

# **Prof. Dr. Gisela Szagun zur zweiten Studie zum Spracherwerb von Kindern mit Cochlea Implantat**

## **Interview von Karin Kestner**

**Karin Kestner 21.04.2010**

Liebe Frau Szagun, haben Sie vielen Dank für die Bereitschaft einige Fragen zur neuen Studie und deren Ergebnissen zu beantworten.

KK: Sie haben nun eine zweite Studie zum Spracherwerb von gl Kindern nach Cochlea Implantation durchgeführt. Wie lange hat die Studie gedauert?

GS: Die Durchführung der Studie hat insgesamt drei Jahre gedauert. Die Analyse aller Daten und das Schreiben von Aufsätzen über die Studie hat dann noch einmal ein Jahr gedauert. Die Studie wurde drei Jahre lang von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziell gefördert.

KK: Warum haben Sie eine zweite Studie durchgeführt? Welche Unterschiede in der Herangehensweise gab es?

GS: Zu ihrer ersten Frage, warum wir die Studie durchgeführt haben, möchte ich zwei Gründe nennen:

1) Wir wollten in dieser zweiten Studie möglichst viele Kinder erfassen, die ihr Cochlea-Implantat im ersten Lebensjahr, zwischen 6 und 11 Monaten erhalten haben. Das war in unserer ersten Studie nicht möglich, da vor einigen Jahren Kinder noch nicht so früh implantiert wurden. Es wird vielfach behauptet, dass Kinder, die ihr CI im ersten Lebensjahr erhalten, eine bessere Sprachentwicklung haben als Kinder, die im zweiten, dritten und vierten Lebensjahr implantiert werden. Unter den 140 Kindern waren 29 Kinder, die ihr CI im ersten Lebensjahr erhielten. Das ist eine sehr hohe Anzahl, die es meinem Wissen nach noch in keiner Studie – international betrachtet – gibt. Wir haben keinen sehr bedeutsamen Unterschied in der Schnelligkeit des Spracherwerbs bei diesen sehr früh implantierten Kindern gefunden. Dieses Ergebnis ist jedoch ein wenig unterschiedlich, je nach Art der Analyse der Daten. Bei einer Untergruppe von 25 Kindern gab es einen Unterschied auf einem von fünf Sprachmaßen: Die Kinder, die im ersten Lebensjahr implantiert wurden, hatten eine schnellere Entwicklung bei der Satzbildung im Vergleich zu Kindern, die ihr CI im dritten und vierten Lebensjahr erhielten, aber nicht im Vergleich zu denen, die ihr CI im zweiten Lebensjahr erhielten. Nach unseren Ergebnissen gibt es für den Spracherwerb keinen Vorteil der sehr frühen Implantation im ersten Lebensjahr im Vergleich zur Implantation im zweiten Lebensjahr. Es gibt lediglich einen leichten Vorteil bei Implantation vor 24 Monaten im Bereich der frühen Satzbildung.

2) Ein weiteres Ziel der zweiten Studie war es, den relativen Einfluss des Implantationsalters und der sozialen Umwelt der Kinder zu erforschen. Es zeigte sich, dass der Einfluss der sozialen Umwelt sehr viel stärker ist als der des Implantationsalters. Der Bildungsstand der

Eltern und insbesondere die Sprache der Eltern haben den stärksten Einfluss auf Fortschritte im Spracherwerb der Kinder. Das trifft auf Kinder zu, die im Alter von 6 bis 47 Monaten ihr CI erhielten. Je höher der Bildungsstand, desto besser verlief der Spracherwerb. Was die Sprache der Eltern angeht, so ist eine reichhaltige Sprache wirksam. Das heißt: eine Sprache, die einen reichhaltigen Wortschatz anbietet und moderat lange Sätze. Das bewegt sich natürlich alles im Rahmen einer kindgerechten Sprache. Eine solche Sprache geht auch einher mit interessanten Inhalten und langweilt das Kind nicht.

Besonders wirksam ist es, wenn Eltern grammatisch unvollständige oder fehlerhafte Sätze erweitern. Wenn ein Kind z.B.: „Die Maus schön“ sagt, ist eine Erweiterung: „Die Maus ist schön“, oder auf die kindliche Äußerung: „Zwei Bär“ ist eine Erweiterung: „Zwei Bären“. Das Kind erhält so kurz nach seiner eigenen Äußerung die korrekte grammatische Form. Eltern erweitern kindliche Äußerungen ganz automatisch, ohne es zu merken. Dies geschieht auch nicht belehrend, sondern als Teil der Unterhaltung. Erweiterungen haben den stärksten positiven Einfluss auf den Spracherwerb von Kindern mit CI. Erweiterungen sind nicht abhängig vom Bildungsstand der Eltern. Sie sind daher ein exzellentes Mittel, den Spracherwerb der Kinder zu fördern. Therapeuten können Eltern auch dazu anleiten, Erweiterungen zu benutzen.

Ich habe den Eindruck, dass der Einfluss der sozialen Umwelt, besonders der Sprache der Eltern, in Forschungen bisher nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Man hat besonders den Einfluss des Implantationsalters betont. Oft wird hier auch auf die sensible Phase für Spracherwerb verwiesen, die eine neurophysiologische Basis hat. Man nimmt an, dass die optimale Zeitspanne für den Spracherwerb in den ersten vier Lebensjahren liegt. Die Bildung der neuronalen Systeme im Gehirn zur Verarbeitung von Sprache hängt jedoch nicht nur vom Alter, sondern auch von der Erfahrung mit Sprache ab. Daher ist die Sprache der Umwelt so wichtig.

Zu Ihrer zweiten Frage bezüglich der Herangehensweise:

Wir haben den Elternfragebogen FRAKIS zur Erhebung des Sprachstandes eingesetzt. Das ermöglichte es, den Sprachstand bei einer großen Anzahl von Kindern zu erheben. Zusätzlich haben wir bei einer kleineren Gruppe von Kindern die spontane Sprache in einer natürlichen Spielsituation und die ihrer Eltern, meistens der Mutter, aufgenommen und analysiert.

KK: Sie hatten 140 Kinder aus verschiedenen Kliniken in der Studie? Können die Kinder mit schlechter als normalem Spracherwerb in der Regelschule ohne Gebärdensprachdolmetscher bestehen?

GS: Diese Frage kann ich nicht gut beantworten, da ich über die schulische Situation wenig weiß. Ein Gebärdensprachdolmetscher würde jedoch nicht helfen, da die Kinder in der Regel die Gebärdensprache nicht beherrschen.

KK: Haben diese Kinder noch eine Chance die Gebärdensprache zu erlernen?

GS: Ja. Das liegt daran, dass die Kinder Erfahrung mit der gesprochenen Sprache haben. Dieser Umgang mit Sprache erhält die sensible Phase für Spracherwerb – wenn wir auch nicht wissen, wie stark und wie lange.

KK: Wird jetzt nach der erneuten Studie den Eltern Gebärdensprache (von Pädagogen oder von Seiten der Klinik) empfohlen?

GS: Das würde ich bezweifeln, aber genau weiß ich es nicht. Das liegt wohl daran, dass die Gebärdensprache in Deutschland oft noch nicht als vollwertige Sprache anerkannt wird und dass sich der Glaube hält, dass das Erlernen der Gebärdensprache das Erlernen der gesprochenen Sprache verhindert. Für diesen Glauben gibt es keine Belege. In vielen Ländern, z.B. den USA, UK und Israel bestehen beide Sprachangebote – auch für Kinder mit CI. Das Erlernen der Gebärdensprache kann sogar den Erwerb der gesprochenen Sprache fördern.

KK: Wie viele der 140 Kinder haben einen annähernd normalen Spracherwerb?

GS: Die Frage nach der Normalität kann ich nur teilweise beantworten. Denn dafür müssen die Kinder mit den Altersnormen für normal hörende Kinder mit typischer Sprachentwicklung verglichen werden. Das konnten wir für 37 der 140 Kinder tun, denn diese wurden so jung operiert, dass wir sie mit dem Stand des Spracherwerbs bei normal hörenden Kindern im Alter von eineinhalb bis zwei Jahren vergleichen konnten. Danach lagen etwa 50 % der Kinder mit CI unter dem Normalbereich. Das betrifft aber nur den frühen Spracherwerb, und die Kinder können aufholen.

Für alle 140 Kinder mit CI kann ich nur sagen, dass sie in ihrem Spracherwerb verzögert sind. Das ist jedoch nicht anders zu erwarten. Wenn die Verzögerung nicht zu stark ist, kann ihr mit Förderung der Sprache begegnet werden. Und das geschieht ja auch.

KK: Wie viele der Kinder haben auch Kontakt zur Gebärdensprache?

GS: In unserer Studie waren es knapp 6 %.

KK: Wenn 50 % der Kinder keinen annähernd normalen Spracherwerb haben, kann eine Klinik tatsächlich noch ruhigen Gewissens von Gebärdensprache abraten oder sie verschweigen?

GS: Was die Gebärdensprache angeht, so denke ich, dass die Möglichkeit der Zweisprachigkeit mit Gebärdensprache und gesprochener Sprache generell angeboten werden sollte. Natürlich ist die gesprochene Sprache das erste Ziel für Kinder mit CI. Wenn aber der Erwerb der gesprochenen Sprache zu langsam und unzureichend verläuft, sollte meiner Meinung nach der Erwerb der Gebärdensprache in Betracht gezogen werden. Auf der Basis unserer Forschungsergebnisse würde ich sagen, dass sich ungefähr zwei bis zweieinhalb Jahre nach der Implantation zeigt, ob der Erwerb der gesprochenen Sprache angemessen verläuft. Kinder sollten dann in der Lage sein, kleine Sätze zu bilden. Kinder brauchen eine Sprache, um ein Symbolsystem aufzubauen. Dieses ist auch die Grundlage der Denkentwicklung. Zu starke Verzögerungen beim Aufbau einer Sprache können eine negative Rückwirkung auf die Denkentwicklung haben. Es ist dabei unwichtig, ob die Sprache eine gesprochene oder gebärdete ist.

KK: Haben Sie das Gefühl, dass sich in den Kliniken durch Ihre erste Studie oder nach Ihrer neusten Studie etwas im Umgang mit Eltern und der Einstellung zur Gebärdensprache geändert hat?

GS: Diese Frage kann ich nicht genau beantworten, da ich darüber keine Informationen habe. Ich glaube allerdings, dass psychologische Studien zum Spracherwerb bei CI Kindern in Deutschland nicht so wahrgenommen werden wie medizinische oder die Information, die in den Kliniken zum Spracherwerb gegeben wird. Von den Eltern, die an unseren Studien teilgenommen haben, haben wir jedoch überwiegend positive Rückmeldung auf unsere Studien und die Ratschläge für die Praxis, die daraus folgern.

KK: Glauben Sie, dass sich in Zukunft durch Ihre Studie in Deutschland etwas ändert in Bezug auf Förderung der gehörlosen Kinder mit CI?

GS: Die Antwort auf diese Frage fällt ähnlich aus wie die auf Ihre vorhergehende Frage.

KK: Wurden Sie wieder unterstützt vom CIC in Hannover?

GS: Ja. Wir wurden sehr stark unterstützt vom CIC in Hannover.

KK: Wem möchten Sie besonders danken?

GS: Besonders danken möchte ich dem ehemaligen Leiter des CIC Hannover, Herrn Dr. Bertram, Frau Maneke und Herrn Meyer am CIC, und natürlich den vielen Eltern und Kindern, die an unseren Studien teilgenommen haben.

KK: Wie verhalten sich die Eltern der Kinder, die keinen normalen Spracherwerb haben, jetzt nachdem feststeht, dass Ihre Kinder nicht gut in die Lautsprache kommen?

GS: Dazu weiß ich wenig Genaues und möchte daher aus Respekt den Eltern gegenüber auch nichts sagen.

Hinweis:

Im aktuellen Heft Nr.: 1/2010 47.Jahrgang „hörgeschädigte kinder erwachsene hörgeschädigte“ sind die Ergebnisse ausführlich dargestellt.

Bestellung: <http://www.verlag-hk.de/>