

Sprachtherapie und Inklusion – Einführung in das Tagungsthema

Volker Maihack

Zitation:

Maihack, V. (2016) Sprachtherapie und Inklusion – Einführung in das Tagungsthema. Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema: Sprachtherapie und Inklusion. 3(1): e2016-01; doi: 10.14620/stadbs160901

Menschen mit Sprachstörungen

Die 2009 in Kraft getretene „Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ setzt als Maßstab in Artikel 3 „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“ und „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft.“ Die Grundsätze der Konvention sind Selbstbestimmung, Gleichstellung, Inklusion und Würdigung der menschlichen Vielfalt.

Menschen mit Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck-, Hör- und Kommunikationsstörungen zeichnet zielorientiertes und bedeutungsvolles Handeln, Dynamik, Selbstorganisation und Emergenz (der Mensch agiert nicht linear, logisch und vorhersehbar) aus. Das Interesse an der Komplexität der genannten Störungen wächst seit Jahren mit Blick auf Fragen der Symptomatik, Ätiologie, Pathogenese und Behandlung - bei den Betroffenen, ihren Mitmenschen, den Therapeuten, den Ärzten, den Forschenden sowie in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen (Baumgartner 2008; Hayhow 2011; Packman & Kuhn 2009; Nelson 2011).

Sprachtherapie muss folglich die Autonomie und die Selbstbestimmung von Menschen fördern, ihre Lebensqualität erhöhen, ihren Eigensinn stärken, ihre Ressourcen mobilisieren, sowie die dazu notwendigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen schaffen. Individuelle Therapieentwürfe, -ziele und -wünsche sind von allen Akteuren zu respektieren und zu begleiten. Therapieplanung und Therapieergebnis sollten mit allen Beteiligten diskutiert und ausgewertet werden.

Für Sprachtherapeuten wäre in der letzten Konsequenz zu reflektieren, dass neben der Wiederherstellung des „Normalen“ durch die positive Veränderung der „Störung“ diese ihrerseits mit zur Vielfalt der Gesellschaft beiträgt. So sehen z.B. viele gehörlose Menschen in der Gehörlosigkeit keine Beeinträchtigung, sondern eine eigenständige Kultur mit einer eigenständigen Gebärdensprache - und in dieser Kultur möchten sie bleiben, trotz angebotener CI's (Scholten 2011, 669).

Inklusion ist nicht voraussetzungslos. Eine Restrukturierung (nicht nur) des Systems institutioneller Erziehung und Bildung, Therapie und Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Leitbild der Inklusion kann nicht losgelöst betrachtet werden von der Frage, welche Verständnisweisen, Weltansichten und Fähigkeiten die Therapeutinnen, Pädagoginnen, Sozialarbeiterinnen, Werkstattmitarbeiterinnen- und beschäftigte, Frühförderinnen und Erzieherinnen in die Lage versetzen sollen, diesem Auftrag gerecht zu werden - und wie diese Fähigkeiten gegebenenfalls herausgebildet oder verstärkt werden können. Welche Handlungsspielräume brauchen die Handelnden in inklusiven

Veränderungsprozessen in Kindertagesstätten, an Schulen, in Kommunen, in Praxen und Kliniken? Welche können sie (aus-)halten, welche überfordern sie?

Viele dieser Fragen sind nicht oder noch nicht ausreichend beantwortet oder erforscht. Ja sie erscheinen in manchen aktuellen Kontexten geradezu obsolet, weil luxuriös zu sein. **Der Kontext von Inklusion wird zunehmend zum Subtext der Integration-** der Integration von Hilfesuchenden.

Konflikte über die Verteilung begrenzter Ressourcen, ökonomischer und personeller Art, überlagern zunehmend Inklusionsbestrebungen. Dort, wo die Primär- und Sekundärversorgung auf Unterstützung angewiesener Schutzsuchender aus den Krisenregionen der Welt in scheinbare Konkurrenz zu begonnenen oder geplanten Inklusionsaktivitäten in Kitas, Schulen oder Werkstätten gerät, darf und muss Inklusion weiträumig verstanden werden.

Im Rahmen einer Round-table Diskussion zum Thema ‚Inklusion‘ vor wenigen Jahren traf ich auf Vertreter aus Palästina, Indien, Tansania, der Schweiz + natürlich Deutschland. Beeindruckt hat mich, mit welcher Selbstverständlichkeit Inklusion in diesen unterschiedlichen nationalen und kulturellen Kontexten jeweils anders verstanden wurde. Die Tatsache, dass in dem Krankenhaus in Betlehem jüdische und palästinensische Therapeuten parallel und wertschätzend zusammenarbeiteten wurde als ebensolches Beispiel gelungener Inklusion verstanden, wie die Tatsache, dass es in Daressalam zunehmend mehr Frauen gäbe, die angebotene Sozial- und Gesundheitsleistungen selbständig + selbstverständlich anfordern und abrufen. Auch gäbe es erstmals Rollstuhlrampen für den Zugang zu einigen öffentlichen Gebäuden. Der grundsätzliche Gedanke von Inklusion, der bedeutet nicht ausgegrenzt, nicht stigmatisiert, nicht auf Merkmale reduziert zu werden – gleichgültig ob es sich um die der Herkunft, der sexuellen Orientierung, der Hautfarbe, der Nationalität, der Sprache oder der Sprachstörung handelt, darf nicht in Vergessenheit geraten.

Der mit Merkmalen attribuierte Mensch – in unserem Arbeitsfeld ist er ‚sprachgestört‘ – soll durch die vermeintliche + tatsächliche Sachzwanglogik der Politik, der Städte und Kommunen möglichst einfach, kostengünstig und konfliktarm in das ‚normale‘ gesellschaftliche oder schulische Leben integriert und inkludiert werden. Dies lenkt den Blick nochmals auf das ‚Normale‘.

Entstanden ist die Idee der ‚Normalität‘ in der westlichen Moderne seit dem 18. Jahrhundert vor allem dadurch, dass es möglich wurde eine Norm mit analytisch-statistischen Methoden über Verteilungskurven, der sog. ‚Gaußschen Glocke‘ zu ermitteln. Als das ‚Normale‘ wurde demnach der Bereich der Verteilungskurve festgelegt, in dem sich die meisten Daten mit dem gleichen Messwert befanden. Die Folge war ein Normierungsdruck, der dazu geführt hat, dass wir kaum mehr in der Lage sind etwas zu beurteilen ohne die Unterscheidung normal/ nicht-normal, dazu gehörig/ fremd zu treffen. Die daraus entstandene Semantik: normal = gut/ nicht normal =schlecht markiert leider auch die intellektuell bemerkenswert substanzlose Logik der „Wir sind das Volk- Wir sind normal“ –Rufer dieser Tage. Wir kategorisieren und werten ständig und täglich – sind wir uns der Relativität unseres Urteils auch bewusst?

Ein Beispiel aus unserem Fach: Die einfache Aussprachestörung verursache, so die veröffentlichte + vermittelte Lehrmeinung mindestens bis zur Mitte der 1980er Jahre, eine Wesensveränderung der Betroffenen. Nicht Sprachtherapie sondern Sonder-Beschulung sei

daher das einzig probate Heilmittel. Dies zur Erinnerung, wie relativ Normen und Urteile sind - sogar und auch im Fachdiskurs.

Der wissenschaftlich gebildete Sprachtherapeut hat in diesem Land, so die Annahme, eher eine komplexe und integrative Vorstellung von Sprache sowohl als Kultur-, als auch Naturgegenstand - ebenso von ihrer Störung. Sein Wissen rekrutiert sich umfänglich aus den Medizin-, Sprach-, Sozial-, Verhaltens- und Kulturwissenschaften. Für ihn legt sprachliches Lernen als Gegenstand der Therapie seine materielle, soziale, kognitive und emotionale Dimension offen. Er erkennt die immense *Heterogenität* des individuellen Erfahrungswissens, der biographischen Situationen, Lebenswirklichkeiten, Bewältigungsformen und Ressourcen. Zudem unterliegen die Zielvorgaben von Therapien individuellen und gesellschaftlichen Schwankungen (Tzschöckel, Nusser-Müller-Busch & Seidl 2011, 14).

Viele Praktiker wünschen sich eine Praxis, in der Therapie ein interaktiver Vorgang ist, ein demokratischer Aushandlungsprozess mit konsensfähigem Ergebnis. Sie wollen objektivierbare Symptomreduktion/ -beseitigung und subjektive Zufriedenheit bei allen Betroffenen.

Zufriedenheit setzt v.a. die Berücksichtigung und Einbindung der individuellen Lebensumstände als Teilhabebedingungen voraus. Sprachtherapie muss daher auch dort stattfinden, wo soziale Kommunikation stattfindet und Teilhabe hergestellt werden kann.

Wenn Inklusion mehr ist als ein neuer Begriff für alte integrative Maßnahmen, dann müssen Sprachtherapeuten die Frage nach einem geeigneten Inklusionskonzept beantworten. Was sind darin sprachliche Störungen, wie gestaltet sich in der Praxis die Unterstützung individueller Lernzugänge, wie wird die Unterschiedlichkeit und die Vielfalt sprachlichen Lernens betont, wie sind die Teilhabechancen von Patienten zu verbessern (*vgl. Glück: „Mit Sprache teilhaben“, Positionspapier dgs, 2011*)

Abhängig von der Art und dem Schweregrad der Störung, der inneren Störungsverarbeitung und der elementaren Beziehungserfahrungen sind Menschen mit Sprachstörungen irgendwie drinnen und draußen, gleichzeitig inkludiert und exkludiert. Die soziale Exklusion ist der Ausschluss von Individuen aus der Teilhabe an sozialen Zusammenhängen (Farzin 2008). Stigmatisierungserfahrungen, Schamempfindungen, das permanent- negativ- bewertete-Glauben, Ängste, geringes Selbstwertgefühl und Zukunftsorgen verschlechtern psychische Gesundheit. Das Erleben von Kongruenz, von Selbststimmigkeit und Angenommensein in sozialen Alltagskontexten fördert tendenziell positive Empfindungen und offene Lernhaltungen (Grawe 2000).

Sprachtherapie in KiTas

Sprachtherapeuten und Logopäden sind Experten für Sprache und ihre Entwicklung. Als der Hauptort frühen sprachlichen Lernens wurde, neben dem Elternhaus und der frühen sozialen Umgebung, der Kindergarten, die KiTa identifiziert - mittlerweile auch im Westen, Norden und Süden dieses Landes. Inzwischen sind Milliardensummen für die frühe sprachliche Förderung in KiTas geflossen. Die wenigen tausend Euro die in die Erforschung der Wirkung dieser Sprachfördermillionen investiert wurden brachten zu Tage, dass die Mittel in der Mehrzahl nicht zieladäquat und zu erheblichen Teilen wirkungsfrei geblieben sind (Mercator-Studie 2013 u.a.). Dass die vor der Geldverteilung veröffentlichte Fachmeinung der Sprachtherapeuten und Logopäden exakt dieses vorausgesagt hat, befriedigt nicht sondern frustriert.

Das nahezu all diesen Maßnahmen innewohnende Grundverständnis postuliert die additive, temporäre sowie zielgruppenspezifische (Kinder mit Migrationshintergrund + sozialen Deprivationssymptomen) Förderung als Handlungsziel. Das ist nicht inklusiv gedacht und gehandelt. Sprachtherapeuten können und müssen fester und langfristiger Teil des KiTa-Personals sein, um inklusive Konzepte und Maßnahmen gemeinsam mit den Beteiligten entwickeln und umsetzen zu können. Dort wo niedergelassene Therapeuten in den Einrichtungen tätig sind, benötigen sie strukturelle und finanzielle Ressourcen um inklusiv arbeiten zu können. Hier ist insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung aufgefordert, ihre Verantwortung für die Prävention von Sprachstörungen zu erkennen und entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag wahrzunehmen.

Sprachtherapie in der Schule

Die experimentelle Forschung weist die Wirkung von Sprachtherapie in Schulen nach. Die Goldstandardstudie von McCartney, Ellis & Boyle (2009) erbrachte z.B. für expressive Sprache von SLI Kindern in schottischen Primarschulen signifikant bessere Lernergebnisse in der Sprachtherapiegruppe, durchgeführt von Sprachtherapeuten gegenüber den nur unterrichteten Kindern. Das allerdings bei 3mal 30-40 Minuten Therapie pro Woche in insgesamt 15 Wochen. Ebenso konnten in einer explorativen Studie Mecrow, Beckwith & Klee (2010) den Nachweis führen, dass Intensivsprachtherapie (4mal 1 Stunde pro Woche über 10 Wochen) in Schule und Vorschule erfolgreich war.

Deutschland muss in Zukunft verstärkt die sprachtherapeutische Versorgung von Schülern in Regelschulen entsprechend der Umsetzung der UN-Behindertenrecht-Konvention sicherstellen.

Die sprachförderlichen und sprachtherapeutischen Hilfssysteme werden sich vernetzen müssen und Sprachtherapie wird zwangsläufig von außen in die Bildungseinrichtungen einfließen. Die Logopädie und die akademische Sprachtherapie hat das als ein wichtiges politisches und therapeutisches Handlungsfeld erkannt und könnte sich z.B. an der amerikanischen oder schweizerischen Schullogopädie mit ihren bewährten und evaluierten pull-out oder push-in-Modellen orientieren (Lange 2010, 34; Grohnfeldt, M., u. Luedtke, U., 2013, Luedtke, U. u. Licandro, U., 2012, 164-166; Reber 2012, 264 ff).

Sprachtherapie im Beruf

Die Erforschung der Wirksamkeit inklusiven sprachtherapeutischen Handelns in nachschulischen Kontexten, wie in Wohn- und Werkstätten oder am Arbeitsplatz steckt noch in den Kinderschuhen. Erste Ergebnisse der Begleitforschung bspw. bei der Implementierung von Systemen und Strukturen der ‚Unterstützten Kommunikation‘ in Einrichtungen der Behindertenhilfe als inklusives und nicht individualisiertes Konzept lassen jedoch auf zuversichtliche Ergebnisse hoffen.

Zum Inklusionsgedanken in der Sprachtherapie und Logopädie gehört es, dass von Seiten der Wissenschaft neben der weiteren Klärung ätiologischer und pathogenetischer in verstärktem Ausmaß auch salutogenetische Faktoren erforscht werden. Gesicherte Erkenntnisse müssen zeitnah in die Praxis transferiert werden und so überflüssige Irrwege vermieden werden. Therapieerfolg stellt sich eher ein, wenn Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit in ein Behandlungskonzept eingebunden sind.

Konzepte, Methoden und Techniken sollten sich noch stärker an der Perspektive des Klienten, seinen Ressourcen, seinen konkreten Erfahrungen und seinen aktuellen Bedürfnissen orientieren.

Inklusive Sprachtherapie benötigt

- Integrierende, flexible Therapien mit Alltagspräsenz in Schulen, KiTa's, Familien oder am Arbeitsplatz
- Den Einbezug des sozialen Netzwerkes: "Runde Tische" mit allen Beteiligten am Beginn und während der Therapie, möglichst auch am „Ort der Krise“
- Kreativität und Offenheit beim Umgang mit kulturellen Barrieren
- Eine der Qualität der Therapie angemessene Honorierung

Therapiepraxis in inklusiven Kontexten benötigt Supervision, Selbstreflektion, kritische Distanz und Neugier – ganz besonders benötigt sie eine wertschätzende Haltung! Um die Qualität dieser Arbeit zu sichern bedarf es neuer struktureller und ökonomischer Ressourcen. **Es bedarf vor allem der Einsicht, dass Sprachtherapie Teil und Voraussetzung für gelingende Teilhabe kommunikationsbeeinträchtigter Menschen ist!**

Diesem Gedanken folgend haben wir dieses Symposium konzipiert.

Den Auftakt machen Vertreter unserer gastgebenden Universität und aus den USA mit einem weiten Blick über deutsche Landesgrenzen hinaus.

Die Blicke aus der Frühförderung, aus der Elternperspektive, aus medizinischer Expertise und aus der Perspektive der sprachbehinderten Kinder + deren Eltern auf das Tagungsthema sollen helfen, das Axiom von Bateson, dass die Landkarte nicht das Gelände ist, was in unserem Fall meinen soll, dass erst durch die Vielfalt der Betrachtung das Inklusionsbild etwas vollständiger wird, zu verifizieren.

Die Podiumsdiskussion will helfen zusammenzutragen, was vielleicht im Nachmittagsverlauf verloren ging und Ihnen die Möglichkeit des verbalisierten Kopfschüttelns oder -nickens geben.

Der Samstag wird noch handfester! Nach der Förderpreisverleihung werden Beispiele und Hinweise, Forschungsergebnisse und Leuchtturmprojekte vorgestellt.

Es beginnt mit einer Gelingensvoraussetzung für Inklusion, dem ‚Runden Tisch‘, es wird berichtet über Chancen zum Experteninterview, über mobile Beratungsangebote sowie über UK im Wohnheim – und es wird resümiert.

Viel Spaß!!

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Volker Maihack
dbs e. V.
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten
Goethestraße 16
47441 Moers
maihack@dbs-ev.de