

Zwei Muster für die Verwendung von Hochdeutsch und Dialekt während der Durchführung des BIWOS

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Die im deutschsprachigen Raum verfügbaren Diagnostikverfahren zur Erfassung von Aphasien stützen sich – wie in anderen Sprachen auch – in aller Regel auf die Standardsprache. Obwohl die Gleichwertigkeit, der soziale Wert und die Regelmäßigkeit der verschiedenen Varietäten einer Sprache in der linguistischen und klinischen Forschung seit Jahrzehnten anerkannt sind (vgl. ASHA 2003), gibt es bisher nur wenige Arbeiten, die sich mit Aphasiediagnostik bei Menschen, die eine andere Varietät als die Standardsprache sprechen, befassen (vgl. z.B. WIDMER BEIERLEIN & VORWERG 2015; ULATOWSKA & OLNESS 2001; ULATOWSKA et al. 2003). Ein Grund dafür dürfte in der getrennten Entwicklung der Forschungstraditionen zu Sprachvariation und Sprachverarbeitung liegen. Erst in jüngerer Zeit gibt es Bemühungen, beide Felder zusammenzuführen (vgl. VORWERG 2013).

Die Diskrepanz zwischen ‚Testsprache‘ und im Alltag gesprochener Sprache ist von besonderer Bedeutung in Gebieten mit diglossischer Sprachverwendung – d.h. einem klaren Nebeneinander von Mundart und Standardsprache – und einem grösseren sprachlichen Abstand. Hierzu gehört, neben anderen alemannischen Sprachräumen, die Deutschschweiz, wo eine besondere Stellung der Dialekte als Kennzeichen nationaler und lokaler Identität sowie eine Zurückhaltung gegenüber der gesprochenen Standardsprache hinzukommen.

Eine Online-Umfrage unter Deutschschweizer Logopädinnen und Logopäden hat ergeben, dass hauptsächlich (standard-)deutsche Tests verwendet werden, die TherapeutInnen aber mit den PatientInnen Dialekt sprechen (vgl. WIDMER BEIERLEIN & VORWERG 2015). Es stellt sich daher die Frage, wie dieser vordergründige Widerspruch in konkreten Diagnostiksituationen aufgelöst wird. Werden die Testitems in den Dialekt übertragen? Oder wird für die Testinstruktion ins Standarddeutsche gewechselt? Wann wird welche Varietät verwendet?

Die hier vorgestellten Daten stammen aus einem grösseren Projekt, dessen Ziel es ist, den Sprachgebrauch während einer logopädischen Aphasiediagnostik in der deutschsprachigen Schweiz zu untersuchen. Für den vorliegenden Beitrag haben wir aus einer Reihe von Videoaufnahmen von Diagnostiksituationen zwei ausgewählt, anhand derer die Sprachverwendung von Standardsprache und Schweizer Dialekt beispielhaft aufgezeigt werden kann. In der einen Testung zeigt sich ein vergleichsweise hoher Anteil von Standarddeutsch in allen Untertests, während in der anderen (mit Ausnahme lexikalischer Untertests) fast ausschliesslich Dialekt gesprochen wird. Diese beiden Typen von Sprachgebrauch werden hier für das gleiche Diagnostikverfahren, das BIWOS (Bielefelder Wortscreening für leichte Aphasien, BENASSI et al. 2012), genauer dargestellt und erläutert.

Sandra Widmer
Beierlein, FHNW,
Constanze Vorweg,
Universität Bern

Referat gehalten
an der SAL-Tagung
vom 25.11.2016

Damit die Ergebnisse dieser Studie auf dem Hintergrund der Deutschschweizer Sprachsituation besser verständlich werden, folgt eine kurze Darstellung der sprachlichen Besonderheiten der Deutschschweiz. Ausserdem werden anhand des BIWOS mögliche Schwierigkeiten bei der Adaptation in den Dialekt beschrieben.

1.2 Sprachsituation in der deutschsprachigen Schweiz

Die Deutschschweizer Sprachsituation wird häufig als ‚Diglossie‘ charakterisiert (vgl. z.B. FERGUSON 1959; WERLEN 1998). Damit ist der durch den Kontext bestimmte Einsatz von entweder Standard oder Dialekt gemeint – im Gegensatz zu fließenden Übergängen zwischen Standarddeutsch und Dialekt in anderen Regionen des deutschsprachigen Raums (vgl. AMMON 2003)¹. Hochdeutsch wird mehrheitlich in der Literatur und Sachprosa, in schriftlichen Texten sowie mündlich auch im Bildungswesen und im Parlament gebraucht (vgl. z.B. RASH 2002). Der Dialekt ist hingegen die Varietät der Wahl für alle nicht restringierten Situationen mündlicher Kommunikation und zum Teil auch für sehr persönliche, kürzere schriftliche Kommunikationen (vgl. VORWERG 2017).

Von der deutschsprachigen Bevölkerung innerhalb der Deutschschweiz sprechen 96% mit ihren Angehörigen Schweizerdeutsch und nur 10% Standarddeutsch (eidg. Volkszählung 2000 zit. n. WERLEN 2004, 10) (Mehrfachantworten kommen vor). Werden nur die SchweizerInnen innerhalb der Deutschschweiz in diese Berechnung einbezogen, so erhält man Angaben von 99% für den Dialekt und 7% für Standarddeutsch. Dies zeigt die enorme Bedeutung des Dialektes als gesprochene Varietät in der Deutschschweiz. Ausdruck dessen ist auch das hohe Prestige, dass der Dialekt genießt, was für eine Nicht-Standard-Varietät im weltweiten Vergleich unüblich ist. So wird Dialekt in der mündlichen Kommunikation unabhängig vom sozialen Status bevorzugt. Dementsprechend ist ein Wechsel auf Standardsprache in einem dialektalen Kontext soziopragmatisch nicht erlaubt (CHRISTEN et al. 2010).

In Abgrenzung zum Standarddeutschen wird von den Dialekten als ‚Schweizerdeutsch‘ gesprochen. Das Schweizerdeutsch gibt es allerdings nicht; vielmehr handelt es sich um einen Sammelbegriff für alle Deutschschweizer Dialekte (CHRISTEN 2005). So ist der sprachstrukturelle Abstand zwischen Standarddeutsch und den einzelnen Schweizer Dialekten je nach Dialekt unterschiedlich gross, da sich auch die einzelnen Dialekte stark voneinander unterscheiden. Eine Gemeinsamkeit der Deutschschweizer Dialekte auf der phonologischen Ebene ist, dass die alten mittelhochdeutschen Diphthonge *uo*, *üe*, *ie* und die langen Vokale *i*, *u*, *ü* beibehalten wurden (vgl. CHRISTEN et al. 2013) [z.B. *Bueb* «Bub», *süess* «süss», *liëb*, «lieb», *Huus* «Haus», *lis* «Eis», *Lüüt* «Leute». Auf der lexikalischen Ebene finden sich natürlich

¹ In diesem Beitrag werden die Begriffe «Hochdeutsch», Standarddeutsch» und «Standardsprache» synonym verwendet.

viele Wörter, die sich zwischen Dialekt und Standarddeutsch nicht unterscheiden. Gerade für Alltagsgegenstände existieren aber häufig eigene, lokal sehr unterschiedliche Dialektwörter wie z.B. «Chlöppli» (Wäscheklammer) oder «Güggli» (Tragetasche). Auch viele Fremdwörter aus dem Französischen sind in den dialektalen Sprachgebrauch übergegangen, z.B. *Billett* «Fahrkarte», *Velo* «Fahrrad» oder *Glacé* «Speiseeis» (vgl. SIEBENHAAR & WYLER 1997) – und einige von dort in die schweizerische Standardsprache. Obwohl in der Schweiz kein sog. Dialekt-Standard-Kontinuum existiert, sondern eine Diglossiesituation, ist die Zuordnung einzeln produzierter Wörter und Konstruktionen zu einer der beiden Varietäten nicht immer eindeutig – zum einen aufgrund des gemeinsamen Substrats, zum anderen, da häufig Laute, Wörter und auch syntaktische Konstruktionen aus dem Dialekt in die Standardsprache übernommen werden und umgekehrt (AMMON et al. 2016).

Das Standarddeutsch der SchweizerInnen wird auch als Schweizerhochdeutsch bezeichnet. Das Schweizerhochdeutsch weist neben den vielen vorherrschenden Gemeinsamkeiten auch Unterschiede zum deutschen und österreichischen Standarddeutsch auf allen linguistischen Ebenen auf, wobei alle drei als deutsche Standardvarietäten im Sinne eines plurizentrischen Ansatzes gelten (AMMON et al. 2016). Viele SchweizerInnen sprechen ungern Standarddeutsch und nehmen das Schweizerhochdeutsch verglichen mit der deutschen Standardsprache als minderwertig wahr. Ob es sich beim Standarddeutschen sogar um eine Fremdsprache handelt, wird je nach Studie unterschiedlich beurteilt. In Umfragen halten deutlich weniger Teilnehmende Standarddeutsch für eine Fremdsprache, wenn es im Vergleich mit Italienisch oder Französisch betrachtet wird (vgl. STEINMANN & DRAGANITS 1988 zit. n. WERLEN 1998). Interessant ist eine Studie von HÄGI & SCHARLOTH (2005), bei welcher 79% der Teilnehmenden die Frage «Ist Hochdeutsch für Schweizer die erste Fremdsprache?» bejahen, jedoch nur 30% die Frage «Ist Hochdeutsch für mich eine Fremdsprache?».

1.3 Ad-hoc-Adaptierbarkeit des BIWOS an den Dialekt

Ziele des BIWOS sind eine Einschätzung der mündlichen Wortfindungsleistung im Hinblick auf (1) die Frage der Beeinträchtigung, (2) den etwaigen Schweregrad und (3) den etwaigen Störungsschwerpunkt, um zur Bestimmung von Therapiezielen sowie zur Verlaufsbeschreibung und Therapieevaluation dienen zu können (vgl. BENASSI et al. 2012, 30). Es ist geeignet für PatientInnen mit leichten Aphasien, verwendbar ab der postakuten Phase (ab der 6. Woche nach Ereignis) und kann sowohl bei Schlaganfall als auch nach einem Schädelhirntrauma eingesetzt werden.

Das BIWOS unterscheidet zwischen einem primär semantischen und einem primär lexikalischen Leistungsbereich und besteht aus insgesamt 10 Aufgaben (fünf pro Bereich). In Bezug auf die Adaptation in den Dialekt können die Aufgaben aus dem

primär semantischen Leistungsbereich prinzipiell ohne Probleme angepasst werden, da für die behandelnde Therapeutin leicht auch im Dialekt ersichtlich wird, ob das semantische Konzept erhalten ist oder nicht.

Schwieriger gestaltet sich die Anpassung von Aufgaben, die primär den lexikalischen Bereich, also die Wortformen, testen. So verändern sich z.B. beim Untertest FREIES REIMEN schon beim ersten Item die möglichen Antworten. Aufgabe ist es, zwei Wörter zu finden, die sich auf ein vorgegebenes Wort reimen. Wenn die Therapeutin hier *Raum* vorgibt, können im Standarddeutschen mögliche Antworten *Traum*, *Saum*, *Schaum* etc. lauten. Hingegen bleibt bei der Vorgabe *Ruum* im Dialekt aus der obigen Aufzählung nur noch *Schuum* «Schaum» als mögliche Antwort übrig. Die Anforderung ändert sich also mit der Übersetzung in den Dialekt. Ein weiterer Untertest, bei welchem das standarddeutsche Zielwort nicht immer mit dem Dialektwort übereinstimmt, ist der Untertest KATEGORIESPEZIFISCHES REIMEN. Vorgegeben ist eine Kategorie mit einem Reimwort, z.B. «Ein Musikinstrument, das sich auf *Feige* reimt»; die korrekte Antwort wäre *Geige*. Bei diesem Item wäre eine Übertragung in den Dialekt möglich (*Fiige* – *Giige*), bei anderen Vorgaben aber, wie z.B. «ein Gemüse, das sich auf *Giebel* reimt», wäre das entsprechende Dialektwort *Zwieblä*, *Zibele*, *Böle* o.ä., so dass eine korrekte Antwort nicht mehr möglich wäre. Ausser dem Untertest LEXIKALISCHE WORTFLÜSSIGKEIT (in einer Minute möglichst viele Wörter mit dem gleichen Anfangsbuchstaben finden) ist bei allen weiteren lexikalischen Untertests aus ähnlichen Gründen bei der Übertragung in den Dialekt Vorsicht geboten.

2. Fragestellung

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, zwei Muster für den Gebrauch von Standarddeutsch und Dialekt während einer Aphasiediagnostik in der deutschsprachigen Schweiz aufzuzeigen. Dazu werden zwei Therapeutinnen-Patienten-Paare in Bezug auf die Verteilung von Varietäten und Redeanteilen verglichen. Dabei ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Wie ist der Gebrauch von Standarddeutsch und Dialekt (Bündner- bzw. Berndeutsch) während der Durchführung des BIWOS über die gesamte Testdurchführung verteilt?
 - Wie sieht die Gesamtverteilung der Varietäten über die Diagnostiksituationen aus?
 - Wie häufig setzen die beiden Therapeutinnen Standarddeutsch und Dialekt ein?
 - Wie häufig setzen die beiden Patienten Standarddeutsch und Dialekt ein?
 - Wann setzen die Therapeutinnen und Patienten Standarddeutsch ein?
- Wie sind die Redeanteile zeitlich über die gesamte Diagnostik verteilt?

3. Methoden

3.1 Angaben zu den Teilnehmenden

Beide Therapeutinnen und beide Patienten sprechen in ihrem Alltag einen Schweizer Dialekt. Therapeutin 09 (Video 09) spricht Bündner Dialekt und arbeitet im Kanton Graubünden. Patient 09 ist zum Zeitpunkt der Aufnahme 79 Jahre alt und hatte vor 10 Monaten einen Schlaganfall (postakute Phase). Er ist Rentner und war zuvor als Bauschlosser tätig. Er spricht in seinem Alltag Bündnerdeutsch und Rätoromanisch. Er kommt einmal pro Woche in die Logopädie und trägt Hörgeräte.

Therapeutin 06 (Video 06) spricht Berndeutsch und arbeitet im Kanton Bern. Patient 06 ist 49 Jahre alt und hatte vor 19 Monaten einen Schlaganfall (chronische Phase). Er ist Gärtner von Beruf und spricht Berndeutsch und Französisch in seinem Alltag. Patient 06 ist sprachlich deutlich weniger eingeschränkt als Patient 09. Er kommt einmal pro Woche in die Logopädie.

3.2 Videoaufnahme

Für die Videoaufnahmen wurden die Logopädinnen per Mail kontaktiert und für die Studienteilnahme angefragt. Sie erhielten dann die Studienunterlagen und fragten geeignete Patienten (Einschlusskriterien: logopädische Indikation für eine Aphasiediagnostik, mindestens 18 Jahre alt, Schweizer Dialekt als Muttersprache bei mindestens einer der beiden teilnehmenden Personen) an. Die Patienten erhielten die Studienunterlagen schriftlich und hatten die Möglichkeit Fragen zu stellen und die Teilnahme abzulehnen. Nachdem beide Teilnehmenden ihr Einverständnis schriftlich gegeben hatten, fand eine Videoaufnahme im jeweiligen Spital statt. Die Aufnahmen dauern rund 50 Minuten (bei 40-50 min. Testung).

3.3 Datenaufbereitung und -auswertung

Für die Anfertigung des Transkripts wurde das Transkriptionsprogramm f5 verwendet. Das Transkript wurde in Anlehnung an das Minimaltranskript nach GAT2 (vgl. SELTING et al. 2009) verfasst. Die Videodaten wurde von einer Person mit einem Schweizer Dialekt als Muttersprache transkribiert und von einer weiteren Person korrigiert. Die transkribierten Videos wurden für die Auswertung in MAXQDA (Auswertungssoftware) übernommen. Die Varietät wurde dort von einer Person mit einem Schweizer Dialekt als Muttersprache nach folgenden Kategorien codiert:

- a) Schweizer Dialekt (CH)
- b) Hochdeutsch (HD, schliesst alle Standardvarietäten inkl. Schweizerhochdeutsch ein)
- c) Unklar/ambig
 - a. Varietät kann nicht bestimmt werden

- b. Entlehnung (z.B. Bezeichnungen aus dem Französischen)
- d) andere Sprachen (z.B. Romanisch)
- e) uncodiert

Kriterien:

a) *Schweizer Dialekt*: Ausser eindeutig zuordenbaren Äusserungen wurden Kognaten, die ihrer Aussprache nach sowohl Dialekt als auch Hochdeutsch sein könnten, als Dialekt bewertet, wenn z.B. der Artikel vor einem Nomen Dialekt war (z.B. *e Schal*). Phonematische Paraphasien wurden als Dialekt gewertet, wenn sie als Teil (*conduite d'approche* oder *conduite d'écart*) einer dialektalen Äusserung erkennbar waren.

b) *Hochdeutsch*: Ausser eindeutig zuordenbaren Äusserungen (nach Verständnis der kodierenden Person, mit Schweizer Dialekt als Muttersprache) wurden Kognaten, die ihrer Aussprache nach sowohl Dialekt als auch Hochdeutsch sein könnten, als Hochdeutsch bewertet, wenn z.B. der Artikel vor einem Nomen hochdeutsch war (z.B. *ein Schal*). Im Zweifelsfalle wurde auf das Variantenwörterbuch des Deutschen zurückgegriffen. War das Wort dort aufgeführt (ohne als Grenzfall zum Dialekt gekennzeichnet zu sein), wurde es als Hochdeutsch gewertet. Phonematische Paraphasien wurden als Hochdeutsch gewertet, wenn sie als Teil (*conduite d'approche* oder *conduite d'écart*) einer hochdeutschen Äusserung erkennbar waren.

- c) *unklar*: Die Varietät konnte weder a) noch b) zugeordnet werden, wenn
- ... das Wort auf Schweizerdeutsch und auf Hochdeutsch gleich klingt und aus dem Kontext heraus sowohl Dialekt als auch Standard sein könnte (z.B. *fatal*)
 - ... ein Wort klar hochdeutschen Ursprungs eine ausgesprochen dialektale Aussprache aufwies (z.B. *Thermometer*, Video 06).
 - ... eine phonematische Paraphasie als Teil (*conduite d'approche* oder *conduite d'écart*) weder dem Dialekt noch dem Standard zugeordnet werden konnte.

Eine Unterkategorie zu «unklar» bildeten Entlehnungen, welche sowohl im Dialekt als auch im Standard gebräuchlich sind (z.B. *en mode*, Video 06).

d) *Andere Sprachen*: Vereinzelt treten Äusserungen in anderen Sprachen auf (Romanisch, z.B. V09 *viva*). Diese wurden entsprechend codiert, sofern es sich nicht um gebräuchliche Entlehnungen (wie *T-Shirt*) handelt.

e) *uncodiert*: Folgende Teile des Transkripts wurden nicht codiert: Rezeptions- und Häsitations-signale (*äh, ah, aa, ähm, mhm, mmm, hei, hoouu, ha*), Klammern, Pausen, Unverständliches.

Die Gesamtverteilung der Varietäten über die jeweilige Testung wurde im Hinblick auf die Anteile an der gesamten Diagnostiksituation (Gewichtung der codierten Sprachsegmente, d.h. Wörter oder Wortfolgen, nach ihrer Länge in Transkript-Zeichen) analysiert. Zur Auswertung der Verteilung in Bezug auf die einzelnen SprecherInnen wurden prozentuale Anteile, Zeit und Wörter pro SprecherIn aus dem Transkript extrahiert.

4. Ergebnisse

4.1 Gesamtverteilung der Varietäten über die Diagnostiksituationen

In beiden Diagnostiksituationen hat der Dialekt den höchsten Gesamtanteil an den sprachlichen Interaktionen (Video 06: 89.2%, Video 09: 68.8%). Dennoch unterscheidet sich der Anteil an Standarddeutsch in beiden Videos deutlich. Im Video 06 stehen Dialekt und Standarddeutsch (9.8%) im Verhältnis 9:1, während sie sich im Video 09 (mit 23.9% Standarddeutsch) im Verhältnis von 3:1 befinden.

Der Anteil von Äusserungsbestandteilen, bei denen eine Zuordnung zur einen oder anderen Varietät nicht möglich ist, ist in Video 06 vernachlässigbar (0.1%), in Video 09 jedoch substantiell (7.3%). Ausserdem treten zwei (dem Dialekt oder Standard nicht zuordenbare) Entlehnungen aus dem Französischen (Video 06: *Café de Paris, en mode*) auf sowie ein Wort aus dem Romanischen (Video 09: *viva* «prosit»: als der Patient einen Schluck Wasser nimmt) auf.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung des Sprachgebrauchs (d. h. der Codierungen) über die beiden Videoaufnahmen in Form eines mit Hilfe von MAXQDA erstellten sog. Dokument-Portraits. Dies ist eine grafische Darstellung der Abfolge von Codierungen im gesamten Dokument, welche quasi auf einer Zerlegung des (als Zeichenkette aufgefassten) Transkripts in 1200 (30x40) Abschnitte beruht und die in diesen jeweils überwiegende Kodierung anzeigt. Die Tabellen werden von links nach rechts gelesen. So wird beispielsweise zu Beginn beider Transkripte alles im Dialekt gesprochen (siehe Zeilen 1-3 der Abbildung). Während bei Video 09 zunehmend standarddeutsche und unklare Anteile erscheinen, werden in Video 06 nur vereinzelt standarddeutsche Einwürfte sichtbar. Beide Therapeutinnen verwenden für den letzten Untertest Hochdeutsch, was am Ende des Dokument-Portraits in den letzten 5 Zeilen ersichtlich wird.

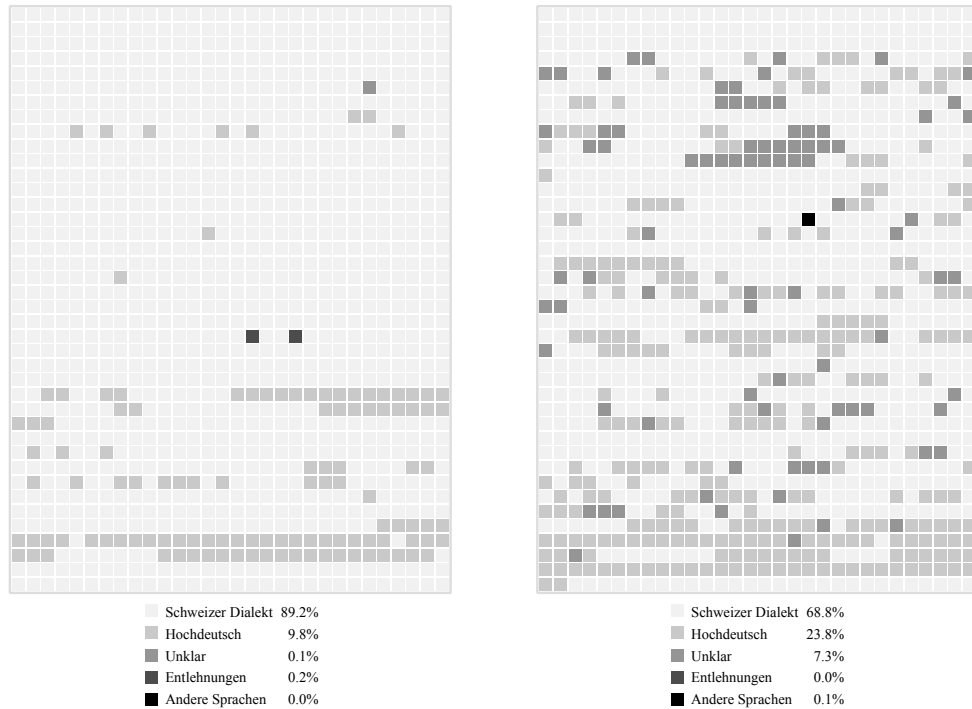
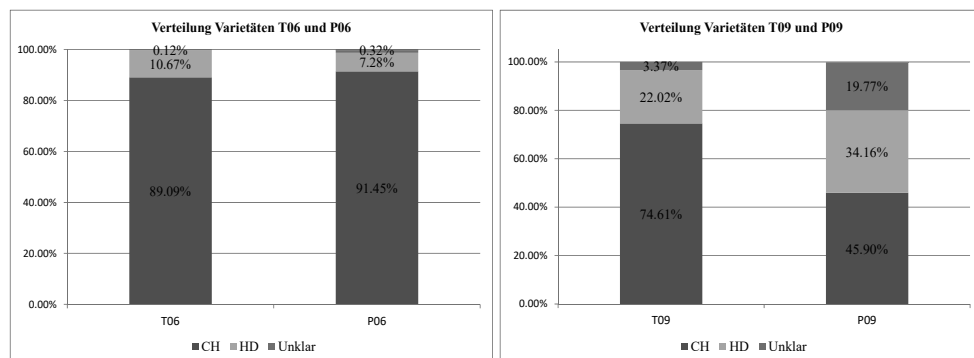


Abbildung 1: Vergleich aller codierten Varietäten in den Videos 06 (links) & 09 (rechts) während der Durchführung des BIWOS (siehe Erläuterungen im Text). Der Gebrauch einzelner Varietäten ist chronologisch abgebildet, d. h. in Leserichtung (v.l.n.r.).

4.2 Verteilung der Varietäten pro SprecherIn

Eine Aufschlüsselung der Codierungskategorien nach SprecherInnen zeigt, dass sich sowohl die Therapeutinnen als auch die Patienten in der Häufigkeit des Dialektgebrauchs stark voneinander unterscheiden. Während beide Teilnehmenden aus Video 06 einen sehr hohen Dialektanteil aufweisen, ist er bei den Teilnehmenden aus Video 09 deutlich geringer (siehe Abbildungen 2a und 2b).



Abbildungen 2a & 2b: Prozentuale Transkript-Anteile von Schweizer Dialekt (CH), Hochdeutsch (HD) und nicht zuordenbaren Bestandteilen (Unklar) pro SprecherIn für Video 06 (links) und Video 09 (rechts).

In Video 06 haben die Therapeutin und der Patient ausgesprochen hohe und bemerkenswert übereinstimmende Dialekt-Anteile (89% bzw. 91%). Der leicht höhere Standarddeutsch-Anteil der Therapeutin lässt sich damit erklären, dass sie bei zwei Untertests den jeweiligen Testsatz vorliest, während die Antwort des Patienten nur aus einem einzigen Wort besteht.

In Video 09 bestehen hingegen grössere Unterschiede in den Anteilen zwischen der Therapeutin und dem Patienten in den Dialekt-Anteilen (75% vs. 46%) und den Standarddeutsch-Anteilen (22% vs. 34%). Patient 09 hat den höchsten Anteil Äusserungsbestandteilen der Kategorie «unklar» (20%).

4.3 Verteilung von Wörtern und Redezeit zwischen den SprecherInnen

Angesichts der sprachlichen Einschränkungen der Patienten infolge der Aphasie sind auch die Verteilungen von Wörtern und Redezeit zwischen den GesprächsteilnehmerInnen in einer Diagnostiksituation von Interesse. Abbildung 3 zeigt die Anteile von Therapeutin und Patient für beide Videos.

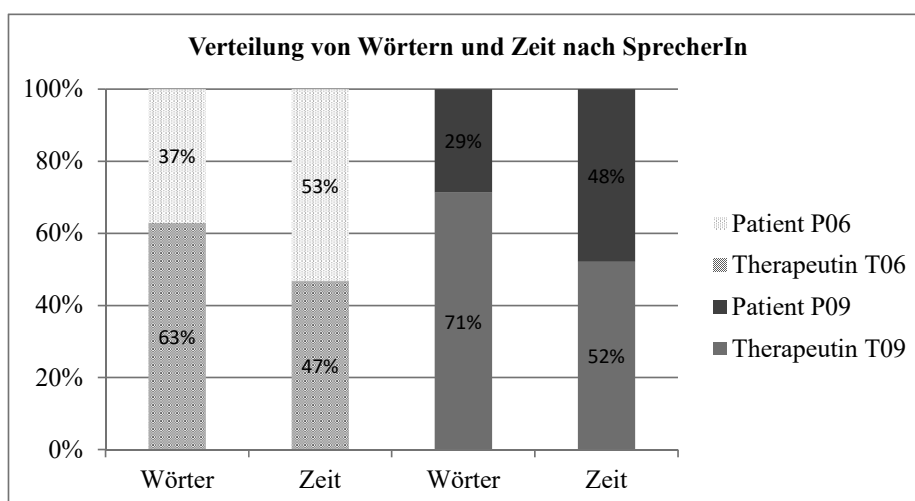


Abbildung 3: Verteilung von Wörtern und Redezeiten zwischen den SprecherInnen pro Diagnostiksituation (links Video 06, rechts Video 09). Der Anteil der Therapeutin ist in den Säulen jeweils unten dargestellt.

Bei beiden Videos zeigt sich das gleiche Prinzip: Die Therapeutinnen sprechen mehr Wörter in kürzerer Zeit. Die Daten reflektieren die Einschränkung der Sprachproduktion durch die Aphasie bei den Patienten. Patient 09 (29% der Wörter in 48% der Zeit) ist stärker betroffen als Patient 06 (37% der Wörter in 53% der Zeit). Die Therapeutinnen sprechen ca. in der Hälfte der Zeit (T06: 47%, T09: 52%), können in dieser Zeit aber wesentlich mehr an Wörtern übermitteln (T06: 63%, T09: 71%). Aufgrund der zu gebenden Testinstruktionen, allfälliger Hilfestellungen sowie der Darbietung der einzelnen Testitems ist grundsätzlich von einem höheren Redeanteil der Therapeutin auszugehen.

4.4 Verteilung hochdeutscher Äusserungsbestandteile über die Test-situationen

In beiden Videos finden hochdeutsche Äusserungen ausschliesslich im Rahmen der Testung statt. Für alle anderen Gesprächsabschnitte am Anfang, innerhalb und am Schluss der Sitzung wird uneingeschränkt Dialekt verwendet. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Produktion standarddeutscher Wörter in den einzelnen Untertests. In aller Regel handelt es sich um Test- und Beispielitems. In einigen wenigen Ausnahmen kommen auch standarddeutsche Wörter in einer Instruktion zu einem Untertest (z.B. *jetz in de nöchschte ufgab söllend sie reime finde; nennen sie zwei eigenschaftswörter für schnee*) oder als Hilfestellung (z.B. P09: *jetz s gegeteil vo flüstern* – P09: *vo* – T09: *flüschtere* – P09: *v vo v* – T09: *flüstern* – P09: *mhm*) vor.

Untertest	Video 06		Video 09	
	Therapeutin	Patient	Therapeutin	Patient
I. Semantischer Bereich				
Antonyme	1 Wort (<i>Taß</i>)	---	alle Testitems (soweit kategorisierbar)	Wiederholung der Vorgaben ^a ; nur 4/12 korrekt produziert: 1 Dialekt, Rest unklar
Hyperonyme	1 Wort (<i>Muskat</i>), gefolgt von BE Variante (<i>Mutschgetn uss</i>)	---	alle Testitems (soweit kategorisierbar; Beispiele Dialekt)	Wiederholung der Testitems, Antworten (2/8) alle unklar
Semantische Merkmalsanalyse	1 Wort ^b	---	alle Testitems	alle ausser erster Antwort
Synonyme	Nomen (Adjektive & Verben Dialekt) ^c	--- (einige Antworten nicht kategorisierbar, z.B. <i>Landwirt</i>)	alle, soweit kategorisierbar	gemischt mit Dialekt (kein Muster erkennbar)
Semantische Wortflüssigkeit	---	1 Wort (<i>Hemd</i>)	Beispiele	alle Antworten
II. Lexikalischer Bereich				
Freies Reimen	Beispiele ^d und alle Testitems	alle Antworten	Beispiele und alle Testitems	Wiederholung der Vorgaben (produziert keine korrekte Antwort)
Lexikalische Wortflüssigkeit	Beispiele	1 Item (<i>draussen</i>) ^e	Beispiele	alle Antworten
Kategoriespezifisches Reimen	Beispiele und Testitems	alle Antworten	Beispiele und Testitems	alle Testitems (Abbruch nach der Hälfte)
Wortkomposition	Beispiele und alle Testitems	alle Antworten	alle Testitems (Abbruch nach halbem Untertest = 3 Items)	Wiederholung von Vorgaben, keine bewertbaren Antworten
Benennen nach Definitionsvorgabe	alle Testitems ^f	mindestens die Hälfte (Beginn: Dialekt, einige unklar)	alle Testitems	alle Antworten (soweit kategorisierbar)

Tabelle 1: Produktion von Hochdeutsch in den jeweiligen Untertests des BIWOS
^aEventuell möchte der Patient sich auch aufgrund der Hörproblematik vergewissern, dass er richtig verstanden hat. ^bSie sagt: zwöi tätigkeitswörter (.) zu (-) zäng (-) aso zähne. ^cDas erste Nomen ist Fahrstuhl. Das Wort gibt es im Dialekt nicht; im HD ist es auf D begrenzt. T06 übersetzt es und fährt dann mit den nächsten beiden Nomen (Beginn, Bauer) auf HD fort. ^dT06 erläutert die Beispiele zuerst im CH, erklärt darauf, dass die Aufgabe aber auf HD erfolgt, und wiederholt die Beispiele noch einmal auf HD. ^eDer Patient sagt zunächst druss; überlegt, korrigiert sich selbst und sagt draussen. ^fT06 macht hier den Zusatz, dass sie es zwar auf Hochdeutsch sage, aber P06 die Antworten auf Dialekt geben könne. Der Patient erscheint verunsichert. Er beginnt im Dialekt und wechselt dann auf Hochdeutsch.

5. Diskussion

In beiden analysierten Testungssituationen mit dem BIWOS wird die Standardsprache nur im unmittelbaren Zusammenhang mit Testaufgaben verwendet. Weitere Funktionen des Standarddeutschen lassen sich in beiden Videos nicht feststellen. Für alle Gesprächsanteile im engeren Sinne (z.B. Begrüssung, Verabschiedung, Zwischengespräche, Kommentare) wird ausschliesslich der Schweizerdeutsche Dialekt gebraucht. Innerhalb der Testbearbeitung lassen sich zwei verschiedene Muster für den Umgang mit dem für standarddeutsche SprecherInnen konzipierten BIWOS ausmachen.

Therapeutin 06 spricht nur sehr wenig Hochdeutsch. Sie verwendet es fast ausschliesslich für die Präsentation von Testitems und Beispielen in den fünf Untertests, die zum primär lexikalischen Leistungsbereich gehören (FREIES REIMEN, KATEGORIESPEZIFISCHES REIMEN, LEXIKALISCHE WORTFLÜSSIGKEIT, WORTKOMPOSITION UND BENENNEN NACH DEFINITIONSVORGABE). Dies ist der Bereich des Tests, der sich für eine Ad-hoc-Adaptation in den Dialekt kaum eignet, da sich die Testanforderungen stark verändern können oder auch eine korrekte Antwort verunmöglicht werden kann. Das Muster 1 kann damit als Übertragung gut adaptierbarer Testanteile in den Dialekt und Durchführung schlecht adaptierbarer Testanteile auf Hochdeutsch beschrieben werden.

Therapeutin 09 spricht relativ viel Standarddeutsch. Auch sie verwendet es ausschliesslich für sprachliche Aktivitäten, die im Zusammenhang mit der Testung stehen, namentlich für die Präsentation der Testitems. Jedoch gebraucht sie bei allen Untertests Standarddeutsch für die Testitems. Die Durchführung der Diagnostik bewegt sich so näher an den Vorgaben des Tests. Das Muster 2 kann damit als den Testvorgaben entsprechende Durchführung des Tests auf Standarddeutsch beschrieben werden.

Den unterschiedlichen Mustern entsprechend kommentiert Therapeutin 06 auch ihre Sprachwahl und gibt Hinweise zur Varietät, in der der Patient die Antwort geben

kann (z.B. (a) *die meischte sache chömer so uf mundart mache s git aber teil wörter was mängisch hochdütsch gäbiger isch ja* (b) *auso (.) itze simmer bi de letschte uufgab (- -) u zwar geits etz e so (.) i due öich es wort umschribe wo dir dörfd errate (- -) ähm i sägenech ou widr grad e satz=i sägen echs (- -) i säge nechs ähh (- -) sägen echs uf hochdütsch [hu] [...] dr chöit aber d antwort ou uf schwizerdütsch gä*), während Therapeutin 09 keine Angaben zur zu verwendenden Varietät macht.

Entsprechend der unterschiedlichen Vorgaben und dem Input der Therapeutinnen produziert Patient 06 einen hohen Anteil der Testantworten im Dialekt, während Patient 09 die meisten Antworten auf Hochdeutsch äussert. Da er deutlich schwerer betroffen ist als Patient 06 braucht er häufig mehrere Realisationsversuche für ein Wort. Damit erhöht sich sein sprachlicher Anteil in Bezug auf die Testung und so auch seine standarddeutsche Produktion. Einen Wechsel der Varietät in der Mitte eines Untertests nimmt lediglich Patient 06 vor. Während die Antworten auf Berndeutsch zu Beginn des Untertests der Instruktion entsprochen haben, die Antwort im Dialekt geben zu können (siehe oben (b)), wechselt Patient 06 danach aber auf Hochdeutsch. Dies spricht für eine Aktivierung der Varietät durch den Input bzw. eine erhöhte Schwierigkeit beim Aufrechterhalten einer anderen Varietät. Insgesamt sind die Daten konsistent mit der Annahme einer starken Beeinflussung der Varietätenwahl der Patienten durch das sprachliche Verhalten der Therapeutinnen. Die Gründe für ein eher Muster 1 oder eher Muster 2 entsprechendes Sprachverhalten bei der Testpräsentation können mit den vorliegenden Daten nicht geklärt werden. Jedoch können die Ergebnisse dazu dienen, Hypothesen abzuleiten. Denkbar wären ein hoher Stellenwert von Standardisierung und Normbezogenheit (Muster 2), das Bemühen um Schaffung einer angenehmen, nicht an Schule oder Tests erinnernden Atmosphäre (Muster 1), eine stärkere Abgrenzung von Test und Nicht-Test, etwa als Hilfestellung für schwerer betroffene Patienten (Muster 2), oder Annahmen zu seltenem Standardsprachgebrauch eines Patienten, etwa bei ländlichem oder bildungsfernerem Hintergrund (Muster 1). Hierzu bedarf es weiterführender Untersuchungen. Im Rahmen unseres Projekts finden u. a. auch Interviews mit der jeweiligen Logopädin statt, welche insbesondere im Hinblick auf Motivationen für die Varietätenwahl ausgewertet werden sollen.

Der weiteren Forschung bleibt es vorbehalten zu klären, ob sich die gefundenen Muster – «schwer adaptierbare Testteile auf HD, alles andere auf CH» und «gesamten Test auf HD, alles andere auf CH» – auch bei anderen Testverfahren in ähnlicher Weise zeigen. Gegenstand weiterer Untersuchungen ist auch die Frage, ob sich noch weitere Muster finden lassen für den Varietätengebrauch in der Aphasiediagnostik mit standarddeutschen Tests bei Schweizerdeutsch sprechenden PatientInnen und TherapeutInnen.

Ethik

Die Autorinnen bestätigen die Einhaltung der WMA-Deklaration von Helsinki.

Danksagung

Die Autorinnen danken dem DLV Forschungsfonds, der PH FHNW und dem CSLS (Center for the Study of Language and Society) der Universität Bern für die finanzielle Unterstützung des Projektes.

Literatur

- American Speech-Language-Hearing Association (2003): Technical Report: American English dialects. In: ASHA Supplement, 23, 45-46.
- AMMON, U., BICKEL, H. & LENZ, A. (Hrsg.) (2016): Variantenwörterbuch des Deutschen. Die Standardsprache in Österreich, der Schweiz und Deutschland sowie in Liechtenstein, Luxemburg, Ostbelgien und Südtirol sowie Rumänien, Namibia und Mennonitensiedlungen. 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter.
- BENASSI, A., GÖDDE, V. & RICHTER, K. (2012): BIWOS: Bielefelder Wortscreening für leichte Aphasien. Hofheim: NAT.
- CHRISTEN, H., GUNTERN, M., HOVE, I. & PETKOVA, M. (2010): Hochdeutsch in aller Munde: eine empirische Untersuchung zur gesprochenen Standardsprache in der Deutschschweiz. Stuttgart: Steiner [Zeitschrift für Dialektologie und Linguistik, Beihefte. 140].
- CHRISTEN, H., GLASER, E. & FRIEDLI, M. (Hrsg.) (2013): Kleiner Sprachatlas der deutschen Schweiz. Mit Karten und Grafiken von Manfred Renn. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Frauenfeld: Huber.
- FERGUSON, C. A. (1959): Diglossia. In: Word, 15, 325-340.
- HÄGI, S. & SCHARLOTH J. (2005): Ist Standarddeutsch für Deutschschweizer eine Fremdsprache? Untersuchungen zu einem Topos des sprachreflexiven Diskurses. In: Linguistik online, 24(3), 19-47.
- MAXQDA Software für qualitative Datenanalyse (1989 – 2016): VERBI Software. Consult. Berlin: Sozialforschung GmbH.
- RASH, F. (2002): Die deutsche Sprache in der Schweiz. Mehrsprachigkeit, Diglossie und Veränderung. Bern: Peter Lang.
- SELTING, M., AUER, P., BARTH-WEINGARTEN, D. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online -Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353-402. Unter: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>; [abgerufen am: 10.04.2017].
- SIEBENHAAR, B. & WYLER, A. (1997): Dialekt und Hochsprache in der deutschsprachigen Schweiz. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Zürich: Pro Helvetia.
- ULATOWSKA, H. K., OLNESS, G. S., WERTZ, R. T. (2003): Relationship between discourse and Western Aphasia Battery performance in African Americans with aphasia. In: Aphasiology, 17, 511-521.
- ULATOWSKA, H. K. & OLNESS, G. S. (2001): Dialectal variants of verbs in narratives of African Americans with aphasia: some methodological considerations. In: Journal of Neurolinguistics, 14(2), 93-110.
- VORWERG, C. (2013): Language variation and mutual adaptation in interactive communication. In: WACHSMUTH, I., DE RUITER, J., JAECKS, P. & KOPP, S. (Hrsg.): Alignment in communication: Towards a new theory of communication. Amsterdam: Benjamins. 149-165.

- VORWERT, C. (2017): Diglossia in German-speaking Switzerland. Unveröff. Manuskript.
- WERLEN, I. (1998): Mediale Diglossie oder asymmetrische Zweisprachigkeit? Mundart und Hochsprache in der deutschen Schweiz. In: *Babylonia*, 1, 22-35.
- WIDMER BEIERLEIN, S., & VORWERT, C. (2015): Aphasiediagnostik in der deutschsprachigen Schweiz. In: *Forschung Sprache*, 3(2), 54-67.