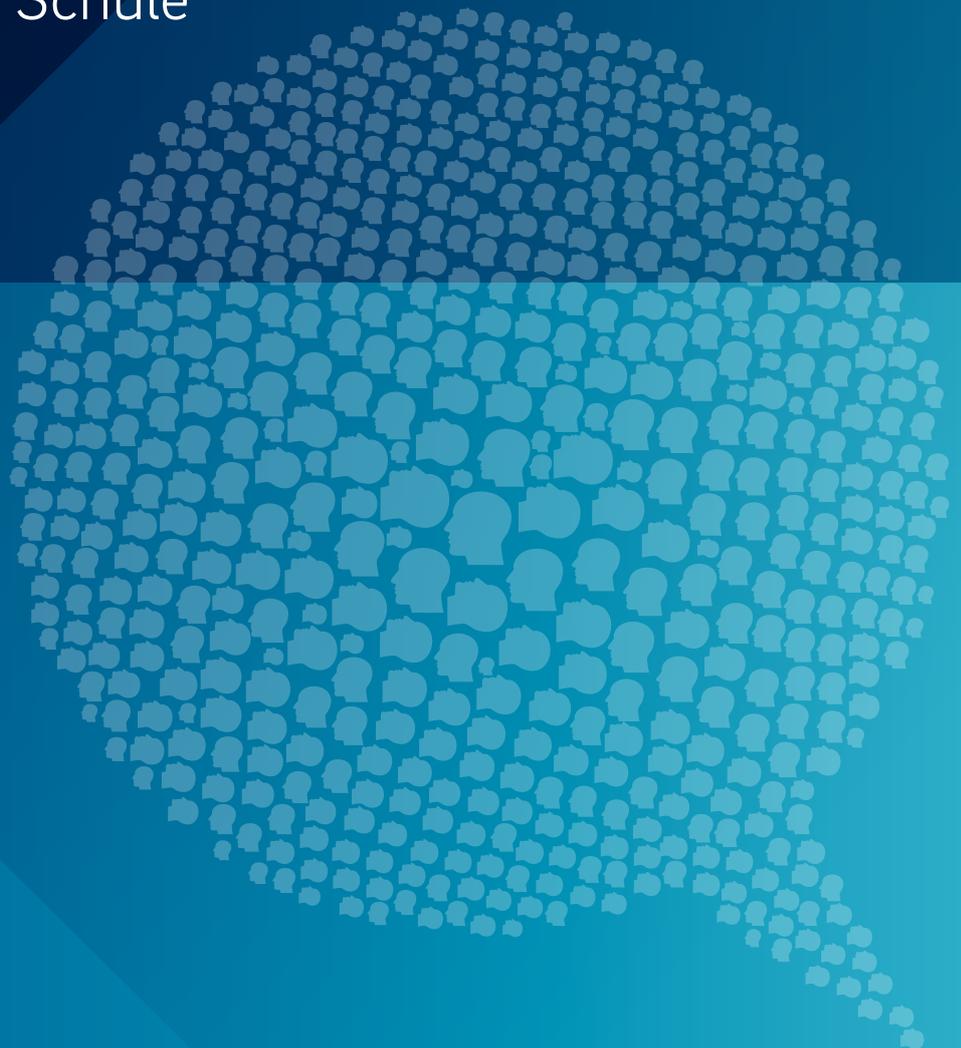


Fachtag Sprache

Der Förderschwerpunkt Sprache
in der inklusiven Schule



25. Oktober 2019,
Hochschule Bremen



Organisation



Wir danken nachfolgenden Institutionen für ihre finanzielle Unterstützung



Inhalt

Grußwort	7
Programm	9
Vorträge	11–25
Diskussion	27–30
Evaluation	32–37
Fazit	39

Grußwort



Die Initiatorinnen des Fachtags v.l.n.r.:

Dr. Uta Lürßen, Sabine Henrich, Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt, Christina Roth-Trinkhaus, Fae Griep, Sibylle Roehr

Sehr geehrte Damen und Herren, Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Förderschwerpunkt Sprache in der inklusiven Schule stellt hohe Anforderungen an eine multiprofessionelle Kooperation. Diese verbindet das gemeinsame Ziel, Kinder und Jugendliche bestmöglich alltags- und bildungsorientiert zu versorgen, um ihre chancengerechte sprachliche Teilhabe zu ermöglichen und in dieser Hinsicht ihre Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.

Der diesjährige interdisziplinäre Fachtag an der Hochschule Bremen greift im inklusiven Setting häufig gestellte Fragen zu Förderung und Therapie bei Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen auf. Nach einer Einführung in den aktuellen Tagungskontext erwarten die Teilnehmenden zwei wissenschaftliche Beiträge zu den Themen Sprachentwicklungsstörung bei Mehrsprachigkeit aus klinisch-therapeutischer Sicht, zur Diagnostik und Intervention des Selektiven Mutismus, sowie ein weiterer Beitrag zu konkreten sprachheilpädagogischen Impulsen für die schulische Praxis.

Nach der Mittagspause ist eine interaktive Plenardiskussion zu den Rahmenbedingungen einer alltagsintegrierten, multiprofessionellen inklusiven Beschulung geplant. Fragen und Beiträge der Teilnehmenden werden dabei von vorneherein interaktiv eingebunden.

Eingeladen sind Lehrkräfte aus Bremer Schulen, Sonderpädagog*innen, andere pädagogische Fachkräfte sowie Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen, und Mediziner*innen und Psycholog*innen.

Initiatorinnen des Fachtags sind das Landesinstitut für Schule (LiS), der Fachbereich Logopädie an der Hochschule Bremen (HSB) und der Arbeitsbereich Inklusive Pädagogik an der Universität Bremen, die Landesgruppe Bremen des Verbands Sonderpädagogik (vds) und die Landesgruppe Bremen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs). Gemeinsam bilden diese das Multiprofessionelle Netzwerk Sprache und Kommunikation im Land Bremen.

Wir freuen uns, Sie im Rahmen des diesjährigen Fachtags „Förderschwerpunkt Sprache in der inklusiven Schule“ an der Hochschule Bremen begrüßen zu dürfen!

Fae Griep
Sabine Henrich
Dr. Uta Lürßen
Christina Roth-Trinkhaus
Sibylle Roehr
Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt

Tagungsverantwortliche
Multiprofessionelles Netzwerk Sprache und Kommunikation im Land Bremen

Programm

- 08:30** Ankommen und Anmelden
- 09:00** Grußworte und Einführung in den Tagungskontext
- 09:30** Logopädische Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörung in der inklusiven Schule
Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt,
 Angewandte Therapiewissenschaften Logopädie, HSB
- 10:30** Kaffeepause mit Kuchen
- 10:50** Schweigende Kinder in der inklusiven Schule – Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten bei selektivem Mutismus
Prof. Dr. Anja Starke,
 Inklusive Pädagogik, Universität Bremen
- 11:50** Sprachheilpädagogische Impulse aus dem inklusiven Setting für die Praxis
Sybille Roehr,
 Fachleiterin für IP/Sonderpädagogik, Landesinstitut für Schule
Annika Müller,
 Sonderpädagogin, Grundschule Robinsbalje
- 12:30** Mittagsimbiss mit Gelegenheit zum Netzwerken
- 13:30** Diskussion mit Podium und Plenum
- Moderation:
Fae Griep,
 Landesinstitut für Schule (LIS), Abteilung Schulentwicklung-Fortbildung
 Team Inklusion/Sonderpädagogik
Dr. Uta Lürßen,
 Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)
- Diskutantinnen:
Christina Roth-Trinkhaus,
 Regionales Beratungs- und Unterstützungszentrum- Ost, (ReBUZ Ost)
Dr. Petra Lippmann,
 Schulärztin, Kinder und Jugend Gesundheitsdienst
Heidemarie Büchner,
 Vorstand, Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
Sibylle Roehr,
 Bundesreferentin für Aus-, Fort- und Weiterbildung,
 Verband Sonderpädagogik e.V. (vds)
- 15:00** Veranstaltungsende

Vorträge

Logopädische Versorgung von mehrsprachigen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen in der inklusiven Schule



Wiebke Scharff Rethfeldt

Professorin für Logopädie mit den Schwerpunkten Mehrsprachigkeit und Interkulturalität, Hochschule Bremen

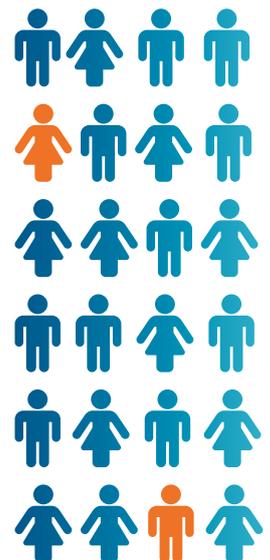
Logopädie hat ein breites Aufgabenspektrum

Die Aufgabe der Logopädinnen und Logopäden besteht ganz allgemein in der Versorgung derjenigen in unserer Bevölkerung, die von einer Sprach-, Sprech-, Kommunikations- und/oder Schluckstörung betroffen sind. Sie arbeiten dabei in sehr unterschiedlichen Settings, am häufigsten jedoch in der ambulanten Praxis. Sie sind fester Bestandteil des Gesundheitssystems und bislang ausschließlich auf Verordnung von Mediziner*innen tätig. Auch fällt die Diagnostik und Therapie von Kommunikationsstörungen bei Kindern ungeachtet kulturell oder linguistischer Diversität in die Verantwortung der Logopädie. Eine der wesentlichen definierten Aufgaben besteht u. a. darin, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken (gem. Rahmenempfehlung n. § 125 Abs. 1 SGB V für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie i. d. F. vom 01.07.2013). Logopädinnen und Logopäden sind für die in Deutschland lebende Bevölkerung zuständig – das schließt die Bremer Bevölkerung ein. Damit ist die Versorgung von mehrsprachigen Kindern und/oder mit Migrationshintergrund selbstverständlicher Teil der logopädischen Aufgabe. Mittelfristig wird sich der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung weiter erhöhen und folglich auch die Bedarfe und Anforderungen an die logopädische Versorgung.

Sprachentwicklungsstörung ist die häufigste Entwicklungsstörung im Kindesalter

Sprachentwicklung stellt gleichermaßen für ein- als auch mehrsprachige Kinder eine grundlegende und komplexe sowie störanfällige Aufgabe dar und Sprachentwicklungsstörungen (SES) zählen zu den häufigsten Entwicklungsstörungen. Eine SES ist eine Verarbeitungsstörung, die Sprachverständnis und Sprachproduktion erschwert. Ungefähr zwei Kinder pro Schulklasse sind von einer SES betroffen.

Allgemein werden Sprachstörungen im Zusammenhang mit Komorbiditäten (z. B. aufgrund von Hörstörungen, Autismus-Spektrum-Störung oder genetischen Syndromen), die bei 2,3% aller Kinder auftreten, von solchen ohne biomedizinische Ursachen unterschieden; Letztere, als Sprachentwicklungsstörungen (SES) bezeichnete Form, tritt bei weiteren 7,6% aller Kinder auf. Diese schließt dabei Auffälligkeiten in den Bereichen Auditive Verarbeitung, Aussprache, Aufmerksamkeit, Exekutive Funktionen, Literacy, Motorik (z.B. Dyspraxie), Verhalten sowie eine Diskrepanz zwischen verbalen und nonverbalen Fähigkeiten nicht aus. Generell gilt, dass eine mehrsprachige Erziehung nicht ursächlich für eine SES sein kann.



Rund zwei Kinder einer Schulklasse sind von einer Sprachentwicklungsstörung betroffen.

Die frühzeitige Abklärung einer Sprachentwicklungsstörung ist entscheidend

Werden SES nicht frühzeitig im Alter von zwei bis drei Jahren erkannt und logopädisch behandelt, können sie sich im Schulalter u. a. als Lese-Rechtschreibstörung manifestieren, ein erhöhtes Risiko für Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen darstellen, und im Erwachsenenalter häufiger zu einem niedrigen Ausbildungsniveau sowie sozialer Exklusion führen. Eine SES betrifft stets alle Sprachen eines mehrsprachigen Individuums. Die Folgen einer SES sind gravierend und bis ins Jugend- und Erwachsenenalter nachweisbar. Die frühzeitige Therapie einer SES ist daher sowohl für ein- als auch für mehrsprachige Kinder mit Bezug auf das eigene Wohlergehen und die gesellschaftliche Partizipation und damit gesundheitliche und soziale Chancengleichheit entscheidend. Hierzu kommen in der Logopädie neben Anamnese und Spontansprachanalysen formale wie informelle Verfahren zum Einsatz. Dazu zählen u. a. kriterium-orientierte (nicht norm-orientierte!) Verfahren, Dynamic Assessment, Verfahren zur Sprachverarbeitung. Die Überprüfung von Wortschatz und Grammatik bilden bei mehrsprachigen Kindern keine verlässlichen Indikatoren zur Feststellung einer SES.

Mehrsprachig aufwachsende Kinder tragen ein höheres Risiko der Fehlversorgung

Zur logopädischen Zielsetzung und Verantwortung gehört auch ein Wirken gegen Versorgungsfehler, u.a. in Form von Fehldiagnosen. Kulturell und linguistisch diverse Kinder sind hier besonders gefährdet. Denn insbesondere der Einsatz von gängigen Verfahren zur Sprachstandsfeststellung bei mehrsprachigen Kindern kann zu Fehldiagnosen in Form von Unter- und Überdiagnose führen. So werden lediglich mangelnde Deutschkenntnisse und damit eine gesunde Lernaltersprache als therapiebedürftig eingestuft und ein Kind damit pathologisiert und/oder mit Bezug auf seine schulischen Voraussetzungen etikettiert; oder aber es werden logopädisch relevante SES nicht rechtzeitig erkannt, da ihre formal- sprachlichen Auffälligkeiten mit denen einer Lernaltersprache assoziiert werden. Dabei ist in erster Linie der täuschende und stark reduzierte Blick auf formal-sprachliche Merkmale der Grammatik, also der Morphologie und Syntax, wiederholt ursächlich für derlei Fehldiagnosen.

Sprachtherapie und Sprachförderung sind zu unterscheiden

In Deutschland sind sprachtherapeutische Maßnahmen im logopädisch-ambulanten Setting von (früh-)pädagogischen Maßnahmen der Sprachförderung grundsätzlich zu unterscheiden. Denn von einer in Art und Ausmaß sehr unterschiedlich auftretenden SES betroffene Kinder benötigen eine individualisierte Sprachtherapie, da sie aufgrund der mit der SES verbundenen Sprachverarbeitungsdefizite nicht vom Angebot eines selbst optimal aufbereiteten, aber generalisierten Sprachangebotes (Sprachförderung) profitieren können. Diese Differenzierung ist von zentraler Bedeutung, zumal die MeKi-SES Studie zur aktuellen Versorgungssituation zeigt, dass allzu häufig noch nicht zwischen Förder- und Therapiebedarf unterschieden wird und insbesondere kulturell und linguistisch diverse Kinder vom Risiko einer Fehlversorgung betroffen sind.

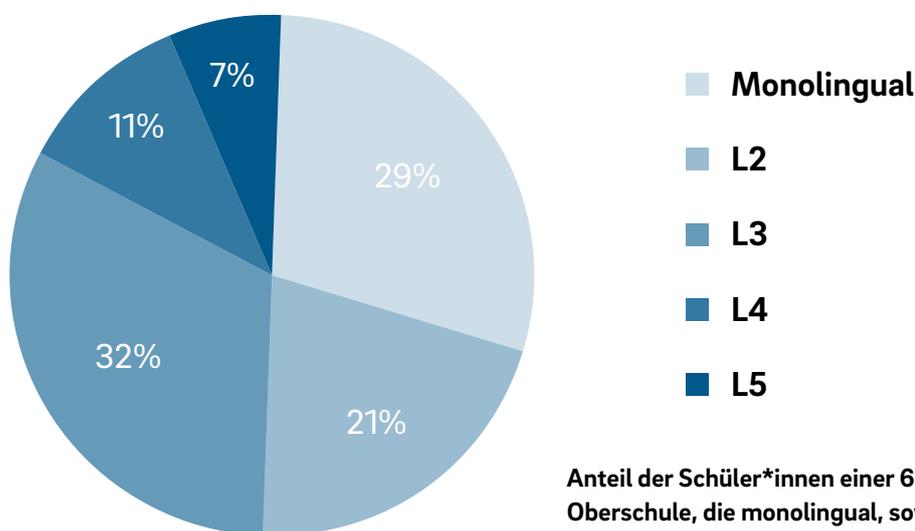
Sprachfördermaßnahmen halten nicht, was sie versprechen

Erhält ein mehrsprachiges sprachgesundes Kind hingegen unzureichend Möglichkeiten, Sprachereferenzen mit der in der Schule verwendeten Sprache zu machen, kann es zusätzliche Förderung benötigen. Jedoch zeigt die aktuelle Studienlage, dass spezielle Sprachfördermaßnahmen von geschulten Sprachförderkräften langfristig nicht die gewünschte Wirkung erzielen. So unterscheiden

sich jene nicht in speziellen Sprachfördermaßnahmen involvierten Kinder nicht von solchen, die mit viel zusätzlichem zeitlichen und personellen Aufwand zusätzlich sprachlich gefördert werden. Dabei steht das gut gemeinte Engagement diverser Initiativen der Sprachförderung nicht in der Kritik, jedoch sind die meisten Maßnahmen weder theoretisch noch empirisch belastbar, sodass eine radikale Änderung in der Art und Weise, wie Sprachförderung verstanden und betrieben wird, überfällig ist. In Anbetracht der vorliegenden Evidenzen zur mangelnden Wirksamkeit müssen vorschulische Sprachfördermaßnahmen für mehrsprachige Kinder sowie Kinder aus sozial schwachen Räumen dringend auf den Prüfstand. So zeigt sich vielmehr, dass stattdessen eine wirksame und nachhaltige Verbesserung von Sprachleistungen durch Maßnahmen wie Elternberatung und Elterntrainings vielversprechender ist.

Pädagogische und Logopädische Sprachdiagnostik verfolgen unterschiedliche Ziele

Insbesondere im Kontext der Untersuchung von kulturell und linguistisch diversen Kindern sind pädagogische von klinisch-therapeutischen Zielsetzungen zu unterscheiden, denn diese bestimmen die Methodenwahl und den Einsatz von Verfahren. Pädagogisch ist häufig die Einschätzung der (deutschen) Sprachkenntnisse eines mehrsprachigen Kindes im Vergleich zu monolingualen Peers von Interesse, um Aussagen über die Beschulung in monolingualen Lehr-Lern-Situationen treffen zu können. Entsprechend werden einsprachige (deutsche) Bezugsnormen herangezogen. Argumentiert wird also mit dem Ziel einer erfolgreichen Teilhabe am Bildungssystem der Schule. Dies entspricht nicht der Diagnosestellung einer SES in Abgrenzung zu logopädischen, d. h. klinisch-therapeutischen, Zielsetzungen. Die logopädische Diagnostik hat neben einer frühzeitigeren Identifikation zum Ziel, gemäß Heilmittelrichtlinien gegen potenzielle Fehlversorgung zu wirken. Letzteres ist im Zuge der Intervention bei kulturell und linguistisch diversen Kindern unter Berücksichtigung vielfältiger Einflussfaktoren des Mehrspracherwerbs besonders gefordert. Dabei hat ausschließlich die logopädische Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern das Potenzial einer differenzialdiagnostischen Abklärung. Eine sprach-/pädagogische Sprachstandserhebung, bei der lediglich ein Verfahren eingesetzt wird, kann die diverse Zielgruppe hingegen nicht erfassen. Zudem lassen Deutsch als Zweitsprache (DaZ) berücksichtigende Ansätze das reale Setting der Spracherwerbsbedingungen außer Acht, wie soziodemografische Daten einer 6. Klasse an einer Bremer Oberschule exemplarisch zeigen.

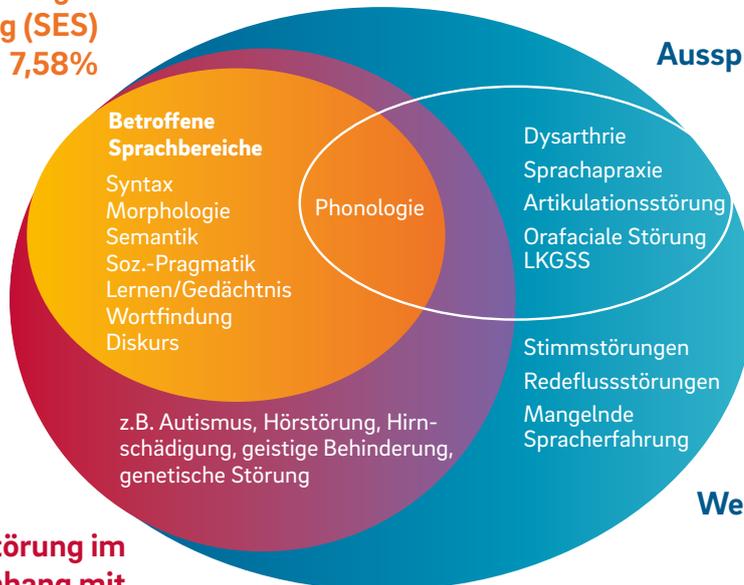


Anteil der Schüler*innen einer 6. Klasse an einer Bremer Oberschule, die monolingual, sowie mit zwei, drei, vier und fünf Sprachen (L) aufwachsen.

Logopädie an Bremer Schulen

Ein erfolgreiches Konzept zur Unterstützung und Versorgung von Kindern mit Sprech-, Sprach- und Kommunikationsauffälligkeiten setzt zwingend die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Fachbereich und die Bereitschaft zur interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit voraus. Der *Response to Intervention* Ansatz nach Fletcher und Vaughn (2009) unter Einbindung logopädischer Fachkräfte an Schulen, erscheint ein vielversprechendes Rahmenkonzept für die Umsetzung einer inklusiven Schule. Logopädische Expertise an Schulen bildet eine ergänzende Ressource mit umfangreichen Fach- und Methodenwissen. In Ergänzung zu den Fähigkeiten von Pädagoginnen und Pädagogen verfügen sie über tiefergreifendes Wissen eines Spektrums an Kommunikationsschwierigkeiten und Lernherausforderungen, wodurch sie das Lehrpersonal unterstützen können. Gemeinsam können so curriculum-basierte Strategien entwickelt werden, um die Sprachförderbedürfnisse der Schülerinnen und Schüler im Unterricht adäquat berücksichtigen zu können. Dabei beziehen Logopädinnen und Logopäden das familiäre Umfeld ein und führen bei Bedarf individuelle Diagnostik und Interventionen durch.

**Sprachentwicklungs-
störung (SES)**
7,58%



**Sprachstörung im
Zusammenhang mit
Komorbiditäten**
2,34%

Logopädinnen und Logopäden sind für die Behandlung eines breiten Spektrums von Sprach-, Sprech- und Kommunikationsauffälligkeiten ausgebildet.

Chance und Herausforderung

Der Bedarf kann durch Pädagoginnen und Pädagogen nicht gedeckt werden, weshalb die logopädische Expertise einen Mehrwert darstellt. Jedoch ist es in Deutschland bisher nicht möglich, logopädische Versorgung an Schulen zu gewährleisten. Dabei sind Inklusion und Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa Charta (1986) sehr gut vereinbar. Im Zuge des aktuellen Ausbaus inklusiver Regelschulen befinden sich auch die für die Kooperation essentiellen interdisziplinären Vernetzungen noch im Aufbau. So kommt es bei der Durchführung ambulanter Sprachtherapie nur selten zu einem fachlichen Austausch zwischen Lehrkräften und Logopädinnen oder Logopäden. Insbesondere wenn die logopädische Therapie im ambulanten Setting und isoliert vom Unterricht stattfindet, stellt sich die Frage nach einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit.

Der internationale Vergleich zeigt, dass eine logopädische Versorgung an Schulen in anderen Ländern bereits mit Erfolg gewährleistet wird. So können bieten die Schweiz und Kanada therapeutische Arbeit im schulischen Setting erfolgreich an. Kooperierende Bildungs- und Gesundheitssysteme haben das Potenzial, Gesundheitsförderung zum Kernpunkt ihrer schulischen Inklusion zu machen, um Chancengleichheit und Partizipation zu ermöglichen.

Literatur

- Bishop et al. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 1068-1080.
- Desforges, C. & Abouchaar, A. (2003). The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievement and adjustment: a literature review. DfES Research Report 433
- Fletcher, J.M., & Vaughn, S. (2009). Response to Intervention: Preventing and Remediating Academic Difficulties. *Child Dev Perspect*, 3(1), 30-37.
- Fukkink, R., Jilink, L., & Oostdam, R. (2017). A meta-analysis of the impact of early childhood interventions on the development of children in the Netherlands: an inconvenient truth?. *European Early Childhood Education Research Journal*, 25 (5), 656-666.
- Heilmittel-Richtlinie (HMR) (2018). Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- Norbury, C.F. et al. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 1247-1257.
- Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986). <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Scharff Rethfeldt, W. & Ebbels, S. (2019). Terminologie der Sprachentwicklungsstörung (SES). Auf dem Weg zu einem internationalen Konsens. *Forum Logopädie*, 33 (4), 24-31.
- Scharff Rethfeldt, W. (2017). Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie*, Bd. 3 (S. 170-191). Stuttgart: Kohlhammer.
- Scharff Rethfeldt, W. (2017). Logopädische Versorgungssituation mehrsprachiger Kinder mit Sprachentwicklungsstörung. Das MeKi-SES Projekt zur Versorgung einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation in Bremen. *Forum Logopädie*, 31 (4), 24-31.
- Scharff Rethfeldt, W. (2017). Kultursensible logopädische Versorgung in der Krise – zur Relevanz sozialer Evidenz. Eine kritische Reflexion evidenzbasierten Vorgehens am Beispiel der kindlichen Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit. *Forum Logopädie*, 30 (5), 38-43.
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit – Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Steenge, J. (2006). *Bilingual children with specific language impairment: Additionally disadvantaged?* Nijmegen: Radboud University, EAC, Research Centre on Atypical Communication.
- World Health Organization (WHO) (2018). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Schweigende Kinder in der inklusiven Schule

Diagnostik- und Interventionsmöglichkeiten bei selektivem Mutismus



Anja Starke

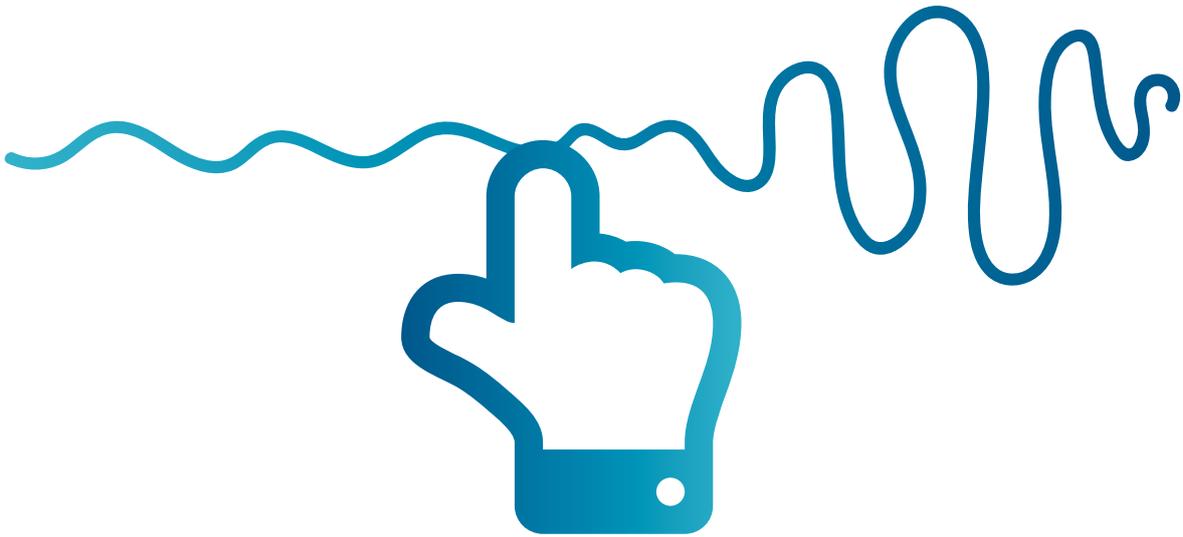
Professorin für Inklusive Pädagogik mit dem Förderschwerpunkt Sprache, Universität Bremen

Selektiver Mutismus

Selektiver Mutismus ist eine Angststörung, die sich im kommunikativen Verhalten von Kindern und Jugendlichen zeigt. Sie schweigen in spezifischen sozialen Situationen, obwohl sie grundsätzlich fähig sind zu sprechen (American Psychiatric Association, 2013) und dies zum Beispiel zuhause unbefangen tun. Mit einer Prävalenz von etwa 0,7 Prozent ist der selektive Mutismus ein relativ seltenes Phänomen des Kindesalters (Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002). Neben dem Kernsymptom des Schweigens in spezifischen Situationen zeigt ein Großteil der Kinder eine erhöhte Ängstlichkeit oder begleitende Angststörungen, wobei die soziale Phobie die häufigste begleitende Angststörung ist (Driessen, Blom, Muris, Blashfield, & Molendijk, 2019; Muris & Ollendick, 2015). Dreißig bis 50 Prozent der Kinder zeigen Schwierigkeiten in ihrer sprachlichen Entwicklung (Cohan et al., 2008; Kristensen, 2000). Darüber hinaus sind Schüchternheit, Perfektionismus und eine Tendenz zur Zwanghaftigkeit typische Merkmale. Bei der Entstehung des selektiven Mutismus wird von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen. Basis bildet hier häufig eine genetische Prädisposition für Ängstlichkeit, Schüchternheit oder ähnliche Verhaltensdimensionen. Kommen zusätzliche Faktoren wie Schwierigkeiten im (Mehr-) Sprach(en)erwerb, Migrationserfahrungen oder andere einschneidende Lebenserfahrungen (z. B. Krankenhausaufenthalte, Verlust einer nahestehenden Person, Umzüge) hinzu, kann sich ein selektiver Mutismus entwickeln. Wird der selektive Mutismus nicht erkannt und/oder bleibt bis ins Jugendalter bestehen, sind betroffene Personen langfristig in ihrer schulischen und sozial-emotionalen Entwicklung benachteiligt (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen, & Gutenbrunner, 2001). Eine frühzeitige Identifikation und entsprechende spezifische Intervention sind vor diesem Hintergrund anzuraten.

Diagnostik

Da die Kernsymptomatik des Schweigens am häufigsten und deutlichsten innerhalb der Bildungsinstitutionen Kita und Schule auftritt (Ford, Sladeczek, Carlson, & Kratochwill, 1998), kommt pädagogischen Fachkräften eine bedeutsame Rolle in der Identifikation potenziell selektiv mutistischer Kinder zu. Für beide Kontexte stehen Screeningverfahren (DortMuS-Kita: www.dortmus-kita.tu-dortmund.de und DortMuS-Schule: www.dortmus-schule.tu-dortmund.de) kostenlos zur Verfügung, mit denen Fachkräfte das zurückhaltende Verhalten von Kindern einschätzen können und aufbauend auf den Ergebnissen Hinweise erhalten, welche Schritte bei einer Verdachtsdiagnose eines selektiven Mutismus eingeleitet werden können bzw. sollten (Starke & Subellok, 2016; Starke & Subellok, 2018).



Intervention

Ist der selektive Mutismus erkannt und sind entsprechende therapeutische Maßnahmen eingeleitet, ist ein wichtiger Schritt getan. Im schulischen Kontext geht es dann vor allem darum, das Kind bzw. die/den Jugendlichen individuell in ihrer/seiner kommunikativen Entwicklung zu unterstützen. Vier Handlungsbereiche sind dabei von besonderer Bedeutung:

1. Angstreduktion:

Grundsätzlich sollte auf Druck und Zwang verzichtet werden. Direkte Ansprachen mit der Erwartungshaltung einer lautsprachlichen Antwort durch die/den Schüler*in sind nicht zielführend. Vielmehr müssen die individuellen Kommunikationsformen der Schülerin/des Schülers genutzt werden, um sie/ihn in die Interaktion mit einzubeziehen und die kommunikative Selbstwirksamkeit zu unterstützen (siehe auch nonverbale Kommunikation). Humor kann hier ein hilfreiches Mittel sein, um angespannte Kommunikationssituationen aufzulockern.

2. Förderung sozialer Interaktion:

Die/der Schüler*in sollte keine Sonderrolle in der Klasse erhalten, sondern gleichermaßen in Klassendienste und -aktivitäten mit einbezogen werden. Hier können individuell mit dem betroffenen Kind bzw. der/dem betroffenen Jugendlichen Formate gefunden werden, die aktuell von ihm/ihr leistbar sind. Darüber hinaus sollten soziale Kontakte zwischen den Kindern/Jugendlichen sowie außerschulische Freizeitaktivitäten – je nach Interesse des Kindes – gefördert werden.

3. Nonverbale Kommunikation:

Viele schweigende Kinder und Jugendlichen verfügen bereits über ein ausgeprägtes System nonverbaler Kommunikationsformen. Verfügt die/der Schüler*in bereits über Schrift kann Schriftsprache in vielfältiger Weise zur Kommunikation genutzt werden (z. B. handschriftlich auf Zetteln, tragbares Whiteboard, Laptop/Tablet usw.). Bei Schüler*innen, denen das Aufschreiben noch nicht gelingt, können Ankreuzsysteme (mit Schrift oder Symbolen) insbesondere bei Entscheidungsprozessen hilfreich sein. Darüber hinaus können insbesondere in den unteren Jahrgangsstufen Bilder, Symbole, Gestik und Mimik genutzt werden, um die Schüler*innen in die Klassenkommunikation mit einzubinden. Für bestimmte Aktivitäten und (Bedürfnis-) Äußerungen können auch für die gesamte Klasse nonverbale Signale vereinbart werden (z. B. Toilettenkarte, Symbol für Hilfebedarf), um einen Sonderstatus des Kindes bzw. der/des Jugendlichen zu vermeiden.

4. Initiierung lautsprachlicher Kommunikation:

Der Aufbau der lautsprachlichen Kommunikation erfolgt in der Regel in Absprache mit der behandelnden therapeutischen Fachperson. Grundsätzlich werden alle Schritte mit den Schüler*innen im Detail abgesprochen. Sie bestimmen selbst, was, wie und mit wem sie sich aktuell vorstellen können zu sprechen.

In den oberen Klassenstufen der Grundschule sowie im Sekundarbereich erhalten mündliche Noten eine steigende Bedeutsamkeit. Gerade zu Beginn einer therapeutischen Behandlung des selektiven Mutismus ist es den Schüler*innen in der Regel nicht oder nur in geringem Maße möglich, sich mündlich am Unterricht zu beteiligen. Hier kann der Nachteilsausgleich angewendet werden. Gemeinsam entscheiden Schüler*in, Eltern und Lehrkraft (in Abstimmung mit entsprechenden Stellen der Schule) über die Ausgestaltung des Nachteilsausgleichs. Es können individuelle Formate zur Leistungsfeststellung (z. B. in der Einzelsituation statt vor der gesamten Klasse, vorbereitetes Referat statt kontinuierlicher mündlicher Mitarbeit, schriftliche Ausarbeitung statt mündlicher Vortrag) festgelegt werden.

Der Aufbau eines Netzwerkes rund um die/den Schüler*in ist ein bedeutsamer Aspekt in der Arbeit mit selektiv mutistischen Kindern und Jugendlichen. Allein mit dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen wird man das Schweigen vermutlich nicht lösen können. Vielmehr braucht es die Mitarbeit aller. Vernetzung mit entsprechenden mutismuserfahrenen Kolleg*innen und Sprachtherapeut*innen ist unabdingbar, um den mitunter langen Weg zum Sprechen zu gestalten.

Literatur

Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. *Arlington: American Psychiatric Publication Inc.*

Bergman, L. R., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946. doi:10.1097/00004583-200208000-00012

Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 770–784.

Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P., Blashfield, R. K., & Molendijk, M. L. (2019). Anxiety in children with selective mutism: A meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 1–12. doi:10.1007/s10578-019-00933-1

Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13(3), 192–227.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249–256.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 151–169. doi:10.1007/s10567-015-0181-y

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Henninghausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*(251), 284–296.

Starke, A., & Subellok, K. (2016). Dortmund Mutismus Screening DortMuS - Schule. Retrieved from <http://sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Schule.pdf>

Starke, A., & Subellok, K. (2018). Dortmunder Mutismus Screening DortMuS - Kita. Retrieved from <http://www.sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Kita.pdf>



Beantwortung der mutismusspezifischen Fragen

Wie verhält man sich als Untersucher*in gegenüber einem mutistischen Kind?

In Prüfungssituationen ist es ratsam, zunächst mit der positiven Unterstellung, dass das Kind sprechen wird, in die Situation zu gehen. Manche Kinder überraschen gerade in der Einzelsituation mit einer eher fremden Person und nutzen die Chance zu sprechen. Sollte ein Kind jedoch konsequent schweigen, kann man je nach Anforderung und Ziel der Überprüfung nonverbale Antwortformate überlegen. Ist es also möglich, die Informationen auch über Zeigen, Aufschreiben, Ankreuzen usw. zu erhalten? Grundsätzlich ist es hilfreich, eine möglichst entspannte Situation mit dem Kind zu gestalten. So schwer es auch ist, sollte man selbst versuchen ruhig zu bleiben und das Schweigen als das normalste der Welt anzunehmen. Dem Kind sollte vermittelt werden „Ich komme mit dem Schweigen klar. Ich habe keine Angst davor. Wir finden einen gemeinsamen Weg in unserer Kommunikation“. Bei jungen Kindern hilft es, in solchen Situationen eine Handpuppe hinzuzunehmen, die das Verhalten des Kindes spiegeln und ggf. Handlungsalternativen als Modell vorgeben kann.

Ist die angestrebte Diagnostik abhängig von der vermuteten Ursache?

Bei selektivem Mutismus ist weniger die Fachdisziplin das leitende Auswahlkriterium als die Erfahrung mit dem Störungsbild. In der Regel erfolgt die Diagnostik in Kooperation mit dem/der Kinderarzt/Kinderärztin, Sprachtherapie und ggf. weiteren Fachdisziplinen. In manchen Fällen ist eine ausführliche Abklärung in einem sozialpädiatrischen Zentrum sinnvoll.

Gibt es auch ADHS-Kinder mit selektivem Mutismus?

Ich kenne keine Studien zum Zusammenhang von ADHS und selektivem Mutismus und kann nicht mit Sicherheit sagen, ob sich beide Störungsbilder ausschließen. Generell gibt es jedoch eine beachtliche Anzahl von schweigenden Kindern, die eben nicht nur erstarrt und ruhig sind, sondern sich nonverbal aktiv verhalten und in ihren Bewegungen nicht eingeschränkt sind.

Gibt es eine Mutismus-Form, die sich erst im Jugend-/Erwachsenenalter manifestiert?

Typischerweise entwickelt sich ein selektiver Mutismus in der frühen Kindheit. Ein plötzliches Schweigen im Jugend- oder Erwachsenenalter steht in der Regel eher mit neurologischen Erkrankungen oder massiven Traumata in Verbindung. Hier ist in jedem Fall eine Abklärung organischer Ursachen notwendig.

Mutismus: In welcher Relation steht die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Logopädie?

Kinder- und Jugendpsychiater sind in der Regel für die Anbahnung und Überwachung einer medikamentösen Behandlung verantwortlich und werden aktuell in Deutschland eher selten bei selektivem Mutismus und wenn eher im Jugendalter zur Rate gezogen. Bei der Wahl einer therapeutischen Behandlung stehen generell die Kinder- und Jugendpsychotherapie und Sprachtherapie/Logopädie in Deutschland zur Auswahl. Ein wichtiges leitendes Kriterium zur Auswahl der Fachperson ist die Erfahrung mit Kindern/Jugendlichen mit selektivem Mutismus sowie ihrer Qualifikation (Fort- und Weiterbildungen) in diesem Bereich. Darüber hinaus können je nach Störungsschwerpunkt und potenziell aufrechterhaltenden Faktoren (z. B. zusätzliche generalisierte Ängste vs. Sprachliche Auffälligkeiten) die entsprechenden Fachpersonen gewählt werden.

Was sind mögliche Auswirkungen von Mutismus auf weitere Ebenen des Spracherwerbs, z. B. Leseverständnis, Wortschatz, Grammatik, etc.?

Meines Wissens gibt es keine Studien, die spezifisch die Auswirkungen eines selektiven Mutismus auf den Spracherwerb beleuchtet haben. Allerdings gibt es einige Studien, die zeigen, dass schweigende Kinder beispielsweise eher schwächere Erzählfähigkeiten haben als sprechende Kinder gleichen Alters. Ebenfalls gibt es Studien zum Zusammenhang von Schüchternheit und Sprachkompetenzen, die vereinzelt auf Zusammenhänge hinweisen.

Was sind Grenzen/Möglichkeiten des passiven Spracherwerbs?

Generell ist ein selektiver Mutismus nicht automatisch mit Schwierigkeiten im Spracherwerb verbunden. Dadurch dass die Kinder zuhause unbefangen sprechen und dies zum Teil auch in einem sehr ausgeprägtem Maß tun, haben sie durchaus ausreichend Möglichkeiten ihre produktiven Sprachkompetenzen auszubauen.

Bei Kindern, die zuhause eine nicht-deutsche Sprache sprechen oder zuhause eher wenig gesprochen wird, muss man jedoch genauer hinschauen und innerhalb der Förderung/Therapie der Kinder ausreichend Raum für sprachlich-kommunikatives Lernen schaffen (z. B. über Aufbau von außerfamiliären Freizeitaktivitäten, Freundschaften).

Gibt es Erfahrungen in der Mutismus-Therapie mit Kommunikationsversuchen über Gebärdensprache oder analog zur Melodischen Intonations-Therapie?

Innerhalb der Therapie werden in der Regel alle nonverbalen Kommunikationsformen genutzt, die das Kind selbst zeigt. Teilweise bringen die Kinder selbst Gesten und Gebärden in die Kommunikation ein, so dass man diese aufgreifen und ausbauen kann. Zur Melodischen Intonations-Therapie habe ich selbst im Bereich Mutismus noch keinen Einsatz kennengelernt.

Wie sind die Erfahrungen mit Musiktherapie?

An der Universität Halle/Wittenberg läuft aktuell ein Forschungsprojekt zu Musiktherapie bei selektivem Mutismus. Ansprechpartnerin ist Luisa Künzel. Weitere Informationen finden Sie unter https://www.reha.uni-halle.de/arbeitsbereiche/sprachbehindertenpaedagogik/1555966_3236782/

Was bringen Eltern/Kind-Therapien (z. B. Werscherberg), wenn das Kind zuhause spricht, aber nicht in der Schule?

Auf dem Werscherberg gibt es zwei Institutionen, die Kinder mit selektivem Mutismus behandeln. Zum einen gibt es das Rehasentrum Werscherberg, welches Eltern-Kind-Kuren (in der Regel vier Wochen) anbietet. In dieser Zeit erhalten die Kinder intensive sprachtherapeutische Behandlungen (mehrmals die Woche). Zusätzlich finden Elternberatung und -training statt, um das elterliche Unterstützungsverhalten zu verbessern. Generell können solche kurzen Kur-aufenthalte entlastend für die Familie sein und bestimmte Prozesse anstoßen. Zum anderen gibt es das Sprachheilzentrum Werscherberg als stationäre sprachtherapeutische Einrichtung. Hier werden Kinder und Jugendliche ohne ihre Eltern aufgenommen und über einen längeren Zeitraum (durchaus bis zu einem Jahr) behandelt. Ein derart langer Aufenthalt kann insbesondere bei schweren Fällen des selektiven Mutismus, bei denen eine ambulante Therapie keine deutlichen Erfolge gezeigt hat, sinnvoll sein.



Warum schweigt oft ein Zwillingsskind und überlässt das Reden in der Öffentlichkeit/Schule dem anderen?

Selektiver Mutismus bei Zwillingen ist eine Besonderheit. Es gibt viele Zwillingspaare, bei denen beide schweigen und sie gemeinsam den Weg zum Sprechen gehen müssen. Andere gibt es, bei denen einer schweigt und der andere das Sprechen übernimmt. Grundsätzlich hat selektiver Mutismus nichts mit Macht oder Dominanzverhalten zu tun. Die Kinder haben nicht bewusst den Entschluss gefasst, in bestimmten Situationen nicht zu sprechen. Innerhalb ihrer Entwicklung gab es Situationen, in denen das Schweigen eine sehr sinnvolle Bewältigungsstrategie für Stress war. Dies hat sich aufgrund mangelnder Alternativen zu einem selektiven Mutismus verfestigt.

Bei Zwillingen muss in der Therapie generell darauf geachtet werden, dass die Kinder eine Ich- und auch eine Paar-Identität (insbesondere bei eineiigen Zwillingen) haben und ggf. einzelne Prozesse in der Therapie auch mit dem anderen Zwilling abgesprochen sein müssen, damit auch sich auch die Paar-Identität anpassen kann. Zwillinge sind in sich ein System, welches in der Persönlichkeit jedes Einzelnen eine besondere Rolle spielt.

Beginnen untherapierte Kinder in der Pubertät oder als Erwachsene von allein mit dem Sprechen? Viele Eltern hoffen, dass „es sich gibt“ ...

Es gibt nur wenige erwachsene Personen, die komplett außerhalb vertrauter Situationen schweigen. Vielen gelingt es, die notwendigsten Kommunikationssituationen auch lautsprachlich zu meistern. Allerdings entwickeln betroffene Personen häufig andere psychische Auffälligkeiten wie generalisiert Angststörungen, soziale Phobien, Depressionen oder Essstörungen. Die Symptomatik verlagert sich bei Nicht-Behandlung also. Vor dem Hintergrund der langfristigen Folgen für die psychische Gesundheit sowie die schulische und berufliche Teilhabe ist eine frühzeitige Identifikation und Behandlung des selektiven Mutismus anzuraten.

Einige Betroffene berichten auch nach einer mutismusspezifischen Behandlung immer noch davon, Schwierigkeiten und Ängste in sozialen Situationen zu haben. Simone Dräger, eine betroffene Erwachsene mit Youtube-Kanal, bezeichnet ihre Anspannung in sozialen Situationen beispielsweise als „Mutismusgefühl“. Sprechen ist für Viele langfristig eine große Herausforderung.

Welche Folgen gibt es bei selektivem Mutismus bei Mehrsprachigkeit?

In Bezug auf Mehrsprachigkeit müsste zunächst berücksichtigt werden, welche Sprache das Kind wo und in welcher Quantität und Qualität rezipiert und produziert. Eine pauschale Antwort ist somit nicht möglich. Generell gilt auch hier – wie für einsprachige Kinder – dass innerhalb der Förderung ausreichend Möglichkeiten zur produktiven Sprachverwendung geschaffen werden sollten. Dies ist in der Regel etwa durch die Förderung von sozialen Kontakten innerhalb und außerhalb der Schule möglich. Ist der schulische Kontext allerdings der einzige Kontext, in dem das Kind Input im Deutschen erhält und Möglichkeiten hätte, Deutsch zu sprechen, sind durchaus Auswirkungen auf die produktiven Sprachkompetenzen denkbar.

**„Wir brauchen
viel mehr
fachliche Fort-
bildungen in
den Schulen.“**

Lehrerin, Primarstufe

Sprachheilpädagogische Impulse aus dem inklusiven Setting für die Praxis



Sibylle Roehr
Sonderpädagogin,
Fachleiterin für IP/Sonderpädagogik
Landesinstitut für Schule, Bremen



Annika Müller
Sonderpädagogin,
Grundschule Robinsbalje,
Bremen

Definitoriale Einordnung und/oder Begriffswirrwarr

Zur praxisbezogenen Darstellung, wie sprachheilpädagogische Aspekte im inklusiven Unterricht umgesetzt werden können, wurde zunächst eine kontextbezogene, definitoriale Einordnung zur Nomenklatur von Sprachentwicklungsstörungen im Allgemeinen sowie im Speziellen mit Bezug auf das Bremer Bildungssystem vorgenommen. Weltweit sind ca. 8% aller Kinder und Jugendlichen einer Altersstufe von Sprachentwicklungsstörungen betroffen.

Im aktuellen Fachdiskurs gibt es beachtenswerte Impulse für die Entwicklung einer einheitlichen Terminologie und Klassifikation von Sprachentwicklungsstörungen, die den internationalen Maßstäben deutlich mehr entsprechen würden, im Vergleich zu der im deutschsprachigen Raum bislang gebräuchlichen Unterteilung in Sprachentwicklungsverzögerungen, primäre bzw. sekundäre umschriebene Sprachentwicklungsstörungen, umgebungsbedingte Sprachentwicklungsauffälligkeiten (vgl. Scharff Rethfeldt & Ebbels, 2019).

Bildungssystem im Land Bremen - Wo sind die Schüler*innen mit dem Förderschwerpunkt Sprache?

Vor dem Hintergrund aktueller Daten zur Bestimmung der Anzahl von Schüler*innen, die einen primären bzw. sekundären Förderbedarf im Förderschwerpunkt Sprache aufweisen, wurde die überaus signifikante Diskrepanz zwischen realistisch zu erwartenden und tatsächlich ermittelten Werten im Bundesland Bremen datenbasiert dargestellt und erörtert.

Gründe für die außerordentlich niedrige Anzahl von Schüler*innen mit dem Förderschwerpunkt Sprache konnten dahingehend vermutet werden, dass es derzeit u. a. zu wenig spezifisch ausgebildete Sonderpädagog*innen mit der Fakultas Sprachheilpädagogik im Bildungssystem gibt, die eine zielführende, fachlich fundierte Diagnostik und entsprechend angepasste Förderung und Unterstützung leisten können.

**„Bleiben die spezifischen Bedarfe
im sprachlich-kommunikativen Bereich
unberücksichtigt, so entstehen
im Laufe der Entwicklung der Kinder
hohe Risiken für Lern- und Leistungsprobleme
sowie Verhaltensauffälligkeiten.“**

Grohnfeldt (2015)

Allgemeine Sprachbildung und Sprachförderung braucht sprachheilpädagogische Expertise

Sprachheilpädagogisch orientierter Unterricht wird als Kontinuum zwischen allgemeinen sprachfördernden und spezifisch individuellen sprachtherapeutischen Angeboten im schulischen Kontext verstanden, um den unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen von Schüler*innen gerade im inklusiven Setting gerecht zu werden.

Zur Kernaussage, dass sprachheilpädagogisch orientierter Unterricht in jedem Unterrichtsfach mit entsprechend fundierten Fachwissen und Kenntnissen realisiert werden kann, wurden entsprechende Praxisbeispiele zu den Fächern Mathematik, Sachunterricht und Kunst unter Berücksichtigung aller vier sprachlichen Ebenen (phonologisch-phonetisch, semantisch-lexikalisch, syntaktisch-morphologisch, pragmatisch-kommunikativ) veranschaulicht.

Als zukunftsweisende und qualitätssichernde Gelingensbedingungen für hochwertigen sprachheilpädagogisch-orientierten Unterricht im Bundesland Bremen, die den unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen der Schüler*innen mit dem Schwerpunkt Sprache im inklusiven Setting gerecht werden, wurden folgende Aspekte identifiziert:

-  Qualitätsstandards für den Förderschwerpunkt Sprache ausweisen.
-  Sonderpädagogische Fachexpertise auf administrativer Ebene etablieren.
-  Kooperative Förderplanung und Evaluation von Unterstützungs-/Fördermaßnahmen im inklusiven Setting durch SonderpädagogInnen mit der Fakultas Förderschwerpunkt Sprache initiieren und fachlich begleiten.
-  Qualifizierte evidenzbasierte Diagnostik mit entsprechender personeller und materieller Ressourcenausstattung für Schulen (Entwicklung von multiprofessionellen Kompetenzteams) zur Verfügung stellen.
-  Unterschiedliche Formen der integrierten und spezifisch-individuellen Unterstützungs-/Förderangebote in Grund- und Oberschulen gewährleisten.
-  Spezifische und kontinuierliche Fortbildungsangebote für Sonderpädagog*innen mit der Fakultas Sprache sowie allgemeine Weiterbildungsangebote für Sonderpädagog*innen ohne Fakultas Sprache bereitstellen.
-  Fachlich abgestimmte Kooperation und interdisziplinäre Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen in der Lehrerbildung (1.–3. Phase) ermöglichen.

Literatur

Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (2015). Inklusion im Förderschwerpunkt Sprache. Stuttgart: Kohlhammer

Scharff Rethfeldt, W. & Ebbels, S. (2019). Terminologie der Sprachentwicklungsstörung (SES). Auf dem Weg zu einem internationalen Konsens. *Forum Logopädie*, 33 (4), 24-31.

Diskussion

Podium

Christina Roth-Trinkhaus

Regionales Beratungs- und Unterstützungszentrum- Ost (ReBUZ Ost)

Dr. Petra Lippmann

Schulärztin, Kinder und Jugend Gesundheitsdienst

Heidmarie Büchner

Vorstand, Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

Sibylle Roehr

Bundesreferentin für Aus-, Fort- und Weiterbildung, Verband Sonderpädagogik e.V. (vds)

Meike Wittenberg

Zentrum für unterstützende Pädagogik (ZUP-Leitung), Wilhelm-Kaisen-Oberschule



Aussagen von Podiumsteilnehmerinnen und aus dem Plenum

-  Wir sind uns alle einig, dass es zeitnah eine Kooperationsvereinbarung zur Einbeziehung von Therapieangeboten in Schulen geben muss, wie es z. B. in Hamburg seit 2014 möglich ist.
-  Es ist eine frühzeitige vorschulische fachgerechte Diagnostik und entsprechende Berücksichtigung von Sprachentwicklungsstörungen (SES) im Grundschulalter und darüber hinaus notwendig.
-  Die Zusammenarbeit zwischen dem schulärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, den vorschulischen Bildungseinrichtungen und den Grundschulen sollte intensiviert werden. Es bleibt zu viel dem Zufall überlassen. Kinder aus sozialschwachen Familien haben hier schlechtere oder gar keine Chancen.
-  Logopäd*innen können nicht alle Kinder zwischen 16 und 17 Uhr behandeln. Die Einführung der Ganztagschulen macht Therapie in der Schule erforderlich. Eine Behandlung zu später Stunde ist weniger erfolgreich, die Kinder sind nicht mehr konzentriert. Viele Familien bringen ihre Kinder ohnehin nicht mehr zur Therapie. Kinderärzte sehen Familien aber in der Pflicht, mit zur Therapie zu kommen.
-  Viele Logopäd*innen fahren in Einrichtungen, um dort Kinder bzw. Schülerinnen und Schüler zu versorgen. Dies ist nicht rechtssicher, obwohl Inklusion verankert wurde. Wir können in Anbetracht der dringenden Bedarfe die Augen nicht mehr verschließen – aber versicherungsrechtlich ist die Behandlung in Einrichtungen eine Grauzone.
-  Im angloamerikanischen Raum arbeiten Logopäd*innen schon an Schulen. Logopäd*innen an Schulen sind notwendig. Aber es braucht ein durchdachtes Konzept, auch bzgl. der Räumlichkeiten und der Vergütung, das ist die Herausforderung.
-  Regelkinder sollten zuverlässig in der ambulanten Praxis behandelt werden, weil die Therapie dort qualitativ besser durchführbar ist.
-  Wenn ein Schularzt bei der Untersuchung von Kindern im Kindergartenalter Sprachauffälligkeiten erkennt, sollte sofort an Logopäd*innen überwiesen werden. Je früher die Sprachentwicklung abgeklärt wird, desto besser.
-  Der sonderpädagogische Förderbedarf Sprache wird zurzeit viel zu selten statuiert. Die Schülerinnen und Schüler erhalten nicht die Hilfen, die sie eigentlich bräuchten. Lern- und Verhaltensstörungen treten in den Vordergrund.
-  Mehrsprachigkeit ist in sehr unterschiedlichen Ausprägungen für sehr viele Schülerinnen und Schüler Realität.
-  Sprachentwicklungsstörungen (SES) betreffen alle Sprachen eines Individuums und die Folgen einer SES sind gravierend und bis ins Jugend- und Erwachsenenalter nachweisbar.



- 

Es besteht ein hohes Risiko von Fehldiagnosen. Vielen Kolleg*innen am ReBUZ fehlen klare diagnostische Kriterien. Es gibt keine allgemeingültige, flächendeckende Diagnostik. Die ist bei so unterschiedlichen Kindern auch nicht zielführend. Die Bedarfe sind zu unterschiedlich.
- 

Intelligenztests wurden an monolingualen Kindern aus der Mittelschicht konstruiert; sie sind für mehrsprachige Kinder vollkommen ungeeignet und führen zu Fehldiagnosen.
- 

Es braucht kriterium-orientierte (nicht norm-orientierte) differenzierte Sprachentwicklungsdiagnostikverfahren mit ausführlicher Anamnese und Spontansprachanalysen in den Sprachen, die ein Individuum verwendet. Es braucht eine gute Ausbildung und Weiterqualifizierung, da die Diagnostikinstrumente nicht hilfreich sind.
- 

Die Überprüfung von Wortschatz und Grammatik bei mehrsprachigen Kindern bzw. Schülerinnen und Schülern sind keine Indikatoren zur Feststellung einer SES.
- 

Grundsätzlich sollten Kommunikationsfähigkeiten erfasst werden, auch das Sprachverständnis und der sozio-pragmatische Bereich.
- 

Es besteht offensichtlich eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Bedarf an sonderpädagogischer/sprachheilpädagogischer Diagnostik und entsprechend gestaltetem sprachheilpädagogischem Unterricht.
- 

Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts können in jedem Unterrichtsfach umgesetzt werden, wie anhand von vielen Praxisbeispielen verdeutlicht wurde.
- 

Es gibt ausreichend Studien, die zeigen, dass spezifische Sprachförderung bei SES nicht effektiv ist. Die Kinder brauchen Sprachtherapie, so früh wie möglich.
- 

Bei einer SES braucht es Sprachtherapie durch Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen – und nicht Sprachförderung.
- 

Eine SES verwächst sich nicht. Auch Schülerinnen und Schüler an der Oberschule bzw. Jugendliche brauchen bei veränderten Anforderungen an ihre Kommunikationsfähigkeit logopädische Therapieeinheiten – nicht durchgängig, aber wiederholt, um Strategien zu erhalten, um den schulischen Anforderungen folgen zu können.

-  Es muss mehr auf Mutismus aufmerksam gemacht werden.
-  Jedes Kind möchte sprechen. Es gibt eine große Bandbreite an Erscheinungsformen, die von „Schüchternheit“ abzugrenzen sind.
-  Es besteht die Notwendigkeit der engen Vernetzung aller Personen, die mit dem Kind in Beziehung stehen (Familie, Logopäd*innen, Therapeut*innen, Lehrer*innen).
-  Jede Form der sozialen Interaktion und der nonverbalen Kommunikation ist wirksam.
-  Es ist wichtig, Zuversicht zu vermitteln und Geduld zu zeigen.
-  Es gilt als unumstritten, dass mindestens 7% aller Schülerinnen und Schüler eine Sprachentwicklungsstörung bei Schuleintritt zeigen.
-  In Bremen sind zurzeit im gesamten Schulsystem nur 203 Schülerinnen und Schüler benannt (rein statistisch könnten es bei einer Schülerzahl von ca. 84.000 bis zu 6000 SUS sein).
-  Es gibt im Land Bremen ca. 118 beschäftigte Sonderpädagog*innen mit dem Förderschwerpunkt Sprache.
-  Es besteht dringender Handlungsbedarf. Dem Fachkräftemangel ist durch Bewerbung der Ausbildung und eine bessere Vernetzung der Professionen zu begegnen.
-  Es braucht einen rechtssicheren Rahmen, damit Logopäd*innen in Schulen fest arbeiten können.



Moderatorinnen Dr. Uta Lürßen und Fae Griep nehmen die mündlichen und schriftlichen Impulse aus dem Plenum auf.

**„Die Notwendigkeit
multiprofessioneller
Zusammenarbeit ist
doch jetzt nicht mehr
zu übersehen.**

**Wie bekommen wir
die Kooperation
in die Schulen?“**

Logopädin

Evaluation

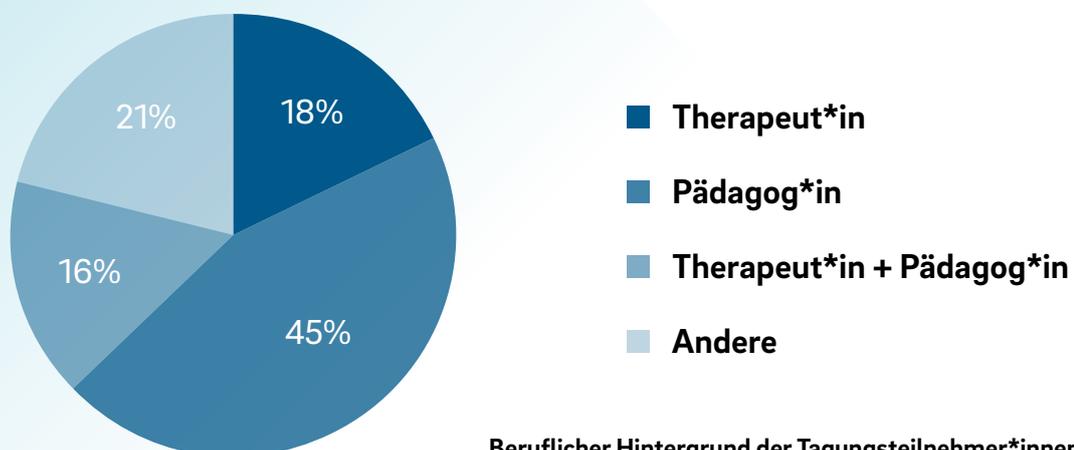
Die Tagungsteilnehmer*innen wurden im Rahmen der Tagungsunterlagen zur Tagungsevaluation mittels Fragebogen zum Format, der Organisation sowie den Rahmenbedingungen eingeladen. Da Tagungsorganisation, -ort, -format und -durchführung sowie die Vorträge ausschließlich positiv bewertet wurden, werden nachfolgend lediglich thematische Aspekte berichtet. Neben der Tagungsevaluation wurden Daten zum beruflichen Tätigkeitsfeld erhoben und die Teilnehmer*innen zur aktuellen inklusiven Versorgungssituation befragt. Aufgrund der selbstselektiven Stichprobe liefern die Daten keine repräsentativen Ergebnisse. Es haben sich 78% der Tagungsteilnehmer*innen an der Befragung beteiligt.

Sowohl die Zahl der Anmeldungen wie auch die Zahl der tatsächlichen Teilnehmenden hat die Erwartungen übertroffen. Die verfügbaren 120 Plätze zur Teilnahme am Fachtag Sprache 2019 waren innerhalb von 19 Tagen ausgebucht. Es bestand bei Interesse die Möglichkeit zur Aufnahme auf eine Warteliste; diese zählte zeitweise 50 Personen. Bemerkenswert waren die tatsächlichen Besucherzahlen. Bereits am frühen Morgen des Veranstaltungstages warteten mehrere Interessierte mit Wartelistenplatz am Eingang auf nachträglichen Einlass im Falle des Nichterscheinens registrierter Teilnehmer*innen.

Auffällig ist auch, dass der Fachtag durchgängig bis zum Ende am Freitagnachmittag besucht war, da im Vergleich zu anderen Tagungen die Besucherzahlen zum Nachmittag insbesondere vor dem Wochenende deutlich abnehmen. Es ist davon auszugehen, dass der Grund für die herausragende Mobilität im Themenfeld Sprache sowie der aktuellen Arbeitssituation im Zuge der Inklusionsbemühungen der Klientel zu suchen ist.

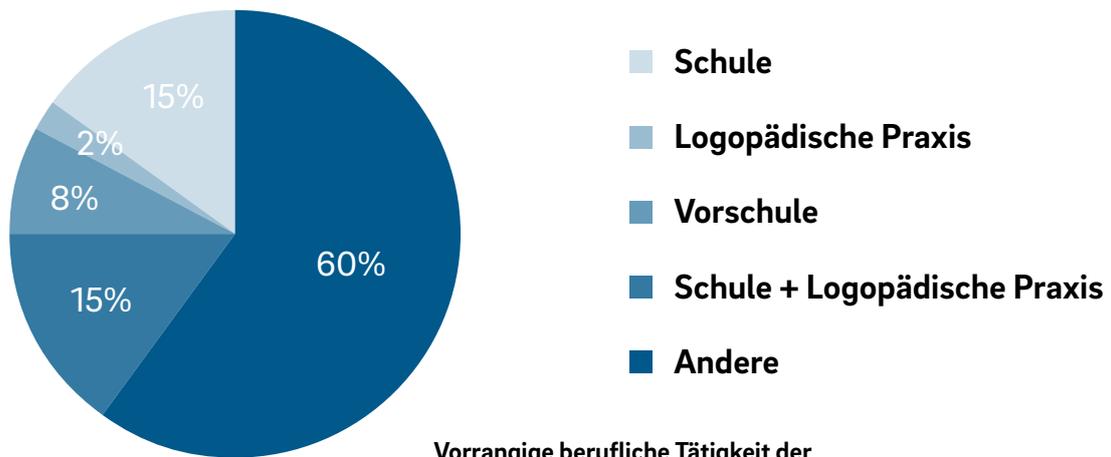
Die Durchsicht der Teilnehmer*innenliste, einzelne Äußerungen während der Veranstaltung sowie die Auswertung der Evaluationsbögen lassen darauf schließen, dass es gelungen ist, eine heterogene Klientel auf der Tagung zu versammeln.

Der Fachtag Sprache 2019 zog eine große Bandbreite unterschiedlicher an der Schnittstelle Sprachförderung / Sprachtherapie tätige Fachkräfte überwiegend aus der Stadt Bremen, sowie insgesamt 20 Personen aus Bremerhaven und dem im Süden des Stadtgebietes angrenzenden Niedersachsen an. Nahezu die Hälfte der 92 per Fragebogen Befragten sind Pädagog*innen (45%), während 18% der therapeutischen Berufsgruppe wie Sprachtherapeut*innen oder Logopäd*innen angehören. Bemerkenswert ist, dass 16% der Befragten sowohl therapeutisch als auch pädagogisch qualifiziert sind. Weitere 21% der Tagungsteilnehmer*innen haben einen anderen beruflichen Hintergrund; sie lassen sich der Medizin, Psychologie oder Wissenschaft zuordnen.



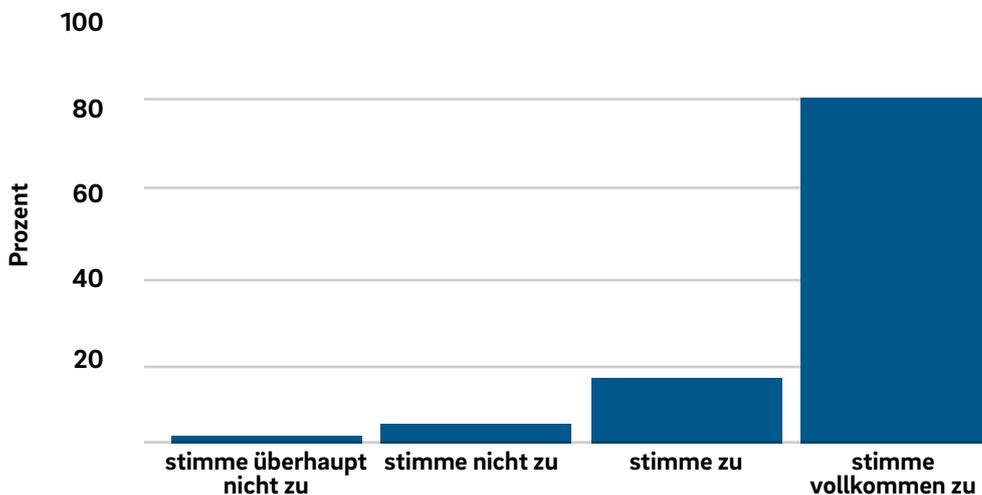
Beruflicher Hintergrund der Tagungsteilnehmer*innen.

Neben der Berufsgruppe wurde bewusst ein Fokus auf die Frage gelegt, in welchem beruflichen Tätigkeitsfeld die Teilnehmer*innen vorrangig tätig sind. Mit 60% der angegebenen Tätigkeitsfelder dominiert die Gruppe der Vertreter*innen der Schulen, weitere 8% sind im vorschulischen Bereich tätig. Die logopädische Praxis vertreten 15% der Teilnehmer*innen. Weitere 15% sind vorrangig in anderen Arbeitsbereichen wie beispielsweise dem schulärztlichen Dienst oder Kindertagesheimen tätig. Etwas überraschend zeigt sich, dass 2% der Befragten sowohl in der logopädischen Praxis als auch an einer Schule tätig sind.



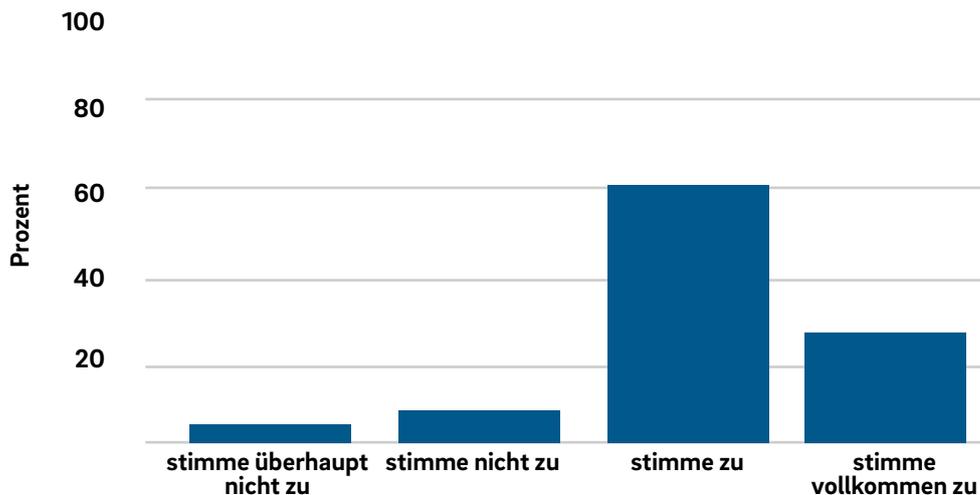
Vorrangige berufliche Tätigkeit der Tagungsteilnehmer*innen

Die Teilnehmer*innen wurden zudem nach ihrer Einschätzung befragt, ob Therapeut*innen bzw. Logopäd*innen als fester Teil des pädagogischen Teams in Schulen tätig sein sollten. Auch hier findet sich ein sehr bemerkenswertes Ergebnis wieder. So sind sich 97% der Befragten darüber einig, dass Therapeut*innen bzw. Logopäd*innen fester Bestandteil des pädagogischen Kollegiums an Schulen tätig sein sollten. Rund 80% stimmen dem ohne Einschränkungen zu. Lediglich vier Teilnehmer*innen stimmen nicht zu.



Sollten Therapeut*innen bzw. Logopäd*innen als fester Teil des pädagogischen Teams in Schulen tätig sein?

Die Teilnehmer*innen wurden auch hinsichtlich der Feststellung einer Unterversorgung von Kindern mit besonderem Förderbedarf im Bereich Sprache befragt. Aus Sicht eines Großteils (88%) der Befragten trifft es zu, dass Kinder mit besonderem Förderbedarf Sprache unversorgt bleiben, darunter betonen 27% der insgesamt Befragten, dass dies vollkommen zutreffe. Lediglich aus Sicht sehr weniger Teilnehmer*innen trifft eine Unterversorgung nicht (8%) bzw. überhaupt nicht (4%) zu.



Ich stelle in meinem beruflichen Setting fest, dass Kinder mit besonderem Förderbedarf im Bereich Sprache unversorgt bleiben.

Neben der Bewertung der Einzelitems konnten die Teilnehmer*innen des Fachtages auch freitextliche Anmerkungen vornehmen. Hiervon wurde vereinzelt Gebrauch gemacht. Auch gaben einzelne Teilnehmer*innen im Nachgang der Veranstaltung direkte Rückmeldungen, u. a. per E-Mail, an die Organisatorinnen.

„Die Vorträge gaben mir wichtige und neue Impulse für die Praxis, um genauer sprachliche Auffälligkeiten bei Kindern zu identifizieren.“

Mitarbeiter*in des Schulärztlichen Dienstes, Bremen

„Inspirierende Praxisbeispiele anhand von verschiedenen Unterrichtsfächern für die tägliche Arbeit und die konzeptionelle Weiterentwicklung unseres Förderkonzepts.“

ZuP-Leitung an einer Grundschule

„Durch die Wahl des Veranstaltungsortes haben wir uns sehr wertgeschätzt gefühlt.“

Lehrerkolleginnen, Primarstufe

„So eine Veranstaltung müsste es öfter geben.“

Lehrerin, Primarstufe

„Es war ganz wunderbar, einen ganzen Tag so intensiv mit einem Thema beschäftigt zu sein.“

Lehrerin, Oberschule

„Der Veranstaltungsort war toll, und auch die Organisation.“

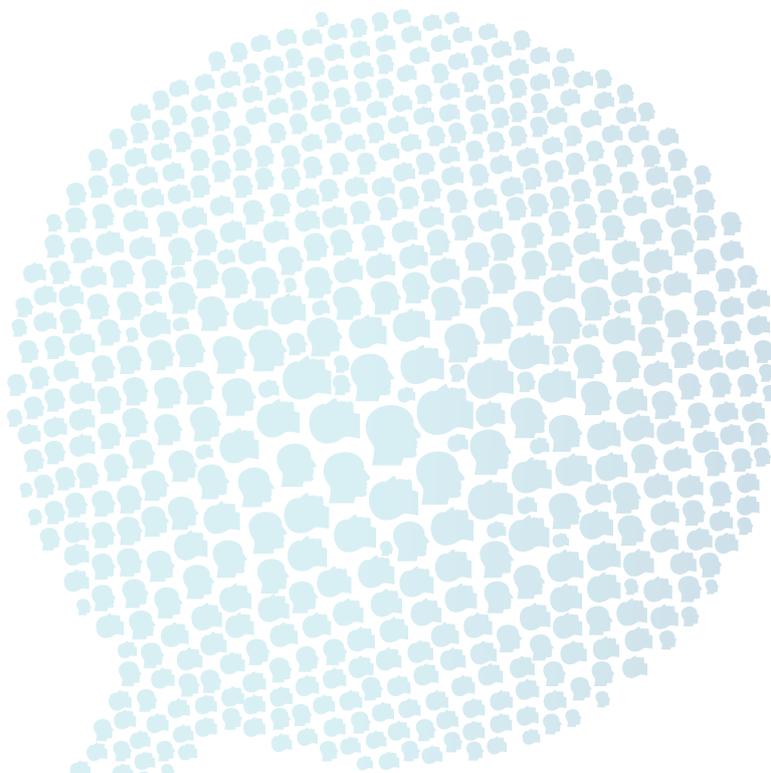
Lehrerin, Oberschule

„Die Mischung aus Fach-Vorträgen, Praxisbericht und Diskussion war gelungen.“

ZuP-Leitung, Primarstufe

„Gibt es die Möglichkeit, Teile der Veranstaltung als schulinterne Fortbildung zu bekommen? Das müssten doch eigentlich alle wissen.“

Lehrerin, Primarstufe





„Wieso sind die Fakten nicht öffentlich bekannt?“

Logopädin

„Eigentlich hätte die Veranstaltung auch zwei Tage dauern können!“

Lehrer, Oberschule

„Wie kann es sein, dass wir so viel Zeit in unwirksame Programme investieren und niemand gibt uns die Information?“

Lehrerin, Primarstufe

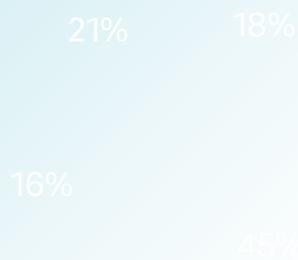
„Vielleicht braucht es eine Wiederholung des Fachtages für alle, die nicht kommen konnten.“

Sonderpädagogin, Bremerhaven

Fazit

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Organisation der Tagung sowie das Tagungsthema durchweg eine positive Resonanz erhalten haben. Allerdings fällt ein Missverhältnis zwischen Fortbildungsangebot und Nachfrage auf; so übersteigt das Interesse die aktuell verfügbaren Kapazitäten zur Durchführung bzw. Wiederholung der Veranstaltung.

Der Fachtag Sprache war die zweite Veranstaltung, nach erstmaliger Ausrichtung im Herbst 2018 am Landesinstitut für Schule Bremen. Wenn auch der Inhalt und der Nutzen aus Sicht der heterogenen Zielgruppen als positiv bewertet wurden, lassen sich dennoch Verbesserungspotenziale lokalisieren. In diesem Zusammenhang stellt sich für zukünftige Fachtage die Aufgabe, einen größeren Veranstaltungsort zu finden, sowie mehr Fachkräften aus Bremerhaven eine Teilnahme zu ermöglichen. Als zentrales Ergebnis beider Fachtage lässt sich die Forderung nach einer engeren Kooperation von Bildung und Gesundheit und eine entsprechende Neuregelung formulieren. So weisen die wissenschaftlichen Beiträge sowie die Impulse aus der Podiumsdiskussion und dem Plenum auf einen dringenden politischen Handlungsbedarf hin. Dabei machte ein Großteil der Teilnehmer*innen nicht nur auf Veränderungsbedarfe aufmerksam, sie zeigten sich auch durchweg motiviert, ihren möglichen Beitrag zur Veränderung und Verbesserung der aktuellen Situation zu leisten, sofern die Rahmenbedingungen dies in Zukunft erlauben. Es besteht offensichtlich Einvernehmen, dass das Multiprofessionelle Netzwerk Sprache und Kommunikation im Land Bremen, als Initiatorin des Fachtags Sprache mit dem vorliegenden Ergebnis eine gute Ausgangslage skizziert hat.



Impressum

Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt
Hochschule Bremen
Neustadtswall 30
D-28199 Bremen
Telefon: +49 (0) 421 5905-0