

Sallat, Stephan; Hofbauer, Christiane; Jurleta, Robert  
**Inklusion an den Schnittstellen von sprachlicher Bildung, Sprachförderung  
und Sprachtherapie. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative  
Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)**

München : Deutsches Jugendinstitut 2017, 65 S. - (WiFF Expertisen; 50)



Quellenangabe/ Reference:

Sallat, Stephan; Hofbauer, Christiane; Jurleta, Robert: Inklusion an den Schnittstellen von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). München : Deutsches Jugendinstitut 2017, 65 S. - (WiFF Expertisen; 50) - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-285174 - DOI: 10.25656/01:28517

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-285174>

<https://doi.org/10.25656/01:28517>

in Kooperation mit / in cooperation with:



**Deutsches  
Jugendinstitut**

<https://www.dji.de>

#### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

#### Kontakt / Contact:

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft



# Inklusion an den Schnittstellen von sprachlicher Bildung, Sprach- förderung und Sprachtherapie

*Stephan Sallat/Christiane Hofbauer/Robert Jurleta*

Das dieser Publikation zugrunde liegende Vorhaben wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Förderkennzeichen 01NV14071 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim Autorenteam.

Zitiervorschlag: Sallat, Stephan/Hofbauer, Christiane/Jurleta, Robert (2017): Inklusion an den Schnittstellen von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 50. München

© 2017 Deutsches Jugendinstitut e.V.  
Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)  
Nockherstraße 2, 81541 München  
E-Mail: [info@weiterbildungsinitiative.de](mailto:info@weiterbildungsinitiative.de)  
Diese Publikation ist kostenfrei erhältlich unter:  
[www.weiterbildungsinitiative.de/publikationen](http://www.weiterbildungsinitiative.de/publikationen)

Herausgeber: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI)  
Lektorat: Susanne John, München  
Schlussredaktion: Angelina Harutunian, Susanne Opitz, DJI  
Gestaltung, Satz: Brandung, Leipzig  
Druck: Henrich Druck+Medien GmbH, Frankfurt am Main

[www.weiterbildungsinitiative.de](http://www.weiterbildungsinitiative.de)

ISBN 978-3-86379-244-2

**Stephan Sallat/Christiane Hofbauer/Robert Jurleta**

# **Inklusion an den Schnittstellen von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie**

**Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)**



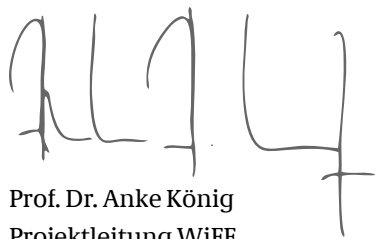
# Vorwort

Mit Hilfe der Sprache differenzieren wir unsere Erfahrungen. Sie ist ein wichtiges Kommunikationsmittel, das es uns ermöglicht, am Leben anderer teilzuhaben und andere an unserem Leben teilhaben zu lassen. Sprache schafft Distanz und rationalisiert das, was wir erlebt haben – diese Funktion macht sie zu einem zentralen Element von Bildung. Zu Recht wird daher den sprachlichen Aneignungsprozessen in Kindertageeinrichtungen eine hohe Bedeutung beigemessen.

Diese Aneignungsprozesse sind vielfältig. Im Zuge der Etablierung einer inklusiven sprachlichen Bildung gilt es, ihre Mannigfaltigkeit anzuerkennen, jedes einzelne Kind wertzuschätzen und seinem Handlungsvermögen responsiv zu begegnen. Die grundlegende Aufgabe aller beteiligten Fachkräfte muss es demnach sein, Kinder mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten in ihrer je individuellen Sprachaneignung bestmöglich zu unterstützen und sie so an Bildungsprozessen teilhaben zu lassen. Pädagogische Ansätze allein sind hierfür allerdings nicht immer zielführend. Notwendig ist ebenso eine intensive Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus den Arbeitsfeldern Sprachförderung und Sprachtherapie. Dieses Vorhaben ist derzeit kein leichtes Unterfangen: Unterschiedliche Gesetzesgrundlagen, Finanzierungsformen und Zuständigkeiten, aber auch disparate Begrifflichkeiten und Vorgehensweisen behindern einen effektiven Austausch und erschweren den Aufbau von inklusiven Strukturen an den Schnittstellen von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie.

In ihrer Expertise begreifen Stephan Sallat, Christiane Hofbauer und Robert Jurleta diese Defizite als Herausforderungen einer konkreten Ausgestaltung inklusiver sprachlicher Bildung. Die Leistung der Autorin und der Autoren liegt darin, nicht nur einen systematischen Überblick über dieses hochkomplexe Wirkungsfeld zu geben, sondern darüber hinaus pragmatische Wege zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu erschließen.

München, im Oktober 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anke König', with a stylized flourish at the end.

Prof. Dr. Anke König  
Projektleitung WiFF

# Inhalt

|          |                                                                                                                           |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>                                                                                                         | <b>8</b>  |
| <b>2</b> | <b>Organisation und Realisation von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie als Präventionsmaßnahmen</b> | <b>10</b> |
| 2.1      | Sprachliche Präventionsmaßnahmen                                                                                          | 11        |
| 2.1.1    | Maßnahmen der primären sprachlichen Prävention                                                                            | 11        |
| 2.1.2    | Maßnahmen der sekundären sprachlichen Prävention                                                                          | 12        |
| 2.1.3    | Maßnahmen der tertiären sprachlichen Prävention                                                                           | 13        |
| 2.2      | Handlungsakteure und Institutionen der sekundären und tertiären Prävention                                                | 14        |
| 2.3      | Zwischenfazit: Organisation und Realisation sprachlicher Präventionsmaßnahmen                                             | 17        |
| <b>3</b> | <b>Sprachlicher Förder- und Therapiebedarf</b>                                                                            | <b>18</b> |
| 3.1      | Intensiver Sprachförderbedarf bei Sprach(entwicklungs)störungen                                                           | 19        |
| 3.2      | Beschreibung von spezifischen Beschränkungen in der Sprachverarbeitung                                                    | 20        |
| 3.3      | Fallschablonen zur Orientierung für mögliche Grenzen inklusiver sprachlicher Bildung                                      | 22        |
| 3.3.1    | Mehrsprachige Kinder                                                                                                      | 22        |
| 3.3.2    | Kinder mit erschwerten Zugängen zu Bildung                                                                                | 23        |
| 3.3.3    | Kinder mit sekundären Sprachentwicklungsstörungen (SES)                                                                   | 23        |
| 3.3.4    | Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (USES)                                                               | 24        |
| 3.3.5    | Kinder mit Stottersymptomatik                                                                                             | 24        |
| 3.3.6    | Kinder, die unterstützte Kommunikation nutzen                                                                             | 24        |
| 3.4      | Zwischenfazit: Sprachlicher Förder- und Therapiebedarf                                                                    | 25        |
| <b>4</b> | <b>Beispiele für Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention</b>   | <b>26</b> |
| 4.1      | Die Umsetzung der primären, sekundären und tertiären Prävention in den Bundesländern                                      | 27        |
| 4.2      | Lokale Realisierung der Verbindung von primären, sekundären und tertiären Präventionsmaßnahmen                            | 27        |
| 4.2.1    | KEA – Kinder entwickeln alltagsintegriert Sprache                                                                         | 28        |
| 4.2.2    | Kita Eisenbahnstraße Leipzig – Ausbau zum Familienzentrum                                                                 | 29        |
| 4.2.3    | Hamburg – Beratungsabteilung Elbkinder e.V.                                                                               | 29        |
| 4.2.4    | Sprachheilkindergarten                                                                                                    | 30        |
| 4.2.5    | Runde Tische                                                                                                              | 31        |
| 4.3      | Zwischenfazit: Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen                                                       | 32        |

|           |                                                                                                                   |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5</b>  | <b>Ableitungen für die inhaltliche Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung</b>                                  | <b>33</b> |
| 5.1       | Grundprinzipien inklusiver sprachlicher Bildung                                                                   | 33        |
| 5.2       | Perspektiven für die Reflexion sprachlichen Förderbedarfs                                                         | 35        |
| 5.3       | Kompetenzen und Aufgabenfelder                                                                                    | 36        |
| 5.3.1     | Sprach- und sprachentwicklungsbezogene Kompetenzen                                                                | 37        |
| 5.3.2     | Planungskompetenzen                                                                                               | 37        |
| 5.3.3     | Kompetenzen zur Reflexion                                                                                         | 38        |
| 5.3.4     | Beobachtungs- und diagnostische Kompetenzen                                                                       | 38        |
| 5.3.5     | Beratungs- und Vermittlungskompetenzen                                                                            | 39        |
| 5.3.6     | Vernetzungskompetenzen                                                                                            | 40        |
| 5.3.7     | Kompetenzen für die Zusammenarbeit an den Schnittstellen von primärer zu sekundärer und tertiärer Prävention      | 40        |
| <b>6</b>  | <b>Ableitungen für die organisatorische Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung in Kindertageseinrichtungen</b> | <b>41</b> |
| 6.1       | Organisatorische Umsetzung in den Handlungsfeldern der pädagogischen Arbeit                                       | 41        |
| 6.2       | Kind-Ebene                                                                                                        | 42        |
| 6.3       | Kitainterne Organisation                                                                                          | 42        |
| 6.4       | Organisation von Kooperationen                                                                                    | 43        |
| <b>7</b>  | <b>Fazit</b>                                                                                                      | <b>44</b> |
| <b>8</b>  | <b>Glossar</b>                                                                                                    | <b>46</b> |
| <b>9</b>  | <b>Literatur</b>                                                                                                  | <b>48</b> |
| <b>10</b> | <b>Anhang</b>                                                                                                     | <b>55</b> |
| 10.1      | Abbildungsverzeichnis                                                                                             | 55        |
| 10.2      | Tabellenverzeichnis                                                                                               | 55        |
| 10.3      | Checkliste zur sprachlichen Prävention für die Kita                                                               | 56        |
| 10.4      | Leitfragen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation im Bereich der sprachlichen Prävention        | 58        |
| 10.5      | Übersicht über Sprach(entwicklungs)störungen und ihre Symptomatik im Kindes- und Jugendalter                      | 60        |
| 10.6      | Ratgeber für pädagogische Fachkräfte und Eltern                                                                   | 65        |



# 1 Einleitung

Im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, United Nations 2006) hat sich auch Deutschland dazu verpflichtet, allen Kindern unabhängig von Unterschieden hinsichtlich Geschlecht, Alter, Religion, Kultur oder Sprache ihre bestmögliche Entwicklung und das Erreichen voller, gleichberechtigter Teilhabe und Partizipation zu ermöglichen. Dies schließt die Entwicklung sprachlicher Fähigkeiten ein, deren Individualität eine von mehreren Heterogenitätsdimensionen (Prenzel 2010) bilden.

In Bezug auf die Entwicklung sprachlicher Fähigkeiten, die Bedingungen und Ursachen ihrer Varianz und im Hinblick auf sprachliche (Entwicklungs-)Störungen\* sowie auf die Gestaltung der Bildungsprozesse oder von Maßnahmen der Prävention werden von Fachkräften und Institutionen Kompetenzen erwartet, die je nach Aufgabe ein hohes Maß an pädagogischer, linguistischer, psychologischer, medizinischer sowie sprachheilpädagogischer und/oder -therapeutischer Expertise verlangen. Frühpädagogische Einrichtungen haben einen Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsauftrag für alle Kinder, sind aber primär nicht für sonderpädagogische oder therapeutische Aufgaben zuständig. Daher müssen insbesondere an den Schnittstellen für die Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildungsangebote neben frühpädagogischen Fachkräften sowohl sonder- und heilpädagogische Fachkräfte als auch medizinisch-therapeutische Fachkräfte eingebunden werden, um die Rahmenbedingungen für die Entwicklung auch von Kindern mit besonderen Unterstützungsbedarfen sicherzustellen (Hasselhorn/Sallat 2014).

Die vorliegende Expertise möchte mit der Darstellung von Ansatzpunkten und Grundlagen der jeweiligen Angebote sowie der Ableitung von Kompetenzen und strukturell-organisatorischen Möglichkeiten eine Basis für die lokale Ausgestaltung inklusiver sprachlicher Bildung im Bereich der frühkindlichen Bildung sowie im Übergang zur Schule bieten. In der Leitidee, Schnittstellen der sprachlichen Bildung, sprachlichen Förderung

und Sprachtherapie zu beschreiben, fokussiert die Expertise Aufgaben, Zuständigkeiten und Akteure mit ihren Kompetenzen, die gerade dann zu bedenken sind, wenn Entwicklung auffällig und risikohaft wird. Daher werden in dieser Perspektive die Angebote und Maßnahmen als primäre, sekundäre und tertiäre sprachliche Prävention verstanden. Es werden die fachlichen und organisatorischen Notwendigkeiten für die Umsetzung bei Kindern mit und ohne sprachlichem Unterstützungsbedarf erörtert sowie Rückschlüsse für die professionelle und kooperative Arbeit an den Schnittstellen der Maßnahmen aufgezeigt. Die vorliegende Expertise geht dabei vom aktuellen Ist-Stand aus und fokussiert Möglichkeiten der inklusiven sprachlichen Bildung in der Verknüpfung unterschiedlicher Maßnahmen im frühpädagogischen Kontext.

Kitas sind ein idealer und niedrigschwelliger Ort für die Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung, da sie von fast allen Drei- bis Sechsjährigen täglich besucht werden. Zusätzlich sind sie bereits jetzt hauptverantwortlich für Maßnahmen der primären und sekundären sprachlichen Prävention. Daher kommt ihnen auch für Kinder mit sprachlichem Förderbedarf eine besondere Rolle zu, weil sprachliche Auffälligkeiten in der Kita früh erkannt und wahrgenommen werden können. Das heißt jedoch nicht, dass die Kitas hier alleinverantwortlich handeln sollten. Sie sollten sich in Kooperation mit sprachheilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Fachkräften und Institutionen als zentraler Umsetzungsort inklusiver sprachlicher Bildung im Netzwerk anbieten und verstehen. Folglich stehen in der vorliegenden Expertise pädagogische Fachkräfte und Einrichtungen im Vergleich zu den anderen Akteuren und Institutionen im Kontext von Sprachförderung und Sprachtherapie etwas stärker im Fokus.

Zunächst erfolgt eine Gegenüberstellung der Organisation und Realisation von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie als unterschiedlich ausgerichteter Präventionsmaßnahmen (Kapitel 2). Daran schließt sich eine Beschreibung der Besonderheiten in der Sprachverarbeitung von Kindern mit sprachlichem Förderbedarf an, die aufgrund der Auswirkungen auf die Lern- und Verstehensprozesse eine Berücksichtigung in der Planung pädagogischer Angebote finden müssen (Kapitel 3). Anhand von Fallschablonen erfolgt am Ende dieses Kapitels eine Orientierung für mögliche Grenzen inklusiver sprachlicher Bildung bei ausgewählten Störungsbildern. In Kapitel 4 werden aktuelle Beispiele für

\* Die grün unterlegten Begriffe sind im Glossar erläutert.

Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention vorgestellt. Auf dieser Grundlage erfolgen dann Ableitungen notwendiger Kompetenzen für inklusive sprachliche Bildung (Kapitel 5) sowie von Möglichkeiten für ihre Gestaltung (Kapitel 6).

### *Kommunikation an den Schnittstellen: Terminologien und Begrifflichkeiten*

Eine der schwierigsten Aufgaben in der Umsetzung inklusiver Bildung und der daraus resultierenden kooperativen Arbeit mit dem medizinisch-therapeutischen Bereich ist das Ringen um einen sensiblen und einheitlichen Umgang mit Begrifflichkeiten.

Mit den Themenbereichen sprachliche Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie setzen sich unterschiedliche Professionen und Fachkräfte auseinander, für die jeweils andere Bezugsdisziplinen wie z.B. die Frühpädagogik, Sonderpädagogik, Psychologie oder Medizin leitend sind. Damit verbunden sind nicht nur unterschiedliche Herangehens- und Sichtweisen auf den Spracherwerb und seine Störungen, sondern ebenfalls unterschiedlich definierte und gebrauchte Termini und Nomenklaturen, welche die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation erschweren (Sallat/Siegmüller 2016; Sallat/de Langen-Müller 2014).

Zudem differiert vor allem im frühpädagogischen Bereich der Sprachgebrauch zwischen den Bundesländern bzw. verschiedenen Regionen: So wurden/werden z.B. die zusätzlichen Kräfte, die durch das Bundesprogramm „Frühe Chancen“ an den Schwerpunkt-Kitas bzw. Sprach-Kitas angestellt wurden, je nach Region unterschiedlich bezeichnet (u.a. „Sprachförderkräfte“, „Sprachexpertinnen“, „Sprachberaterinnen“ oder „Fachkräfte für Sprache“).

Die Begriffsvielfalt ist mit einem unterschiedlichen Verständnis ein- und desselben Begriffs sowie unterschiedlichen Konnotationen verbunden. Hier gilt es, im interdisziplinären Diskurs nicht vorschnell auf Begrifflichkeiten zu reagieren und Vertretern anderer Disziplinen Ansichten zu unterstellen. So bedeutet beispielsweise die Benutzung eines Störungsbegriffs im therapeutischen Bereich nicht die Stigmatisierung eines Kindes, vielmehr ist die genaue Analyse und Beschreibung der sprachlichen Symptomatik und die daraus folgende Benennung der konkreten Störung eine notwendige Voraussetzung für die Ableitung der bestmöglichen Förderung und/oder Therapie.

Für eine inklusive sprachliche Bildung an den Schnittstellen ist es daher notwendig, in der Kooperation ein gemeinsames Vokabular zu finden. Auch die Zusammenarbeit innerhalb der Autorengruppe war immer wieder durch das Aushandeln von Begrifflichkeiten geprägt. Um den Textfluss der Expertise nicht durch verschiedene Exkurse zu stören, werden wichtige und ggf. irritierende Begriffe am Ende der Expertise in einem Glossar kurz erläutert.

## 2 Organisation und Realisation von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie als Präventionsmaßnahmen

Die Organisation und Realisation von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie bewegt sich institutionell sowie in Bezug auf die Finanzierung der Maßnahmen im Spannungsfeld von Bildung/Pädagogik, Soziales und Gesundheit/Medizin (Sallat/de Langen-Müller 2014). In allen drei Hauptbereichen gibt es parallele, häufig nicht miteinander vernetzte Maßnahmen der Früherkennung und Diagnostik sowie Maßnahmen der Intervention.

Zusätzlich sind Ausgestaltung und Umsetzung der jeweiligen Angebote stark durch die fachliche sprachbezogene Expertise der handelnden Personen sowie durch den zeitlichen Umfang der Maßnahmen gekennzeichnet. Im Zuge der bildungs- und gesundheitspolitischen Entscheidungen zur Umsetzung von Inklusion und Partizipation erfahren die Angebote und Maßnahmen aktuell große Veränderungen, verbunden mit neuen Strukturen, neuen Verknüpfungen und Zusammensetzungen der Angebote (Organisiertheit, Intensität, institutionelle Vernetzung) und damit Veränderungen von Berufs- und Arbeitsfeldern sowie des Professionsverständnisses der handelnden Akteure (Sallat/Siegmüller 2016; Lüdtke/Bleeschmidt 2015; Grohnfeldt 2014; Hasselhorn/Sallat 2014; Mußmann 2014; Glück u.a. 2013; Homburg 2012).

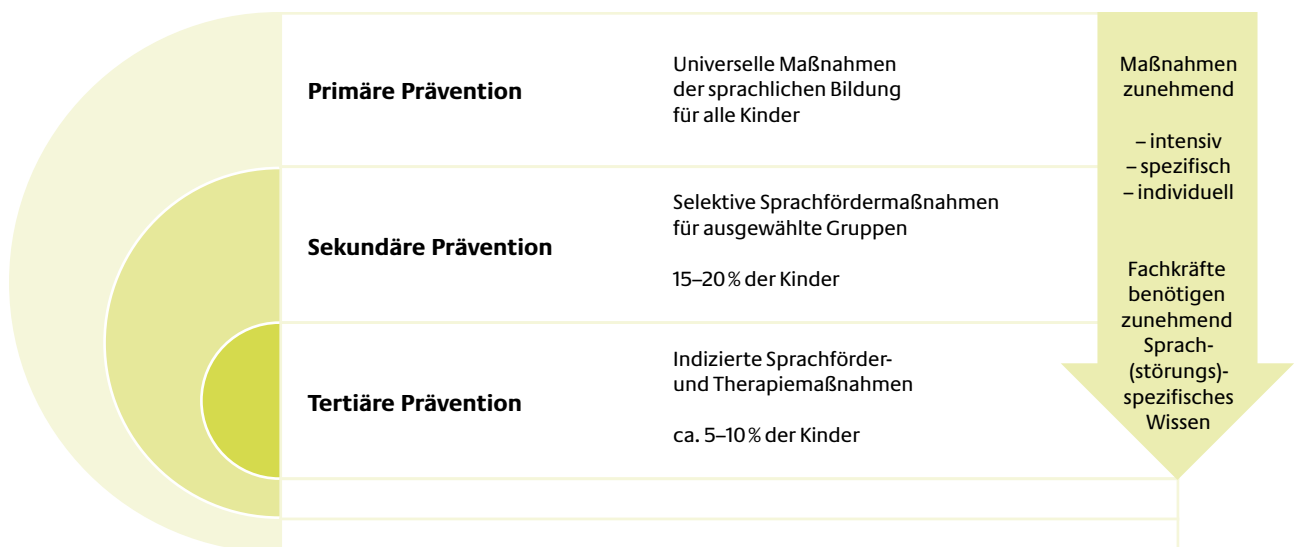
Die Maßnahmen werden aktuell unter den drei Begriffen sprachliche Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie zusammengefasst, die auch für diese Expertise handlungsleitend sind. Allerdings sind die Begriffe Bildung, Förderung und Therapie nicht eindeutig zu trennen. So betreffen und ergänzen Sprachfördermaßnahmen die Sprachbildung, und es werden verschiedene sprachtherapeutische Methoden im Rahmen von Sprachförderung und sprachlicher Bildung (z.B. sprachliche Modellierungstechniken, Impuls- und Fragetechniken) eingesetzt. Ebenso ist die Trennung in Bezug auf die Fachkräfte nicht so eindeutig vorzunehmen: So führen

pädagogische Fachkräfte Sprachfördermaßnahmen durch, und Sprachbildung stellt einen wesentlichen Schwerpunkt sprachheilpädagogischer Arbeit dar.

Ein weiterer Kritikpunkt sind die mit dieser Einteilung verbundenen Stigmatisierungstendenzen und der defizitäre Blick. Daher wird von einigen Autorinnen und Autoren vorgeschlagen, die Begleitung und Unterstützung von Kindern als präventive Maßnahme anzusehen, wobei je nach Anlass unterschiedliche Ebenen zum Tragen kommen, die als primäre (universelle), sekundäre (selektive) und tertiäre (indizierte) Präventionen bezeichnet werden (Hasselhorn/Sallat 2014; Ziegenhain 2008). Auch wenn diese Unterteilung der Perspektive der potenziell bedrohten Entwicklung folgt (Bildungsprozesse als primäre Prävention), wird sie doch in der vorliegenden Expertise verwendet und für den weiteren Austausch zwischen Fachpersonen der unterschiedlichen Disziplinen an den Schnittstellen vorgeschlagen, da sich die verschiedenen Aufgaben und Zuständigkeiten in dieser Systematik gut zuordnen lassen.

Die sprachlichen Präventionsmaßnahmen (primär, sekundär, tertiär) unterscheiden sich in ihrer Spezifität auf eine bestimmte sprachliche Verarbeitungsproblematik hin sowie in Bezug auf die individuelle Anpassung an die Bedürfnisse des jeweiligen Kindes. Um die Maßnahmen angemessen ableiten, planen und umsetzen zu können, ist ein zunehmendes Wissen über Spracherwerb, Sprachverarbeitung und Sprachstörungen notwendig (vgl. Abb. 1).

**Abb. 1: Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention in der inklusiven sprachlichen Bildung**



Quelle: Eigene Darstellung

Ziel der primären sprachlichen Prävention ist – im Gegensatz zum üblichen Gebrauch des Begriffs „Prävention“ – nicht die Abwendung von Schaden, sondern die Schaffung von Lern- und Bildungssituationen, die die Kinder bei der Entwicklung und Erweiterung ihrer sprachlichen Fähigkeiten unterstützen. Bei sekundärer sprachlicher Prävention handelt es sich um ein zusätzliches Angebot für Kinder, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie außerhalb der Kita entweder allgemein oder in bestimmten Bereichen (**Bildungssprache**) zu wenig Angebote (im Deutschen) bekommen und die barrierefreie Teilhabe spätestens in der Schule gefährdet ist. Die tertiäre sprachliche Prävention umfasst Maßnahmen, die indiziert auf bestimmte Störungsbilder (Kapitel 3) zugeschnitten sind.

Zu Überschneidungen zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention kommt es z.B. dann, wenn Angebote an Gruppen gerichtet sind, dabei aber besondere Rücksicht auf die Bedarfe eines Kindes mit sprachlichem Förder- und Therapiebedarf genommen wird, oder aber, wenn Programme zur phonologischen Bewusstheit, die eigentlich für eine **Risikogruppe** entwickelt wurden (z.B. Küspert/Schneider 2008), allen Kindern angeboten werden.

Originär sind die primäre und auch die sekundäre Prävention Aufgabenfeld der Pädagogik, während die tertiäre Prävention Disziplinen übernehmen, deren vorrangiges Augenmerk auf Störungen liegt (z.B. Logopädie, Patholinguistik).

Eine Zwischenstellung nehmen die Sonder-, Sprachheil- und Heilpädagogik ein, die nicht nur die Behandlung der Störung, sondern ergänzend die Bildungsprozesse der Kinder in den Blick nehmen und sowohl mit heterogenen Gruppen als auch einzeln mit Kindern mit diagnostizierten Störungen arbeiten. Damit bewegen sie sich sowohl im Bereich der sekundären als auch der tertiären Prävention.

## 2.1 Sprachliche Präventionsmaßnahmen

### 2.1.1 Maßnahmen der primären sprachlichen Prävention

Maßnahmen der primären sprachlichen Prävention richten sich als Querschnittsaufgabe mit dem Ziel der Entwicklungsbegleitung sowie der Vorbereitung auf schulische sprachliche Anforderungen (Schriftsprache, Bildungssprache) immer an alle Kinder. Die Maßnahmen durchziehen den gesamten Kita-Alltag, umfassen alle kommunikativen Situationen und stellen dabei die Interessen der Kinder in den Mittelpunkt. Die Maßnahmen der primären sprachlichen Prävention sollen die Entwicklung aller Kinder unterstützen, insbesondere aber auch Kinder aus Familien, die diese Aufgabe nicht oder nur bedingt selber erfüllen können (Jungmann/Albers 2013; Ruberg/Rothweiler 2012).

Ausgangspunkt der primären sprachlichen Prävention ist die alltagsintegrierte sprachliche Bildung. Danach werden alle Situationen, in denen Sprache verwendet wird, als Gelegenheiten zur sprachlichen Bildung angesehen. Besonders wichtig ist die Wahrnehmung und Wertschätzung aller kommunikativen Situationen zwischen Kindern untereinander, zwischen Fachkräften und Kindern sowie zwischen Fachkräften und Familien. Es geht eher darum, entstandene Situationen „zufällig“ aufzugreifen und – insbesondere durch Anwendung von gezielten Interaktionsstrategien – zu nutzen und so auf die Interessen der Kinder zu reagieren als spezielle Förder-Situationen zu schaffen.

Hierzu sollte zum einen die Lernumgebung möglichst sprachanregend vorbereitet werden (z.B. durch Familienwände auf Höhe der Kinder, die Sprechanlässe bieten), und zum anderen ist bewusst darauf zu achten, dass selbst alltägliche Routinen durch hochwertige Interaktionen oder aber Fingerspiele, Lieder, Vorlesen etc. sprachbildend gestaltet werden (Jurleta/Girlich 2015). Das Angebot ist dabei so zu planen, dass möglichst viele Kinder gleichzeitig davon profitieren. Im Idealfall beinhaltet dies skalierbare Angebote, d.h. Angebote, an denen Kinder unterschiedlichster sprachlicher bzw. kommunikativer Kompetenzen gemeinsam ihren Bedarfen und Möglichkeiten entsprechend aktiv teilhaben können, indem z.B. Fachkräfte differenzierten Wortschatz verwenden, die Bedeutung der Wörter aber mit den Kindern zusammen besprechen.

Pädagogische Fachkräfte fungieren als Sprachvorbilder (Modelle) und haben die Aufgabe, die Freude am Sprechen und Kommunizieren zu wecken bzw. aufrecht zu erhalten sowie möglichst viele Sprechanlässe und Raum für Sprechen und Zuhören zu schaffen (Jungmann/Albers 2013; Girolametto u.a. 2006). Besonders wertzuschätzen sind Möglichkeiten zu Gesprächen in Kleingruppen oder Eins-zu-Eins-Situationen zwischen Kindern und Fachkräften sowie zwischen Kindern untereinander.

Die Frage des „Wie“ (Sulzer/Wagner 2011) ist für inklusive sprachliche Bildung leitend. Soll sie gelingen, sind dialogische und ko-konstruktive Verfahren wie das dialogische Lesen (Ennemoser u.a. 2013; Whitehurst u.a. 1988), *sustained shared thinking* (König 2007; Sylva u.a. 2003) und Philosophieren mit Kindern (Scheidt/Stollreiter 2015; Chouinard 2007) geeignete Formen. Hinzu kommen Modellierungstechniken (offene Fragen stellen, wiederholen und erweitern ...) als vielversprechender

Weg, alle Kinder bei ihrer Entwicklung zu unterstützen und Teilhabemöglichkeiten zu erweitern (Egert/Hopf 2016; Simon/Sachse 2013; Girolametto u.a. 2006).

Maßnahmen der primären Prävention stützen sich stark auf Untersuchungen zu wirksamen natürlichen elterlichen Verhaltensweisen. Sie sind damit in Familien gut umsetzbar, wenn den Eltern die Relevanz solcher Situationen bewusst ist (vgl. Elterntrainings im folgenden Kapitel). Diese Vermittlungsaufgabe fällt den Fachkräften in Kindertageseinrichtungen zu, die im Rahmen der Zusammenarbeit mit Eltern auf die sprachlichen Fortschritte des Kindes eingehen und Möglichkeiten der Unterstützung aufzeigen können (Vomhof 2016).

## 2.1.2 Maßnahmen der sekundären sprachlichen Prävention

Bei der sekundären sprachlichen Prävention handelt es sich um additive Maßnahmen (zusätzlich zum regulären pädagogischen Angebot), bei denen sprachliche Bildungsangebote intensiviert und gezielt ausgewählte Kompetenzen aufgebaut werden sollen, um die Teilhabemöglichkeiten nachhaltig zu sichern. Der Großteil der Maßnahmen hat die Anregung der sprachlichen Entwicklung über natürliche Sprachlernsituationen und durch eine Erhöhung des Inputs (Kontakt mit Sprache) zum Ziel, um eine Minderung des Risikos für Probleme im Lese- und Schreiberwerb, die Vorbereitung auf den Schulunterricht und damit die Sicherstellung von Bildungs- und Chancengleichheit zum Schuleintritt zu erreichen. Augenblicklich wird sekundäre Prävention zumeist mit Hilfe von Förderprogrammen durchgeführt, die sich deutlich in der Frequenz sowie in der Dauer unterscheiden (Lisker 2011; Dietz/Lisker 2008; Jampert u.a. 2007). Die Angebote werden in der Regel von pädagogischen Fachkräften, Grundschullehrerinnen und -lehrern und zum Teil von Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen sowie durch Sprachtherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt.

Die Fördermaßnahmen der sekundären Prävention finden häufig in Kleingruppen statt, verfolgen kompensatorische Zielsetzungen und sind selektiv für bestimmte Kinder (**Risikogruppen**) konzipiert, bei denen sich ungünstige Entwicklungs- und Bildungsverläufe abzeichnen. Sind Kinder in ihrer Sprachentwicklung ohne Hinweise auf eine Sprach(entwicklungs)störung verzögert, gehören sie einer solchen Risikogruppe an. Um diese Kinder aufzufinden, werden in fast allen Bundesländern (in der Regel zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr) Sprachstandsfest-

stellungen durchgeführt (Neugebauer/Becker-Mrotzek 2013; Dietz/Lisker 2008). Wird dabei ein sprachlicher Förderbedarf festgestellt, kommen Maßnahmen der sekundären Prävention zum Tragen. Neben diesen von den meisten Bundesländern verbindlich vorgeschriebenen Maßnahmen findet sich in der Praxis eine Vielzahl von weiteren Projekten, um Kinder aus Risikogruppen zu identifizieren und zu fördern (Jampert u.a. 2007). Ob Maßnahmen der sekundären Prävention ausreichend sind oder aber gegebenenfalls auch Maßnahmen der tertiären Prävention ergriffen werden sollten, wird dabei in der Regel nicht überprüft.

Bislang wurden nur vergleichsweise wenige Förderprogramme und Formen der Sprachförderung evidenzbasiert evaluiert, und bei diesen Untersuchungen konnten bislang keine bzw. nur sehr geringe Effekte festgestellt werden (Egert/Hopf 2016; Hofmann u.a. 2008). Trotzdem gehen wir davon aus, dass additive Maßnahmen sehr wohl sinnvoll sein können, wobei insbesondere über geeignetere Formen und die angemessene Qualifizierung der Fachkräfte nachgedacht werden muss. Vor allem sollte im Rahmen einer inklusiven sprachlichen Bildung darauf geachtet werden, dass Kleingruppen sich wechselnd und heterogen zusammensetzen, um sich verstärkende Zuschreibungen zu vermeiden. Zusätzlich sollten die sprachlichen Phänomene, die im Zuge additiver Sprachförderung vermittelt werden, so präsentiert werden, dass sie an den Interessen und Themen der Kinder ansetzen (für eine Übersicht siehe Lisker 2011).

Als indirekte Maßnahme, die in der Regel der sekundären, manchmal aber auch der tertiären Prävention zuzuordnen ist, kommen bei ausgewählten Störungsbildern oder Risikogruppen Elterntrainings zum Einsatz. Sie sind entweder eine Ergänzung oder Bestandteil von heilpädagogischen bzw. sprachtherapeutischen Maßnahmen. Das Ziel ist die Sensibilisierung der Eltern für den Spracherwerb der Kinder sowie für ein sprachanregendes Umfeld. Durch Übungen werden Eltern in ihren Kompetenzen unterstützt und begleitet, um das eigene Kommunikationsverhalten an die Kinder und ihre Bedarfe anzupassen sowie natürliche Sprachanregungen zu bieten. Es gibt Trainings für die allgemeine Frühförderung (Dillitzer 2009; Bode 2002), die Sprachförderung (Möller/Spreen-Rauscher 2009; Buschmann/Joos 2007) sowie für die Sprachtherapie (Ritterfeld 2007; Schelten-Cornish 2005; Centini 2004).

### 2.1.3 Maßnahmen der tertiären sprachlichen Prävention

Maßnahmen der tertiären sprachlichen Prävention werden bei Kindern mit diagnostizierten **Störungen** oder Behinderungen umgesetzt. Für diese Kinder müssen indizierte Interventionen (Therapien) durchgeführt werden, die individuell auf das jeweilige Kind zugeschnitten, die Auswirkungen der kommunikativen Beeinträchtigung verhindern oder ihr Ausmaß reduzieren bzw. abbauen sollen. Diese Maßnahmen dürfen ausschließlich von sonder- und heilpädagogischen (z.B. Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen) sowie medizinisch-therapeutischen (z.B. Sprachtherapeutinnen und -therapeuten) Fachkräften durchgeführt werden.

Die differenzierte Analyse und **Diagnostik** der sprachlichen Störung ist einerseits die Grundlage für eine zielgerichtete Intervention, zum anderen ist sie die Voraussetzung für die Finanzierung dieser speziellen Maßnahmen durch die Sozial- oder Krankenkassen. Bei Kindern mit komplexeren und/oder tiefergreifenden Störungen kommen Maßnahmen zur Früherkennung und Frühförderung zum Tragen. Die Finanzierung dieser Maßnahmen erfolgt im Rahmen einer Komplexleistung nach § 30 (Früherkennung und Frühförderung), SGB IX. Die entsprechenden Maßnahmen können in Einrichtungen unter ärztlicher Leitung (Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren) sowie in Einrichtungen unter heil-/sonderpädagogischer Leitung (interdisziplinäre Frühförderstellen und heilpädagogische Kindertagesstätten/Sprachheilkindergärten) erfolgen.

Die Voraussetzung ist ein interdisziplinäres und fachübergreifend arbeitendes Team (Kapitel 4.6). Die Fördermaßnahmen für das Kind sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten folgen dem Ziel, „eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen“ (§ 30, SGB IX). Grundlage für die Arbeit in diesem Bereich ist eine medizinisch-psychologisch-pädagogische Diagnostik, die in Förderplänen regelmäßig ergänzt und fortgeführt wird. Die Leistungen werden in der Regel für ein Jahr bewilligt. Die Komplexleistung (Pauschalbetrag) ermöglicht eine individuelle Umsetzung der Maßnahmen (z.B. Sprachtherapie, Physio-, Ergo-, Musiktherapie), die vor Ort festgelegt wird. Auf Basis einer ausführlichen individuellen Sprachdiagnostik unter Einbeziehung sensorischer sowie kognitiver Fähigkeiten erfolgen eine individuelle und störungsspezifische Zielbestimmung und Methodenauswahl.



Im Schulalter werden die Leistungen über das Sozialgesetzbuch auf der Grundlage der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (z.B. im Schwerpunkt Sprache & Kommunikation) zur Verfügung gestellt. Dieser ist nicht automatisch durch einen sprachlichen Therapiebedarf gegeben, vielmehr wird analysiert, ob die Sprach(entwicklungs)störung die Lernprozesse des Kindes beeinflusst. In diesem Fall hat das Kind Anspruch auf sonderpädagogische (sprachheilpädagogische) Unterstützung im Unterricht, sei es an einer integrativ/inklusiv arbeitenden Schule oder an einer auf diese Störungen spezialisierten Förderschule (Sprachheilschule). Notwendig sind eine störungsspezifische sprachliche Aufbereitung des Lernstoffes in allen Unterrichtsstunden, Texten, Materialien und Medien, eine sprachanregende Lernumgebung sowie eine angepasste Verwendung der Sprache durch die Lehrenden.

Die medizinisch-therapeutische Versorgung erfolgt für Kinder aller Altersstufen durch eine Sprachtherapie, in besonders schweren Fällen mittels einer Kur. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (medizinische Früherkennung – U1 bis U11) erfolgt neben der Einschätzung anderer Entwicklungsbereiche die Beurteilung der Sprachentwicklung und der Sprach- und Hörverarbeitung. Auf diesem Weg sollen Risiken sowie Auffälligkeiten mit „Krankheitswert“ bzw. von Krankheitsbildern erkannt werden (Kinder-Richtlinie 2016).

Aber auch außerhalb der Vorsorgeuntersuchungen kann die Therapiebedürftigkeit einer Sprachentwicklungsstörung festgestellt werden. Die Therapie findet je nach Art und Ausmaß der Störung in der Regel ein- bis zweimal wöchentlich im Umfang von 45 Minuten über einen Zeitraum von drei bis 24 Monaten statt (de Langen-Müller/Hielscher-Fastabend 2007). In der Regel wird sie als Einzeltherapie durch Therapeutinnen und Therapeuten (mit sprachtherapeutischer, logopädischer, patholinguistischer oder sprachheilpädagogischer Ausbildung) mit Kassenzulassung durchgeführt. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen einer Heilmittelverordnung (Sprachtherapie-rezept).

Das Ziel der Behandlung ist die Umstrukturierung und Ausdifferenzierung des gestörten Sprachsystems sowie die Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten bis hin zu alterstypischen sprachlichen Fähigkeiten oder Möglichkeiten zu Anpassung und Kompensation. Auf Basis einer ausführlichen individuellen Sprachdiagnostik unter Einbeziehung sensorischer sowie kognitiver Fähigkeiten erfolgen eine individuelle

und störungsspezifische Zielbestimmung und Methodenauswahl.

## 2.2 Handlungsakteure und Institutionen der sekundären und tertiären Prävention

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention vorgestellt. Im Folgenden werden nun die Institutionen sowie die fachlichen Expertisen und Schwerpunkte der Handlungsakteure in den Bereichen der sekundären und tertiären Prävention beschrieben.

Um alle Kinder in ihrer sprachlichen Entwicklung zu begleiten und zu unterstützen sowie Entwicklungs- und Bildungsrisiken bestimmter Kinder entgegenzuwirken, wurden durch die Vorgaben der Länder sowie im Rahmen von weiteren Bundes- und Länderprogrammen vielfältige Präventionsmaßnahmen in die frühkindliche Arbeit integriert und Sprachförderprogramme und Konzepte zur primären und sekundären Prävention umgesetzt. Dafür wurden (früh-)pädagogische Fachkräfte und Teams im Bereich Sprache weitergebildet sowie Formen der Fachberatung und sprachspezifischen Fortbildung etabliert. Ebenfalls existieren, je nach Bundesland, sprachheilpädagogische Spezialeinrichtungen (z.B. Kitas, Beratungsstellen), welche die Kinder direkt oder indirekt betreuen. Die sekundären sprachlichen Präventionsmaßnahmen werden in den frühpädagogischen, heilpädagogischen und schulischen Institutionen in der Regel durch pädagogische Fachkräfte unterschiedlicher Qualifikation (z.B. Erzieherinnen und Erzieher, Grundschullehrkräfte, zusätzliche Fachkräfte im Rahmen verschiedener Bundes- und Landesprogramme, Heil- und Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen) umgesetzt.

Im Bereich der tertiären sprachlichen Prävention werden die Maßnahmen von Handlungsakteuren und Institutionen im Bildungsbereich, in der Sozialpädiatrie und im medizinisch-therapeutischen Bereich umgesetzt (vgl. Tab. 1 und 2). Die Fachkräfte dieser Einrichtungen sind manchmal zugleich beratend und begleitend im Bereich der sekundären Prävention im Einsatz. Projekte und Institutionen, die primäre, sekundäre und tertiäre sprachliche Präventionsmaßnahmen verknüpfen, werden in Kapitel 4 dargestellt.

**Tab. 1: Institutionen und Konzepte der tertiären (vereinzelt sekundären) sprachlichen Prävention**

| Institutionen                                                                                                                       | Konzept                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinische/ärztliche Leitung</li> <li>– multiprofessionelles Team</li> <li>– ganzheitliche Diagnostik/Beratung/Therapie</li> <li>– Altersbereich: 0–18 Jahre</li> <li>– Sprachtherapie ist Teil eines individuellen ganzheitlichen Therapie-/Förderplans</li> <li>– in Abhängigkeit von der Störungsproblematik zwischen 1 und 5 Therapieeinheiten pro Woche</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Interdisziplinäre Frühförderstelle/<br>Interdisziplinäre Frühförderung (IFF)                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinische/ärztliche oder heilpädagogische Leitung</li> <li>– multiprofessionelles Team</li> <li>– ganzheitliche Diagnostik/Beratung/Therapie</li> <li>– Altersbereich: 0–6 Jahre (Schuleintritt)</li> <li>– Sprachtherapie ist Teil eines individuellen ganzheitlichen Therapie-/Förderplans</li> <li>– in Abhängigkeit von der Störungsproblematik zwischen 1 und 5 Therapieeinheiten pro Woche</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Landesspezifische Diagnostik- und Beratungsteams                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>– multiprofessionelles Team</li> <li>– sonderpädagogische oder psychologische Entwicklungsberatung</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Heilpädagogische Kindertagesstätte (Schwerpunkt Sprache & Kommunikation – Sprachheilkindergarten, schulvorbereitende Einrichtungen) | <ul style="list-style-type: none"> <li>– heilpädagogische/sprachheilpädagogische Leitung</li> <li>– multiprofessionelles Team: vorrangig Heil- und Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen, Logopädinnen und Logopäden/Sprachtherapeutinnen und -therapeuten; ggf. weitere Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen</li> <li>– ganzheitliche alltagsintegrierte Förderung und Therapie in kleinen Gruppen</li> <li>– zusätzlich Einzelsprachtherapie und Entwicklungsförderung in weiteren Bereichen wie Motorik, Wahrnehmung, Konzentration</li> <li>– Zielgruppe: Kinder mit starken sprachlichen/kommunikativen Auffälligkeiten</li> <li>– Altersbereich: 3–6 Jahre (Schuleintritt)</li> <li>– 40 Stunden pro Woche (Vollversorgung im Kindergarten)</li> </ul> |
| Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– kommunaler sozialer Dienst</li> <li>– Beratung und Hilfen für Familie und Umfeld</li> <li>– Hilfebereiche: Lebensqualität, Problembewältigung, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Gesundheitshilfe</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Gesundheitsamt                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Koordination von Früherkennung (z.B. Sprachstandsfeststellung), Schuleingangsuntersuchungen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Reha-Service z.B. Support-Firmen für Unterstützte Kommunikation                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hörgeräteversorgung, technische Kommunikationshilfen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Quelle: Eigene Zusammenstellung, modifiziert und ergänzt nach Sallat/de Langen-Müller 2014



Im Bildungsbereich muss in der tertiären sprachlichen Prävention zusätzlich die Bildungsrelevanz der Sprachstörung analysiert werden. Institutionell findet die Förderung und Versorgung in integrativen, inklusiven oder heilpädagogischen Kindertageseinrichtungen sowie in Sprachheilschulen oder deren schulvorbereitenden Einrichtungen statt (Sallat/de Langen-Müller 2014). Die Umsetzung erfolgt in der Regel durch Sonderpädagoginnen und -pädagogen mit dem Förderschwerpunkt Sprache (Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen).

In der Sozialpädiatrie werden die Einflüsse auf die Gesundheit und Entwicklung im Kindes- und Jugendalter ganzheitlich betrachtet. Demzufolge erfolgen Maßnahmen der Prävention unter besonderer Berücksichtigung von Lebensbewältigung, Teilhabe und Partizipation. Dieses ganzheitliche Vorgehen findet bei komplexen Entwicklungsstörungen Anwendung. Solche Maßnahmen werden daher bei Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen dann ergriffen, wenn eine rein sprachtherapeutische Vorgehensweise, beziehungsweise der Fokus auf den Entwicklungsbereich Sprache nicht ausreicht und das Umfeld des Kindes ebenso eine Berücksichtigung finden muss. In diesem Fall erfolgt daher sowohl eine medizinisch-therapeutische als auch eine heilpädagogische Versorgung (Förderung/Therapie – Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie).

Die Leistungen werden seit 2001 nach Sozialgesetzbuch IX geregelt und als Komplexeleistungen erbracht. Institutionell findet die Förderung und Versorgung in interdisziplinären Frühförderstellen (medizinisch oder heilpädagogisch geleitet) oder Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) statt (Sallat/de Langen-Müller 2014; Höfer/Behringer 2009). Ebenfalls können über verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB VIII, SGB IX und SGB IX) weitere Leistungen und Eingliederungshilfen anerkannt und finanziert werden, die als Maßnahmen die Sprachentwicklung des Kindes positiv beeinflussen. Dies sind beispielsweise Hilfen durch niedergelassene Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), sozialpädagogische Hilfen oder Inklusions-/Integrationsbegleitung. Eine weitere Möglichkeit der Versorgung komplexer Störungsbilder stellen vorübergehende Klinik- oder Kuraufenthalte dar, bei denen die Kinder von einem interdisziplinären Team unter medizinischer Leitung betreut werden (für eine Übersicht siehe Sallat/de Langen-Müller 2014).

Im medizinisch-therapeutischen Bereich sind Kinderärztinnen und -ärzte oder Frühförderstellen die

erste Anlaufstelle für die Eltern, um zu überprüfen, ob eine tertiäre Prävention notwendig ist. Kinderärztinnen und -ärzte verordnen daraufhin ggf. therapeutische Leistungen (Heilmittel). In Form der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U11) ist die medizinische Früherkennung deutschlandweit formal bis zum 11. Lebensjahr einheitlich geregelt und soll u.a. das Erkennen von Sprach(entwicklungs)störungen im Kindesalter ermöglichen, um rechtzeitig sekundäre und/oder tertiäre Präventionsmaßnahmen umsetzen zu können.

Die Kriterien der Vorsorgeuntersuchungen sind sehr allgemein und die Ausbildung der Kinderärztinnen und -ärzte in Bezug auf Sprachentwicklung und ihre Störungen sowie zu Möglichkeiten evidenzbasierter Diagnostik häufig nicht ausreichend. Die Untersuchungen sollten daher durch Screenings und Testverfahren ergänzt werden (Schrey-Dern/Trost-Brinkhues 2010). Zur Absicherung von Diagnosen oder zur Einschätzung weiterer Entwicklungs- und Verarbeitungsbereiche können Fachärzte aus anderen Teildisziplinen (Phoniatrie, Audiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) hinzugezogen werden. Die Umsetzung von Interventionsmaßnahmen erfolgt bei niedergelassenen Sprachtherapeutinnen und -therapeuten bzw. Logopädinnen und Logopäden mit Kassenzulassung im Bereich Kindersprache in Form einer Heilmittel-Leistung oder im Rahmen der Komplexeleistung Frühförderung.

**Tab. 2: Zuständigkeiten/Expertise der Handlungsakteure im Bereich der sekundären und tertiären Prävention**

| Handlungsakteure                                                                                                                                                                                            | Zuständigkeiten/Expertise                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kinderärztin/-arzt (Pädiater/in)                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einschätzung der Sprachentwicklung als Teil der Gesamtentwicklung des Kindes im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen</li> <li>– Einleiten von Differenzialdiagnostik; Prävention; Intervention/Therapie</li> </ul>   |
| Phoniater/in                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fachärztin/-arzt für Sprach-, Stimm- und Hörstörungen; Differenzialdiagnose in Bezug auf die Funktion (z.B. spezifische Sprachentwicklungsstörung)</li> </ul>                                                     |
| Hals-Nasen-Ohren-Ärztin/Arzt                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Funktion und Erkrankungen im Bereich Hals, Nase, Ohren; Differenzialdiagnose in Bezug auf Strukturen</li> </ul>                                                                                                   |
| Kinder- und Jugendpsychiater/in                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abgrenzung der Sprach- und Kommunikationsstörung zu psychischen Störungen und Störungen der sozialen Wahrnehmung</li> </ul>                                                                                       |
| Sprachtherapeut/in mit Kassenzulassung<br>z.B. (akademische/r) Logopäde/-in,<br>(akademische/r) Sprachtherapeut/in,<br>Patholinguist/in,<br>Sprachheilpädagoge/-in,<br>klinische/r Sprechwissenschaftler/in | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Therapieableitung; Therapieplanung und Durchführung; Diagnostik; Beratung (Eltern – ggf. Kita)</li> <li>– Therapie, üblicherweise 1- bis 2-mal wöchentlich, Dauer 45 Minuten</li> <li>– Einzeltherapie</li> </ul> |
| niedergelassene Heilpädagogen/-innen                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– ganzheitliche Entwicklungsförderung</li> </ul>                                                                                                                                                                    |
| Sozialpädagoge/-in                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Familienhilfe, Familienbegleitung</li> </ul>                                                                                                                                                                      |
| Pädagogische Fachkräfte aus Kita und Schule, Grundschullehrer/innen, im Idealfall mit sprachbezogener Zusatzausbildung                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– ganzheitliche Sprachförderung</li> <li>– in Kleingruppen</li> </ul>                                                                                                                                               |

Quelle: Eigene Zusammenstellung, modifiziert und ergänzt nach Sallat/Siegmüller 2016

## 2.3 Zwischenfazit: Organisation und Realisation sprachlicher Präventionsmaßnahmen

In diesem Kapitel ist deutlich geworden, dass es vielfältiger Expertise bedarf, um die sprachliche Entwicklung von Kindern bei einer auffälligen Sprachverarbeitung einzuschätzen, zu begleiten und Präventions- und Bildungsangebote sicherstellen zu können.

Auf allen gesellschaftspolitischen Ebenen wird inzwischen die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen erkannt, allerdings stehen diese häufig unverbunden nebeneinander, und die Zuständigkeiten sind nicht klar geregelt: „Die daraus entstandene Versorgungsstruktur mit einem Nebeneinander von pädagogischen und medizinischen Angeboten wirkt unübersichtlich und

zum Teil redundant“ (Sallat/de Langen-Müller 2014, S. 41). So sind die Maßnahmen im Rahmen von medizinisch-therapeutischen Leistungen in den Heilmittelrichtlinien bundesweit einheitlich geregelt. Damit sind die Möglichkeiten der Intervention durch die Verordnung von Sprachtherapie vergleichbar.

Im Gegensatz dazu sind die Zuständigkeiten bzw. die Finanzierung und somit auch die Ausrichtung der Präventionsmaßnahmen im Bildungsbereich aufgrund des föderalen Systems in den Ländern unterschiedlich geregelt. Die Heterogenität der Versorgungssituation ist jedoch nicht nur eine Folge der föderalen Bildungsorganisation, sondern ebenso das Ergebnis der historischen Entwicklungen und Professionalisierung in den Bereichen Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie sowie von divergierenden gesellschaftlichen Perspektiven auf

Entwicklungsstörungen und Frühe Hilfen (Reber/Blechsmidt 2014).

Bevor in Kapitel 4 Beispiele für die vernetzte Arbeit an den Schnittstellen von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention und in den Kapiteln 5 und 6 Ableitungen für die zukünftige Arbeit in der inklusiven sprachlichen Bildung vorgestellt werden, erfolgt in Kapitel 3 eine Darstellung dessen, was einen sprachlichen Förder- und Therapiebedarf kennzeichnet und welche Auswirkungen er für die Entwicklung und das Lernen des betroffenen Kindes hat.

### 3 Sprachlicher Förder- und Therapiebedarf

Liegen die sprachlichen Leistungen eines Kindes auf einer oder mehreren Sprachebenen deutlich hinter der Altersnorm und zeigen sich dabei entwicklungsuntypische Verarbeitungsmuster, so spricht man von Sprachentwicklungsstörungen (SES) (Kauschke 2012). Bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern ist zu beachten, dass Sprachentwicklungsstörungen zwar genauso häufig auftreten wie bei einsprachigen Kindern (Ruberg/Rothweiler 2012), diese aber schwerer zu diagnostizieren sind, da die Entwicklungsverläufe mehrsprachiger Kinder sich nicht direkt mit denen monolingualer vergleichen lassen und von verschiedenen Faktoren abhängen (siehe Kapitel 3.3.1).

Sprachentwicklungsstörungen sind im Vorschulalter die häufigste Entwicklungsstörung (von Suchodoletz 2003) und können als Primär- oder Sekundärstörung auftreten. Bei primären Sprachentwicklungsstörungen zeigt sich die langsame oder gestörte Entwicklung ausschließlich im Bereich Sprache. Bei sekundären Sprachentwicklungsstörungen ist die Sprache infolge einer Störung in einem anderen Entwicklungsbereich (Sensorik, Motorik ...) oder infolge genetischer bzw. organischer Störungen verlangsamt oder gestört (Grimm 2012).

Neben diesen entwicklungsbedingten Störungen der Sprachentwicklung treten im Kindesalter Sprech- und Redestörungen (Redeflussstörungen – Stottern, Poltern; Artikulationsstörungen) sowie neurologisch bedingte Sprach- und Sprechstörungen, Mutismus und Stimmstörungen auf (Glück/Spreer 2014). Aus diesem Grund wird in der Folge der Terminus Sprach(entwicklungs)-störung verwendet, wenn alle kindlichen Sprach- und Sprechstörungen gemeint sind.

Kinder mit Sprach(entwicklungs)störungen benötigen intensive, individuell ausgerichtete Maßnahmen der tertiären Prävention, da sich die Sprachverarbeitung dieser Kinder von der Verarbeitung bei Kindern mit einer typischen Sprachentwicklung unterscheidet. Sie profitieren von den Angeboten der primären und sekundären Prävention nicht oder nur unzureichend.

Demzufolge sollte ein besonderes Augenmerk auf mögliche Grenzen der primären und sekundären Präven-

tion und der eigenen Kompetenzen gelegt werden, um rechtzeitig eine intensivere Förderung oder gegebenenfalls Maßnahmen der tertiären Prävention umzusetzen. Notwendig sind ein hohes Bewusstsein und grundlegendes Wissen über Spracherwerb sowie Anzeichen für Störungen im Spracherwerb (siehe Kapitel 5.3.1) bei den pädagogischen Fachkräften und medizinisch-therapeutisch Handelnden, wenn die Standardmethoden nicht greifen.

### 3.1 Intensiver Sprachförderbedarf bei Sprach(entwicklungs)störungen

Sprach(entwicklungs)störungen können die Sprachproduktion und/oder Sprachwahrnehmung (Perzeption) sowie das Sprachverstehen (Rezeption) in den Bereichen Aussprache (phonetische und phonologische Störungen), Wortschatz (semantische und lexikalische Störungen), Grammatik (morphologische und syntaktische Störungen) und/oder Kommunikation (kommunikativ-pragmatische Störungen) betreffen (Kannengieser 2015; Glück/Spreer 2013). Je nach Art der Störung unterliegen bei diesen Kindern das Verstehen, Verarbeiten und Produzieren von Sprache störungsspezifischen Verarbeitungsbeschränkungen (siehe Kapitel 3.2 sowie Anhang, Kapitel 10.5), welche ebenso die nichtsprachlichen Lern- und Verarbeitungsprozesse und damit die Möglichkeiten der Teilhabe beeinflussen (Sallat/Schönauer-Schneider 2015; Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014). Sie müssen daher im Kita-Alltag in allen kommunikativen Situationen beachtet werden.

Die Analyse und Diagnose von Sprach(entwicklungs)störungen ist schwierig, da die gleichen hör- und sichtbaren Auffälligkeiten in Artikulation/Sprechen, Sprachverarbeitung und Sprachgebrauch unterschiedliche Ursachen haben können. Demzufolge ist eine Differenzialdiagnostik eine wesentliche Voraussetzung für die Ableitung der passenden Therapie. Die Ursachen und Bedingungsgefüge für Sprach(entwicklungs)störungen sind häufig sehr komplex. Sie können aus Kombinationen von geringen Wahrnehmungsfähigkeiten, kognitiven oder genetischen Beeinträchtigungen, einer geringen Anregung im Umfeld, emotionalen Störungen des Kindes oder der Eltern sowie aus organischen/neurologischen Beeinträchtigungen (z.B. Steuerung von Mund- und Halsmuskeln) resultieren. Bei 5 bis 7% aller Kinder kann die Sprachentwicklungsstörung auf keine der eben aufgeführten Ursachen zurückgeführt werden (Diagnose: Umschriebene Sprachentwicklungsstörung).

Die Häufigkeiten von Sprachauffälligkeiten werden in den Sprachstandsfeststellungen, Sprachtests und -screenings, die bundeslandabhängig zu unterschiedlichen Zeitpunkten zwischen dem 5. und 6. Lebensjahr durchgeführt werden, sehr verschieden angegeben (13 bis 42% der untersuchten Kinder sind betroffen). Dies hängt mit der uneinheitlichen Ausrichtung und Qualität der verwendeten Verfahren zusammen (Neugebauer/Becker-Mrotzek 2013; Lisker 2010). Demgegenüber sind die Zahlen für die Sprachtherapieverordnungen in den letzten Jahren weitestgehend konstant geblieben (siehe Tab. 3). Es fällt auf, dass die Verordnungszahlen bei dreijährigen Kindern zu niedrig und bei den Fünf- und Sechsjährigen zu hoch sind (Sallat/de Langen-Müller 2014).

**Tab. 3: Häufigkeiten von Sprachtherapieverordnungen im Kindesalter**

| Alter der Kinder | 2011    |         | 2014      |           | 2015      |           |
|------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 3 Jahre          | m: 03 % | w: 02 % | k.A.      |           | k.A.      |           |
| 4 Jahre          | m: 10 % | w: 06 % | k.A.      |           | k.A.      |           |
| 5 Jahre          | m: 20 % | w: 12 % | m: 18,6 % | w: 12,4 % | k.A.      |           |
| 6 Jahre          | m: 25 % | w: 17 % | m: 24,1 % | w: 16,7 % | m: 23,7 % | w: 16,2 % |

Quelle: Waltersbacher 2015, 2014, 2012

**Tab. 4: Sprachtherapieverordnungen gesamt und Anteil der Kindersprachtherapien**

|                                                                                                                                                                   | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    | 2014    | 2015    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Anzahl Verordnungen Logopädie                                                                                                                                     | 821.000 | 873.000 | 901.000 | 913.000 | 888.000 | 842.500 |
| Umsatz gesamt für Versorgung mit Logopädie in Millionen Euro (nur gesetzlich Versicherte)                                                                         | 477     | 536     | 550     | 583     | 620     | 636     |
| Durchschnittlicher Umsatz pro 1000 GKV-Versicherte in Euro                                                                                                        | 6.929   | 7.700   | 7.888   | 9.347   | 8.817   | 8.992   |
| Davon Verordnungen für Kinder: F80 „umschriebene Entwicklungsstörung der Sprache und des Sprechens“ / „Sprachstörungen vor Abschluss der Sprachentwicklung (...)“ | 53,3 %  | 53,4 %  | 53,0 %  | 54,6 %  | 54,1 %  | ~ 60 %  |

Quelle: Waltersbacher 2015, 2014, 2013, 2012, 2010

Die Versorgung bei Kindern mit sprachlichem Förder- und Therapiebedarf (tertiäre Prävention) erfolgt einerseits im medizinisch-therapeutischen Bereich mit dem Schwerpunkt „Sprache und Gesundheit“ sowie im (sprach-)heilpädagogischen Bereich mit dem Schwerpunkt „Sprache und Bildung“ (Sallat/de Langen-Müller 2014).

Im pädagogischen Bereich interessiert spätestens ab dem Schulalter die Frage, inwiefern sprachliche Kompetenzen das Lernen beeinflussen. Daher gibt es, wie oben beschrieben, im vorschulischen Bereich Formen der primären, sekundären und tertiären sprachlichen Prävention, um zum einen die Sprachentwicklung optimal begleiten und fördern sowie zum anderen auf die schulischen Anforderungen vorbereiten zu können.

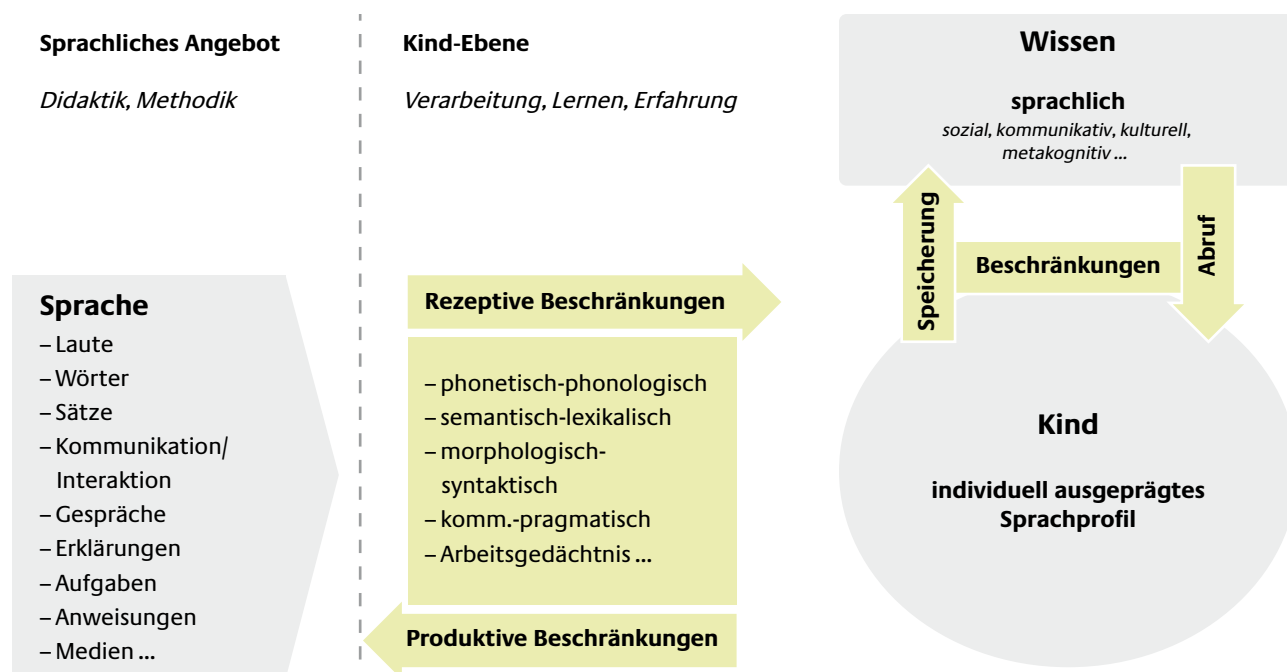
Bei vielen Kindern mit Sprach(entwicklungs)störungen reichen externe Maßnahmen der tertiären Prävention nicht aus, da die individuelle sprachliche Störungsproblematik das Verstehen und Lernen beeinträchtigt. Daher benötigen diese Kinder dauerhaft sprachspezifische Hilfen (angepasste Sprachverwendung der pädagogischen Fachkräfte in Bezug auf Wörter, Grammatik, Aussprache), um Situationen in der Kita oder zu Hause vollständig erfassen sowie neues Wissen erwerben, speichern und anwenden zu können. Die Verknüpfung von tertiärer sprachlicher Prävention mit pädagogischen

Angeboten der primären und sekundären Prävention bietet verschiedene Vorteile wie z.B. eine natürliche Sprachumgebung sowie die Möglichkeit der Umsetzung einer ganzheitlich integrierten Förderung (Sallat/Spreer 2017).

### 3.2 Beschreibung von spezifischen Beschränkungen in der Sprachverarbeitung

Die Auswirkungen von Sprach(entwicklungs)störungen können für ein besseres Verständnis als Beschränkungen beschrieben werden. Sie sind vom individuellen Störungsprofil abhängig. Durch die Beschreibung der Beschränkungen werden Probleme in der Wahrnehmung und Verarbeitung deutlich, die Interaktion, Kommunikation und das Lernen des Kindes permanent beeinträchtigen.

**Abb. 2: Beschränkungen in der Sprachverarbeitung bei Kindern mit Sprach(entwicklungs)störungen**



Quelle: Modifiziert nach Sallat/Schönauer-Schneider 2015, S. 71

Im Zentrum steht das Kind mit seinem individuell ausgeprägten Sprachprofil und seinem sprachlichen und nicht-sprachlichen Wissen (sprachlich, sozial, kommunikativ, kulturell, metakognitiv, vgl. Abb. 2). Je höher das sprachliche Wissen des Kindes ist, desto besser ist es in der Lage, Sprache zu verarbeiten. Ebenso erleichtern ein höheres soziales, kulturelles (auf die Mehrheitskultur bezogen) und themenbezogenes Wissen das Verständnis von Situationen. Im Umkehrschluss kann bereits das geringe Wissen in einem der Bereiche eine Beschränkung für Sprachverarbeitung und/oder sprachliche Lern- und Verstehensprozesse darstellen. Dies ist beispielsweise bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache im Deutschen der Fall, wobei diese Kinder keiner tertiären Prävention bedürfen, da die Sprachverarbeitung nicht gestört ist. Bei Kindern mit Beschränkungen in der Sprachverarbeitung ist das geringe Wissen ein zusätzlicher hemmender Faktor für Lern- und Verstehensprozesse.

Es gibt Sprach(entwicklungs)störungen, die mit einer Beschränkung im Verstehen von Sprache einhergehen (*Beschränkung der Sprachrezeption*). Die betroffenen Kinder können in der an sie durch Eltern, Fachkräfte oder andere Kinder gerichteten Sprache Laute und Reime (phonologische Einheiten), Wörter, Bedeutungen und Inhalte (semantisch-lexikalische Einheiten) oder Phra-

sen und Satzgrenzen (grammatische Strukturen) nicht oder nur unzureichend erkennen. Damit werden neue sprachliche und nicht-sprachliche Informationen (Wissen aus Gesprächen und Lernsituationen) nicht oder nur unvollständig analysiert und verstanden. Wenn ein betroffenes Kind selber eine Äußerung produzieren will, wird es demzufolge Auffälligkeiten zeigen, da es für die eigene Äußerung nur auf das unvollständige Wissen im Gedächtnis zurückgreifen kann. Die Folge können falsche Artikulation (Lautbildung), geringer Wortschatz (unangemessene Wörter, Passepartout-Wörter – z.B. „Dings“) sowie falsche Wortkombinationen oder falsche Flexionen sein.

Hinzu kommen Kinder, die keine Probleme in der Sprachrezeption haben, aber *Beschränkungen der Speicherung und des Abrufens* von (sprachlichem) Wissen zeigen (Glück/Elsing 2014; Glück 2011). So ist ein Teil der Kinder mit semantisch-lexikalischen Störungen (z.B. geringer Wortschatz) zwar in der Lage, Wörter, Phrasen und Sätze zu analysieren, allerdings sind bei ihnen die Wörter bzgl. ihrer Bedeutung und/oder Lautgestalt/Phonologie fehlerhaft abgespeichert oder verknüpft. Daher zeigen diese Kinder häufig Verständnisprobleme und verwenden in ihren Sprachäußerungen falsche und unpassende Wörter.



Bei anderen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen gelingt der Abruf von Wörtern nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung. Wenn aber ein zentraler Begriff in einer Kommunikationssituation nicht verfügbar ist, so kann die gesamte Situation inhaltlich nicht erfasst werden (z.B. Schlüsselwort „Frühling“ im Gespräch über Frühblüher und die erwachende Natur, Schneeschmelze). Ein weiterer Punkt in Bezug auf Speicherung und Abruf sind bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen Beschränkungen im sprachlichen Arbeitsgedächtnis. Sie können lange Silbenfolgen, Wortfolgen, Sätze etc. nicht so gut verarbeiten wie Kinder mit einer typischen Sprachentwicklung. Daher ist darauf zu achten, dass pädagogische Fachkräfte mit sprachlich auf die Kinder zugeschnittenen Anweisungen und Erklärungen arbeiten, um ihnen die Möglichkeit zu geben, sprachliche Informationen als Ganzes erfassen zu können (Albers u.a. 2013).

Des Weiteren gibt es Kinder, bei denen die Rezeption sowie Speicher- und Abrufprozesse nicht gestört sind, die aber *produktive Beschränkungen* zeigen. Dies ist zum Beispiel bei motorisch bedingten Sprech- sowie bei Redefluss- und Stimmstörungen der Fall. Bei diesen Kindern sind Verstehens- und Lernprozesse durch die Sprach(entwicklungs)störung nicht beeinflusst, da die Sprachverarbeitung erst in der artikulatorisch-motorischen Umsetzung der eigenen Sprachäußerung einer Beschränkung unterliegt.

Eine besondere Herausforderung liegt in der diagnostischen Unterscheidung von typischen kindlichen Schwierigkeiten im Spracherwerb und dem Vorliegen der eben beschriebenen Beschränkungen. Diese Unterscheidung ist jedoch von besonderer Bedeutung, da sie deutlich macht, ob Kinder von Angeboten der primären und sekundären Prävention profitieren können oder ob sie Maßnahmen der tertiären Prävention benötigen.

Liegen bei Kindern Verarbeitungsbeschränkungen aufgrund von Sprach(entwicklungs)störungen vor, so sind diese Beschränkungen zugleich bei allen Maßnahmen der primären und sekundären Prävention zu berücksichtigen.

Häufig zeigen Kinder mit Sprach(entwicklungs)störungen Beschränkungen in allen Entwicklungsbereichen. Daher muss über eine Differenzialdiagnose und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven (siehe Kapitel 5.2) das beste Vorgehen für sekundäre und tertiäre Präventionsangebote abgeleitet werden (Sallat/Siegmüller 2016; von Knebel 2012; de Langen-Müller u.a. 2012).

### 3.3 Fallschablonen zur Orientierung für mögliche Grenzen inklusiver sprachlicher Bildung

Die Maßnahmen der primären Prävention orientieren sich in der Regel an der Bereitstellung einer sprachanregenden und -förderlichen Umgebung, am Rückgriff auf die intuitive elterliche Sprachdidaktik sowie an der Verbesserung des in Alltagssituationen sprachlich integrierten (bzw. integrierbaren) Angebots. Die Maßnahmen der sekundären Prävention gehen in der Regel ebenfalls von einer ungestörten Sprachverarbeitung aus und setzen vor allem auf eine Erhöhung der sprachlichen Inputqualität. Grundannahme dieser Maßnahmen ist also, dass ein mangelndes oder nicht ausreichendes Sprachangebot bei den Kindern ursächlich für geringe Sprachfähigkeiten ist. Dagegen beziehen sich die Maßnahmen der tertiären Prävention auf gestörte Sprachverarbeitungsprozesse.

Im Anhang der Expertise (siehe Kapitel 10.5) sind die häufigsten Sprach(entwicklungs)störungen im Kindes- und Jugendalter mit den jeweiligen Hauptsymptomen tabellarisch dargestellt und mit Hinweisen zu den im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Verarbeitungsbeschränkungen und dem daraus folgenden Einfluss auf Lern- und Verstehensprozesse ergänzt. Diese Verarbeitungsbeschränkungen müssen in der Planung der frühkindlichen Bildungsangebote unbedingt berücksichtigt werden. Ein alleiniger Fokus auf die sprachtherapeutische Versorgung des betreffenden Kindes reicht nicht aus. Die Übersicht kann für die Kommunikation der frühpädagogischen Fachkräfte mit sprachheilpädagogischen oder medizinisch-therapeutischen Fachkräften eine Grundlage bilden.

In der Folge werden zur Illustration Fallschablonen vorgestellt, die verdeutlichen sollen, für welche Kinder eine auf den natürlichen Sprachlernmechanismen aufbauende Förderung sinnvoll und für welche Kinder diese Vorgehensweise ungeeignet ist. So soll deutlich werden, welche Möglichkeiten die sekundäre Prävention bietet und wo, wie und wann tertiäre Prävention und damit sprachtherapeutische oder ggf. eine andere therapeutische Expertise notwendig ist.

#### 3.3.1 Mehrsprachige Kinder

Diese Kinder stellen eine sprachlich sehr heterogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich u.a. hinsichtlich der Sprachen, die sie sprechen, des Kontaktes (der Dauer,

aber auch Themen) zu den einzelnen Sprachen und des Erwerbsbeginns im Deutschen.

Durch Mehrsprachigkeit ist die Sprachverarbeitung nicht gestört, die Entwicklung verläuft aber in allen zu erwerbenden Sprachen nicht identisch (wenngleich ähnlich) zu monolingualen Kindern, so dass mehrsprachige Kinder nicht mit den gleichen Maßstäben wie einsprachige gemessen werden dürfen (Wenzel u.a. 2009; Lengyel 2007). Die Entwicklung ist dadurch nicht gefährdet. Für die Bildungsteilhabe in den meist monolingual geprägten Einrichtungen sind Maßnahmen der sekundären Prävention zur Erhöhung der Bildungschancen häufig sinnvoll, insbesondere bei Kindern, die erst mit dem Besuch des Kindergartens Deutsch lernen.

Spezielle Fördermaßnahmen sind in fast allen Bundesländern vorgeschrieben, und dabei werden i. d. R. das Sprachangebot erhöht sowie Wortschatz, Grammatik und **Bildungssprache** gefördert. Im Kita-Alltag ist zudem darauf zu achten, dass das sprachliche Niveau im Deutschen nicht zu sehr gesenkt wird, um das Verständnis der Kinder zu sichern (Albers u.a. 2013). Sie brauchen, wie alle anderen Kinder auch, Anregungen aus der nächsten Zone der Entwicklung (Vygotskij 2002).

Zudem sollten in der primären Prävention die Kompetenzen beachtet und unterstützt werden, die monolinguale Kinder nicht aufweisen. So sollten insbesondere alle Sprachen der Kinder im Kita-Alltag Verwendung finden und Quersprachigkeit als Kompetenz anerkannt und wertgeschätzt werden (Panagiotopoulou 2016).

Eine große Schwierigkeit bei mehrsprachigen Kindern ist die Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen, die – ebenso wie bei monolingualen – 5 bis 7% der Kinder betreffen. Aufgrund des abweichenden Erwerbsverlaufs, in dem z.T. ähnliche sprachliche Phänomene wie bei Entwicklungsstörungen auftreten, ist eine Diagnose allein in einer Sprache nicht möglich, Auffälligkeiten müssen sich in allen gesprochenen Sprachen zeigen (Schmidt 2014; Chilla u.a. 2010). Hier mangelt es zum einen im Deutschen wie in den Herkunftssprachen an geeigneten Diagnostikmaterialien, die auf die speziellen Erwerbsbedingungen mehrsprachiger Kinder ausgerichtet sind, und zum anderen an Fachpersonen, die die Herkunftssprachen der Kinder sprechen und den Entwicklungsstand in diesen überprüfen können.

### 3.3.2 Kinder mit erschwerten Zugängen zu Bildung

Bei diesen Kindern ist die Sprachverarbeitung in der Regel nicht gestört. Verbunden mit einem niedrigen

sozioökonomischen Status ist häufig eine weniger anregungsreiche Bildungs- und Lernumwelt im Elternhaus, die sich u.a. durch weniger gemeinsame Zeit mit den Kindern, geringere Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen sowie eine geringe Anzahl vorhandener Bücher zeigen kann (Solga/Dombrowski 2009). Damit erhalten die Kinder weniger lebensweltliche Erfahrungen und Anregungen und haben im Vergleich zu den gleichaltrigen Kindern einen geringeren Wortschatz. Ebenfalls machen sie weniger schriftsprachliche Erfahrungen. Für diese Kinder sind Auswirkungen vor allem im Bereich der **Bildungssprache** zu erwarten (Heppt 2016; Eckhardt 2008). Da die Sprachverarbeitung nicht gestört ist, sind Maßnahmen der sekundären Prävention ausreichend. Im Kindergartenalltag muss der Einsatz von Sprache zudem in allen Alltags- und Lernsituationen entsprechend angepasst werden. Zeigt sich trotz dieser Angebote weiterhin ein verlangsamtes Sprachlernen, so ist differenzialdiagnostisch eine Sprachentwicklungsstörung auszuschließen.

### 3.3.3 Kinder mit sekundären Sprachentwicklungsstörungen (SES)

Bei Kindern mit sekundären Sprachentwicklungsstörungen ist die Sprachverarbeitung infolge von primären Störungen in Sensorik, Motorik, Kognition oder von allgemeinen Entwicklungsstörungen beeinträchtigt. Die sprachlichen Auffälligkeiten treten dabei sehr variantenreich auf, wobei nur selten einzelne Komponenten der Sprache betroffen sind. Sekundäre Sprachentwicklungsstörungen basieren auf Störungen aus dem Autismus-Spektrum, genetischen Syndromen (z.B. Down-Syndrom), abweichenden Erwerbsmustern der Sprache bei Sinnesbeeinträchtigungen oder Sprachstörungen infolge neurologischer Schädigungen durch Hirnverletzungen, Epilepsie oder Geburtstraumata wie Frühgeburten (Kannengieser 2015).

Der Spracherwerb kann in diesen Fällen sowohl in der Qualität als auch in der Quantität beeinflusst sein, möglicherweise sind die natürlichen Spracherwerbsmechanismen ebenfalls beeinträchtigt. Dies sollte differenzialdiagnostisch abgeklärt werden. Von dieser Abklärung hängt ab, ob eine Therapie nur im primär gestörten Entwicklungsbereich erfolgt und die Kinder von Angeboten der primären und sekundären sprachlichen Prävention profitieren können oder ob individuell abgeleitete Maßnahmen der tertiären Prävention die Sprachentwicklung begleiten müssen. Im inklusiven



pädagogischen Alltag ist bei sekundären Sprachentwicklungsstörungen ein umfassendes Auseinandersetzen mit der Sprach- und Kommunikationssituation dieser Kinder in der Kita notwendig. Oftmals reichen hier Angebote der primären und sekundären Prävention nicht aus. Im Kindergartenalltag muss der Einsatz von Sprache in allen Alltags- und Lernsituationen entsprechend angepasst werden.

### 3.3.4 Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (USES)

Kinder mit Umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (USES, auch primäre SES oder spezifische SES) sprechen die ersten Wörter zu einem Zeitpunkt, bei dem Kinder mit einer typischen Sprachentwicklung bereits Mehrwortäußerungen zeigen. Im Alter von 24 Monaten haben sie einen Wortschatz von weniger als 50 Wörtern, der als Risikomarker für USES gilt. Der Spracherwerb ist weiter deutlich verzögert, und vor allem in der Grammatik und Morphologie zeigen sich Auffälligkeiten (vgl. Tab. 5 im Anhang). Des Weiteren zeigen sie häufig umfassende Aussprachestörungen (Phonetik/Phonologie). Beeinträchtigungen auf der semantisch-lexikalischen Ebene stellen zwar kein diagnostisches Kriterium in Bezug auf USES dar, haben aber dennoch z.B. in Hinblick auf den genannten verspäteten Sprechbeginn und das langsame Wortlernen eine hohe Bedeutung (Kannengieser 2015; Glück/Elsing 2014; Grimm 2012). Die Ursachen sind vielschichtig und häufig multifaktoriell.

Bei Kindern mit Umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen ist die Sprachverarbeitung gestört. Sie zeigen Einschränkungen in der Informationsverarbeitung (auditive Wahrnehmung, auditives Gedächtnis, sprachlernadäquate Informationsverarbeitungsformen) sowie in der Organisation und Repräsentation sprachlichen Wissens. Daher kann das Kind die natürlichen Spracherwerbsmechanismen und -angebote nicht nutzen, und der Spracherwerb ist in Qualität und Quantität beeinflusst. Die Maßnahmen der primären und sekundären Prävention, welche auf den natürlichen Spracherwerbsmechanismen aufbauen, sind nicht ausreichend. Daher muss die Sprachentwicklung durch Maßnahmen der tertiären Prävention begleitet werden. Ebenfalls muss im Kindergartenalltag der Einsatz von Sprache in allen Alltags- und Lernsituationen entsprechend angepasst werden.

### 3.3.5 Kinder mit Stottersymptomatik

Die Sprachverarbeitung bei Kindern mit Stottersymptomatik ist nicht beeinträchtigt, daher muss der Einsatz von Sprache in den Lernsituationen der Kita nicht angepasst werden, ggf. aber sind Kommunikationssituationen anzupassen. Die Grundlage dafür bieten die Empfehlungen der Sprach- oder Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten, die an der Symptomatik in Angeboten der tertiären Prävention arbeiten.

Stottern ist eine Redeflussstörung, von der Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen. Im Alter zwischen 2;6 und 3 Jahren zeigen sich bei vielen Kindern im natürlichen Spracherwerb physiologische Unflüssigkeiten wie Einschübe, Wiederholungen, Dehnungen und Pausen, die im weiteren Spracherwerb weniger werden. Bei ca. 1% aller Kinder kann sich dieses „Entwicklungsstottern“ zu einem manifesten unphysiologischen Stottern entwickeln. Die Unterscheidung zwischen physiologischem und unphysiologischem Stottern können nur Fachexpertinnen und -experten vornehmen. Grundsätzlich profitieren die betroffenen Kinder von einer angstfreien, sprachfördernden Atmosphäre. Der Druck, richtig sprechen zu müssen, sollte möglichst vermieden werden, wobei Zeit zum Sprechen ein wichtiges Kriterium ist (Glück/Baumgartner 2015). Wird bei einem Kind ein unphysiologisches Stottern diagnostiziert, sind Angebote der tertiären Prävention notwendig.

### 3.3.6 Kinder, die unterstützte Kommunikation nutzen

„Sprechen können“ und „über Sprache verfügen“ ist unbedingt zu unterscheiden. Für beides sind unterschiedliche Voraussetzungen notwendig, und somit sind auch jeweils unterschiedliche Möglichkeiten von angemessener Entwicklungsunterstützung angezeigt (Haupt 2006). Unterstützte Kommunikation als „ergänzende und ersetzende Kommunikation“ umfasst pädagogische oder therapeutische Maßnahmen zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten von Menschen, die in ihren lautsprachlichen Fähigkeiten eingeschränkt sind (z.B. durch Gebärden, Bildsymbole oder technische Hilfen). Da die Sprachverarbeitung der Kinder mit Förderbedarf im Bereich unterstützte Kommunikation gestört ist, geschieht die Unterstützung für betroffene Kinder mit dem Ziel, Teilhabe am alltäglichen Leben durch effektivere kommunikative Strategien zu erreichen. Schwerpunkt ist dabei eine erfolgreiche und sozial akzeptierte Kommunikation der eigenen Intentionen. Neben

dem Einsatz alternativer kommunikativer Ressourcen geht es hier u.a. um die Anpassung der kontextuellen Gegebenheiten im Alltag (Dohmen 2014).

Um dies zu gewährleisten, bedarf es entsprechender professioneller Beratungs- und Qualifizierungsstrukturen unter den beteiligten Fachkräften (Hedderich 2006). Gerade bei der Unterstützung dieser Kinder wird die Notwendigkeit der kooperativen Zusammenarbeit zwischen den Professionen, den Eltern und dem Kind selbst deutlich. So ist die ständige Kommunikation zwischen Familie und den beteiligten Fachkräften unerlässlich (Musketa 2017). Die Sprachentwicklung, die im familiären Kontext und in der Kita unterstützt wird, ist mit flankierenden sprachtherapeutischen Maßnahmen abzustimmen. So erarbeitet z.B. die Sprachtherapeutin den Umgang mit den (nicht-)elektronischen Hilfsmitteln gemeinsam mit dem Kind und organisiert die Übertragung in die verschiedenen Lebensbereiche und in die Kita. Je nach Organisation und Infrastruktur ist dies auf verschiedenen Wegen möglich.

Gerade Bildungseinrichtungen wie die Kita bieten sehr gute Möglichkeiten, unterstützte Kommunikation weiterzutragen. Andere Kinder und Eltern lernen durch und mit unterstützt kommunizierenden Kindern die Bandbreite kommunikativer Möglichkeiten kennen. So ist im Kindergarten die immanente Kommunikationsförderung durch die Verwendung und den Einbezug von Gebärden, Kommunikationstafeln, Kommunikationshilfen in allen Situationen und Aktivitäten durch alle Handlungsakteure eine notwendige Ergänzung zur sprachtherapeutischen Begleitung (Nonn 2011).

Dies verlangt eine genaue Analyse der sprachlichen Kompetenzen der Kinder auf allen linguistischen Sprachebenen (Phonetik/Phonologie: Aussprache; Semantik/Lexik: Wortschatz; Morphologie/Syntax: Grammatik; Kommunikation/Pragmatik: Sprachhandeln) – unter Berücksichtigung einer möglicherweise abweichenden Entwicklung – sowie eine Analyse der „Sprachlichkeit“ aller Situationen im Kita-Alltag. Hierfür müssen Fachkräfte im Team spezifisch ausgebildet sein, oder die Kita-Teams müssen mit Fachpersonen oder Institutionen der sekundären oder tertiären Prävention kooperieren. Beispiele für solche Kooperationen an den Schnittstellen zur sekundären und tertiären Prävention und Möglichkeiten der Implementation im Kita-Alltag werden im folgenden Kapitel dargestellt.

### 3.4 Zwischenfazit: Sprachlicher Förder- und Therapiebedarf

In diesem Kapitel wurde herausgearbeitet, dass die individuelle sprachliche Symptomatik eines Kindes zu unterschiedlichen Beschränkungen in der Sprachverarbeitung führt. Infolge dieser Beschränkungen sind die Möglichkeiten des Kindes in Bezug auf das selbstständige Erfassen von Situationen oder seine (Selbst-)Lernprozesse unterschiedlich betroffen. Daher müssen für Kinder mit erhöhtem sprachlichen Förder- oder Therapiebedarf neben den gezielten Bildungs- und Förderangeboten der primären, sekundären und tertiären sprachlichen Prävention alle Bildungsangebote analysiert und sprachlich individuell angepasst werden.

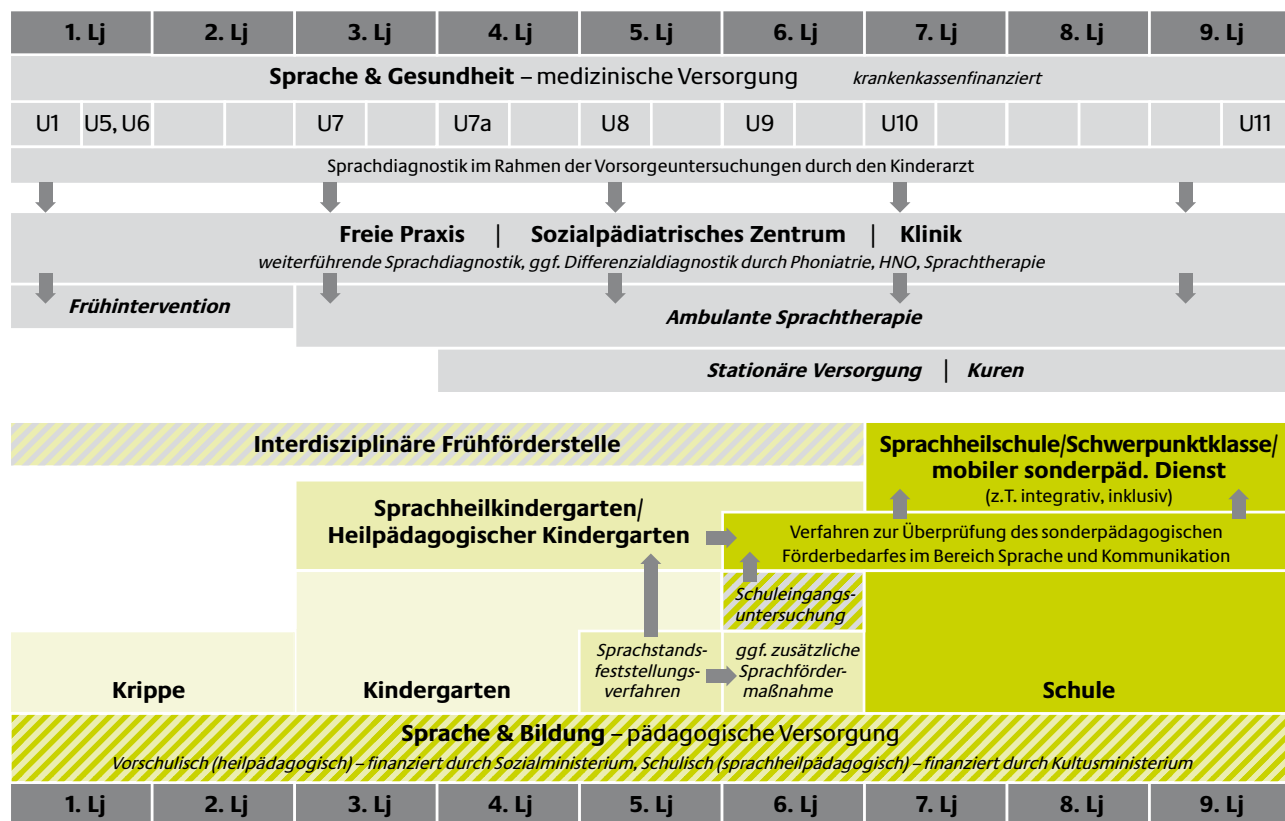
## 4 Beispiele für Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention

In den vorangegangenen Teilen der Expertise ist deutlich geworden, wie groß die Herausforderungen der Umsetzung von sekundären und tertiären sprachlichen Präventionsmaßnahmen sind und dass pädagogische Fachkräfte diese Aufgabe nicht allein bewältigen können. In Deutschland ist aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Zugangsweisen zu Sprachentwicklungsstörungen und Entwicklungsrisiken ein multi- und interdisziplinäres Versorgungssystem mit einem Nebeneinander von unterschiedlichen sekundären und tertiären Präventionsmaßnahmen entstanden (vgl. Abb. 3).

Hilfen und Unterstützung für betroffene Kinder und ihre Familien werden initiiert, zur Verfügung gestellt und finanziert durch die Sozial- und Kultusministerien oder krankenkassenfinanziert durch das Gesundheitssystem. Für die Realisierung einer inklusiven sprachlichen Bildung muss der frühkindliche Bildungsbereich jedoch vernetzt mit den Institutionen und Akteuren aus dem sonderpädagogischen und dem medizinisch-therapeutischen Bereich zusammenarbeiten.

Die Angebote der primären sprachlichen Prävention müssen daher im Kita-Alltag mit denen der sekundären und tertiären Prävention so verbunden werden, dass teilhabeorientiert allen Kindern eine optimale Förderung und Entwicklungsbegleitung ohne Stigmatisierung ermöglicht werden kann. Dafür gibt es auf Länder-, Landkreis- oder Trägerebene ganz unterschiedliche Umsetzungsbeispiele. Sie stehen im Zentrum dieses Abschnittes. Zunächst werden in Punkt 4.1 die Situationen in den Bundesländern verglichen und anschließend unter Punkt 4.2 lokale und trägerbezogene Verknüpfungen der Präventionsmaßnahmen dargestellt.

**Abb. 3: Überblick über das multi- und interdisziplinäre Versorgungssystem bei Auffälligkeiten im Spracherwerb in Deutschland**



Quelle: Sallat/de Langen-Müller 2014, S. 33

## 4.1 Die Umsetzung der primären, sekundären und tertiären Prävention in den Bundesländern

Da sich die Akteure und Schnittstellen zwischen sprachlicher Bildung, Förderung und Therapie in den Bundesländern unterschiedlich darstellen, erfolgt an dieser Stelle ein kurzer Einblick in die föderale Vielfalt an Spezifikationen und Unterschieden. Grundlage ist eine eigens durchgeführte Länderabfrage im Zeitraum Januar bis März 2017. Dazu wurde den zuständigen Stellen in den Landesministerien ein Fragebogen zugesandt, der von elf Bundesländern (Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen) beantwortet wurde. Die Gegenüberstellung der sehr unterschiedlichen Rückmeldungen und Umsetzungen verdeutlicht das große Spektrum regionaler und föderaler Variationen, die keine verallgemeinerbaren Empfehlungen im Rahmen dieser Expertise ermöglichen.

Die Zuständigkeit für Kindertageseinrichtungen liegt – je nach Bundesland – beim Kultus- oder Sozialministerium, die Zuständigkeit für additive Sprachförderung (sekundäre Prävention) liegt in der Regel ebenfalls bei diesem Ministerium. In neun der elf Bundesländer werden Sprachstandserhebungen durchgeführt, wobei diese spätestens im Einschulungsverfahren, frühestens mit vier Jahren durchgeführt werden. Die eingesetzten Instrumente variieren ebenso wie die Zuständigkeiten: Diese liegen entweder bei den Gesundheitsämtern, den Kitas selbst oder aber den Grundschulen. Thüringen und Sachsen-Anhalt verzichten völlig auf Sprachstandserhebungen.

Bei der Frage nach Fachdiensten, die Kitas in Bezug auf Sprache beraten, ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild: Hier werden häufig Fachberatungen genannt, die entweder über das Land bzw. die Jugendämter oder aber über die Träger angestellt sind. In Brandenburg wird diese Aufgabe von Sprachberaterinnen und Sprachberatern, die über ein Landesprogramm koordiniert werden, übernommen, in Schleswig-Holstein von Dozentinnen und Dozenten des Sprachfördernetzwerkes Schleswig-Holstein. Des Weiteren werden überregionale Stellen (z.B. ein Referat des Kultusministeriums im Saarland), Beratungsstellen für Elternvereine (Bremen) und die Fachberatungen im Rahmen des Bundesprogramms „Sprach-Kitas“ genannt.

Gerade an den Schnittstellen inklusiver sprachlicher Bildung zeigen sich große Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Unterbringung von Kindern mit (drohender) Behinderung (inklusiv, integrativ oder exklusiv), des Anteils der in Kitas tätigen Personen zur Absicherung und Umsetzung von Leistungen nach SGB VIII/SGB XII (integrativ, inklusiv) sowie der Ausbildung dieser Personengruppe (pädagogisch, heilpädagogisch oder medizinisch-therapeutisch) (Bock-Famulla u.a. 2015).

Aus der Befragung der Bundesländer geht hervor, dass es ebenfalls sehr unterschiedliche Regelungen für die Zusammenarbeit von Frühförderung und Kitas gibt: In den meisten Bundesländern gibt es dazu keine landesweiten Vorgaben, aber zum Teil Empfehlungen, in denen die Wichtigkeit der Kooperation oder spezielle Möglichkeiten der Zusammenarbeit genannt werden. Auch die Frage, ob externe Therapeutinnen und Therapeuten überhaupt in Kitas tätig sein dürfen, ist unterschiedlich geregelt. So liegt dies in vielen Bundesländern in der Verantwortung der Träger, in manchen Regelungen/Empfehlungen zur Kooperation mit der Frühpädagogik wird explizit die Möglichkeit genannt, die Frühförderung in der Kita stattfinden zu lassen (z.B. Hessen, Baden-Württemberg), und in Bremen können Frühförderstellen unter bestimmten Bedingungen sogar Dependancen in Kitas einrichten. Zudem gibt es z.T. auch für Sprachheillehrkräfte die Möglichkeit, Kitas therapeutisch/pädagogisch vor Ort zu unterstützen (z.B. Schleswig-Holstein).

In dieser Zusammenschau zeigt sich, dass es zur Ausgestaltung inklusiver sprachlicher Bildung an den Schnittstellen vergleichsweise wenig klare und vor allem wenig vergleichbare politische Vorgaben gibt und sich hier noch keine verlässliche Infrastruktur herausgebildet hat. Somit müssen die Kitas und Vernetzungspartner vor dem Hintergrund der verfügbaren Ressourcen und Gegebenheiten regionale Kooperationsstrukturen schaffen. Die folgenden Beispiele sollen diesbezügliche Möglichkeiten aufzeigen.

## 4.2 Lokale Realisierung der Verbindung von primären, sekundären und tertiären Präventionsmaßnahmen

In der lokalen Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Fachkräften sind in den letzten Jahren bereits unterschiedliche Verknüpfungen von primären,

sekundären und/oder tertiären Präventionsmaßnahmen gelungen. Sie sind immer von den lokalen Gegebenheiten abhängig und damit nicht verallgemeinerbar. Auf der anderen Seite zeigen sie Möglichkeiten für eine Verknüpfung der Maßnahmen inklusiver sprachlicher Bildung.

#### **4.2.1 KEA – Kinder entwickeln alltagsintegriert Sprache**

##### *Inklusives Konzept mit zentralen Hilfen für sekundäre Prävention sowie mit der Vermittlung von Ansprechpartnern (Netzwerk) für Maßnahmen der tertiären Prävention*

„KEA – Kinder entwickeln alltagsintegriert Sprache“ ist das Konzept zur Sprachbildung und Sprachförderung für den Elementarbereich in der Stadt und im Landkreis Hildesheim (ca. 160 Kitas und Krippen). Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt des Landkreises mit der Universität Hildesheim und ist dort im Institut für Psychologie angesiedelt. Das KEA-Team besteht aus zwei Projektleiterinnen (Landkreis, Universität) und sechs an der Universität angestellten Mitarbeiterinnen (acht halbe Stellen, Qualifikationen der Mitarbeiterinnen: Logopädie, Psychotherapie, Psychologie, Erziehungswissenschaft) sowie einer Erzieherin, die in Teilzeit für das KEA-Team tätig ist. Die Finanzierung von KEA erfolgt über Fördergelder des Landes Niedersachsen im Rahmen der Richtlinie zur Sprachförderung im Elementarbereich, welche sich nach der Anzahl der in den Kitas betreuten Kinder sowie deren besonderen Bedarfen bemessen.

Neben gezielten Angeboten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der frühpädagogischen Fachkräfte (z.B. Heidelberger Interaktionstraining zur Alltagsintegrierten Sprachförderung, Thema Sprache und Intelligenzminderung, Sprachverständnisstörungen, Mutismus ...) besteht eine wesentliche Aufgabe von KEA in der Beratung und Vernetzung an den Schnittstellen zu sekundärer und tertiärer Prävention. KEA stellt Kontakte her, vermittelt und berät.

Als externes Angebot unterstützt KEA im Rahmen der Einzelfallberatung die Kita-Fachkräfte vor Ort. Über eine tägliche Telefonsprechstunde sind bereits erste Anfragen und Absprachen möglich. Zusätzlich kommen die KEA-Mitarbeiterinnen in die Kita und beobachten das Kind, die Fachkraft, die Gruppe und die Gegebenheiten vor Ort. Auf der Grundlage dieser Analyse erfolgt dann unter enger Einbeziehung der Eltern ggf. eine Weiter-

empfehlung zur Differenzialdiagnostik. Diese kann bei einer vertrauten Mitarbeiterin aus dem KEA-Team in der Hochschulambulanz des Instituts für Psychologie an der Universität Hildesheim „KiM – Kind im Mittelpunkt“, in einem sozialpädiatrischen Zentrum oder bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt (z.B. für Phoniatrie) erfolgen. Auch kann eine Vermittlung zu Therapeutinnen und Therapeuten erfolgen.

Von KEA wird der interdisziplinäre Arbeitskreis Sprachförderung des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ moderiert und begleitet. Dieser trifft sich seit 2013 ca. vier Mal im Jahr. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises sind Fachkräfte aus Sprachheil-Kitas, Frühförderstellen, Bundes-Sprach-Kitas, dem KEA-Projekt selbst, der Hochschulambulanz KiM, dem stationären Sprachheilzentrum, den Projekten „Rucksack“ und „Griffbereit“, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes, Logopädinnen und Logopäden/Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten sowie weitere interessierte Fachpersonen. Gemeinsam wurden und werden Zuständigkeiten besprochen und auf dieser Grundlage ein Wegweiser Sprache (für einsprachig und mehrsprachig aufwachsende Kinder) sowie ein Organigramm von allen Akteuren in der sekundären und tertiären Prävention für die Region erstellt. Dieser Wegweiser wird von KEA ständig aktualisiert. Damit können die Mitarbeiterinnen von KEA in der Beratung gezielt die passenden Hilfen für das entsprechende Kind empfehlen.

Ein wichtiger Punkt ist dabei das Qualitätsmanagement. So fragen die Beraterinnen von KEA in den Einrichtungen nach, ob die gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen durch Kita oder Eltern umgesetzt wurden (Hat die Sprachfördermaßnahme zu Verbesserungen geführt? Hat der Hörtest stattgefunden? Erfolgte eine Differenzialdiagnostik/Überweisung zur Sprachtherapie? Wie ist die Entwicklung? Sollten weitere Hilfen erfolgen?). Für die Beratung (von Eltern, Erzieher/innen, Kitas) und Förderung werden zudem vielfältige Materialien von KEA auf der Website bereitgestellt.

Ein weiteres präventives Element sind Runde Tische in der Vorbereitung des Übergangs in die Schule. Diese sind z.B. in Form von „PIAF – Prävention in aller Frühe“ – als Präventionsprogramm des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises vor dem Schuleintritt institutionalisiert und mit dem KEA-Projekt vernetzt. In Einzelfällen erfolgt zudem ein Austausch über die Ein-



schulung. Durch KEA konnte die Sensibilität für sprachliche Bildung bei pädagogischen Fachkräften erhöht werden. So berichten die KEA-Verantwortlichen über eine deutliche Zunahme der gezielten Empfehlungen für Sprachtherapie oder kinderärztliche Untersuchungen durch die Fachkräfte.

#### **4.2.2 Kita Eisenbahnstraße Leipzig – Ausbau zum Familienzentrum**

##### *Niedrigschwellige und ganzheitliche Hilfen für Familien*

Im Rahmen eines Modellprojekts hat die Stadt Leipzig von 2009 bis 2012 zehn Kindertageseinrichtungen zu Kinder- und Familienzentren weiterentwickelt. Seit 2014 gibt es drei kommunale und elf Einrichtungen in freier Trägerschaft, die das Siegel „Kinder- und Familienzentrum der Stadt Leipzig“ tragen. Die Auswahl der Einrichtungen fand nach Standortkriterien sowie nach Migrations- und Sozialhilfeanteil in der Bevölkerung statt. Diesen Einrichtungen stehen zusätzliche Koordinationsstunden und Sachmittel zur Verfügung, um sich in den Sozialraum hinein zu öffnen und Familien beraten, begleiten und unterstützen zu können. Familienbildung wird hier zur Querschnittsaufgabe. Somit beziehen sich die verschiedenen Angebote nicht nur auf die Kinder, sondern auf die gesamte Familie und deren Umfeld, um niedrigschwellig Kontakt aufzunehmen und in den Dialog treten zu können (Schüder/Girlich 2016).

Eine dieser Einrichtungen ist die Integrative Kindertageseinrichtung Eisenbahnstraße. Sprachförder- und Therapiemaßnahmen sind Teil des Konzepts der Einrichtung und finden sich in der Umsetzung im Kita-Alltag und in Kooperationen mit verschiedenen externen Institutionen. Die Maßnahmen werden in dieser Einrichtung von Leitung, Logopädie, Sprachberaterinnen und Sprachberatern sowie den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen koordiniert, wobei die sprachtherapeutischen Fachkräfte nicht Teil des Kita-Teams sind, sondern bei den jeweiligen Kooperationspartnern angestellt sind. Die pädagogischen Fachkräfte der Einrichtung haben durch verschiedene Projekte und Bundesprogramme ihre Kompetenzen im Bereich Spracherwerb und alltagsintegrierte sprachliche Bildung vertiefen können.

Durch den Ausbau der Kita zu einem Kinder- und Familienzentrum stehen für Therapien und Elterngespräche eigene Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Nutzung der Therapiemöglichkeiten in der Kita kann jedoch

nur für Kinder mit einem Integrationsplatz bzw. einem Frühförderbescheid stattfinden. Halbjährlich finden bei der Erstellung der Förderpläne zusammen mit den Eltern Fallbesprechungen statt, bei aktuellen Bedarfen gibt es einen Austausch auch nur zwischen Bezugserzieherinnen und Bezugserziehern, Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Sprachfachkraft. Entsprechend den Bedarfen der Kinder findet die Therapie an bis zu drei Tagen pro Woche statt. Es wird versucht, einzelne Maßnahmen in den Alltag einfließen zu lassen. Um dies zu organisieren, tauschen sich die beteiligten Akteure aus. Eine Dokumentation zu jedem Kind bietet die Möglichkeit für pädagogische Fachkräfte und Eltern, sich über den Stand der therapeutischen Maßnahmen zu informieren. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung werden einmal jährlich Maßnahmen und Vorgehen überprüft und angepasst. Kleinere Anpassungen werden in den monatlichen Integrationsberatungen der Einrichtung besprochen und beschlossen. In Form von regelmäßigen sogenannten Helferkonferenzen findet die Zusammenarbeit mit externen Fachdiensten wie dem Sozialpädiatrischen Zentrum, Frühförderstellen und anderen Institutionen statt.

#### **4.2.3 Hamburg – Beratungsabteilung Elbkinder e.V.**

##### *Integration von Frühförderung/Maßnahmen aus SGB IX in den Kita-Alltag; Therapeutenpool des Trägers; Maßnahmen der tertiären Prävention vor Ort*

In Hamburg wird die Wiedereingliederungshilfe und Frühförderung für Kinder ab drei Jahren in den Kitas realisiert, um Kindern mit (drohender) Behinderung Teilhabe, Partizipation und individuelle Kontextgestaltung zu ermöglichen. Die Frühförderung ist für Kinder dieser Altersgruppe in das Kita-Gutschein-System (dieses existiert seit 2006) integriert. Therapie und heilpädagogische Leistungen erfolgen in der Kita. Die Frühförderung findet integriert in den Kita-Alltag statt. So ist es möglich, die Angebote flexibel nach den Bedürfnissen der Kinder zu gestalten. Ziel ist es, alle Kinder individuell zu fördern und ihnen Teilhabe am Leben in der Kindergemeinschaft zu ermöglichen. Voraussetzung für die Bewilligung der Frühförderung in einer Kita ist eine gutachterliche Stellungnahme. Die jugendpsychiatrischen Dienste der Bezirksämter sowie das Beratungszentrum „Sehen, Hören, Bewegen, Sprechen“ dürfen die entsprechenden Gutachten

ausstellen. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der Wiedereingliederung.

Von den 178 Elbkinder-Kitas haben ca. 90 die Integrationserlaubnis. Das bedeutet, sie betreuen Kinder mit (drohender) Behinderung und fördern diese heilpädagogisch-therapeutisch, um Entwicklung zu unterstützen und Teilhabe zu ermöglichen. Neben fest angestellten Therapeutinnen und Therapeuten (Physio-/Ergo-/Sprachtherapie sowie Logopädie), die den einzelnen Kitas zugeordnet sind, existiert bei den Elbkindern ein Pool, der Kitas mit kleineren Personalkontingenten versorgt. Dies hat den Vorteil, dass alle Therapeutinnen und Therapeuten, die bei den Elbkindern arbeiten, auf ein lebensweltlich orientiertes und kindzentriertes Konzept von Therapie geschult sind.

Die Herausforderungen für die Therapeutinnen und Therapeuten des Pools bestehen in der Fähigkeit zum Zeitmanagement sowie im Sich-Einstellen auf wechselnde Teams, wechselnde Kita-Strukturen, wechselnde Konzeptionen und den nicht täglichen Kontakt mit den Kindern. Als Vorteil werden der Austausch der Therapeutinnen und Therapeuten untereinander hervorgehoben und die Möglichkeit, Best-Practice-Beispiele von einer Kita an die nächste weitergeben zu können.

Die Umsetzung alltagsintegrierter Therapie ist mit dem Zeitmanagement niedergelassener Praxen oft nur schwer vereinbar. Zudem fehlt niedergelassenen Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten häufig das Wissen um pädagogische Konzepte, Bildungsziele und Gruppenförderung. Neben einigen gewachsenen Kooperationen mit niedergelassenen Praxen setzen die Elbkinder daher auf eine therapeutische Versorgung mit eigenem geschulten Personal.

Im Therapiekonzept der Elbkinder wird ein Verständnis von Therapie verfolgt, welches das Kind als Akteur seiner eigenen Entwicklung sieht und dementsprechend die Therapieziele an den Interessen und Bedürfnissen des Kindes ausrichtet und entwickelt. Durch die Verknüpfung mit dem Alltag des Kindes als Lernfeld wird Teilhabe optimal ermöglicht.

Notwendig sind dafür neben der Gestaltung der individuellen Therapie folgende Aspekte therapeutischen Handelns: Die Arbeit für das Kind im Kontext Kita (Ermöglichen von Teilhabe, Materialentwicklung, Hilfsmittelversorgung, Raumgestaltung etc.), die Zusammenarbeit mit Eltern sowie der interdisziplinäre Austausch zwischen pädagogischen Fachkräften und Therapeutinnen bzw. Therapeuten.

Alle Therapeutinnen und Therapeuten der Elbkinder erhalten daher mindestens eine Fortbildung zum Thema „Therapie im Kita-Alltag“ und können weitere entsprechende Fortbildungen mit den Schwerpunkten Klientenzentrierung, Alltagsgestaltung und besondere Behinderungsarten in Anspruch nehmen. Sie werden darüber hinaus von zwei leitenden Therapeutinnen (einer Logopädin und einer Physiotherapeutin) beratend unterstützt. Letztlich ist die hier beschriebene Umsetzung ein Integrationsmodell, das aktiv inklusiv weiterentwickelt wird.

#### 4.2.4 Sprachheilkindergarten

##### *Exklusives Spezialzentrum/Heilpädagogische Einrichtung, „klassische Versorgung“ im Bereich der tertiären Prävention*

Sprachheilkindergärten sind heilpädagogische Einrichtungen mit einer Spezialisierung auf Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen. Die Teams sind multidisziplinär zusammengesetzt und mit Fachkräften aus Heilpädagogik, Sprachheilpädagogik, Logopädie sowie zum Teil aus Physio-, Ergo- oder Musiktherapie auf Kinder mit Entwicklungsstörungen spezialisiert (Sallat/de Langen-Müller 2014). Die Kinder werden in kleinen Gruppen 40 Stunden pro Woche (Vollversorgung im Kindergarten) sowohl integriert in den Gruppenalltag als auch in Einzelförderung/-therapie sprachlich gefördert (tertiäre Prävention).

Neben der Sprache erfolgt eine Entwicklungsförderung in weiteren Bereichen wie Motorik, Wahrnehmung, Konzentration. Die Grundlage der Arbeit mit den Kindern ist eine individuelle medizinisch-psychologisch-pädagogische Diagnostik, die in Förderplänen regelmäßig ergänzt und fortgeführt wird. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen einer Komplexleistung nach SGB IX.

In einer aktuellen Befragung (Sallat/Spreer in Review) ergab sich ein Verhältnis von durchschnittlich 3,7 Kindern pro Fachkraft (Wertebereich: 0,9–13,0). Da die Einrichtungen ihre Angaben zum Teil an der Anzahl ihrer Vollzeitäquivalent-Stellen und zum Teil direkt am Fachkraft-Kind-Schlüssel orientierten, sind zu diesem Punkt leider keine verlässlichen Aussagen möglich. Zudem berichteten die Einrichtungen von einer sehr guten Ausstattung in Bezug auf Förder- und Diagnostikmaterialien (87 Euro pro Kind und Jahr) und in Bezug auf separate Räume für Sprach- und Entwicklungsförderung (durchschnittlich vier pro Einrichtung).



In Sprachheilkindergärten erfolgt durch die spezialisierten Fachkräfte die Verknüpfung von Bildung, Erziehung und individueller Unterstützung von Kindern mit sprachlichem Förderbedarf, orientiert an einer individuellen Förderplanung (Spreer/Sallat 2016; Hasselhorn/Sallat 2014). Die in der Sprachheilpädagogik für den Schulbereich entwickelten Methoden (für eine Übersicht siehe Sallat/Schönauer-Schneider 2015) kommen dabei im Kita-Bereich zum Einsatz und ermöglichen eine alltagsintegrierte tertiäre Prävention. In der spezifischen Sprachtherapie im Lern- und Spielprozess dominieren therapeutische Ziele die Planung des Lern- und Spielangebots. Hier werden Lern- und Spielinhalte (z.B. Begriffe, Sprachmuster) zur Sprachförderung genutzt. Im Konzept der Sprachassistenten im Lern- und Spielprozess werden therapeutische und fördernde Aspekte nur soweit verfolgt, wie sie für das Lernen in der jeweiligen Situation notwendig sind. Das Konzept der therapieintegrierenden Lern- und Spielphasen verfolgt neben Lern- und Bildungszielen in ausgewählten Phasen auch therapeutische Ziele (z.B. fünfminütige Therapiephase – ein- oder mehrmals täglich).

Weitere Methoden sind die Förderung der Sprachemotion und des Sprachverhaltens, wobei soziale, verhaltensmäßige und emotionale Voraussetzungen für das Erreichen sprachspezifischer Ziele optimiert werden. Dazu zählen beispielsweise eine angstfreie sprachfördernde Umgebung, ein gelassener Umgang mit Sprachfehlern und dem „Anderssein“, das Erkennen von Emotionen sowie die Berücksichtigung und Förderung sprachbasaler Prozesse, bei denen perzeptive und motorische Voraussetzungen wie die Wahrnehmung, Atmung und myofunktionelle Übungen (Übungen für Mund-, Hals- und Gesichtsmotorik – Lippen, Kiefer, Zunge) optimiert werden.

Obwohl diese Maßnahme der tertiären sprachlichen Prävention in einem exklusiven System erfolgt, kann sie als Orientierung dienen, um optimierte Bedingungen für die sprachliche Förderung/Therapie in wohnortnahen inklusiven Kitas abzuleiten, da Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen unabhängig von der Institution die gleiche Quantität und Qualität der Förderung/Therapie sowie die Implementation in den Kita-Alltag benötigen. Das interdisziplinär qualifizierte Team arbeitet zudem vernetzt mit unterschiedlichen externen Institutionen und Fachkräften (Medizin, Therapie, Sozialhilfe, Früh- und Grundschulpädagogik) zusammen und stellt so ein gutes Netz für die Beratung und Begleitung der Familien

sowie für Übergänge in den Schulbereich zur Verfügung. Bildungs- und berufsbiografische Untersuchungen konnten belegen, dass exklusive sprachheilpädagogische Einrichtungen vorübergehende Maßnahmen für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen bereitstellen und dadurch zur schulischen und beruflichen Teilhabe führen (Besuch der Regelschule, normale Ausbildung und z.T. Studium). Sie wurden von den Betroffenen retrospektiv nicht als stigmatisierend empfunden, sondern als wichtige Hilfe reflektiert (Sallat/Spreer in Vorb.; Spreer/Sallat 2016).

#### 4.2.5 Runde Tische

##### *Externes Expertennetzwerk unter Einbezug der Eltern*

Runde Tische als Möglichkeit des interdisziplinären Austausches zwischen Fachkräften (frühpädagogisch, sonderpädagogisch, medizinisch-therapeutisch) und Erziehungsberechtigten werden an verschiedenen Stellen umgesetzt und evaluiert (Krebs u.a. 2012; Schöler/Roos 2010). Im Austausch zwischen Familien/Erziehungsberechtigten unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Umfelds des Kindes und den pädagogischen Einrichtungen wird eine Bildungspartnerschaft umgesetzt (Textor 2014), um somit die Familien an Entscheidungen zu beteiligen.

In Baden-Württemberg wurde ein solcher Austausch unter der Bezeichnung „Runde Tische“ im Projekt „Schulreifes Kind“ als pädagogisches Schlüsselement aufgenommen (Baden-Württemberg, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport 2010). Dabei kommen zur Einschätzung der Entwicklung von Kindern, bei denen ein möglicher Förderbedarf besteht, Fachkräfte aus Kita, Schule und bei Bedarf aus dem Gesundheitsamt sowie der Frühförderung ein Jahr vor der geplanten Einschulung zusammen und besprechen gemeinsam mit den Eltern das weitere Vorgehen. Auf Grundlage von Informationen aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven wird gemeinsam und einvernehmlich festgelegt, ob das Kind an einer Zusatzförderung teilnehmen soll. Diese wird den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort angepasst (Förderort, Förderkraft etc.). Bei besonderem Förderbedarf einzelner Kinder werden weitere externe Partner hinzugezogen und in die Förderplanung integriert (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie).

Die „Runden Tische“ stellen eine gute Möglichkeit dar, Familien in die Maßnahmen der frühen Bildung

sowie in Förderentscheidungen einzubinden. Ebenfalls wird die Mehrperspektivität in der Betrachtung der Situation und Entwicklung des Kindes als positiv erlebt. Allerdings wird von Seiten der pädagogischen Fachkräfte die Organisation (Planung und Durchführung; zeitlicher und personeller Aufwand) als schwierig wahrgenommen (Krebs u. a. 2012).

### **4.3 Zwischenfazit: Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen**

Die angeführten Beispiele haben die unterschiedliche Ausrichtung und Ausgestaltung von Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention aufgezeigt. Die Arbeit an den Schnittstellen ist stark von den Regelungen des Bundeslandes sowie den Gegebenheiten vor Ort abhängig.

So finden sich Umsetzungen im Bereich der primären sprachlichen Prävention unter Einbezug von Fachkräften aus der sekundären Prävention (KEA, Kita Eisenbahnstraße) oder durch den Einbezug von Fachkräften aus dem Bereich der tertiären Prävention (Elbkinder e. V.). Eine weitere Kooperationsform im Übergang zur Schule und unter Einbezug der Eltern und von Fachkräften aus allen Präventionsbereichen stellen die Runden Tische dar, welche jedoch im Gegensatz zu den anderen Beispielen als Netzwerk die direkte Arbeit mit dem Kind nur durch eine gemeinsame Planung beeinflussen.

Grundlage für eine inklusive Umsetzung der Maßnahmen sollte neben der Planung der sprachlichen Präventionsmaßnahmen selbst und ihrer Implementation in den Kita-Alltag die Berücksichtigung der individuellen sprachlichen Gegebenheiten des Kindes in allen Alltags- und Bildungssituationen spielen. Diese Implementierung einer alltagsintegrierten sekundären und tertiären Prävention ist in den Sprachheilkindergärten entwickelt worden und sollte als Orientierung für die Weiterentwicklung von inklusiven Angeboten an den Schnittstellen dienen.

Ebenso zeigen die Beispiele sehr unterschiedliche Herangehensweisen und Umsetzungen hinsichtlich der Koordination der Maßnahmen (durch das Kita-Team, durch lokale oder beim Träger angesiedelte Beratungs- und Kompetenzteams, durch kooperative Netzwerke). Sie sind von der Verfügbarkeit spezifisch ausgebildeter Fachkräfte im Team, beim Träger oder in lokaler Nachbar-

schaft abhängig. Verallgemeinerbare Empfehlungen für Strukturen einer erfolgreichen Kooperation und Zusammenarbeit können daher kaum abgeleitet werden. Als grundlegende Bedingungen für eine erfolgreiche Arbeit an den Schnittstellen zeigt sich jedoch die Bedeutung von verbindlichen Regelungen und fachlichen Zuständigkeiten, von zeitlichen Ressourcen sowie der gegenseitigen Anerkennung fachlicher Kompetenzen in den jeweiligen Bereichen (z. B. Frühpädagogik, Bildung, Förderung, Therapie, Diagnostik, Beratung, Elternarbeit). Sie fließen in die Ableitungen für die inhaltliche Arbeit und Fachkompetenz (Kapitel 5) sowie Organisation und Struktur (Kapitel 6) mit ein.

## 5 Ableitungen für die inhaltliche Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung

In der Expertise ist deutlich geworden, dass es bislang keine verbindlichen Standards oder Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer inklusiven sprachlichen Bildung für Kinder mit sprachlichem Förder- und Therapiebedarf gibt. Weitreichendere Änderungen werden erst dann möglich, wenn sich rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen verändern (z.B. in Bezug auf Finanzierung, Zuständigkeiten). Somit kann die vorliegende Expertise lediglich auf die Notwendigkeit von übergreifenden Lösungen zwischen Bund, Ländern, Politik, Kranken- und Sozialkassen hinweisen.

Augenblicklich ist nur dann eine Verbesserung zu erwarten, wenn Kitas, Fachkräfte, Träger oder Akteure der tertiären Prävention gegebenenfalls selbst tätig werden und lokale Lösungen für die betroffenen Kinder entwickeln und damit eine Verbindung der primären, sekundären und tertiären sprachlichen Präventionsangebote ermöglichen. Wünschenswert ist die interdisziplinär vernetzte Zusammenarbeit der zuständigen Fachkräfte – im Idealfall sogar unter einem Dach. Da fast alle Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren Kitas besuchen, bieten sie sich besonders als Zentren solcher Zusammenschlüsse und Vernetzungen an. Als Organisationseinheit sind sie jedoch häufig zu klein, und selbst die Trägerstrukturen können nicht in jedem Fall ausreichend fachliche Expertise zur Absicherung sekundärer und tertiärer sprachlicher Präventionsmaßnahmen bereitstellen. So müssen Einrichtungen und/oder Träger mit externen Fachkräften und Institutionen aus dem Bereich der tertiären Prävention zusammenarbeiten, um eine inklusive Verknüpfung sicherzustellen. Für diese Entwicklungen werden in der Folge organisatorische und inhaltlich-fachliche Empfehlungen abgeleitet, wobei diese vom aktuellen Ist-Stand ausgehen, wie er insbesondere in Kapitel 3 beschrieben wurde.

Eine wesentliche Grundlage für die Zusammenarbeit an den Schnittstellen der sprachlichen Präventionsmaßnahmen sind die Einigung aller Beteiligten auf gemeinsame Grundprinzipien für die Gestaltung der inklusiven Arbeit sowie eine perspektivengeleitete Analyse der Situ-

ation des Kindes. Sie werden nachfolgend formuliert und sollen die erfolgreiche Verknüpfung der Maßnahmen und damit eine gelingende interdisziplinäre Kooperation und Zusammenarbeit ermöglichen.

### 5.1 Grundprinzipien inklusiver sprachlicher Bildung

Die inklusive sprachliche Bildung muss den mit der bisherigen Unterteilung in Sprachbildung, Sprachförderung und Sprachtherapie verbundenen Stigmatisierungstendenzen sowie der **Defizitorientierung** entgegenwirken. Notwendig sind Verschiebungen von Akzenten im pädagogischen Handeln, die sich letztlich auf das Handeln in primärer, sekundärer und tertiärer sprachlicher Prävention auswirken. Ebenso müssen die Maßnahmen und Angebote der tertiären sprachlichen Prävention in den Kindergartenalltag integriert und anders akzentuiert werden, was sich wiederum auf die pädagogischen Kontexte auswirkt. Im Folgenden werden in diesem Sinne sechs Grundprinzipien für die inklusive sprachliche Bildung formuliert. Die Grundprinzipien sollten handlungsleitend für die Arbeit aller Fachkräfte in den Bereichen der primären, sekundären und tertiären Prävention sein.

*Prinzip 1: In der inklusiven sprachlichen Bildung sollten alle Maßnahmen das Ziel haben, die Teilhabemöglichkeiten sowie die Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung der Kinder zu stärken.*

In der Umsetzung und Verknüpfung der primären, sekundären und tertiären sprachlichen Prävention ist darauf zu achten, dass Sprache ganzheitlich unterstützt und begleitet wird und dabei individuell die Bereiche gestärkt werden, die das jeweilige Kind benötigt, um nicht nur in der Kita, sondern auch in Familie und Gesellschaft sprachlich teilhaben und sich persönlich entfalten zu können.

*Prinzip 2: In der inklusiven sprachlichen Bildung sollten alle Maßnahmen das Ziel haben, die vorhandenen sprachlich-kommunikativen Kompetenzen anzuerkennen und wertzuschätzen.*

Diese vergleichsweise einfach klingende Anforderung stellt in der Praxis eine besondere Herausforderung dar und setzt einen **ressourcenorientierten Blick** voraus. Gerade das Wissen um die verringerten Bildungschancen von Kindern mit sprachlichen Auffälligkeiten, verbunden mit gesellschaftlich und persönlich geprägten

Wertungen zu Sprechern bestimmter Sprachen, Regiolekte und Soziolekte, führen aber immer wieder zu einer defizitorientierten und damit nur bedingt wertschätzenden Haltung (Panagiotopoulou 2016).

Insbesondere dann, wenn der Blick auf die Entwicklungsoffenheit des Kindes gerichtet wird, gelingt es, trotz der Feststellung etwaiger, sprachlicher Entwicklungsauffälligkeiten eine defizitorientierte Haltung zu vermeiden und die notwendigen Entwicklungsimpulse inklusiv zu setzen. Durch eine rechtzeitige und frühe Feststellung können geeignete Präventionsmaßnahmen eingeleitet werden, um eine längere Dauer und die Ausweitung von Störungen potenziell zu vermeiden bzw. zu minimieren (Kannengieser 2015; Kany/Schöler 2010).

*Prinzip 3: In der inklusiven sprachlichen Bildung sollten alle Maßnahmen barrierearm angelegt sein und möglichst allen Kindern die Teilhabe ermöglichen.*

Da die meisten Kitas altersübergreifend arbeiten, ergibt sich bereits aufgrund der rasanten Sprachentwicklung in den ersten Lebensjahren in den Gruppen eine starke sprachliche Heterogenität. Diese wird zusätzlich durch interindividuell variierende Entwicklungsverläufe, unterschiedliche Familiensprachen bzw. Regio- oder Soziolekte der Kinder sowie durch Kinder mit Sprach(entwicklungs-)störungen noch verstärkt. Barrierearmut heißt in dieser Beziehung zum einen, dass die sprachliche Bildung den Zugang zu Bildungsgegenständen ermöglicht bzw. erleichtert, und zum anderen, dass der Zugang zu unterstützenden Maßnahmen sowohl aus der Perspektive des Kindes als auch aus der der Fachkraft erleichtert wird.

Daher gilt es, ein besonderes Augenmerk auf die Gestaltung sprachlicher Angebote zu legen. Das Ziel einer inklusiven sprachlichen Bildung muss es sein, Bildungsangebote so differenziert anzubieten, dass für jedes Kind individuelles Lernen möglich ist (Reichert-Garschhammer 2011) und dass primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen barrierearm an einem Ort stattfinden.

*Prinzip 4: In der inklusiven sprachlichen Bildung sollten alle Maßnahmen die enge Beziehung zwischen sprachlichen sowie kognitiven und sozio-emotionalen Kompetenzen berücksichtigen und dementsprechend Bildungsangebote ganzheitlich betrachtet werden.*

Alle beteiligten Fachpersonen benötigen Fachwissen darüber, wie das Kompetenzgeflecht Sprache mit ande-

ren Entwicklungs- und Bildungsbereichen zusammenhängt und welche Interdependenzen bestehen (z.B. List 2011), um allen Kindern adäquate Bildungsangebote machen zu können. Hierbei können Fachkräfte der primären Prävention gegebenenfalls von den Akteuren der sekundären und tertiären Prävention unterstützt werden. Sprachheilpädagogische Einrichtungen und Fachkräfte verfügen in diesem Bereich über eine besondere Expertise, da die Verbindung von sprachlichen und curricularen Lernzielen ein Grundprinzip sprachheilpädagogischen Arbeitens darstellt.

*Prinzip 5: In der inklusiven sprachlichen Bildung sollten die Maßnahmen alle Kinder in der Kita einbeziehen und sie zur „Zone der nächsten Entwicklung“ führen.*

Hier ist nicht nur darauf zu achten, dass alle Kinder an Angeboten teilhaben können, sondern auch, ob die Angebote sprachlich den jeweiligen Kompetenzen der Kinder in dem Sinne angemessen sind, dass sie in der Zone der nächsten Entwicklung (Dannenbauer 2002; Vygotskij 2002) liegen. In diesem Kontext sind insbesondere Untersuchungsergebnisse bedeutsam, die zeigen, dass gerade in Kitas mit vielen mehrsprachig aufwachsenden Kindern und/oder Kindern aus Familien mit erschwerten Zugängen zu Bildung das sprachliche Niveau häufig unbewusst abgesenkt wird und so die Kinder nur bedingt die Möglichkeit haben, sich sprachlich weiterzubilden (Albers u.a. 2013).

*Prinzip 6: In der inklusiven sprachlichen Bildung sollten alle Maßnahmen das Ziel haben, die sprachlichen Anforderungen im Zusammenhang mit Wissenserwerbs- und Lernprozessen der Kinder sowie von Schule zu berücksichtigen und versuchen, die Bildungschancen der Kinder durch einen Abbau möglicher Barrieren zu erhöhen.*

Sprachlich-kommunikative Kompetenzen werden im Übergang von der Kita zur Schule als Grundlage für den Schriftspracherwerb, den Erwerb mathematischer Einsichten sowie weitere Lernprozesse vorausgesetzt. **Bildungssprachliche Fähigkeiten** müssen und können bereits im Kindergartenalter gezielt erfasst und gefördert werden (Tietze u.a. 2016), da Kinder mit Sprachstörungen sowie Kinder, die mit anderen Sprachen oder sprachlichen Varietäten aufwachsen, sonst benachteiligt sind (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014; Hasselhorn/Sallat 2014). Weitere Einflussfaktoren für

den Erwerb bildungssprachlicher Kompetenzen sind die kommunikativen Praktiken in der Familie sowie der sozioökonomische Status (Gogolin u.a. 2011; Eckhardt 2008).

Gleichsam zeigen sich für den Erwerb des Lesens und Schreibens starke Zusammenhänge zu Störungen der Sprachverarbeitung (z.B. phonologische Bewusstheit) sowie zum familiären Umgang mit Text und Schrift (Steinbrink/Lachmann 2014). Für optimale Bildungschancen der Kinder hat die primäre Prävention im Rahmen einer inklusiven sprachlichen Bildung daher das Ziel, die für die Schule notwendigen Kompetenzen, unabhängig von den individuellen oder familiären Ressourcen, bestmöglich zu fördern, um so allen Kindern Teilhabe zu ermöglichen.

## 5.2 Perspektiven für die Reflexion sprachlichen Förderbedarfs

Die Analyse des individuellen sprachlichen und außersprachlichen Förderbedarfes eines Kindes kann eine Fachdisziplin allein häufig nicht leisten. Um das Kind ganzheitlich und mit seinen individuellen sprachlichen Fähigkeiten sowie deren Auswirkungen auf Entwicklungs-, Lern- und Erziehungsprozesse wahrzunehmen, braucht es einen mehrperspektivischen Blick, der nur durch ein multiprofessionelles Team abgesichert werden kann (Sallat/Siegmüller 2016). Die Betrachtung aus nur einer fachlichen Perspektive (z.B. nur Frühpädagogik, nur Sprachtherapie) birgt die Gefahr, dass die Entwicklungsbedingungen für das betreffende Kind nicht bestmöglich Berücksichtigung in der Förderplanung finden. Daher werden im Folgenden mehrere Perspektiven dargestellt, die es multiprofessionellen Teams in der Zusammenarbeit mit den Familien ermöglichen, individuelle Entwicklungs- und Bildungsverläufe der Kinder zu reflektieren und dabei die verzögerte oder gestörte sprachliche Entwicklung differenziert wahrzunehmen (Sallat/Siegmüller 2016; von Knebel 2012).

**Sprachphänomenologische/linguistische Perspektive:** Hier steht die Frage im Mittelpunkt, wie der Sprach(en)erwerb verlief und welche sprachlichen Kompetenzen das Kind konkret besitzt. Welche Fähigkeiten weist es in den verschiedenen linguistischen Ebenen (Aussprache – Phonetik/Phonologie/Prosodie; Wortschatz – Semantik/Lexik; Grammatik und

Satzbau – Morphologie/Syntax; Sprachverwendung – Pragmatik/Kommunikation) sowohl rezeptiv als auch produktiv auf? Basis einer solchen Beurteilung sind linguistisches Wissen sowie Wissen über Sprachentwicklung und ihre Variationen/Störungen (entwicklungspsychologisches Wissen).

*Einzubeziehende Fachdisziplinen: Sprachtherapie, Sprachheilpädagogik, Psychologie, Patho- und Neurolinguistik*

**Entwicklungsperspektive:** Ausgehend von der sprachphänomenologischen Perspektive schließt die Frage an, ob das vorliegende sprachliche Fähigkeitsprofil aufgrund anderer Entwicklungsmerkmale (z.B. Motorik, Kognition) des Kindes und seiner Biografie erwartbar oder von den Erwartungen abweichend ist. Handelt es sich um einen üblichen, für viele Kinder mit ähnlichen Merkmalen zu erwartenden Verlauf oder weicht er davon ab? Wenn es Abweichungen gibt, muss geklärt werden, ob es sich um temporale Verzögerungen, Stagnationen oder inhaltliche Abweichungen der Sprachentwicklung handelt. Zudem ist zu untersuchen, wodurch diese Abweichungen bedingt sein könnten. Erst auf dieser Grundlage kann über angemessene Förder- oder Therapiemaßnahmen entschieden werden. Die Basis der Beurteilung ist das Wissen über entwicklungspsychologische Zusammenhänge, zudem sind Kenntnisse in den Bereichen medizinische oder sonder- bzw. heilpädagogische Diagnostik notwendig.

*Einzubeziehende Fachdisziplinen: Sprachtherapie, Sprachheilpädagogik, Psychologie, Patho- und Neurolinguistik, Heilpädagogik, Pädiatrie, Phoniatrie*

**Bildungszielperspektive:** Aus der Bildungszielperspektive ergeben sich Fragen dazu, ob die sprachlichen Fähigkeiten die Teilhabe an Bildung (Lernen, Verstehen) gegebenenfalls beschränken, für welche konkreten Situationen dies gilt und wie dem entgegen gewirkt werden kann. Zur Beantwortung des letzten Aspekts kann geprüft werden, ob die dazu nötigen sprachlichen Fähigkeiten ausgebildet oder aber Bildungssettings so gestaltet werden können, dass sie allen Beteiligten Teilhabe ermöglichen. Hier muss der Blick auf die sprachlichen Anforderungen der Schule gerichtet werden, und Bildungssituationen in der Kita müssen kritisch hinterfragt werden. Damit werden zur Beurteilung aus dieser Perspektive insbesondere



Wissen über Voraussetzungen und Methoden des Lernens und der Bildungsbegleitung sowie über Vorausläuferfähigkeiten für schulisches Lernen benötigt. *Einzubeziehende Fachdisziplinen: Sprachheil-, Heil-, Früh- und Grundschulpädagogik*

**Subjektperspektive:** Aus der Subjektperspektive stellt sich die Frage, inwieweit das Kind und seine sprachlichen Fähigkeiten im Einklang sind: Wie und wozu verwendet das Kind Sprache? Was bedeutet Sprache und eigene sprachliche Handlungsfähigkeit im Alltag? Hat das Kind die Möglichkeit, durch seine sprachlichen und nicht-sprachlichen Kompetenzen alle seine Bedürfnisse zur eigenen Zufriedenheit auszudrücken und somit an der Gesellschaft teilzuhaben? Diese Perspektive sollte im inklusiven Handeln die wichtige Grundlage dafür darstellen, über zusätzliche Maßnahmen, die medizinisch/entwicklungspsychologisch nicht unbedingt nötig sind, sowie ggf. über die Art und Schritte der Intervention zu entscheiden. Zur Beurteilung aus dieser Perspektive sind eine genaue Beobachtung des Kindes sowie Wissen über das Umfeld des Kindes und seine Biografie notwendig – wichtige Bezugspersonen wie die Eltern müssen bei der Reflexion dieser Perspektive auf jeden Fall einbezogen werden. Gleiches gilt für die beiden folgenden Perspektiven.

*Eltern/Bezugspersonen und einzubeziehende Fachdisziplinen: Sprachheil-, Heil- und Frühpädagogik*

**Lebenswelt- und Erziehungsperspektive:** Aus der Lebensweltperspektive wird überprüft, welche Ressourcen und ggf. auch Barrieren beim Kind, seiner Familie, seinem Umfeld und seinem sozialen Nahraum vorliegen, die die sprachliche Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen können. Zudem stellt sich die Frage, ob mangelnde sprachliche Fähigkeiten die Teilhabe ggf. einschränken. Aus der Erziehungsperspektive wird hinterfragt, inwieweit die Familie das Kind unterstützen kann bzw. welche Hilfe sie dabei benötigt, wirksam agieren zu können, um die (sprachlichen) Teilhabefähigkeiten des Kindes zu verbessern. Hier muss zusätzlich überlegt werden, wie Elternhaus, Kita und ggf. weitere Kooperationspartner ihre Zusammenarbeit so gestalten können, dass sie gemeinsam das Kind optimal unterstützen, sich selbstbestimmt und eigenmotiviert zu bilden. Anschließend daran sollten Barrieren – wenn mög-

lich – abgebaut und Ressourcen effektiv genutzt oder aber geschaffen werden.

*Eltern/Bezugspersonen, ehrenamtlich Tätige in Vereinen/Kirchengemeinden etc. und einzubeziehende Fachdisziplinen: Sozial- und Frühpädagogik*

Die oben dargestellten Perspektiven sind eng miteinander verwoben und machen deutlich, dass eine interdisziplinäre bzw. multiprofessionelle Zusammenarbeit notwendig ist, um alle Kinder mit ihren jeweiligen Merkmalen optimal bei ihren Entwicklungsaufgaben zu unterstützen.

### 5.3 Kompetenzen und Aufgabenfelder

Die bei pädagogischen Fachkräften erforderlichen Kompetenzen, die für die Arbeit nach inklusiven Ansätzen, in inklusiven Settings sowie in der Zusammenarbeit mit Eltern benötigt werden, sind u.a. sehr ausführlich in den Veröffentlichungen der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (DJI/WiFF 2016, 2014, 2013a, 2013b, 2011a, 2011b) dargestellt.

Im Folgenden werden verschiedene übergeordnete Kompetenzbereiche beschrieben, die allgemein für alle beteiligten Fachpersonen und im Speziellen für pädagogische Fachkräfte grundlegend sind.

In der Sprachheilpädagogik sind für die Arbeit im Bereich der tertiären Prävention über Jahre Expertise-Zentren (Sprachheilzentren/Sprachheilkitas/Sprachheilschulen) mit einer Konzentration von spezialisierten Fachkräften entstanden. Diese sind für die Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung zunehmend aufgefordert, die Schwerpunkte der sprachheilpädagogischen Versorgung (Beratung – Förderung – Diagnostik – Unterricht – Therapie – Innovation – Koordination – Entwicklung und Evaluation) dezentral umzusetzen. In inklusiven Settings (inklusive Kita/Schule) müssen neue Netzwerke die fehlende Expertisekonzentration eines Förderzentrums auffangen, damit sprachheilpädagogische Hilfen unabhängig vom Ort in der gleichen Qualität für die Förderung der Kinder wirksam werden können (Sallat u.a. 2014; Glück u.a. 2013).

Doch auch Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden müssen sich auf neue Aufgabenfelder einstellen. In einigen Bundesländern erhalten sie die Aufgabe, Kinder in Kita oder Schule therapeutisch zu unterstützen und müssen

sich ggf. in die dortigen Teams integrieren. Sprachheilpädagogische und sprachtherapeutische Fachkräfte übernehmen so neue Aufgaben in multiprofessionellen Teams für Teamteaching, kollegiale Beratungen und die Entwicklung angepasster Bildungsangebote (Lüdtke/Bleeschmidt 2015; Mußmann 2014).

Aufgrund der sich durch die unterschiedlichen Handlungsfelder und Perspektiven im Bereich sprachlicher Präventionsmaßnahmen ergebenden Komplexität kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Kompetenzen bei allen Akteuren gleichermaßen vorhanden sind. Dementsprechend werden zunächst die Kompetenzen allgemein erläutert, daraufhin wird auf jene eingegangen, die pädagogische Fachkräfte hinsichtlich inklusiver sprachlicher Bildung aufweisen sollten. Abschließend wird zusammengefasst, wie sich diese Kompetenzen in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit denen sprachheilpädagogischer und/oder medizinisch-therapeutischer Fachkräfte ergänzen sollten. Damit wird die Schnittstelle zwischen Bildungs- und gesundheitlichen Motiven in den Mittelpunkt gestellt bzw. die Möglichkeit, diese Schnittstelle inklusiv zu gestalten.

### 5.3.1 Sprach- und sprachentwicklungsbezogene Kompetenzen

Eine wichtige Voraussetzung dafür, Kinder bei ihren Sprachentwicklungsaufgaben begleiten und unterstützen zu können, ist Wissen um den kindlichen Spracherwerb (grundlegend: Szagun 2016; Rowland 2014, Ruberg/Rothweiler 2012; Chilla u.a. 2010), ihn bedingende Faktoren (u.a. Wendlandt 2016) sowie Zusammenhänge mit anderen Entwicklungsbereichen (Zollinger 2014; List 2011). Ebenso ist es unerlässlich, Auffälligkeiten, Hemmnisse und Verzögerungen in der Sprachentwicklung erkennen zu können (Kannengieser 2015; Sachse 2015; Fox-Boyer 2013; Grimm 2012; Ringmann/Siegmüller 2012).

Zu den sprachbezogenen Kompetenzen zählen ebenso Wissen über die natürliche Variation des Spracherwerbs sowie Aspekte, die den Erwerb einer (neuen) Sprache beeinflussen können wie z.B. ein mehr- bzw. nichtdeutschsprachiger Hintergrund, Entwicklungsverzögerungen und/oder -auffälligkeiten sowie Zugänge zu sprachlichen Angeboten im familialen Umfeld (u.a. Chilla/Haberzettl 2014; Rothweiler/Ruberg 2011; Zollinger 2015).

Zudem sind Kenntnisse von Vorläuferfähigkeiten des Schriftspracherwerbs wie z.B. Symbolerkennung, Wissen über die Funktion von Schrift, phonologische Bewusstheit etc. (Albers 2016; Schmid-Barkow 2013; Näger 2013;

Füssenich 2011; Rau 2009) sowie über Merkmale der Bildungssprache (Gogolin/Lange 2011) notwendig.

Zur Beobachtung und Einordnung sprachlicher Fähigkeiten bei Kindern ist Bewusstsein über die sprachlichen Phänomene auf den Ebenen Prosodie, Phonetik, Phonologie, Morphologie, Semantik, Syntax und Pragmatik in Produktion und Rezeption vonnöten (Szagun 2016).

Diese fachlichen Wissensbestände sind durch ein umfangreiches Methodenrepertoire zu ergänzen (siehe Kapitel 2.1). Die beschriebenen Kompetenzen beziehen sich vorrangig auf die sprachphänomenologisch/linguistische sowie die entwicklungspsychologische Perspektive.

Pädagogische Fachkräfte müssen Grundwissen in allen genannten Bereichen aufweisen. Wenn sie Maßnahmen der sekundären Prävention durchführen, sollten sie darüber hinaus vertieftes Wissen insbesondere zur Beobachtung und Einordnung sprachlicher Fähigkeiten mitbringen. Bei sprachheilpädagogischen und (medizinisch-)therapeutischen Fachpersonen gehören sprach- und sprachentwicklungsbezogene Kompetenzen zur Kernkompetenz.

### 5.3.2 Planungskompetenzen

Der Aspekt der Planungskompetenz bezieht sich auf die Berücksichtigung von Sprache und Kommunikation bei der Planung von Bildungsangeboten. In engem Zusammenhang damit stehen die Kompetenzen, Kommunikationswünsche der Kinder wahrzunehmen und feinfühlig alters- bzw. entwicklungsangemessen zu reagieren. Gleichzeitig müssen Kinder Zugang zu Literacy und Bildungssprache erhalten, um sie nicht zuletzt auf die Anforderungen von Schule vorzubereiten. Zur Schaffung und Überprüfung von inklusiv sprachlichen Bildungsmöglichkeiten und -angeboten sind u.a. Beobachtungs- und Dokumentationskompetenzen sowie eine regelmäßige Reflexion – auch im Sinne der Reflexion der eigenen (Bildungs-)Biografie – notwendig (vgl. die folgenden Kapitel).

Die Lehrpläne aller Bundesländer für Fachkräfte im Elementarbereich enthalten Aussagen zur Wichtigkeit des kommunikativen bzw. sprachlichen Bereichs, und auch in den Lehrplänen der Fachakademien für Sozialpädagogik sind diese fest verankert. Ebenso ist das individuelle Begleiten und Fördern einzelner Kinder sowie homo- und heterogener Klein- bzw. Großgruppen Bestandteil aller Bildungspläne, und in den Lehrplänen finden sich Aussagen zur Planung von (Bildungs-)Situationen, die am Interesse der Kinder ausgerichtet sind.



Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen aber, dass hierzu (und gerade zur Ableitung von Förderzielen aus den Beobachtungen) bei pädagogischen Fachkräften häufig wenig Wissen vorhanden ist und die im Schnitt sehr geringen Verfügungszeiten (mittelbare Arbeit) (Schreyer u.a. 2014) kaum für die Planung von spezifischen Settings genutzt werden.

Um allen Kindern mit ihren jeweiligen Merkmalen gerecht zu werden, sind Kompetenzen in diesem Bereich sowie ausreichende zeitliche Ressourcen, um entsprechende Ableitungen und Planungen vorzunehmen, wichtige Gelingensbedingungen.

Durch die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team bzw. die Kooperation mit externen Fachkräften können geeignete Settings gemeinsam geplant und durchgeführt werden. Darüber hinaus kann die Zusammenarbeit Entlastung und Unterstützung für die einzelne pädagogische Fachkraft in der Einrichtung schaffen. Die beschriebenen Kompetenzen beziehen sich vorrangig auf die Subjektperspektive.

### 5.3.3 Kompetenzen zur Reflexion

Da die Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung (wie Inklusion auch) ein Prozess ist, der sich auf mehreren Ebenen mit verschiedenen Akteuren vollzieht (siehe Kapitel 2.2), können auftauchende Fragen oder Probleme nicht immer ad hoc gelöst werden. Es bietet sich an, diese Herausforderungen im interdisziplinären Team anzusprechen, um gemeinsam einen subjektorientierten Weg zu finden.

Die in Kapitel 5.2 beschriebenen Perspektiven und die dazugehörigen Leitfragen (siehe Anhang) können als Orientierung dienen. So sind beispielsweise die Sprachlichkeit des Kindes und die Sprachlichkeit der Bildungs- und Alltagssituationen in der Kita, der individuelle Sprachentwicklungsstand, das kindliche Umfeld mit seinen Ressourcen und Beschränkungen zu reflektieren: Sind mit Blick auf alle Perspektiven Barrieren oder Auffälligkeiten wahrzunehmen? Werden die vorhandenen Ressourcen gut genutzt? Nehmen die Kinder aktiv am Kita-Alltag teil? Fühlen sie sich wohl, entwickeln und bilden sie sich?

Auf dieser Grundlage wird dann ggf. über eine noch bessere, auf jedes Kind zugeschnittene Begleitung entschieden, oder aber es liegt kein Grund zu weiterem bzw. verändertem Verhalten vor. Zeigen sich jedoch Barrieren/Auffälligkeiten, so ist die Einbeziehung weiterer Akteure und eine intensivere Bearbeitung der Per-

spektiven zwingend notwendig. Hierzu braucht es u.a. Reflexionsräume (zeitlich und räumlich), die von Leitung und Träger in Form von Austausch und Fallbesprechungen – intern wie extern – zur Verfügung gestellt werden. Die Reflexion der eigenen Bildungsprozesse und Arbeit ist in der theoretischen und praktischen Ausbildung pädagogischer Fachkräfte (und auch anderer Disziplinen wie der Logopädie) bereits ein wichtiger Bestandteil.

Reflexionskompetenzen sind für alle Perspektiven und Fachpersonen relevant.

### 5.3.4 Beobachtungs- und diagnostische Kompetenzen

Um die sprachlichen Bedürfnisse und Kompetenzen der Kinder einschätzen und darauf adäquat reagieren bzw. sich bedarfsgerecht mit allen Akteuren der sekundären und tertiären Prävention vernetzen zu können, sind Beobachtungs- und diagnostische Kompetenzen (**Dia-gnostik**) unerlässlich. Nur wenn der Sprachstand der Kinder bekannt ist, wenn Hemmnisse und Störungen in der sprachlichen und allgemeinen Entwicklung, der Bildung und Teilhabe der Kinder rechtzeitig erkannt und genau bestimmt werden, können sie abgebaut und/oder therapiert werden.

Voraussetzung sind einerseits der ressourcenorientierte und wohlwollende Blick auf das Kind und seine Konstruktion von Welt und Bedeutung, andererseits das Wissen um Beobachtungsmethoden und mögliche Beobachterfehler (zur Beobachtung allgemein siehe Flender/Wolf 2012). Ohne Beobachtungen und geeignete Beobachtungsverfahren bzw. die dafür notwendigen Kompetenzen sind diagnostische Aufgaben im Kindergartenalltag nicht erfüllbar.

Für inklusive sprachliche Bildung ist es wichtig zu wissen, was **Diagnostik** ist und welche Möglichkeiten der Diagnostik, welche aktuell gängigen Verfahren es insbesondere zur Beurteilung von sprachlichen Kompetenzen von Kindern gibt, aber auch anderer Kompetenzen und Ressourcen, die für die sprachliche Entwicklung und Bildung relevant sind (siehe Kapitel 5.2). Außerdem gehören die Fähigkeiten dazu, Diagnostik- oder Screeningverfahren auf ihre Qualität hin zu beurteilen, sie durchzuführen, die Ergebnisse auswerten und interpretieren zu können, um auf der Grundlage der Diagnostik das weitere Vorgehen zu planen. Dies gelingt am besten in der interdisziplinären Zusammenarbeit, da jede Fachdisziplin nur einen Teilbereich der notwendigen Kompetenzen abdeckt.

Eine für die pädagogische Arbeit grundlegende Kompetenz ist die Fähigkeit zu beobachten. Die Bildungs- und Entwicklungspläne aller Bundesländer legen auf diesen Aspekt ein besonderes Augenmerk, und auch in der Ausbildung frühpädagogischer Fachkräfte wird auf diese Kompetenz gesondert verwiesen (Deppe 2011). Es ist von pädagogischen Fachkräften in Kindertageseinrichtungen aber nicht zu erwarten, dass sie alle oben genannten Kompetenzen umfassend aufweisen.

Im Gegensatz zu Fachpersonen, welche die Kinder im Rahmen einer Differenzialdiagnostik in Bezug auf ihre sprachlichen Fähigkeiten, Entwicklung und Bildung begutachten, haben pädagogische Fachkräfte tagtäglich mit den Kindern zu tun. Somit kommt ihnen insbesondere bei der Früherkennung von möglichen Störungen und Barrieren eine wichtige Rolle zu: Durch freie Beobachtung, anamnestische Gespräche mit den Familien und Screeningverfahren, die für die Nutzung durch pädagogische Fachkräfte entwickelt wurden, können sie mögliche Risiken für Entwicklung, Bildung und Teilhabe frühzeitig entdecken, Eltern auf diese hinweisen und ggf. in den Austausch mit anderen Professionen treten. Zudem müssen pädagogische Fachkräfte in der Lage sein, auf Basis der erfassten Informationen individuell zugeschnittene pädagogische Maßnahmen planen und durchführen zu können.

Zwar werden Kitas die dazu zu nutzenden Verfahren in der Regel vom Land und/oder Träger vorgeschrieben, dennoch ist neben der Fähigkeit, diese Verfahren durchführen sowie die Ergebnisse auswerten und interpretieren zu können, Grundlagenwissen über die Qualitätsbeurteilung von diagnostischen Verfahren wichtig, um sich über Nutzen und Begrenzungen der vorliegenden Verfahren im Klaren zu sein und ggf. selbst geeignete Verfahren auswählen zu können. Auch diese Entscheidungen sollten im interdisziplinären Team getroffen werden.

### 5.3.5 Beratungs- und Vermittlungskompetenzen

Unter Beratungs- und Vermittlungskompetenzen, die allgemeine und spezielle Kommunikationskompetenzen einschließen, soll verstanden werden, dass Eltern oder andere Personen zum einen sensibel und wertschätzend über mögliche Störungen in der Sprachverarbeitung oder aber Barrieren für Entwicklung und Bildung informiert werden können und zum anderen, dass mögliche externe Anlaufstellen zur weiteren Abklärung genannt und ggf. mit den Eltern weitere Schritte (z.B. Finden der

richtigen Anlaufstelle, Unterstützung bei der Terminfindung) geplant werden können. Dies setzt sowohl die Kenntnis voraus, welche Anlaufstellen es grundsätzlich gibt und wie diese in der Regel arbeiten, als auch das Wissen um geeignete Kontakte vor Ort (im Idealfall: geknüpft) bzw. darüber, an wen man sich wenden kann (z.B. Fachberatungen), um die benötigten Informationen zu erhalten (siehe Anhang, Kapitel 10.3).

Insbesondere, wenn Kitas die Koordination der inklusiven sprachlichen Bildung übernehmen, erweitern sich die Anforderungen an das Kompetenzprofil des Teams im Bereich der Beratungs- und insbesondere der Vermittlungskompetenzen deutlich.

Wichtig ist hier noch einmal zu betonen, dass pädagogische Fachkräfte nicht in der Lage sein können und müssen, Differenzialdiagnosen zu erstellen, sondern nur mögliche Risiken zu erkennen, ohne deren konkrete Ursachen oder die möglichen Auswirkungen vollständig einschätzen zu können. Daher sollten die Einrichtungen und Teams, vergleichbar zum KEA-Projekt (siehe Kapitel 4.2.1), rechtzeitig externe Hilfen hinzuziehen.

So sollte den Eltern transparent vermittelt werden, welche möglichen Risiken wie eruiert wurden und welche weiteren Anlaufstellen innerhalb oder außerhalb der Kita zu einer genaueren Diagnostik und ggf. zur Unterstützung eingeschaltet werden können. Die Entscheidung darüber, wie weiter verfahren wird, obliegt den Eltern, sie setzt allerdings eine umfassende fachgerechte Beratung unter Berücksichtigung der unter Kapitel 5.2 genannten Perspektiven voraus. Interdisziplinäre Fallbesprechungen oder Runde Tische unter Einbezug der Eltern (Kapitel 4.2.5) können hierfür eine Grundlage sein.

Allerdings kommt pädagogischen Fachkräften die Aufgabe zu, Eltern bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen, insbesondere dann, wenn sich abzeichnet, dass die Familie keine weiteren Schritte unternehmen wird (oder kann), weil Barrieren (wie Fahrtwege, auszufüllende Formulare, Verstehensprobleme etc.) sie daran hindern. Dazu sollten die Fachkräfte über die konkreten Anlaufstellen hinaus Wissen über Unterstützungssysteme (z.B. Möglichkeiten der finanziellen oder sozialpädagogischen Unterstützung) haben, die Familien zur Verfügung stehen, um solche Erschwernisse abzubauen. Die Beratungs- und Vermittlungskompetenzen spielen bei allen Perspektiven eine Rolle und sind damit grundlegend für alle beteiligten Fachkräfte.

### 5.3.6 Vernetzungskompetenzen

Unter Vernetzungskompetenzen verstehen wir alle Kompetenzen, die dazu nötig sind, Kooperationen und Netzwerke zwischen Kitas und externen Akteuren aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Dazu sollte nicht nur Wissen über mögliche Anlaufstellen vorhanden sein, sondern auch klar sein, dass aktuelle Kooperationen mit dem Ziel einer inklusiven sprachlichen Bildung gestaltet werden müssen (Bildungs- und Erziehungspläne der Länder; SGB VIII, § 22). So ist mit vorrangig diagnostizierenden Institutionen und Personen (z.B. Kinderärztinnen und Kinderärzten) ein Austausch hinsichtlich der Ergebnisse der Diagnostik und des weiteren Vorgehens – entweder direkt oder indirekt über die Eltern – ausreichend. Zwischen Kitas und therapierenden oder fördernden Einrichtungen und Fachpersonen sollte eine regelmäßige Zusammenarbeit stattfinden, z.B. durch Information zu Vorgehensweisen, Abstimmung von Maßnahmen, regelmäßige Fallbesprechungen. In diese Abstimmungsprozesse sollten die Eltern mit einbezogen werden, indem sie kontinuierlich über die gemeinsamen Aktivitäten informiert werden und ihre Vorstellungen und Ansichten mit einbringen können.

Kooperationen dieser Art sind bisher vergleichsweise selten. So arbeiten zwar viele Kindertageseinrichtungen regelmäßig mit externen Akteuren zusammen, zum Teil therapieren diese auch in den Räumen der Kita, zu regelmäßigen Abstimmungen und Fallbesprechungen kommt es aber selten. Ein Grund liegt sicherlich in den mangelnden Ressourcen: In der Regel stehen selten zeitliche (Zeit für Abstimmungen, Fallbesprechungen, Hospitationen etc.), finanzielle (z.B. Fahrtkosten zu Treffen) oder räumliche (Besprechungsräume) Mittel zur Verfügung. Erst nach und nach entwickeln sich Kitas in diesem Sinn zu Kinder- und Familienzentren weiter (Schlevogt/Vogt 2014).

Dass aber nicht nur die genannten Ressourcen, sondern häufig das Bewusstsein für die Relevanz von Kooperationen fehlt, zeigt sich in Gesprächen mit Fachkräften: So wissen Fachkräfte zwar in der Regel, welche Kita die Kinder besuchen bzw. bei wem Kinder therapiert/gefördert werden, sie sind aber häufig nicht darüber informiert, welche Ziele die einbezogenen Fachpersonen/Institutionen genau verfolgen – primäre, sekundäre und tertiäre Prävention werden häufig als unabhängige Säulen wahrgenommen. Hier spiegelt sich die bisherige institutionenzentrierte Vorgehensweise wieder, die es in einem inklusiven Ansatz sprachlicher Bildung durch ein perspektivenorientiertes Handeln zu überwinden gilt

(Sallat/Siegmüller 2016). Auch die Vernetzungskompetenzen beziehen sich auf alle Perspektiven; alle beteiligten Institutionen bzw. Fachpersonen sollten über diese Kompetenzen verfügen.

### 5.3.7 Kompetenzen für die Zusammenarbeit an den Schnittstellen von primärer zu sekundärer und tertiärer Prävention

Für eine inklusive sprachliche Bildung an den Schnittstellen von primärer zu sekundärer und tertiärer Prävention müssen vielfältige Anforderungen erfüllt sein.

Die dafür erforderlichen Kompetenzen sind nicht von allen beteiligten Akteuren gleichermaßen zu erwarten, sondern unterscheiden sich insbesondere in Abhängigkeit von Ausbildung, Berufsbild und Institution. Selbst innerhalb einer Berufsgruppe können die Kompetenzen je nach Aufgabenfeld erheblich variieren, z.B. Leitung – Gruppenleitung – Zweitkraft. Eine wesentliche Grundlage für die Koordination und Kooperation ist daher ein professionell reflexiver Umgang aller Fachkräfte mit den eigenen fachlichen Möglichkeiten und Grenzen.

Die Kompetenz und das professionelle Handeln zeigen sich in diesem sensiblen Bereich besonders in dem Bewusstsein, an welchen Stellen der Rückgriff auf ein multiprofessionelles Team mit engen Verbindungen zu verschiedensten Fachkräften, Fachdiensten und Beratungsstellen notwendig ist. Dies dient der Entlastung und der Qualitätssicherung gleichermaßen. Enge Verknüpfungen von Angeboten der primären mit denen der sekundären und tertiären sprachlichen Prävention können nur durch ein multiprofessionelles Team ermöglicht werden, das mit den teaminternen Expertisen der Kita gemeinsam individuelle Förderpläne erstellt, die Lernumgebung gestaltet und den Kita-Alltag nach den Bedarfen der Kinder strukturiert.

Die notwendigen Kompetenzen frühpädagogischer Fachkräfte wurden in den vorangegangenen Kapiteln explizit angesprochen. Die Kompetenzen (sprach-) heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Fachkräfte liegen neben den oben ausgeführten insbesondere in der **Differenzialdiagnostik** von Sprachstörungen und der individuellen Ableitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen sowie in der Beratung bezüglich dieser Thematik. Die Sprachtherapie ist dabei vorrangig auf Einzeltherapie spezialisiert. In der Sprachheilpädagogik werden dagegen neben Einzelsituationen ebenso Gruppen- und Lernprozesse (Bezug zu Lehr- und Bildungsplänen) sowie Alltagssituationen in die Interventionsplanung einbezogen.

## 6 Ableitungen für die organisatorische Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung in Kindertageseinrichtungen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, welche Kompetenzen von den verschiedenen Akteuren benötigt werden und welche Institutionen es gibt bzw. geben kann, die dafür Sorge tragen, allen Kindern Teilhabe und Partizipation zu ermöglichen.

Insgesamt werden in Deutschland 32,9% aller Kinder unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und Tagespflege betreut (alte Länder 28,2%, neue Länder 51,9%), in der Altersgruppe der Drei- bis unter Sechsjährigen sind es 95,2%. Im Vergleich zu 2006 sind vor allem die Angebote im U3-Bereich ausgebaut worden. Die Betreuungsangebote werden zunehmend Familien mit erschwerten Bildungszugängen und Migrationshintergrund zugänglich gemacht bzw. von ihnen genutzt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016). Somit hat sich die Kita im Altersbereich von drei bis sechs Jahren erfolgreich als niedrigschwelliges Bildungsangebot für alle Kinder etabliert und ist ein idealer Ort für die Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung, auch in der Vorbereitung auf schulisches Lernen.

Unabhängig von regionalen und institutionellen Gegebenheiten (infrastrukturelle Versorgung mit Fachdiensten etc.) müssen für die Umsetzung (sprachlicher) inklusiver Bildung in der Kita geeignete Maßnahmen und Organisationsformen (multidisziplinäre Teams) sowie Kooperationen mit externen Fachkräften und Unterstützungssystemen sichergestellt werden, die von den individuellen Bedürfnissen der Kinder ausgehen und mögliche Beschränkungen in den kindlichen Lern- und Spielsituationen berücksichtigen (Heimlich 2013).

Im Folgenden wird Bezug genommen auf eine 2016 erschienene Publikation über inklusive sprachliche Bildung, in der Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung vorgestellt werden (DJI/WiFF 2016). Für die Darlegung der organisatorischen Umsetzung ist das in dieser Publikation vorgelegte Kompetenzprofil für frühpädagogische Fachkräfte, das Handlungsanforderungen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern in der Kita benennt, handlungsleitend.

### 6.1 Organisatorische Umsetzung in den Handlungsfeldern der pädagogischen Arbeit

Die Organisation inklusiver sprachlicher Bildung muss die unterschiedlichen Handlungsfelder der pädagogischen Arbeit in der Kita berücksichtigen, um diesen Bildungsbereich differenziert und nachhaltig zu bearbeiten (DJI/WiFF 2016). Im Handlungsfeld Kind in der Gruppe ist es nötig, gute Lernvoraussetzungen zu schaffen, die kommunikativen und sprachlichen Ressourcen der Kinder zu beobachten und zu dokumentieren, um daraus resultierend adäquate Lerngelegenheiten zu schaffen. Das Handlungsfeld Eltern betrifft die Zusammenarbeit mit den Eltern, speziell hinsichtlich der Gestaltung der sprachlichen Bildung. Im Handlungsfeld Team ist darauf zu achten, dass sowohl die unterschiedlichen sprachlichen Ressourcen und Qualifikationen im Team anerkannt und genutzt werden als auch ein guter Austausch zwischen den beteiligten Fachkräften ermöglicht wird. Im Handlungsfeld Einrichtung/Träger ist es notwendig, dass inklusive sprachliche Bildung in der Konzeption der Kita verankert wird und der Träger durch die Bereitstellung der nötigen fachlichen, sachlichen und zeitlichen Ressourcen und Strukturen mit in die Verantwortung für eine nachhaltig gelingende Umsetzung genommen wird. Im Handlungsfeld Sozialraum muss sich die Kita mit anderen Institutionen und Fachkräften vernetzen und langfristige Formen der Kooperation entwickeln.

Grundlegend für die Implementierung inklusiver sprachlicher Bildung im Handlungsfeld Kind in der Gruppe sind vor allem sprach- und sprachentwicklungsbezogene Kompetenzen, diagnostische Kompetenzen sowie Planungskompetenzen. Im Handlungsfeld Eltern stehen insbesondere Vermittlungs- und Beratungskompetenzen im Vordergrund, und im Handlungsfeld Sozialraum sind vorrangig Vernetzungs-, Vermittlungs- und Beratungskompetenzen vonnöten. Die aufgeführten Reflexionskompetenzen werden für alle Handlungsfelder vorausgesetzt.

Für die Handlungsfelder Team sowie Einrichtung respektive Träger sind die für pädagogische Fachkräfte notwendigen Kompetenzen auf die Mesebene zu übertragen.

## 6.2 Kind-Ebene

Im Handlungsfeld Kind in der Gruppe ist die aktive Implementierung von sekundärer und tertiärer Prävention zusätzlich zur primären Prävention in den Kita-Alltag ein Merkmal inklusiver sprachlicher Bildung. Gemeinsame Spielgelegenheiten und Bildungsmöglichkeiten sind so zu gestalten, dass alle Kinder aktiv nach ihren Bedarfen, Kompetenzen und Ressourcen partizipieren können. Hier gilt es, Kleingruppen bzw. Einzelsettings zu ermöglichen. Dadurch kann es zum einen gelingen, Barrieren frühzeitig zu erkennen und nötige Planungen bzw. Maßnahmen abzuleiten, zum anderen können Situationen so angepasst werden, dass sie den individuellen Bedürfnissen der teilnehmenden Kinder Rechnung tragen und geeignete Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention eingebunden sind (siehe Kapitel 6.3). Eine regelmäßige Überprüfung der Maßnahmen sowie die Einschätzung der sprachlichen Entwicklung der Kinder (Wo steht das Kind? Was hat sich verändert/nicht verändert? Wie verläuft die allgemeine Entwicklung des Kindes?) ermöglicht die Sicherstellung langfristiger und zielführender Bildung, Betreuung und Erziehung. Beispiele der Implementation von sekundärer und tertiärer Prävention in interdisziplinärer Zusammenarbeit finden sich in den Kapiteln 4.2.1, 4.2.3 und 4.2.4.

## 6.3 Kitainterne Organisation

2014/15 wurden 76% der Kinder mit besonderem Förderbedarf bzw. Eingliederungshilfen in integrativen Kitas betreut, 34% aller Einrichtungen betreuen mindestens eines dieser Kinder (Bertelsmann Stiftung 2015). Eine integrative Unterbringung erfolgt also bereits, was sich aber oftmals nur bedingt in den Strukturen der Kitas widerspiegelt. Um im Rahmen der kitainternen Organisation inklusive sprachliche Bildung zu ermöglichen, bedarf es der Anpassungen bzw. Entwicklungen im Handlungsfeld Team und im Handlungsfeld Eltern. So ist es notwendig, dass das gesamte Team über Wissen in den Bereichen Sprachentwicklung, Sprache, bildungssprachliche Anforderungen (siehe Kapitel 5.3.1), sprachliche Entwicklungsrisiken (siehe Kapitel 3) sowie Hilfsmöglichkeiten und Ansprechpartner (siehe Kapitel 2.2) verfügt. Jede Fachkraft sowie das Team als Gesamtheit muss zudem ein Bewusstsein für die eigenen Kompetenzen hinsichtlich Diagnostik und präventiver Maßnahmen

entwickeln. Gleiches gilt für das Erkennen von Grenzen der kitainternen Möglichkeiten und ab wann externe Ressourcen hinzugezogen werden müssen.

Im Zuge dessen sollten innerhalb des Teams die Zuständigkeiten festgelegt werden: Wer kann welche Formen der Diagnostik durchführen? Wer ist in der Lage, welche präventiven Maßnahmen zu planen und umzusetzen? Ab wann müssen welche externen Fachpersonen/Dienste zur Übernahme dieser Aufgaben hinzugezogen werden? Schließlich ist ein Qualitätsmanagement nötig, in dem festgelegt wird, in welchen zeitlichen Intervallen, durch wen und wie der Erfolg der umgesetzten Maßnahmen überprüft wird. Hierfür kann auf die im Anhang befindliche Checkliste (siehe Kapitel 10.3) sowie die Reflexionsfragen zurückgegriffen werden. Unabdingbar für eine gute Qualität inklusiver sprachlicher Bildung sind zudem regelmäßige Fallbesprechungen, für die ausreichend zeitliche Ressourcen einzuplanen sind.

Inklusive sprachliche Bildung kann von pädagogischen Fachkräften allein nicht geleistet werden, da insbesondere für die Umsetzung von Maßnahmen der tertiären, aber auch der sekundären Prävention ein zunehmendes Maß an Expertise in Bezug auf den Spracherwerb sowie auf Sprachentwicklungs- und Kommunikationsstörungen notwendig ist. Hierzu ist die Erstellung eines einrichtungsspezifischen (Umfeld-)Organigramms, das verschiedene interne und externe Ansprech- bzw. Kooperationspartnerinnen und -partner aufzeigt, eine gewinnbringende Unterstützung für die Teammitglieder und bei entsprechender Ausgestaltung bzw. Niedrigschwelligkeit auch für die Familien.

Neben Kooperationen mit externen Fachpersonen/Fachdiensten ist die Umsetzung eines gemeinsamen sprachlichen Bildungskonzepts von Kita und Grundschule in Zusammenarbeit von pädagogischen Fachkräften, Grundschulpädagoginnen und -pädagogen sowie im Idealfall Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen ein zusätzlicher Gewinn für die Verbesserung der Chancen im Übergang zur Schule.

Im Handlungsfeld Eltern ist sicherzustellen, dass es nicht nur einen regelmäßigen Austausch über die sprachliche Entwicklung der Kinder und die von der Kita durchgeführten Präventionsmaßnahmen gibt: Eltern sollten zusätzlich zu Beratungen und Hilfen zur Initiierung sekundärer und/oder tertiärer Prävention (innerhalb und außerhalb der Kita) beraten und begleitet und in ihren vorhandenen Kompetenzen bedarfsgerecht



und **ressourcenorientiert** unterstützt werden. Angebote für Eltern sollten möglichst so niedrigschwellig gestaltet sein, dass im Bedarfsfall dafür gesorgt werden kann, dass Eltern die Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen, um diese in Anspruch nehmen zu können. Beispiele für diesen Bereich finden sich in den Kapiteln 4.2.2 und 4.2.5.

## 6.4 Organisation von Kooperationen

Ein wesentlicher Punkt für die Realisierung von inklusiver sprachlicher Bildung an den Schnittstellen zur sekundären und ggf. tertiären Prävention sind Regelungen und Absprachen zu Zuständigkeiten, Organisation und Qualitätsmanagement. So sollte geregelt werden, wie Beratungen beim Erkennen von möglichen Risiken gestaltet werden, wie und zu welchem Zweck Beobachtungen von internem und externem Fachpersonal in der Kita durchgeführt werden und was dabei zu beachten ist. Gleiches gilt für die Fragen, wann und wohin Kinder zur Differenzialdiagnostik vermittelt werden, wie sekundäre und tertiäre Prävention in den Kita-Alltag implementiert, wie Fallbesprechungen gestaltet werden und wie die Qualität der Maßnahmen gesichert wird. Hierfür kann auf die im Anhang befindliche Checkliste (siehe Kapitel 10.3) sowie die Reflexionsfragen (siehe Kapitel 10.4) zurückgegriffen werden.

Es ist davon auszugehen, dass eine Kita allein eine umfängliche Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung nicht leisten kann, weswegen die Einrichtung einer Koordinationsstelle sinnvoll ist. Diese kann entweder beim Träger angesiedelt sein (Beispiel Elbkinder) oder als externes Beratungsteam (Beispiel KEA) die Arbeit in der Kita begleiten. Zusätzliche personelle und strukturelle Ressourcen sind eine Voraussetzung, um regelmäßige Treffen zu organisieren und zu moderieren, für die Pflege von Adressen und Ansprechpartnern, für das Erstellen von Protokollen, Broschüren und Handreichungen. So ist im Handlungsfeld Einrichtung/Träger darauf zu achten, dass solche Ressourcen geschaffen werden und langfristig gesichert zur Verfügung stehen. Ebenso muss darauf geachtet werden, dass inklusive sprachliche Bildung in der Einrichtungskonzeption fest verankert wird.

Im Handlungsfeld Sozialraum müssen Kooperationen und Vernetzungen aufgebaut und ausgestaltet werden. Durch die gemeinsame Erarbeitung eines Organigramms zu Zuständigkeiten und Abläufen beim

Erkennen von Entwicklungsrisiken oder -störungen – und damit für die Umsetzung und Koordination von Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention – können die Abläufe verbindlich festgelegt und inklusiv realisiert werden. Dafür müssen neben Zuständigkeiten möglicherweise auch Fragen der Finanzierung geregelt werden. Die Schaffung einer Anlaufstelle für Fragen und einzelfallorientierte Beratung wäre wünschenswert. In Kapitel 4.2 wurden Konzepte solcher Anlaufstellen, die gleichzeitig die Koordination der Kooperationen übernehmen, einerseits trägerübergreifend und zum anderen trägerintern vorgestellt.

Für die Diagnostik wird ein Vier-Augen-Prinzip empfohlen. Dieses sollte vergleichbar bei der Beurteilung der Notwendigkeit von Maßnahmen der sekundären und der tertiären Prävention umgesetzt werden. Für Entscheidungen an der Schnittstelle zwischen Förder- und Therapiebedarf ist es sinnvoll, sprachtherapeutische/sprachheilpädagogische Fachkräfte hinzuzuziehen. Die Beobachtungen der pädagogischen Fachkräfte und der Eltern (vor allem der vorrangigen Bezugsperson des Kindes) sind dabei als wichtige Informationen für die Diagnose und Förderplanung zu berücksichtigen. Ebenso können auf Grundlage dieser Informationen Ressourcen im Umfeld des Kindes besser identifiziert werden.

Für die Beurteilung eines möglichen Risikostatus' sollten für die Entscheidung, ob zusätzliche sekundäre Präventionsmaßnahmen Anwendung finden, unabhängige Fachkräfte mit entsprechender Expertise (siehe Kapitel 5.3) herangezogen werden. Die Entscheidung für Maßnahmen der tertiären Prävention obliegt diesen (mit Unterstützung durch die Informationen der pädagogischen Fachkraft) allein.

Bei der alltagsintegrierten Umsetzung von Maßnahmen, insbesondere der tertiären Prävention, empfiehlt es sich, die vielfältigen Methoden der Sprachheilpädagogik zur Implementation in den Kita-Alltag zu nutzen (siehe Kapitel 4.2.4). Die Qualität der Maßnahmen ist durch regelmäßige Fallbesprechungen (auf Augenhöhe) sowie Überprüfungen des Erfolgs sicherzustellen.



## 7 Fazit

Sprachliche Bildung wird in Kitas aktuell auf Einrichtungs- und Trägerebene in puncto Qualität und Quantität sehr heterogen umgesetzt. Gruppen von Kindern mit unterschiedlichen sprachlichen Fähigkeiten werden dabei verschieden intensiv gefördert oder in der pädagogischen Planung berücksichtigt. Zugleich zeigt sich eine starke Divergenz in Hinblick auf die Zuständigkeiten und Finanzierungswege. Daher wurden in der vorliegenden Expertise der aktuelle Ist-Stand und beispielhafte Umsetzungsmöglichkeiten vorgestellt. Es wurden die Herausforderungen für eine gelingende inklusive sprachliche Bildung an den Schnittstellen von primärer zu sekundärer und tertiärer Prävention aufgezeigt und notwendige Grundprinzipien für die Planung von inklusiven sprachlichen Angeboten, Analyseperspektiven für die Situation des Kindes (sprach-, bildungs-, entwicklungs- und subjektbezogen) sowie Kompetenzen für interdisziplinäre Teams herausgearbeitet.

Die sprachlichen Bildungs-, Förder- und Therapiemaßnahmen sind in einigen Bereichen kaum voneinander abzugrenzen und werden zudem von unterschiedlichen Fachkräften und Institutionen der Pädagogik, Sprachheil-/Sonderpädagogik und dem medizinisch-therapeutischen Bereich gleichermaßen verantwortet, wodurch die aktuelle Situation durch unklare Zuständigkeiten, Finanzierung und Koordination geprägt ist. Notwendig ist daher als erster Schritt ein verbindendes Verständnis der Maßnahmen als Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären sprachlichen Prävention, die interdisziplinär sichergestellt werden müssen. Dies wirkt zudem Stigmatisierungstendenzen entgegen. Inklusive sprachliche Bildung gelingt, wenn alle Präventionsmaßnahmen (a) von einem interdisziplinären Team, (b) eingebunden in einem Gesamtkonzept, (c) gemeinsam geplant und (d) barrierearm umgesetzt werden.

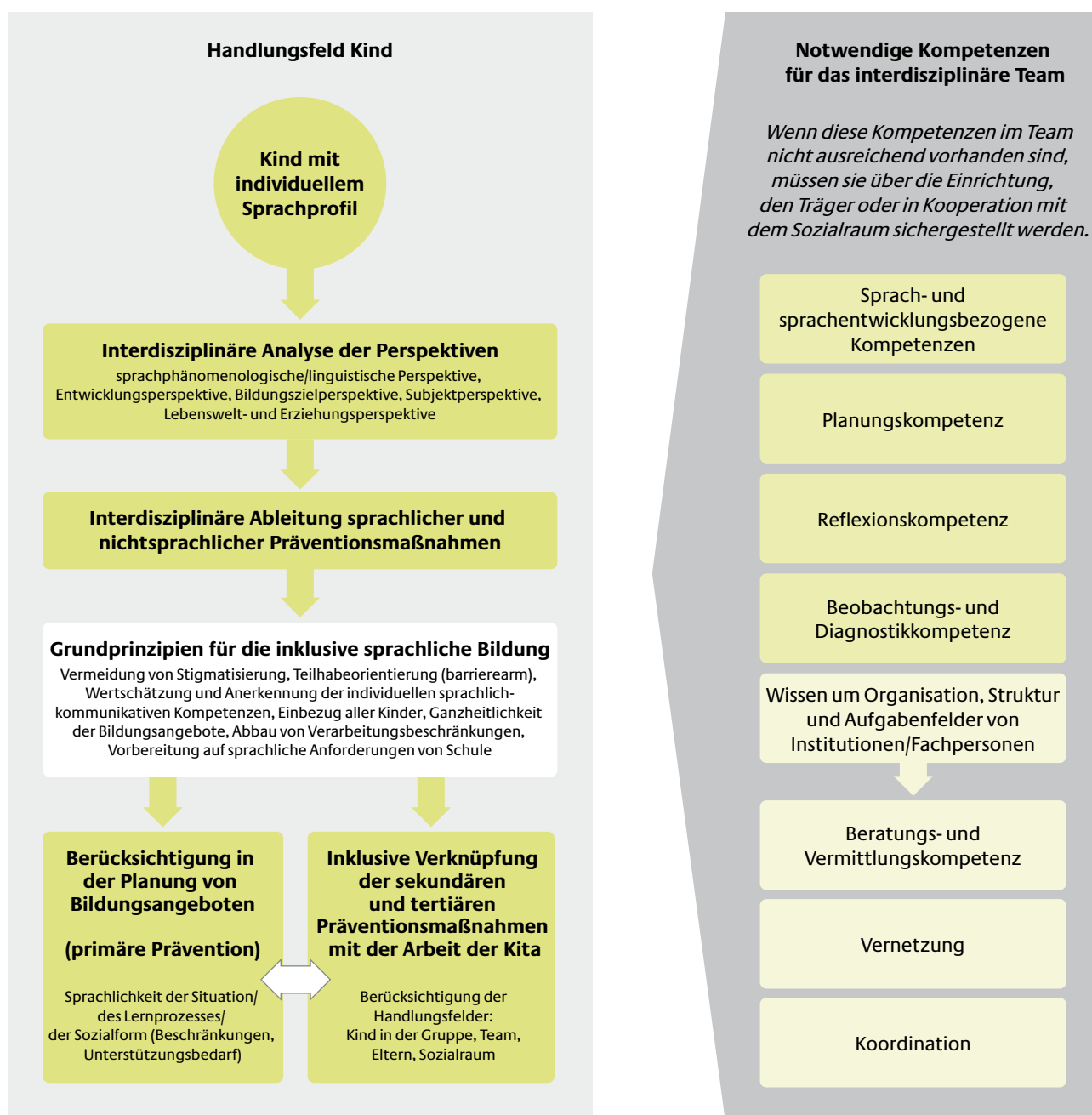
Da die Maßnahmen der primären und sekundären sprachlichen Prävention auf den Prinzipien des ungestörten Spracherwerbs aufbauen, die tertiären sprachlichen Präventionsmaßnahmen jedoch ein indiziertes störungsspezifisches Vorgehen verlangen, wird die Notwendigkeit von sprach- und sprachentwicklungsbezogenen Kompetenzen sowie von Beobachtungs-, Diagnostik und Reflexionskompetenzen für das jeweilige Team deutlich.

Ebenso sind bei Kindern mit sprachlichem Förder- und Therapiebedarf alle Bildungsangebote und Situationen auf ihre sprachbildenden Potenziale hin zu analysieren und anzupassen. Dies können frühpädagogische Fachkräfte allein nicht leisten. Aufgrund der häufig geringen Größe müssen Einrichtungen daher, wenn sie Kindern mit unterschiedlichen sprachlichen Fähigkeiten inklusiv gerecht werden wollen, die sprachheilpädagogischen oder medizinisch-therapeutischen Kompetenzen über den Träger oder in Kooperation mit geeigneten Akteuren aus dem Sozialraum dauerhaft sicherstellen, beispielsweise über Netzwerke oder Kooperationen mit den jeweiligen Fachkräften und Institutionen. Bei größeren Einrichtungen sollte das Team gezielt um sprachheilpädagogische oder medizinisch-therapeutische Fachkräfte erweitert werden.

Die Verknüpfung von Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention verlangt daher nicht nur Veränderungen im Bereich der frühkindlichen Bildung. Vielmehr muss ein Umdenken im Selbstverständnis aller Akteure stattfinden, welches die eigenen Stärken und Schwächen für die sprachliche Prävention reflektiert und eine Offenheit für die Kompetenzen der anderen Disziplinen sowie für Zusammenarbeit und Kooperation zugrunde legt. Zusätzlich müssen organisatorisch verbindliche Regelungen und Zuständigkeiten vereinbart und zeitliche Ressourcen für Austausch und Absprachen sichergestellt werden.

Die abschließende Abbildung (Abb. 4) stellt die notwendigen Kompetenzen für das Team und die Grundlagen für die Arbeit im Handlungsfeld Kind dar. Gemeinsam mit der *Checkliste zur sprachlichen Prävention für die Kita* sowie den *Leitfragen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation im Bereich der sprachlichen Prävention* (siehe Kapitel 10.3 und 10.4) soll sie Fachkräften, pädagogischen Einrichtungen und Trägern eine Orientierung für die Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung in der Verknüpfung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention geben.

**Abb. 4: Inklusive sprachliche Bildung in der Verknüpfung primärer, sekundärer und tertiärer sprachlicher Prävention**



Quelle: Eigene Darstellung

## 8 Glossar

### *Bildungssprache*

Im schulischen Kontext erfährt Sprache eine besondere Bedeutung, da sie sowohl Lerngegenstand (Fachsprache, Schriftsprache, Fremdsprache) als auch Medium und Wissensträgerin ist. Die Sprachverwendung in Schule und Unterricht (Bildungssprache) unterscheidet sich in Bezug auf die verwendeten Wörter sowie auf die Wort- und Satzgrammatik von der Alltagssprache (Gogolin/Lange 2011). Die gesprochene Bildungssprache ist monologisch, themenfixiert, rational und nüchtern angelegt und weist damit viele formale Merkmale von Schriftlichkeit auf (Gellert 2011).

### *Defizitorientierung*

siehe Ressourcenorientierung

### *Diagnostik*

Der Begriff „Diagnostik“ wird nicht nur in den beteiligten Fachdisziplinen, sondern auch innerhalb der Frühpädagogik sehr unterschiedlich gebraucht, was eine ausführlichere Definition nötig macht.

Hier wird unter Diagnostik das Sammeln von Informationen über das Kind und das Ableiten von Entscheidungen in Bezug auf Bildungs- und Entwicklungsbegleitung, Förderung und Therapie verstanden, das dem Zweck dient, dem Kind optimale Bildungs-, Entwicklungs- und Teilhabemöglichkeiten bieten zu können. Zum Sammeln der Daten werden verschiedene Methoden und Verfahren genutzt: Zu den wichtigsten gehören die freie Beobachtung (Beobachtung ohne Vorgaben, was genau beobachtet werden soll), die Anamnese (Erfassung biografischer Merkmale) sowie die Anwendung von standardisierten Beobachtungs-, Fragebogen- und Testverfahren. Da letzteren Testgütekriterien zugrunde liegen, kann bei sachgerechter Durchführung davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse von Verfahren, die diese einhalten, zuverlässig sind. Die Gütekriterien, die erfüllt sein müssen, sind: Objektivität (klare Beschreibung, wie das Verfahren durchgeführt und ausgewertet werden muss und dadurch Sicherstellung immer gleicher Nutzung), Reliabilität (bei mehrfacher Anwendung des Verfahrens bei ein- und demselben Kind in kurzen Zeitabständen sollten gleiche/ähnliche Ergebnisse erzielt

werden, ebenso wenn zwei Personen das Verfahren mit dem gleichen Kind durchführen) und Validität (das Verfahren misst genau das, was es messen soll, z.B. den Entwicklungsstand der Kinder und nicht ihre Interessen) (Kany/Schöler 2010). Bei verschiedenen Verfahren, die zur Messung im Bereich sprachlicher Bildung in der Frühpädagogik eingesetzt werden, sind diese Gütekriterien nicht überprüft worden, so dass sie als kritisch anzusehen sind (Sachse/Spreer 2016; Hachul/Schönauer-Schneider 2015; Kany/Schöler 2010; Ehlich u.a. 2007). Innerhalb der Diagnostik kann zudem unterschieden werden, wozu die Diagnostik dient: Durch ein Screening kann abgeklärt werden, ob die Entwicklung etc. erwartbar verläuft oder ob sich Anzeichen für unerwartete Verläufe oder Hemmnisse zeigen, die eine differenziertere Diagnostik nötig machen. Mit der Differenzialdiagnostik sollen dann Ursachen für unerwartete Verläufe ausgemacht und/oder die Hemmnisse aufgedeckt werden. Die Förderdiagnostik versucht zu eruieren, wie im Weiteren vorgegangen werden soll, um die Entwicklung, Bildung und Teilhabe eines Kindes bestmöglich zu unterstützen. Ihr kommt damit im pädagogischen Bereich ein sehr hoher Stellenwert zu (Hachul/Schönauer-Schneider 2015).

Für die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen ist ein einheitliches, interdisziplinäres diagnostisches Vorgehen mit geeigneten Verfahren wünschenswert, um Fehldiagnosen sowie einen zu späten Beginn der sprachtherapeutischen Intervention zu verhindern (Sallat/de Langen-Müller 2014; IQWiG 2009; de Langen-Müller/Hielscher-Fastabend 2007). Eine Grundlage bietet die S2k-Leitlinie zur Diagnostik von umschriebenen sprachlichen Entwicklungsstörungen (de Langen-Müller 2011), die von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitet wurde.

### *Pädagogische Fachkraft*

Mit pädagogischer Fachkraft sind alle in Kitas tätigen Personen gemeint, die pädagogisch mit Kindern arbeiten und einen pädagogischen (Berufs-)Abschluss vorweisen können, unabhängig vom Grad des Abschlusses. Zwar gibt es sehr wohl Unterschiede in den für inklusives sprachliche Bildung relevanten Aufgabengebieten zwischen Leitungen, Gruppenleitungen, Zweit- bzw. Ergänzungskräften und gruppenübergreifend Tätigen. Wie diese ausgestaltet werden, hängt jedoch in einem so hohen Maße von den Vorgaben des Bundeslandes, der Träger und den Gegebenheiten vor Ort ab, dass eine genauere Differenzierung in dieser Expertise nicht zielführend ist.

### *Ressourcenorientierung*

Seit Jahren wird ein Blick postuliert, nach dem Kinder nicht als defizitär, sondern als kompetent wahrgenommen werden und nicht ihre Schwächen, sondern ihre Stärken im Vordergrund stehen sollen. Ein ressourcenorientierter Blick geht noch über diesen kompetenzorientierten hinaus: Neben personellen Ressourcen (Kompetenzen) werden zudem Umweltressourcen (z.B. regelmäßiges Vorlesen durch Großeltern) erfasst, die das Kind in seiner Entwicklung und Bildung unterstützen. Dabei werden insbesondere Ressourcen in den Blick genommen, die dazu führen, dass Schwächen kompensiert werden. Dies sollte nicht dazu führen, dass Unterstützungsbedarf nicht festgestellt und beobachtet wird – allerdings steht nicht der Bedarf, sondern das Kind mit all seinen Ressourcen im Fokus. Zusätzlich werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen bewusst genutzt, um Kinder präventiv zu stärken (Jungmann/Albers 2013; Ruberg/Rothweiler 2012).

### *Risikogruppe*

Als „Risikogruppe“ werden Kinder mit gleichen bzw. ähnlichen Merkmalen bezeichnet, bei denen diese (oder davon abhängige) Merkmale eine Barriere in der Entwicklung, Bildung und Teilhabe verursachen könnten. Kinder aus Risikogruppen bedürfen der besonderen Beobachtung, um solchen Barrieren möglichst frühzeitig entgegenzuwirken. Einerseits ist der Begriff „Risikogruppe“ für die inklusive Praxis schwierig, da er die Gefahr in sich birgt, Kinder in Gruppen zu selektieren, andererseits können die gleichen bzw. ähnliche Phänomene mit gleichen bzw. ähnlichen Methoden angegangen werden, so dass sowohl diagnostische Verfahren (z.B. BaSiK für ein- und mehrsprachige Kinder; Zimmer 2014) als auch Maßnahmen der sekundären Prävention (z.B. spezielle Interventionen für *Late Talkers*) auf solche Risikogruppen ausgerichtet sind. Betont werden muss, dass die Zuordnung zu einer Risikogruppe zwar Unterstützung darin bietet, die Menge der möglichen Verfahren und Maßnahmen einzuengen und geeignete Förder- bzw. Therapieziele festzulegen, dass das Kind aber dennoch in seiner Individualität und Gesamtheit im Blick bleiben muss (um weitere Barrieren nicht zu übersehen) und gerade Maßnahmen der Förderung und Therapie immer individuell angepasst werden müssen.

### *Störungen*

Der Störungsbegriff wird im medizinisch-therapeutischen Bereich und in der Sonderpädagogik als Fachterminus verwendet. Die Diagnose einer bestimmten Sprachstörung ist dabei eine grundlegende Voraussetzung für die Ableitung von Förderung und/oder Therapie. In inklusiven Bildungskontexten werden dagegen jedoch vor allem die mit dem Störungsbegriff verbundenen Stigmatisierungen gesehen. Man spricht daher eher von sonderpädagogischem Förderbedarf oder Entwicklungsbesonderheiten. Der Umgang mit dem Störungsbegriff ist somit eine Herausforderung in der Kommunikation zwischen den Fachkräften.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass sich der Begriff „Störung“ nicht darauf bezieht, dass ein Mensch „gestört“ ist, sondern dass bestimmte Verarbeitungs- und Produktionsprozesse der Betroffenen (z.B. physiologisch, motorisch, neurologisch, psychisch, Sprachrezeption, Sprachproduktion) gestört sind und daraus Beschränkungen in den Bereichen Funktion, Teilhabe, Partizipation resultieren können. Die Betroffenen benötigen aufgrund der Störung spezielle Unterstützung bzw. Handlungsstrategien, um diese Beschränkungen zu überwinden bzw. zu verringern.

Störungen in der Sprachverarbeitung können zu Beschränkungen in der Sprachrezeption (z.B. Sprachverständnisstörung, phonologische Störung), im Speichern und Abrufen von Sprache (z.B. Wortfindungsstörungen), zu Beschränkungen im sprachlichen Arbeitsgedächtnis (z.B. Probleme beim Wiederholen von Zahlenreihen) oder aber zu Beschränkungen in der Produktion (z.B. Stimmstörungen, Stottern, Mutismus) führen. Die differenzierte Analyse der individuellen Störungsproblematik mit einem Bezug zur natürlichen Sprachentwicklung (z.B. typischer/untypischer Entwicklungsverlauf, Altersnorm) ist eine Grundlage für die Entscheidung über die notwendigen sprachlichen Präventionsmaßnahmen. Sind die sprachlichen Fähigkeiten unterhalb der Altersnorm und zeigen sich sprachliche Phänomene, die im typischen Spracherwerb vorkommen, spricht man von einer Sprachentwicklungsverzögerung, der mit Maßnahmen der sekundären Prävention begegnet werden kann. Sind die sprachlichen Fähigkeiten unterhalb der Altersnorm und zeigen sich untypische oder abweichende Phänomene, liegt eine Sprachentwicklungsstörung vor, die Maßnahmen der tertiären Prävention verlangt.

## 9 Literatur

- Albers, Timm (2016): Das Bilderbuch-Buch. Sprache, Kreativität und Emotionen in der Kita fördern. Weinheim/Basel
- Albers, Timm/Bendler, Sandra/Schröder, Claudia/Lindmeier, Bettina (2013): Sprachliche Entwicklungsverläufe in Krippe und Tagespflege. In: Frühförderung interdisziplinär, 32. Jg., H. 4, S. 222–231
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2014): Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung und Migration. Bielefeld
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016): Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. Bielefeld
- Baden-Württemberg, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport (Hrsg.) (2010): Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Konzepts „Schulreifes Kind“. Stuttgart
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015): Ländermonitor 2015. Gütersloh
- Bock-Famulla, Kathrin/Lange, Jens/Strunz, Eva (2015): Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2015. Transparenz schaffen – Governance stärken. Gütersloh
- Bode, Harald (2002): Die Bedeutung der Eltern für eine erfolgreiche Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 21. Jg., H. 2, S. 88–95
- Buschmann, Anke/Jooss, Bettina (2007): Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung. Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung. In: Forum Logopädie, 21. Jg., H. 5, S. 6–11
- Centini, Ulrike (2004): Elterntraining – eine Möglichkeit der frühen Intervention? In: Forum Logopädie, 18. Jg., H. 5, S. 18–23
- Chilla, Solveig/Haberzettl, Stefanie (Hrsg.) (2014): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Mehrsprachigkeit. München
- Chilla, Solveig/Rothweiler, Monika/Babur, Ezel (2010): Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen – Störungen – Diagnostik. München
- Chouinard, Michelle M. (2007): Children's Questions. A mechanism for cognitive development. Hoboken/New Jersey
- Dannenbauer, Friedrich M. (2002): Grammatik. In: Baumgartner, Stephan/Füssenich, Iris (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern: Grundlagen und Verfahren. München/Basel, S. 105–161
- Deppe, Vera (2011): Anforderungen an die Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern – Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Fachschul- und Abteilungsleitungen. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 11. München
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.) (2011a): Sprachliche Bildung. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 1. München
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.) (2011b): Zusammenarbeit mit Eltern. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 3. München
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.) (2013a): Inklusion – Kulturelle Heterogenität in Kindertageseinrichtungen. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 5. München
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.) (2013b): Inklusion – Kinder mit Behinderung. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 6. München
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.) (2014): Inklusion – Kinder und Familien in Armutslage. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 9. München
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.) (2016): Inklusive Sprachliche Bildung. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 11. München
- Dietz, Sandra/Lisker, Andrea (2008): Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. München
- Dillitzer, Susanne (2009): Elternbildung im Landkreis. Ein Kooperationsprojekt von Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Frühförderung. In: Frühförderung interdisziplinär, 28. Jg., H. 1, S. 36–41



- Dohmen, Andrea (2014): Rahmenplan zur Therapiekonzeption bei pragmatisch-kommunikativen Defiziten. In: Fox-Boyer, Annette (Hrsg.): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Kindergartenphase. München, S. 189–204
- Eckhardt, Andrea G. (2008). Sprache als Barriere für den schulischen Erfolg. Potenzielle Schwierigkeiten beim Erwerb schulbezogener Sprache für Kinder mit Migrationshintergrund. Münster
- Egert, Franziska/Hopf, Michaela (2016): Zur Wirksamkeit von Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen in Deutschland. Ein narratives Interview. In: Kindheit und Entwicklung, 25. Jg., H. 3, S. 153–163
- Ehlich, Konrad u.a. (2007): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Bildungsreform Bd. 11. Bonn/Berlin
- Ennemoser, Marco/Kuhl, Jan/Pepouna, Soulemanou (2013): Evaluation des dialogischen Lesens zur Sprachförderung bei Kindern mit Migrationshintergrund. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 27. Jg., H. 4, S. 229–239
- Flender, Judith/Wolf, Sylvia Mira (2012): Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation in der Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. O.O.
- Fox-Boyer, Annette (Hrsg.) (2013): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Kindergartenphase. München
- Füssenich, Iris (2011): Vom Sprechen zur Schrift. Was Erwachsene über den Erwerb der Schrift im Elementarbereich wissen sollten. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 9. München
- Gellert, Uwe (2011): „Fünf mal fünf ist siebzehn“ – Zur Bedeutung von konzeptioneller Schriftlichkeit und dekontextualisierter Sprache beim Lernen von Mathematik im Grundschulalter. In: Hüttes-Graff, Petra/Wieler, Petra (Hrsg.): Übergänge zwischen Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Vor- und Grundschulalter. Freiburg, S. 79–94
- Girolametto, Luigi/Weitzmann, Elaine/Greenberg, Janice (2006): Facilitating language skills: In service-education for early childhood educators and preschool teachers. In: Infants and young children, 19. Jg., H. 1, S. 36–48
- Glück, Christian W. (2011): Wortschatz- und Wortfindungstest für 6- bis 10-jährige. WWT 6-10. München
- Glück, Christian W./Baumgartner, Stephan (2015): Stottern. In: Siegmüller, Julia/Bartels, Henrik (Hrsg.): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. München, S. 368–382.
- Glück, Christian W./Elsing, Caroline (2014): Gestörte Lexikonentwicklung. In: Fox-Boyer, Annette (Hrsg.): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Kindergartenphase. München, S. 73–85
- Glück, Christian W./Spreer, Markus (2014): Sprachstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ein Überblick. In: Kinder- und Jugendmedizin, 14. Jg., H. 5, S. 289–300
- Glück, Christian W./Spreer, Markus (2015): Zur Bildungsrelevanz semantisch-lexikalischer Störungen. In: Sprache-Stimme-Gehör, 39. Jg., H. 2, S. 81–85
- Glück, Christian W./Reber, Karin/Spreer, Markus (2013): Förderbedarf Sprache inklusiv denken. In: Praxis Sprache, 58. Jg., H. 4, S. 235–240
- Gogolin, Ingrid/Lange, Imke (2011): Bildungssprache und Durchgängige Sprachbildung. In: Fürstenau, Sara/Gomolla, Mechthild (Hrsg.): Migration und schulischer Wandel. Mehrsprachigkeit. Wiesbaden, S. 107–127
- Gogolin, Ingrid/Dirim, Inci/Klinger, Thorsten/Lange, Imke/Lengyel, Drorit/Michel, Ute/Neumann, Ursula Reich, Hans H./Roth, Hans-Joachim/Schwippert, Knut (2011): Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund FÖRMIG. Bilanz und Perspektiven eines Modellprogramms. Münster/New York
- Grimm, Hannelore (2012): Störungen der Sprachentwicklung. Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention. Göttingen
- Grohnfeldt, Manfred (2014): Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie: zusammen, getrennt oder komplementär? In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Stuttgart, S. 15–20
- Hachul, Claudia/Schönauer-Schneider, Wilma (2015): Sprachverstehen bei Kindern. Grundlagen. Diagnostik und Therapie. München
- Hasselhorn, Marcus/Sallat, Stephan (2014): Sprachförderung zur Prävention von Bildungsmisserfolg. In: Sallat, Stephan/Spreer, Markus/Glück, Christian W. (Hrsg.): Sprache professionell fördern. Idstein, S. 28–39
- Haupt, Ursula (2006): Wie Lernen beginnt. Grundfragen der Entwicklung und Förderung schwer behinderter Kinder. Stuttgart



- Hedderich, Ingeborg (2006): Förderrealität unterstützt kommunizierende Vorschulkinder: empirische Forschungsergebnisse und pädagogisch-interdisziplinäre Perspektiven. München
- Heimlich, Ulrich (2013): Kinder mit Behinderung – Anforderungen an eine inklusive Frühpädagogik. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 33. München
- Heppt, Birgit Maria (2016): Verständnis von Bildungssprache bei Kindern mit deutscher und nicht-deutscher Familiensprache, Dissertation. Berlin
- Höfer, Renate/Behringer, Luise (2009): Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. München
- Hofmann, Nicole/Plotzek, Silvana/Roos, Jeanette/Schöler, Hermann (2008): Sprachförderung im Vorschulalter – Evaluation dreier Sprachförderkonzepte. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 3. Jg., H. 3, S. 291–300
- Homburg, Gerhard (2012): Institutionen. In: Braun, Otto/Lüdtke, Ulrike (Hrsg.): Sprache und Kommunikation. Behinderung, Bildung und Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart, S. 564–576
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2010): Jahresbericht 2009. Köln
- Jampert, Karin/Fried, Lilian/Sens, Andrea (2007): Schlüsselkompetenz Sprache: sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten. Konzepte, Projekte und Maßnahmen. Ergebnisse der bundesweiten Recherche im DJI-Projekt „Schlüsselkompetenz Sprache“ zu Maßnahmen und Aktivitäten im Bereich der sprachlichen Bildung und Sprachförderung in Tageseinrichtungen für Kinder. Weimar
- Jungmann, Tanja/Albers, Timm (2013): Frühe sprachliche Bildung und Förderung. München
- Jurleta, Robert/Girlich, Sarah (2015): Sprachliche Bildung für alle – Umsetzungsmöglichkeiten der alltagsintegrierten Sprachförderung. In: KiTa aktuell NRW, 24. Jg., H. 4, S. 90–92
- Kannengieser, Simone (2015): Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. München
- Kany, Werner/Schöler, Hermann (2010): Fokus: Sprachförderung. Leitfaden zur Sprachstandsbestimmung im Kindergarten. Berlin
- Kauschke, C. (2012): Kindlicher Spracherwerb im Deutschen. Verläufe, Forschungsmethoden, Erklärungsansätze. Berlin
- von Knebel, Ulrich (2012): Interdisziplinäre Diagnostik. In: Braun, Otto/Lüdtke, Ulrike (Hrsg.): Sprache und Kommunikation. Stuttgart
- König, Anke (2007): Dialogisch-entwickelnde Interaktionsprozesse als Ausgangspunkt für die Bildungsarbeit im Kindergarten. In: bildungsforschung, 4. Jg., Ausgabe 1, <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2007-01/Interaktion/>
- Krebs, Katja/Ehm, Jan Henning/Hasselhorn, Marcus (2012): „Runde Tische“ im Projekt „Schulreifes Kind“. In: Frühe Bildung, 1. Jg., H. 1, S. 20–25
- Küspert, Petra/Schneider, Wolfgang (2008): Hören, lauschen, lernen. Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter – Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache. Göttingen
- de Langen-Müller, Ulrike/Hielscher-Fastabend, Martina (2007): retro-quant – retrospektive Erfassung qualitativer Daten der Sprachtherapie mit Kindern in Deutschland. In: Die Sprachheilarbeit, 52. Jg., H. 2, S. 48–62
- de Langen-Müller, Ulrike/Kauschke, Christina/Neumann, Katrin (Hrsg.) (2012): Diagnostik von (umschriebenen) Sprachentwicklungsstörungen. Eine interdisziplinäre Leitlinie. Bern
- de Langen-Müller, Ulrike/Kauschke, Christina/Kiesel-Himmel, Christiane/Neumann, Katrin/Noterdaeme, Michele (Hrsg.) (2011): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES) (AWMF). O.O.
- Lengyel, Drorit (2007): Sprachdiagnostik bei mehrsprachigen Kindern – zur Leistungsfähigkeit sprachheilpädagogischer Instrumente und Verfahren. In: Reich, Hans H./Roth, Hans-Joachim/Neumann, Ursula (Hrsg.): Sprachdiagnostik im Lernprozess. Münster/New York/München/Berlin, S. 95–113
- Lisker, Andrea (2010): Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten sowie beim Übergang in die Schule. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. München
- Lisker, Andrea (2011): Additive Maßnahmen zur vorschulischen Sprachförderung im Kindergarten – Eine Bestandsaufnahme in den Bundesländern. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. München

- List, Gudula (2011): Spracherwerb und die Ausbildung kognitiver und sozialer Kompetenzen. Folgerungen für die Entwicklungsförderung. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 11. München
- Lüdtke, Ulrike/Blehschmidt, Anja (2015): Sprachtherapie in inklusiven schulischen Kontexten. In: Sprache Stimme Gehör, 39. Jg., H. 2, S. 86–92
- Möller, Delia/Spreeen-Rauscher, Maria (2009): Frühe Sprachintervention mit Eltern. Schritte in den Dialog. Stuttgart
- Musketa, Franziska (2017): Ohne Sprache im Gespräch – interdisziplinärer Austausch im Kontext Unterstützter Kommunikation. In: Praxis Sprache, 62. Jg., H. 2, S. 101–104
- Mußmann, Jörg (2014): Beratung, Kooperation, Dialog. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Stuttgart, S. 355–362
- Näger, Sylvia (2013): Literacy – Kinder entdecken Buch-, Erzähl- und Schriftkultur. Freiburg im Breisgau
- Neugebauer, Uwe/Becker-Mrotzek, Michael (2013): Die Qualität von Sprachstandsverfahren im Elementarbereich. Eine Analyse und Bewertung. Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache. Köln
- Nonn, Kerstin (2011): Unterstützte Kommunikation in der Logopädie. Stuttgart
- Panagiotopoulou, Argyro (2016): Mehrsprachigkeit in der Kindheit. Perspektiven für die frühpädagogische Praxis. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 46. München
- Prenzel, Annedore (2010): Inklusion in der Frühpädagogik. Bildungstheoretische, empirische und pädagogische Grundlagen. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 5. München
- Rau, Marie Luise (2009): Literacy – Vom ersten Bilderbuch zum Erzählen, Lesen und Schreiben. Bern
- Reber, Karin/Blehschmidt, Anja (2014): Inklusion und Sprachtherapie/Logopädie/Sprachheilpädagogik in Deutschland. In: Praxis Sprache, 59. Jg., H. 2, S. 93–105
- Reichert-Garschhammer, Eva (2011): Individualisierung und Differenzierung – Öffnung nach innen und außen. In: Reichert-Garschhammer, Eva/Kieferle, Christa (Hrsg.): Sprachliche Bildung in Kindertageseinrichtungen. Freiburg/Basel/Wien, S. 97–101
- Ringmann, Svenja/Siegmüller, Julia (Hrsg.) (2012): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Schuleingangsphase. München
- Ritterfeld, Ute (2007): Elternpartizipation. In: Schöler, Hermann/Welling, Alfons (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 1: Sonderpädagogik der Sprache. Göttingen, S. 922–949
- Rothweiler, Monika/Ruberg, Tobias (2011): Der Erwerb des Deutschen bei Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache. Sprachliche und außersprachliche Einflussfaktoren. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 12. München
- Rowland, Caroline (2014): Understanding Child Language Acquisition. New York
- Ruberg, Tobias/Rothweiler, Monika (2012): Spracherwerb und Sprachförderung in der KiTa. Stuttgart
- Sachse, Steffi (Hrsg.) (2015): Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen – Kleinkindphase. München
- Sachse, Steffi/Spreer, Markus (2016): Allgemeine Kriterien und Grundlagen der Diagnostik. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 1: Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen. Stuttgart, S. 113–125
- Sallat, Stephan/de Langen-Müller, Ulrike (2014): Interdisziplinäre Versorgung sprachauffälliger und sprachentwicklungsgestörter Kinder. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin, 14. Jg., H. 5, S. 319–330
- Sallat, Stephan/Schönauer-Schneider, Wilma (2015): Unterricht bei Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen. In: Sprache Stimme Gehör, 39. Jg., H. 2, S. 70–75
- Sallat, Stephan/Siegmüller, Julia (2016): Interdisziplinäre Kooperation in verschiedenen Institutionen. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 1: Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen. Stuttgart, S. 243–261
- Sallat, Stephan/Spreer, Markus (2017, im Druck): Pragmatische Störungen. In: Ullrich, Tanja/Mayer, Andreas (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. München
- Sallat, Stephan/Spreer, Markus (in Review): Interdisziplinäre Versorgung bei Entwicklungsrisiken – Sprachheilkindergärten als Vorbild für integrative und inklusive Kindertagesstätten? O.O.

- Sallat, Stephan/Spreer, Markus (in Vorb.): Bildungsbiografien nach dem Besuch eines Sprachheilkindergartens.
- Sallat, Stephan/Spreer, Markus/Glück, Christian W. (2014): Sprache professionell fördern. Kompetent – vernetzt – innovativ. In: Sallat, Stephan/Spreer, Markus/Glück, Christian W. (Hrsg.): Sprache professionell fördern. kompetent – vernetzt – innovativ. Idstein, S. 14–27
- Scheidt, Alexander/Stollreiter, Eva (2015): Philosophieren mit Kindern. O.O.
- Schelten-Cornish, Susan (2005): Indirekte interaktive Intervention bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen: Analysen an Fallbeispielen. In: LOGOS interdisziplinär, 13. Jg., H. 2, S. 105–111
- Schlevogt, Vanessa/Vogt, Herbert (Hrsg.) (2014): Wege zum Kinder- und Familienzentrum. Ein Praxisbuch. Berlin
- Schmid-Barkow, Ingrid (2013): Schreiben vor der Schrift: Frühe Literalität und Kritzeln. Stuttgart
- Schmidt, Marc (2014): Sprachtherapie mit mehrsprachigen Kindern. München
- Schöler, Hermann/Reos, Jeannette (2010): Ergebnisse einer Evaluation von Sprachfördermaßnahmen in Mannheimer und Heidelberger Kitas. In: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Nentwig-Gesemann, Iris/Strehmel, Petra (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik, Bd. III. Freiburg im Breisgau
- Schrey-Dern, Dietlinde/Trost-Brinkhues, Gabriele (2010): Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen zum Zeitpunkt der U7. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Logopädie auf der Grundlage eines Qualitätsmanagements. In: Forum Logopädie, 24. Jg., H. 3, S. 22–27
- Schreyer, Inge/Krause, Martin/Brandl, Marion/Nicko, Oliver (2014): AQUA. Arbeitsplatz und Qualität in Kitas. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. München
- Schüder, Beatrice/Girlich, Sarah (2016): Kita und Eltern Hand in Hand in Kinder- und Familienzentren. In: Kita aktuell, 25. Jg., H. 6, S. 138–140
- Simon, Stephanie/Sachse, Steffi (2013): Anregung der Sprachentwicklung durch ein Interaktionstraining für Erzieherinnen. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 8. Jg., H. 4, S. 379–397
- Solga, Heike/Dombrowski, Rosine (2009): Soziale Ungleichheiten in schulischer und außerschulischer Bildung. Stand der Forschung und Forschungsbedarf. Düsseldorf
- Spreer, Markus/Sallat, Stephan (2015): Gesellschaftliche Teilhabe ehemaliger Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf Sprache: Bildungs- und Berufsbiographien im Fokus. In: Grohnfeld, Manfred (Hrsg.): Inklusion im Förderschwerpunkt Sprache. Stuttgart, S. 179–191
- Spreer, Markus/Sallat, Stephan (2016): Spezialisierte, vernetzte und nachhaltige Förderung in Sprachheilkindergärten. In: Gebhard, Britta/Seidel, Andreas/Sohns, Armin/Möller-Dreischer, Sebastian (Hrsg.): Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft. Stuttgart, S. 279–286
- Steinbrink, Claudia/Lachmann, Thomas (2014): Leserechtschreibstörung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Berlin
- Suchodoletz, Waldemar von (2003): Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 151. Jg., H. 1, S. 31–37
- Sulzer, Annika/Wagner, Petra (2011): Inklusion in Kindertageseinrichtungen – Qualifikationsanforderungen an die Fachkräfte. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 15. München
- Sylva, Kathy/Melhuish, Edward/Sammons, Pam/Siraj-Blatchford, Iram/Taggart, Brenda/Elliott, Karen (2003): The Effective Provision of Pre-School Education Project. Findings from the Pre-school Period. London
- Szagon, Gisela (2016): Sprachentwicklung beim Kind – ein Lehrbuch. Weinheim/Basel
- Textor, Martin R. (2014): Bildungs- und Erziehungspartnerschaft in Kindertageseinrichtungen. Norderstedt
- Tietze, Sabrina/Rank, Astrid/Wildemann, Anja (2016): Erfassung bildungssprachlicher Kompetenzen von Kindern im Vorschulalter. Grundlagen und Entwicklung einer Ratingskala (RaBi). O.O.
- United Nations (Hrsg.) (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. New York
- Vomhof, Beate (2016): Frühpädagogische Fachkräfte und Eltern. Weinheim/Basel
- Vygotskij, Lev S. (2002): Denken und Sprechen. Weinheim/Basel
- Waltersbacher, Andrea (2010): Heilmittelbericht 2010: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Berlin
- Waltersbacher, Andrea (2012): Heilmittelbericht 2012: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Berlin

- Waltersbacher, Andrea (2013): Heilmittelbericht 2013: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Berlin
- Waltersbacher, Andrea (2014): Heilmittelbericht 2014: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Berlin
- Waltersbacher, Andrea (2015): Heilmittelbericht 2015: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Berlin
- Wendlandt, Wolfgang (2016): Sprachstörungen im Kindesalter. Materialien zur Früherkennung und Beratung. Stuttgart
- Wenzel, Ramona/Schulz, Petra/Rosemarie, Tracy (2009): Herausforderungen und Potenzial der Sprachstandsdiagnostik – Überlegungen am Beispiel von LiSe-DaZ. In: Lengyel, Drorit/Reich, Hans H./Roth, Hans-Joachim/Döll, Marion (Hrsg.): Von der Sprachdiagnose zur Sprachförderung. Münster/New York/München/Berlin, S. 45–70
- Whitehurst, Grover J./Falco, Francine L./Lonigan, Christopher J./Fischel, Janet E./DeBaryshe, Barbara D./Valdez-Menchaca, Marta C./Caulfield, Marie (1988): Accelerating language development through picture book reading. In: *Developmental Psychology*, 24. Jg., H. 4, S. 552–558
- Ziegenhain, Ute (2008): Erziehungs- und Entwicklungsberatung für die frühe Kindheit. In: Petermann, Franz/Schneider, Wolfgang (Hrsg.): *Angewandte Entwicklungspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie Entwicklungspsychologie, Bd. 7). Göttingen, S. 163–204
- Zimmer, Renate (2014): BaSiK – Begleitende alltagsintegrierte Sprachentwicklungsbeobachtung in Kindertageseinrichtungen. Freiburg im Breisgau
- Zollinger, Barbara (Hrsg.) (2014): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie. Bern
- Zollinger, Barbara (2015): Die Entdeckung der Sprache. Bern



## 10 Anhang

### 10.1 Abbildungsverzeichnis

|              |                                                                                                                      |    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: | Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention in der inklusiven sprachlichen Bildung                   | 11 |
| Abbildung 2: | Beschränkungen in der Sprachverarbeitung bei Kindern mit Sprach(entwicklungs)störungen                               | 21 |
| Abbildung 3: | Überblick über das multi- und interdisziplinäre Versorgungssystem bei Auffälligkeiten im Spracherwerb in Deutschland | 26 |
| Abbildung 4: | Inklusive sprachliche Bildung in der Verknüpfung primärer, sekundärer und tertiärer sprachlicher Prävention          | 45 |

### 10.2 Tabellenverzeichnis

|            |                                                                                                                     |    |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: | Institutionen und Konzepte der tertiären (vereinzelt sekundären) sprachlichen Prävention                            | 15 |
| Tabelle 2: | Zuständigkeiten/Expertise der Handlungsakteure im Bereich der sekundären und tertiären Prävention                   | 17 |
| Tabelle 3: | Häufigkeiten von Sprachtherapieverordnungen im Kindesalter                                                          | 19 |
| Tabelle 4: | Sprachtherapieverordnungen gesamt und Anteil der Kindersprachtherapien                                              | 20 |
| Tabelle 5: | Hauptsymptome und Verarbeitungsbeschränkungen der häufigsten Sprachentwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter | 60 |

In den folgenden Abschnitten 10.3 bis 10.6 finden Sie Checklisten, Informationen zu Sprachstörungen sowie Empfehlungen für Ratgeber, welche die Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams sowie in der interdisziplinären Kooperation ebenso erleichtern sollen wie die Beratung von Eltern.



### 10.3 Checkliste zur sprachlichen Prävention für die Kita

In der Checkliste sind Leitfragen für inklusive Kitas und Träger formuliert, welche die Umsetzung inklusiver sprachlicher Bildung an den Schnittstellen zu sekundärer und tertiärer Prävention sowie beim Übergang in die Schule sicherstellen.

#### Einschätzung der sprachlichen Fähigkeiten:

Wer unterstützt die pädagogische Fachkraft in der Einschätzung, ob Kinder Maßnahmen der sekundären oder tertiären sprachlichen Prävention benötigen?

- Innerhalb der Kita:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Beim Träger:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Externe Fachberatung:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Welche Fachpersonen (intern und extern) können zur Fallberatung hinzugezogen werden (ggf. Diagnostik/Förderung/Therapie)?

- Medizin (Sozialpädiatrie/Phoniatrie):

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Frühförderung/Heilpädagogik:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Sprachheilpädagogik/Sprachtherapie:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Grundschule:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

#### Ressourcenanalyse:

Wer ist beim Träger für die Organisation/Koordination von sprachlichen Präventionsmaßnahmen zuständig?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Wer ist im Kita-Team für die Organisation/Koordination von sprachlichen Präventionsmaßnahmen zuständig?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Welche Personen im Kita-Team/beim Träger können sekundäre Präventionsmaßnahmen für das Kind anbieten?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Welche Personen im Kita-Team/beim Träger können tertiäre Präventionsmaßnahmen für das Kind anbieten?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Welche Fachkräfte/Institutionen im Umfeld der Kita können das Team in der Absicherung von sekundären Präventionsmaßnahmen für das Kind unterstützen?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Welche Fachkräfte/Institutionen im Umfeld der Kita können das Team in der Absicherung von tertiären Präventionsmaßnahmen für das Kind unterstützen?

- Medizin (Sozialpädiatrie/Phoniatrie):

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Frühförderung/Heilpädagogik:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Sprachheilpädagogik/Sprachtherapie:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Grundschule:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Wie kann die Kita die Familie dabei unterstützen, weitere Schritte einzuleiten und durchzuführen?

\_\_\_\_\_

Welche Personen im Umfeld der Familie können das Team in der Absicherung von sekundären oder tertiären Präventionsmaßnahmen für das Kind unterstützen?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Wer ist bei Sozialamt und weiteren Kostenträgern für Familienhilfen und Leistungen nach dem SGB zuständig?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

### Qualitätsmanagement:

Bei wem laufen die Informationen zur Umsetzung der Präventionsmaßnahmen zusammen?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Wer überprüft den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen?

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

Mind. einmal pro Monat 2 Stunden Besprechen von Fällen/Förderplanung. Tag/Uhrzeit \_\_\_\_/\_\_\_\_

Erstellen eines Organigramms

- Ansprechpartner im Umfeld der Kita
- Verbindliche Regelungen der Abläufe
  - Erstkontakt/Beratung beim Erkennen von möglichen Risiken
  - Erste Beobachtung vor Ort
  - Ggf. Weitervermittlung zu Differenzialdiagnostik
  - Implementation von sekundärer und tertiärer Prävention in den Kita-Alltag
  - Einplanen von räumlichen, materiellen und personellen Ressourcen

Umsetzung eines Qualitätsmanagements, das im Abstand von max. 4 Wochen die Maßnahmen für Risikokinder und Kinder mit Therapiebedarf überprüft und ggf. neu festlegt.

- Medizin (Sozialpädiatrie/Phoniatrie):

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Frühförderung/Heilpädagogik:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Sprachheilpädagogik/Sprachtherapie:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Grundschule:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

- Sozialamt/Kostenträger:

Name/Telefonnummer/E-Mail \_\_\_\_\_

## 10.4 Leitfragen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation im Bereich der sprachlichen Prävention

In der Folge werden Leitfragen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation aufgelistet (Sallat/Siegmüller 2016). Die Perspektiven gewährleisten die Analyse der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder sowie der Auswirkungen möglicher Beschränkungen in der Sprachverarbeitung durch das Kita-Team in Kooperation mit den Eltern und externen Fachkräften. Sie geben den Rahmen für die individuelle Förderplanung für das Kind vor, welche neben der Prävention in Bezug auf die sprachlichen Fähigkeiten ebenso die Gestaltung der Lern- und Spielsituationen und Aspekte der Teilhabe und Partizipation in Kita und Umfeld berücksichtigt. Neben der Analyse der Perspektiven müssen im Rahmen der Fallbesprechungen, zusätzlich zur Festlegung verbindlicher Ziele, Vereinbarungen zu Art, Umfang, Dauer und Evaluation der Maßnahmen getroffen werden. Ebenso sind die Zuständigkeiten und die Verschränkung der Maßnahmen zu klären. Die Vereinbarung von einem gemeinsamen Vorgehen und gemeinsamen Entwicklungszielen für einen beschränkten Zeitraum sind die Grundlage für ein inklusives Vorgehen, für die Evaluation und eine differenzierte Einschätzung des Erfolges der eingeleiteten Präventionsmaßnahmen.

### Subjektperspektive

Einzubeziehende Fachdisziplinen und Ratgeber: *Pädagogische Fachkräfte, Eltern, Bezugspersonen, (Sprach-)Heilpädagogik*

- Wie und wozu verwendet das Kind seine Sprache(n)?
- Wo (Mit welcher Person? In welchem Kontext?) gelingt das Sprachhandeln des Kindes?
- Wie gut gelingt (verbale und nonverbale) Kommunikation?
- Was bedeutet ihm seine Sprache im Alltag?
- Was bedeutet Sprache im Alltag der Familie?
- Sind dem Kind „Andersartigkeiten“ in seiner Sprache bewusst? Wie reagiert es darauf?

### Entwicklungsperspektive

Einzubeziehende Fachdisziplinen: *Sprachtherapie, Sprachheilpädagogik, Psychologie, (Patho-/Neuro-) Linguistik, Heilpädagogik, Pädiatrie, Phoniatrie*

- Seit wann lernt das Kind Deutsch?
- Wo befindet sich das Kind in seiner sprachlichen Entwicklung?
- Verläuft die Sprachentwicklung auf den Sprachebenen gleich?
- Wie sind die Vorläuferfähigkeiten des Spracherwerbs entwickelt?
- Entsprechen die sprachlichen Leistungen des Kindes der Entwicklungslogik, oder sind sie qualitativ abweichend?
- Was könnten nächste Entwicklungsschritte sein?
- Zeigen sich psychologische oder neurologische Auffälligkeiten?

### Sprachphänomenologische Perspektive

Einzubeziehende Fachdisziplinen: *Sprachtherapie, Sprachheilpädagogik, Psychologie, (Patho-/Neuro-) Linguistik*

- Welche Sprache(n) spricht das Kind mit wem?
- Wie verlief die Sprachentwicklung?
- Wie ist der Sprachentwicklungsstand des Kindes, bezogen auf die linguistischen Sprachebenen?
- Wie verwendet das Kind (welche) Sprache? Bei welchen Gelegenheiten?
- Gibt es Hinweise auf eine Störung der Sprachverarbeitung?
- Sind ggf. weitere Entwicklungs- oder Wahrnehmungsbereiche betroffen? (Motorik, Sensorik, Neurophysiologie)
- Welche metasprachlichen Kompetenzen hat das Kind?

### Erziehungsperspektive

Einzubeziehende Fachdisziplinen und Ratgeber: *Sozialpädagogik, Familienbegleitung, Eltern, Bezugspersonen*

- Welche Bildungsprozesse kann das betroffene Kind/können die betroffenen Familien aus eigener Kraft vollziehen?
- Benötigen sie Unterstützung? Ist ggf. eine (sozial-)pädagogische Einflussnahme erforderlich?
- Wie müssen Alltagssituationen oder pädagogische Situationen (z.B. Kita) gestaltet sein, damit das Kind selbstbestimmt und aus Eigenmotivation heraus lernen kann?
- Wo und wie kann das Kind lebensweltliche Erfahrungen in Bezug auf Umgangsformen und situations- und kontextangemessenes Verhalten erhalten?

### Bildungszielperspektive

Einzubeziehende Fachdisziplinen und Ratgeber: *Pädagogische Fachkräfte, Heilpädagogik, Grundschulpädagogik*

- Welche Auswirkungen haben die sprachlichen Kompetenzen auf Lern-, Verstehens- und Bildungsprozesse des Kindes?
- Welche Aspekte müssen im Umgang mit der Gruppe sowie in Spielsituationen sprachlich beachtet werden?
- Welche Aspekte müssen in Lernsituationen sprachlich beachtet werden?
- Versteht das Kind sprachliche Anweisungen?
- In welchen Sozialformen lernt das Kind gut?
- Müssen ggf. sprachliche Teilaspekte gezielt gefördert werden, um Lernen zu ermöglichen (z.B. phonologische Bewusstheit als Voraussetzung für den Schriftspracherwerb) oder Bildungschancen zu erhöhen?

### Lebensweltperspektive

Einzubeziehende Fachdisziplinen und Ratgeber: *Sozialpädagogik, Familienbegleitung, Bezugspersonen, Vereine, Gemeinden*

- Gibt es im Umfeld des Kindes (Familie, Kita, Freizeit) Ressourcen, die genutzt werden können?
- Welche Interessen hat das Kind?
- Gibt es im Umfeld des Kindes (Familie, Kita, Freizeit) hinderliche Bedingungen?
- Welche Veränderungen im Umfeld (Familie, Kita, Freizeit) sind wünschenswert und möglich?
- Gibt es kulturell geprägte Besonderheiten im Umfeld des Kindes?
- Mit welchen Sprachen wächst das Kind auf?
- Wo ergeben sich ggf. Beschränkungen der Handlungsfähigkeit im Alltag?
- Könnten Sprachförderung oder -therapie einen Beitrag zur Entwicklung der Handlungsfähigkeit leisten?

## 10.5 Übersicht über Sprach(entwicklungs)störungen und ihre Symptomatik im Kindes- und Jugendalter

Im folgenden Abschnitt werden die häufigsten Sprach(entwicklungs)störungen im Kindes- und Jugendalter mit den jeweiligen Hauptsymptomen tabellarisch dargestellt und mit Hinweisen zu den beschriebenen Verarbeitungsbeschränkungen und dem daraus folgenden Einfluss auf Lern- und Verstehensprozesse ergänzt. Wie in Kapitel 2.1 und 2.2 herausgestellt wurde, müssen die Verarbeitungsbeschränkungen in der Planung der frühkindlichen Bildungsangebote unbedingt berücksichtigt werden. Ein alleiniger Fokus auf die sprachtherapeutische Versorgung des betreffenden Kindes reicht nicht aus. Die Übersicht kann eine Grundlage für die Kommunikation der frühpädagogischen Fachkräfte mit sprachheilpädagogischen oder medizinisch-therapeutischen Fachkräften bilden. Die Differenzialdiagnostik sowie die Entscheidung für und Ableitung von therapeutischen Maßnahmen müssen immer in der Hand der sprachheilpädagogischen oder medizinisch-therapeutischen Fachkräfte liegen.

**Tab. 5: Hauptsymptome und Verarbeitungsbeschränkungen der häufigsten Sprachentwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter**

### Sprachentwicklungsstörungen

#### Vertiefende Literatur:

Kannengieser, Simone (2015): Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. München

Schrey-Dern, Dietlinde (2006): Sprachentwicklungsstörungen: Logopädische Diagnostik und Therapieplanung. Stuttgart

#### **Funktionelle Aussprachestörung (früher „Dyslalie“ oder „Stammeln“)**

*Oberbegriff für phonetische und phonologische Störungen*

Eine phonetische Störung meint dabei die Unfähigkeit, Laute unabhängig von ihrer lautlichen Umgebung altersgemäß sprechmotorisch korrekt zu bilden (häufigste Form: Fehlbildung des stimmhaften oder stimmlosen s-Lautes, Sigmatismus).

Als phonologische Störung wird eine verzögerte oder abweichende Organisation des phonologischen Systems der Bezugssprache bezeichnet, während die Artikulationsfähigkeit für die einzelnen Laute nicht betroffen ist.

#### Phonetik

Auslassung oder Fehlbildung von Lauten („Lispeln“ – Fehlbildungen des s-Lautes; Lautersetzungen: „Tanne“ statt „Kanne“ /k/>/t/)

#### Phonologie

falsche Lautverwendung, obwohl der Einzellaut korrekt gebildet werden kann (z.B. Reduktion von Mehrfachkonsonanz: „Bume“ statt „Blume“)

→ **Beschränkungen im Bereich Perzeption und Sprachproduktion, bei phonologischen Störungen zusätzlich im Bereich Speicherung und Abruf**

→ **bei phonologischen Störungen Lern- und Verstehensprozesse potenziell eingeschränkt**

**Dysgrammatismus/syntaktisch-morphologische Störung (auch: grammatische Störung)**

*Teilproblematik der gestörten kindlichen Sprachentwicklung mit nicht altersgemäßen morphologischen und syntaktischen Fähigkeiten*

Bei mehrsprachigen Kindern ist eine dysgrammatische Störung nur zu diagnostizieren, wenn die Merkmale in beiden Sprachen vorliegen!

**Morphologie**

- fehlende Subjekt-Verb-Kongruenz („Er essen.“)
- fehlerhafte Genusmarkierung („das Fisch“)
- fehlerhafte Kasusmarkierung („mit das Boot fahren“)
- falsche Pluralformen („die Stuhls“)

**Syntax**

- Nichtbeachtung der Verbzweitstellungsregel im Deutschen („Ich das mache.“)
- fehlende Verbendstellung in subordinierten Nebensätzen („Ich weiß nicht, ob das gefällt mir.“)
- Auslassungen von grammatischen Funktionswörtern/obligatorischen Satzgliedern („Wohnt da.“)

→ **Beschränkungen in allen Bereichen (sprachliche Rezeption, Speicherung/Abruf und Produktion)**  
 → **Lern- und Verstehensprozesse eingeschränkt**

**Semantisch-lexikalische Störung**

*Anhaltende Schwierigkeiten, Wörter altersentsprechend und der Äußerungsintention angemessen zu verwenden sowie Äußerungen anderer hinsichtlich der gewählten Worte zu verstehen, evtl. auch geringer Wortschatzumfang*

**Wortschatz**

Verwendung unspezifischer Wörter („Dings“, „tun“)

**Wortbedeutung**

Übergeneralisierung („Hund“ für alle vierbeinigen Tiere)

**Wortfindung**

Suchverhalten, (gefüllte) Pausen, Wortneuschöpfungen (z.B. „Fischgehege“ für „Aquarium“)

→ **Beschränkungen in allen Bereichen, Schwerpunkt in Speicherung und Abruf**  
 → **Lern- und Verstehensprozesse eingeschränkt**

**Kommunikativ-pragmatische Störung**

*Auffälligkeiten in der kommunikativen Sprachverwendung und -rezeption hinsichtlich des Einbezugs situativen und sprachlichen Kontexts, z.B.*

- unangemessenes Dialog-Verhalten
- Missachtung von Gesprächsregeln (*Turn-taking*)
- unangemessener Rededrang
- Festhalten an Themen
- Schwierigkeiten, narrative Strukturen zu (re)produzieren
- Auslassung wesentlicher Aspekte; Wiedergabe der Ereignisse in der falschen Reihenfolge (bzw. logischer Zusammenhang wurde nicht erkannt)

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Rezeption und Sprachproduktion**  
 → **Lern- und Verstehensprozesse eingeschränkt**



## Redeflussstörungen

Vertiefende Literatur:

Sandrieser, Patricia/Schneider, Peter (2015): Stottern im Kindesalter. Stuttgart  
Sick, Ulrike (2004): Poltern. Stuttgart

### Stottern

*Redeflussstörung mit unwillkürlichen Unterbrechungen im Redefluss durch Wiederholungen, Dehnungen und Blockierungen*

Im Vorschulalter zumeist physiologisches Stottern als vorübergehende Begleiterscheinung im Spracherwerb

- **Beschränkungen im Bereich Sprachproduktion**
- **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

### Poltern

*Redeflussstörung, die durch eine hohe Artikulationsrate mit Auslassungen und/oder Verschmelzungen von Lauten, Silben, Morphemen oder syntaktischen Phrasen gekennzeichnet ist*

- **Beschränkungen vorrangig im Bereich Sprachproduktion**
- **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

## Weitere Störungen mit Auswirkungen auf die sprachliche Äußerungsfähigkeit

### Lese-Rechtschreib-Störung

*Schwierigkeiten bei der Entwicklung der Lese- und Rechtschreibfertigkeiten, die nicht allein auf das Entwicklungsalter, Visus-Schwierigkeiten oder eine unangemessene Beschulung zurückzuführen sind*

Kann Folge einer funktionellen Aussprachestörung sein!

- **Beschränkungen in der phonologischen Analyse von Sprache (Silben- und Reimebene)**
- **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Steinbrink, Claudia/Lachmann, Thomas (2014): Lese-Rechtschreibstörung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Berlin

### Orofaziale Dysfunktion (auch: myofunktionelle Störung)

*Störungen der Muskelfunktion, des Tonus oder der harmonischen Bewegungsabläufe in den Bereichen Gesicht, Mund, Nase und Rachen*

- **Beschränkungen vorrangig im Bereich Sprachproduktion**
- **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Bigenzahn, Wolfgang (2003): Orofaziale Dysfunktionen im Kindesalter: Grundlagen, Klinik, Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Stuttgart

**Dysphagie (Schluckstörung)**

*bei (hirn-)organischen Störungen oder funktionell bei orofazialen/myofunktionellen Störungen*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Sprachproduktion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse bei Kombination mit hirnorganischen Störungen eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Prosiegel, Mario/Weber, Susanne (2013): Dysphagie: Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln. Berlin/Heidelberg

**Dysglossie**

*Aussprachestörung aufgrund organischer Veränderungen des peripheren Sprechapparates, beispielsweise einer Dysgnathie (Kieferfehlentwicklung), Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen oder einer Nasalitätsstörung (diese kann auch funktionell bedingt sein)*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Sprachproduktion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Neumann, Sandra (2011): LKGSF komplex: sprachtherapeutische Diagnostik bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung. München

**Dysphonien**

*Stimmstörungen mit organischen oder funktionellen Ursachen*

*Heiserkeit, Räusperzwang*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Sprachproduktion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Spital, Helga (2004): Stimmstörungen im Kindesalter: Ursachen, Diagnose, Therapiemöglichkeiten. Stuttgart

**Verbale Entwicklungsdyspraxie (VED; auch kindliche Sprechapraxie)**

*eingeschränkte Fähigkeit zum willkürlichen und kontrollierten Einsatz der Artikulationsorgane für geplante Äußerungen bei i. d. R. altersadäquaten rezeptiven Sprachleistungen*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Sprachproduktion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Lauer, Norina/Birner-Janusch, Beate (2010): Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter. Stuttgart

Schulte-Mäter, Anne (2007). Verbale Entwicklungsdyspraxie. In: Schöler, Hermann/Welling, Alfons (Hrsg.): Sonderpädagogik der Sprache. Göttingen, S. 278–284

### **Dysarthrie**

*zentral bedingte Sprechstörung, bei der die neuronalen Funktionen der Kontrolle und Ausführung von Sprechbewegungen beeinträchtigt sind*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Sprachproduktion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Lauer, Norina/Birner-Janusch, Beate (2010): Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter. Stuttgart

Giel, Barbara (2007). Dysarthrie/Dysarthrophonie im Kindesalter – Entwicklungsdysarthrie. In: Schöler, Hermann/Welling, Alfons (Hrsg.): Sonderpädagogik der Sprache. Göttingen, S. 284–292

### **Kindliche Aphasie**

*im Kindesalter erworbene Sprachstörung durch neurologische Schädigungen nach Beginn des primären Spracherwerbs, große Variabilität der Symptome*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Rezeption, Speicherung und Abruf sowie Produktion, abhängig von der betroffenen Hirnregion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Kubandt, Melanie (2009): Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für therapeutische Berufsgruppen. Idstein

Zilkens, Vanessa (2007): Aphasie im Kindesalter. In: Schöler, Hermann/Welling, Alfons (Hrsg.): Sonderpädagogik der Sprache. Göttingen, S. 259–277

### **Landau-Kleffner-Syndrom (erworbene Aphasie mit Epilepsie)**

*Verlust expressiver und rezeptiver Sprachfähigkeit im Kindesalter, meist im Zusammenhang mit epileptischen Anfällen*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Rezeption, Speicherung und Abruf sowie Produktion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Kubandt, Melanie (2009): Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für therapeutische Berufsgruppen. Idstein

### **(S)Elektiver Mutismus**

*anhaltendes und vorhersagbares Schweigeverhalten in bestimmten kommunikativen Kontexten bei ungestörter Sprachentwicklung und vorhandener Sprechfähigkeit*

→ **Beschränkungen im Bereich Sprachproduktion**

→ **Lern- und Verstehensprozesse nicht eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Katz-Bernstein, Nitza (2015): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. München

**Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)**

*Störung zentraler Prozesse des Hörens bei unauffälligem Tonaudiogramm*

→ **Beschränkungen vorrangig im Bereich Rezeption sowie Speicherung und Abruf**

→ **Lern- und Verstehensprozesse eingeschränkt**

Vertiefende Literatur:

Lauer, Norina (2014): Auditive Verarbeitungsstörungen im Kindesalter: Grundlagen – Klinik – Diagnostik – Therapie. Stuttgart

*Quelle: Eigene Zusammenstellung auf der Grundlage von Glück/Spreer 2014*

## 10.6 Ratgeber für pädagogische Fachkräfte und Eltern

Chilla, Solveig/Fox-Boyer, Annette (2012): Zweisprachigkeit/Bilingualität. Ein Ratgeber für Eltern. Idstein

Ehlert, Hanna/Beushausen, Ulla (2014): Erfolgreiche Sprachförderung in der Kita. Ein Ratgeber für pädagogische Fachkräfte. Idstein

Föllner, Sinikka (2015): VED bei Kindern. Verbale Entwicklungsdyspraxie und kindliche Sprechapraxie. Idstein

Fox-Boyer, Annette/Groos, Inula/Schauß-Golecki, Kerstin (2015): Kindliche Aussprachestörungen. Ein Ratgeber für Eltern, Erzieher, Therapeuten und Ärzte. Idstein

Giel, Barbara (2015): Sprach- und Kommunikationsförderung bei Kindern mit Down-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern, pädagogische Fachkräfte, Therapeuten und Ärzte. Idstein

Kubandt, Melanie (2009): Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für therapeutische Berufsgruppen. Idstein

Landeskompetenzzentrum zur Sprachförderung an Kindertageseinrichtungen in Sachsen (LakoS): Elterninfoblatt zur Mehrsprachigkeit in der Familie (in 16 Sprachen). [www.lakos-sachsen.de](http://www.lakos-sachsen.de)

Lupberger, Nathalie (2007): Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung im Kindesalter. Ein Ratgeber für Betroffene, Eltern, Angehörige und Pädagogen. Idstein

Neumann, Sandra (2016): Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten (LKGS). Ein Ratgeber für Eltern. Idstein

Otto, Katrin/Wimmer, Barbara/Tesak, Jürgen (2005): Unterstützte Kommunikation. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige sowie Therapeuten und Pädagogen. Idstein

Ruberg, Tobias/Rothweiler, Monika (2012): Spracherwerb und Sprachförderung in der KiTa. Stuttgart

Senf, Dorothea (2004): Cochlea-Implantat. Mit dem CI leben, hören und sprechen. Idstein

Wendlandt, Wolfgang (2016). Sprachstörungen im Kindesalter. Materialien zur Früherkennung und Beratung. Stuttgart

## Zur Autorin und zu den Autoren



### **Stephan Sallat**

ist Sprach- und Lernbehinderten- sowie Musikpädagoge. Nach einer Juniorprofessur an der Universität Erfurt ist er seit 2017 Professor für die Pädagogik bei Sprach- und Kommunikationsstörungen an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind die Entwicklung und Störungen sprachlicher und musikalischer Fähigkeiten bei Kindern, Musiktherapie, Bildungs- und Berufsbiografien von Menschen mit Förderschwerpunkt Sprache sowie die interdisziplinäre Versorgung und Zusammenarbeit.

---



### **Christiane Hofbauer**

ist promovierte Sprachwissenschaftlerin sowie Sprachheilpädagogin. Seit 2012 arbeitet sie als freiberufliche Fortbildnerin für Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen. 2013 gründete sie das Institut für Sprache und Kommunikation in Bildung, Prävention und Rehabilitation (INSKOM) mit, das das Landeskompetenzzentrum zur Sprachförderung an Kindertageseinrichtungen in Sachsen (LakoS) betreibt.

---



### **Robert Jurleta**

ist Erziehungswissenschaftler und Germanist. Seit 2015 arbeitet er als Projektkoordinator und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Landeskompetenzzentrum zur Sprachförderung an Kindertageseinrichtungen in Sachsen (LakoS). Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen die Methoden der alltagsintegrierten sprachlichen Bildung, die mehrsprachige Entwicklung, der Einsatz von Bilderbüchern in der Frühpädagogik sowie das Philosophieren mit Kindern.

---

*Das Autorenteam dankt Sarah Girlich, Markus Spreer, Christian Glück und Claudia Wirts für Anregungen und Kommentierungen während der Manuskripterstellung.*

# Lesen Sie weiter!

Zum Thema **Sprache** sind bereits folgende Publikationen der WiFF kostenlos verfügbar unter [www.weiterbildungsinitiative.de/publikationen](http://www.weiterbildungsinitiative.de/publikationen)

## WiFF Wegweiser Weiterbildung

Arbeitsmaterial für die  
Konzeption kompetenz-  
orientierter Weiterbil-  
dungen

Zuletzt erschienen:



**Band 11**  
Inklusive Sprachliche  
Bildung

## WiFF Expertisen

Wissenschaftliche Analy-  
sen zu aktuellen Fragen  
der Frühpädagogik

Zuletzt erschienen:



**Band 46**  
Mehrsprachigkeit in der  
Kindheit: Perspektiven  
für die frühpädagogische  
Praxis  
*Argyro Panagiotopoulou*

**Band 29**  
Sprachstandsfeststellung  
bei mehrsprachigen  
Kindern im Elementar-  
bereich  
*Drorit Lengyel*

**Band 23**  
Evaluation und Qualitäts-  
entwicklung im Kontext  
frühpädagogischer  
Interventionsprogramme:  
Chancen und kritische  
Aspekte  
*Barbara Gasteiger-Klicpera*

**Band 12**  
Der Erwerb des Deutschen  
bei Kindern mit nichtdeut-  
scher Erstsprache. Sprach-  
liche und außersprachliche  
Einflussfaktoren  
*Monika Rothweiler/  
Tobias Ruberg*





Kindertageseinrichtungen sind ein idealer Ort, um inklusive sprachliche Bildung zu verwirklichen, denn sie werden von fast allen Kindern über drei Jahren besucht. Um jedes Kind einbeziehen zu können, müssen frühpädagogische Fachkräfte fähig sein, auch sprachliche Auffälligkeiten einzuordnen sowie entsprechende Bildungsangebote zu entwerfen. Das verlangt umfassende interdisziplinäre Kompetenzen und stellt sie unter Umständen vor große Herausforderungen. Denn die Kooperation mit Partnern aus benachbarten Arbeitsfeldern ist bisher durch unübersichtliche und wenig vernetzte Strukturen erschwert.

Die vorliegende Expertise beleuchtet systematisch die Berührungspunkte von sprachlicher Bildung, Sprachförderung und Sprachtherapie, wenn es darum geht, die je individuelle Sprachaneignung der Kinder sowie ihre weiteren Lern- und Bildungsprozesse in einer inklusiven Kindertageseinrichtung optimal sprachlich zu unterstützen. Das Autorenteam beschreibt Akteure, deren Kompetenzen und Zuständigkeiten sowie die sich daraus ergebenden Organisationsmöglichkeiten. Deutlich wird, dass das Potenzial der einzelnen Bereiche erst in ihrem gelungenen Zusammenspiel voll entfaltet werden kann.