

Raus aus dem Therapiezimmer – rein in die Schule!

Amerikanische Schullogopädie ein Modell für Deutschland? Erfahrungen eines deutschen Logopäden in den USA.

Herbert Lange

ZUSAMMENFASSUNG. Der Autor skizziert die vielen Charakteristika, Aspekte und Herausforderungen des amerikanischen Systems der Schullogopädie mit speziellem Schwerpunkt auf Frühförderung. Er beschreibt den kompletten Förderplan-Prozess (Individualized Education Program – IEP) und seine rechtliche Basis. Im Hinblick auf die schulischen Anforderungen, das moderne Leben und die Globalisierung hat die amerikanische Logopädie viele inspirierende Ansätze entwickelt. Der Artikel stellt die Prinzipien der multikulturellen Sensibilität, der Behandlung innerhalb und außerhalb des Therapiezimmers, der Einbeziehung gleichaltriger, nicht-behinderter Kinder (peers), des curriculumorientierten Lernens (in Abstimmung mit dem Schulunterricht) und der evidenzbasierten Praxis vor. Gleichzeitig wird beleuchtet, wie große Patientenzahlen, sehr begrenzte Budgets, Zeitknappheit und eine wachsende Bürokratie Druck ausüben auf Amerikas Schulen, die Kinder und die Therapeuten. Internationaler Austausch, akademische Bildungsprogramme und intensive Zusammenarbeit könnten neue Chancen eröffnen und großen Nutzen bringen. Schlüsselwörter: US-amerikanische Schullogopädie – Frühförderung – Förderplan IEP – multikulturelle Sensibilität – internationale Zusammenarbeit

Herbert Lange, MS, CCC-SLP, ist Logopäde in Syke und betreut von einer Praxis aus SchülerInnen der Lebenshilfe und zwei Integrationskindergärten. Nach Abschluss der Logopädieausbildung beim IFBE in Berlin arbeitete er mehrere Jahre lang in verschiedenen Berliner Einrichtungen. Von 2001 bis 2004 absolvierte er das Masterstudium Communicative Disorders an der San Francisco State University. Nach zweijähriger Anstellung in den Schuldistrikten von Oakland und San Lorenzo war er in den letzten drei Jahren lang als ASHA-zertifizierter und lizensierter Therapeut für den San Francisco Unified School District tätig, hauptsächlich im Bereich der Frühförderung, daneben auch an Grund- und Mittelschulen.



Einleitung

Im Hinblick auf die Ergebnisse der PISA-Studie und den anerkannten Bedarf nach Frühförderung wird seit geraumer Zeit diskutiert, ob das amerikanische System der Schullogopädie auch eine Option für Deutschland sein könnte. Nach meinem Masterstudium Communicative Disorders in San Francisco habe ich vier Jahre lang an Schulen der Bay Area und für den San Francisco Unified School District gearbeitet. Ausgangspunkt meiner Ausführungen ist also die Frage, was die amerikanische von der deutschen Logopädie unterscheidet und was die deutschen Kollegen vom amerikanischen System lernen und für den Schulbetrieb in Deutschland nutzen können. Ich gehe von der Organisation in Kalifornien aus, weiß aber, dass die gleichen Grundstrukturen auch für die anderen amerikanischen Bundesstaaten gelten.

Das US-amerikanische System

Wo Logopäden arbeiten

Im Unterschied zu Deutschland ist ein Großteil der amerikanischen Logopäden an Schulen und Krankenhäusern beschäftigt. Therapie in einer privaten Praxis ist meist sehr kostspielig. Die Behandlung an einer öf-

fentlichen Schule dagegen – und das fängt bei den Kindergärten an – wird vom Staat finanziert und ist für die Familien vollkommen kostenfrei. Die Unterbringung in einem Kindergarten bleibt den Eltern freigestellt. Vorschule ist Pflicht für alle.

Ab der Vorschule muss jede öffentliche Schule einen Logopäden vor Ort haben, der sowohl die Regelkinder betreut als auch die Kinder aus den sonderpädagogischen Klassen. Je nach Grad ihrer Behinderung werden Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Spezialklassen zusammengefasst, die sich auf demselben Campus bzw. im selben Schulgebäude befinden. Für den Kindergartenbereich sieht die logopädische Förderorganisation etwas anders aus (s.u.).

Gesetzliche Grundlagen

Therapie wird als sozial und individuell orientiert verstanden. Im Zentrum steht der gesetzlich verankerte Gedanke „einer freien und angemessenen öffentlichen Bildung in der am wenigsten eingeschränkten Umgebung“ (free appropriate public education in the least restrictive environment). Im Jahr 1975 wurde der „Education of All Handicapped Children Act (PL 94-12)“ erlassen,

der Beschluss zur Schulbildung aller Kinder mit Behinderung. Das Gesetz garantiert eine kostenlose öffentliche Bildung für behinderte Kinder im Alter von 3 bis 21 Jahren. Danach sollte jedes Kind so normal wie möglich beschult werden, d.h. je nach Behinderungsgrad in voller Integration, Teilintegration oder in sonderpädagogischen Klassen. Das Gesetz definiert Logopädie als sonderpädagogische Dienstleistung.

Das Gesetz von 1975 wurde 1997 durch den „Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)“, den Beschluss zur Beschulung von Individuen mit Behinderungen, grundlegend überarbeitet. Der Neuentwurf sah vor, das bisher gängige Modell der Behandlung im Therapieraum (pull-out) durch ein breit gestreutes Förderprogramm zu ersetzen. Alle Schüler sollten nun ganzheitlich orientierte Unterstützung bekommen, und zwar in sämtlichen Schulbereichen: den akademischen, den nicht-akademischen sowie den extracurricularen. Damit wurden letztendlich auch den Logopäden die Möglichkeit gegeben, mit einem Kind direkt in seiner Klasse zu arbeiten (push-in). Neue Maßstäbe und Dokumentationsrichtlinien wurden festgelegt. Der Fortschritt eines Schülers wird nun daran gemessen, wie gut er sich „akademisch“ und

im Klassenverband entwickelt. Alle Schullergopäden sind verpflichtet, in regelmäßigen Abständen Entwicklungsberichte zu verfassen – im Kindergartenalter zweimal pro Jahr, ab der Grundschule viermal pro Jahr. Diese Kurzberichte werden den Eltern zur gleichen Zeit wie die akademischen Erfolgskarten aus ihrer regulären Schulklasse ausgehändigt. Die technischen Details bleiben den einzelnen Schulbezirken überlassen.

Primärversorgung

Bis zum dritten Geburtstag eines Kindes liegt alle sozial-therapeutische Verantwortung bei den jeweiligen Regionalzentren. Sobald eine Entwicklungsstörung auffällig wird, müssen diese Zentren den Familien Beratung und kostenlose Behandlung in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie anbieten. Während viele Therapien im Wochenrhythmus in den Wohnungen der Kinder stattfinden, wird Gruppenarbeit, z.B. Spieltherapie, direkt in den Regionalzentren organisiert. Als Gesetzesgrundlage für diesen besonderen Service fungiert der „PL 99-457 (Abschnitt H)“ aus dem Jahr 1986. Dieser Beschluss sah in Ergänzung zur Basisregelung von 1975 für schulpflichtige Kinder eine Erweiterung desselben Rechts auf Kinder bis zum Ende des dritten Lebensjahres vor.

Ist ein Kind also therapiebedürftig, wird ein spezieller Leistungsplan für die Familie erstellt, der „Individualized Family Service Plan (IFSP)“. Dieses Dokument wird direkt auf das Kind und dessen Familie abgestimmt. Es gibt ein aktuelles Leistungs- und Entwicklungsprofil, formuliert die angestrebten Lang- und Kurzzeitziele und definiert die empfohlenen Förderprogramme nach Art, Beginn, Frequenz und Länge der Behandlung. Als Case Manager (Fallbetreuer) wird immer tätig, wessen Dienstleistung im vorliegenden Fall als „am relevantesten“ gilt, oft der Logopäde. Er ist dafür verantwortlich, dass alle Behandlungsstränge gut umgesetzt, koordiniert und geprüft werden und dass ein reibungsloser Übergang zur Weiterversorgung im öffentlichen Schulsystem stattfindet, sobald das Kind die Altersgrenze von drei Jahren überschritten hat.

Einstieg in das Schulsystem und Förderbedingungen

Bevor das Kind im Alter von drei Jahren vom Regionalzentrum auf eine öffentliche Einrichtung, d.h. einen Kindergarten, wechseln kann, erfolgt erneut eine ausführliche Diagnostik. Diese muss vom Schuldistrikt geleistet werden, in dem das Kind und seine Familie

leben. In Kalifornien existiert keine allgemeine Kindergartenpflicht. Das bedeutet, es steht den Eltern frei, ihr Kind in einem öffentlichen oder privaten Kindergarten unterzubringen oder noch bis zur für alle verbindlichen Vorschulzeit ab fünf Jahren zu Hause zu behalten. Bleibt das Kind also zuhause oder besucht einen privaten Kindergarten, muss es bei Bedarf trotzdem über den jeweiligen Schuldistrikt therapeutisch versorgt werden, und zwar ambulant. Entscheidet sich die Familie für eine private Vorschule und Schulzeit, entfällt die staatliche Versorgungspflicht durch den Schuldistrikt bzw. den Staat.

Kindergartendiagnostik

Die Regionalzentren, Eltern oder Lehrer überweisen behinderte bzw. von Behinderung bedrohte „Fast-Kindergarten-Kinder“ zum Test an das Kindergartendiagnostikteam des San Francisco Unified School District (Preschool Intake Unit). Zusätzlich zu den von den Regionalzentren primär versorgten Kindern strömen noch viele nach, die vorher weder einen IFSP noch eine vollständige Diagnostik erhalten haben.

Das Kindergartendiagnostikteam von San Francisco ist eine Gruppe von Logopäden, die in den privaten und öffentlichen Kindergärten sowie in den Räumlichkeiten des Distriktbüros Kinder testet und mit den Eltern Anamnesegespräche führt. Sobald das Team eine direkte Testanfrage zusammen mit dem von den Eltern ausgefüllten Grundfragebogen erhalten hat, muss innerhalb von 14 Tagen der Diagnostikplan an die Eltern zurückgeschickt werden. Dieses Dokument spezifiziert, in welchen Bereichen – linguistisch, motorisch, kognitiv, sozial-emotional

bzw. pragmatisch – und mit welchen Testverfahren die Diagnostik erfolgen soll. Ist das von den Eltern unterzeichnete Original wieder beim Team eingetroffen, haben die Kollegen für den Abschluss der Diagnostik ein Zeitfenster von 60 Arbeitstagen.

Die Unterzeichnung von Testgenehmigungen durch die Eltern bzw. die Transparenz des gesamten Untersuchungsprozesses ist von großer Bedeutung in den USA, damit alle Vorgänge zu jedem Zeitpunkt rechtlich voll abgesichert sind. Zur eigentlichen Diagnostik werden nun Termine bei den Familien zuhause, im Distriktbüro oder in den betreffenden Kindergärten bzw. Kindertagesstätten (day care) vereinbart. Die Untersuchung umfasst im Regelfall ein bis zwei Termine. Nach einer Aufwärmphase des freien Spiels oder Beobachtung des Kindes allein oder im Klassenverband wird eine vorgeschriebene Testbatterie durchgeführt. Diese Batterie setzt sich in San Francisco aus standardisierten Untersuchungsverfahren in den Bereichen Artikulation, rezeptive wie expressive Sprachentwicklung und Wortschatz, passiv versus aktiv, zusammen. Dazu kommen noch eine mundmotorische Untersuchung und ein Protokoll zum sozialpragmatischen Verhalten. Bei Verdacht auf Redeflussstörung wird das ebenfalls standardisierte „Stuttering Severity Instrument“ herangezogen.

Ergänzt werden alle normierten Verfahren durch ein Spontansprachprotokoll, zu dem auch die Eltern und Erzieher mit notierten Äußerungen des Kindes beitragen können. Ist ein Kind sehr beeinträchtigt, nicht bereit mitzuarbeiten oder hat übermäßig starke Konzentrationseinschränkungen, werden die standardisierten Verfahren entsprechend gekürzt und mit Verweis auf „nicht-standar-

■ Gruppentherapie ist sehr verbreitet in Schule und Kindergarten



disierte Anwendung“ modifiziert. Sollten keine Standardtests durchführbar sein, tritt an deren Stelle freies Spielen mit Abtesten von Einzelleistungen.

Der betreffende Kollege des Diagnostikteams muss entscheiden, ob das Kind aufgrund seiner Leistungen logopädisch gefördert werden soll. Dabei findet der kulturelle Hintergrund der Kinder große Berücksichtigung. Über die so genannte „Language Bank“, einen Sprachvermittlungsservice, werden Übersetzer angefordert, um beim Gespräch mit den Eltern bzw. bei der Diagnostik zu helfen. Für bilinguale Kinder gibt es außerdem detaillierte Auflistungen von sprachlich-kommunikativen Variationen, die diese Kinder zeigen, wenn sie Englisch sprechen, z.B. für schwarzamerikanisch (African-American), asiatisch, spanisch, russisch oder anders beeinflusstes Englisch.

Zu diesen muttersprachlich bedingten Variationen zählen unter anderem das Auslassen von Artikeln und Wortendungen, um Singular oder Tempa zu markieren, oder Wortstellungsänderungen im Satz. Da die Abweichungen kulturell zu erwarten sind, müssen sie zwar vermerkt, dürfen aber nicht als Fehler gewertet werden. Bei der Diagnostik wird außerdem darauf geachtet, möglichst „kulturell neutrales“ Material zu verwenden, das heißt z.B. keine Darstellung eines Weihnachtsbaums zu benutzen, damit alle Kinder die gleichen Verständnismöglichkeiten haben.

Grenzen der Therapiegenehmigung

Damit in den Schulen von San Francisco eine Therapie begonnen werden darf, gilt zurzeit als Voraussetzung ein Abschneiden auf oder unterhalb des 7. Perzentils in mindestens einem der großen standardisierten Verfahren. Dies bedeutet, dass 93 % oder mehr gleichaltrige Kinder deutlich bessere Leistungen zeigen müssen als das getestete Kind. Abgesehen von den Normierungen kann auch Therapie verschrieben werden, wenn die Verständlichkeit des Kindes massiv eingeschränkt und nicht altersentsprechend ausgebildet ist. Schluck- oder Stimmstörungen dürfen allerdings nicht von den Therapeuten des San Francisco Unified School Districts behandelt werden.

Drei Therapiemodelle an verschiedenen Orten

Feste Logopäden auf Kindergartenstufe gibt es nur in einem der vier Kinderentwicklungszentren (Child Development Center) von San

Francisco. Je nach Förderbedarf entscheidet der Kollege, ob das Kind ambulant zweimal pro Woche ein solches Kindergartenzentrum besuchen soll – wenn es nicht zufälligerweise schon in einer der Regelklassen dieser Zentren untergebracht ist. Sobald die Kindergartenzentren ausgelastet sind, werden weitere ambulante Fälle an die Grundschullogopäden überwiesen.

Hat ein Kind größere Probleme, kommt statt der ambulanten Therapie von 90 Minuten pro Woche eines der städtischen Sprachlernzentren in Frage (Language and Learning), das an zwei vollen Vormittagen pro Woche speziellen Sprachförderunterricht in einer Kleingruppe anbietet. Liegen größere körperliche oder geistige Beeinträchtigungen vor, wird das Kind fünf Tage die Woche in einer sonderpädagogischen Klasse (Special Day Class) unterrichtet und erhält während seines Aufenthalts zusätzliche logopädische Therapieeinheiten. Während die Kinder der sonderpädagogischen Klasse per Bus abgeholt und zur Schule gebracht werden, müssen sich die Eltern der Kinder für die Kindergartenzentren und die Sprachlernzentren selbst um den Transport kümmern.

Rechte der Eltern

Ist die Diagnostik abgeschlossen, wird am Ende der 60 Tage ein Teamtreffen einberufen, das von den Kollegen des Diagnostikteams organisiert und geleitet wird. Dazu fertigt der Kollege, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen in die Diagnostik involvierten Psychologen und/oder Therapeuten des Distrikts, einen Entwurf des Förderplans, „Individualized Education Program (IEP)“, an. Dieses noch bis zum Jahr 2007 handschriftlich erstellte Dokument wird inzwischen am Computer konzipiert. Zum IEP-Treffen sind die Eltern/Familie des Kindes, die Lehrer, ein administrativer Vertreter des Schuldistrikts sowie, falls das Kind im Vorfeld schon Therapien erhalten hat, das medizinisch-therapeutische Fachpersonal und gegebenenfalls Übersetzer eingeladen. Den Eltern wird das Recht eingeräumt, einmalig eine Übersetzung der Dokumente in ihre Muttersprache zu beantragen. Ziel der Sitzung ist die Erstellung und das Unterschreiben des für alle Parteien verbindlichen IEPs.

Zuerst wird den Eltern eine Kopie ihrer Rechte ausgehändigt. Danach haben sie das Recht, eine zweite Diagnostik einzufordern, falls sie mit den Ergebnissen der ersten überhaupt nicht oder nur teilweise einverstanden sind. Die Eltern dürfen auch jederzeit im Laufe eines Schuljahres weitere IEPs einberufen, falls es neue Entwicklungen gibt oder sie

zum Beispiel den Eindruck haben, dass die angebotenen Therapien nicht ihren Wünschen entsprechen. Sie haben das Recht, alle Therapievorschlüsse abzulehnen oder nur teilweise anzunehmen. Der Schuldistrikt bietet von sich aus alle drei Jahre eine umfassende und standardisierte Diagnostik des Kindes in sämtlichen Teilbereichen an.

Der Förderplan „Individualized Education Program (IEP)“

Der Förderplan IEP enthält neben den persönlichen Kerndaten des Kindes eine detaillierte Beschreibung seiner (prä)akademischen Leistungsfähigkeit sowie seiner besonderen Stärken und Schwächen in allen linguistisch-kommunikativen, motorischen, kognitiven und sozial-emotionalen Lebensbereichen. Der Logopäde stellt seinen Bericht mit den entsprechenden Empfehlungen vor und zur Diskussion. Bei mehrfach behinderten Kindern stellen auch die vom Schuldistrikt beauftragten Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten ihre Ergebnisse und Einschätzungen vor.

Den Eltern wird die Möglichkeit gegeben, sich während des Gesprächs mit eigenen Beobachtungen, Einschätzungen, Kritik und Fragen einzubringen. Sollte das Kind nach den Leitlinien des Schuldistrikts, der standardisierten 7%-Grenze und/oder nicht altersgemäßen Verständlichkeit und der Beurteilung des Therapeutenteams als „nicht therapiebedürftig“ eingestuft werden, endet der Prozess an dieser Stelle und der Vorgang ist abgeschlossen. Für die Kinder mit Therapiebedarf werden in allen betroffenen Bereichen prozentual messbare Langzeit- und Kurzzeitziele formuliert, für deren Erreichen im Regelfall nicht nur die Therapeuten, sondern auch die Eltern und Lehrer mitverantwortlich sind. Die Ziele beinhalten Orte, Hilfsmittel und beteiligte Personen. Sie werden so ausgeschrieben, dass sie über regelmäßige Dokumentation gut überprüfbar sind.

Ein Beispiel

Jahresziel für einen Spanisch sprechenden Jungen von 4;2 Jahren: E. wird seine rezeptiven und expressiven Sprachfähigkeiten erhöhen mit einer Erfolgsquote von 80 %, mittlere Hilfestellung.

- Er wird während seines Spiels und täglichen Handelns zusammenhängenden zweischrittigen Anweisungen mit einer Erfolgsquote von 80 % folgen, mittlere bis minimale Hilfestellung.
- Er wird 10 oder mehr Adjektive verstehen lernen einschließlich Größenkonzepte wie „groß/klein“ mit einer Erfolgsquote von 80 %, mittlere bis minimale Hilfestellung.

- Er wird seinen Wortschatz erweitern, so dass er 8-10 Items in jeder von 8-10 Kategorien benennen kann, außerdem 10 Verben, mit einer Erfolgsquote von 80 %, mittlere bis minimale Hilfestellung.
- Er wird akkurat auf Ja/Nein- und Was/ Wo-Fragen antworten in Bezug auf direkt vor ihm liegende Objekte und Bilder mit 80% Erfolgsquote, mittlere bis minimale Hilfestellung.
- Er wird seine durchschnittliche Satz-/ Phrasenlänge auf 2,5 Wörter ausweiten (mit einer Vielzahl von Wortkombinationen, darunter, Nomen und Verb, Pronomen und Verb, Nomen und Adjektiv) mit 80% Erfolgsquote, mittlere bis minimale Hilfestellung.

Sind alle Parteien einverstanden, erhält der Plan mit der Unterschrift seine Rechtsfähigkeit und muss ab dem nächsten Schultag in vollem Ausmaß zur Anwendung kommen. Sollte die Familie in einen anderen Bundesstaat umziehen, behält der IEP im neuen Schuldistrikt seine volle Gültigkeit. Verweigern die Eltern aus bestimmten Gründen ihre Unterschrift, können Nachtestungen stattfinden, werden Gutachten herangezogen, zusätzliche Gespräche oder weitere Verhandlungen geführt, damit im Rahmen weiterer angesetzter IEP-Termine das Verfahren für alle Beteiligten zu einem möglichst guten Abschluss gebracht werden kann. Die Eltern werden je nach Alter ihres Kindes 2-4-mal in logopädischen Kurzberichten über die Fortschritte ihres Kindes informiert. Ein Jahr nach Erstellung des ursprünglichen IEP-Dokuments findet ein neues Treffen in großer Runde statt, bei dem der Entwicklungsstand des Kindes besprochen und geklärt wird, ob und wie die Therapie weitergeführt werden muss und wie ggf. die neuen Ziele aussehen sollen.

3:1-System und Therapiefrequenz

In der Regel bekommen Kinder mit Artikulations- und/oder Sprachstörungen oder Redeflussstörung zwei Therapiestunden pro Woche mit einer Länge von je 45 Minuten, was monatlich 270 Minuten entspricht. Kinder der Sprachlernzentren, die dort ganze Vormittage verbringen, erhalten keine gesonderte Einzelbehandlung. Kindergartenkinder der sonderpädagogischen Klassen besuchen ihre Klasse fünf Tage in der Woche für vier Zeitstunden und werden in dieser Zeitspanne zweimal 30 Minuten lang logopädisch versorgt. Das entspricht einer Gesamtmenge von 180 Minuten Logopädie. In San Francisco wird jede Behandlung auf

■ Drei Kinder, drei Therapieziele in einer Stunde



Englisch durchgeführt, sofern der Therapeut nicht auch Spanisch oder eine andere gerade gebrauchte Sprache spricht. Seit einigen Jahren wird die logopädische Versorgung an den Schulen von San Francisco nach dem 3:1-Modell organisiert. Das bedeutet, drei Wochen lang sind die Kinder zweimal pro Woche in Behandlung. In der vierten Woche steht es dem Therapeuten frei, Logopädie direkt anzubieten oder stattdessen das Kind im Klassenverband zu beobachten, sich ausführlich mit Eltern und Lehrern auszutauschen, Materialien für die Therapie herzustellen und/oder IEPs zu schreiben. Diese 3:1-Methodik, schon in diversen US-Bundesstaaten erprobt, hat sich bewährt, weil sie dem Therapeuten dringend benötigte Freiräume verschafft, gerade im Hinblick auf die Dokumentation (Berichte an die Eltern, IEPs etc.).

Herausforderung durch Arbeitsstrukturen

In meinem ersten Jahr meiner Tätigkeit für den San Francisco Unified School District wurde ich nacheinander an vier Stellen eingesetzt, davon an bis zu drei Stellen gleichzeitig. Doppelt- und Dreifacheinsätze der Therapeuten an verschiedenen Schulen sind an der Tagesordnung. Flexibilität und die Fähigkeit, sich schnell in neue Teams und wechselnde Konstellationen einzuarbeiten, ist Grundsatz. Zuerst arbeitete ich als mobiler Tester im Kindergarten diagnostikteam, danach als Logopäde an einer Mittelschule (6.-8. Klasse), dann fest in einem Kinderentwicklungszentrum und schließlich zusätzlich an jeweils einem halben Tag pro Woche an einer Grundschule. Im zweiten und dritten Jahr wurde es

weitaus ruhiger, da ich auf eigenen Wunsch im Kinderentwicklungszentrum meiner Wahl bleiben durfte.

In Spitzenzeiten betreute ich die Woche über 40 Kinder in Einzel- oder meist Gruppenbehandlung in einer Stärke von oft drei Kindern. Die Kinder kamen im Schnitt zweimal wöchentlich zur Behandlung. Während im Kindergarten (Frühförderung – Early Intervention) eine Patientenstamm von 40 als Limit gilt, inoffiziell aber meist nicht eingehalten wird, kann die Zahl an den Grundschulen (Elementary Schools) und den weiterführenden Schulen (Middle Schools, High Schools) 50, 60, 70 und mehr Schüler betragen.

Die Behandlungen werden einmal pro Woche durchgeführt. Gruppenstärken können unter Umständen auf bis zu fünf oder mehr Schüler anwachsen. Meine Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren stammten aus einer Vielzahl von Ländern, aus amerikanischen, Spanisch sprechenden, asiatischen, afrikanischen, europäischen und gemischten Familien. Der Problemerkatalog liest sich wie in Deutschland auch: Dyslalien, Sprachentwicklungsverzögerungen oder -störungen, Stottern und komplexere Störungsbilder wie Autismus, Morbus Down, Zerebralparese, Angelman-Syndrom etc.

Im Gegensatz zu Deutschland nimmt die Behandlung autistischer Kinder in den USA einen immer größer werdenden Stellenwert ein. Identisch waren die Stärken, Vorlieben und Schwächen der Kinder und ihre vielen Spielideen, identisch auch das Verhalten der Erwachsenen zwischen Unterstützung und absoluter Akzeptanz bis hin zu absoluter Negation.

Die Arbeit in den Kleingruppen von bis zu drei Kindern gestaltete sich oft kompliziert, da für jedes Kind ein eigener Therapieplan

mit speziell gesteckten Langzeit- und Kurzzeitzielen besteht. Die Logopäden sind gefragt, immer wieder neue Spiele und Aktivitäten zu finden, die alle Kinder gleichzeitig auf ihrem jeweiligen Entwicklungsstand ansprechen und fördern.

Erschwert wird dies dadurch, dass viele Kinder nicht regelmäßig zur Behandlung bzw. zu spät in die Stunde kommen, unentschuldig abwesend sind oder gerade in dem Augenblick erscheinen, wenn der Logopäde seinen Stundenplan auf ein anderes Kind abgestimmt hat. Anders stellen sich auch kulturelle Bedingungen dar: die partnerschaftliche, aber immer hierarchiebewusste Anrede beim Vornamen, die große Flexibilität und das Zusammenarbeiten aller in einer Vielzahl von Terminen, aber auch die Vorsicht vor körperlicher Nähe und die Angst, dass z.B. beim Klettern und Schneiden „etwas passieren könnte.“

Alltagsrelevante Modelle und evidenzbasiertes Arbeiten

Inhaltlich ist die Therapie in ihren Spielen, Aktivitäten und Übungsabfolgen genauso konzipiert wie in Deutschland. Dabei wird größter Wert auf Lernen in Nähe zum Alltag und den Schulunterricht (Curriculum) der Kinder gelegt. Die Logopädie orientiert sich also stark an den Lehrplänen der einzelnen Klassenstufen als auch an den Fähigkeiten (Funktionen), die das Kind benötigt, um möglichst effektiv zu kommunizieren. Therapie findet innerhalb des Logopädieraums (pull-out) statt oder in der Klasse, draußen auf dem Spielplatz, in anderen Räumen mit anderen Kindern usw. (push-in).

Viele Peer-Modelle sind im Einsatz, d.h. die Integration nicht-behinderter gleichaltriger Kinder in die Therapie und ihre Anleitung zur konkreten Hilfe im Alltag wird begrüßt und auf breiter Ebene unterstützt. Wie schon während der Diagnostik wird darauf geachtet, kulturell sensibel zu arbeiten, d.h. die Sitten, Erfahrungen und Charakteristika fremder Kulturen zu respektieren und über den gegenseitigen Austausch und das gemeinsame Spiel ein gleichwertiges Miteinander anzuregen.

Immer größere Bedeutung, gerade im Lichte sehr begrenzter Schulbudgets, großer Schülerzahlen und allgemeinen Personalmangels, gewinnt das evidenzbasierte Arbeiten. Die Logopäden und Therapeuten sind angehalten, über regelmäßige und genaue Dokumentation die Wirksamkeit der von ihnen eingesetzten Behandlungsverfahren nachzuweisen.

Kritischer Vergleich und Ausblick

Trotz aller Widersprüche und Schwierigkeiten innerhalb des Logopädiesystems habe ich sehr gern in den USA gelebt, studiert und gearbeitet. Vor allem hat mir das multikulturelle Arbeiten viel Freude gemacht, in den immer sehr gemischten Teams genauso wie mit den gemischten Familien. An manchen Tagen hatte ich Kindergruppen mit bis zu drei ethnisch-kulturellen Identitäten und dann noch meine eigene. Bei den meisten Eltern habe ich eine große Offenheit erlebt, wenn ich sie zu den Therapiestunden eingeladen und dann angeleitet habe. Oft konnte ich sie gleich als „Assistenten“ für die anderen Kinder mit einsetzen. Da ich selber Ausländer war, der in einer für ihn fremden Kultur angefangen hat, fiel es mir viel leichter, mich in „meine Kinder“ hineinzusetzen, die z.T. selbst gerade erst mit ihren Familien aus anderen Ländern in die USA gekommen waren.

Gleichzeitig habe ich während des Studiums an der San Francisco State University und auch in der daran anschließenden Berufspraxis maßgeblich davon profitiert, dass ich mein technisches Handwerkszeug schon mitbrachte und nicht vollständig als Neuling einstieg. Das Studium in den USA ist sehr komplex und ganz anders organisiert als in Deutschland und betont Theorie, Forschung und Wissenschaft und ständige Weiterbildung auf höchstem Niveau.

Diesen Ansprüchen versuchen die Schullo-logopäden auch praktisch zu genügen, müssen sich aber mit einer Vielzahl von strukturellen Herausforderungen auseinandersetzen. Zu diesen zählen:

- sehr große Patientenzahlen bei kleinem Budget, d.h. meist zwangsläufig Gruppentherapie, bis zu 9 Therapieziele gleichzeitig pro Stunde (3 pro Kind bei 3 Kindern)
- Abgrenzung Englischlernen versus eigentlichem Therapiebedarf oft unklar
- organisatorische Hindernisse (Schulbetrieb, Transport, Terminabsprachen bei vollen Terminkalendern)
- häufiger Material- und Raummangel (enge, z.T. vollgestellte, schlecht beleuchtete und belüftete Räume in lauter Umgebung)
- Terminkonflikte mit anderen Kollegen, z.B. bei IEPs, da alle parallel in eine Vielzahl von Fällen eingebunden sind
- Zeiteinbußen und oft unbezahlte Überstunden, um Entwicklungsberichte, IEPs und „rechtlich unanfechtbare“ Dokumente anzufertigen – der Logopäde als Administrator

- sehr starke Rechte für die Eltern bei sehr unterschiedlichem Engagement während der Behandlung
- Fokus auf Zahlen und Prozentsätze – Daten sollen während der Therapie erhoben werden, was oft die spielerisch eingebettete Therapiearbeit beeinträchtigt.

Dem stehen folgende, sehr positive Faktoren gegenüber:

- kostenlose Therapie an den öffentlichen Schulen von 3 bis 21 Jahren
- regelmäßige Behandlung für Kinder aus sozial schwachen Familien möglich
- sehr ausführliche Diagnostik, viele standardisierte Instrumente, präzise formulierte Lernziele
- multikulturell sensitives Lernen miteinander
- flexible Therapiemodelle wie „push-in“ versus „pull-out“
- Fokus auf Peerbeteiligung
- größtmögliche Einbeziehung und Anleitung der Eltern möglich in allen Phasen des Prozesses
- curriculumorientiertes Arbeiten
- alltagsrelevantes, pragmatisches Therapieren
- Anwendung wissenschaftlich fundierter Techniken, Strategien und evidenzbasierter Methoden
- allgemeine Wachheit und Aufgeschlossenheit gegenüber neuen, z.T. auch unkonventionellen Methoden
- Anerkennung des Logopäden auf akademischem Niveau, weit gefächerte Einsatzmöglichkeiten, gute Bezahlung.

Die internationale Zusammenarbeit, die akademische Forschung, das tagtägliche eigene Erleben mit den Menschen in der Praxis und der praktische Austausch mit Fachkollegen über Ländergrenzen und Grenzen der Disziplinen hinweg bieten größtmögliche Entwicklungschancen.

So wünsche ich mir, dass die deutsche Logopädie in ihren Diskussionen die besonderen Stärken, Modelle (peers, push-in/pull-out, curriculum- und alltagsorientiert) und positiven Aspekte der US-Schullogopädie nutzt, ohne sich dabei in eine „evidenzbasierte Abfertigungsmaschinerie“ zu verwandeln. Sie soll die positiven Ansätze und Modelle in die aktuelle Ausbildung aufnehmen und diese zum Wohle aller in Deutschland lebenden Kinder und deren Familien anpassen, sich ihrer eigenen fundamentalen Stärken bewusst werden und dabei multikulturell sensibel, kreativ und innovativ entfalten. Ein fundamental wichtiger Schritt auf diesem Weg für Europa und die Welt ist die Akademisierung.

Autor

Herbert Lange
 Logopäde, Speech-Language Pathologist MS, CCC-SLP
 Horner Str. 7, 28203 Bremen
 lange.herbert@gmx.net

SUMMARY. Out of the therapy room – inside the classroom! American school based speech-language pathology as a model for Germany? Experiences by a German speech-language pathologist working in the US.

The author outlines the many features, aspects and challenges of school based speech-language pathology in the US with a specific focus on early intervention. He describes the full Individualized Education Program (IEP) process and its legal foundation. American speech therapy has developed a lot of inspirational approaches with regard to academic demands, modern life and globalization. The article introduces the principles of multicultural sensitivity, pull-out versus push-in, the peer model, curriculum oriented learning and evidence based practice. At the same time, it reveals how high caseloads, very limited budgets, time constraints and growing bureaucracy put pressure on American schools, the children and therapists. International exchange, academic education and close collaboration offer new chances and great benefits.

KEY WORDS: School based speech-language pathology in the US – early intervention – Individualized Education Program (IEP) – multicultural sensitivity – international collaboration