Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

INANSPRUCHNAHME LOGOPÄDISCHER ODER SPRACHTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN DURCH 3-6-JÄHRIGE KINDER AUS KINDERTAGESEINRICHTUNGEN IN MECKLENBURG-VORPOMMERN

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Danila Volkmann

Betreuer: Prof. Dr. Hanna Janetzke
Zweitbetreuer: Prof. Dr. Susanne Hartung

Tag der Einreichung: 07.07.2020

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-03040-1

Zusammenfassung

Ziel: Anhand der erhobenen Daten wurde im Rahmen des Projektes „GIF-MV“ untersucht, inwieweit Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich Sprache bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern bestehen. Analysiert wurde, wie viele Kinder logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen und wie sich die Inanspruchnahme in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis verhält. Die Annahme war, dass Kinder mit auffälligem DESK-Ergebnis in der Sprache logopädische/sprachtherapeutische Leistungen erhalten sollen, aber Kinder mit unauffälligen DESK-Ergebnis nicht. **Methode:** Mit Hilfe des „Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten – Revision“ (DESK 3-6 R) wurden sprachliche Entwicklungsauffälligkeiten bei 3-bis 6-jährigen Kindern gemessen und die Anzahl der Kinder ermittelt, die logopädische oder sprachtherapeutische Förderung in Anspruch nehmen. Die Anzahl an Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen wurde mit Hilfe der „Logopädensuche“ des „Bundesverbandes für Logopädie e.V.“ bestimmt. **Ergebnisse:** Es wurde sichtbar, dass ein Großteil der Kinder mit einem auffälligen oder fraglichen Ergebnis im Bereich Sprache keine logopädischen oder sprachtherapeutischen Leistungen erhalten. Ein geringer Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Ergebnis im Bereich Sprache erhalten hingegen solche Leistungen. Die Anzahl steigt von 2017 zu 2018 leicht an. Es besteht demnach das Problem einer effizienten Ressourcenallokation.

Abstract

Aim of the study: The data that were collected during the project “GIF-MV” demonstrate abnormalities in the development of language of children from 3 to 6 years in Mecklenburg-Western Pomerania. It had to be investigated how many children take advantage of speech therapy and in which way the utilization is dependent from the result of the “DESK 3-6 R”. Topic of the analysis was to investigate that children with a conspicuously “DESK”-result use speech therapy services, but children with an inconspicuous result not. **Method: „**The Dortmund Developmental Screening for the Kindergarten“ was utilized to detect developmental peculiarities in the field of language and to determine the number of children who take advantage of speech therapy. The number of speech therapist was increased with the help of the “search for speech therapists” from the “Bundesverband für Logopädie e.V.”. **Results:** The result is that a large proportion of children with a conspiciuous or questionable result in the field of language do not receive language therapy. A small proportion of children with an inconspicuous result in the field of language receives such benefits. The number was increasing from 2017 to 2018. There is a problem of an efficient allocation of resources.

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG/ABSTRACT 2
INHALTSVERZEICHNIS 4
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS 6
1.EINLEITUNG UND HINTERGRUND 8
2.SPRACHE 10
2.1.SPRACHENTWICKLUNG 10
2.1.1.DIE BEHAVIORISTISCHE SPRACHERWERBSTHEORIE 10
2.1.2.DIE NATIVISTISCHE SPRACHERWERBSTHEORIE 10
2.1.3.DIE INTERAKTIONISTISCHE SPRACHERWERBSTHEORIE 11
2.1.4.DIE KOGNITIVISTISCHE SPRACHERWERBSTHEORIE 11
2.2.SPRACHENTWICKLUNGSVERZÖGERUNG 12
2.3.SPRACHENTWICKLUNGSSTÖRUNG 12
3.LOGOPÄDIE UND SPRACHTHERAPIE 15
3.1.BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN UND TÄTIGKEITSFELDER 15
3.2.SITUATION IN MECKLENBURG-VORPOMMERN 16
4.PROJEKTBESCHREIBUNG 18
4.1.STUDIENDESIGN 18
4.2.INSTRUMENTE 19
4.3.DORTMUNDER ENTWICKLUNGSSCREENING FÜR DEN KINDERGARTEN – REVISION (DESK 3-6 R) 19
4.3.1.ERFASSUNG SPRACHLICHER UND KOMMUNIKATIVER KOMPETENZEN 21
4.4.DATENANALYSE 23
5.ERGEBNISSE 24
5.1.STICHPROBENBESCHREIBUNG 24
5.2.ERGEBNISSE ZUR INANSPRUCHNAHME LOGOPÄDISCHER ODER SPRACHTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN 28
5.3.VERHÄLTNIS DER INANSPRUCHNAHME IN ABHÄNGIGKEIT ZUM DESK-ERGEBNIS 29
6.DISKUSSION 34
7.FAZIT 36
LITERATURVERZEICHNIS 38
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG 42

Anhang:

Anhang 1: DESK 3-6 R Aufgabenheft für 3-jährige Kinder

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beschäftigte (gesamt) in der Logopädie und Sprachtherapie in Deutschland in 1.000 (eigene Darstellung auf Basis der GBE 2020) 16
Abbildung 2: Ablauf eines Entwicklungsscreenings (eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster et al. 2016, S.9) 21
Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach dem Geschlecht (2017 und 2018) 25
Abbildung 4: Anzahl der Kinder im Alter von 3, 4, 5 und 6 Jahren, die am DESK 3-6 R teilgenommen haben (2017 und 2018) 27
Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach deutscher und nicht deutscher Nationalität (2017) 26
Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach deutscher und nicht deutscher Nationalität (2018) 26
Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach deutscher und nicht deutscher Muttersprache (2017 und 2018) 27
Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder, die eine besondere Förderung erhalten (2017 und 2018) 28
Abbildung 9: Prozentualer Erhalt besonderer Förderung im Bereich Sprache (Vergleich Mädchen und Jungen; 2017 und 2018) 29
Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der DESK-Ergebnisse im Bereich Sprache (2017 und 2018) 30
Abbildung 11: Erhalt logopädischer oder sprachtheraeputischer Leistungen in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis (2017) 31
Abbildung 12: Erhalt logopädischer oder sprachtheraeputischer Leistungen in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis (2018) 32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Satzreproduktion eines sprachentwicklungsgestörten und sprachunauffälligen Kindes (Grimm 1999, S.114).....14
Tabelle 2: Anzahl und Verteilung von Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen in Mecklenburg-Vorpommern (eigene Darstellung auf Bais der Daten vom dbl-ev 2020).....17
Tabelle 3: Aufbau des DESK 3-6 R (Tröster et al. 2016, S.57).....20
Tabelle 4: Normtabelle zur Berechnung der Stanine-Werte bei Kindern im Alter von 3,0-3,5 Jahren (Tröster et al. 2016, S.65) 22

1. Einleitung und Hintergrund

„Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“
Ludwig Wittgenstein

Menschen besitzen die Fähigkeit, Sprache zu erwerben. Sie sprechen miteinander und setzen dazu ihre Stimme ein. Dies ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft: sie müssen in der Lage sein zu hören, sich zu artikulieren und ihre Stimme muss normal entwickelt sein (dbl-ev 2020).
Die Sprachentwicklung von Kindern steht dabei oft im besonderen gesellschaftlichem Fokus. Die Sprachentwicklung ist ein Teil der allgemeinen kindlichen Entwicklung und steht dabei in einer wechselseitigen Beziehung zu der sensorischen, motorischen, sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung (dbl-ev 2020).
Die Schuleingangsuntersuchungen in Mecklenburg-Vorpommern zeigen seit Jahren, dass eine hohe Anzahl an Kindern Entwicklungsverzögerungen aufweisen. Im Schuljahr 2016/2017 wiesen 14,7% der Kinder eine Entwicklungsverzögerung im Bereich Motorik, 17,3% im Bereich der emotional-sozialen Kompetenzen und 22,1% im Bereich Sprache auf (Regierung M-V 2019). Liegt bereits zum Zeitpunkt der Einschulung des Kindes ein Entwicklungsdefizit vor, dann besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Entwicklungsprobleme langfristig bestehen bleiben. Zusätzlich sind Kinder gefährdet, gesellschaftlich ausgegrenzt zu werden, wenn sie nicht in der Lage sind, ihre Sprachfähigkeit voll zu entwickeln (von Suchodoletz 2010, S.193).
Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie W. von Suchodoletz ist spezialisiert auf kindliche Sprach- und Sprechstörungen. In seiner Ausarbeitung beschreibt er die Untersuchungen von Bishop, diese thematisieren den langfristigen Verlauf von Sprachauffälligkeiten im Kindesalter. Demnach haben Kinder, bei denen eine Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert wurde, vermehrt Schwierigkeiten in der Schule. Kinder, bei denen zum Zeitpunkt der Einschulung keine Sprachauffälligkeit mehr bestand, absolvierten erfolgreich den Realschulabschluss. Demgegenüber haben nicht

einmal die Hälfte der Kinder, bei denen sich die Sprachentwicklungsstörungen bis zum Schulbeginn nicht zurückgebildet haben, die Realschulprüfung abgelegt. Insgesamt erreichten Kinder mit Sprachauffälligkeiten signifikant seltener höhere Schulabschlüsse als sprachlich unauffällig entwickelte Kinder (von Suchodeletz 2007, S.170).
In 2018 betreuten in Mecklenburg-Vorpommern in 1.097 Kindertageseinrichtungen 12.493 pädagogische Fachkräfte 67.216 3- bis 6-jährige Kinder. Demnach besuchen 94 Prozent aller 3- bis 6-jährigen Kinder in M-V eine Kindertageseinrichtung (Ländermonitor 2019). Durch diese hohe Inanspruchnahme wird die Durchführung von Präventionsangeboten in Kindertageseinrichtungen in M-V begünstigt.

Das Ziel dieser Arbeit besteht daher zu ermitteln, in welchem Maße sprachliche Entwicklungsauffälligkeiten bei 3- bis 6-jähirgen Kindern in M-V auftreten. Zusätzlich wird analysiert, inwieweit die betroffenen Kinder logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen und in welchem Verhältnis diese Inanspruchnahme zum DESK-Ergebnis steht.

2. Sprache

2.1. Sprachentwicklung

Mit ungefähr ein bis zwei Jahren beginnen Kinder zu sprechen. Bereits dann sind sie in der Lage, einfach strukturierte, grammatikalisch korrekte Sätze zu bilden (Haug-Schnabel et al. 2019, S.27).

Es bestehen viele unterschiedliche Theorien über den Spracherwerb von Kindern, der Schwerpunkt der Betrachtung liegt dabei auf verschiedenen Aspekten. Allerdings gibt es bis heute noch keine Theorie, die den kindlichen Spracherwerb vollständig erklären kann, es wird von einer Verknüpfung von verschiedenen Theorien ausgegangen (Miller et al. 2014, S.248). Nachfolgend werden die vier bedeutsamsten Ansätze beschrieben.

2.1.1. Die behavioristische Spracherwerbstheorie

Die behavioristische Sprachlerntheorie erklärt die Sprachentwicklung mit „Lernen durch Nachahmung“. Es wird hierbei davon ausgegangen, dass alle tierischen und auch menschlichen Verhaltensmuster eine Reaktion auf Außenreize sind. Dies kann durch ein sogenanntes „Reiz-Reaktions-Modell“ erklärt werden. Ein Kind nimmt demnach einen Umweltreiz auf, darauf folgt eine sprachliche Reaktion seitens des Kindes. Diese Reaktion kann nun entweder durch Anerkennung der Eltern bestärkt werden oder durch eine negative Reaktion dazu führen, die Auftretenswahrscheinlichkeit zu verringern. Nach dieser Annahme erfolgt die Bildung von sprachlichen Strukturen lediglich durch die Reaktion der kindlichen Bezugspersonen (Miller et al. 2014, S.246).

2.1.2. Die nativistische Spracherwerbstheorie

Der Nativismus geht davon aus, dass alle Menschen von Geburt an über eine genetisch veranlagte Universalgrammatik (UG) verfügen. Diese Universalgrammatik beinhaltet hochabstraktes universelles Wissen, was Kinder dazu befähigt, sich aus dem Input der zu erwerbenden Umgebungssprache(n) zu

bestimmten Zeitpunkten die nötigen Informationen herauszufiltern, die es zum Aufbau weiterer Regeln benötigt. Ein Kind lernt somit Sprache nicht Satz für Satz, sondern es erlernt die Regeln seiner Muttersprache. Es besteht dabei die Annahme, dass Menschen von Geburt an einen angeborenen Spracherwerbsmechanismus („Language Acquisition Device“ (LAD)) besitzen. Somit kann ein Kind unabhängig von seiner kognitiven Entwicklung Sprache erlernen. Laut dieser Theorie spielt die Umwelt bei der Sprachentwicklung nur eine untergeordnete Rolle (Rohlfing 2019, S.19-20).

Aus heutiger Sicht ist es sicher, dass die Grundlage für den Spracherwerb genetisch veranlagt ist. Allerdings sind Inhalt, Lokalisation und Umfang noch immer umstritten (Miller et al. 2014, S.248).

2.1.3. Die interaktionistische Spracherwerbstheorie

Der Interaktionismus vertritt die Annahme, dass der Spracherwerb durch die gegenseitige Interaktion zwischen Bezugsperson (Mutter bzw. Vater) und dem Kind zu erklären ist. Die Sprache der Erwachsenen ist dabei in der Komplexität auf das kognitive Niveau des Kindes angepasst. Die Bedeutung der genetischen Voraussetzungen zum Spracherwerb wird dabei bewusst abgewertet, vielmehr sollen die sprachlichen Voraussetzungen in den Fokus gerückt werden (Miller et al. 2014, S. 246-247).

2.1.4. Die kognitivistische Spracherwerbstheorie

Der kognitivistische Ansatz vertritt die starke Kognitionshypothese und geht davon aus, dass Sprache ein Teil der Gesamtentwicklung ist. Sprache steht demnach stetig in Auseinandersetzung mit der Welt des Kindes und darf dabei nicht einzeln betrachtet werden.

Es werden dabei vier Phasen unterschieden:

1. Die sensomotorische Phase (bis etwa 1,5 Jahre),
2. Die Phase des Spracherwerbs (1,5 bis 4 Jahre),
3. Die Phase der Wahrnehmungsentwicklung (4 bis 8 Jahre) und

4. Die Entwicklung höherer kognitiver Fähigkeiten (8 bis 12 Jahre).

Eine Förderung muss entsprechend dieser natürlichen Reihenfolge erfolgen, da bestimmte sprachliche Funktionen erst erworben werden können, wenn die kognitiven Voraussetzungen dafür gegeben sind (Miller et al.2014, S.246).

2.2. Sprachentwicklungsverzögerung

Kinder, die von einer Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) betroffen sind, werden häufig auch als späte Sprecher oder „Late Talkers“ bezeichnet. Als „Late Talkers“ werden Kinder definiert, die in einem Alter von zwei Jahren weniger als 50 Wörter beherrschen und keinen Zweiwortsatz bilden können. Nach dieser Definition sind etwa 15 bis 20 Prozent der zweijährigen Kinder in Deutschland betroffen. Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung in der Sprache haben ein erhöhtes Risiko, eine Sprachentwicklungsstörung (SES) auszubilden (Sachse 2016, S.560).

In der Regel hat jedes Kind, das später eine Sprachentwicklungsstörung entwickelt, zunächst einen verzögerten Sprechbeginn. Allerdings bilden nur ein Teil der „Late Talkers“ eine Sprachentwicklungsstörung aus. Etwa 50 Prozent der sogenannten „Aufholer“ oder „Late Bloomers“ holen den anfänglichen Rückstand im Laufe des dritten Lebensjahres wieder auf und sind in ihrer weiteren Sprachentwicklung unauffällig. Eine Sprachverzögerung ist somit nicht gleichbedeutend mit einer Sprachentwicklungsstörung zu sehen (von Suchodoletz 2004, S.158).

2.3. Sprachentwicklungsstörung

Es ist zu beachten, dass eine sichere Differenzierung zwischen „Aufholern“ und umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen frühestens mit drei Jahren möglich ist (von Suchodoletz 2004, S.159).
Gemäß ICD-10 liegt eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache dann vor, wenn die normalen Muster des Spracherwerbs bereits in

frühen Stadien der Entwicklung beeinträchtigt sind. Die Ursachen für die Symptomatik dürfen dabei weder direkten neurologischen Veränderungen noch Störungen des Sprachablaufs noch sensorischen Beeinträchtigungen noch einer Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2018).

Man unterscheidet hierbei die expressive Sprachstörung (F80.1) und die rezeptive Sprachstörung (F80.2). Bei einer expressiven Sprachstörung ist die gesprochene Sprache auf einem Niveau angesiedelt, das dem Intelligenzalter unangemessen ist, das Sprachverständnis ist allerdings normal entwickelt. Es bestehen hierbei Probleme beim Sprachausdruck: die Kinder lernen deutlich später sprechen als andere oder besitzen nur einen geringen Wortschatz. Sie lassen Wörter aus oder ersetzen sie durch falsche Begriffe. Ein weiteres Symptom für eine expressive Sprachstörung ist die falsche Anwendung von grammatikalischen Regeln (z.B. ständiges Vertauschen von Satzteilen) sowie die Schwierigkeit, Inhalte auszudrücken. Bei vielen Kindern besteht außerdem das Problem der Lautbildung.

Bei der rezeptiven Sprachstörung hingegen liegt das Sprachverständnis des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus. Häufig treten auch Störungen der Sprachproduktion auf. Es fällt Kindern demzufolge schwer zu verstehen, was andere ihnen sagen. Das kann z.B. dazu führen, dass sie einfachen Aufforderungen nicht folgen oder unangemessen reagieren. Die expressive Sprache ist hier nahezu durchgängig ebenfalls deutlich beeinträchtigt (Blakemore et al.2006, S.147). Häufigkeitsangaben im Vorschul- und Schulalter liegen zwischen 3 - 7 Prozent für expressive Sprachstörungen und zwischen 3 - 5 Prozent für rezeptive Sprachstörungen. Jungen sind dabei 2- bis 5- mal häufiger betroffen als Mädchen (Blakemore et al. 2006, S.148).

Satzimitation eines sprachentwicklungsgestörten Kindes im Alter von 5;8 Jahren	
Satzvorgabe	Reproduktion
Der Ball rollt den Abhang hinunter. Die Sonne scheint, nachdem es immer geregnet hatte.	Der Ball de Abdemine runter rollt. Die Sonne scheint nach immer regne.
Satzimitation eines sprachunauffälligen Kindes im Alter von 5;8 Jahren	
Satzvorgabe	Reproduktion
Der Ball rollt den Abhang hinunter. Die Sonne scheint, nachdem es immer geregnet hatte.	Der Ball rollt den Abhang hinunter. Die Sonne scheint, dann nach es immer geregnet hatte.

Tabelle 1:Satzreproduktion eines sprachentwicklungsgestörten und sprachunauffälligen Kindes (Grimm 1999, S.114)

Kinder, die von einer Sprachentwicklungsstörung betroffen sind versuchen, komplexe grammatikalische Strukturen zu vermeiden und verwenden nur einfache Sprachmuster. Zum Schuleintritt wird die Spontansprache dabei zunehmend unauffälliger. Bestehende Sprachstörungen fallen im Alltag kaum noch auf und können nur durch gezielte Sprachtests diagnostiziert werden (von Suchodoletz 2004, S.160).

3. Logopädie und Sprachtherapie

3.1. Begriffserläuterungen und Tätigkeitsfelder

Der Begriff „Logopädie“ umfasst die medizinisch-therapeutische Fachdisziplin, die Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und der Hörwahrnehmung und -verarbeitung zum Gegenstand hat (Rausch 2018, S.2-3).
Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen sind in stationären oder teilstationären Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, in Frühförderstellen und Bildungseinrichtungen und zu fast 80 Prozent in ambulanten Einrichtungen sowie in der Lehre und Forschung tätig.

Die Grundlage für die Durchführung von Therapien bilden ärztliche Verordnungen. Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen erfüllen demnach einen Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen, welcher in Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt ist. Die Tätigkeitsfelder umfassen z.B. die Behandlung bei Dysphagien (Saug-, Fütter-, Ess- und Schluckstörungen) sowie bei Sprachentwicklungsstörungen oder bei Dyslalien (Lautfehlbildungen). Zusätzlich sind Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen in weiteren Bereichen tätig, die nicht in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, wie beispielsweise der Prävention (Hilbert et al 2018, S.11).

Logopädinnen stellen die größte Anzahl derer dar, die Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V abrechnen können. Neben Logopädinnen sind aber auch Sprachtherapeutinnen im deutschen Gesundheitswesen tätig. Die Unterschiede zwischen Sprachtherapie und Logopädie liegen hauptsächlich in der historischen Entwicklung. Aus dieser ergibt sich auch eine unterschiedliche Qualifikation. Logopädinnen absolvieren eine 3-jährige Ausbildung, diese ermächtigt sie, die gesetzlich geschützte Bezeichnung „Logopäde/Logopädin“ zu tragen. Die Bezeichnung „Sprachtherapeut/Sprachtherapeutin“ wird oft als Oberbegriff für unterschiedliche

Berufsgruppen verwendet. Sprachtherapeutinnen haben i.d.R. ein Hochschulstudium abgeschlossen. Je nach Spezialisierung können unterschiedliche Schwerpunkte wie z.B. Sprachheilpädagogik oder Klinische Linguistik gesetzt werden. Zusätzlich müssen Sprachtherapeutinnen vor einer kassenärztlichen Zulassung eine gewisse Anzahl an Praxisstunden nachweisen (dbl-ev 2020).

3.2. Situation in Mecklenburg-Vorpommern

Laut Daten der Gesundheitsberichtserstattung (GBE) gab es im Jahr 2018 insgesamt 30.000 Beschäftigte im Bereich der Logopädie und Sprachtherapie in Deutschland. Es ist erkennbar, dass die Anzahl seit 2012 mit 24.000 Beschäftigten bis 2016 auf 29.000 Beschäftigte stetig gestiegen ist. Dieser Wert blieb bis 2017 konstant und stieg dann im Jahr 2018 auf 30.000 Beschäftigte an (vgl. Abbildung 1).

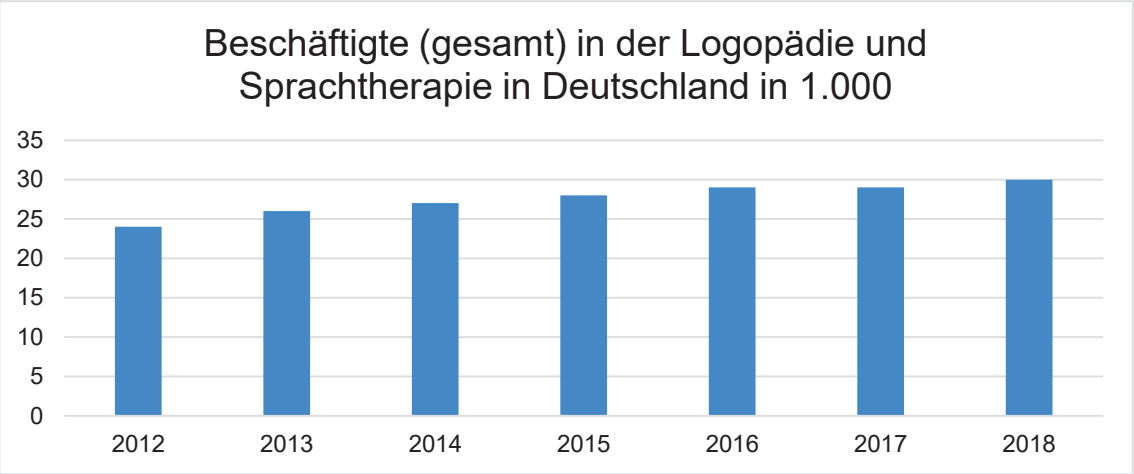

Abbildung 1: Beschäftigte (gesamt) in der Logopädie und Sprachtherapie in Deutschland in 1.000 (eigene Darstellung auf Basis der GBE 2020)

Um Daten zu erhalten, mit denen die Anzahl und Verteilung von Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt werden kann, wurden verschiedene Institutionen kontaktiert. Dazu zählen der „Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V.“ (dbl-ev), der „Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe e.V.“ (VDLS) sowie „Selbständige in der

Logopädie e.V.“ (LOGO Deutschland). Allerdings durfte keine dieser Stellen aus datenschutzrechtlichen Gründen Auskunft erteilen.

Beim „Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V.“ besteht die Möglichkeit, über eine „Logopädensuche“ Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen per Postleitzahlenbereich zu filtern. Es wurden einzelne Städte in Mecklenburg-Vorpommern ausgewählt und eine Suche im Umkreis von 20km durchgeführt. Auf Grundlage dessen wurde eine Übersicht erstellt (vgl. Tabelle 2). Allerdings ist zu beachten, dass eine Auflistung beim „dbl-ev“ nicht zwingend erforderlich ist. Außerdem werden nur ambulant tätige Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen aufgelistet, die stationäre Versorgung wird nicht berücksichtigt. Die Daten können daher nicht als vollständig und repräsentativ betrachtet werden, sondern können nur einen groben Überblick über die Situation in Mecklenburg-Vorpommern geben.

Stadt inkl. Umkreis (20km)	**Anzahl Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen**
Anklam	1
Binz	3
Greifswald	8
Güstrow	6
Jarmen	0
Neubrandenburg	10
Parchim	3
Pasewalk	4
Rostock	32
Schwerin	23
Stralsund	9
Usedom	5
Waren	6
Gesamt:	**110**

Tabelle 2: Anzahl und Verteilung von Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen in Mecklenburg-Vorpommern (eigene Darstellung auf Bais der Daten vom dbl-ev 2020)

4. Projektbeschreibung

4.1. Studiendesign

Das Einzelprojekt „Evaluation der gezielten individuellen Förderung in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern“ (GIF-MV) wird seit 2011 durch das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald wissenschaftlich betreut und durch das Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern finanziert.
Im Jahr 2010 wurde das Kindertagesförderungsgesetz (KiföG M-V) sowie die ergänzende Beobachtungs- und Dokumentationsverordnung (BeDoVO) novelliert. Dieses beinhaltet drei wesentliche Maßnahmen:

1. Die jährliche Durchführung eines standardisierten, reliablen und validen Screeningverfahrens für die Bereiche Fein- und Grobmotorik, Sprache und Kognition sowie für die soziale Entwicklung („Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten DESK 3-6 R“) über einen Zeitraum von mindestens 3 Jahren,
2. die anschließende gezielte individuelle Förderung von Kindern bei Vorhandensein einer Entwicklungsgefährdung sowie
3. die Beteiligung an einer wissenschaftlichen Prozessbegleitung.

Aufgrund dessen stellt das Land Mecklenburg-Vorpommern den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe eine jährliche zusätzliche Zuweisung in Höhe von fünf Millionen Euro zur Verfügung, welche an die Träger von Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen weitergeleitet werden. Der Fokus des Forschungsprojektes liegt dabei auf Kindertageseinrichtungen in sozial benachteiligten Regionen. Als Einschlusskriterium dient dabei ein überdurchschnittlicher Anteil vom Jugendamt übernommener Elternbeiträge. Dafür sind die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe gesetzlich verpflichtet, für ihren Zuständigkeitsbereich den Durchschnitt an übernommenen Elternbeiträgen zu ermitteln. Allerdings wird

durch das im Jahr 2019 novellierte KiföG M-V ab 2022 die Übernahme der Verpflegungskosten Grundlage für die Verteilung der finanziellen Mittel sein (Volkmann 2020, S.8-9; vgl. Regierung M-V 2020 und Franze et al. 2019). Derzeit gibt es in Mecklenburg-Vorpommern 162 DESK-Kitas. Im Jahr 2017 nahmen 8511 Kinder und im Jahr 2018 7738 Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren am „DESK 3-6 R“ teil.

4.2. Instrumente

Als Messinstrument wird das „Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten – Revision (DESK 3-6 R)“ (vgl. Abschnitt 4.3.) eingesetzt. Zusätzlich wird das Kita-Leitungspersonal regelmäßig schriftlich befragt, um kitaspezifische Konzeptionen zur gezielten individuellen Förderung zu erfassen. Während der gesamten Durchführung werden die pädagogischen Fachkräfte in Hinblick auf die Verfahrensanwendung und Klärung von Fragen fachlich von den Projektmitarbeiterinnen betreut. Zusätzlich finden jährlich Treffen zum Erfahrungsaustausch statt, um die Vernetzung der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen untereinander zu fördern (Franze et al. 2019).

4.3. Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten – Revision (DESK 3-6 R)

Das „DESK 3-6 R“, welches 2004 entwickelt wurde, ist ein Screening-Verfahren zur Früherkennung entwicklungsgefährdeter Kinder im Vorschulalter. Es ist dabei speziell für den Einsatz im Kindergarten ausgelegt und wird dort bei 3- bis 6-Jährigen eingesetzt. Mit diesem Instrument testen die pädagogischen Fachkräfte die Kinder selbstständig im Alter von 3, 4 und 5/6 Jahren auf Entwicklungsgefährdungen im Kita-Alltag. Überprüft werden hierbei motorische Basiskompetenzen, mathematische Basiskompetenzen, sprachliche und kommunikative Kompetenzen sowie sozial-emotionale Kompetenzen. Somit können Auffälligkeiten in den verschiedenen Entwicklungsbereichen frühzeitig entdeckt werden (Tröster et al.2016, S.11). Die Anzahl der Entwicklungsbereiche

steigt dabei mit dem Alter der Kinder, dadurch wird eine mit dem Alter zunehmend differenziertere Entwicklungsprognose ermöglicht (vgl. Tabelle 2).

Altersgruppe	Entwicklungsbereiche
3-Jährige	Feinmotorik, Grobmotorik, Kognition und Sprache, Sozialverhalten
4-Jährige	Feinmotorik, Grobmotorik, Kognition, Sprache und Kommunikation, Sozialverhalten
5- und 6-Jährige	Feinmotorik, Grobmotorik, Sprache und Kommunikation, Basiskompetenzen Schriftsprache, Basiskompetenzen Mathematik, Aufmerksamkeit und Konzentration, Soziale Kompetenz, Soziale Interaktion

Tabelle 3: Aufbau des DESK 3-6 R (Tröster et al. 2016, S.57)

Die DESK-Bögen (vgl. Anhang 1) umfassen einen Merkmalsbogen, einen Aufgabenbogen, sowie einen Auswertungsbogen.
Der Aufgabenbogen beinhaltet sowohl Beobachtungs- als auch Durchführungsaufgaben. Mit Hilfe der Beobachtungsaufgaben wird überprüft, ob das Kind eine bestimmte Fähigkeit beherrscht oder ein bestimmtes Verhalten zeigt. Mit den Durchführungsaufgaben werden Kompetenzen und Fähigkeiten geprüft, die nicht zu beobachten sind. Es erfolgt hierbei eine Unterteilung in Einzel- und in Gruppenaufgaben. Die Einzelaufgaben ermöglichen es, Kompetenzen zu überprüfen, die aus dem spontanen Verhalten des Kindes im Alltag nicht zuverlässig erschließbar sind. Hier ist es die Aufgabe der pädagogischen Fachkraft, eine spezifische Anforderungssituation schaffen, um bestimmte Kompetenzen des Kindes überprüfen zu können. Um eine „Testsituation“ zu vermeiden, werden die Gruppenaufgaben in Form eines Rollenspiels („Zirkusspiel“) realisiert. Je nach Altersgruppe sind dabei eine oder mehrere Aufgaben in eine Spielszene integriert (Tröster et al.2016, S.10).

Das Ziel des „DESK 3-6 R“ besteht nicht darin, den Entwicklungsstand eines Kindes zu ermitteln. Der Screening-Befund liefert daher keine Information über

den exakten Entwicklungsstand eines Kindes, z.B. ob eventuell eine Hochbegabung vorliegen könnte. Es soll vielmehr erste Anhaltspunkte auf eine Entwicklungsgefährdung frühzeitig anzeigen, um auffällige Kinder zu ermitteln und sie durch einen Fachdienst untersuchen zu lassen (vgl. Abbildung 1; Tröster et al. 2016, S.9).

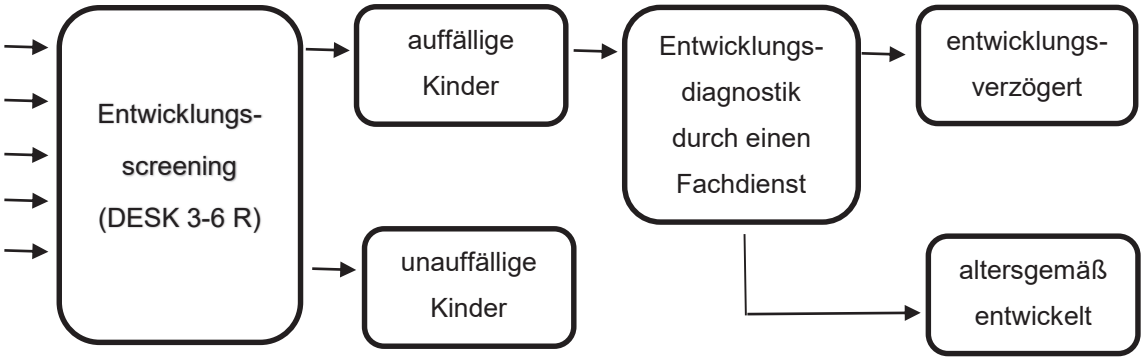

Abbildung 2: Ablauf eines Entwicklungsscreenings (eigene Darstellung in Anlehnung an Tröster et al. 2016, S.9)

4.3.1. Erfassung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen

Ein Teil der Entwicklungsaufgaben zur Einschätzung der sprachlichen und kommunikativen Kompetenzen werden aus dem alltäglichen Verhalten des Kindes aufgrund des spontanen Sprachverhaltens eingeschätzt. Entwicklungsaufgaben, die im Alltag allerdings meist nur schwer zu beobachten sind (z.B. Steigerung von Adjektiven), werden mit Hilfe von Einzelaufgaben überprüft (Tröster et al. 2016, S.15).

Die sprachlichen und kommunikativen Kompetenzen der Kinder werden je nach Altersstufe mit Hilfe unterschiedlicher Skalen erfasst. Für 3-Jährige wird die Skala „Kognition und Sprache“ verwendet, da in dieser Altersstufe sprachliche und kognitive Kompetenzen im Alltagsverhalten nur schwer voneinander zu unterscheiden sind. In vielen kindlichen Äußerungen kommen sowohl sprachliche als auch kognitive Kompetenzen zum Ausdruck. Sowohl bei 4-Jährigen als auch bei 5- und 6-Jährigen kommt die Skala „Sprache und Kommunikation“ zum Einsatz. Die Skala „Basiskompetenzen Schriftsprache“ ist

nur für 5- und 6-jährige Kinder vorgesehen. Hier sollen schulische Lernvoraussetzungen für den Schriftspracherwerb vor Schuleintritt überprüft werden (Tröster et al.2016, S.17).

Die pädagogischen Fachkräfte können bei der Bewertung der Aufgaben zwischen den Antwortkategorien „ja, das Kind bewältigt diese Aufgabe“, „unsicher/unvollständig“ und „nein“ auswählen. Für die Auswertung werden die mit „ja“ angekreuzten Felder des Entwicklungsbereiches als Screening-Punkte zusammengezählt. Anhand einer Normtabelle werden anschließend die Screening-Punkte in sogenannte „Stanine-Werte“ umgewandelt. Der „Stanine-Wert“ kann dabei zwischen 1 und 9 liegen (Tröster et al. 2016, S. 65).

Stanine-Wert	**Screening-Punkte Feinmotorik**	**Screening-Punkte Grobmotorik**	**Screening-Punkte Kognition und Sprache**	**Screening-Punkte Sozialverhalten**
1	0-1	0-1	0-2	0-1
2	2	2-3	3-4	2-3
3	3	4	5-6	4
4	4	5	7-8	5
5	5	6-7	9-10	6
6-7	6-8	8	11	7-8
8-9	9	9	12	9

Tabelle 4:Normtabelle zur Berechnung der Stanine-Werte bei Kindern im Alter von 3,0-3,5 Jahren (Tröster et al. 2016, S.65)

Bei einem Stanine-Wert von eins handelt es sich um ein „auffälliges“ Screening-Ergebnis, bei einem Stanine-Wert von zwei ist das Screening-Ergebnis „fraglich“ und bei einem Stanine-Wert von drei oder höher ist das Screening-Ergebnis „unauffällig“. Bei einem unauffälligen Befund ist das Kind altersgemäß entwickelt. Bei einem Stanine-Wert von zwei sind die Anzeichen für eine Entwicklungsgefährdung nicht eindeutig. Hier ist eine weitere Beobachtung und spätere Wiederholung des „DESK 3-6 R“ sinnvoll. Bei einem auffälligen Befund sollte der Verdacht einer Entwicklungsgefährdung durch einen Kinderarzt/ eine Kinderärztin abgeklärt werden (Tröster et al. 2016, S.62).

4.4. Datenanalyse

Die Auswertung erfolgte durch das Einscannen der DESK-Bögen mit dem Programm „TeleForm“. Mit Hilfe dieses Programms werden die Daten automatisch digitalisiert, anschließend wird eine Plausibilitätsprüfung der erhobenen Daten durchgeführt.
Die weitere Datenanalyse erfolgte anschließend mit den Programmen SPSS und PSSP.

5. Ergebnisse

5.1. Stichprobenbeschreibung

Der analysierte Datensatz enthält sowohl DESK-Daten aus 2017 als auch aus 2018. Somit können sowohl quer- als auch längstschnittliche Analysen durchgeführt werden.

Die Frage nach dem Geschlecht der Kinder ist nicht nur in Bezug auf die Teilnahme, sondern auch für den gesamten Verlauf des Projektes von Relevanz. Demnach weisen laut Blakemore et al. Jungen 2- bis 5-mal häufiger medizinisch relevante Störungen der Sprache auf als Mädchen (Blakemore et al. 2006, S.148).

Die prozentuale Verteilung der am „DESK 3-6 R“ teilnehmenden Kinder nach dem Geschlecht ergab, dass 2017 49,3% (n=4195) Mädchen und 50,7% (n=4314) Jungen waren. Bei 0,2% (n=2) der Fragebögen lag keine Angabe zum Geschlecht vor. 2018 waren 48,8% (n=3778) der Kinder Mädchen und 51,2% (n=3960) Jungen (vgl. Abbildung 3).

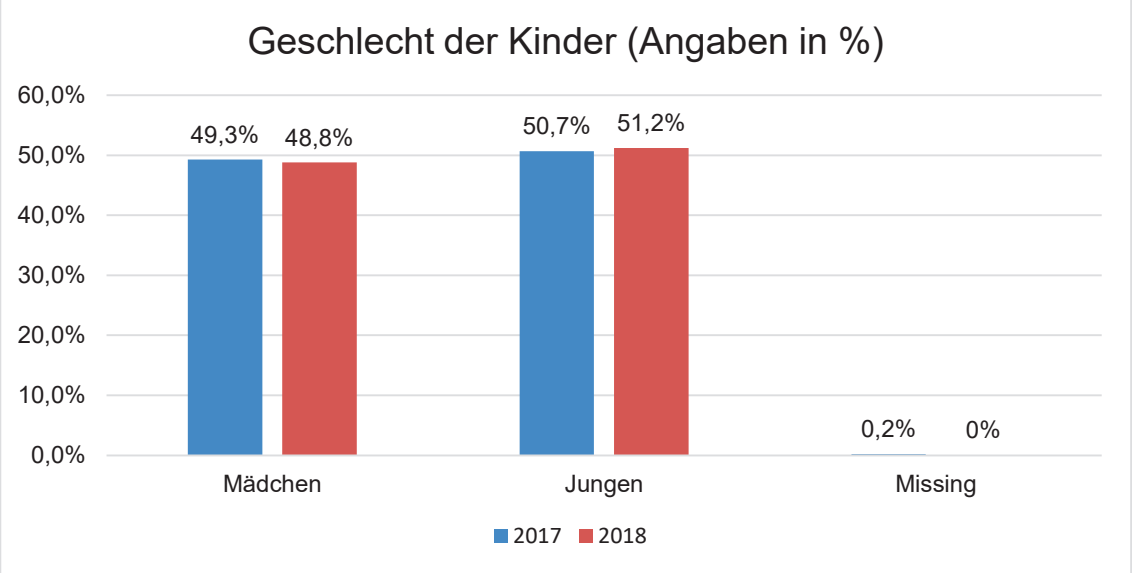

Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach dem Geschlecht (2017 und 2018)

Die kindliche Entwicklung im Alter von 3 bis 6 Jahren kann sehr unterschiedlich verlaufen. Somit ist ein direkter Vergleich von Kompetenzen und Fähigkeiten z.B.

zwischen 3- und 4-jährigen Kindern nicht durchführbar. Daher werden drei verschiedene DESK-Bögen für die entsprechenden Altersgruppen verwendet.
In der Altersgruppe der 3-Jährigen haben 2017 24,3% (n=2071), in der Altersstufe der 4-Jähirgen 28 % (n=2383) und in der Altersstufe der 5-und 6-Jährigen 47,3 % (n=4027) am Screening teilgenommen. Bei 0,35% (n=30) der Kinder konnte keine Zuordnung erfolgen. Im Jahr 2018 nahmen 24,7% (n=1910) 3-Jährige, 29,5% (n=2279) 4-Jährige und 45,4% (n=3516) 5- und 6-Jährige am DESK 3-6 R teil. Bei 0,4% (n=33) der Kinder konnte keine Zuordnung erfolgen (vgl. Abbildung 4).

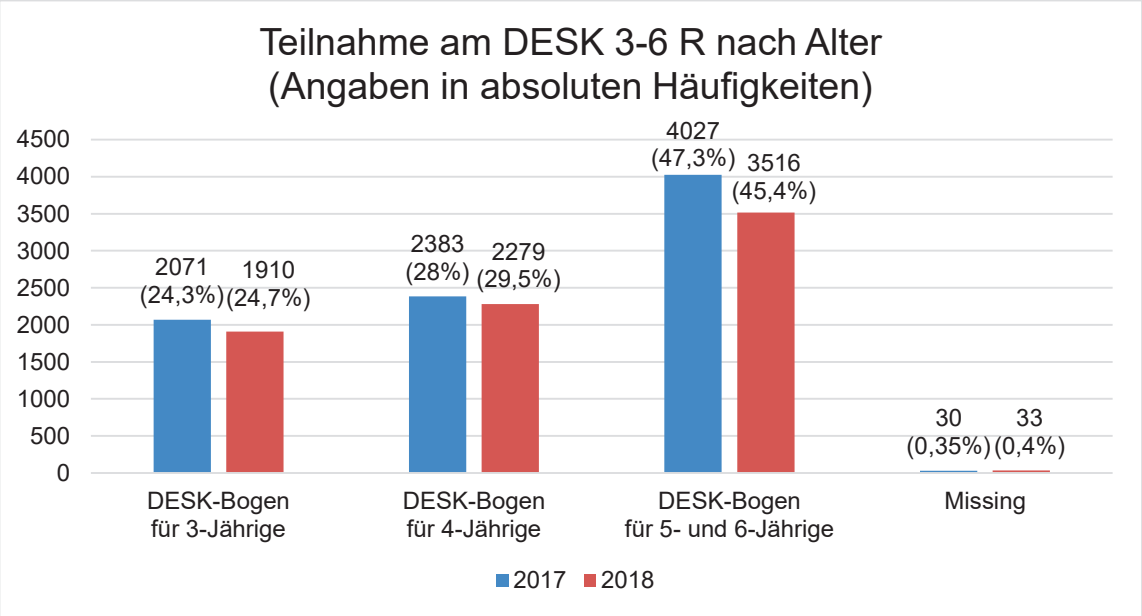

Abbildung 4: Anzahl der Kinder im Alter von 3, 4, 5 und 6 Jahren die am DESK 3-6 R teilgenommen haben (2017 und 2018)

In Bezug auf Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung sind Fragen nach der Nationalität und der Muttersprache des Kindes von besonders großer Bedeutung. Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund in Kindertageseinrichtungen ist in M-V, verglichen mit anderen Bundesländern, gering. Im Jahr 2017 kamen in M-V von den Nichtschulkindern ab 3 Jahren in den Kindertageseinrichtungen durchschnittlich 15,8 % aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft ist (Bock-Famulla et al. 2019, S.1).

Die Anzahl der Kinder im Projekt „GIF M-V“, die anderer, zum Beispiel vietnamesischer, syrischer oder russischer Herkunft waren lag 2017 bei 7,4% (n=632, vgl. Abbildung 5) und 2018 bei 8,8% (n=682; vgl. Abbildung 6).

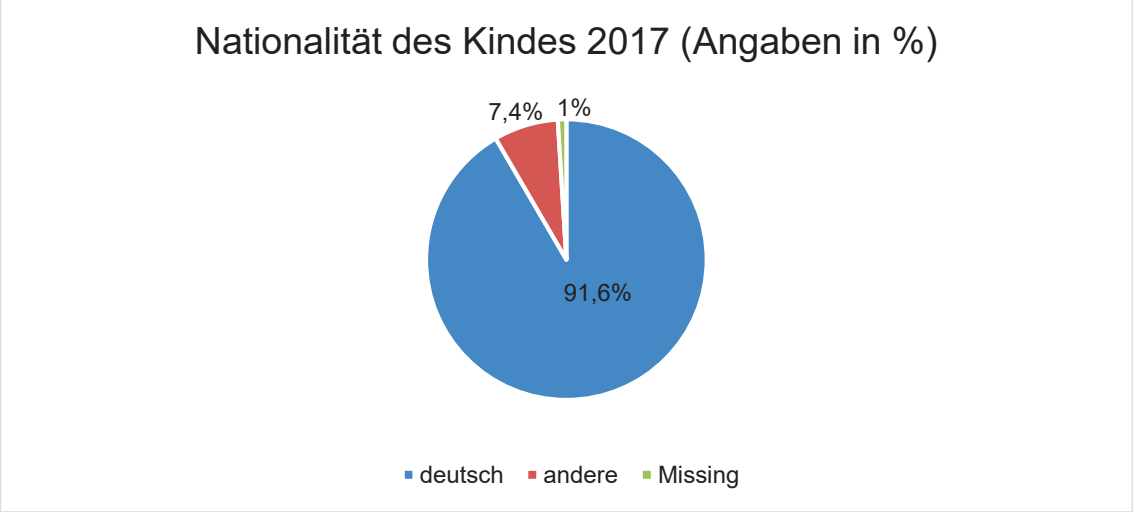

Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach deutscher und anderer Nationalität (2017)

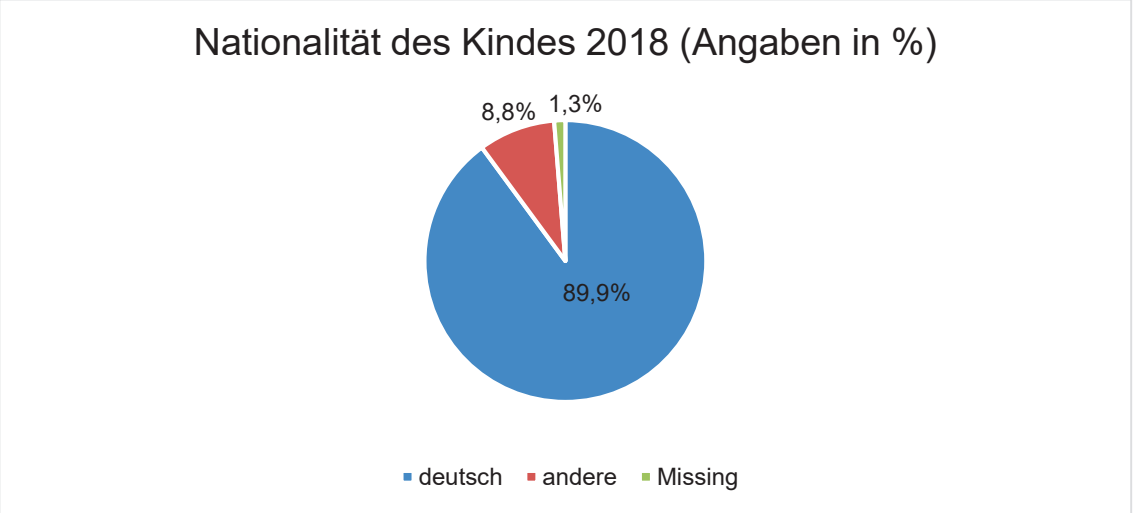

Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach deutscher und anderer Nationalität (2018)

Bei zweisprachig aufwachsenden Kindern kann die Sprachentwicklung nicht zuverlässig beurteilt werden. Hat das Kind eine andere Muttersprache als Deutsch, dann werden die Aufgaben im „DESK 3-6 R“ für den Entwicklungsbereich Sprache nicht mit in den Screening-Befund einbezogen (Tröster et al. 2016, S.9).

2017 wurde bei 90,6% (n=7708) der Kinder als Muttersprache Deutsch angegeben, bei 8,1% (n=692) nicht Deutsch, sondern zum Beispiel türkisch, russisch oder vietnamesisch. Bei 1,3% (n=111) wurden keine Angaben gemacht. 2018 wurde bei 87,9% (n=6805) der Kinder Deutsch als Muttersprache angegeben, 10,1% (n=783) hatten eine andere Muttersprache als Deutsch und bei 1,9% (n=150) wurde keine Angabe zur Muttersprache gemacht (vgl. Abbildung 7).

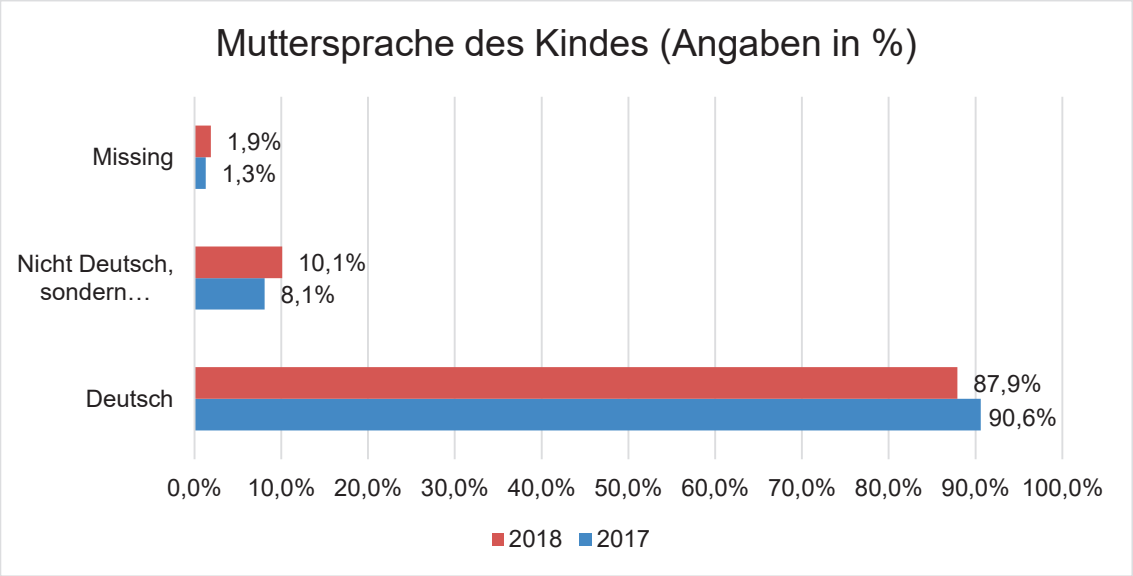

Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder nach deutscher und nicht deutscher Muttersprache (2017 und 2018)

Zusätzlich werden Kinder, die eine besondere Förderung, wie z.B. eine Frühförderung, Ergotherapie oder Sprachtherapie erhalten, im „DESK 3-6 R“ erfasst. Abbildung 8 stellt dar, dass 2017 18,7% (n=1588) der Kinder eine Förderung erhielten. 73% (n=6214) aller Kinder erhielten keine Förderung und bei 6,1% (n=516) der Kinder ist nicht bekannt, ob sie eine Förderung erhalten haben. Bei 2,3% (n=193) wurden keine Angaben gemacht.
2018 erhielten 17,5% (n=1358) der 3-bis 6-Jährigen eine besondere Förderung, 75,3% (n=5826) hingegen nicht. Bei 4,6% (n=356) der Kinder ist es nicht bekannt und bei 2,6% (n=198) wurden keine Angaben übermittelt.

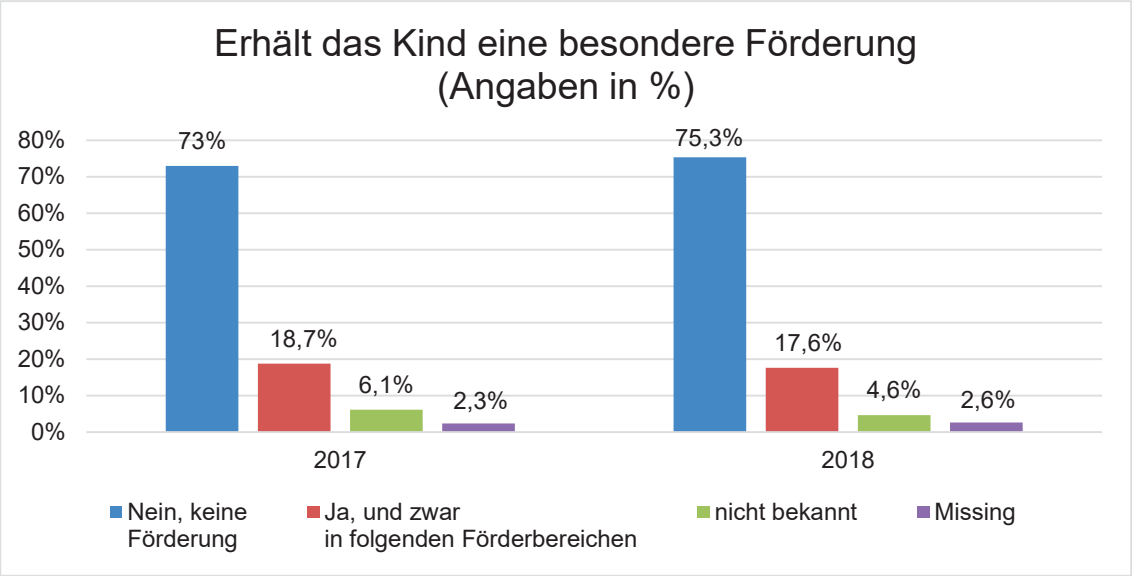

Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der teilnehmenden Kinder, die eine besondere Förderung erhalten (2017 und 2018)

5.2. Ergebnisse zur Inanspruchnahme logopädischer oder sprachtherapeutischer Leistungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse des „DESK 3-6 R“ zur Inanspruchnahme von logopädischer oder sprachtherapeutischer Leistungen vorgestellt. Für die weitere Berechnung der Screening-Ergebnisse wurden Kinder, mit nicht deutscher Muttersprache und Kinder, mit einer amtlich anerkannten Behinderung, nicht erfasst.

Die Anzahl der 3- bis 6-Jährigen, die 2017 Logopädie oder Sprachtherapie erhalten haben liegt bei n=918, dies entspricht 10,8% aller am „DESK 3-6 R“ teilnehmenden Kinder. Demnach nahmen 13,2% (n=571) aller Jungen und 8,2% (n=347) aller Mädchen logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch. Betrachtet man nur den Erhalt einer besonderen Förderung (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie), dann erhielten mit 57,8% die meisten Kinder logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen.
2018 erhielten 9,8% (n=758) der 3-bis 6-Jährigen eine besondere Förderung im Bereich Sprache. Demnach nahmen 2018 11,9% (n=471) der Jungen und 7,6% (n=287) der Mädchen aller 3-bis 6-Jährigen logopädische oder

sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch. Wie bereits 2017 nahm auch 2018 die Sprachförderung mit 55,8% erneut den vordersten Platz beim Erhalt einer besonderen Förderung ein (vgl. Abbildung 9).

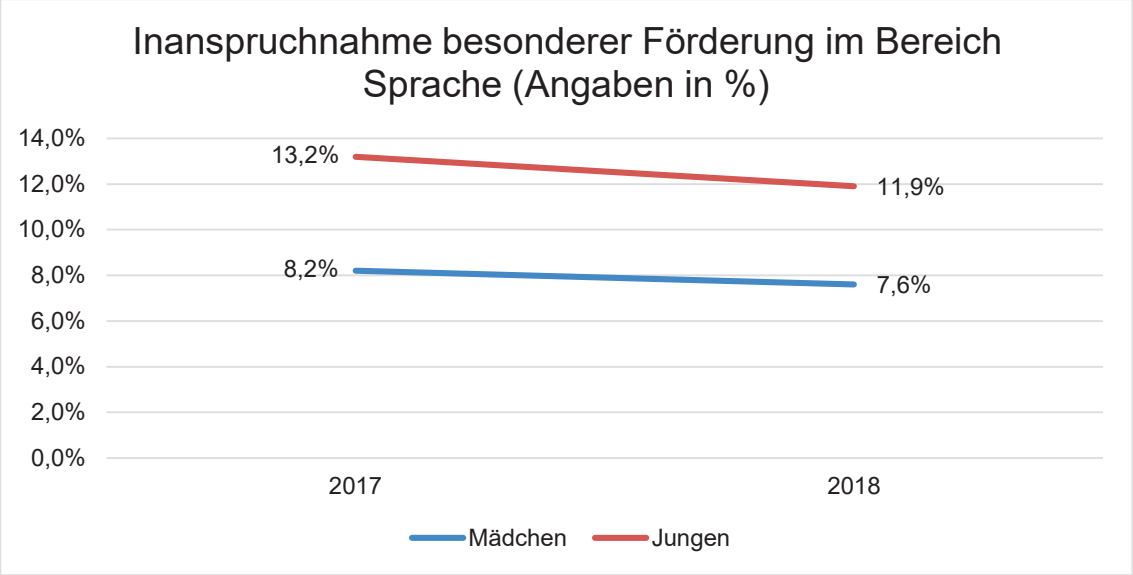

Abbildung 9: Prozentualer Erhalt besonderer Förderung im Bereich Sprache (Vergleich Mädchen und Jungen; 2017 und 2018)

Es wird deutlich, dass Jungen häufiger logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, als Mädchen. Die Inanspruchnahme ist von 2017 zu 2018 sowohl bei den Jungen, als auch bei den Mädchen zurückgegangen. Bei den Jungen ist mit 1,3% allerdings eine stärkere Abnahme zu verzeichnen, als bei den Mädchen mit 0,6%.

5.3. Verhältnis der Inanspruchnahme in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem Verhältnis der Inanspruchnahme logopädischer oder sprachtherapeutischer Leistungen in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis. Für die Berechnungen wurde für die 3-Jährigen die Skala „Kognition und Sprache“ (KSP) und für die 4-, 5- und 6-Jährigen die Skala „Sprache und Kommunikation“ (SPK) herangezogen.

Nach Auswertung des „DESK 3-6 R“ für den Entwicklungsbereich Sprache hatten 2017 7% (n=592) der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren ein auffälliges Ergebnis mit einem Stanine-Wert von eins. 2018 waren es 7,1% (n=550) der Kinder. Hier liegt ein begründeter Verdacht auf eine Entwicklungsgefährdung vor. Ein fraglicher Screening-Befund wurde 2017 bei 8,3% (n=703) der Kinder und 2018 bei 8,5% (n=657) der Kinder mit einem Stanine-Wert von zwei festgestellt. Die Ergebnisse liegen unter dem Durschnitt der Altersstufe, allerdings sind die Anzeichen für eine Entwicklungsgefährdung nicht eindeutig. Ob diese Kinder eine sprachliche Entwicklungsverzögerung aufweisen, wird die Abklärung durch den Kinderarzt/ die Kinderärztin zeigen. Die Kinder mit einem Stanine-Wert zwischen drei und neun sind altersgemäß entwickelt. Hier bestehen keine Anzeichen auf eine Entwicklungsgefährdung (vgl. Abbildung 10).

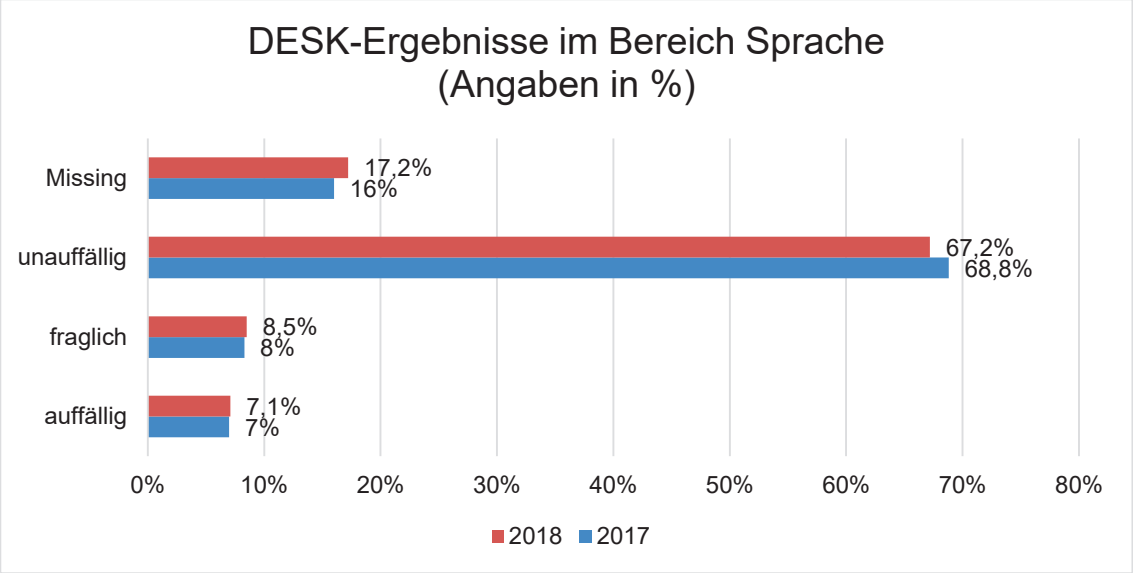

Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der DESK-Ergebnisse im Bereich Sprache (2017 und 2018)

Für die Analyse wurden Stanine-Werte genutzt, die von den Projektmitarbeiterinnen errechnet wurden. Die pädagogischen Fachkräfte werden zwar hinsichtlich der Durchführung des „DESK 3-6 R“ geschult, allerdings weisen die von ihnen errechneten Werte trotzdem häufig Fehler auf.

2017 nahmen 61,7% (n=365) der Kinder mit einem auffälligen und 50,9% (n=358) mit einem fraglichen DESK-Ergebnis logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch. Demgegenüber nahmen 38,3% (n=227) mit einem auffälligen und 49,1% (n=345) mit einem fraglichen DESK-Ergebnis keine besondere Förderung im Bereich Sprache in Anspruch. 96,7% (n=5657) der Kinder mit einem unauffälligen Stanine-Wert nahmen keine logopädischen oder sprachtherapeutischen Leistungen in Anspruch, 3,3% (n=195) hingegen schon (vgl. Abbildung 11).

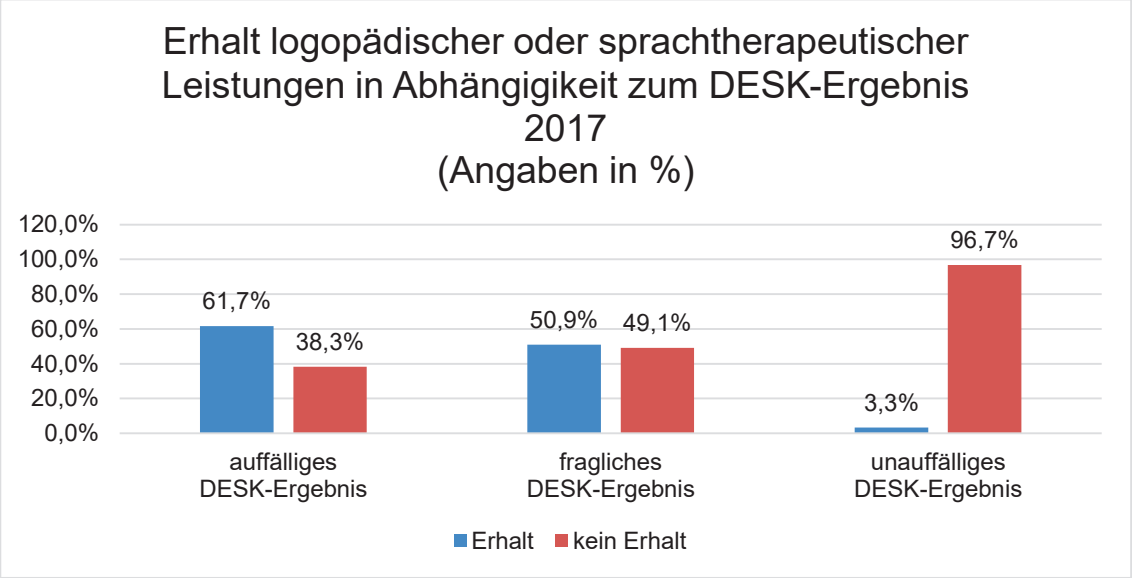

Abbildung 11: Erhalt logopädischer oder sprachtherapeutischer Leistungen in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis (2017)

2018 nahmen 56,4% (n=310) der 3- bis 6-Jährigen mit einem auffälligen und 41,2% (n=271) mit einem fraglichen DESK-Ergebnis logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch. 43,6% (n=240) der Kinder mit einem auffälligen und 58,8% (n=386) mit einem fraglichen DESK-Ergebnis bekamen hingegen keine besondere Förderung im Bereich Sprache. 96,6% (n=5024) der Kinder mit einem unauffälligen Stanine-Wert im Bereich Sprache erhielten keine Förderung. Allerdings nahmen 3,4% (n=177) der Kinder logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch, obwohl sie ein unauffälliges Ergebnis aufwiesen (vgl. Abbildung 12).

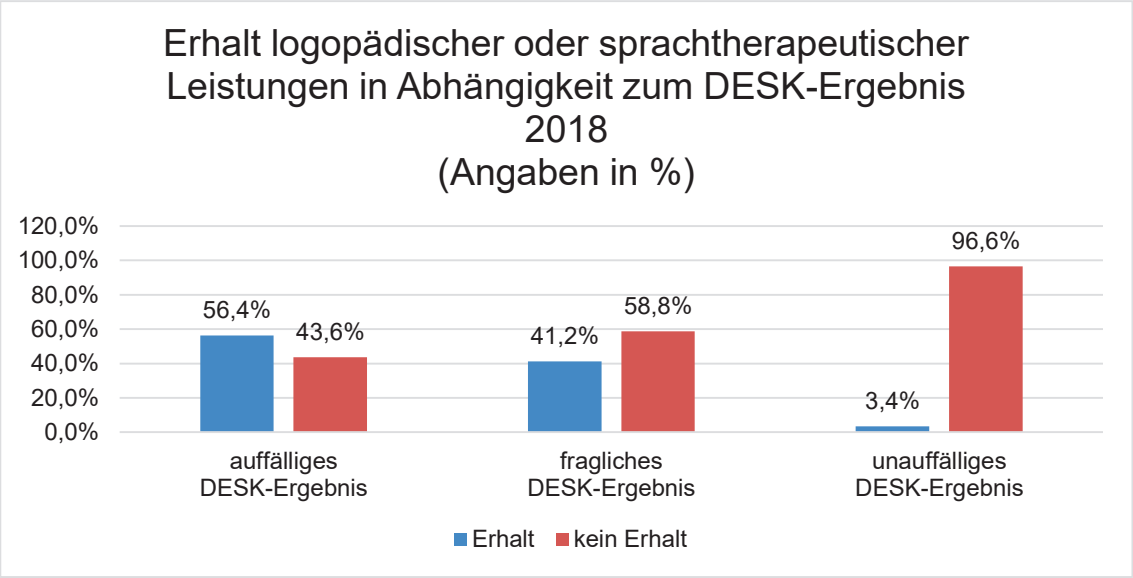

Abbildung 12: Erhalt logopädischer oder sprachtherapeutischer Leistungen in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis (2018)

Bei diesen Ergebnissen stellt sich die Frage nach einer effizienten Ressourcenallokation. Demnach erhalten sowohl 2017 als auch 2018 Kinder logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen, die kein auffälliges DESK-Ergebnis aufweisen. Diese Ressourcen könnten dafür genutzt werden, Kinder mit einem auffälligen DESK-Ergebnis zu fördern, denn ein Großteil der Kinder mit einem auffälligen DESK-Ergebnis erhält keine Förderung im Bereich Sprache, obwohl hier Handlungsbedarf besteht. Ob Kinder, die ein fragliches Ergebnis im Bereich Sprache aufweisen, auch logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen benötigen, lässt sich nicht beantworten. Hier ist eine Beobachtung der Kinder durch die pädagogischen Fachkräfte und eine spätere Wiederholung des „DESK 3-6 R“ notwendig.
Zusätzlich anzumerken ist, dass sich die Anzahl der Kinder, die ein auffälliges oder fragliches Ergebnis aufweisen und keine Förderung erhalten, von 2017 zu 2018 gestiegen ist.

Betrachtet man die Angaben zu den in M-V ambulant ansässigen Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen (vgl. Abschnitt 3.2.) dann wird deutlich, dass eine der 110 Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen 2017 im Durchschnitt 8,3 Kinder und 2018 6,9 Kinder im Alter von 3- bis 6-Jahren betreut. Noch nicht mit

eingerechnet sind hierbei Kinder anderer Altersstufen, Kinder mit Behinderungen, Kinder mit nicht deutscher Muttersprache, Erwachsene sowie Kinder, die nicht am „DESK 3-6 R“ teilnehmen. Zusätzlich ist noch zu beachten, dass sich die Angaben des „dbl-ev“ auf das Jahr 2020 beziehen, die Anbieteranzahl kann 2017 bzw. 2018 unterschiedlich ausgefallen sein. Allerdings kann, wie bereits zuvor beschrieben, die Anbieteranzahl nicht als vollständig angesehen werden.

6. Diskussion

Durch die Datenanalyse konnte ermittelt werden, dass die Ressourcen im Bereich der Logopädie und Sprachtherapie in M-V nicht ausreichend effizient genutzt werden. Um dies zu verbessern, sollten die Eltern im Rahmen der Auswertung der DESK-Ergebnisse von den pädagogischen Fachkräften im Elterngespräch stärker sensibilisiert werden, die Kinder nur dann in logopädische oder sprachtherapeutische Behandlung zu schicken, wenn laut den DESK-Ergebnissen eine Notwendigkeit besteht. Zusätzlich könnte den Eltern, dessen Kind ein auffälliges DESK-Ergebnis im Bereich Sprache aufweist nahegebracht werden, einen Fachdienst aufzusuchen und ggf. Logopädie oder Sprachtherapie in Anspruch zu nehmen, um so Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig entgegenwirken zu können. So könnten die vorhandenen, begrenzten Ressourcen optimaler genutzt werden.

Allerdings können aufgrund fehlender vollständiger Daten zur Anzahl von Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen in M-V (vgl. Abschnitt 3.2.) die Auswertungen dieser Bachelorarbeit nicht als vollständig und repräsentativ angesehen werden, sondern nur einen allgemeinen Überblick über die Situation in M-V geben.

Ein weiterer Punkt ist, dass die sprachliche Entwicklung von Kindern sehr unterschiedlich verlaufen kann. Besonders bei jüngeren Kindern ist eine eindeutige Unterscheidung zwischen einer auffälligen Entwicklung, die aber noch einer normalen Entwicklung entspricht, oder einer Entwicklungsverzögerung nicht eindeutig möglich (vgl. Abschnitt 2.). Welchen Einfluss äußere Faktoren (z.B. die Lebensweise) und innere Faktoren (z.B. „Late Bloomers“) auf die sprachliche Entwicklung von 3-bis 6-Jährigen haben, konnte im zeitlich begrenzten Rahmen einer Bachelorarbeit nicht analysiert werden.

Ob die Kinder mit einem auffälligen oder fraglichen Befund letztendlich eine Entwicklungsverzögerung bei den Schuleingangsuntersuchungen aufweisen, kann mit dieser Arbeit ebenfalls nicht beantwortet werden. Allerdings werden die DESK-Ergebnisse im Projekt „GIF-MV“ mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen verglichen, um festzustellen, inwieweit die aus

dem „DESK 3-6 R“ resultierenden Maßnahmen für Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren in den teilnehmenden Kindertagesstätten die Kompetenzen in den einzelnen Bereichen steigern können.

7. Fazit

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde am Beispiel des Projektes „GIF-MV“ die Inanspruchnahme von logopädischen oder sprachtherapeutischen Leistungen durch 3- bis 6-jährige Kinder in Kindertageseinrichtungen in M-V analysiert. Die Anzahl der Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen in M-V wurde mit Hilfe der „Logopädensuche“ auf der Internetseite des „dbl-ev“ ermittelt. Die Kompetenzen der Kinder im Bereich Sprache wurden mit dem „DESK 3-6 R“ analysiert.

Wie in Abschnitt 1. beschrieben, ergaben die Schuleingangsuntersuchungen im Schuljahr 2016/2017, dass bei 22,1% der Kinder sprachliche Entwicklungsverzögerungen bestehen. Daher bestand das Ziel dieser Arbeit zu analysieren, wie viele der 3-bis 6-jährigen Kinder in M-V logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen und wie sich die Inanspruchnahme in Abhängigkeit zum DESK-Ergebnis verhält.
Die erhobenen Daten zeigen, dass die größte Anzahl der Kinder, die eine besondere Förderung erhalten, Logopädie oder Sprachtherapie in Anspruch nehmen. Zusätzlich wird deutlich, dass ein erheblicher Anteil der Kinder mit einem auffälligen (2017: 38,3% und 2018: 43,6%) DESK-Ergebnis keine besondere Förderung im Bereich Sprache erhalten. Kinder, die ein unauffälliges (2017:3,3% und 2018: 3,4%) DESK-Ergebnis aufweisen, erhalten hingegen logopädische oder sprachtherapeutische Leistungen, obwohl hier laut „DESK 3-6 R“ kein Handlungsbedarf besteht.
Es konnte somit nachgewiesen werden, dass keine ausreichend effiziente Ressourcenallokation vorliegt. Die Eltern sollten demnach im Rahmen der DESK-Auswertung stärker für das Thema sensibilisiert werden, um frühzeitig eventuellen sprachlichen Entwicklungsstörungen entgegenzuwirken und die begrenzten, vorhandenen Ressourcen optimaler zu nutzen. Wie in Abschnitt 5.3. erläutert können die ermittelten Daten nicht als repräsentativ erachtet werden, da zum einen keine amtliche Statistik über die Anzahl an Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen in M-V zur Verfügung gestellt werden konnte und zum anderen das „DESK 3-6 R“ nicht bei allen Kindern in M-V durchgeführt wird.

Das „DESK 3-6 R“ ermöglicht allerdings den pädagogischen Fachkräften, Auffälligkeiten im Kita-Alltag frühzeitig festzustellen. Somit können gezielte Fördermaßnahmen abgeleitet werden, die die weitere Entwicklung der Kinder positiv beeinflussen können.

8. Literaturverzeichnis

Blakemore, S.-J.; Frith, U. (2006): Wie wir lernen: Was die Hirnforschung darüber weiß. München: Deutsche Verlags-Anstalt.

Bock-Famulla, K.; Münchow, A.; Frings, J.; Kempf, F.; Schütz, J: Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2019. Transparenz schaffen – Governance stärken. Online unter URL: https://www.laendermonitor.de/de/report-profile-der-bundeslaender/bundeslaender/mecklenburg-vorpommern [Letzter Aufruf: 14.06.2020, 16:37]

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2020): Logopädie oder Sprachtherapie? Online unter URL: https://www.dbl-ev.de/logopaedie/foerderung-der-sprachentwicklung/sprachfoerderung-oder-sprachtherapie/ [Letzter Aufruf: 24.04.2020, 15:30]

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2020): Logopädensuche. Online unter URL: https://www.dbl-ev.de/service/logopaedensuche/ [Letzter Aufruf: 28.05.2020, 13:08]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018): Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Entwicklungsstörungen (F80-F89). Online unter URL: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f80-f89.htm [Letzter Aufruf: 24.04.2020, 10:11]

Franze, M.; Biermann, J.; Hoffmann, W. (2019): Prävalenz von motorischen, sprachlich-kognitiven und sozialen Entwicklungsgefährdungen bei 3-6-Jährigen aus Kindertageseinrichtungen (Kitas) in Mecklenburg-Vorpommern. 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie; 2019 Sep 13; Ulm. Online unter URL: https://2019.dgepi.de/wpcontent/uploads/2019/09/Abstractbook_DGepi2019_PK_11092019_K4.pdf [Letzter Aufruf: 10.05.2020, 14:49]

Franze, M.; Biermann, J.; Hoffmann, W. (2019): 9. Sachbericht zu dem Projekt „Evaluation der gezielten individuellen Förderung in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern (GIF M-V)“. Universitätsmedizin Greifswald.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheitspersonal (vorläufig) in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Beschäftigungsart, Beruf. Online unter URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_512/1/xs_setsaeule/1/_XWD_538#SVG [Letzter Aufruf: 28.05.2020, 11:49]

Grimm. H. (1999): Störungen der Sprachentwicklung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Haug-Schnabel, G.; Bensel,J. (2019): Vom Säugling zum Schulkind – Entwicklungspsychologische Grundlagen: kindergarten heute wissen kompakt. Freiburg: Herder Verlag.

Hilbert, J.; Paulus, W.; Scherfer, E.; Remmert, D.; Schneider, S. (2018): Logopädische Therapie und Selbstständigkeit. Gutachten zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbstständigen in der Logopädie. Recklinghausen: Interessengemeinschaft selbstständiger Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen e.V.

Ländermonitor (2019): Frühkindliche Bildungssysteme. Key Facts Mecklenburg-Vorpommern. Online unter URL: https://www.laendermonitor.de/fileadmin/files/laendermonitor/keyfacts_2019/keyfacts_2019_mv.pdf [Letzter Aufruf: 28.05.2020, 17:38]

Miller, S.; Jungheim, M.; Ptok, M. (2014): Erstspracherwerbsforschung und Spracherwerbstheorien. Heidelberg: Springer Verlag Berlin.

Rausch, M. (2018): Zum Wissenschaftsverständnis in Logopädie und Sprachtherapie. In: Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Hrsg. Haring, R.; Siegmüller, J. Berlin: Springer Verlag.

Regierung M-V (2020): Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung. Individuelle Förderung. Online unter URL: https://www.regierungmv.de/Landesregierung/sm/Familie/Kindertagesf%C3%B6rderung/Die-gezielteindividuelle-F%C3%B6rderung/ [Letzter Aufruf: 11.05.2020, 11:37]

Rohlfing, K. (2019): Frühe Sprachentwicklung. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag Tübingen.

Sachse, S. (2016): Frühe Sprachentwicklung und ihre Auffälligkeiten. Wichtiges für den Kinderarzt. Heidelberg: Springer Verlag Berlin.

Tröster, H.; Flender, J.; Reineke, D.; Wolf, S. (2016): Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten-Revision. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Tröster, H.; Flender, J.; Reineke, D.; Wolf, S. (2016): Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten-Revision. Durchführungs- und Auswertungsanleitung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Volkmann, Danila (2020): Praktikum am Institut für Community Medicine Greifswald – Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health. Praxisbericht.

von Suchodeletz, W. (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsverzögerung? Göttingen: Hogrefe Verlag.

von Suchodeletz, W. (2007): Prävention von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Von Suchodeletz, W. (2010): Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich? Göttingen: Hogrefe Verlag.

Aufgabenheft für 3-jährige Kinder

Fragebogen-ID: ☐☐☐☐☐☐

EHW: ☐☐

KITA-ID: ☐☐☐

DESK 3-6 R

Angaben zum Kind

Name des Kindes	_____ Name _____ Vorname _____ Geburtsname *(falls abweichend von den Angaben oben)*
Geschlecht des Kindes	○ weiblich ○ männlich
Geburtsdatum des Kindes	__ __ . __ __ . __ __ __ __ Tag Monat Jahr
Alter des Kindes	__ __ Jahre __ __ Monate
Hat eine/n Zwillingsschwester/-bruder	○ ja ○ nein
Kindertagesstätte	Name: _____ Ort: _____ Gruppe: _____
Seit wann besucht das Kind die Kindertagesstätte?	seit __ __ Monaten
Besucht das Kind die Kindertagesstätte regelmäßig?	○ regelmäßig ○ unregelmäßig
Erhält das Kind eine besondere Förderung? (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie, Psychomotorik)	○ nein ○ nicht bekannt ○ ja, und zwar in folgenden Förderbereichen: _____ _____
Hat das Kind eine Behinderung?	○ nein ○ ja, welche: _____ _____
Nationalität des Kindes	○ deutsch ○ andere: _____
Muttersprache des Kindes	○ Deutsch ○ andere: _____

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

Fragebogen-ID: | | | | | | |

Wenn die Muttersprache des Kindes nicht Deutsch ist, beantworten Sie bitte auch die folgenden zwei Fragen.	
Wie gut *spricht* das Kind Deutsch?	○ ohne Einschränkungen ○ mit geringen Einschränkungen ○ mit erheblichen Einschränkungen ○ gar nicht oder fast gar nicht
Wie gut *versteht* das Kind Deutsch?	○ ohne Einschränkungen ○ mit geringen Einschränkungen ○ mit erheblichen Einschränkungen ○ gar nicht oder fast gar nicht

Angaben zur Durchführung des DESK 3-6 R	
Wann wurde das DESK 3-6 R durchgeführt?	__ __ . __ __ . __ __ __ __ Tag Monat Jahr
Wer hat das DESK 3-6 R durchgeführt?	_____ _____ Name Vorname
Seit wann betreuen Sie das Kind?	seit __ __ Monaten
Wie gut kennen Sie das Kind?	○ sehr gut ○ gut ○ weniger gut ○ nicht gut
Wie gut hat das Kind beim Zirkusspiel mitgemacht?	○ Das Kind war aktiv und konzentriert. Es hat sich Mühe gegeben, die Aufgaben zu lösen. ○ Das Kind war bei den meisten Aufgaben aktiv und konzentriert. Es hat sich bei den meisten Aufgaben Mühe gegeben. ○ Das Kind war bei einigen Aufgaben unkonzentriert und unmotiviert. Es musste häufig ermuntert werden, mitzumachen. ○ Das Kind war bei den meisten Aufgaben unkonzentriert und unmotiviert. Es war nur schwer zum Mitmachen zu bewegen. ○ Das Kind hat sich bei einigen Aufgaben geweigert, mitzumachen.
Besonderheiten bei der Durchführung des DESK 3-6 R	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

Fragebogen-ID: | | | | | | |

	Feinmotorik (FMO)	3-jährige Kinder		
		ja	unsicher/ unvollständig	nein
FMO 1	**Malt Kreuz.** Malen Sie ein Kreuz mit Linien von ca. 10 cm Länge auf ein Blatt Papier und fordern Sie das Kind auf, die gleiche Figur auf der Rückseite des Blattes selbstständig aufzumalen. Die Aufgabe ist gelöst, wenn sich die Linien in einem Winkel von ca. 90° schneiden. Die Linien müssen nicht perfekt geradlinig sein.	○	○	○
FMO 2	**Fährt mit dem Stift ein vorgezeichnetes Kreuz nach.** Das Kind soll ein Kreuz mit Linien von ca. 10 cm Länge mit einem Stift nachfahren. Die Aufgabe ist gelöst, wenn das Kind die senkrechte und die waagerechte Linie nachzeichnet, ohne mehr als ½ cm von der Linie abzuweichen. Am Anfang und am Ende der Linien sollten nicht mehr als 2 cm fehlen oder überstehen.	○	○	○
FMO 3	**Faltet ein Blatt Papier in der Mitte einmal.*** Die Aufgabe ist gelöst, wenn das Blatt längs oder quer gefaltet wurde, die Falz mittig ist und vom Kind so fest nachgestrichen wurde, dass sie nicht wieder aufspringt.	○	○	○
FMO 4	**Gießt einen halbvollen Becher in einen anderen Becher und wieder zurück.** Beide Becher sollten in der Hand gehalten werden und nicht z.B. auf dem Tisch abgestellt werden. Die Aufgabe ist gelöst, wenn das Kind beim Umgießen nichts verschüttet.	○	○	○
FMO 5	**Formt eine „Schlange“ aus einer kugelförmigen, walnussgroßen Knetmasse. *** Die Schlange soll zwischen den Händen und nicht auf einer Unterlage gerollt werden.	○	○	○
FMO 6	**Öffnet eine Streichholzschachtel.** Das Kind kann eine kleine Schachtel (z.B. eine Streichholzschachtel) öffnen, um an seinen Inhalt (z.B. ein Bonbon) zu gelangen.	○	○	○
FMO 7	**Kann mit der Schere umgehen.** Das Kind hält die Schere richtig und kann die Schnittrichtung bestimmen. Es ist nicht erforderlich, dass das Kind auf der Linie schneidet. Es reicht, wenn das Kind Schnipsel schneidet.	○	○	○
FMO 8	**Knöpft Knopf auf oder zu.** Entweder bei einem eigenen Kleidungsstück oder bei einer Puppe. Die Knopflöcher dürfen nicht zu eng und die Knöpfe nicht zu klein sein.	○	○	○
FMO 9	**Reißt Papierschnipsel.** Das Kind kann kleinere Stücke - in etwa der Größe einer Euro-Münze - von einem Blatt Papier abreißen.	○	○	○

*** Bitte vormachen.**

Screening-Punkte (Anzahl „ja“) ___

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

Fragebogen-ID: | | | | | | |

	Grobmotorik (GMO)	3-jährige Kinder		
		ja	unsicher/ unvollständig	nein
GMO 1	**Hüpft auf einem Bein.** Das Kind soll auf dem linken oder rechten Bein stehend kurzzeitig vom Boden abheben und auf diesem Bein wieder landen.	○	○	○
GMO 2	**Macht 5 fortlaufende Schluss-Sprünge hintereinander.** Das Kind springt mit geschlossenen Beinen 5-mal hintereinander vorwärts.	○	○	○
GMO 3	**Springt im Schluss-Sprung über eine Entfernung von mindestens 20 cm.*** Als Hindernis kann ein quer liegendes DIN-A4-Blatt dienen. Das Kind muss mit beiden Beinen abspringen und auch wieder aufkommen.	○	○	○
GMO 4	**Steht im Einbeinstand im sicheren Gleichgewicht mindestens drei Sekunden.** Die Aufgabe ist gelöst, wenn das Kind sowohl auf dem rechten als auch auf dem linken Bein das Gleichgewicht mindestens 3 Sekunden lang halten kann. Gelingt es ihm nur auf einem Bein oder nur weniger als 3 Sekunden, kreuzen Sie „unsicher/unvollständig“ an. Der schwebende Fuß darf nicht am Körper abgestützt werden, das Knie sollte ungefähr 90° angewinkelt sein. Das Kind darf bei dieser Übung nicht nach vorne hüpfen, den Fuß nicht absetzen und sich nicht festhalten.	○	○	○
GMO 5	**Fängt einen zugeworfenen Ball.** Das Kind fängt einen zugeworfenen Ball mit 10-15 cm Durchmesser. Werfen Sie dem Kind den Ball mit beiden Händen aus einer Entfernung von 2 Metern in hohem Bogen zu. Wenn das Kind Angst hat, den Ball zu fangen, benutzen Sie einen weichen Ball.	○	○	○
GMO 6	**Springt im Wechselschritt über 5 cm Höhe, ohne hinzufallen. *** Damit ist das „Laufen“ über ein Hindernis gemeint. Als Hindernis kann ein Spielzeug dienen. Es soll etwa 2 Meter Anlauf genommen werden.	○	○	○
GMO 7	**Geht im Erwachsenenschritt mindestens 3 Schritte die Treppe hinunter oder hinauf.** Das Kind kann sich dabei mit einer Hand festhalten.	○	○	○
GMO 8	**Fährt Dreirad, Laufrad oder Roller.**	○	○	○
GMO 9	**Balanciert auf einem Balken.** Das Kind kann auf einer Bank, einem Balken oder einer Mauer balancieren. Hilfestellung durch Festhalten mit einer Hand an der Hand der Erzieherin ist erlaubt.	○	○	○

*** Bitte vormachen.**

Screening-Punkte (Anzahl „ja“) ___

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

Fragebogen-ID: | | | | | | |

	Kognition und Sprache (KSP)	3-jährige Kinder		
		ja	unsicher/ unvollständig	nein
KSP 1	**Spricht einen Satz nach.** Sprechen Sie dem Kind einen Satz vor und fordern Sie es auf, den Satz zu wiederholen. „Hallo ihr Kinder, der Zirkus beginnt.“ „Der Zauberer kommt, alle klatschen.“ „Aufgepasst, jetzt kommen die Löwen.“ „Herzlich willkommen im Zirkus.“ „Die Clowns bringen alle zum Lachen.“ „Bitte Ruhe, der Zauberer kommt.“ „Aufgepasst, jetzt kommen die Elefanten.“ **Gelöst:** Das Kind wiederholt einen Satz wörtlich. Achten Sie darauf, dass das Kind beim Nachsprechen kein Wort auslässt. Die Aufgabe überprüft die Merkfähigkeit und nicht, ob das Kind sich gut artikulieren kann oder sich traut, vor der Gruppe zu sprechen.	○	○	○
KSP 2	**Spricht 3-Wort-Sätze grammatikalisch richtig.** Zum Beispiel: „Puppe hat Hunger“ anstatt fälschlicherweise „Puppe haben Hunger“.	○	○	○
KSP 3	**Beantwortet einfache Fragen nach „wann“, „wozu“, „warum“.** Fragen Sie das Kind nach alltäglichen Zusammenhängen, z.B.: „Wann ziehen wir die Badehose an?“ „Wozu braucht man einen Schirm?“ „Wozu braucht man Handschuhe?“ „Warum muss man sich im Winter warm anziehen?“ **Gelöst:** Das Kind beantwortet drei von vier Fragen richtig.	○	○	○
KSP 4	**Kann einfache Tätigkeiten benennen.** Das Kind kann einfache Tätigkeiten von Personen oder Tieren, die im Bilderbuch dargestellt sind, benennen (z.B. „Katze trinkt“, „Kind spielt“).	○	○	○
KSP 5	**Verwendet die Mehrzahl.** Das Kind sagt z.B. „Bäume“ oder „Sterne“, wenn es solche Objekte in Natura oder auf Abbildungen sieht. Kindliche Mehrzahlformen (z.B. „Ballas“ für Bälle) sind erlaubt.	○	○	○
KSP 6	**Verbindet 2 Sätze mit einem Bindewort.** Bindeworte sind z.B. „und“, „weil“, „denn“, „dann“, „wenn“.	○	○	○
KSP 7	**Kennt mindestens 3 Farben.** Das Kind kann von den Farben rot, grün, blau, gelb, weiß, schwarz mindestens 3 Farben entweder richtig benennen („Welche Farbe hat dieser Bauklotz?“) oder zeigen, wenn man es dazu auffordert („Zeig mir den roten Bauklotz!“). **Gelöst:** Das Kind benennt oder zeigt drei Farben richtig.	○	○	○
KSP 8	**Kann ein Gespräch führen.** Das Kind kann sich mit der Erzieherin unterhalten, indem es z.B. eine Frage beantwortet, daran selbst eine Frage anknüpft und somit das Wort wieder zurückgibt.	○	○	○
KSP 9	**Kennt die Gegensätze zu „klein“, „kalt“, „hell“ und „sauer“.** Lassen Sie das Kind Sätze vervollständigen, z.B.: „Die Maus ist klein, der Elefant ist ... (groß).“ „Das Eis ist kalt, die Suppe ist ...(heiß, warm).“ „Am Tag ist es hell, bei Nacht ist es ... (dunkel).“ „Die Zitrone ist sauer, der Zucker ist ... (süß).“ „Die Schnecke ist langsam, der Rennwagen ist ... (schnell).“ **Gelöst:** Das Kind nennt bei zwei von drei Sätzen die Gegensätze.	○	○	○
KSP 10	**Erkennt Zusammenhänge in einem Bilderbuch und beschreibt sie.** Das Kind kann Abläufe in einem Bilderbuch nachvollziehen, z.B.: „Die Feuerwehr kommt, weil das Haus brennt.“ oder „Die Kinder ziehen sich eine Jacke an, weil es draußen kalt ist.“	○	○	○
KSP 11	**Hat eine unauffällige Aussprache (Artikulation).** Das Kind kann alle Laute, Konsonanten und deren Verbindungen sprechen. Ausnahmen sind die Zischlaute „sch“ und „ch“ sowie schwierige Konsonanten-Verbindungen wie „kl“ und „dr“.	○	○	○
KSP 12	**Befolgt 3 einfache Aufforderungen in der richtigen Reihenfolge.** Das Kind soll drei Aufforderungen hintereinander umsetzen. Die drei Aufforderungen dürfen nicht gleichzeitig durchführbar sein. Zum Beispiel: „Geh zum Tisch, setz Dich hin und nimm den Bleistift in die Hand!“ „Geh in den Waschraum, hol ein Handtuch und leg es auf den Tisch!“ „Geh in die Küche, hole eine Tasse und stelle die Tasse auf deinen Stuhl!“ **Gelöst:** Das Kind erfüllt bei zwei von drei Versuchen die drei Aufforderungen in der richtigen Reihenfolge.	○	○	○

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

Screening-Punkte (Anzahl „ja“) ___

Fragebogen-ID: | | | | | |

	Sozialverhalten (SZV)	3-jährige Kinder		
		oft/ sehr oft	manch-mal	selten /nie
SZV 1	**Wendet sich an Bezugsperson in der Kita.** Das Kind wendet sich bei Unsicherheit, bei Streit oder wenn es z.B. etwas vorgelesen haben möchte an eine Erzieherin (das muss nicht immer dieselbe sein, wichtig ist, dass das Kind Vertrauen in die Erwachsenen hat).	○	○	○
SZV 2	**Spricht von sich in der Ich-Form.**	○	○	○
SZV 3	**Erkennt Junge und Mädchen.** Das Kind kann das Geschlecht seiner Spielkameraden angeben oder Kinderdarstellungen in einem Bilderbuch das Geschlecht zuweisen.	○	○	○
SZV 4	**Beurteilt das Verhalten anderer Kinder.** Das Kind tadelt oder lobt das Verhalten eines anderen Kindes. Fragen Sie das Kind in einer entsprechenden Situation, was es von dem Verhalten eines anderen Kindes hält.	○	○	○
SZV5	**Spielt gemeinsam mit zwei Kindern.** Die Kinder entwickeln ein gemeinsames Spielthema und nehmen Bezug aufeinander - sie spielen nicht nur nebeneinander her.	○	○	○
SZV 6	**Räumt nach dem Spiel einiges weg, gegebenenfalls nach Aufforderung.**	○	○	○
SZV 7	**Kennt verschiedene Orte und bezeichnet sie richtig.** Kennt z.B. den Bahnhof, den Zoo, das Schwimmbad oder die Bäckerei.	○	○	○
SZV 8	**Sagt seinen Namen und weiß, wo es wohnt.** Das Kind kennt seinen Vor- und Nachnamen und kann den Ort oder die Straße nennen, wo es wohnt.	○	○	○
SZV 9	**Entwickelt Spielthemen mit Tierfiguren oder Puppen.** Das Kind entwickelt eigene Spielthemen z.B. „Alle Tiere sind müde und müssen schlafen gehen.“ „Der Räuber versteckt sich, der Polizist sucht ihn.“ „Die Mutter bereitet das Essen vor, weil die Oma zu Besuch kommt.“	○	○	○

Screening-Punkte
(Anzahl „oft/ sehr oft“) ___

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung

Fragebogen-ID: | | | | | | |

DESK 3-6 R

Umwandlung der Screening-Punkte in Stanine-Werte

1. Überprüfen Sie zuerst, ob alle Aufgaben beantwortet wurden.
2. Zählen Sie in jeder Skala (Entwicklungsbereich) die gelösten Aufgaben (Screening-Punkte).
3. Übertragen Sie die Screening-Punkte aus dem Aufgabenheft in Spalte 2 der unteren Tabelle.
4. Schauen Sie die Stanine-Werte in der altersentsprechenden Normtabelle im Kapitel 8 des Manuals nach und tragen Sie die Stanine-Werte in Spalte 3 ein.

Entwicklungsbereich	Spalte 2: **Screening-Punkte**		Spalte 3: **Stanine-Wert**
Feinmotorik (FMO)	___	→	___
Grobmotorik (GMO)	___	→	___
Kognition und Sprache (KSP)	___	→	___
Sozialverhalten (SZV)	___	→	___

Erstellen eines Screening-Profils

5. Übertragen Sie die Stanine-Werte in das Screening-Profil.

	auffällig	**fraglich**	**unauffällig**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6-7**	**8-9**
Feinmotorik (FMO)	○	○	○	○	○	○	○
Grobmotorik (GMO)	○	○	○	○	○	○	○
Kognition und Sprache (KSP)	○	○	○	○	○	○	○
Sozialverhalten (SZV)	○	○	○	○	○	○	○

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung