



IBB

Internationales
Bildungs- und
Begegnungswerk

Inklud:Mi Netzwerk-Fachtag 2019

Autismus und Sprach-Entwicklungsstörungen bei Kindern
und Jugendlichen mit Zuwanderungs- bzw. Fluchtgeschichte

#EDITORIAL

Der Netzwerk-Fachtag Inklus:Mi mit dem Titel: „Autismus, Sprach- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungs- bzw. Fluchtgeschichte“ fand am 06.12.2019 in Dortmund im Rahmen unseres Projektes fokus³ statt.

Das Internationale Bildungs- und Begegnungswerk e.V. (IBB e.V.) in Dortmund organisiert seit 2014 die jährlichen Vernetzungstreffen Inklus:Mi zur Inklusion von Migrantinnen und Migranten mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen.

Die Inklus:Mi-Fachtage - wie dieser 2019 - sind ursprünglich aus einem vom Europäischen Integrationsfonds (EIF) geförderten Projekt 2014 hervorgegangen. Dies beschäftigte sich mit der oftmals doppelten Exklusion von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, die in der Familie Angehörige mit Beeinträchtigung/Behinderung haben. Nicht immer, aber vielfach fühlen Zugewanderte eine Benachteiligung als Menschen mit Behinderung und zusätzlichem Merkmal „Migrant*in“ oder Nachfahren von ehemals Zugewanderten.

Während in den Anfangsjahren des Fachtags die Inklusion noch sehr allgemein auf körperliche Behinderung/Beeinträchtigung und geistige Behinderung/Einschränkung fokussierte, wurde das Spektrum unserer Fachdiskussionen sehr schnell erweitert und spezialisiert, da deutlich wurde, dass Inklusion in vielen Bereichen für Zugewanderte neu gedacht und verwirklicht werden muss.

Geflüchtete und besonders vulnerable Personen rückten ebenso in den Vordergrund unserer Fachdiskussionen wie vielen Menschen unbekanntere Phänomene wie Selektiver Mutismus bei Migrant*innenkindern, traumatische Erfahrungen und Folgen aus bzw. von Flucht oder aber auch Gehörlosigkeit oder Sehbehinderung bei Geflüchteten mit all ihren Auswirkungen. Im Mittelpunkt standen und stehen jeweils Fachinputs zu den oben genannten Fragen, um Beteiligte aus dem haupt- und ehrenamtlichen Bereich, Migrant*innen-Selbstorganisationen oder betroffene Familien auf den aktuellen Stand der wissenschaftlichen bzw. medizinischen Diskussion zu bringen. Hinzu kamen und kommen immer nachmittägliche Themenworkshops, in denen Praktiker*innen zusammengebracht werden zu Austausch und Vernetzung für den Berufsalltag.

Ermuntert von den vielen positiven Rückmeldungen der Teilnehmenden und mit Blick auf die Bedarfslage haben wir unseren Fachtag nun verstetigt und wollen mindestens einmal jährlich den Dialog weiterführen, im offenen Informationsaustausch weitere Handlungsbedarfe identifizieren und Modelle und Ideen für ein „good for copy“ vorstellen. Auch die Europäische Union sieht die Wichtigkeit, sich weiterhin und ausführlich mit dem Themenbereich „Migration“ auseinanderzusetzen, sodass unsere Tagung in diesem Jahr durch eine Förderung durch den europäischen Asyl-, Integrations- und Migrationsfonds (AMIF) ermöglicht wurde.

Sie finden in unserer Dokumentation die Zusammenfassung aus den Vorträgen und Workshops unserer Referentinnen und den Diskussionsverlauf mit den Teilnehmenden der Tagung.

Wir wünschen Ihnen eine für Ihre Arbeit oder Ihr Umfeld anregende Lektüre.

#INHALTSVERZEICHNIS

#EDITORIAL	3
#EINFÜHRUNG	
Angekommen im Hilfesystem? (Geflüchtete) Kinder und Jugendliche mit Behinderung oder Entwicklungsstörungen - vulnerable Gruppen - Hildegard Azimi-Boedecker und Kirsten Ben Haddou (IBB e.V.)	7
#IMPULSREFERATE	
Das Autismus-Spektrum: Neuester Forschungsstand und interkultureller Praxisübertrag Yve Cordes (Autismus-Zentrum Dortmund-Hagen)	13
Die Förderung von Kindern mit Autismus und geistiger Beeinträchtigung in Deutschland und Syrien im Ländervergleich Mahsum Yousif (Autismus-Zentrum Dortmund-Hagen)	19
Bericht aus der Arbeit in Syrien: Definition, Ursachen, Arten und Behandlungsmöglichkeiten von Autismus Sulaf Idris (GAIK e.V. Mülheim)	26
#AUS DEN WORKSHOPS	
1. Pädagogische Arbeit bei Entwicklungs- und Sprachentwicklungsstörungen Verena Graf-Borttscheller (Logopädie Unionviertel Dortmund)	32
Khairia Al-Saka (Lehrerin und Montessori-Pädagogin aus Saudi-Arabien)	40
2. Praktische Familienarbeit bei Autismus: Best-Practice-Modelle und Dialog mit von Autismus betroffenen arabischen Familien Sulaf Idris (GAIK e.V. Mülheim), Mahsum Yousif (ATZ Dortmund-Hagen)	45
3. Interkulturelle Selbsthilfe Yasmina Ouakidi (Interaktiv e.V. Berlin), Fatma Şahin (Chill ma! e.V. Dortmund)	51
#FAZIT	59
#IMPRESSUM	61

#EINFÜHRUNG

Angekommen im Hilfesystem?

(Geflüchtete) Kinder und Jugendliche mit Behinderung oder Entwicklungsstörungen – vulnerable Gruppen

Hildegard Azimi-Boedecker, IBB e.V. Dortmund

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Teilnehmende,



Hildegard Azimi-Boedecker

herzlich willkommen zu unserem jährlichen Fachtag Inklud:Mi, in diesem Jahr nahe dem 3. Dezember, dem „Internationalen Tag der Menschen mit Behinderungen“ und passenderweise genau am Namenstag des heiligen Nikolaus, der sich der Legende nach ja bekanntlich auch für soziale Belange eingesetzt hat. Immer ist Thema unseres Inklud:Mi-Tages die Inklusion von Menschen, insbesondere die Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung/Behinderung oder psychischer Erkrankung und Zuwanderungsgeschichte, ganz gleich, ob es sich um Arbeitsmigration oder Flucht als Ursache der Zuwanderung handelt. Jedes Mal diskutieren wir mit Fachexpert*innen, Haupt- und Nebenamtlichen der betreffenden Arbeitsfelder und mit Selbsthilfegruppen.

Neu ist, dass zum ersten Mal Expert*innen mit Flucht- bzw. Migrationsgeschichte als Referent*innen teilnehmen. Sie haben zu den Tagungsthemen Autismus und Entwicklungsstörungen bereits in ihren Herkunftsländern gearbeitet haben und daher gewinnt ihre Expertise besonders vor dem Hintergrund der großen Zahl von Neuzugewanderten aus Syrien und anderen arabischen Ländern zunehmend an Bedeutung. Es ist ein riesiger Zugewinn für die Gesellschaft und für die Fachkräfte in Deutschland, da die Inputs von Referentinnen und Referenten auch wertvolle Informationen über die Arbeit im Ausland liefern.

Nach unterschiedlichen Themenbereichen in den vergangenen Jahren stehen 2019 Autismus und (Sprach-) Entwicklungsstörungen im Mittelpunkt. Über Ihre zahlreiche Teilnahme an dieser Fachtagung sind wir besonders erfreut. Vernetzung und Fortbildung zu diesen Themen mit besonderem Augenmerk auf Zugewanderte wird oftmals als überflüssig angesehen mit Verweis auf Hilfsdienste und Unterstützungsangebote, die im Prinzip allen zugänglich sind. Richtig ist: Menschen mit Migrationshintergrund, die bereits mehrere Jahre in Deutschland mit verfestigtem Aufenthaltsstatus leben, insbesondere die Angehörigen der ersten und zweiten Zuwander*innen-Generation und ihre Nachfahren haben gesetzlich den gleichen Anspruch auf Kranken- und Sozialversicherung wie Einheimische. Ausnahmen gelten allerdings oft für Neuzugewanderte aus be-

stimmten EU-Ländern wie Rumänien und Bulgarien aufgrund der Problematik mit ihrer Sozialversicherung sowie für Asylsuchende mit noch nicht gefestigtem Aufenthalt, dazu kommen wir später noch.



Hildegard Azimi-Boedecker gab einen Überblick über die Datenlage.

Richtig ist aber auch: Obwohl es leider bislang keine repräsentative Datenlage gibt, decken sich die Ergebnisse mehrerer Studien und zeigen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte und mit einer Behinderung bzw. Beeinträchtigung oder psychischen Erkrankung das Hilfesystem vielfach nicht ausreichend erreichen, obwohl es ihnen zumeist rechtlich eigentlich doch möglich sein müsste.

Zum diesjährigen Thema des Fachtages: „Autismus und (Sprach-) Entwicklungsstörungen bei Zugewanderten“ existieren kaum Fachliteratur oder Studienergebnisse, dabei sind die Themen Autismus oder ADHS insgesamt und länderübergreifend sehr populär und viel diskutiert. Nicht aber im Zusammenhang mit ggf. besonderer Bedarfslage von Menschen mit Migrationsgeschichte. Ein Beispiel aus ähnlichem Zusammenhang: Schon einmal haben wir uns auf einer großen Fachtagung mit dem Thema ADHS bei Kindern aus Zuwander*innenfamilien mit deutsch-türkischer Fachbeteiligung befasst. Dabei kam heraus: Ergebnisse aus Untersuchungen deuten darauf hin, dass bei Kindern aus Familien mit Migrationsgeschichte überproportional ADHS-Verdacht auftaucht bei gleichzeitiger Unterdiagnostizierung (oder Fehldiagnostizierung). Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Vorschnell werden z.B. mangelnde Sprachkenntnisse oder die kulturelle Herkunft als Ursachen für auffälliges Verhalten herangezogen oder es kommt zu undifferenzierten Zuschreibungen, was in der Folge dann häufig eine sorgfältige Anamnese und Diagnose verhindert. Dies gilt auch für andere Bereiche von Behinderung/ Beeinträchtigung oder psychischer Erkrankung sowie Entwicklungsstörungen und eben auch das Autismus-Spektrum: Betroffene Familien schaffen häufig nicht den Weg in entsprechenden Praxen oder in Beratungsstellen, zu groß sind persönliche oder leider noch immer bestehende strukturelle Hürden. Es können fehlende mehrsprachige oder sprachlich viel zu komplexe Patient*inneninformationen sein, ein komplizierter Behördenschwungel

oder aber auch unterschiedliche Symptomdeutungen, Therapieerwartungen oder Kenntnisse zum Thema Behinderung und Beeinträchtigung insgesamt der betreffenden Familien. Diese Hürden und Besonderheiten sind dem Fachpersonal jedoch häufig gar nicht bewusst. Während eines Fachkräfteaustausches des IBB zum Thema „Inklusion und Autismus“ mit türkischen Kolleginnen und Kollegen in Istanbul wurde uns versichert, dass viele Menschen mit Migrationsgeschichte z.B. im Sommerurlaub in ihr Herkunftsland fliegen und dort Zweit- oder Erstdiagnosen erstellen lassen. Ähnliches wird aus den russischsprachigen Communities bei insbesondere psychischer Erkrankung berichtet: Hier werden sogar zunehmend Heiler*innen oder Therapeut*innen etc. im Heimatland aufgesucht, da das hiesige System als nicht ausreichend, auch nicht kultursensibel zugewandt oder schlicht unverständlich empfunden wird. Dies geschieht, weil sich Menschen hier im System offenbar nicht gut aufgehoben fühlen, oft sprachlich die komplexen Erläuterungen der Ärztinnen und Ärzte oder Psycholog*innen nicht verstehen oder eine andere Vorstellung zu Entstehung, Auswirkungen und Therapiemöglichkeiten haben. Da in den seltensten Fällen eine länderübergreifende Therapie-Kooperation stattfindet und oftmals hier nicht bekannt ist, dass sich Familien alternativ an psychologische oder medizinische Dienste zum Beispiel im Herkunftsland wenden, kommt es nicht selten zu Problemen oder Stillstand im Unterstützungs-, Heilungs- oder Förderungsprozess.

Es ist aus diesem Grund neben der kultursensiblen und mehrsprachigen Ausstattung von Einrichtungen, Praxen und Beratungsstellen - hier denken wir an Material und Manpower zugleich - sehr wichtig, auch Individuelles, „Mitgebrachtes“ der Hilfesuchenden zu verstehen, zu kennen und in Unterstützungsprozesse - oder bei Erkrankungen - in Heilungsprozesse mit einzubeziehen. Dies ist umso wichtiger, als viele neue Zuwanderungsgruppen mit verschiedenen Problematiken in Deutschland leben. Für diese Fragen und Bedarfslagen zu sensibilisieren und fachlichen Austausch anzuregen, ist jährlich Ziel und besonderes Anliegen unseres Inklud:Mi-Fachtages.



Mehr als 80 haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende aus der Arbeit mit Geflüchteten und Zugewanderten waren der Einladung zum Netzwerk-Fachtag Inklud:Mi 2019 gefolgt. Erstmals nahmen auch betroffene Eltern mit Migrationshintergrund an dem fachlichen Austausch teil.

Kirsten Ben Haddou, IBB e.V., Dortmund



Kirsten Ben Haddou

Das Thema Behinderung und Beeinträchtigung betrifft auch Neuzugewanderte aus Fluchtregionen. Es stellt sich die Frage, wie geflüchtete Kinder und Jugendliche aus den z.B. arabischen Ländern im System ankommen können bzw. ob und wie sie überhaupt bisher im System unterstützt wurden. Ich möchte diesbezüglich auf die Rahmenbedingungen eingehen, die wir eigentlich dafür zur Verfügung haben.

Wir haben die UN-Behindertenrechtskonvention, die alle staatlichen Stellen verpflichtet, die Rechte von geflüchteten Menschen mit Behinderung - egal welcher Art - zu wahren. Dabei ist z.B. das Recht auf bedarfsgerechte und barrierefreie Unterbringung nach Art. 28 GG ganz wichtig. Bedeutsam sind weiterhin das Recht auf ein höchsterreichbares Maß an Gesundheit nach Art. 25 GG und das Recht auf Rehabilitationsleistung nach Art. 26 GG. Bekräftigt werden diese Anforderungen durch die EU-Richtlinie (2013/33/EU) aus dem Jahr 2013, die besonders

schutzbedürftige, vulnerable Gruppen identifiziert hat und vertritt¹. Dazu gehören Menschen mit schwerer körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Menschen mit Behinderung, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge u.a. Es gibt keine genauen Zahlen dazu, wie viele Flüchtlinge mit Behinderung und Beeinträchtigung nach Deutschland gekommen sind. Das Deutsche Institut für Menschenrechte, Monitoringstelle der UN-Behindertenrechtskonvention in Berlin, gibt an, dass weder auf Bundes- noch auf Landesebene verlässliche Statistiken erhoben werden. Man geht aber von 15-20% aller Geflüchteten aus, die potentiell eine Behinderung oder eine Beeinträchtigung haben. Das ist keine geringe Zahl. Nimmt man noch Menschen mit diversen Traumastörungen hinzu, die Studien zufolge 16-55% aller Geflüchteten oder Asylsuchenden in Deutschland ausmachen, sieht man, wie weitreichend die Problematik ist. Laut dem Deutschen Institut für Menschenrechte hat eine Befragung in einem Flüchtlingslager im Libanon 2013, die dort von der Organisation Handicap International durchgeführt wurde, ergeben, dass 22% der Befragten körperliche, Sinnes- oder intellektuelle Beeinträchtigungen haben oder von einer chronischen Erkrankung betroffen sind². Bund, Länder und Kommunen kommen weder der UN-Behindertenrechtskonvention ausreichend nach, noch der bereits genannten EU-Aufnahmerichtlinie. Das wird auch aus den Praxisberichten deutlich, die durch die erwähnte Monitoringstelle erstellt worden sind. Im Jahr 2017 sind einige Daten ausgewertet worden, welche auf der professionellen Beratung von 2000 geflüchteten Menschen mit Behinderung beruhen und die Defizite sind eben, dass die Beeinträchtigungen überhaupt nicht erfasst und Bedarfe nicht festgestellt werden, weil es nur einen allgemeinen Gesundheitscheck gibt, der noch nicht einmal auf körperliche oder psychische Behinde-

¹ <https://www.behindertenrechtskonvention.info>
- EU-Richtlinie für besonders Schutzbedürftige: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>

² Handicap International und Help Age (2014): Hidden Victims of the Syrian Crisis: disabled, injured and older refugees, http://www.handicap-international.us/hidden_victims_of_syrian_crisis

rungen eingeht. Das heißt, wenn eine Beeinträchtigung besteht, wie Autismus oder eine Entwicklungsstörung, die man nicht sofort erkennt, sind die Betroffenen von einem massiv hohen Risiko bedroht, dass ihre Schutzbedürftigkeit nicht erkannt wird. Das System hält dies nicht vor und es gibt keine Diagnoseverfahren, die dort regelmäßig eingesetzt werden. Dazu noch ein Ergebnis: Handicap International hat den Schwerpunkt der Arbeit in Deutschland auf eine Bedarfsanalyse der Versorgungslage von Geflüchteten mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen gelegt. Dazu wurde eine Online-Befragung³ durchgeführt, vor allem bei Nicht-Regierungsorganisationen und anderen Institutionen, die im Bereich der Geflüchteten-Arbeit tätig sind. Man hat festgestellt, dass die Hürden vielfältig sind. Es gibt sozialrechtliche Barrieren, da die Versorgung Geflüchteter auf restriktiven Gesetzen, wie z.B. dem Asylbewerberleistungsgesetz, beruht. Diesbezüglich nutzen viele Verwaltungsstellen den durch §4 oder auch im §6 AsylBIG durchaus vorhandenen Ermessensspielraum nicht, um die Menschen besser zu versorgen. Dieser Ermessensspielraum wird aus Unkenntnis bzw. aus Mangel an Informationen nicht umgesetzt. Ehrenamtliche, aber auch Hauptamtliche sind häufig zu wenig informiert, z.B. darüber, dass Geflüchteten auch vor dem Ablauf der 15 Monate eine Gesundheitskarte ermöglicht werden kann. Hinzu kommen eine mangelnde Sensibilisierung von Politik und Verwaltung für die Thematik und mangelnde Kenntnisse Haupt- und Ehrenamtlicher aus der Flüchtlings- und Behindertenhilfe zu vulnerablen Gruppen. Mitarbeitende in Aufnahmeeinrichtungen können eine Behinderung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention häufig nicht erkennen, weil sie dafür nicht geschult sind. Die mangelnde interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems allgemein, aber besonders auch in der Behindertenhilfe, verhindert die weitere Förderung vulnerabler Gruppen. Es fehlt zum einen an interkultureller Kompetenz, zum anderen aber auch an Sprachmittlern und Sprachlotsen sowie geeigneten Diagnoseverfahren, die Behinderungen unter kultursensiblen Aspekten erheben könnten. Für Geflüchtete kommen sprachliche Barrieren hinzu, erschwert durch eine bürokratische Sprache, vor allem im Gesundheitsbereich mit vielen Fachtermini. Es bestehen zudem Barrieren, die mit Informationsdefiziten seitens der Geflüchteten selbst zu tun haben. Vielen sind hiesige (kulturelle) Konzepte von Behinderung unbekannt und ihnen fehlen Informationen beispielsweise zum Teilhabe-gesetz in Deutschland. Hinzu kommt, dass bisher keine mehrsprachigen oder multimedialen Materialien existieren, die zur Aufklärung führen könnten.

Aus diesem Grund sind Fortbildungen im Rahmen von Fachtagungen oder Projekten wichtig, die Menschen aus der Behindertenhilfe und aus der Migrationsarbeit weiter qualifizieren können. Insofern ist die Inklud:Mi Fachtagung eine wunderbare Gelegenheit für Vernetzung, Austausch und Informationsvermittlung.

³ bundesweite Online-Befragung 2016-2017 der NGO Handicap International, durchgeführt bei Nichtregierungsorganisationen (d.h. spezialisierte Beratungsstellen, Selbsthilfe- und Wohlfahrtsorganisationen, Flüchtlingsräte etc.)

#IMPULSREFERATE

Das Autismus-Spektrum:

Neuester Forschungsstand (Diagnose, Abgrenzung, Komorbidität) und interkultureller Praxisübertrag

Yve Cordes (D), Dipl.-Heilpädagogin, Autismus-Zentrum Dortmund/Hagen



Yve Cordes

Zum neuesten Stand der Autismus-Forschung in Deutschland gehört die Frage: „Was kann gemacht werden, wenn ein Verdacht auf eine Störung besteht“? Im Autismus-Therapiezentrum Dortmund/ Hagen wird in Absprache mit dem Kostenträger keine eigene Diagnostik durchgeführt. Bei bestehendem Verdacht auf Autismus bei Kindern werden die Eltern oder Erziehungsberechtigten zum Facharzt oder zur Fachärztin, d.h. in der Regel zu einem Neurologen oder einer Neurologin, bzw. einem Psychologen oder einer Psychologin überwiesen. Diese können dann Diagnosetests durchführen und den Verdacht bestätigen oder ggf. auch fallen lassen.

Welche diagnostischen Verfahren gibt es aktuell zur Bestimmung von Autismus?

Zum State-of-The-Art der Diagnostik können wir sagen, dass es aktuell bestimmte Verfahren gibt, dazu gehören die Verfahren **ADI-R** und **ADOS**.

13

1. Das ADI-R Verfahren

Seit geraumer Zeit gilt das umfangreiche Diagnostische Interview für Autismus-Revidiert (ADI-R) in Klinik und Forschung als standardisiertes Befragungsinstrument erster Wahl zur Erfassung und Differenzialdiagnostik von Störungen des autistischen Spektrums. Das ADI-R eignet sich sowohl zur psychiatrischen Statusdiagnostik als auch zur Interventionsplanung. Es beinhaltet 93 Items zur frühkindlichen Entwicklung, zu Spracherwerb und möglichem Verlust von sprachlichen Fertigkeiten, verbalen und nonverbalen kommunikativen Fähigkeiten, Spiel- und sozialem Interaktionsverhalten, stereotypen Interessen und Aktivitäten sowie morbiden Symptomen (Aggression, Selbstverletzung, Epilepsie). Informanten sind in der Regel die Eltern oder seltener andere Bezugspersonen, die mit der Entwicklung und aktuellen Symptomatik des Probanden sehr gut vertraut sind.

2. Das ADOS-2 Verfahren

Das Verfahren wird eingesetzt, um Kommunikation, soziale Interaktion und Spielverhalten von Menschen (von Kindern wie Erwachsenen) zu erfassen, bei denen eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) vermutet wird und es besteht aus fünf speziellen Modulen von Kleinkindern bis zu Erwachsenen. ADOS-2 ist ein zuverlässiges, valides und klinisch sehr anschauliches Verfahren zur Abklärung und Klassifikation von qualitativen Auffälligkeiten der sozialen Interaktion und reziproken Kommunikation im Sinne des Autismus. Die strukturierte Rating-Skala verfügt über reichhaltiges Untersuchungsmaterial und gehört zum internationalen Standard der Diagnostik von Störungen des autistischen Spektrums.



Yve Cordes berichtete über Diagnosemethoden und Ziele einer Therapie.

Diese Testverfahren sind so entwickelt worden, dass Menschen mit Autismus bestimmte Punkte erfüllen müssen. Überschreiten die Ergebnisse eine bestimmte Grenze, leidet die Testperson an Autismus. Sind die Ergebnisse unter dieser Grenze, dann gilt die Person als „autismusfrei“. Die beschriebenen Verfahren kommen in der Praxis teilweise in Mischformen zur Anwendung.

14

ADI-R Verfahren (In Anwendung seit 2006)

Die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse erfolgt über die Verrechnung einer Auswahl von Items in einem empirisch generierten diagnostischen Algorithmus, der sich streng an den Richtlinien zur klinischen Klassifikation nach ICD-10 und DSMIV-TR orientiert. Das ADI-R verlangt eine gute Vertrautheit mit dem Erscheinungsbild des Autismus und dem differenzierten Glossar-basierten Interviewprotokoll. Daher ist eine Einweisung in das Instrument empfehlenswert, die von den Autor*innen des Verfahrens in Form von Kursen angeboten wird.

Zuverlässigkeit

Interrater-Reliabilität der Algorithmusitems: Kappa = .31 bis .95. Interraterreliabilität der ADI-R-Subskalen (soziale Interaktion, Kommunikation, Stereotypien, abnorme Entwicklung): Kappa = .75 bis .84. Interne Konsistenz der Subskalen: rtt = .64 bis .91. Weitere Reliabilitätsstudien (z.B. Retest-Reliabilität) zur englischen Originalfassung und zu anderssprachigen Adaptationen liegen vor.

Testgültigkeit

Das ADI-R ist aufgrund seiner Ableitung von der ICD-10 und dem DSM-IV ein kontentvalides Verfahren. Der diagnostische Algorithmus besitzt eine hohe diskriminative Kraft in Bezug auf die Abgrenzung von Autismus-Spektrum-Störungen und anderen psychiatrischen Störungen. Durch Hinzunahme von Iteminformationen, die außerhalb des Algorithmus liegen, kann ferner zuverlässig die Differenzialdiagnostik von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen untereinander erfolgen. Für die deutschsprachige Fassung liegen separate Untersuchungen zur diagnostischen Validität des ADI-R in Bezug auf Sprachentwicklungsstörungen vor. Darüber hinaus wurde die faktorielle Validität geprüft. Die Diagnosekonvergenz der deutschsprachigen Versionen des ADI-R und der Diagnostischen Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS) beträgt 76%.

Bearbeitungsdauer: Je nach Ausprägung der Symptomatik zwischen 1 1/2 und 3 Stunden.

ADOS-2 Verfahren (In Anwendung seit 2015)

Das ADOS-2 besteht aus fünf Modulen:

Modul 1: Kleinkind- Modul: für Kleinkinder im Alter von 12 bis 30 Monaten, die nicht durchgängig Sätze benutzen; **Modul 2:** für Kinder ab einem Alter von 31 Monaten, die nicht durchgehend Sätze benutzen; **Modul 3:** für Kinder in jedem Alter, die durchgehend Sätze benutzen, aber noch nicht fließend sprechen; **Modul 4:** für Kinder und junge Jugendliche, die fließend sprechen; **Modul 5:** für fließend sprechende ältere Jugendliche und Erwachsene

In Abhängigkeit vom Alter und Sprachniveau des jeweiligen Patienten wird eine von fünf Untersuchungsstrategien (Module) gewählt, um anhand von gezielt inszenierten spielerischen Elementen, Aktivitäten und Gesprächen für die Diagnose des Autismus relevante Sachverhalte und Symptome prüfen zu können. ADOS-2 wurde im Vergleich zum ADOS um ein Modul für Kleinkinder (ab 12 Monaten) mit eigenen Algorithmen für die Beurteilung von sehr jungen Kindern erweitert. Für die Module 1 bis 3 wurden die Algorithmen überarbeitet und es werden erstmals Vergleichswerte angegeben. Das Manual und die Protokollbogen für alle Module wurden aktualisiert. Anwender von ADOS können das Ergänzungs-Kit Kleinkind-Modul als Upgrade zum ADOS-2 kaufen. Es beinhaltet alle neuen Materialien sowie die Stimulusmaterialien zum Kleinkind-Modul.

Zuverlässigkeit Interrater-Reliabilität sowie Retest-Reliabilität sind in allen Teilstichproben gegeben und liegen im guten bis exzellenten Bereich.

Testgültigkeit Zufriedenstellende Diagnosekonvergenz mit dem Diagnostischen Interview für Autismus - Revidiert (ADI-R), bei gleichermaßen moderater Korrelation der korrespondierenden Subskalen der Verfahren. Die Übereinstimmung von ADOS und klinischer Konsensus Diagnose ist gegeben.

Normen Die Normen basieren auf Stichproben aus der US-amerikanischen Bevölkerung (N = 1.139 in der Validierungsstichprobe, N = 1.282 in der Replikationsstichprobe für Module 1 bis 4; N = 113 für das Kleinkind-Modul) mit Untergruppen unterschiedlichen Sprachniveaus und verschiedenen Abstufungen auf dem autistischen Spektrum.⁴

Bearbeitungsdauer: Die Bearbeitungsdauer eines Moduls umfasst 30 bis 45 Minuten (bei jedem Klienten wird jeweils nur ein Modul eingesetzt).⁵

Häufig kommen Klient*innen nach einem langen Diagnostikverfahren zum ATZ nach Dortmund oder Hagen, weil die Testergebnisse vieler Störungsbilder ähnlich sind. Um manche Störungen auszuschließen, werden erst einmal biologische Störungen und Sinnesstörungen abgeklärt. Es gibt bei uns auch Aufnahmegespräche mit Familien, die bereits ein mehrjähriges Diagnostikverfahren hinter sich haben, was sich auch für Betroffene oft nicht richtig und gut anfühlt. In der letzten Zeit kommen aber auch viele Erwachsene zum ATZ, die erst im späteren Alter ein Diagnoseverfahren durchlaufen haben. In der Regel entscheiden sich Erwachsene ganz bewusst für die angebotenen Fördermöglichkeiten.

Was sind Autismus-Spektrum-Störungen, Symptome und der Begriff der „Neurodiversität“?

Die angewandten statistischen Klassifikationen für Krankheiten und psychische Störungen, wonach die Störungsbilder durch Mediziner*innen bestimmt werden, sind bekanntlich **ICD-10 und DSM-IV (nach alter Klassifikation)**. Nach diesen statistischen Klassifi-

⁴ Weitere Informationen unter: <https://www.testzentrale.de/shop/diagnostisches-interview-fuer-autismus-revidiert.html>

⁵ Quelle: <https://www.testzentrale.de/shop/diagnostische-beobachtungsskala-fuer-autistische-stoerungen-2.html>

kationen gibt es verschiedene Formen von Autismus, die Menschen zugeschrieben werden. Dazu gehören: Frühkindlicher Autismus, Asperger Syndrom, Atypischer Autismus und High-Functioning Autismus⁶.

Nach ICD-10 liegen die Symptome für Autismus in drei verschiedenen Kernbereichen nämlich:

1. In aktiver qualitativer Beeinträchtigung der sozialen Interaktion
2. In qualitativer Beeinträchtigung der sozialen Kommunikation und
3. in stereotypen Verhaltensweisen und Interessen.

Die aktuellen Veränderungen zu Autismus bzw. Autismusstörungen betreffen die Auslegungen im DSM-V. Hier wird entgegen dem Vorgänger DSM-IV nicht mehr zwischen verschiedenen Autismusformen unterschieden, sondern sie werden alle unter der Kategorie **Autismus-Spektrum-Störungen** aufgezählt.

Das bringt Vorteile mit sich: Hat jemand z.B. die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ erhalten, zeigt sich diese durch ausgeprägte Sprachstörungen. Es gibt aber trotzdem in der Praxis sowohl junge Menschen als auch Erwachsene, die trotz ihrer Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ sprechen lernen. Das ist natürlich eine positive Entwicklung, weil die Betroffenen diesen Teil ihrer Störung überwunden haben. Allerdings fallen sie dann auch insgesamt aus der Förderung heraus, weil die Sprachstörung ein wesentlicher Bestandteil der Diagnose war. Im deutschsprachigen Raum benötigt man einen schriftlichen ärztlichen Nachweis, wodurch der Förderbedarf gerechtfertigt wird. An diesem Beispiel wird deutlich, dass an frühkindlichem Autismus leidende Menschen ggf. nach der Überwindung von Sprachstörungen den gesamten Diagnostikprozess wiederholen müssen, damit das Anrecht auf weiteren Förderbedarf erhalten werden kann. Dieser Prozess kann viel Zeit in Anspruch nehmen, weil die Diagnostikstellen meistens lange Wartezeiten haben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Menschen, die sich gut entwickelt haben, keine Unterstützung mehr bekommen, weil die Diagnose nicht mehr zu ihrem Störungsbild passt. Der Vorteil der Klassifikation „Autismus-Spektrum-Störung“ ist daher, dass diese lebenslang gültig bleibt. Autismus ist nicht heilbar und bleibt ohnehin das ganze Leben lang bestehen. Betroffene können sich mit dieser Klassifikation also innerhalb vorgesehener Grenzen bewegen, aber die Diagnose bleibt grundsätzlich erhalten.

16

Nach DSM-V ist Autismus eine tiefgreifende und unheilbare Störung. Hierzu gibt es zwei Kriterien nach denen diagnostiziert wird:

1. Das Vorhandensein von überdauernden Defiziten in der sozialen Kommunikation und Interaktion und
2. beschränkte Muster von Verhalten, Interessen und Aktivitäten.

⁶ Der High-Functioning Autismus (der Begriff existiert zurzeit allerdings in keiner offiziellen Diagnoseklassifikation) ist eine Variante des Frühkindlichen Autismus bei relativ hoher Intelligenz. Die Betroffenen zeigen nicht die Merkmale des Asperger-Syndroms, sondern entsprechen dem klassischen Bild eines Frühkindlichen Autismus mit einer relativ hohen Intelligenz bzw. besonderen Fähigkeiten in einzelnen Bereichen. Der Begriff wird auch für autistische Menschen benutzt, bei denen im Kindesalter die Diagnose Frühkindlicher Autismus erstellt worden ist, die sich gut entwickelt und im Erwachsenenalter eine relativ hohe Selbständigkeit erreicht haben. Quelle: Autismus- Zentrum Niederrhein, 2020

Diese beiden Kriterien sind in weitere umfangreiche Punkte unterteilt. Im Therapieverfahren werden die Therapeut*innen häufig mit der Frage „Wann wird mein Kind wieder normal?“ konfrontiert. Hier ist der Aufklärungsbedarf hoch, weil viele Eltern oder Erziehungsberechtigte erst einmal verstehen müssen, dass Autismus nicht geheilt werden kann. Die Therapeut*innen können nur dabei helfen, dass und wie Betroffene mit Autismus besser und gut leben können, heilen können sie Autismus nicht.⁷

Viele Wissenschaftler*innen und Betroffene bezeichnen Autismus auch als „**Neurodiversity**“, was als eine „neurologische Veränderung des Menschseins“ verstanden werden kann. Dadurch wird darauf aufmerksam gemacht, dass Menschen mit Autismus auch Menschen sind. Diese Bezeichnung ermöglicht eine wertschätzende Differenzierung in **neurotypische** (ohne Autismus-Spektrum-Störungen) und **neurodiverse** (mit Autismus-Spektrum-Störungen) lebende Menschen, die Begriffe werden übrigens insbesondere bei manchen Autismus-Selbsthilfegruppen in den USA verwendet. Somit wird Autismus als Spektrum neurologischer Zustände beschrieben, auf dessen Skala die autistischen Züge mehr oder weniger stark ausgeprägt sind. Therapeut*innen arbeiten eher damit, wie die Umwelt mit den Autismus-Spektrum-Störungen umgeht.

„Wenn es normal ist, dass man anders ist, dann ist es normal anders zu sein.“

Yve Cordes

Häufig beschweren sich Menschen mit Autismus darüber, dass viele Menschen ohne Autismus-Störungen über die Störungen reden würden, jedoch niemand die Menschen mit Autismus selbst fragen würde. Im US-amerikanischen „Autistic Self Advocacy Network“ sind daher viele Menschen mit Autismus zusammengekommen, um selbst Kriterien zu Autismus zusammenzustellen.

Demzufolge ist jede Autistin und jeder Autist anders, allerdings verbinden mehrere Merkmale. Dazu gehören u.a.:

1. Unterschiedliche sensorische Erfahrungen, d.h., die Wahrnehmung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen funktioniert anders als „normal“
2. Ein unübliches Lern- und Problemlösungsverhalten
3. Fokussiertes Denken und ausgeprägtes Interesse in speziellen Bereichen
4. Manchmal atypische und repetitive Bewegungsmuster
5. Ein hohes Bedürfnis nach Beständigkeit, Routine und Ordnung
6. Ständige Probleme mit dem Sprachverständnis und Schwierigkeiten, sich sprachlich so auszudrücken, wie es in spezifischen Kommunikationssituationen erwartet wird
7. Schwierigkeiten beim Verstehen der typischen sozialen Interaktionen mit anderen Personen.

⁷ Jeder Diagnoseschlüssel der ICD besteht aus einem Buchstaben und einem dahinter stehenden Zahlencode. Die ersten drei Zeichen stehen für eine Hauptkategorie. Unter der Klassifikation F00 bis F99: Psychische und Verhaltensstörungen sind unter F84: Tief greifende Entwicklungsstörungen die Diagnoseschlüssel zu Autismus-Störungen enthalten.

Weiterführende Informationen finden Sie in der vollständigen Übersicht der ICD-10-Diagnoseschlüssel.

Quellen:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/block-f80-f89.htm>

Es existieren zwar viele Forschungen zum Thema Autismus, aber es gibt noch keine Ergebnisse, die darauf hinweisen, welche Ursache genau zur Entstehung von Autismus verantwortlich ist. Bekannt ist, dass es sowohl biologische Faktoren als auch Faktoren auf der emotionalen Ebene gibt, die Autismus auslösen können. Manche Studien zu Familien deuten auch auf genetische Faktoren hin. Das heißt, dass es in den Familien, in denen bereits Autismus-Spektrum-Störungen aufgetreten sind, auch weiter zum häufigen Auftreten dieser Störungen kommen kann.

Wie kommen die Klient* innen nun zum ATZ Dortmund oder Hagen?

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass im ATZ Dortmund/Hagen kein diagnostisches Verfahren durchgeführt wird. Dennoch besteht die Aufgabe in der Förderung von Menschen mit Autismus. Im ATZ werden Erstberatungsgespräche angeboten, sofern bereits eine Diagnose vorhanden ist, manchmal auch schon vorher. Es wird abgeklärt, ob die Therapieangebote des ATZ Dortmund/Hagen die richtigen Angebote für die Familie und die betroffenen Menschen sind. Dazu werden Beratungsgespräche mit den Familien (finanziert über die Leistungsträger bzw. Kostenstellen) geführt. Die Familien werden dann zu den entsprechend zuständigen Stellen als Kostenträger geschickt. Dies sind meistens das Sozialamt, das Jugendamt oder der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Für die Therapie kommen die Klient*innen einmal in der Woche für ca. 90 Minuten zum ATZ und erhalten dann eine relativ individuelle Förderung. Wir haben allerdings die Erfahrung bei Migrant*innen gemacht, dass 90 Minuten pro Woche relativ wenig für eine ausreichende Förderung sind. Das Förderungssystem in Deutschland ist zudem auch ganz anders aufgebaut als in den Ländern, aus denen die Menschen mit Migrationsgeschichte kommen, was dann einer längeren Erklärung bedarf. Beim ATZ wird nicht nur mit Klient*innen sehr intensiv gearbeitet, sondern mit dem ganzen Bezugssystem. Dazu gehören neben den Eltern auch Kitas, Schulen oder der Arbeitsplatz. So wird notwendige Aufklärungsarbeit geleistet und miteinbezogene Akteurinnen und Akteure werden berücksichtigt. Es ist auch wichtig, dass in der Beratungszeit besprochen wird, was auch die anderen Beteiligten tun können. So bemerken viele Eltern die abnehmende eigene Belastung im Laufe der Zeit durch eine gute Anbindung an die Therapie.

18

Zum Abschluss ein Zitat des Schriftstellers Peter Smith, der selbst an einer Autismus-Spektrum-Störung leidet. In seinem Buch „Ein Autist sucht die Liebe“ zum Thema Unterstützung und Therapie schreibt er: **„Das Wichtigste, das ich als Botschaft Familien vermitteln möchte, ist, dass man den Zugang zum autistischen Menschen nur dann erhält, wenn man ihn so nimmt wie er ist und aufblühen lässt, was er in seinem Innersten zu bieten hat, nicht versucht aus ihm etwas zu machen was er nicht ist, vor allem nicht, was er nie sein können wird“**. Dieses Zitat enthält alles und daran orientiert sich die Therapie (des ATZ).

Die Förderung von Kindern mit Autismus und geistiger Beeinträchtigung in Deutschland und in Syrien im Vergleich

Mahsum Yousif (SYR), Dipl.-Sonderpädagoge, Autismus-Zentrum Dortmund/ Hagen



Mahsum Yousif

In Syrien gab es vor 2009 noch kein explizites Studium der Sonderpädagogik, sondern die Studienfächer Sozialpädagogik, Soziologie und ein Lehramtsstudium speziell für Kinder mit Beeinträchtigungen. Sonderpädagogik wurde erstmals im Jahr 2009/2010 an der Universität Damaskus als Fach eingerichtet, und zwar auf der Grundlage von Erkenntnissen aus Fortbildungen und praktischen Erfahrungen. Sonderpädagogik kann auch bisher nur in Damaskus studiert werden. Bei vielen Eltern kommt immer wieder die Frage auf, warum es früher keinen Autismus gab, heute jedoch schon. Das Thema Autismus und geistige Entwicklungsstörungen wird in der syrischen Gesellschaft unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert. Ein Teil der dort betroffenen Eltern glaubt, selbst „Schuld“ daran zu tragen, dass sie ein autistisches Kind haben. Interpretiert wird die Situation als „Strafe“ für eigenes Fehlverhalten, weil z.B. religiöse Vorschriften oder Pflichten verletzt wurden. Andere glauben an genetische oder wissenschaftlich noch unbekannte Ursachen. Ein weiterer Teil betroffener Eltern hält ebenfalls genetische Ursachen für den Grund, sieht aber gleichzeitig in der Lebenssituation eine religiöse Prüfung, die auferlegt wurde und bestanden werden muss. Eine vierte Gruppe weigert sich generell, Autismus als Störung anzuerkennen und akzeptiert eine Autismus-Diagnose des Kindes nicht.

Da das Asperger-Syndrom oder Atypischer Autismus seltener sind und meist frühkindlicher Autismus diagnostiziert wird, unterstützt dies die Haltung dieser letzten Gruppe von Eltern. Denn solange das Kind sprechen kann, wird es häufig nicht als problematisch wahrgenommen, wenn das Kind auch Probleme mit dem Schreiben oder Rechnen hat. Als Argument werden dann ältere Familienangehörige ins Feld geführt, die auch erst im Alter von 10 oder 12 Jahren bestimmte Entwicklungsschritte machten, es „dann aber doch geschafft“ haben. Autismus wird also häufig einfach negiert („Das hat es früher auch nicht gegeben!“). Weil viele der betroffenen Eltern in Syrien diese Einstellung vertraten, war es in der Arbeit in Syrien wichtiger, als Sonderpädagoge zunächst intensiver mit den Eltern zu arbeiten als mit dem Kind selbst. Früher gab es natürlich auch autistische Kinder, aber keine Forschung dazu und somit auch keine Diagnosekriterien.

Zur Behandlung von Autismus existieren heute in Syrien überwiegend nicht-staatliche Förderungen wie die Einrichtungen Amal („Hoffnung“) und Qudrat („Fähigkeiten“) in Damaskus. Beide Einrichtungen nehmen Kinder im Alter ab 3 Jahren bis mindestens 15 und bis höchstens 18 Jahren auf. Daneben bestehen in Damaskus auch spezielle Praxen für taubstumme oder sehbehinderte Kinder, sowie Kinder mit Trisomie 21 und Lern-

behinderungen. Um die wenigen staatlichen Förderungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen zu können, muss das Kind über einen gewissen Grad an Selbstständigkeit verfügen.

Die Diagnostik wird in Syrien immer von einem Expert*innenteam durchgeführt, das seit 2015 grundsätzlich jeweils aus einer Fachkraft der Sonderpädagogik, Neurologie und Psychologie besteht. Bevor das Kind von diesem Team begutachtet wird, müssen verschiedene Tests beim Kinderarzt oder der Kinderärztin (z.B. ein Hörtest) durchgeführt werden.

Die Diagnose erfolgte viele Jahre nach DSM IV (Diagnostikmanual der American Psychiatric Association) oder nach „CARS“ (Childhood Autism Rating Scale). Zur Diagnosefindung werden auch Informationen aus einem standardisierten Fragebogen für die Eltern mit einbezogen.

Diagnostiziert werden heute in Syrien typischerweise:

- a) Asperger-Syndrom
- b) Atypischer Autismus
- c) Wachstumsstörungen (entspricht in Deutschland dem frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom) mit den drei Schweregraden leicht, mittel und schwer)

Daneben existierten bis 2015 noch zwei weitere Arten von Autismus, die nicht mehr zur Diagnose angewendet werden. Zum einen das „Rett-Syndrom“, beruhend auf einem Gendefekt, der bereits im Mutterleib entsteht und große Ähnlichkeiten zu Autismus aufweist. Typischerweise tritt im Alter von ca. zwei Jahren (oder auch früher, meist ab dem 7. Lebensmonat) ein Verlust bereits entwickelter Fähigkeiten auf oder ein Entwicklungsrückschritt im Bereich der sprachlichen oder motorischen Fähigkeiten bei gleichzeitig gesteigerter Aggressivität. Zum anderen war die „Infantile Demenz oder Heller Syndrom“ (ICD-10-Codierung F84.3) damals noch ein Diagnosekriterium. Heute wird es in die Gruppe der anderen desintegrativen Störungen des Kindesalters eingeordnet.⁸

Heutzutage, wenn das Kind noch unter drei Jahren alt ist, nennt man dies einfach „Autistische Störung“. Dadurch entstehen Probleme, da die Eltern denken, das Kind hätte nur leichten Autismus oder eine Autismus-Spektrum-Störung, die einfach zu beheben sei. Häufig leiten die Eltern aus dem bestehenden Wissen über Autismus ab, dass ihr Kind eine frühkindliche Störung hat, die nach drei bis vier Jahren wieder verschwindet. Das Wichtigste ist für sie, dass das Kind keine Behinderung hat.

Therapeutisch gearbeitet wurde früher in Syrien mit Programmen in englischer Sprache, wie ABA (Applied Behavior Analysis/angewandte Verhaltensanalyse), einem verhaltenstherapeutischen Programm nach Lovaas (1960er), PEP-3 (Psychoeducational Profile 3) und einem weiteren. Heute benutzt man - genau wie in Deutschland - PECS (Picture Exchange Communication System/ Bildaustausch-Kommunikationssystem) und TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children/ Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Kinder).

⁸ Nähere Ausführung zu diesen beiden früheren Autismus- Diagnosekriterien siehe Vortrag von Sulaf Idris



Mahsum Yousif zog einen Ländervergleich zwischen Deutschland und Syrien.

Ein Fortschritt in der Arbeit mit Autismus in Syrien ist, dass heute für autistische Kinder halbjährliche Förderpläne erstellt werden; in schweren Fällen auch einjährige Förderpläne.

Erhoben werden allgemeine Daten des Kindes mit Anamnesebogen, Wünschen der Eltern an das Kind usw.. Vermerkt werden die Bereiche, in denen konkret gefördert werden soll: Wahrnehmung, sprachliche Fähigkeiten, Fein- und Grobmotorik sowie Selbstständigkeit.

In Syrien besteht sowohl eine staatliche als auch eine private Förderung von Kindern mit Autismus und Beeinträchtigungen. Staatlich gefördert werden Kinder in Klassen ab dem Alter von drei bis zum Alter von 14 Jahren oder seltener bis 18 Jahren. Die Klassen bestehen aus fünf Kindern und einem Lehrer, dem manchmal ein „Integrationshelfer“ (Ehrenamtliche, Studierende etc.) zur Verfügung steht. Jede Fördersequenz bzw. Arbeitsphase der Kinder dauert 20 bis 30 Minuten. Es gibt in den Klassen ein leichtes und mittleres Niveau und das sogenannte Integrationsniveau. Bei ersterem geht es darum zu lernen, selbstständig Dinge zu erledigen und die soziale Interaktion und Kommunikation mit anderen Kindern zu verbessern. Kinder, die ein mittleres Niveau erreichen, erhalten dann später auch berufsvorbereitende Maßnahmen für Berufszweige, in denen nicht so viele Fähigkeiten erforderlich sind. In Klassen mit Integrationsniveau sind Kinder mit der häufigsten Diagnose, nämlich dem frühkindlichen Autismus oder einer Lernbehinderung. Sie sind in einer Art Vorschule, müssen gewisse intellektuelle Fähigkeiten besitzen und haben auch die Chance, später in eine reguläre Schule zu wechseln. Der Wechsel auf eine reguläre Schule erfolgt dann zunächst an zwei Tagen in der Woche, in enger Absprache zwischen Schule und den z.B. betreuenden Praxen. An den übrigen drei Tagen steht die therapeutische Arbeit mit dem Kind weiterhin im Zentrum. Es existiert zwar keine Förderschule im eigentlichen Sinne, jedoch gibt es Schulen, die vom Schulamt verpflichtet sind, ein bestimmtes Kontingent von Kindern mit Beeinträchtigungen aufzunehmen. Die Tage der Anwesenheit können dann, wenn Fortschritte mit dem Kind erzielt wurden, z.B. von zwei auf drei Tage wöchentlich gesteigert werden bis hin zu einer vollständigen ganzwöchigen Teilnahme am regulären Unterricht. Weiterhin werden für diese Kinder entsprechende Therapiesitzungen regelmäßig in den Schulunterricht integriert. Dieses Modell hat sich bewährt und erzielt bei vielen Kindern gute Erfolge. Je nach Entwicklung der individuellen Fähigkeiten ist außerdem vorgesehen, dass Jugendliche ab 18 Jahren in speziellen Zentren leichten Tätigkeiten nachgehen.

Ab dem 18. Lebensjahr ist grundsätzlich nur eine private Förderung möglich, die von den Eltern selbst finanziert werden muss. Therapien finden dabei nicht regelmäßig statt. Auch in staatlichen Einrichtungen müssen die Eltern häufiger anteilig bezahlen, allerdings nicht vor dem dritten oder vierten Lebensjahr des Kindes. Die meisten Fördermöglichkeiten bestehen nur in Großstädten wie z.B. in Damaskus und Aleppo. Das heißt, Betroffene in ländlichen Regionen sind extrem benachteiligt.

Unterschiede / Gemeinsamkeiten

Deutschland	Syrien
<ul style="list-style-type: none"> • drei Formen von Autismus • Programme: PECS und TEACCH • verschiedene Praxen • lange Bearbeitungszeit von Anträgen • verschiedene Förderschulen • 1:1-Betreuung • staatliche Kostenübernahme 	<ul style="list-style-type: none"> • fünf Formen von Autismus (bis 2015) • Programme: PECS und TEACCH • eine Praxis, alle Ärzte • ohne Anträge • keine Förderschulen • Gruppenbetreuungen • 50-70% staatliche Kostenübernahme

FÖRDERUNG VON KINDERN MIT AUTISMUS UND GEISTIGER BEEINTRÄCHTIGUNG IN DEUTSCHLAND UND SYRIEN

8

Quelle: Mahsum Yousif

Exemplarischer Stundenplan eines Kindes von 8 Jahren

Zeiten	Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
8:00-8:30	Begrüßung	Logopädie	Begrüßung	Begrüßung	Begrüßung
9:00-9:30	Materialienkunde	Formen kennenlernen	Körperkunde	Formen kennenlernen	Körperkunde
9:30-10:00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
10:00-10:30	Körperkunde	Linienführung/Feinmo.	Materialienkunde	Linienführung/Feinmo.	Materialienkunde
10:30-11:30	Sport	schwimmen	Sport	Sport	Sport
11:30-12:30	Geschichten	schwimmen	Bewegungsnachahmung	Handmotorik	Bewegungsnachahmung
12:30-13:15	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Selbstständigkeit
13:30-14:00	Selbstständigkeit	Selbstständigkeit	Selbstständigkeit	Selbstständigkeit	

FÖRDERUNG VON KINDERN MIT AUTISMUS UND GEISTIGER BEEINTRÄCHTIGUNG IN DEUTSCHLAND UND SYRIEN

9

Quelle: Mahsum Yousif

Ein exemplarischer Stundenplan eines 8-jährigen Kindes mit frühkindlichem Autismus in Syrien umfasst verschiedene Elemente: Bei der Begrüßung der insgesamt fünf Kinder durch die Lehrkraft, müssen sich alle auf Namensaufruf melden, evtl. mit einem Symbol, falls dies sprachlich nicht möglich ist. Dann beginnt der Unterricht wie im dargestellten Förderplan. Religiös bedingt ist Freitag in Syrien ein Feiertag, der Unterricht findet daher von Sonntag bis Donnerstag statt. In „Materialkunde“ lernt das Kind bspw. Formen und

Begrifflichkeiten. „Geschichten“ im Förderplan bedeutet, dass Rollenspiele gespielt und Geschichten mit der Methode „Story-Modellierung“ erzählt werden, um Reaktionen (z.B. die Wiederholung stereotyper Bewegungen) des Kindes zu erfassen und seine soziale Interaktion zu beobachten. „Selbstständigkeit“ bedeutet das Training von alltäglichen Aufgaben, wie das An- und Ausziehen, Schuhe zubinden usw.

Einschub Lektorinnen: „Eine gezeigte Filmsequenz aus der Behandlung von autistischen Kindern in Syrien zeigt eine Therapeutin, die einem Kind einen roten Gegenstand anreicht und dabei gleichzeitig auch die Farbe benennt. Dann baut die Therapeutin mit Steinen in bestimmten Farben und in bestimmter Reihenfolge einen Turm. Das Kind wird aufgefordert, sich dies zu merken und nachzuahmen. Weiterhin sieht man, dass die Therapeutin einen Kreis zeichnet. Das Kind versucht dies ebenfalls nachzuahmen. Die Übungen helfen dabei, die Aufmerksamkeit des Kindes auf die Therapeutin zu prägen und zu fördern, dass das Kind lernt, ihren Anweisungen zu folgen. Durch die Steigerung



23

des Schwierigkeitsgrades der Übungen erweitert das Kind nach und nach sowohl visuelle als auch motorische Fähigkeiten. Das Gleiche gilt für das Lernen von Buchstaben oder Wörtern anhand von Tierbildern. Die Therapeutin fragt das Kind z.B. „Was ist das? Was habe ich in der Hand?“ usw. Das Kind muss jedem Bild ein Wort geben und versuchen, Schritt für Schritt aus den Bildern eine Geschichte zu bilden.

Viele syrische Eltern, deren Kinder aktuell im Autismus-Therapie-Zentrum (ATZ) in Dortmund therapeutisch betreut werden, sind sehr erstaunt über die verhältnismäßig kurze Zeitspanne einer Sitzung. In Syrien wird alles an einem Ort mit einem Team durchgeführt und nimmt den ganzen Tag in Anspruch. Alle Aufgaben werden dort erledigt und Wissensinhalte werden dort vermittelt. Daraus schließen manche Familien, dass Mahsum Yousif als Sonderpädagoge syrischer Herkunft seine Arbeit nicht gut macht. Den Eltern muss dann zunächst erklärt werden, dass das Behandlungssystem in Deutschland ganz anders funktioniert und dass in Deutschland verschiedene spezialisierte Angebote wie Ergotherapie, Sprachtherapie, Autismustherapie und Frühförderung bestehen und einzeln in Anspruch genommen werden müssen, aber trotzdem funktional zusammenwirken. Während in Deutschland allein die Zeit bis zu einer gesicherten Diagnose ein bis zwei Jahre Wartezeit benötigt oder die Familien auf einer Wartliste zur Durchführung einer Therapie stehen, können Betroffene in Syrien, sobald die Diagnose gestellt wurde, sofort und relativ unbürokratisch einen Platz erhalten, wenn auch teilweise gegen Bezahlung.



#IMPRESSIONEN



#IMPRESSIONEN

Bericht aus der Arbeit in Syrien: Definition, Ursachen, Arten und Behandlungsmöglichkeiten von Autismus

Sulaf Idris (SYR), Soziologin, GAIK e.V. Mülheim an der Ruhr / Übersetzung: Eslam Al-Kheder



Sulaf Idris

Sulaf Idris definiert in ihrem Beitrag zunächst das Phänomen Autismus, geht dann auf die verschiedenen Ursachen und Arten von Autismus⁹ ein und zuletzt auf Behandlungsmöglichkeiten und diverse therapeutische Instrumente.

Definition und Ursachen von Autismus

Die Ursachen von Autismus können genetisch bedingt sein. Möglicherweise durch einen Defekt des Nervensystems, der gestörten Signalübertragung zwischen den Synapsen der Gehirnzellen, was zum Verlust von visuellen, verbalen, auditiven und sozialen Fähigkeiten führt. Diese Störung betrifft häufig Kinder im Alter von zwei Jahren und kann während der Schwangerschaft nicht festgestellt werden. Frühkindlicher Autismus wird erstmals 1943 in einem Aufsatz von Kanner beschrieben und u.a. als kindliche Schizophrenie bezeichnet.

Am stärksten betroffen sind Jungen. Unter 14 Kindern ist nur ein Mädchen betroffen. Eine weitere Ursache kann in der toxischen Auswirkung von Schwermetallen wie Blei, Quecksilber, Cadmium und Arsen auf die neurologische Entwicklung liegen. Die meisten wissenschaftlichen Publikationen berichten über einen Zusammenhang zwischen einer frühkindlichen Schwermetallbelastung bzw. einer Belastung bereits im Mutterleib und einem damit einhergehenden erhöhten Risiko für Autismus. Ursächlich kann auch eine schwere Mangelernährung sein, wobei das Kind nicht ausreichend Mineralstoffe und Vitamine erhält, die für ein gesundes Wachstum notwendig sind oder die Infektion mit Pilzen und Darmbakterien. Auch die Unfähigkeit des Körpers Giftstoffe auszuscheiden oder ein Mangel an Fettsäuren im Körper können zur Entstehung von Autismus beitragen.

26

Symptome von Autismus: Woher weiß ich, dass mein Kind Autismus hat?

Autistische Kinder zeigen viele Symptome, die von Kind zu Kind und von Typ zu Typ verschieden sind:

- Sprachentwicklungsverzögerungen und Schwierigkeiten, sich klar auszudrücken oder „überhaupt“ zu sprechen
- Mangelnde Kommunikation des Kindes mit anderen

⁹ Anmerkung der Redaktion: Frau Idris arbeitete weit vor 2015 in Syrien, als die „Infantile Demenz“ und das „Rett-Syndrom“ in Syrien noch zu den gängigen Diagnosekriterien gehörten. Vgl. hierzu den Vortrag von Mahsum Yousif.

- Es werden keine sozialen Beziehungen zu anderen Kindern geknüpft; das Kind spielt nicht gerne mit anderen bzw. nimmt am Spiel anderer nicht teil, sondern spielt nur für sich allein
- Das Kind reagiert nicht auf die Emotionen anderer in der Interaktion und wird von ihnen auch nicht beeinflusst, da es an einer eigenen emotionalen Vorstellungskraft fehlt

Arten von Autismus

1. Asperger-Syndrom

Die Intelligenz des Kindes ist normal entwickelt, das Lernverhalten ebenfalls, aber es gibt Probleme mit der Kommunikation. Die Wörter, die das Kind lernt, können nicht verwendet werden, um mit anderen zu sprechen. In sozialen Situationen, in denen Kinder in der Gruppe z.B. miteinander scherzen, nimmt das Kind nicht teil.

2. Die infantile Demenz (Hellersche Demenz)

Das Kind bildet normale Fähigkeiten wie andere Kinder aus, wird aber häufig ca. im Alter von zwei Jahren aggressiv und die zuvor bereits erlernten Fähigkeiten entwickeln sich zurück bzw. können nicht mehr ausgeübt werden, was häufig Aggressionen erzeugt, wie bei anderen Autismus-Arten auch.

3. Rett-Syndrom

Diese Form von Autismus betrifft nur Mädchen, da männliche Embryonen bereits im Mutterleib sterben. Meist tritt das Rett-Syndrom im Alter von acht Monaten auf und hat verschiedene Merkmale, die genetisch bedingt sind. Auffällig sind ein kleinerer Kopfumfang als bei anderen Kindern und beispielsweise die Unfähigkeit, Hand- und Fußbewegungen zu kontrollieren. Bei diesem Typ haben die Kinder Entwicklungsschwierigkeiten und Probleme in der sozialen Kommunikation, z.B. den Blickkontakt mit anderen Kindern zu halten oder emotionale Reaktionen zu zeigen. Diese Form kann gut behandelt werden, wenn das Syndrom früh erkannt und schnell behandelt wird.

4. Kanner-Syndrom (klassischer frühkindlicher Autismus)

Diese Autismusart erscheint sehr früh, etwa im Alter von zwei Monaten und ist sehr verbreitet. Von diesem Typ betroffene Kinder können anderen gar keine Aufmerksamkeit schenken. Es gibt Verzögerungen in der Sprachentwicklung und Abwehr gegen Veränderungen. Das Kind ist nicht interessiert an den Emotionen anderer und kümmert sich nicht um sie.

Behandlungsmöglichkeiten - Ist Autismus heilbar?

Bisher gibt es keine allgemeingültige Behandlungsmethode für Menschen mit Autismus oder eine abschließende Heilung. Es gibt aber inzwischen eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten für autistische Patienten, die entweder in der Schule oder zuhause angewendet werden können. Therapeut*innen können je nach verfügbaren Ressourcen am Wohnort eines Kindes behilflich sein, was den Umgang mit einem autistischen Kind erleichtert. Grundsätzlich muss zunächst die Anamnese durch geeignete Spezialist*innen erfolgen (z.B. zur Prüfung von Reaktionsmöglichkeiten des Kindes etc.). Die

Behandlungsmöglichkeiten umfassen: Die Verhaltenstherapie für das Kind, die Behandlung von Sprachstörungen, die medikamentöse Therapie und pädagogische Interventionen. Manchmal ist auch eine Anpassung der Ernährung notwendig, da einige autistische Kinder bestimmte Lebensmittel wie z.B. Joghurt oder Käse nicht vertragen. Verwendet wird in der therapeutischen Arbeit bspw. PECS (Picture Exchange Communication System), ein bildbasiertes System, das die Sprache von bereits sprachfähigen Kindern fördern kann und (noch) sprachunfähigen Kindern dabei hilft, eine Sprachfähigkeit zu entwickeln. Wenn das Kind beispielsweise etwas zu essen haben möchte, kann es auf ein Bild mit Lebensmitteln zeigen. Durch das regelmäßige Training lernt das Kind dann einfache Sätze zu sprechen wie z.B. „ich möchte trinken“, „ich nehme ein Bad“ usw. Zur Bewertung der autistischen Störung wird häufig die CARS-Skala (Childhood Autism Rating Scale) verwendet. Diese Skala ist ein Maß, das von der Bewertung durch die Beobachterin oder den Beobachter des betroffenen Kindes abhängt. Nötig ist eine längere Beobachtung des Kindes unter Anfertigung von Notizen zu dessen Verhalten, was viel Geduld erfordert.

Ergebnisse aus der Plenumsdiskussion

Belohnungen in der Autismus-Therapie

Ein Teilnehmer, selbst Vater eines autistischen Sohnes, fragt, welche Auswirkung übermäßige Nahrungsaufnahme auf ein autistisches Kind hat. Mahsum Yousif beschreibt, dass er in der Therapie die Erfahrung macht, dass viele seiner Kinder einen sehr guten Appetit haben. In seinen Therapiesitzungen setzt er Nahrung erfolgreich als Belohnung ein, wenn das Kind gut mitgearbeitet hat. Dabei betont er die Bedeutsamkeit der Mitarbeit der Eltern: Es ist wichtig, dass sie diese Strategie verstehen und entsprechend kooperieren. Kommt das Kind also satt zur Therapiestunde, ist diese Strategie zum Scheitern verurteilt. Sulaf Idris ergänzt, dass es zur Motivation des Kindes auch hilfreich ist, dem Kind vor der Erledigung einer Aufgabe bereits eine Belohnung (z.B. Schokolade) zu versprechen.

28

Fördersituation autistischer Kinder in Syrien

Eine zweite Frage bezieht sich auf das syrische System bzgl. der Förderung autistischer Kinder. Da in Syrien keine speziellen Förderschulen existieren, nur in größeren Städten, möchte die Teilnehmerin wissen, ob es überhaupt im Gespräch ist, dort Förderschulen einzuführen. Mahsum Yousif bestätigt, dass es keine mit Deutschland vergleichbaren speziellen Förderschulen in Syrien gibt, sondern nur spezielle Praxen oder Einrichtungen, die autistische Kinder aufnehmen und dies auch nur in größeren Städten wie Damaskus, Aleppo und einigen anderen. Für die Einrichtung entsprechender Förderschulen ist keine Finanzierung vorhanden und so gibt es nur wenige Schulen, die sich bereit erklären, ein bestimmtes Kontingent an Kindern mit Autismus oder anderen Beeinträchtigungen aufzunehmen, andere lehnen dies auch einfach ab. Yousif erklärt, dass im regulären syrischen Schulsystem keine geeigneten Lehrpläne oder Fachpersonal zur Förderung autistischer Kinder verfügbar sind. Sulaf Idris ergänzt, dass für Kinder mit besonderen Bedürfnissen nur Privatschulen zur Verfügung stehen, die sehr teuer sind. Dies bedeutet auch, dass finanzschwache Familien keinerlei Möglichkeiten haben, ihr autistisches Kind beschulen zu lassen, es sei denn durch Spenden aus der Gemeinschaft.

Kultursensibler Umgang mit Autismus in der Elternarbeit

Eine Teilnehmerin, die an einer Schule für gemeinsames Lernen arbeitet, bezieht sich auf die Haltung arabischer Eltern, die Autismus manchmal als Schicksal oder religiöse Prüfung interpretieren. Gerade nach Krieg und Flucht begreifen manche Eltern den Autismus religiös, d.h. als gottgegebenes Schicksal und erneute schwere Prüfung. Andere, besonders akademisch gebildete Geflüchtete, glauben häufiger, das Kind müsse einfach nur mehr lernen. Sie fragt, was in der Elternarbeit im Umgang mit ihnen hilfreich sein kann. Mahsum Yousif macht diese Erfahrung ebenfalls mit seinen Klienten aus verschiedenen Ländern. Er hält - egal bei welcher Deutung durch die Eltern - sowohl die emotionale Unterstützung als auch die Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse an die Eltern für wichtig. Eltern bräuchten Zuversicht, Ermutigung und das Wissen darüber, dass sich beim konsequenten Besuch der Therapiestunden und elterlicher Mitarbeit, unterstützt vom schulischen Kontext mit anderen Bezugspersonen, langsam Verbesserungen bei ihrem Kind einstellen werden. Sulaf Idris berichtet, dass bei vielen Eltern zunächst der Schock über die Autismus-Diagnose ihres Kindes groß war. In Syrien hat sie die Erfahrung gemacht, dass die intensive, engmaschige Begleitung und Anleitung der Eltern, vor allem am Anfang, sehr hilfreich ist für den täglichen Umgang mit dem Kind und auch den Schock mildert. Eine Teilnehmerin, Mitarbeiterin eines Autismus-Zentrums, möchte gerne wissen, was betroffene Familien sich wünschen: Was müssen Therapeut*innen lernen für den kultursensiblen Umgang mit Autismus? Was sind Do's und Don'ts im interkulturellen Kontext? Was ist besonders wichtig im Aufbau und der Aufrechterhaltung von Beziehungen? In der therapeutischen Beziehung, gerade im interkulturellen Bereich, wird ist der Beziehungsaufbau zum Kind und den Eltern von mehreren Teilnehmer*innen als sehr wichtig angesehen mit Verweis darauf, dass schon mit autistischen Kindern mit deutschem Hintergrund die Arbeit herausfordernd ist. Mahsum Yousif empfiehlt, jede Familie individuell zu betrachten. Dabei sei es wichtig, als Therapeut*in zu vermitteln, in welcher Rolle man ist und welche Aufgabe man hat, da die Eltern hohe und auch unrealistische Erwartungen an die Therapie hätten, z.B., dass bei gerade zweimaliger Therapie das Kind dann sprechen können soll. In vielen Ländern ist die Rolle und Aufgabe eines Therapeuten oder einer Therapeutin nicht geläufig und es werden zwei Richtungen deutlich, wie die Eltern selbst mit dem Kind umgehen. Manche überbehüten es, weil es „behindert“ ist, andere wollen die Behinderung nicht akzeptieren und erwarten, dass das Kind „Karriere“ macht und einen angesehenen Beruf, wie z.B. Arzt, ergreift, der einen hohen gesellschaftlichen Status genießt. Dazu existiert bei vielen Familien aus anderen Kulturen häufig ein hierarchisches Denken mit hohen Erwartungen an die Expert*innen mit medizinischem oder therapeutischem Fachwissen. Sie sollen das Problem lösen. Hingegen sei wenigen bewusst, dass man selbst als Familiensystem sehr viel beitragen kann zur Förderung des autistischen Kindes. Das Mitnehmen der Eltern, die Vermittlung von Fachinformationen und die Bedeutsamkeit ihrer eigenen Rolle bei der Verbesserung der Situation des Kindes sind aus ihrer Sicht daher ein wichtiger Schlüssel in der interkulturellen Arbeit.

Interkulturelle Öffnung: Anerkennung von geflüchteten Fachkräften, Bilingualität in der Therapie und Elternarbeit

Ein syrischer Teilnehmer merkt an, dass es seit der vermehrten Ankunft von Geflüchteten aus Syrien seit 2015 kaum arabischsprachige therapeutische Angebote in Deutschland gibt.



Sulaf Idris (M.) beantwortete Fragen.

Er wünscht sich diesbezüglich eine Veränderung. Es wird von Seiten des IBB auch bestätigt, dass entsprechend ausgebildete Spezialist*innen mit arabischem Hintergrund unbedingt in den entsprechenden Arbeitsfeldern eingestellt werden sollten, jedoch besteht gerade für Geflüchtete und auch andere Migrant*innen das Problem, dass ihre Berufsabschlüsse nur schwer oder gar nicht anerkannt werden, was die Situation gerade für Neuzugewanderte verkompliziert. Zudem ist das Konzept von Interkultureller Öffnung und Mehrsprachigkeit noch immer nicht in den entsprechenden Institutionen angekommen

oder gar als fester Bestandteil verankert. Mahsum Yousif hat zur Nutzung von Muttersprache oder Bilingualität im therapeutischen Setting eine konträre Meinung. Er berichtet von einem Kind in der Therapie, das überhaupt kein Deutsch spricht, genau wie seine Eltern. Die Sprachtherapeutin, die das Kind besucht, spricht mit ihm ausschließlich in der Muttersprache, worauf das Kind reagiert. Aber im Kindergarten und /oder Schule bleibt das Verständigungsproblem bestehen. Fachlich gesehen sei das Kind als Autist mit dem ständigen Wechsel zwischen zwei Sprachen, z.B. im Elternhaus, im Kindergarten und in den Therapien letztlich überfordert. Natürlich sei Bilingualität nicht in allen Fällen problematisch. Für Kinder, die bereits mehrere Sprachen sprechen, kann dies auch unproblematisch sein. Ein gutes Konzept sei es auf jeden Fall, bilingual auch auf die Eltern zu reagieren, damit sie bei eigenen, noch bestehenden Sprachschwierigkeiten im Deutschen bzgl. der Therapie und ihrer Bedeutung gut mitgenommen werden können. Yasmina Ouakidi, Referentin des Vereins Interaktiv e.V., hat in ihrer Arbeit viel mit Kinder- und Jugendgruppen aus migrantischen Familien zu tun, deren Teilnehmer*innen häufig von Mehrfachbehinderungen betroffen sind. Aus ihrer Perspektive gibt es kein Konzept, wie man z.B. als Lehrerin mit einer religiösen Familie umgeht, die Autismus als gottgegeben begreift, sondern vielmehr geht es immer um Niederschwelligkeit und um die Orientierung an den Bedarfen und Bedürfnissen der jeweiligen Familien. Als Ansprechpartner von Behörden wird von ihrem Verein Interaktiv e.V. auch erwartet, Sprachmittler zu stellen. Die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung werde schon erkannt, aber ihrer Meinung nach teilweise aus Gründen von Diskriminierung und Rassismus bewusst nicht gewollt, damit Gespräche hierarchisch bleiben und nicht auf Augenhöhe zwischen Behördenvertreter*innen und Betroffenen stattfinden. Je nach Autismusform sprechen Betroffene teilweise mühelos mehrere Sprachen, während dies anderen Betroffenen sehr schwer fällt. Auch bei Sprachbarrieren kann man nonverbal ein Vertrauensverhältnis aufbauen, man soll auf die Fähigkeiten der Familien und auf die eigenen Fähigkeiten als Therapeut vertrauen.

Sulaf Idris weist darauf hin, dass es wichtig ist, sich selbst regelmäßig fortzubilden. Sie selbst besucht regelmäßig Tagungen und Fortbildungen mit Expert*innen aus verschiedenen Ländern, um sich zum Thema Autismus auf den neuesten Stand zu bringen. Gleichzeitig schult sie selbst auch Personen, die mit autistischen Kindern arbeiten und vermittelt Programme und Methoden. Es sei immer wichtig, auf die konkrete und individuelle Situation eines Kindes einzugehen. Der Therapieplan muss immer individuell erarbeitet werden, z.B. wenn eine besondere Sprachförderung nötig ist.

#AUS DEN WORKSHOPS

Workshop 1: Pädagogische Arbeit bei Entwicklungs- und Sprachentwicklungsstörungen

Der nachfolgende Text enthält zusammengefasst den Workshop-Beitrag der Referentinnen und die Beantwortung von Fragen im Workshop.

Teil 1: Grundlagen der Sprachentwicklung und der Sprachtherapie – Praxiserfahrungen aus Dortmund

Verena Graf-Borttscheller (D) – Dipl. Logopädin/ Logopädie und Sprachtherapie im Unionviertel Dortmund

Moderation: Hildegard Azimi-Boedecker/IBB e.V.

Im Unionviertel in Dortmund werden auch viele Familien bzw. Kinder aus Familien mit Zuwanderungsgeschichte aus vielen Ländern vorstellig und therapiert. Die Kernfrage ist: Gibt es zu berücksichtigende Besonderheiten bei diesen Kindern und wenn ja, welche Besonderheiten bestehen bei den zwei- oder dreisprachig aufwachsenden Kindern?

Sodann ist zu klären: Was sind tatsächlich Abweichungen vom normalen Spracherwerb? Wie sieht der pädagogische Hintergrund aus und was bedeutet es, Sprache zu fördern?

Zunächst soll einmal die Sprachentwicklung des Kindes allgemein beleuchtet werden.



32

Die physiologische Sprachentwicklung baut auf den Wurzeln einer normalen Hirnreifung des Kindes, normaler Sinnesentwicklung, der Körperwahrnehmungsfähigkeit/Bewegung aber auch der Auseinandersetzung mit Gefühlen im sozialen Umfeld, d.h. einer emotionalen Entwicklung auf. Vergleichbar ist dies mit einem Baum, der wachsen kann, wenn er möglichst nährstoffreich versorgt wird.

Hinzu kommen Basisfähigkeiten:



Für eine gesunde Entwicklung spielen die Lebenssituation allgemein, aber auch die Kultur, in die ein Kind hineingeboren wird, eine Rolle. Gerade in diesem Bereich haben Menschen mit Migrationsgeschichte große Herausforderungen zu bewältigen, denn sie werden oftmals aus ihrem eigentlichen Umfeld herausgerissen und in ein völlig neues kulturelles Umfeld hinein geworfen. Auch der sozio-ökonomische Status, den man zuhause ggf. hatte, verändert sich in bzw. nach der Migration (z.B. finanzielle Mittel, Eingebundenheit in die Familie, Freunde usw.)

33

All das gilt es zu berücksichtigen, wenn wir Sprache fördern und auch einfordern wollen. Kinder bringen grundsätzlich immer die Fähigkeit zu sensomotorischer Integration mit. Das bedeutet, sie können Wahrnehmungen und Motorik miteinander verknüpfen und sich daraufhin entwickeln. Kinder bringen auch immer Neugierde mit und haben ein gewisses Selbstwertgefühl. Wir können als Eltern, Therapeut*innen und mit pädagogischer Unterstützung etc. also schon aufbauend wirken. Auch Bewegungsfreude haben Kinder immer, sofern sie in ihrer Bewegung nicht beeinträchtigt sind, aber man sollte natürlich auch bei Beeinträchtigungen diese Bewegungsfreude mitberücksichtigen und fördern. Alle Kinder, auch wenn sie sprachentwicklungsgestört sind, beginnen zunächst mit Schreien und Lallen. Das ist jedoch etwas, was irgendwann aufhört und man merkt, dass es nicht weiter in die Sprachentwicklung mit hineingetragen wird. Diese Grundfähigkeit haben jedoch alle Kinder. Nun ist **Sprechfreudigkeit** jedoch relativ, gerade im Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen wurde bereits die Erfahrung gemacht, dass nicht alle Kinder direkt in Kontakt durch Sprache treten. Deshalb ist es sinnvoller zu sagen, dass **Kommunikationsfreude** besteht, d.h. der Wille zur Kommunikation ist immer da, ist quasi in jedem Kind angelegt, ob diese Kommunikationsfreude über Sprache ausgedrückt wird oder nicht, sei jedoch dahingestellt. Aber es ist wichtig, die Selbstwirksamkeit von Sprache zu erkennen. Ich kann, indem ich kommuniziere, bestimmte Bedürfnisse befriedigen, sei es verbal oder non-verbal. Sprache zu lernen, funktioniert in den ersten Lebensjahren immer intuitiv. Eltern denken nicht darüber nach, ob sie ihren

Kindern Sprache beibringen und auch Babys müssen nicht darüber nachdenken, wie sie die Sprache am vernünftigsten erwerben. Das bedeutet, der Spracherwerb erfolgt zunächst überwiegend über Nachahmung etwa bis zum dritten Lebensjahr.



Auf Unterschiede zwischen der deutschen und arabischen Sprache ging Logopädin Verena Graf-Borttscheller ein.

34

Bedeutsam wird die Sprachentwicklung im zweiten und dritten Lebensjahr. Dabei ist ganz wichtig, dass man einem Objekt, das man dann auch sprachlich benennen will, eine Bedeutung gibt. Das heißt, es ist wichtig, dass Kinder immer den Augenkontakt zwischen dem Objekt und ihrer Ansprechperson hin und her wandern lassen (sog. referenzieller Blickkontakt). Hier kann sehr früh erkannt werden, ob es Kommunikationsschwierigkeiten geben wird. Später dann, ab dem späten Vorschulalter, können Kinder auch Sprache und Sprachstrukturen erkennen, z.B. die Struktur ihrer Muttersprache, den Vergleich mit Fremd-, Zweit- oder anderen Sprachen etc. Der intuitive Spracherwerb erfolgt in der Regel in der Muttersprache. Bedeutsam ist hier besonders der mütterliche Tonfall, auch sind z.B. Zeigegesten sehr wichtig beim referenziellen Spracherwerb sowie Metasprachliches.

Frage: Was heißt das genau?

Die Wortschatzentwicklung geschieht in Phasen und zwar immer so, dass die Kinder zunächst ein Sprachverständnis entwickeln, bevor sie die Sprache tatsächlich aktiv anwenden. Kinder entwickeln **Sprachverständnis** sehr früh und bis zum zweiten Lebensjahr sollten sie ganze Sätze verstehen. Sprachverständnis bedeutet, nicht aus einer Situation erfassen zu können, worum es da eigentlich geht, sondern sogar die **Worte alleine** zu verstehen. Das ist etwas, was in der Praxis tatsächlich ausprobiert werden sollte und zwar ohne jeglichen Hinweis. Ein Beispiel: Ohne Blickkontakt zu einem Glas zu halten oder ohne Zeigen auf ein Glas fragt man das Kind einfach: „Was ist ein Glas?“ Wenn das Kind dann darauf zeigen kann, ist davon auszugehen, dass das Sprachverständnis tatsächlich vorhanden ist.

Der **aktive Wortschatz** hingegen entwickelt sich erst danach. Ab ca. einem Jahr formulieren Kinder die ersten Worte. Diese müssen nicht lautlich korrekt sein, aber sie müssen mit einer klaren Referenz auf ein Objekt in der Umgebung erfolgen. Überdurchschnittlich viele Kinder aus Deutschland haben das Wort „Ball“ als erstes im Wortschatz. Interessanterweise sind es nicht nur Dortmunder Kinder, überall in Deutschland kommt das Wort „Ball“ oft als erstes Wort vor. Ein wichtiger Meilenstein: Im Alter von zwei Jahren sollten die Kinder ca. 50 Wörter aktiv sprechen können, z.B. „an, aus, Ball, Mama, Papa, Wauwau“ (für Hund gilt es auch als Wort) etc.

Es gibt beim Spracherwerb immer das Problem der Artikelzuordnung, denn Artikel werden eng verknüpft ans Wort gelernt. Die Artikel an sich haben eine Funktion, aber sie werden als Wortschatz erlernt. Genau dies macht es Menschen mit Migrationsgeschichte unglaublich schwer, denn die deutschen Artikel sind für sie meist ein Riesenproblem. Englischsprachige haben es mit ihrem „the“ dagegen ganz einfach. Daran merkt man übrigens auch immer, wo der Spracherwerb der deutschen Sprache als Zweitsprache erfolgt ist. Und außerdem: Die Wortschatzentwicklung erfolgt ein Leben lang, auch wir Erwachsenen lernen noch heute eine Menge neue Wörter, insbesondere ja auch Fachbegriffe.

In der Artikulations- oder Sprachtherapie ist es wichtig zu unterscheiden, dass die Wörter eine **Phonologie** (d.h. bedeutungsunterscheidende Anwendung von Lauten) und **Phonetik** (d.h. reine Aussprache, Fähigkeit, die Laute zu Ketten oder einem Wort zu verknüpfen) haben. Es macht einen phonologischen Unterschied, ob ich „Hase“ oder „Nase“ sage und nur einen kleinen phonetischen Unterschied in einem Laut „H“ vs. „N“. Die Artikulation im Deutschen sollte mit etwa 4,8 Jahren abgeschlossen sein. Alle Sprachlaute in ihrer Verknüpfung sollten Kinder dann bilden können. Das ist jedoch heute oft auch bei einem einsprachig (z.B. Deutsch) aufwachsenden Kind nicht mehr gegeben. Dies ist also kein reines Problem von Menschen mit Migrationsgeschichte.

Die oben beschriebene Entwicklung ist dann die Grundlage für den Schriftspracherwerb. Kinder müssen lautunterscheidend hören können, um die Schriftsprache tatsächlich anwenden zu können. Auch hier ist die deutsche Sprache schwierig. Worte bilden kann man über Ableitungen und eben auch über eine Zusammensetzung mit anderen Wörtern. Das können verschiedene Wortteile sein, aber auch die Ableitung von einem Wortstamm.

Vergleicht man nun zum Beispiel die deutsche und die arabische Sprache, fallen im Bereich der Sprachbildung enorme Unterschiede zwischen den beiden Sprachen auf, dazu kommen wir noch später. Ab dem Alter von ca. zwei Jahren bilden Kinder solche oben beschriebenen Wortkombinationen als Übergang zum Erwerb des Satzbaus bzw. der Fähigkeit zum Satzbau. Kinder kommunizieren bis zum Alter von ca. eineinhalb Jahren mit einzelnen Worten. Ab dann sollte sich der Spracherwerb bei Kindern durch die Verknüpfung von zwei oder mehreren Wörtern steigern. Zum Beispiel kann wie oben erwähnt „da... Ball“ schon das Grundgerüst für einen Satz bilden. Die Fähigkeit des Kasuserwerbs sollte mit ca. 3,6 Jahren abgeschlossen sein. Den reinen SPO Satz (Subjekt + Prädikat + Objekt) können Kinder bereits mit drei Jahren. Alles, was mit Satzstellung und -erweiterung zu tun hat, passiert danach. Im Alter von vier Jahren sind die Kinder durchschnittlich in der Lage, komplexe Sätze zu bilden, manche Kinder kommen jedoch auch später in den Spracherwerb. Oft ist dies darin begründet, dass Kinder weniger im direkten Sprachkontakt (z.B. mit Eltern) stehen, sondern viel mehr über soziale Medien beschäftigt werden. Vielfach fehlt der so wichtige **referenzielle Blickkontakt**.

Wenn z.B. Eltern mit Kindern über die Straße gehen und die Eltern abgelenkt vom Smartphone sind, verläuft die Ansprache „geh“ oder „bleib stehen“ ohne Blickkontakt, der jedoch enorm wichtig für den Spracherwerb ist. Kinder können die Bedeutung von Gegenständen und Sätzen sonst nicht erfassen, sie müssen klar erkennen können, worum es gerade geht.

Frage: Wie sehen die Möglichkeiten zum Aufholen aus?

Es gibt schwache Spracherwerber*innen, die beim Schriftspracherwerb Schwierigkeiten haben, insbesondere, wenn die bedeutungsunterscheidende Funktion von Lauten nicht gekannt wird. Das sind auch die Kinder, die oft eine Leserechtschreibstörung entwickeln und die dann tatsächlich lebenslang therapiert werden müssen, um einige Mängel zu kompensieren. Es gibt aber durchaus Strategien, die diesen Kindern und ihren Angehörigen vermittelt werden können. Die Schwäche an sich bleibt sicherlich erhalten, reine Lautsprachdefizite können aber gut bearbeitet werden. Dazu ist es wichtig, dass die Kinder möglichst früh in die Therapie kommen. Diese sollte ab dem Alter von zwei bis drei Jahren bereits begonnen haben. Wenn es um den Schriftspracherwerb geht, brauchen Kinder eine stabile Basis.

Frage: Welche Besonderheiten bei Bi-/Multilingualität (z. B. Arabisch) gibt es?

Die arabische Sprache ist etwas leichter konstruiert, aber im Alter von sechs Monaten sollten die Kinder auch dort einen „normalen“ Ton außer Schreien und Weinen äußern. Wenn die Kinder versuchen, mehrere Laute in ein Wort zusammenzufügen, ist das entwicklungsgemäß. Sobald die Kinder im Alter von drei Jahren hier in einen Kindergarten kommen, werden sie in der Regel zunächst durch Erzieher*innen auf ihren Sprachentwicklungsstand hin getestet. Wenn die Kinder sich in Wörtern oder in Zwei- bis Drei-Wort-Sätzen ausdrücken können, werden sie in der Regel als „altersgemäß sprachentwickelt“ aufgenommen. Werden Probleme bei diesem Test festgestellt, wird ein Treffen mit den Eltern vereinbart, um die Lage mit der Familie zu erörtern. Wird ein Kind durch mehrfache Problematik auffällig, z.B. mangelnde Konzentration, Schwierigkeiten beim Hören, Sprechen oder Sehen, wird es grundsätzlich zur weiteren Diagnostik in eine kinderärztliche Praxis überwiesen (gilt für ursprünglich deutsche und z.B. ursprünglich arabisch-stämmige Kinder). Bei geringerer Problematik wird ein spezieller Förderplan für den Kindergartenbesuch mit den Eltern entworfen. Die Schriftsprache im Arabischen wird etwa ab dem fünften Lebensjahr begonnen. Im Unterschied zu Deutschland werden zungenmotorische Übungen in den arabischen Ländern aber auch bei anderen Problemen eingesetzt.

Die Forschung, der hier gefolgt wird hat erkannt, dass zungenmotorische Übungen nur bei phonetischen Störungen sinnvoll sind, wenn tatsächlich die Zunge nicht in der Lage ist, einen Laut zu bilden. Das passiert in der Regel bei Zischlautstörungen. Wenn „tsch“, „sch“, „ch“ nicht richtig ausgesprochen werden können, werden die zungenmotorischen Übungen durchgeführt. Dazu wird versucht, das orofaziale System in Gleichklang zu bringen, d.h. die Muskeln so zu stärken, dass sie optimale Gegenspieler für die Zunge sind. Das Ganze passiert, wenn sich eine bestimmte Art von Schluckstörung aus dem frühkindlichen Schluckmuster entwickelt hat.

Frage: Worin unterscheiden sich die arabische und deutsche Sprache?

Einige Beispiele: Die arabische Sprache ist eine sehr kehlige Sprache. Die Lautbildung erfolgt sehr weit hinten im Hals und auch die Vokale haben eine größere Bedeutung, als

man ihnen rein vom Klang zumessen würde. Das Arabische hat auch Laute, die Gefühlsäußerungen unterstützen sollen, sog. empathische Laute, die es im Deutschen von der Lautstruktur her nicht gibt. Zusätzlich fehlen „P“- und „G“-Laute gänzlich. Das muss in der Arbeit mit Kindern aus dem arabischen Sprachraum unbedingt berücksichtigt werden. Die Aufgabe der Sprachtherapeutin oder des Sprachtherapeuten besteht darin, diese Lautbildung aufzubauen, um den Anforderungen des Deutschen als Zweitsprache bei diesen „fehlenden“ Lauten zu entsprechen. Für arabisch sprechende Kinder ist es schwer zu unterscheiden, ob es sich bei einem Laut um „E“ oder „I“ handelt, vor allem wenn es um Kurzvokale geht. Auch „O“ und „U“ können oftmals schlecht differenziert werden, worauf eine Sprachtherapie ein besonderes Augenmerk legen muss. Zwar hört sich Arabisch sehr konsonantisch an, es ist aber gar keine konsonantische Sprache. Es gibt offene und geschlossene Silben von recht einfacher Struktur. Sehr selten im Arabischen gibt es Konsonant-Vokal und Doppelkonsonant-Bildungen. Das ist im Deutschen z.T. viel komplizierter. Es gibt Wörter, die aus drei Konsonanten, einem Vokal und drei oder mehr Konsonanten gebildet werden, beispielsweise „Du springst“. Das zu verstehen hilft, diese Sprache entsprechend zu erwerben. Im Arabischen gibt es auch keinen Dativ und kein Neutrum. Dazu haben arabische Worte eine dreikonsonantische Wurzel und einen Wortstamm, der einer Wortfamilie ähnlicher Bedeutung entstammt. Im Deutschen sind wir sehr formfixiert. Deshalb ist es schwer nachzuvollziehen, warum z.B. die arabischen Worte „Vogel“ und „fliegen“ aus dem gleichen Wort stammen. Im Deutschen ist die Form völlig verschieden.¹⁰

*Einschub der Lektor*innen: „Auch muss berücksichtigt werden, dass die Schrift von rechts nach links verläuft und komplett andere Buchstaben existieren, deutlich schwieriger als z.B. das Türkische, hier gibt es nur einige Sonderbuchstaben (ş, ç, ğ, ı) als Ergänzung zum ansonsten auch lateinischen Alphabet und die Schrift erfolgt wie bei uns von links nach rechts.“¹¹ Auch im Persischen gibt es Sonderbuchstaben, die es in der arabischen Schrift nicht gibt, obwohl die meisten Buchstaben arabisch sind, ist allerdings Wortbedeutung und Aussprache auch gänzlich unterschiedlich zum Arabischen¹².“*

37

Frage: Was ist ggf. nicht normal und was fällt bei Kindern aus Zuwandererfamilien in der Therapie auf?

Abweichung von der Norm ist eigentlich alles, was nicht altersgemäß ist. Auch gibt es häufig einen verspäteten oder ausbleibenden Sprechbeginn. Zu beobachten ist häufig ein ggf. kulturbedingter späterer Sprechbeginn bei Kindern türkischer Migrant*innen. Hier spielt die Dualität: „Mitlaufen im Alltag (ohne besondere Sprachförderung)“ versus „sehr kinderzentrierte Beziehung“ eine Rolle. Auffallend im Therapiealltag ist auch, dass es Wortschatzdefizite in beiden Sprachen (also auch in der Muttersprache) gibt, insbesondere bei geringem passivem Wortschatz. Beobachtet werden auch die familiäre Häufung von Sprachproblemen, grammatische und syntaktische Reduktionen sowie sprachliche Heimatlosigkeit bzw. „Halbsprachigkeit“. Das verursacht ein nicht sehr förderliches **Code-Mixing**, allerdings ist ein **Code-Switching** normal und damit eher unschädlich. Vielmehr ist das Code-Switching sogar ein Zeichen der Fähigkeit, sich auf andere einzustellen, z.B.:

¹⁰ Zur Besonderheit der arabischen Schriftsprache und Aussprache siehe ausführlich: http://www.schule-mehrsprachig.at/fileadmin/schule_mehrsprachig/redaktion/sprachensteckbriefe/pdf/arabisch.pdf

¹¹ https://www.tschechisch-lernen.at/tuerkisches_alphabet.php

¹² <http://www.schule-mehrsprachig.at/fileadmin/sprachensteckbriefe/pdf/Persisch.pdf>

- bei Ausdrucksnot (es fehlt ein Wort),
- als Sprachökonomie (als leichtere Ausdrucksmöglichkeit ohne sprachliche Umwege),
- zur kommunikativen Exaktheit des Begriffs oder
- in der Gruppendynamik (es soll Zugehörigkeit vermitteln bzw. ausschließen).

Frage: Wovon ist erfolgreicher Zweitspracherwerb abhängig?

Ein erfolgreicher Erwerb der Zweitsprache ist ganz sicherlich auch abhängig von Persönlichkeitsmerkmalen (intro- oder extrovertiert, angstbehaftet etc.) sowie genereller Sprachlernneigung/-begabung/Intelligenz, aber auch von der Einstellung zur Zielkultur. Wichtig ist zu fragen:

- Ist der Sprachwunsch nur instrumental, also aus nützlichen Gründen vorhanden, oft nicht in der Absicht, Kenntnisse zu vervollkommen oder
- ist diese Sprachneigung bzw. Einstellung integrativ, weil Mitgliedschaft im Zielkulturkreis beabsichtigt ist?

Dabei kann die Art des Zweitspracherwerbs sowohl **simultan** (natürlich und ungesteuert) oder **sukzessiv** (natürlich, künstlich) aber auch **spät** (künstlich, gesteuert z.B. durch Unterricht) oder als **reine Fremdsprache** intendiert (nicht zum täglichen Gebrauch überlebenswichtig) erfolgen.

Die Muster des Sprachgebrauchs innerhalb der Familien können sich auch unterscheiden, z.B.:

- Eltern haben die gleiche oder verschiedene Muttersprache(n) oder
- die Muttersprache entspricht bei einem/keinem Elternteil der Umgebungssprache oder
- die gemeinsame Familiensprache ist die Umgebungssprache (oder eben nicht) oder
- die „Fremdsprache“ wird von einem Elternteil konsequent gesprochen.

Frage: Welchen Einfluss haben ggf. erworbene kulturelle Unterschiede auf die spätere Kommunikationsfähigkeit?

Eine frühe außerfamiliäre Betreuung bedingt bessere Zweitsprachleistungen (z.B. eine Peer-Group Einbindung etc.). Es herrscht ggf. ein anderes Hierarchieverständnis gegenüber „Respektpersonen“ vor, sowie eine spezielle Gruppendynamik innerhalb einer oder gegenüber anderen Gruppen. Das Zeitverständnis ist auch mitunter unterschiedlich zum hiesigen Verständnis und hat Auswirkungen auf die Einhaltung von Terminen, Pünktlichkeit etc. Und es gibt mitunter andere kulturelle Codes und ein differentes Nähe-Distanz Verhalten (z.B. beim Zulassen von Umarmungen, divergierende Höflichkeitsformen, bestimmte Tabus und Blickkontakte). Andere Empfindungsäußerungen und Alltagshandlungen (z.B. Trauerausdruck etc.) können auch bestehen.

Im Therapieprozess müssen ggf. auch andere jahreszeitliche oder tägliche Abläufe berücksichtigt werden. Stichworte sind hier: Gebetszeiten (besonders bei Muslimen), warme Mahlzeiten/ andere Essenzeiten, Auszeiten beim islamischen Opferfest, Ramadan/Ramazan oder bei sonstigen (religiösen) Festtagen, Ferienzeiten im Heimatland mit längerem Aufenthalt dort etc.

Frage: Was können sprachfördernde Maßnahmen sein in der Arbeit mit Kindern aus Zuwandererfamilien?

Es empfehlen sich hier (wie auch bei ursprünglich deutschen Kindern):

- Der referentielle Blickkontakt, handlungsbegleitendes Sprechen,
- Redundanz (häufige Wiederholungen) und korrekatives Feedback,
- Mundbildformung sowie
- die eindeutige Zuordnung zu Person und Sprache/ Situation

Eine Therapie sollte bei nicht altersgemäßem Wortschatz oder Auffälligkeiten in der Aussprache (wie Lautverwechslungen, undeutliches Sprechen usw.) bzw. bei mangelhafter Ausdrucksfähigkeit (Satzbau, Grammatik betreffend), sowie bei Hörstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen in Erwägung gezogen werden. Therapie kann aber auch nötig werden bei Auffälligkeiten im Redefluss (Stottern, Poltern), andauernder Heiserkeit oder Mutismus (selektiver Mutismus¹³, z.B. bei traumatisierten Kindern) und bei Störungen der Nahrungsaufnahme.¹⁴

Frage: Wie läuft eine solche Sitzung überhaupt ab?

Eine logopädische Sitzung dauert in der Regel ca. 30 bis 45 Minuten mit folgenden Elementen:

- Warm Up, Hausaufgabenüberprüfung
- Wiederholung und Festigung
- Einführung neuer Inhalte
- Erläuterung der Hausaufgaben
- (Eltern-) Anleitung

39

Die Behandlung erfolgt spielerisch mit vielen Wiederholungen in der Praxis, in der Einrichtung oder auch bei einem Hausbesuch. Sprachtherapie erfolgt auf ärztliche Verordnung (mit Formular 14) durch den oder die Haus-, Kinder- oder HNO-Arzt oder Ärztin, den oder die Psychiater*in oder den oder die Neurolog*in.

Es erfolgen Diagnostik, Beratung und Festlegung der Therapieziele mit den Eltern/Angehörigen und bei Bedarf eine Hilfsmittelversorgung (z.B. Sprachcomputer).

13 Selektiver Mutismus beschreibt die Unfähigkeit, in spezifischen sozialen Situationen (z.B. Kindergarten/Schule) oder mit bestimmten Personen (z.B. Personen, die nicht zum engsten Familienkreis gehören) zu sprechen. Siehe auch hier : <https://www.selektiver-mutismus.de/fuer-eltern/>

14 Handout zum Sprachförderprogramm „Sprachreich“ des dBL, 2011, Sprache, Stimme, Gehör, Jg.42, 06/2018, Schwerpunktthema „Mehrsprachigkeit unter besonderen Bedingungen“ Sprache, Stimme, Gehör, Jg.43, 06/2018, Schwerpunktthema „Frühe Kommunikation und Sprachentwicklung“ www.unidue.de/imperia/md/content/prodaz/sprachbeschreibung_arabisch.pdf

Teil 2: Sprachentwicklungsstörungen und Sprachförderung in Saudi-Arabien: Bericht aus einem Montessori-Kindergarten

Khairia Al-Saka (SA) - Lehrerin und Montessori-Pädagogin



Khairia Al-Saka

Das Land am Golf, Saudi-Arabien hat heute ca. 33 Mio. Einwohner. Davon sind über 11 Mio. Menschen legal im Land lebende Migrant*innen. Die Alphabetisierungsrate ist mit über 95% sehr hoch, ebenso entsprechend hoch ist grundsätzlich das Bildungsniveau. Die meisten Menschen leben in den großen und mittleren Städten, ein kleinerer Teil der Bevölkerung in Oasensiedlungen. Grundsätzlich gibt es durch den Staatsreichtum schon ein recht gut funktionierendes Sozial- und Gesundheitssystem, letzteres ist kostenlos. 76% der Bevölkerung sind unter 30 Jahren alt, also handelt es sich um eine ganz junge Bevölkerung.

Einschub Lektorinnen: „Allerdings ist das Thema „Behinderung“ für viele Menschen schwierig, dasselbe trifft möglicherweise auf vorhandene Entwicklungsstörungen zu, also auf alles, was nicht ganz normal zu sein scheint. In einem Bericht der Konrad-Adenauer-Stiftung aus dem Jahr 2011 heißt es: „Auch Saudi-Arabien hat 2006 die Behindertenrechtskonvention unterzeichnet und zwei Jahre später ratifiziert. Es fordert von dem König-

reich ein Umdenken, dem die Politik teilweise nachgekommen ist, das in der Gesellschaft jedoch kaum oder gar nicht eingesetzt hat. Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen leiden in den meisten arabischen Staaten unter massiver Ausgrenzung und Missachtung seitens der staatlichen Versorgung und der öffentlichen Wahrnehmung.

Obwohl Menschen mit Behinderungen auch in Saudi-Arabien vier Prozent der Bevölkerung ausmachen, finden körperliche Gebrechen oder geistige Einschränkungen im Selbstbild der saudischen Gesellschaft keinen Platz. Obwohl der Islam behinderten Menschen positiv gegenübersteht, gelten Menschen mit Behinderungen als schwach und werden tabuisiert. Vielfach herrscht noch die Auffassung, dass geistig behinderte von einem bösen Geist besessen sind, der nur ausgetrieben werden muss, damit der oder die Betroffene wieder ganz gesund wird“¹⁵.

Staatlicherseits, so beklagt der Saudische Verband für Schwerbehinderte, werde nicht genug für die Belange Behinderter getan, sodass es 2011 in ganz Saudi-Arabien nur zwei Einrichtungen für behinderte Kinder und 26 Rehabilitationszentren gab. Abzuwarten bleibt nun, inwieweit sich seit dem Machtwechsel im Herrscherhaus auch die Situation Behinderter und ähnlicher Gruppen gestalten wird, ob ggf. verstärkt private Einrichtungen wie in vielen anderen Ländern der Region diese Lücke füllen werden oder ob der Prozess weiterhin stockt, weil Behandlungen außer Landes priorisiert werden.

Sehr häufig entstehen auch Einrichtungen z.B. für geistig behinderte Kinder und Jugendliche, wie das Help Center Jeddah aus Stiftungen reicher Geschäftsleute heraus, oftmals

¹⁵ Aus: https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=55f79687-b2e3-3247-ee36-255a93ed9b7c&groupId=252038

besetzt mit ausländischen, hier: deutschen Leitungspersonen und dem Gesundheitsministerium unterstellt. Die immer noch strengen Gender-Vorschriften in Saudi-Arabien erschweren die Zusammenarbeit der Geschlechter und das koedukative Lernen älterer Schüler und Schülerinnen - die Unterstellung unter das Ministerium macht es aber möglich.¹⁶ “



41

Über Frühförderung in Saudi-Arabien berichtete Montessori-Pädagogin Khairia Al-Saka (r.).

Die Autismus-Spektrum-Störung ist aber auch in Saudi-Arabien natürlich ein Thema insbesondere unten den betroffenen Familien, es ist also nicht nur ein Phänomen der nördlichen oder westlichen Industrieländer. Hier orientiert man sich allerdings auch inländisch mehrheitlich an angelsächsischen oder amerikanischen Erkenntnissen, Strategien und Therapien. Auch das Personal ist zumeist in diesen Ländern ausgebildet.

Wie oben gesagt, eine flächendeckende Versorgung mit Therapieeinrichtungen (Autismuszentren, Logopädie-Praxen o.ä.) existiert bisher nicht ausgeprägt wie z.B. in Deutschland, es gibt aber private Praxen bzw. zumeist Kliniken/ Krankenhäuser, die sich der Thematik annehmen. Viele Wohlhabende suchen überdies gern in Gesundheitsfragen im weitesten Sinne lieber Hilfe im europäischen Ausland oder in den USA.

Frage: Welche Rolle spielt der Kindergarten, wenn ein Kind vermutlich eine Autismus-Spektrums-Störung aufweist?

Vielfach werden erste Verdachtsmomente oder auch Feststellungen allgemeiner oder sprachlicher Fehlentwicklung in den – zumeist privaten – Kindergärten manifest. Allerdings geht nicht jedes Kind in einen solchen, zumeist recht teuren Kindergarten, denn entgegen der üblichen Meinung gibt es nicht nur reiche Menschen in diesem Land. Im

¹⁶ Ein interessanter Bericht der ehemaligen deutschen Leiterin **Gerda Kuhfittig** (bereits aus 2008) hier: <https://www.lehrerfreund.de/schule/1s/lehrer-saudi-arabien-dschidda/3286>

Jahr 2016/2017 besuchten laut Statistik 377.386 Kinder dort einen Kindergarten. Kindergärten gibt es seit 1974, mittlerweile sind es 1.384 - etliche sind auch bilingual (zumeist Englisch-Arabisch) und in privater Trägerschaft. Es werden Kinder von einem bis sechs Jahren koedukativ betreut.

Insbesondere ist die Montessori-Pädagogik in Saudi-Arabien verbreitet und bekannt. *Einschub Lektorinnen: "Zum Beispiel gibt es die beiden Montessori-Kindergärten „Alreem Smart Kids“ (als American Montessori Pre-School gelistet) oder die „Little Angels Montessori Pre-School“, letztere in Riyadh 2007 gegründet¹⁷. Insgesamt existiert heutzutage offenbar eine größere Diversität auch im vorschulischen Lernangebot als nur die bis vor wenigen Jahren übliche islamische Unterweisung¹⁸. Man muss allerdings sagen, dass es noch nicht überall und noch nicht so lange außerhäusliche Betreuung in Kindergärten gibt, denn das Land hatte bzw. hat noch immer eine konservativ-traditionelle Bevölkerung.“¹⁹*

Viele Eltern möchten, dass ihre Kinder - auch ohne Auffälligkeiten – im Kindergarten eine möglichst gute und kreative Förderung auch bereits mit Vorbereitung auf die Grundschule erhalten. Allerdings sind die Mitarbeitenden dort keine Therapeut*innen oder Ärzt*innen, die Diagnosen stellen könnten; das findet in Praxen oder Kliniken statt. Es arbeiten in den Kindergärten pädagogisch (oftmals im Ausland) ausgebildete Fachkräfte, die einiges zum Thema Frühförderung etc. machen können.

*Einschub Lektorinnen: „Es hat auch bereits kleinere Studien mit Eltern und Kindern mit Interviews und Auswertungen von Klinikreports etc. zur Untersuchung des Störungsbildes noch nach den **DSM-IV** gegeben. In Westeuropa nutzt man wie oben beschrieben mittlerweile die **DSM-V**-Kriterien. Kurz zusammengefasst gab es folgende Ergebnisse: Die Studien zeigten eine Prävalenz zwischen 1,4 und 29 pro 10.000 Personen mit mehr weiblicher als männlicher Beteiligung (zumindest wurden mehr Mädchen diagnostiziert). Die identifizierten Risikofaktoren waren metabolischer, autoimmuner und umweltbedingter Natur. Als Determinanten bzw. als beitragende Faktoren für Autismus wurde gefunden bzw. angenommen: suboptimales Stillen, fortgeschrittenes mütterliches und väterliches Alter, Kaiserschnitt und pränatale Komplikationen. Nur wenige Studien untersuchten die Epidemiologie des Autismus in den Ländern des Arabischen Golfs, und keine hat die Belastung des Kindes, der Familie oder der Gesellschaft durch die Krankheit untersucht. Mehr Forschung erscheint notwendig, um die Belastung durch und die Risikofaktoren von Autismus in den Golfstaaten besser zu identifizieren.“²⁰*

Der Sprachförderung wird - insbesondere in den Montessori-Kindergärten in Saudi-Arabien ein hoher Stellenwert beigemessen. Schon früh wird durch kreative Methoden getestet (allerdings nicht im klinischen Sinne), ob die Entwicklung des Kindes und der Spracherwerb als normal anzusehen sind. Dabei werden die Montessori-Werkzeuge angewendet, die ja in der ganzen Welt bekannt sind und im arabischen Raum auch ge-

¹⁷ Für einen Eindruck zum Curriculum siehe hier: <http://www.littleangelsriyadh.com/>

¹⁸ https://en.wikipedia.org/wiki/Education_in_Saudi_Arabia

¹⁹ Das Land folgt mehrheitlich der streng konservativen wahabitischen Strömung des sunnitischen Islam. Siehe auch: <https://www.liportal.de/saudi-arabien/gesellschaft/>

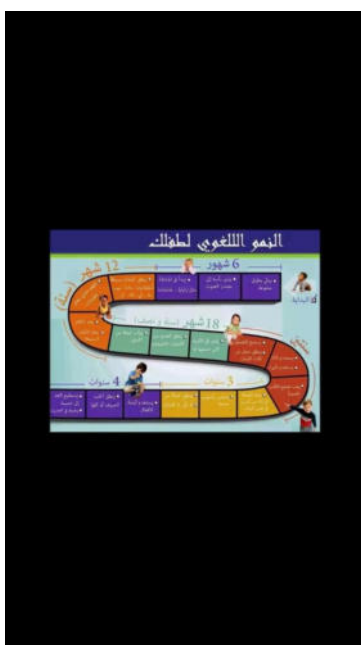
²⁰ Quelle: Autism in Saudi Arabia: presentation, clinical correlates and comorbidity. Saleh M. Al-Salehi 1 Elham H Al-Hifthy, Mohammad Ghaziuddin, Comparative study Transcult Psychiatry 2009 Jun;46(2): 340-7. doi: 10.1177/1363461509105823. Und: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19541755/> , eine Studie zu den Golfstaaten in: neurosciences, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727667/>

nutzt werden. Eine der herausragenden Eigenschaften des Montessori Spielzeugs ist ja, dass es nicht nur als „Spielzeug“, sondern als „Material“ dient.

Man benutzt dazu zumeist Holzspielzeug, welches das Kind immer wieder dazu ermutigen soll, selbst aktiv zu bleiben und sich auf sein Tun zu konzentrieren. In Saudi-Arabien kennt man z.B. auch das Schnecken-Labyrinth, bei dem sich das Kind ganz auf das Wesentliche fokussiert, aber auch Balancespiele oder Lerntafeln.

Dabei sollen die Sinne, bzw. ein einzelner Sinn ganz nachhaltig trainiert werden. Hier kommt auch dem Motorik-Training eine ganz besondere Bedeutung zu. Immer handelt es sich um altersgerechte Aufgaben und um die Möglichkeit allein oder in einer kleinen Gruppe zu arbeiten. Je nachdem, wie Spiele und Aufgaben durchgeführt werden, kann auch auf den Entwicklungsstand des Kindes und/oder ggf. auf Abweichungen geschlossen werden.

Beispiele aus dem Montessori-Kindergarten in Saudi-Arabien (Gruppen- und Einzelarbeit):



Es sind nicht nur Kinder mit Autismus, die dann ggf. im Kindergarten auffallen, sondern auch Kinder mit anderen Störungen, Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen. Diese waren zum Teil bereits festgestellt oder fallen zum Teil auch erst hier auf, weil der Kindergarten oft die erste außerhäusliche Anlaufstelle ist. In einem solchen Fall werden sofort die Eltern kontaktiert und dann entsprechende Ärzt*innen oder Therapeut*innen zumeist in Kliniken, die dann weiter helfen können mit spezialisierter Therapie. So etwas kann man hier im Kindergarten natürlich nicht leisten. Man kann also sagen, dass der Kindergarten, insbesondere der Montessori-Kindergarten, oftmals der Start eines positiven Therapieprozesses oder der nichtklinischen Erstdiagnose überhaupt ist.

Ein zweiter wichtiger Bereich neben der Motorik-Schulung ist die Sprachförderung. Wir haben hier eben schon gehört, dass es oftmals zu Sprachstörungen mit und ohne Beteiligung von Autismus kommen kann, auch mit fehlerhafter Lautbildung etc. und dass die

Mundformung und Stärkung der Sprechzonen sehr wichtig sind. Auch in Saudi- Arabien wird besonders stark auf das Training der Mund- bzw. Zungenbereiche geachtet, um eine gute Sprachentwicklung zu fördern bzw. vorhandene Sprachdefizite abzubauen. Daher hat man hier ein spezielles System von Übungen zur Stärkung von Mund und Zunge entwickelt, allerdings nicht nur bei festgestellten Störungen.

Einige Bild-Beispiele für Übungen zur Muskelstärkung bei Sprachstörungen:



Frage: Wie ist die Einstellung der (hier: saudi-arabischen) Gesellschaft und wie erfolgt die Mitwirkung der Eltern bei Entwicklungsstörungen oder Behinderungen/ Beeinträchtigungen?

Das ist tatsächlich noch immer ein großes Problem, leider wollen auch heute noch viele Eltern nicht wahrhaben, dass ihr Kind eine Behinderung oder Entwicklungsstörung hat. Wie schon zu Anfang gesagt, manche Leute schämen sich sogar (insbesondere bei geistiger Behinderung) und viele wissen nicht, wie Behinderungen oder Störungen entstehen und ggf. therapiert werden können. Das gilt besonders für weniger Gebildete, sehr konservative oder ärmere Bevölkerungsgruppen. Sehr groß ist der Wunsch der Eltern, die Ärztin oder der Arzt solle das Kind ganz schnell „gesund“ machen, mit Medikamenten oder anderer Behandlung (ein großes Problem bei bleibender, z.B. körperlicher oder geistiger Behinderung, die nur bedingt „heilbar“ ist).

Andererseits haben die Eltern wenige Kenntnisse oder wenig Vertrauen dahingehend, dass sich der Zustand des Kindes oftmals durch gezielte Therapien zwar nicht heilen, aber ganz nachhaltig verbessern lässt und die Eltern dabei eine sehr wichtige Rolle im therapeutischen Prozess spielen. Elterngruppen etc. werden nur sehr zögerlich besucht.

Allzu gern wird das Kind dann doch an die Expert*innen abgegeben mit dem Auftrag der Therapie oder „Heilung“. Hier muss noch sehr viel Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit geleistet werden und die Schulung der Eltern/ Familien auch zu diesem Thema muss vorangetrieben werden.

Workshop 2: Praktische Familienarbeit bei Autismus: Best-Practice Modelle und Dialog mit von Autismus betroffenen arabischen Familien

Sulaf Idris (SYR), Soziologin, Mahsum Yousif (SYR), Sonderpädagoge und Gäste

Moderation: Kirsten Ben Haddou/IBB e.V.

Teil 1: Umgang mit Bilingualität und non-verbalen Materialien in der Therapie und Elternarbeit anhand von Fallbeispielen

Mahsum Yousif berichtet aus der praktischen Arbeit mit autistischen Kindern und dem Umgang mit der Förderung in einer Fremd- bzw. Zweitsprache. Er weist auf die Schwierigkeit für autistische, nicht-muttersprachliche Kinder hin, überhaupt mit einer Sprachförderung konfrontiert zu sein. Bei Kindern ohne Störungen sind im Vergleich zu den Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung Muttersprachenkenntnisse bereits vorhanden und Deutsch kommt dann als Zweitsprache hinzu. Bei autistischen Kindern ist häufig schon eine „Nichtsprachigkeit“ oder verminderte Sprachfähigkeit in der Muttersprache vorhanden. Das autistische Kind ist unter Umständen bereits überfordert mit der Bewältigung der Muttersprache, womit sich die Schwierigkeiten bei der Förderung in zwei Sprachen gleichzeitig vergrößern. Mahsum Yousif stellt zwei Fälle aus seiner praktischen Arbeit vor: Im ersten Fall waren die abgesprochenen Interventionen erfolgreich. Die betreffende Familie lebt seit ca. vier Jahren in Deutschland. Das Kind ist neun Jahre alt, hat eine frühkindliche Sprachstörung und spricht bedingt durch eine frühkindliche Sprachstörung überhaupt nicht und besucht eine Förderschule. In der Beratung mit den Eltern wurde abgesprochen, in der Therapie am Anfang nur Deutsch mit dem Kind zu sprechen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer einfachen sprachlichen Verständigung auf Deutsch. Gelernt werden soll der Wortschatz, den Kinder dieses Alters in der Regel im Alltag brauchen, d.h. einfache Sätze, Farben, Formen etc. Mit der Zustimmung der Eltern wurde diese Strategie mit dem Kind versucht. Nach viermonatiger Therapie ist das Kind schon in der zweiten Klasse der Förderschule und versteht bereits alle Ansprachen auf Deutsch und das Lehrer*innenkollegium ist von der Entwicklung sehr positiv überrascht. Das Kind spricht zwar immer noch nicht, zeigt aber auf Ansprache adäquate Reaktionen. Zugleich versteht das Kind in der Interaktion mit den Eltern zunehmend auch seine Muttersprache.

45

Im zweiten Fall haben dieselben Interventionen nicht funktioniert. Es handelt sich um eine türkische Familie, die schon lange in Deutschland lebt. Sowohl die Eltern als auch das Kind sprechen kein Deutsch. Den Eltern wurde ebenfalls vorgeschlagen, mit dem Kind in der Sprachförderung einfache Sprachübungen auf Deutsch zu machen. Die Eltern wollten dies nicht, sondern eine Förderung auf Türkisch. Dies wurde nicht direkt kommuniziert, kam aber subtil deutlich zum Ausdruck. Das Kind erschien auch regelmäßig zu den vereinbarten Terminen, verweigerte jedoch die Therapie aufgrund der fehlenden Deutschkenntnisse. Mahsum Yousif versuchte, mit dem Kind ein bisschen Türkisch zu sprechen, worauf das Kind reagierte. Die fehlenden Verständigungsmöglichkeiten des Kindes in allen alltäglichen Bereichen, wie z.B. im Kindergarten, frustrierten das Kind aber sehr stark und es wurde zunehmend aggressiv. Nach der Kontaktaufnahme mit einer türkischen Sprachtherapeutin besucht das Kind nun die Sprachtherapie auf Türkisch, was besser funktioniert. Dennoch bleibt das Problem der fehlenden Deutschkenntnisse bestehen.

Zur Lösung dieser Situation findet eine parallele Therapie in Absprache mit dem Autismus-Therapie-Zentrum auf Deutsch nun auch im Kindergarten statt.

Eine Teilnehmerin, die in einer Praxis für Sprach- und Ergotherapie mit Spezialisierung auf Autismus-Spektrum-Störungen arbeitet, befürwortet die dargelegte Vorgehensweise in der therapeutischen Arbeit im bilingualen Bereich. Sie selbst rät den Eltern dazu, zuhause in der Muttersprache zu sprechen, weil die Muttersprache ihrer Meinung nach sehr wichtig ist. Es komme auch darauf an, wie gut das betroffene Kind die Muttersprache spreche und die Therapeut*innen könnten dies häufig nicht beurteilen, sondern nur die Eltern, die in diesem Punkt als Spezialisten für ihr Kind gesehen werden. Im Alltäglichen sollten die Kinder sich dann auf das Deutsche konzentrieren.

Die therapeutische Arbeit mit autistischen Kindern erfolgt häufig mit Materialien, die eine non-verbale Kommunikation ermöglichen. Dabei handelt es sich z.B. um das PECS-Programm und die Arbeit mit Metacom-Karten, ein Symbolsystem zur unterstützten Kommunikation²¹.

PECS Daten

PECS ist ein einzigartiges alternatives und ergänzendes Kommunikationssystem, das 1985 in den USA entwickelt wurde. Anfangs im „Delaware autism program“ bei Vorschulkindern mit einer Autismusdiagnose angewandt, wurde PECS seither weltweit mit tausenden Lernenden jeden Alters und unterschiedlichen kognitiven, physischen und kommunikativen Einschränkungen erfolgreich verwendet.

Das PECS-Lehrprotokoll basiert auf B. F. Skinners Buch „verbal behavior“ und einem breiten Spektrum der Verhaltensanalyse. Im gesamten Protokoll werden spezifische Hilfe- und Verstärkungsstrategien verwendet, die zu selbstständiger Kommunikation führen. Das Protokoll enthält auch systematische Fehlerkorrekturverfahren, um das Lernen zu fördern, wenn ein Fehler auftritt. Verbale Aufforderungen werden nicht verwendet, wodurch eine sofortige Initiierung durch das Kind aufgebaut und eine Abhängigkeit von Modell und Aufforderungen vermieden wird.

PECS besteht aus sechs Phasen und beginnt damit, die Schülerin oder den Schüler zu lehren, einem „Kommunikationspartner“ oder einer „Kommunikationspartnerin“ ein einzelnes Bild eines gewünschten Gegenstands oder einer Aktion zu geben, welches diese/r als Anfrage sofort honoriert. Das System lehrt dann die Unterscheidung von Bildern und wie man diese zu Sätzen zusammensetzt. In den weiter fortgeschrittenen Phasen lernen die Teilnehmer*innen, Attribute zu verwenden, Fragen zu beantworten und Kommentare abzugeben.

Das primäre Ziel von PECS ist es, funktionale Kommunikation zu lehren. Die Forschung hat gezeigt, dass einige Schüler*innen, die PECS verwenden, auch Sprache entwickeln. Andere können zu einem Sprachcomputer („Talker“) übergehen. Forschungsarbeiten, die die Wirksamkeit von PECS als evidenzbasierte Praxis unterstützen, sind umfangreich und wachsen beständig mit derzeit bereits mehr als 150 Forschungsartikeln aus aller Welt.²²

Es wird diskutiert, was dies im Bereich der Zweisprachigkeit in der Arbeit mit Kindern bedeutet. Da es beim PECS-Programm wie auch bei den Metacom-Karten um Bildsprachen handelt, kommt die Frage auf, ob je nach Land/ Landessprache auch unterschied-

²¹ <http://metacom-symbole.de>

²² <https://pecs-germany.com/picture-exchange-communication-system-pecs/>

liche Bilder verwendet werden. Metacom-Karten sind weltweit alle gleich, nur in geringeren Fällen gibt es Abweichungen. Die Karten können bei Bedarf zusätzlich in verschiedenen Sprachen beschriftet werden. Für Updates zu fehlenden Begriffen bei PECS gibt es für Betroffene mit Autismus-Spektrum-Störungen Kontaktpersonen, die entsprechende neue Karten erstellen.

Eine betroffene Familie merkt an, dass das PECS-Programm ziemlich teuer ist und nur bei der Therapie in einer Praxis angewendet werden kann. Zuhause jedoch müssen die Eltern mit selbstgemalten Bildern arbeiten. Ein Teilnehmer, Vater eines Sohnes mit Autismus-Spektrum-Störung berichtet, wie die praktische Anwendung von PECS bei seinem Sohn erfolgt: Der Sohn spricht überhaupt nicht und die Kommunikation erfolgt ausschließlich mittels der Bildsprache mit einem Belohnungssystem. Er gibt ein Beispiel: Die Eltern teilen dem Kind die Aufgabe mit PECS mit. Das Kind muss z.B. vor dem Essen die Hände waschen, es muss zur Toilette gehen usw. Nach der Erfüllung der jeweiligen Aufgabe erhält der Sohn dann eine Belohnung, welche ebenfalls mit entsprechenden Karten mitgeteilt wird. Ziel ist es, ein Programm für regelmäßige alltägliche Abläufe zu etablieren.

Mahsum Yousif erläutert an einem weiteren Beispiel den Einsatz von PECS und Metacom: Wenn in der Schule zum ersten Mal ein Schwimmkurs stattfinden soll, ist es wichtig für autistische Kinder, sie langsam auf diese neue Situation vorzubereiten. Mithilfe der Karten werden zunächst die passenden Alltagssituationen mithilfe von Karten dargestellt, die den Kontakt mit Wasser beinhalten, wie sich waschen, duschen, usw. Das Kind wird so langsam an das Schwimmen herangeführt. Grundsätzlich verwendet Yousif die Bildprogramme, um Verhaltensregeln einzuüben, Belohnungen anzukündigen und um bei schlechtem Verhalten dem Kind auch Konsequenzen aufzuzeigen.

47

In der Therapie werden außerdem verschiedene Computerprogramme oder Apps mit Spracheingabe eingesetzt, wodurch Kinder zusätzlich unterstützt werden können. Die Therapieansätze sind je Kind und nach Autismusart, z.B. frühkindlichem Autismus oder Asperger-Syndrom, verschieden und können auch unterschiedliche Inhalte haben. Bei der Therapie geht es meist um soziale Interaktion, d.h. dass die Person mit der Autismus-Spektrum-Störung imstande ist, mit den anderen Personen mithilfe von Karten zu interagieren. Es ist auch nützlich, einen Wochenplan für das jeweilige Kind zu erstellen, damit die Kinder ihre Abläufe kennen, wodurch Frustrationen oder Wutausbrüche vermieden werden können.

Bei jedem Kind muss eine möglichst differenzierte Herangehensweise erfolgen. Es gibt Kinder, die nur mit Hilfe von Bildsprache kommunizieren können und wiederum Kinder, die zwar sprechen können, bei denen jedoch der Umgang mit dem Thema Bilingualität im Fördersetting entscheidender ist. Die Kommunikation mithilfe von Bildkommunikationssystemen ist im interkulturellen Setting aber grundsätzlich sehr hilfreich, da weder der Therapeut oder die Therapeutin noch das betreffende Kind auf verbale Kommunikation angewiesen sind.

Teil 2: Erfahrungsbericht einer syrisch-russischen Familie mit einem autistischen Kind und Dialog mit den Workshop-Teilnehmenden

Der Vater der betroffenen Familie ist bei der Tagung zusammen mit seiner Schwester zu Gast. Er stammt aus Syrien, die Mutter ist russischstämmig. Sie leben mit dem betroffenen Sohn, der 13 Jahre alt ist und zwei weiteren Kindern in den Niederlanden.

Die älteste Tochter ist 18 Jahre alt und kümmert sich mit um ihren Bruder. Als bei ihm die Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wurde, war sie sieben Jahre alt.

Bis zum Alter von zwei Jahren hat der Sohn eine normale Entwicklung durchlaufen. Nach dem zweiten Lebensjahr sind insbesondere Kommunikationsschwierigkeiten auffällig geworden. Es wurde schwieriger mit ihm Augenkontakt zu halten, eine altersgerechte Sprachentwicklung bleibt aus und dem Sohn fiel es immer schwerer, ruhig zu sitzen. Heute besucht der Junge eine Förderschule. Dort vermeidet er die Kommunikation mit anderen Kindern und besucht andere Kinder privat auch ungern, da ihn das überfordert.

Der Vater ist grundsätzlich davon überzeugt, dass die Autismus-Spektrum-Störung bei seinem Sohn nach einer Impfung aufgetreten ist. Eine Mitarbeiterin der Lebenshilfe Dortmund berichtet aus ihrem Berufsalltag, dass viele Familien aus dem arabischen Raum oder aus Russland dieselbe Überzeugung haben, dass Impfungen in vielen Fällen dazu führen, dass Kinder an Autismus erkranken. Obwohl es dazu weder Studien noch eine wissenschaftliche Evidenz gibt, halten viele der betroffenen migrantischen Eltern an dieser Überzeugung fest. Der Vater berichtet, dass die Familie vom niederländischen Staat sehr viel Unterstützung erhalten hat. Die Behörden haben ein Haus mit Garten für die Familie eingerichtet und finanziert, wodurch dem Sohn ermöglicht wird, sich ungestört zu bewegen. Jährlich erhält die Familie ein Pflegegeld aus einer Versicherung von 30.000 €, wovon der größte Teil für die spezielle und teure Ernährung des Sohnes (laktose- und glutenfreien Lebensmittel) verbraucht wird, da er an diversen Allergien leidet. Diese Lebensmittel sind nach Angaben des Vaters sehr teuer.

48

Trotzdem ist die Bewältigung des Alltags sehr schwer. Der Familienvater ist berufstätig und arbeitet bis zu 12 Stunden am Tag, Die Mutter ist diejenige, die sich um den Sohn kümmert. Der Sohn akzeptiert keine anderen Bezugspersonen außer seinen Eltern und seiner Schwester. Auch hier ist Mehrsprachigkeit ein Thema. Der Sohn spricht kein Arabisch, sondern Niederländisch und Russisch. In der Therapie und Förderung wird ausschließlich Niederländisch gesprochen.

Die Familie sucht nach passenden Therapien, Übungen, Diäten usw., wodurch ihrem Sohn das Leben erleichtert werden kann. Es wurden bereits verschiedene Therapiemöglichkeiten in Anspruch genommen, z.B. eine Sauerstoff- Therapie und eine Delfin-Therapie, die aber keine Verbesserung erzielt haben. Die Familie ist ständig auf der Suche nach Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten und diesbezüglich eng vernetzt mit anderen betroffenen arabischen Familien. Von einer jordanischen Familie hat die Familie von einem Arzt in Israel erfahren, der zur Behandlung von Autismus eine Stammzellentransplantation durchführt. Diese wurde bei seinem Sohn mit Stammzellen der Schwester durchgeführt, wodurch sich zumindest die Aggression bei seinem Sohn vermindert hat.

Da sich sehr viel der Aufmerksamkeit der Familie im alltäglichen Leben auf den autistischen Sohn konzentriert, kommt die Frage auf, ob die Bedürfnisse der anderen beiden

Kinder und auch der Eltern selbst nicht zu stark vernachlässigt würden. Der Vater bestätigt, dass eine „normale“ Lebensgestaltung, die Kontaktpflege mit anderen usw. sehr schwer ist, die Familie sich aber mit dieser Lebensart arrangiert habe.

Dennoch ist die Sorge unter den Teilnehmenden groß, dass die Eltern die anderen Kinder vernachlässigen könnten. Der Vater berichtet, dass die heute älteste Tochter seiner Ansicht nach bereits im Alter von acht Jahren sehr verständig auf die Situation reagiert habe. Von Beginn an habe sie sich sehr für die gesundheitliche Situation ihres Bruders interessiert und freiwillig viele Kurse zum Thema Autismus und Betreuung belegt. Heute ist sie 18 Jahre alt und fester Bestandteil der Betreuungsarbeit. Sie erhält dafür einen Teil des jährlichen Pflegeversicherungsgeldes. Zur weiteren Unterstützung der Familie möchte sie nach ihrem Schulabschluss Psychologie studieren.

Fazit und Anregungen

Aufgrund des Erfahrungsberichts der syrisch-russischen Familie wird angeregt, die Autismus-Spektrum-Störung als chronische Erkrankung mehr zu akzeptieren und sich weniger auf Heilungsmöglichkeiten zu fokussieren. Es wird für die Teilnehmenden sehr deutlich, wie herausfordernd und anstrengend der Alltag mit einem autistischen Kind sein kann und wie wichtig professionelle und auch private Hilfesysteme sind, um Familien in solchen Lebenssituationen zu unterstützen bzw. zu entlasten. Bei Familien mit Zuwanderungsgeschichte kommt erschwerend hinzu, mit den Unterstützungssystemen im Aufnahmeland nicht vertraut zu sein und aufgrund von Sprachbarrieren fehlende Zugangsmöglichkeiten zu Informationen zu haben. In dieser Hinsicht müssten die Eltern z.B. über Pflegegeldmöglichkeiten, Schwerbehindertenausweis und die jeweiligen Beantragungsprozesse aufgeklärt werden, da viele Systeme häufig in anderen Ländern gar nicht existieren und daher nicht bekannt sind.

Unterstützend sind soziale Medien hilfreich und nötig, um Wissen über Behinderungen und Störungen wie Autismus effektiver zu verbreiten. Studien über Zugänglichkeitsbarrieren zu Informationen zum Umgang mit Behinderungen in Deutschland oder Leistungen für Geflüchtete und Migrant*innen haben ergeben, dass bisher zu wenig moderne Medien genutzt werden. Eine Teilnehmerin empfiehlt zur Verbesserung die App „Capito“.

Die App „Capito“

Laut einer deutschen Studie von LEO verstehen nur 60% der deutschen Bevölkerung Informationen nur bis zur Sprachstufe B1. Nur 7 Prozent beherrschen die Sprachstufen C1 oder C2. 68% der Firmen- und Behördeninformationen sind jedoch nur in der Sprachstufe C1 verfügbar. Die App Capito stellt Übersetzungen in verschiedenen Sprachstufen oder Sprachen zur Verfügung. Die Benutzerin oder der Benutzer wählt ganz einfach per Fingertipp die passende Version.

Capito übersetzt in drei Sprachstufen: A1 (kurz und einfach), A2 (leicht verständlich erklärt) und B1 (Umgangssprache). Grundlage für die Übersetzung ist der Capito Qualitäts-Standard.



Die App Capito (italienisch für: „Ich habe verstanden“) macht amtliche Sprache leichter verständlich. (Screenshot App-Store)

Die App hilft Menschen, Informationen besser zu verstehen und Kommunikationsbarrieren zwischen Menschen und Organisationen abzubauen²³.

Die Teilnehmenden melden zurück, gute Einblicke in die verschiedenen Therapiemethoden für die eigene interkulturelle Arbeit mit Kindern mit Behinderung und Beeinträchtigung erhalten zu haben und möchten die Ansätze und praktischen Tipps zur Verwendung von Materialien im Therapieverfahren gerne übernehmen. Dadurch, dass die vorgestellten Materialien z.B. im arabischen Sprachraum gleichermaßen gebraucht werden, bieten sie gute Anknüpfungspunkte für die eigene therapeutische Arbeit mit Kindern und Eltern mit Flucht- und Migrationshintergrund. Auch für Teilnehmer*innen aus Beratungssettings, z.B. in der Flüchtlingsberatung, waren die Workshop-Inhalte sehr hilfreich, da sie häufig nach mehrsprachigen bzw. muttersprachlichen therapeutischen Angeboten gefragt werden, wenn Deutschkenntnisse noch nicht ausreichend vorhanden sind.

Die therapeutischen Praxisbeispiele (mit Präsentation von entsprechenden Materialien), die zeigten, dass die Verwendung von zunächst einer Sprache in der Therapie bei autistischen Kindern sehr hilfreich sein kann, bietet nach Rückmeldung der Teilnehmer*innen eine gute Handlungsorientierung für das eigene Vorgehen in der Zukunft.



Kirsten Ben Haddou (r.) moderierte den Erfahrungsaustausch im Workshop 2.

²³ <https://www.capito.eu/capito-app/>

Workshop 3: Interkulturelle Selbsthilfe

Yasmina Ouakidi, Interaktiv e.V., Berlin, Fatma Şahin, Chill ma! e.V./ Kermit e.V., Dortmund

Moderation: Dejan Ivastanin/IBB e.V.

Bevor die Referentinnen ihre Arbeit vorstellen, formulieren die Workshopteilnehmer*innen in einer Vorstellungsrunde ihre Anliegen und Wünsche: Wie initiiert man eine Selbsthilfegruppe? Gibt es Fördermöglichkeiten von Projekten und Finanzierungen über die Krankenkassen oder ähnliche Träger? Welche Angebote kann man zu Niederschwelligkeit machen? Welche Selbsthilfegruppen gibt es in Dortmund und Umgebung?

Yasmina Ouakidi ist Projektkoordinatorin für die Selbsthilfe der Organisation Interaktiv e.V. in Berlin. Der Verein setzt sich für die Belange und Rechte von Menschen mit Behinderung sowie Migrationshintergrund oder Fluchtgeschichte ein. Die Begleitung und Betreuung der Klient*innen steht dabei im Mittelpunkt der Arbeit. Angeboten werden niedrigschwellige Beratungen und Begleitung bei sozialen, behördlichen und finanziellen Angelegenheiten. Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung besteht die Möglichkeit, an verschiedenen Betreuungsangeboten mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten teilzunehmen. Es gibt zudem Selbsthilfe- und Coaching-Angebote, die sich mit den Zielen Stärkung, Unterstützung und Entlastung an Angehörige von Menschen mit Behinderung richten. Für Familien mit Kindern mit und ohne Behinderung werden zahlreiche Bildungs-, Kultur- und Freizeitangebote bereitgehalten mit dem Ziel inklusive Erlebnis- und Begegnungsräume zu schaffen und den interkulturellen und interreligiösen Dialog zu fördern. Der Verein wurde vor sieben Jahren ausschließlich mit Selbsthilfegruppen und dem Engagement der Beteiligten ohne jegliche finanzielle Förderung gegründet. Nach und nach sind dann mehr Arbeitsfelder und Projekte hinzugekommen.

Das wichtigste Ziel von Interaktiv e.V. ist das Empowerment: Die Stärkung der Beteiligten und Hilfe zur Selbsthilfe. Die Klientel ist sehr divers, nicht nur im Hinblick auf die Nationalität. Es kommen viele Familien mit sehr unterschiedlichen Lebensgeschichten und Hintergründen. Viele der betreuten Familien haben Kinder mit multiplen Problematiken, darunter auch welche mit einer Autismus-Spektrum-Störung, Trisomie 21 oder einer mehrfachen Behinderung.

Zu Interaktiv e.V. kommen vor allem Familien mit mehreren Kindern, von denen meist ein oder zwei Kinder von Behinderung und Beeinträchtigung betroffen sind und deren alltägliche Belastungen enorm hoch sind.

Der Kontakt zu Familien entsteht dadurch, dass sie meist mit einem konkreten Beratungsanliegen kommen oder sich für ein bestehendes Angebot des Vereins interessieren. Häufig werden die Familien auch durch andere Hilfesysteme weitergeleitet, um die bestehenden Angebote von Interaktiv e.V. in Anspruch zu nehmen. Geklärt wird in der Beratung zunächst der Bedarf der Hilfesuchenden. Es gibt Betreuungsangebote, familienentlastende Dienste, Freizeitangebote usw. Es wird individuell geschaut, welches Angebot zur jeweiligen Familie und dem betroffenen Kind oder Jugendlichen passt. Weiterhin wird überlegt, wie Familien eingebunden werden können, welche Vernetzungsmöglichkeiten untereinander bestehen und hilfreich sind. Es ist wichtig, den Familien auf dem Weg zur Selbsthilfe und Verbesserung ihrer Lebenssituation langfristige Möglich-



Yasmina Ouakidi (r.) stellte die Arbeit des Vereins Interaktiv e.V. vor.

keiten und Perspektiven zu vermitteln: Das bedeutet auch, Familien auf die Herausforderungen mit nicht immer behindertengerechten Strukturen in der Gesellschaft und den Hilfesystemen vorzubereiten und in dieser Hinsicht zu stärken. In den verschiedenen Projekten geht es immer vor allem um Kontaktpflege und Spaß an der Begegnung, dem gegenseitigen Austausch und der gegenseitigen Hilfe und Informationsweitergabe untereinander. Auch politisches Engagement und das Aufzeigen gesellschaftlicher Missstände und das Einfordern von Rechten für Menschen mit Behinderung ist Bestandteil der Arbeit.

52

Koordination von Selbsthilfegruppen - Chancen und Schwierigkeiten

Momentan bestehen bei Interaktiv e.V. zehn Selbsthilfegruppen, davon zwei muttersprachliche Gruppen auf Türkisch, eine Gruppe für Väter und eine interkulturelle Gruppe für Angehörige von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung. Da die Arbeit mit der Autismus-Selbsthilfegruppe sich nicht von anderen Selbsthilfegruppen unterscheidet, wird im Allgemeinen über Chancen und Schwierigkeiten berichtet.

Die Selbsthilfegruppen funktionieren nicht autonom nach dem Prinzip der Selbstorganisation, sondern müssen zumeist von außen koordiniert und organisiert werden. Wenn die Organisation von regelmäßigen Treffen einer Gruppe überlassen wird, funktioniert dies meist nicht. In der Regel finden die Treffen einmal pro Monat statt, organisiert und koordiniert durch Yasmina Ouakidi. Zur Terminfestlegung hat sich besonders im interkulturellen Bereich der Einsatz von WhatsApp-Gruppen als nützlich und hilfreich erwiesen. Ankündigungen auf der Website funktionieren nicht und E-Mails werden von den Familien häufig nicht gelesen.

Zusätzlich müssen äußere Anreize geschaffen werden, damit die Mitglieder genug Motivation haben, um an den Treffen teilzunehmen. Häufig gibt es bestimmte Fragen oder Themen, zu denen fachlicher Rat und Informationen benötigt werden. Daher ist es wichtig, öfter entsprechende Referent*innen zu wichtigen Themen einzuladen. Um bei den interkulturell zusammengesetzten Gruppen die genauen Handlungsbedarfe regelmäßig

abzufragen und den Austausch aller Anwesenden zu gewährleisten, werden Sprachmittler*innen und Dolmetscher*innen eingesetzt.

Jede Selbsthilfegruppe hat eine eigene WhatsApp-Gruppe, in der auf Termine hingewiesen und auch eingeladene Referent*innen vorgestellt werden, entweder unter Einsatz von einfacher Sprache oder notfalls auch in verschiedene Sprachen übersetzt. Erfahrungsgemäß nehmen Angehörige mit Migrationshintergrund eher an den Treffen teil, wenn die Referent*innen Ärzt*innen oder Jurist*innen sind, da sie eher als Autoritätspersonen wahrgenommen werden und zu für die Zielgruppe relevanten Themen referieren.

Als wirksam zur Verstärkung von Partizipation an den interkulturellen Selbsthilfeangeboten hat sich eine Verzahnung von Maßnahmen erwiesen. Das Projekt „Interkulturelles niederschwelliges Gesundheits- und Teilhabeprojekt“ (InGT)²⁴, verbindet die Soziale Beratung, eine Interview- und Vortragsreihe sowie Entspannungs- und Wohlfühl-Workshops miteinander. In Absprache mit den Krankenkassen kommen ratsuchende Menschen nicht einfach spontan in die Beratung bei Interaktiv, sondern es werden Peer-Berater*innen miteinbezogen. Die beratende Sozialpädagogin macht die Beratung nur terminiert und dazu kommt noch eine Peer-Beraterin zu vereinbarten Zeiten. Die Peer-Beraterin spricht in der Regel die Sprache des Herkunftslandes, sowie weitere Sprachen. Die Peer-Beraterin hat vermittelnden Charakter und begleitet die Person(en) zum ersten Beratungstermin und ergänzend zum Erstbesuch einer Selbsthilfeveranstaltung. Es gibt auch verschiedene Entspannungsworkshops für die Eltern (Yoga, autogenes Training, usw.) und die Peer-Beraterin ermöglicht auch die Vermittlung von Eltern in diese Workshops.

Als Barriere für die regelmäßige Teilnahme der Angehörigen an Selbsthilfetreffen hat sich die mangelnde Betreuung der Kinder und Jugendlichen zu dieser Zeit erwiesen, weshalb der Verein auch Kinderbetreuung anbietet. Zwar sind die Kinder meist in Förderschulen oder Werkstätten untergebracht, aber besonders Jugendliche haben in den Werkstätten häufiger Konflikte. Als Grund nennt Yasmina Ouakidi die mangelnde interkulturelle Öffnung und fehlende Kultursensibilität der Einrichtungen. Neben der Schwierigkeit des Umgangs mit einer vorliegenden Behinderung oder Beeinträchtigung der Kinder werden viele Elterngespräche ohne Sprachmittlung durchgeführt, was zu mangelhafter Kommunikation und Missverständnissen führt, sodass auf die Bedarfe oder Bedürfnisse der Eltern nicht richtig eingegangen wird. Kinder würden häufig zu schnell mit der Begründung ausgeschlossen, dass sie zu unselbständig für die Betreuung in einer Werkstatt seien und/oder eine Gefahr für sich und andere darstellen würden. Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung werden immer wieder auch vom Schulunterricht ausgeschlossen, wenn das Kind bedingt durch die Störung zu Aggressionen neigt. Viele dieser Kinder müssen dann zuhause betreut werden. Diese Problematik ist auch bei vielen anderen Trägern der interkulturellen Behindertenarbeit bekannt. Obwohl es sich auch eine strukturelle Problematik in den Institutionen handelt, wird dies den Familien angelastet. Leider erleben viele Familien im alltäglichen Leben zusätzlich zu den sowieso bestehenden Belastungen häufig Vorwürfe, dass sie viele Kinder zu Hause haben (einige davon mit Beeinträchtigung) und nicht arbeiten gehen, dass sie schlecht oder gar kein Deutsch sprechen, usw.

²⁴ <https://www.interaktiv-berlin.de/de/projekte/interkulturelles-niedrigschwelliges-gesundheits-teilhabeprojekt/stark-durch-erfahrung-interview-vortragsreihe/>
<https://www.youtube.com/watch?v=zvk3lFiZ3cY> (Interaktiv e.V., Film über Werte im Grundgesetz)

Angebote in den Selbsthilfegruppen sind dann nachhaltig, wenn sie an den Wochenenden stattfinden. Dazu ist es wichtig zu berücksichtigen, Familienangebote zu schaffen. Häufig leben die Familien zurückgezogen und sind nicht mehr im Austausch mit ihrem eigenen sonstigen Umfeld. Es geht nicht nur um die gemeinsamen Unternehmungen mit den Kindern, sondern auch um Aktivitäten, die ohne Kinder möglich sind. Es wurden daher ehrenamtliche Betreuungshilfen für die Familien zu Verfügung gestellt, damit Familienmitglieder sich auch ohne Hemmungen untereinander austauschen oder miteinander an einer Aktivität teilnehmen können. Im Rahmen dessen wurden Ausflüge oder unterschiedliche Besuche organisiert.

Fatma Şahin, Chill ma! e.V. und Kermit e.V., Dortmund

Fatma Şahin hat eine Tochter mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) und hat die Selbsthilfegruppe „Wir sind stark“ für Eltern und Angehörige von ADHS-Kindern ins Leben gerufen. Aus dieser, schon länger bestehenden Gruppe, ist der Verein „Chill ma!“ hervorgegangen. Der Verein ist interkulturell, da eine erhebliche Anzahl von Mitgliedern einen Migrationshintergrund hat. Der Name wurde auch gewählt, um Jugendliche anzusprechen. Der Verein ist noch in der Aufbauphase und wirbt mit dem Motto „Wir wollen weiterhelfen“, da viele Eltern und Angehörige überfordert sind und Informationen benötigen. Viele sind allein nicht in der Lage, für ihre Belange und Rechte einzutreten. Neben der Unterstützung der Mitglieder ist ein Hauptanliegen des Vereins die Aufklärungsarbeit in Schulen und Kindergärten, damit ADHS-Kinder „nicht auf der Strecke bleiben“. Laut Frau Şahin muss in den Bildungsinstitutionen für jede kleine Sache gekämpft werden, damit Veränderungen erreicht werden können. Ihre Tochter besucht die 10. Klasse einer Dortmunder Schule. Da Kinder mit ADHS keinen „Filter“ haben, um Geräusche und Störungen auszublenden, hat Fatma Şahin für ihre Tochter einen sog. Nachteilsausgleich für die Klausuren beantragt und dieser wurde auch genehmigt. Nachteilsausgleich bedeutet eine Verlängerung der Klausurzeit um 15 Minuten. Im Zuge dieser Vereinbarung mit der Schule darf die Tochter zur Verbesserung der Konzentration bei Klausuren auch Musik hören. Dazu darf allerdings kein internetfähiges Handy verwendet werden. Es wird auch versucht, einen Laptop für die Klausuren bewilligen zu lassen, weil die Tochter nur sehr schlecht und sehr langsam schreiben kann. Dadurch verliert sie sehr viel Zeit und schafft häufig nicht einmal die Hälfte der Aufgaben in der vorgegebenen Zeit - trotz des gewährten Nachteilsausgleichs. Die Schulen müssen zur Bewilligung von zusätzlichen Lernmitteln mit den zuständigen Bezirksregierungen im Kontakt treten. Zur Verbesserung der gesamten Lern- und Fördersituation von ADHS-Kindern reicht aber auch ein Nachteilsausgleich nicht aus. Dazu müssten grundsätzlichere Änderungen im Schulsystem eingeführt werden, meint Fatma Şahin.

Weiterhin ist sie auch im neugegründeten Verein „Kermit e.V.“, aktiv, dessen Hauptanliegen es ist, weitere, auch überregionale Bündnisse zu schaffen und strukturschwache, interkulturelle Vereine der Behindertenhilfe zu unterstützen. Das Problem vieler Vereine liegt in der administrativen Arbeit. Schwächen bestehen hier häufig bei Projektbeantragungen zur finanziellen Unterstützung, Verfassen von Berichten usw. Durch die Übernahme der administrativen Aufgaben durch „Kermit e.V.“ können sich die Selbsthilfevereine dann auf die inhaltlichen Kernaufgaben konzentrieren.

Selbsthilfe bei Behinderung muss besonders im Bereich der migrantischen Arbeit gleichzeitig möglichst niederschwellig und doch anspruchsvoll sein. Informelle Treffen, z.B. mit gemeinsamem Frühstück und Austauschmöglichkeiten sind zwar wichtig, aber es muss

um Inhalte gehen, die für die Bewältigung des Lebensalltags bedeutsam sind. Die Menschen fühlen sich dann wahrgenommen, wenn sie merken, dass sich jemand Gedanken um ihre Bedürfnisse gemacht hat. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Betroffenen sich mitgenommen, aber nicht bevormundet fühlen. Wichtig ist auch, nicht nur eine Gruppe mit einer besonderen Problematik anzusprechen, sondern eine Vielfalt an Angeboten zu schaffen, die möglichst frei genutzt werden können. Manche Familien haben ganz konkrete Anliegen, andere möchten sich erst einmal umschauchen. Es lässt sich mit der Arbeit mit den Jugendlichen vergleichen. Die Selbsthilfearbeit darf nicht bevormundend ausgestaltet werden, da der Bereich hochsensibel ist. Trotzdem ist es sehr wichtig, eine Offenheit zu schaffen. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Vielfalt an Angeboten zu schaffen. Dazu gehört auch - wie schon von Yasmina Ouakidi berichtet - interessante Veranstaltungen zu bestimmten Themen anzubieten, wie z.B. mit Referent*innen aus dem heute vorgestellten Autismus-Zentrum oder Referent*innen aus anderen behindertenrelevanten Themenbereichen, die für die Familien attraktiv sein könnten.



55

Welche strukturellen Hilfen benötigt erfolgreiche Selbsthilfearbeit? Diese Frage wurde im Workshop 3 anhand von Beispielen aus der Praxis diskutiert.

Weitere Ergebnisse der Diskussion:

Erhöhung der Sichtbarkeit der interkulturellen Behinderten(selbst)hilfe durch Medien

Mediale Auftritte in Form von Berichten, kurzen Posts oder Fotos helfen immer, die verschiedenen Aktivitäten der Vereine für die Zielgruppe zu veranschaulichen. Diese Form der Berichterstattung wirkt sich positiv auf Menschen mit Migrationshintergrund aus und beeinflusst deren Teilnahme an bestimmten Programmen, da soziale Medien von vielen Migrant*innen genutzt werden und daher zur Werbung als Zielgruppen der Vereine gut

funktionieren. Auch die Mund-zu-Mund Propaganda hat sich in der interkulturellen Arbeit als hilfreich erwiesen, wodurch häufig auch ehrenamtliche Begleiter*innen oder Sprachmittler*innen gewonnen werden.

Strukturelle Aspekte: Finanzierung, Lobbyarbeit, Vereinsgründung

Die Finanzierung von Projekten mit dem Schwerpunkt „Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund mit Behinderung und Beeinträchtigung“ ist sehr schwierig. Der Erhalt von Vereinen wie Interaktiv e.V. ist gerade zur Unterstützung der oben genannten Gruppe sehr wichtig, da die Adressat*innen ohne Lobbyarbeit und finanziell abgesicherte Angebote, kaum Unterstützung erhalten würden. Trotz Projektförderung sind die Angestellten meist unterbezahlt und von vielen Überstunden betroffen und nicht alle wichtigen Angebote können über Projektmittel abgedeckt werden. Yasmina Ouakidi erklärt, dass in Berlin vor allem Vernetzungsprojekte gerne gefördert werden, die zwar sehr positiv, allerdings auch sehr zeitaufwändig sind. Es gibt in diesem Bereich sehr viele Honorarkräfte bei Interaktiv e.V., welche aus diesen Mitteln finanziert sind, aber die Honorargrenzen für die in Projekten tätigen Menschen sind eng bemessen. Es gibt auch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen bei Interaktiv e.V., die aus diesen Mitteln eine kleine Aufwandsentschädigung erhalten.

Die Diskussion um Inklusion lässt den interkulturellen Kontext vielfach komplett außer Acht. Häufig ist nur von Menschen mit und ohne Behinderung die Rede. Das sieht man in Berlin in sogenannten inklusiven Schulen oder Kindergärten. Dort wird die Vielfalt generell ausgeblendet; auch andere Kulturen und Werte werden nicht genügend berücksichtigt. Interaktiv e.V. versucht, sich für die Förderung und Veränderung des Inklusionsverständnisses einzusetzen. Das bedeutet z.B. auch, dass der Raum für Sprach- oder Kulturmittlung geschaffen werden muss bzw. selbstverständlicher wird, um der Vielfalt in der Gesellschaft gerecht zu werden.



#IMPRESSIONEN

#FAZIT

Fazit und Ausblick

Auch der Fachtag zu Inklud:Mi 2019 hat erneut gezeigt, dass es immer neue Fragen und Herausforderungen gibt und Migrationsprozesse und der gesellschaftliche Wandel nie abgeschlossen werden, sondern ein stetiger Prozess sind. Unsere Gesellschaft befindet sich in einem demografischen Turbowandel. Nicht nur, dass neue und vielfältige Zuwanderungsgruppen u.a. durch die Fluchtgeschnehnisse seit 2015 in Deutschland leben. Denn selbstverständlich bringen auch sie gleichen oder differenten Unterstützungsbedarf mit, besonders die vulnerablen Gruppen der Kinder, Frauen und Menschen mit Beeinträchtigungen oder psychischer Erkrankung.

Zugleich verfügen die neuen und schon vor vielen Jahren Zugewanderten über eigene Expertisen für die genannte Unterstützungsarbeit, zum Teil mit differenter Sichtweise oder divergenter wissenschaftlicher Fundierung. Diese Expertisen gilt es zu nutzen und den Expert*innen mit Zuwanderungs- und/oder bikultureller Erfahrung Partizipation in den entsprechenden Berufsfeldern zu ermöglichen. Zu denken ist an die vereinfachte Anerkennung nachweislich erworbener Fachkenntnisse ggf. durch alternative Feststellungsverfahren, wenn Dokumente etc. einmal fehlen. Zu denken ist auch an die interkulturelle Öffnung im Personalplanungs- und Ausbildungsbereich. Was im ärztlich-medizinischen Bereich schon lange üblich ist, sollte auch im pädagogischen, psychologischen und therapeutischen Bereich weiter ausgebaut werden. Auch hier existieren Fachleute, die ein hervorragendes Additiv zu bestehendem Personal bilden können. Es geht also um mehrere Inklusionsebenen, nämlich um die Einbeziehung der Hilfesuchenden und um die Teilhabe der Fachkräfte aus dem Kreis Zugewanderter.

59

Auch die Alterspyramide unserer Gesellschaft wird ausgeprägter und auch hier spielen die Zugewanderten der ersten und auch schon der zweiten Generation eine Rolle als Teil eben dieser alternden Gesellschaft mit oft besonderem Bedarf. Auch hier werden u.U. vielfältige kultursensible Angebote nötig, um volle Teilhabe auch im hohen Lebensalter zu erreichen. Und auch hier müssen wir auf das vielfältige Wissen von Menschen mit zusätzlicher bi- oder multikultureller und multisprachlicher Erfahrung zurückgreifen. Nur so werden wir die Herausforderungen einer zunehmend diversen Gesellschaft zufriedenstellend bewältigen und die vielbeschworene Teilhabe auch vulnerabler Gruppen erzielen. Gesetze bilden eine gute Grundlage, müssen aber auch innerhalb der Gesellschaft akzeptiert und umgesetzt werden.

Für das Internationale Bildungs- und Begegnungswerk e.V. in Dortmund bedeutet dies, dass wir mit unserem erweiterten Inklusionsverständnis auch weiterhin an diesen Fragen auf den kommenden Fachtagen und mit den Netzwerken arbeiten werden.

#IMPRESSUM



Impressum

Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e.V. (IBB e.V.)

Bornstraße 66

44145 Dortmund

Telefon: 0231-952096-0

Website: www.ibb-d.de

E-Mail: fokus@ibb-d.de

61

Lektorat: Hildegard Azimi-Boedecker, Kirsten Ben Haddou, Dejan Ivastanin

Gestaltung/Fotos: Mechthild vom Büchel/ Stephan Schütze

© Vervielfältigung und öffentliche Nutzung nur mit ausdrücklicher Genehmigung des IBB e.V. und der Autor*innen

Mit freundlicher Unterstützung durch:



