 grundsätzlich in einer Sprachenvielfalt leben und im Mehrsprachigkeitskontext auch
 168 Thema, dass wir ja alle mehrere Sprachen sprechen, wenn man eben auch die Varia-
 169 tionen des Deutschen hernimmt, ähm, so. Aber ähm (...)/ Aber sonst glaube ich eher
 170 nicht, nein. Und auch mit dem, dass in meiner Studienzeit, oder war das noch später,
 171 ich weiß nicht, ist eben PLAKSS-I und PLAKSS-II rausgekommen mit eben diesen
 172 Variationen und in dem Sinne ist es dann auch thematisiert worden, wobei ich jetzt
 173 gar nicht sicher bin, ob das in der gleichen Zeit war oder erst später, ähm. Aber ähm
 174 ich wüsste jetzt kein dezidiertes Lehrmaterial oder auch Fortbildungen, wo das ein
 175 Thema ist. Ich finde ein bisschen, das ist auch das Grundverständnis unseres Berufs,
 176 dass wir uns mit Sprachen beschäftigen und das in dem Sinne irgendwo immer ver-
 177 mittelt auch wird, dass man sich individuell ans Gegenüber anpasst und das auch
 178 sprachlich.

179 I: Also das ist auch was, was in Ihrem Kolleg*innenkreis ähm thematisiert wird, oder
 180 ist es eher einfach, weil es sowieso Thema ist, mehr Voraussetzung, dass es eben
 181 Variation der Sprache gibt?

182 B5: Ich finde es als so normal, dass ich jetzt/ also ich hätte das noch nie besprochen
 183 mit anderen, aber weil es für mich so logisch ist, dass das aber/ vielleicht bin das nur
 184 ich, keine Ahnung (lacht), das weiß ich nicht. Ich werde es mal ansprechen wie das
 185 die anderen handhaben (lacht), aber ich gehe stark davon aus, zumindest in meiner
 186 Bubble ähm, dass das so normal ist, dass man sich da drauf einstellt, einfach weil wir

187 auch österreichische Logopädinnen sind, die mit deutschsprachigen ähm Systemen
188 arbeiten, dass das da einhergeht. Ich bin mir aber nicht sicher, ich bin ja auch Lingu-
189 istin, von dem her ähm, habe ich natürlich da auch vielleicht eine Sensibilität dafür.
190 Aber genau, das weiß ich sonst nicht, muss ich in Ihrer Arbeit dann lesen (lacht).

191 I: Ja das/ Also die Interviews sind sehr spannend, wie unterschiedlich das wahrge-
192 nommen wird, ähm. Gibt's irgendwelche Änderungen oder Ergänzungen, die Sie
193 sich bei aktuellen Testverfahren wünschen würden, um eben diese sprachliche Viel-
194 falt mehr zu berücksichtigen?

195 B5: Nein, ich glaube es würde schon Sinn machen ähm, dass es beschrieben wird,
196 oder eine Anleitung gibt, oder eben ähm in auf/ von diesem Aspekt auch die Norm-
197 stichprobe beschrieben wird, weil das ist glaube ich schon ein Thema ähm für die,
198 die die Tests herstellen, wer die Norm ist. Weil monolingual deutschsprachige Kin-
199 der aus ganz Deutschland oder nur aus bestimmten Bundesländern ist halt auch sehr
200 eng gefasst für die grundsätzliche Allgemeinheit der Kinder. Die ist halt einfach nicht
201 monolingual deutschsprachig. Also das/ Da gibt's mittlerweile glaube ich genug Kin-
202 der, die eben von Geburt an hier aufwachsen mit mehreren Sprachen und genauso in
203 diese Stichprobe fallen könnten. Oder, dass man das vielleicht mehr in den Testver-
204 fahren beschreibt und da eben andere Sprachen, aber halt auch Variationen des Deut-
205 schen mitbeachtet, weil die gibt's ja in Deutschland auch, so ist es ja nicht. Also da
206 ist ja nicht nur Österreich dann nochmal extra anders, aber die gibt's ja auch in
207 Deutschland, also von dem her würde es schon Sinn machen, dass man das mehr
208 behandelt, damit dann auch, jetzt wenn ich mir denke, also ich unterrichte ja an der
209 [Name der Bildungseinrichtung], dass das eben auch den Studierenden deutlicher
210 wird, wenn man das liest, dass das den Absolventinnen klarer wird, ja. Aber ähm, ja/
211 Ich kann ganz gut mit den Testverfahren umgehen, die wir haben. Wir haben zum
212 Glück immer mehr, das entwickelt sich, aber ähm, Testverfahren sind nicht das ein-
213 zige für die Praxis, das ist auch das andere. Das ist die eine Evidenzsäule, die anderen
214 beiden sind auch wichtig und der Weg, dass man das gut einordnen kann, als Logo-
215 pädin geht/, also von dem kommt man eh nicht weg.

216 I: Ich hätte noch eine Frage zu Ihrem eigenen Sprachgebrauch. Wie würden Sie den
217 denn beschreiben, also jetzt im Gespräch mit Kindern, aber auch dann mit den Eltern
218 oder unter Kolleg*innen? Würden Sie sagen, Sie verwenden eher Dialekt, oder Stan-
219 dardsprache oder Fachsprache, und/

220 B5: Gute Frage, ähm habe ich mir letztens gerade überlegt. Also ich spreche an der
221 [Name der Bildungseinrichtung] unterrichtend schon anders aber ich spreche, glaube
222 ich, nie jetzt Standardsprache, ich habe immer eine dialektale Färbung, ähm und die
223 variiert aber je nach Gegenüber. Weil ich/ Das habe ich ganz früh schon gemerkt, ich
224 passe mich sehr gut an, wenn ich mit einem Vorarlberger rede, fange ich so an ins
225 Vorarlbergerische, obwohl ich es nicht kann, aber ich fange da an, das zu überneh-
226 men so von der Intonation und vom ähm ja/ ähm und auch/ ich habe Kärntner
227 Freunde, alle glauben ich komme aus Kärnten, weil ich Kärntner Freundinnen habe,
228 die auch nicht jetzt voll Kärntnerisch reden, aber ich habe halt ein paar Wörter, die
229 ich mir angeeignet habe, weil es mir/ weil ich es schöner finde, so, oder weil es mir
230 halt gefällt (lacht). Und deswegen habe ich eine Mischkulanz an Dialekt und der
231 variiert dann wieder mit wem ich spreche. Wenn ich mit meiner Mama spreche, spre-
232 che ich anders als mit meinen Freundinnen, die eher Kärntnerisch reden, ähm, als mit
233 meinem Kind. Ich merke das jetzt immer, weil ich nehme das auch immer selber auch
234 auf und dann merke ich wieder wie ich mit ihm/ oder er sagt mir wie ich mit ihm
235 spreche, weil er spricht auch, ähm, genau.

236 I: Ja spannend. Dann wäre eh schon die letzte Frage, ob es noch irgendwas gibt, was
237 Sie als wichtig erachten in dem Zusammenhang, was jetzt nicht angesprochen
238 wurde?

239 B5: Als wichtig für was oder für wen?

240 I: Also einfach das große Thema sprachliche Variation und Logopädie.

241 B5: Also ich hoffe, dass die Logopädinnen sensibilisiert sind auf Variationen. Mir ist
242 es halt sehr bewusst von dem her, ähm, wenn das nicht so ist, dann mehr Aufklärung
243 bitte (lacht). Ähm, genau.

244 I: Ja super, vielen, vielen Dank, dann werde ich mal die Aufzeichnung beenden.

Transkript B6

Datum: 25.11.2025

Dauer: 15:32 Minuten

Bundesland: Wien

1 I: Meine erste Frage wäre, wie lange Sie bereits als Logopädin tätig sind und in wel-
2 cher Institution derzeit?

3 B6: Seit 1984, also über 40 Jahre, und zuerst an Kliniken, Kinderklinik, [Name der
4 Institution] in Tirol, [Ort in den Niederlanden] Rehazentrum und jetzt freie Praxis.
5 Zwischendurch Innsbruck freie Praxis, jetzt Wien freie Praxis.

6 I: Und welche Altersgruppe haben Sie schwerpunktmäßig?

7 B6: Ich habe von sieben Monaten, von Kindern wo Stillen nicht gescheit funktioniert,
8 weil das Zungenbändchen zu kurz ist, bis, meine älteste Patientin zurzeit ist 105. (...)
9 Also Hör-, Stimm-, Sprach-, Sprechstörungen ähm. Neurologische Patienten, jetzt
10 war gerade/ waren gerade zwei Damen mit Facialisparesie da, also quer durch das
11 logopädische Feld.

12 I: Das heißt, da sind eben auch Kinder, also das habe ich Sie vorher schon gefragt,
13 aber einfach damit ich es hier auch noch einmal habe, da sind eben auch Kinder dabei
14 mit spezifischer Sprachentwicklungsstörung.

15 B6: Ja genau, mit Autismus, mit verschiedenen Syndromen, Kinder ähm ab zwei,
16 wie gesagt sieben Monate wenn es das Zungenbändchen ist, aber sonst ab zwei, drei,
17 Kinder die noch überhaupt nicht sprechen (...), mit Epilepsie und so Sachen.

18 I: Hm (bejahend), ich habe ja gerade angeschnitten, in der Arbeit geht es um sprach-
19 liche Variation prinzipiell. (...) Genau und da wäre jetzt meine Frage an Sie, wie Sie
20 die sprachliche Realität Ihrer Patient*innen, also vor allem jetzt der Kinder mit spe-
21 zifischer Sprachentwicklungsstörung, ähm, also wie Sie da die sprachliche Realität
22 in Bezug auf sprachliche Variation beschreiben würden? Also verwenden die nicht-
23 standardsprachliche Formen, wie zum Beispiel Dialekt, oder ist das eher irrelevant
24 in deren Alltag?

25 B6: Es ist weniger der Dialekt als/ es ist mehr die/ die Variation von den/ wie Aus-
26 länder Deutsch sprechen. Es ist eher mit einem mehrsprachigen Hintergrund, durch
27 die Eltern, die zwei Sprachen sprechen und Deutsch ist die dritte.

28 I: Merken Sie da einen Unterschied zwischen ähm der Praxis jetzt in Wien und Sie
29 haben vorher auch erwähnt, dass Sie auch in Tirol davor tätig waren? Oder ist das
30 dort/

31 B6: In Wien gibt's mehr Leute/ In Tirol sprechen mehr Leute Dialekt, je nachdem
32 aus welchem Tal die kommen, und in Wien sind es mehr Fremdsprachen, also, ja.

33 I: Und ist das ein Thema, das ähm eine Rolle spielt im Alltag der Patient*innen und
 34 auch in Ihrem Arbeitsalltag? Also das Thema eben Dialekt oder verschiedene For-
 35 men des Deutschen, je nachdem welche Sprache man sonst kann?

36 B6: Es ist insofern ein Thema als jeder versucht sich auszudrücken und manchmal
 37 ist es dann mit Gestik und mit allem, was dazu beiträgt, verstanden zu werden.

38 I: Hm (bejahend). Und Ihren eigenen Sprachgebrauch, wie würden Sie den beschrei-
 39 ben im Gespräch mit Kindern, aber auch Eltern oder Kolleg*innen? Verwenden Sie
 40 da eher Dialekt, oder Standardsprache oder Fachsprache und passen Sie das Ihrem
 41 Gegenüber an, oder sind Sie da konstant immer gleich?

42 B6: Nein, das passe ich schon an, weil mit einem Kind spricht man anders als mit
 43 einem Erwachsenen. (...) Also mit Sprechtempo, mit/ mit der Grammatik, das bei
 44 einem Erwachsenen automatisch komplizierter ist und ähm (...) eher Fachwörter
 45 zum Tragen kommen und bei einem Kind natürlich nicht, also das passt man schon
 46 an. Man will ja verstanden werden, also schaut man, dass man das so spricht, dass
 47 man auch verstanden wird (lacht).

48 I: Und ist das Thema, also wie Sie selbst sprechen, aber auch welche Formen der
 49 deutschen Sprache es überhaupt gibt, ist das in Ihrer Ausbildung thematisiert wor-
 50 den?

51 B6: Nein. Das war damals, da war noch nicht so viel Migration und das war einfach/
 52 da hat sich sehr viel getan in den letzten Jahrzehnten. Ist ja schon lange her, wo ich
 53 die Ausbildung gemacht habe (lacht).

54 I: Ja spannend. Genau, jetzt hätte ich noch ein paar Fragen zu ähm/ zur Diagnostik
 55 konkret von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen. Welche Diagnostikverfah-
 56 ren benutzen Sie denn, also standardisierte Diagnostikverfahren? Also Sie haben mir
 57 das jetzt zwar//

58 B6: Ich verwende etwas für den Lautbestand, ich verwende etwas für die Grammatik
 59 (...), auch zum Teil einfache Sachen, Sätze nachsprechen/ nachsprechen lassen und
 60 dann sieht man, was realisiert wird. Also nur nachsprechen, was sie selber auch ver-
 61 stehen. Und wie gesagt sehr viel motorische Diagnostik und Hördiagnostik.

62 I: Und, also das ist jetzt bei der Hördiagnostik natürlich weniger, aber bei den anderen
 63 Verfahren vielleicht, können Sie da einschätzen, ob sich diese eher am Hochdeutsch

64 in Deutschland orientieren oder am Hochdeutsch in Österreich? Oder überhaupt,
65 also/

66 B6: Es sind viele Tests eher nach dem Deutschland-Deutsch, manche passe ich dann
67 ein bisschen an, oder ich erkläre das Wort, wenn es/ wenn wir in Österreich das ein
68 bisschen anders benennen als in Deutschland. Auch beim dichotischen Test sind auch
69 zum Teil Wörter drinnen, die man nicht/ in Österreich nicht so verwendet. Dann er-
70 kläre ich diese Wörter aber vorher (...). Weil ich gebe Übungssachen mit, ähm auch
71 für die Hörverarbeitung und da bespreche ich das mit den Eltern, dass sie auch mit
72 den Kindern diese Wörter vorher erklären, dass die Kinder wissen, was das ist und,
73 dass sie dann das trainieren können.

74 I: Und ist es schon einmal vorgekommen bei Ihnen, dass Kinder aufgrund des
75 Sprachgebrauchs, wie eben Dialekt, also aufgrund der Variation, in einem Test auf-
76 fällig erschienen sind, obwohl Sie als Logopädin eigentlich keine Störung diagnosti-
77 ziert hätten? Oder eine andere Art der Störung?

78 B6: Also die Kinder, die zu mir kommen, die haben alle ein Thema. So ganz leichte
79 Sachen, kommen zu mir eher nicht. Ich habe eher Kinder, wo mehr Bedarf ist, rund-
80 herum und mit einem ganzheitlichen Aspekt (...). Also einfache lautliche Sachen
81 habe ich früher einmal gehabt, aber jetzt eigentlich in der Praxis schicken mir oft
82 Kolleginnen Sachen, die wirklich kompliziert sind.

83 I: Gibt's da/ Also auch wenn Sie vielleicht dann eher jetzt andere Patient*innen ha-
84 ben, aber gibt's da trotzdem Herausforderungen, wirklich jetzt wenn es spezifisch
85 um die verschiedenen Formen des Deutschen geht wenn Sie Diagnostikverfahren
86 anwenden?

87 B6: (...) In Bezug auf was?

88 I: Also generell einfach, ob das zu/ sozusagen zu Herausforderungen in Ihrem Pra-
89 xisalltag führt, dass es eben, ja zum Beispiel schwieriger ist, einen gewissen Test
90 anzuwenden, oder, also Sie haben es vorher eh schon erwähnt, dass Sie dann be-
91 stimmte Wörter einfach erklären, oder vielleicht anders verwenden (...). Aber sowas
92 in die Richtung, also dass Sie quasi dann gewisse Diagnostikverfahren vielleicht ver-
93 ändern, wenn das jetzt ein Kind ist, das Dialekt spricht, genau.

94 B6: Ja, dann muss man halt das (...)/ Ähm man wählt dann schon den Test, wo man
95 annimmt, dass der geschafft wird, oder dass da/ dass der der passende Test ist. Weil

96 manche gehen halt für manche Patienten gar nicht (...), weil sie zu kompliziert sind,
97 oder weil die Sprache nicht passt. Das muss man dann schon/ da ist es gut, wenn man
98 mehrere Diagnostikkoffer hat, dass man wählen kann.

99 I: Würden Sie prinzipiell sagen, dass die Tests ausreichend zwischen sprachlicher
100 Variation und sprachlicher Störung differenzieren?

101 B6: Nein, ich glaube, das ist nicht wirklich das ähm/ Sprachliche Variationen, da
102 haben sich glaube ich die Leute, die die Tests entwickelt haben nicht wirklich die
103 Priorität hingelegt. Beim Aachener Aphasia Test zum Beispiel, da geht's um die
104 Aphasia und das ist in Deutschland entwickelt für deutsche Leute. Natürlich verwen-
105 den wir den auch in Österreich, wie andere Tests im deutschsprachigen Raum in ver-
106 schiedenen deutschsprachigen Ländern verwendet werden, aber ähm ein Dialekt
107 wird da üblicherweise nicht mitberücksichtigt (...). Ich kenne auch keinen tiroleri-
108 schen Test, also ich meine Salzburger Lesetest, Maus, es gibt schon ein paar Sachen,
109 aber jetzt nicht die/ nicht das Gros. Sonst müsste man in Österreich in unserer Aus-
110 bildung spezielle Tests nur für uns entwickeln und könnten nicht die von Deutsch-
111 land und von der Schweiz übernehmen.

112 I: Und gibt es konkrete Tests wo Sie sagen, wenn Sie jetzt hören, das Kind spricht
113 Dialekt, oder hat eine andere nicht-standardsprachliche Prägung, dass Sie die dann
114 bewusst gar nicht einsetzen? Oder ist das sehr individuell je nach Kind, wie Sie vor-
115 her gesagt haben, man nimmt dann den Test, der am besten passt?

116 B6: Naja, ich kann mich noch erinnern, als logopädische Anfängerin habe ich einmal
117 einen Lautbestandsbogen gehabt und da wäre die Verbindung ,sch'-,w' gewesen für
118 *Schwein*. Und das Tiroler Kind hat dann gesagt ,des is a Notscher', also (...). Ja,
119 dann war diese ,sch'-,w'-Verbindung da mit *Notsch* nicht zu testen. Da muss man
120 sich halt dann ein anderes Kärtchen zurechtrichten, damit man die ,sch'-,w'-Verbin-
121 dung mit einem anderen Bild testet, da muss man das halt adaptieren für den Dialekt.

122 I: Ist das generell, also die Variation der deutschen Sprache, ist das ein Thema, das
123 in Ihrem Kolleg*innenkreis reflektiert wird? (...) Oder wo man darüber spricht, oder
124 wo es auch zum Beispiel Fortbildungen, oder irgendwelche Materialien dazu gibt?

125 B6: (...) Also bei meinem Kolleg*innenkreis nicht, weil da geht's eher um ganzkör-
126 perliche Methoden. Ich habe Kolleginnen mit denen ich zum Beispiel die Osteopa-
127 thieausbildung gemacht habe, aber das sind so Themen über Dialekt ähm nicht an

128 der Tagesordnung. (...) Ich glaube, dass das überhaupt relativ wenig Beachtung fin-
129 det.

130 I: Ja ähm und gibt es irgendwelche konkreten Änderungen, also, dass Sie zum Bei-
131 spiel sagen, Sie fänden es gut ähm, wenn es jetzt eben Tests gibt, die für österreichi-
132 sches Deutsch konzipiert sind? Oder ist das etwas, wo Sie sagen, nein das liegt eh im
133 individuellen Spielraum sozusagen jeder Logopädin dann da das gegebenenfalls an-
134 zupassen?

135 B6: Ja, es ist schon sehr individuell, also, ob jetzt *Kasten* gesagt wird, oder *Schrank*
136 gesagt wird, das österreichische *Kasten*, das deutsche *Schrank*, wenn man so einen
137 Lautbestand macht, dann ist man froh, wenn das Kind irgendeine Form sagt und dann
138 schaut man halt, dass er/ also weil ich Kinder habe, die sprachlich oft sehr großen
139 Nachholbedarf haben. (...) Oder *Stuhl*, *Sessel*, also da (...)/ Es ist eher was sich auch
140 über die Medien ähm durchsetzt. Das ist, wenn Kinder sehr viel/ wenn Kinder deut-
141 sche Eltern haben, oder zumindest eine deutsche Mutter, dann werden mehr die deut-
142 schen Formen verwendet als das österreichische. Also bei *Schrank* und *Kasten* zum
143 Beispiel, das hört man schon. Aber das geht jetzt nicht irgendwie/ das ist jetzt kein
144 Fehler in der Diagnostik, sondern wenn ich dann eine spezielle Lautverbindung brau-
145 che, dann habe ich meine Alternativen dazu. Das, ja, ist bisher eher so, dass sich das
146 jeder wahrscheinlich individuell zusammenstellt, was er braucht.

147 I: Ja Dankeschön, das war/ das waren dann eigentlich schon die Fragen, die ich ge-
148 habt hätte. Die letzte wäre noch, ob es noch irgendetwas gibt, was Sie in dem Zu-
149 sammenhang, eben logopädische Diagnostik und sprachliche Variation, noch irgend-
150 wie sagen wollen oder finden, dass in meine Arbeit irgendwie unbedingt hineinmuss,
151 was ich jetzt nicht gefragt habe?

152 B6: (...) Ja, man könnte einen Arbeitskreis bilden und einmal die Variationen zu-
153 sammensuchen (...). Inwieweit das dann therapierelevant ist, ob jetzt ein Kind *Stuhl*
154 oder *Sessel* sagt, ist die Frage. Was macht man dann mit dem, wenn man es erarbeitet
155 hat, wofür setzt man es dann ein? Also da müsste man dann schon ein spezielles
156 Therapiematerial ähm erstellen (...), ja. Ich glaube, dass jede Logopädin eher so ihres
157 ähm/ ihr System sich zurechtrichtet mit den Materialien, die am Markt sind. (...) Ich
158 komme noch aus einer Generation, da hat es fast kein Therapiematerial gegeben, da
159 hat jeder die Kärtchen alle selber gezeichnet, oder aus Zeitungen ausgeschnitten und
160 aufgeklebt und so, weil es das alles noch nicht gegeben hat. Also da hat man

161 automatisch von Anfang an immer sich das so gerichtet, wie man es braucht. Da hat
162 es diese ganzen standardisierten Lautbestandskärtchen oder so, das hat/ da hat es
163 noch nicht so viel gegeben. (...) Deshalb ist das für mich ganz natürlich mir das zu
164 richten, was ich verwenden möchte. Das ist vielleicht jetzt anders, weil jetzt gibt's
165 schon so viel Auswahl von fertigen Sachen (lacht).

166 I: Ja da hat sich bestimmt viel getan. Ja vielen Dank, dann beende ich mal die Auf-
167 nahme.

10.3 Datenschutzerklärung

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, für ein Interview im Zusammenhang mit einer Masterarbeit an der Universität Wien zur Verfügung zu stehen.

Gemäß Art 89 Abs 1 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) iVm § 7 Abs 2 Z 2 des Datenschutzgesetzes (DSG) sowie § 2d ff des Forschungsorganisationsgesetzes (FOG) muss für ein derartiges Interview Ihre Einwilligung eingeholt werden, auch wenn die Aussagen anonymisiert / pseudonymisiert bzw. ohne Nennung Ihres Namens in der Masterarbeit verwendet (zitiert) werden.

Im Rahmen des Interviews werden Tonaufnahmen erstellt. Die Inhalte des Interviews werden transkribiert. Masterarbeiten müssen gemäß § 86 Universitätsgesetz veröffentlicht werden (durch Aufstellen in der National- und Universitätsbibliothek) und sind in der Regel auch online zugänglich.

Die erhobenen Daten können vom Betreuer der Masterarbeit für Zwecke der Leistungsbeurteilung eingesehen werden, und sie dürfen gemäß § 2d Abs 5 FOG iVm Art 89 Abs 1 DSGVO grundsätzlich unbeschränkt gespeichert werden.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verwendung dieses Interviews jederzeit gegenüber der verantwortlichen Person (s. unten) zu widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch die verantwortliche Person in Zukunft unzulässig wird. Alle Aussagen, die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs in der wissenschaftlichen Arbeit verwendet wurden, sind allerdings rechtskonform und müssen nicht aus der Arbeit entfernt werden.

Weiters besteht das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten durch die für diese Studie verantwortliche Person sowie das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit. Schließlich steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde, in Österreich ist dies die österreichische Datenschutzbehörde, zu (bspw. über dsb@dsb.gv.at).

Wenn Sie Fragen zu dieser Erhebung haben, wenden Sie sich bitte an die verantwortliche Person dieser Untersuchung: [Name und Mailadresse aus Datenschutzgründen entfernt], Studentin an der Universität Wien. Für grundsätzliche juristische Fragen im Zusammenhang mit der DSGVO/DSG/FOG und studentischer Forschung wenden Sie sich bitte an die/den Datenschutzbeauftragte/n der Universität Wien (<https://dsba.univie.ac.at/>).

Hiermit bestätige ich, dass ich über das Forschungsvorhaben ausreichend informiert wurde, und willige ein, dass die im Rahmen eines Interviews für eine Masterarbeit erhobenen Daten in Form von Originalaufnahmen des Interviews und dessen Transkript durch die verantwortliche Person für wissenschaftlichen Zwecke verwendet und verarbeitet werden dürfen. Sollte ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angeben bzw. angegeben haben, sind diese von der vorliegenden Einwilligungserklärung umfasst.

Name:

Ort & Datum:

Unterschrift: