

Sprachgesundheit

im Kindesalter

Erkenntnisse und Herausforderungen
aus interdisziplinärer Perspektive



Wiebke Scharff Rethfeldt (Hrsg.)

Sprachgesundheit

im Kindesalter

Erkenntnisse und Herausforderungen
aus interdisziplinärer Perspektive



Sprachgesundheit im Kindesalter

Erkenntnisse und Herausforderungen aus interdisziplinärer Perspektive

Herausgegeben von Wiebke Scharff Rethfeldt.

Gestaltet von Rosanna Geisler.

Dieses Werk als Ganzes ist durch das Urheberrecht bzw. verwandte Schutzrechte geschützt, aber kostenfrei zugänglich. Die Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, ist nur im Rahmen einer Einwilligung des Rechteinhabers erlaubt. Das Urheberrecht der Texte liegt beim jeweiligen Verfasser.

Die Online-Version dieser Druckpublikation ist als OpenAccess-Volltext im Katalog der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen dauerhaft frei verfügbar.

Zitationshinweis

Scharff Rethfeldt, W. (Hrsg.) (2025). *Sprachgesundheit im Kindesalter: Erkenntnisse und Herausforderungen aus interdisziplinärer Perspektive*. Hochschule Bremen.

<https://doi.org/10.26092/elib/3669>

© 2025. Wiebke Scharff Rethfeldt und die Autor:innen der individuellen Beiträge. Hochschule Bremen, Neustadtswall 30, 28199 Bremen.

Inhalt

Vorwort	4
Grußwort der Schirmherrin	6
Grußwort des Impulsgebers	8
Vorträge	9
SUNRISE – KommunikationSbeeinträchtigtUngeN: FrüheRkennung Ist KindErschutz Anna-Katharina Rohlfs	10
Häufige Ursachen des Hörverlustes bei Kindern und ihre Bedeutung für die Sprachentwicklung Deyan Asenov	13
Kindliche Schwerhörigkeit - Wege aus der Stille Anna-Katharina Rohlfs	14
Sprachentwicklung in der Kinderarztpraxis: Hören, sehen, sprechen - erkennen, behandeln, begleiten Tina Rating	16
Öffentlicher Gesundheitsdienst – epidemiologische Untersuchungen zur Mundgesundheit und Schnittstellen zur Logopädie Teresa Erfurth-Jach	19
Evidenzbasierte Früherkennung als Maßnahme gegen die bestehende Fehlversorgung von mehrsprachigen Kindern Wiebke Scharff Rethfeldt	25
Wenn Schüler:innen auffallen... Herausforderungen bzgl. der sonderpädagogischen (Förder-)Diagnostik im Schwerpunkt Sprache Sibylle Roehr	31
Podiumsdiskussion Wiebke Scharff Rethfeldt	37
Zusammensetzung des Podiums	38
Ziel und Methode des Interviews	39
Zentrale Ergebnisse	40
Stimmen der Teilnehmer:innen	45
Online-Befragung Wiebke Scharff Rethfeldt	46
Ziel und Methode der Befragung	47
Berufliche Qualifikation und Tätigkeitsbereich	47
Verbesserung der Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen	50
Unterversorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen	54
Aufklärung über Sprach- und Kommunikationsstörungen	57
Interprofessionelle Zusammenarbeit	59
Zusammenhang von Kindeswohlgefährdung und Sprachauffälligkeiten	60
Versorgungssicherheit von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen	61
Rolle von Logopäd:innen im pädagogischen Kollegium an Schulen	63
Tagungsevaluation	65

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser
der Tagungsdokumentation,

anders als das Thema Sprachgesundheit, ist Sprachförderung seit langer Zeit wiederholt Thema im öffentlichen Diskurs. Die Debatten behandeln Sprachförderung im Vorschulalter, Fachkräftemangel und Chancen auf Bildungsgerechtigkeit in Schulen, deren Lehrkräfte von herausfordernden Unterrichtssituationen berichten.

Sprache gilt allgemein als der Schlüssel für Bildung. Dabei wird jedoch noch zu häufig übersehen, dass die Grundlage zur sprachlichen Bildung eine sprachgesunde Kindesentwicklung ist. Kinder mit angeborenen oder erworbenen Hörstörungen, können Sprache nicht hören, um sie zu erwerben, das betrifft auch Lesen und Schreiben.

Rund 10 % aller Kinder haben eine Sprachstörung, die frühzeitig logopädisch behandelt werden muss, damit eine gute Grundlage für den Schulbesuch geschaffen werden kann, und um deutlich erhöhte Risiken mit negativen Auswirkungen auf Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe zu reduzieren. Dazu zählen z.B. Legasthenie, Dyskalkulie, Mobbing-Erfahrungen, klinisch relevante Depression, Vermeideverhalten und Rückzug in eine virtuelle Welt, aber auch ein erhöhtes Risiko sexualisierter Gewalterfahrungen, sexueller Missbrauch, und eine überdurchschnittlich hohe Straffälligkeit.

Früherkennung und frühzeitige Versorgung von gesundheitlich bedingten Sprach- und Kommunikationsstörungen sind also wichtig für Kinder, Familien und unsere Gesellschaft. Aber aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse deuten auf eine hohe Fehlversorgung und Barrieren im Versorgungszugang. So werden Sprach- und Kommunikationsstörungen nicht oder zu spät erkannt, Kinder bleiben unversorgt – auch weil Sprachförderung und Sprachtherapie noch immer unzureichend unterschieden werden.

Vor diesem Hintergrund veranstaltete der Fachbereich Logopädie an der Hochschule Bremen am 27. September 2024 die Fachtagung Sprachgesundheit im Kindesalter, zu der mehr als 150 Teilnehmer:innen zusammenkamen. Ein wesentliches Ziel des Symposiums war es, Erkenntnisse aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen sowie aus der Praxis zusammenzutragen, um Einblicke in die gegenwärtige Versorgungssituation zu geben, aktuelle Fragestellungen zu behandeln und gemeinsam Lösungsansätze zu identifizieren. Schließlich geht es darum, in Zeiten knapper Ressourcen bestmögliche Wege in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu finden, um das Kindeswohl nicht weiter zu gefährden.

Mit dieser Dokumentation liegen Ergebnisse des interprofessionellen Symposiums vor, denen drei Methoden zur Erhebung relevanter Informationen zugrunde liegen:

Erstens, die Fachvorträge der zum Thema ausgewiesenen Expert:innen aus Forschung und Praxis, zu denen jeweils im Anschluss Fragen seitens der Teilnehmer:innen gesammelt und geclustert wurden. Anhand dieser Fragen wurde in der Mittagspause für, zweitens, das nachfolgend interdisziplinär besetzte Podium ein strukturierter Leitfaden für ein Gruppeninterview abgeleitet. In deren Rahmen wurden die jeweiligen Befragten aus ihren unterschiedlichen Perspektiven gebeten, eine Äußerung abzugeben. Schließlich wurden die Äußerungen in der Gruppe, sowie mehrere Fragen und Beiträge der Tagungsteilnehmer:innen interaktiv diskutiert. Und drittens, wurden die Teilnehmer:innen des Symposiums gebeten, an einer Online-Umfrage teilzunehmen. Mit der Befragung liegen aktuelle Erkenntnisse aus den verschiedenen Praxis- und Arbeitsbereichen vor, in denen sich die oben genannten Herausforderungen in der Realität abbilden und die Einschätzungen der Personen wiedergeben, die sich diesen in ihrem beruflichen Alltag gegenübersehen. So sollen die vorliegenden Ergebnisse jenen die Ableitung von angemessenen Maßnahmen erleichtern, die hierüber entscheiden und eine Umsetzung verantworten.

Die Fachtagung Sprachgesundheit im Kindesalter konnte nur durch finanzielle Spenden und das Engagement all derer ermöglicht werden, die bei der Organisation oder durch ihre Teilnahme aktiv mitgewirkt haben. Hierfür möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Mein besonderer Dank gilt den Vortragenden, die mit ihren Beiträgen an der Entstehung dieser Dokumentation beteiligt waren, den Teilnehmer:innen auf dem Podium, die den interdisziplinären Austausch befördert haben, sowie den Studentinnen im Bachelorstudiengang Angewandte Therapiewissenschaften – Logopädie, die maßgeblich zur erfolgreichen Durchführung und der Datenerhebung beigetragen haben.

Ich würde mich freuen, wenn auch in Zukunft das gewinnbringende Format der Fachtagung fortgesetzt werden kann, um den interdisziplinären Austausch im Sinne der von einer angemessenen Versorgungsqualität abhängigen Kinder zu stärken.

Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt
Leitung Fachbereich Logopädie
Studiengang Angewandte Therapiewissenschaften, Hochschule Bremen

Grußwort der Schirmherrin

Sehr geehrte Frau Prof. Scharff Rethfeldt,
Sehr geehrter Herr Dr. Meinrenken,
Sehr geehrte Frau Prof. Maschwitz,
Sehr geehrte Frau Prof. Rohlf's,



verehrte Teilnehmer:innen,

vielen Dank für die Einladung, zu Beginn Ihres Symposiums einige Worte zu Ihnen zu sprechen. Das Thema, mit dem Sie sich heute den ganzen Tag über aus unterschiedlichen Blickwinkeln befassen, ist die Sprachgesundheit bei Kindern. Und es ist gut, dass sie dies heute hier in Bremen tun.

Denn Sie schreiben es im Programm zu dieser Tagung selbst: Rund 10 Prozent aller Kinder haben eine Sprachstörung, die einer medizinischen oder logopädischen Behandlung bedarf. Jedes zehnte Kind. Das ist eine erschreckend hohe Zahl. Und es ist eine Zahl, die den meisten Menschen in ihrer Dimension gar nicht bewusst ist. Auch deshalb ist eine Veranstaltung wie die heutige so wichtig. Nicht nur, weil sie Fachleuten die Möglichkeit des Austausches bietet, sondern auch, weil es überhaupt erst ein Bewusstsein für das Problem schafft. Weil es dadurch überhaupt erst wahrgenommen wird.

Denn dass eine Sprachstörung eben nichts ist, das mit Mitteln der Sprachförderung behoben werden kann, wie wir sie in unseren Schulen anbieten, ist vielen nicht bewusst. Dass eine solche Sprachstörung noch weitere gravierende Probleme nach sich ziehen kann – für die Schule und weit darüber hinaus für das weitere Leben – ist vielen nicht bewusst.

Verehrte Teilnehmer:innen,

Ich spreche heute nicht nur als Schirmherrin der Veranstaltung zu Ihnen, sondern auch als Präsidentin der Bremischen Bürgerschaft. Ich bin eine Frau des Wortes. Politik besteht aus Worten, aus Kommunikation. Im Parlament debattieren wir, mal schärfer und mal sachlicher. Wir tauschen Argumente aus und ringen um eine Lösung für ein Problem. Und auch außerhalb des Parlamentes sprechen wir mit den Menschen in Bremen und Bremerhaven. Wir hören ihnen zu und versuchen ihnen unsere Entscheidungen zu erklären.

Kommunikation ist also nichts weniger als ein zentrales Instrument der Demokratie. Sie lebt davon, dass wir einander zuhören und uns austauschen können. Und hier stehen wir auch in Deutschland vor einer grundsätzlichen Gefahr.

Denn ich sehe zunehmend, dass uns diese Debattenkultur verloren zu gehen droht. Ich sehe zunehmend, dass die Bereitschaft, sich mit anderen Meinungen auseinanderzusetzen, ja, sie überhaupt anzuhören, immer mehr abnimmt. Dass Menschen in einer durch die sozialen Medien beförderten Filterblase immer weniger zugänglich werden für objektive Fakten, die nicht zu ihrer Meinung passen. Dass sie sich immer unversöhnlicher und in Teilen sogar aggressiv gegenüberstehen. Und ich sehe auch eine zunehmende Gefahr von Desinformation und Fake News – dass Fakten gezielt verkürzt oder verdreht werden oder schlicht gelogen wird. Das ist eine Herausforderung und eine Gefahr für die gesamte Gesellschaft und die gesamte Demokratie. Grundsätzlich.

Wenn die Kommunikationsfähigkeit in einem medizinischen Sinne gestört ist – also auf Sprachstörungen basiert, über die Sie hier heute sprechen – dann ist dies ein zusätzliches Problem. Wenn es Defizite gibt bei der Verarbeitung von Sprache und Kommunikation, wenn sie nicht analysiert und verstanden werden kann, dann sind die Betroffenen nicht nur von der Demokratie, sie sind aus der Gesellschaft ausgeschlossen. Sie können ihr Grundrecht auf gesellschaftliche Teilhabe nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen. Und das ist ein Verlust, nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Gesellschaft.

Es ist daher wichtig, was Sie tun. Und es ist gut, dass Sie sich heute hier austauschen, miteinander ins Gespräch kommen und voneinander lernen. Denn es schafft Aufmerksamkeit für die Betroffenen – und für ein Problem, das noch zu wenig Aufmerksamkeit erhält. Und es hilft – das hoffe ich zumindest – auch ganz konkret den Betroffenen.

Denn klar ist: Diese 10 Prozent aller Kinder brauchen Hilfe. Sie brauchen eine fachgerechte Behandlung, damit sie teilhaben können am gesellschaftlichen Leben, an Kommunikation – und letztlich auch an der Demokratie.

Und deswegen hilft das, was Sie jeden Tag tun, um die Betroffenen zu unterstützen, nicht nur ihnen – es hilft uns allen als Gesellschaft. Ich wünsche Ihnen eine interessante Tagung und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Antje Grotheer, MdBB
Präsidentin der Bremischen Bürgerschaft

Grußwort des Impulsgebers



Meine Damen und Herren,
Frau Professor Scharff Rethfeldt,

herzlichen Dank für die Gelegenheit, mein besonderes Anliegen als Pädiater zum Thema Sprachentwicklung als kleinen, aber sehr wichtigen Aspekt hier vorzutragen.

Ohne Hören kein Sprechen. Das wissen wir alle. Nun ist Taubheit oder sehr starke Schwerhörigkeit nicht nur manchmal angeboren, sondern kann auch in den ersten Lebensjahren entstehen und behindert dann die Sprachentwicklung. Sehr häufig geschieht das im Verlauf von Erkältungskrankheiten durch Störungen im Mittelohr. Und das sollte man merken. Immer gilt, und das allerspätestens vor Beginn einer Logopädie: Beobachtet die Kinder!

Alle schwerhörigen Kinder lernen unabsichtlich und unbewusst, vom Gesicht, von den Lippen abzulesen. Die technologischen Möglichkeiten der HNO-Kolleg:innen und der wenigen Pädaudiolog:innen sind zwar beeindruckend. Sie ersetzen die aufmerksame, aber zwanglose Beobachtung durch Eltern, Kita-Mitarbeiter:innen, Logopäd:innen, durch uns Kinderärzte aber nicht. Das Kind zeigt die Diagnose, nicht der Computer.

Und wie macht man das? Sprechen Sie deutlich mit Ihrem offenen Gesicht in das Gesicht des Kindes. Verstanden? Das tendenziell schwerhörige Kind wird Sie, Ihr Gesicht gebannt beobachten. Dann verdecken Sie Ihren Mund beim Sprechen. Immer noch verstanden? Dann wieder mit offenem Gesicht. Im positiven Falle (Kind hat gelernt, abzulesen, weil es zu schlecht hört) ist der Befund frappierend und eindeutig. Während jeder Logopädie sollte der/die Therapeut:in diesen Befund persönlich gut kennen.

Die o. g. häufigen Störungen im Mittelohr lassen sich übrigens fast immer gut behandeln. Manchmal ist eine Operation mit Paukenröhrchen segensreich. Wenn es übrigens stimmt, dass im Moment Kinder wegen Honorarsteitigkeiten diese heilende Behandlung nicht bekommen, ist das beschämend und muss dringend geändert werden.

Ich wünsche eine interessante, fruchtbare Tagung.

Dr. med. Wolfgang Meinrenken
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Bremen

Vorträge

SUNRISE - KommunikationSbeeinträchtigungEN: FrüheRkennung Ist Kinderschutz

Prof. Dr. med. Anna-Katharina Rohlf
Fachärztin für HNO, Pädaudiologie und Phoniatrie
Leitung Phoniatrie & Pädaudiologie, Universitätsklinikum Ulm



Die Folgen zu spät diagnostizierter kindlicher Schwerhörigkeiten und Sprachentwicklungsstörungen (SES) können für die Betroffenen schweres individuelles und familiäres Leid sowie hohe Krankheitskosten verursachen. Dasselbe gilt für Vernachlässigung sowie körperliche und sexualisierte Gewalt gegen Kinder, die häufiger sind als die zwei eingangs genannten Erkrankungen zusammen.

Warum also leisten wir uns als Ärzteschaft bei Misshandlung und Vernachlässigung ein so großes Dunkelfeld, so viele verpasste Präventionschancen? Konsequenterweise sind auf verschiedenen Ebenen Handlungsverpflichtungen zur Prävention von Kindesmisshandlung definiert worden, die u.a. auch die HNO und die Phoniatrie und Pädaudiologie betreffen (G-BA-Beschluss zum Qualitätsmanagement, Kinderschutzgesetz), darüber hinaus existiert mit einer S3+-Leitlinie ein verbindlicher Handlungsleitfaden für Ärzt:innen.

„Auf die Frage, was denn Kindeswohl mit HNO zu tun hat, bleibt nur die Antwort: Es geht uns Alle an, es hat mit uns Allen zu tun. Es hat mit uns Allen zu tun zu haben.“

Kinder mit Schwerhörigkeiten und SES haben aufgrund ihres erhöhten Betreuungsbedarfes und der potenziellen Komorbidität zu anderen Entwicklungsstörungen ein besonders hohes Risiko, von einer elterlichen Überforderung betroffen zu sein – eine Domäne der Primärprävention. Das Ziel vieler körperlichen Misshandlungen bei Kindern ist der Kopf, es resultieren Verletzungen im HNO-Bereich. Hier ist sekundärpräventiv die hohe Rezidivrate und – bei Kopfverletzungen – auch eine relevante Mortalität bei Rezidiven zu berücksichtigen.

Verhaltensauffällige Kinder tragen ein erhöhtes Risiko, körperliche Gewalt zu erfahren, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch erfahren eher schwerhörige Kinder. Hinzu kommt, dass Kommunikationsstörungen eine nicht unerhebliche Auswirkung auf die kindliche sozial-emotionale Entwicklung haben. Kinder mit Migrationshintergrund und Kommunikationsstörungen tragen ein „double handicap“. Auch werden Kinder mit Kommunikationsstörungen in ihren Anliegen und ihrer Persönlichkeit z.T. besonders wenig ernst genommen. Zahlreiche Studien zeigen aber auch, dass Kinder, die misshandelt wurden, ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen einschließlich SES haben.

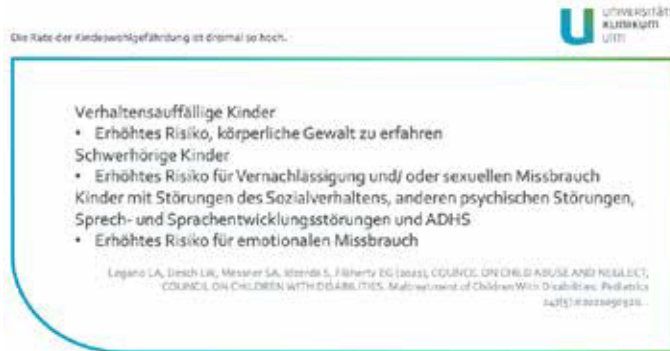


Abbildung 1. Erhöhte Rate und Form der Kindeswohlgefährdung bei bestimmten Risikogruppen.

Beispiele für Vernachlässigung betreffen etwa die gesundheitliche Fürsorge. Eine Nicht-Wahrnehmung von frühkindlichen Untersuchungen, z.B. dem Neugeborenenhörscreening bzw. den Nachfolgeuntersuchungen, den Kindervorsorgeuntersuchungen oder notwendigen therapeutischen Maßnahmen wie einer logopädischen Therapie sind dazuzurechnen. Der „dental neglect“ ist selten die einzige Form von Vernachlässigung. Zahnkaries kann als frühes Symptom von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung gesehen werden. Die Kariogenese begünstigende Prädiktoren zeigen Übereinstimmungen mit Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung.

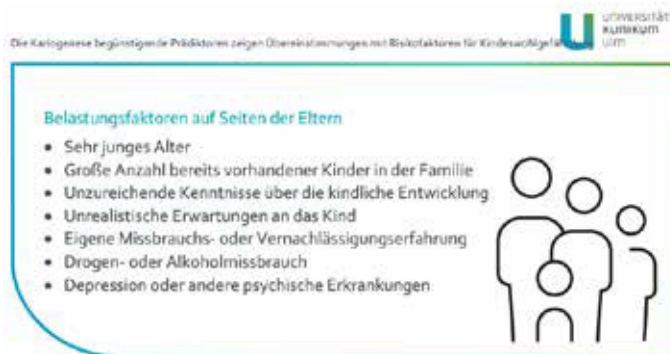


Abbildung 2. Die Kariogenese begünstigende Prädiktoren zeigen Übereinstimmungen mit Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung.

Emotionale Misshandlung und emotionale Vernachlässigung in der Kindheit können darüber hinaus negative und anhaltende Effekte auf Gesundheit und Wohlbefinden haben, sogenannte „adverse childhood experiences“ (ACE). Die Bedeutung dieser ACEs muss verstärkt in den Fokus des (Sprach-)Gesundheitswesens gerückt werden, um bei der Konzeption selektiver und indizierter Präventions- sowie von (Früh-) Interventionsmaßnahmen berücksichtigt werden zu können.



Abbildung 3. Adverse Childhood Experiences (ACE) als Folge von Kindheitstraumata und ihre Bedeutung.

Rechtliche Rahmenbedingungen für die eigene Berufspraxis sowie Verbindungen zur Versorgung von Erwachsenen nach Körperverletzungen und daraus resultierende ganzheitliche Handlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.

Eine transektorale und interdisziplinäre Vernetzung ist entscheidend, wenn wir die dringend nötige, ganzheitliche Versorgung von Kindesmisshandlungsoptionen im Sinne der Ethik, des Qualitätsmanagements und der Wissenschaft in Kliniken und Praxen verbessern wollen.



Abbildung 4. Kindervorsorgeuntersuchungen in Bezug auf Kommunikation, Zeitpunkte U1 bis U5.

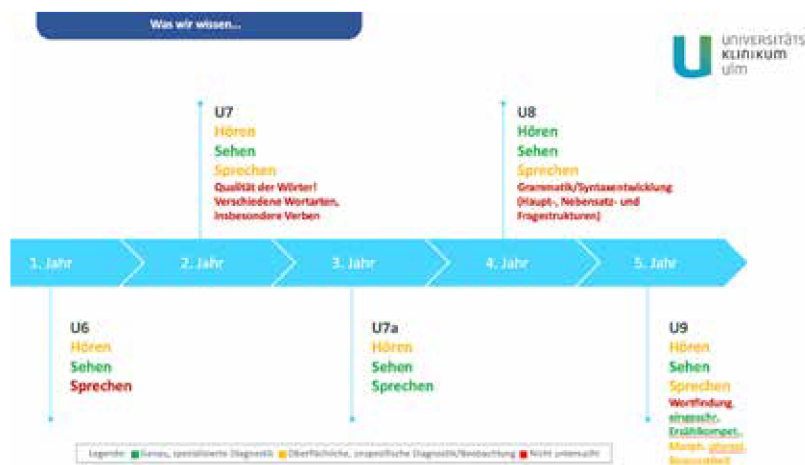


Abbildung 5. Kindervorsorgeuntersuchungen in Bezug auf Kommunikation, Zeitpunkte U6 bis U9.

Häufige Ursachen des Hörverlustes bei Kindern und ihre Bedeutung für die Sprachentwicklung



Deyan Asenov

Oberarzt HNO-Klinik und plastische Gesichtschirurgie
DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen

Signifikanz des Gehörs

Als Sinnesorgan spielt das Ohr eine besonders wichtige Rolle für die Entwicklung im Kindesalter und insbesondere für die Sprachentwicklung. Die Schwerhörigkeit bei Kinder wirkt sich negativ auf die Sprachentwicklung und ist in diesem Sinne einer der Faktoren für Sprachentwicklungsstörung. Die Schwerhörigkeit hat außerdem auch eine Auswirkung auf die Bildung, auf die soziale Integration, auf das emotionale Gleichgewicht und somit auf das ganze Leben der betroffenen Kinder. Die Schwerhörigkeit hat auch signifikante sozioökonomische Folgen. Studien zufolge verursacht die unbehandelte Schwerhörigkeit in Deutschland jährliche Kosten im zweistelligen Milliardenbereich.

Diagnostik

Die Früherkennung und Behandlung der Schwerhörigkeit bei Kindern ist von essentieller Bedeutung. Dieser Vortrag versucht einen Überblick über die Schwerhörigkeit zu geben und hebt zwei Arten der Schwerhörigkeit bei Kinder und deren Behandlung hervor: das chronische Paukenerguss und die hochgradige (an Taubheit grenzende) Schwerhörigkeit. Der chronische Paukenerguss ist eine sehr häufige Ursache von Schwerhörigkeit bei Kinder.

Sowohl die Diagnose als auch die Behandlung des chronischen Paukenergusses ist wissenschaftlich gut etabliert, effektiv und vergleichsweise einfach. Dennoch gibt es aktuell erhebliche Hindernisse das Therapiekonzept umzusetzen, was zu Verzögerung der Therapie mit entsprechend negativen Folgen für die Kinder führt.

Ärztliche Perspektive auf die Versorgungslage

Der Vortrag versucht die aktuelle Lage und die Probleme aus Sicht des HNO-Arzttes anzusprechen. Ferner wird auch die Rolle der Frühversorgung von hochgradig Schwerhörigen und gehörlosen Kinder mit Cochlea Implantat dargestellt.

(Vortrag entfiel)

Kindliche Schwerhörigkeit - Wege aus der Stille

Prof. Dr. med. Anna-Katharina Rohlf
Fachärztin für HNO, Pädaudiologie und Phoniatrie
Leitung Phoniatrie & Pädaudiologie, Universitätsklinikum Ulm



Diagnostik der kindlichen Schwerhörigkeit

Kindliche Schwerhörigkeit stellt eine ernsthafte Herausforderung für die Sprach- und Hörentwicklung dar. Dieser Beitrag beleuchtet die Prävalenz, Diagnostik, Therapieoptionen und die besonderen Herausforderungen im Umgang mit Hörstörungen im Kindesalter.

Schwerhörigkeit tritt bei 1–2 von 1000 Neugeborenen auf. Seit 2009 wird das universelle Neugeborenenhörscreening (UNHS) in den Kinderrichtlinien empfohlen. Ziel ist, bis zum 2. Lebensmonat eine Diagnose und bis zum 3. Lebensmonat eine Therapie zu beginnen. Trotz einer hohen Screening-Vollständigkeit (> 95 %) bleiben Herausforderungen bestehen. Dazu gehören eine hohe Lost-to-Follow-up-Rate und die Erkennung von spät auftretenden Hörstörungen wie progredienten oder geringgradigen Hörverlusten. Auch retrocochleäre und erworbene Hörstörungen, beispielsweise durch Meningitis, bleiben oft unentdeckt.

U universitätsklinikum ulm

NHS o.B.: Keine Hörgarantie für gesamte Kindheit

Gründe

- „Drop Outs“ (Kinder ohne UNHS)
- Hohe Lost-to-follow-up-Rate
- Progrediente/ Late Onset Hörstörungen (z.B. CMV)
- Geringgradige Hörstörungen (< 35 dB Hörverlust)
- Nicht erfasste retrocochleäre Hörstörungen (DAE-Messung)
- Erworbene Hörstörungen (z.B. Meningitis, Traumata)

„NHS may give a false sense of security“
Mason et al., 2008

Abbildung 6. Gründe für eine ausbleibende Hörgarantie trotz Neugeborenenhörscreening (NHS).

„Frühzeitige Therapien sind essenziell, um die Sprachentwicklung zu fördern und schulische sowie soziale Kompetenzen zu stärken.“

Digitale akustische Übertragungsanlagen (DAÜ) verbessern Sprachverstehen, besonders in lärm-belasteten Umgebungen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Audiologen, Logopäden und Pädiatern ist dabei entscheidend.

The infographic features a blue background with white text. On the left, a dark blue shape contains the text 'Geht nicht, gibt's nicht.' followed by 'Frühere Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklung: Wir müssen im audiologischen Bereich mitziehen.' On the right, the text 'Logopädie-Rezepte ohne Hörtestung.' is followed by the heading 'Gründe' and a bulleted list of reasons. The logo of the University of Cologne is in the top right corner.

Geht nicht, gibt's nicht.
Frühere Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklung: Wir müssen im audiologischen Bereich mitziehen.

Logopädie-Rezepte ohne Hörtestung.
Gründe

- Mangelnde technische Ausrüstung
- Wenig spezialisiertes Personal
- Schlechte finanzielle Vergütung
- Keine ausreichende interdisziplinäre Vernetzung

Abbildung 7. Gründe für logopädische Verordnungen ohne Hörtestung und damit verbundene Implikation für den audiologischen Bereich.

Schallleitungsschwerhörigkeit

Die Schallleitungsschwerhörigkeit, insbesondere durch Otitis media mit Effusion (OME), ist häufig. Bis zu 60 % der Kinder im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren sind betroffen. OME kann, unbehandelt, zu Sprachentwicklungsverzögerungen führen. Betroffene Kinder zeigen oft eingeschränkte phonologische Verarbeitung und Lesefähigkeiten.

Zu den Risikofaktoren für OME gehören genetische Prädispositionen, rezidivierende Atemwegsinfektionen, allergische Rhinitis als auch kraniofaziale Anomalien wie Down-Syndrom oder Gaumenspalten.

Eine frühzeitige Therapie, z. B. mittels Paukenröhrchen, kann entscheidend sein, um die Entwicklung von Cholesteatomen oder bleibenden Hörstörungen zu verhindern. Ergänzend bietet die Hear Glue Ear App innovative Ansätze, um die „watchful waiting“-Phase zu unterstützen. Die App kombiniert spielerische Förderung auditiver Fähigkeiten mit validen Hörtests.

Defizite der Versorgung

Kindliche Schwerhörigkeit erfordert eine umfassende Sensibilisierung. Defizite bei der technischen Ausstattung und im spezialisierten Personal müssen behoben werden. Raumakustische Sanierungen in Schulen nach DIN 18041 können die Barrierefreiheit und Sprachverständlichkeit verbessern. Ein interdisziplinäres Netzwerk ist unabdingbar, um betroffene Kinder bestmöglich zu fördern.

Zusammenfassend gilt: Kindliche Schwerhörigkeiten sind therapiebar, erfordern jedoch ein frühzeitiges Erkennen und eine adäquate Behandlung in einem interdisziplinären Kontext.

Sprachentwicklung in der Kinderarztpraxis: Hören, sehen, sprechen - erkennen, behandeln, begleiten

Dr. med. Tina Rating
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
 Schwerpunkt Neuropädiatrie
 Delegierte des BVKJ Bremen



Die Sprachentwicklung ist ein Teil der kognitiven Entwicklung und ein großer Kompetenzbereich der kindlichen Entwicklung. Eine störungsfreie Sprachentwicklung hat durch den Einfluss auf andere Fähigkeiten eine weitreichende Bedeutung. In den Praxen für Kinder- und Jugendmedizin ist daher die Sprachentwicklung und alle dazugehörigen Aspekte, also die Sprachgesundheit täglich ein Thema.

Oft kommen Eltern selbst mit Fragen zur Sprachentwicklung ihrer Kinder in die Praxis. Aber auch der Kindergarten oder die Schule weist die Eltern auf mögliche Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung hin. Und immer ist das Thema Sprachentwicklung ein Teil der Früherkennungsuntersuchungen, die insbesondere als U1 bis U9 von der Geburt bis zum Alter von 5 Jahren in den Kinderarztpraxen durchgeführt werden.

Durch die Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern des GBA (Gemeinsamen Bundesausschuss – Fassung vom 18.06.2015, zuletzt geändert am 21.3.2024) ist festgelegt, wann die verschiedenen Untersuchungen stattfinden sollen und welche Gesichtspunkte der frühkindlichen Entwicklung und verschiedener Krankheiten vorrangig untersucht werden sollen. Die Aspekte, die mit der Sprachentwicklung besonders in Zusammenhang stehen sind in der untenstehenden Darstellung aufgeführt.

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U9
Geburt	2.-10. LT	3.-4. LW	3.-4. LM	6.-7. LM	10.-12. LM	21.-24. LM	34.-46. LM	46.-48. LM	60.-64. LM
Familienanamnese			Anamnese (Hypotonie, Mundschluss, Stimme, Speichelfluss)						
Fehlbildungen									
Antibiotika									
Hörscreening									
Interaktion Eltern							Interaktion Gleichaltrige		
Entwicklungsauffälligkeiten									
Verletzungszeichen									
Mundgesundheit (Prophylaxe, Mundhygiene, Zahnarzt)									
Sprachberatung							Medien		
					Hören		Hörtest		
					Zähne		Kiefer		
							Medien		
Sprachentwicklung									

Abbildung 8. Die für die Sprachentwicklung relevanten Aspekte in den Früherkennungsuntersuchungen gemäß Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie).

Da 1-2 Kinder pro 1000 Neugeborenen eine versorgungspflichtige Hörstörung haben, wurde 2009 verpflichtend ein Neugeborenen-Hörscreening eingeführt. Bis zum 3. Lebensmonat muss eine sichere Diagnostik erfolgt sein und bis zum 6. Lebensmonat eine entsprechende Versorgung stattgefunden haben. Daher wird bei allen Früherkennungsuntersuchungen bis zum 6. Lebensmonat (U5) die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening kontrolliert. Hierbei ergibt sich die Schwierigkeit, dass HNO-ärztliche Praxen aufgrund von Kapazitätsgründen, die Untersuchung nicht zeitnah anbieten können und sich somit Verzögerungen in der Diagnostik ergeben können.

In den Früherkennungsuntersuchungen sollte ab der U3 eine Sprachberatung je nach Alter des Kindes erfolgen. Da der fördernde Einfluss der Eltern vierfach höher ist, als der von Therapeuten und anderen betreuenden Personen (NUBEKK-Studie, 2012), ist eine gute und unterstützende Beratung der Betreuungspersonen von hoher Bedeutung. Hierzu zählt, alle Kontakte mit dem Kind sprachlich zu unterstützen, früh mit dem Anschauen und später Vorlesen von Büchern zu beginnen und auch Singen und Aufsagen von Kinderreimen und -liedern in den Alltag zu integrieren. Gleichwertig ist die Beratung zum Umgang mit Medien. Bei der durchaus alltagsrelevanten Mediennutzung im höheren Alter, ist insbesondere im jüngeren Alter auf die Risiken einer Mediennutzung hinzuweisen.

Sprachberatung		
U3	mit dem Kind reden und dabei anschauen	
U4	zusätzlich Medienberatung	Medienberatung
U5	zusätzlich Kinderreime, Kinderlieder	Medienberatung
U6	zusätzlich Bilderbuch – „Lesestart 1-2-3“	Medienberatung
U7	szenische Bilderbücher, Gute-Nacht-Geschichte, offene Fragen, einfache Spiele	Medienberatung
U7a	Spiele, Bilderbücher, Gute-Nacht-Geschichte, Nacherzählen, offene Fragen	Medienberatung
U8	Spiele, Vorlesen, Geschichten erzählen, offene Fragen	Medienberatung
U9	Spiele, Vorlesen, Geschichten erzählen, offene Fragen	Medienberatung

Abbildung 9. Sprachberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U3-U9. Eigene Darstellung in Anlehnung an Fegeler, Leitfaden zur Beurteilung der Sprachentwicklung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis: Rationale Indikationshilfe für Beobachtung, Sprachförderung und Sprachtherapie, BVKJ (2014, S. 29).

Während die sprachentwicklungsrelevanten Aspekte in den Vorsorgen U5 und U6 gut in der Untersuchungssituation bewertet werden können, ist dies mit 2 und 3 Jahren, also bei der U7 und U7a meist durch das zurückhaltende Verhalten oder auch altersbedingte Verweigern um ein Vielfaches schwieriger. Daher kommen zur Unterstützung verschiedene Elternfragebögen (z.B. FRAKIS, SBE-2/3-KT) zum Einsatz. Somit findet die Beurteilung der Sprachentwicklung oft basierend auf den Einschätzungen und Angaben der Eltern statt. Die genannten Fragebögen sind qualitativ sehr unterschiedlich und in der Genauigkeit bei Anwendung von Versionen in anderen Sprachen oft ungenügend. Bei den Untersuchungen zum 4. und 5. Geburtstag (U8 und U9) erfolgt die Einschätzung zur Sprachentwicklung meist im spontanen Kontakt. Zudem wenden viele Praxen für die Überprüfung der Artikulation die Kottmann-Bögen an. Nur wenige bedienen sich den Testteilen zur Sprachentwicklung verschiedener Entwicklungstests (z.B. BUEVA).

Andere Voraussetzungen für eine störungsfreie Sprachentwicklung, wie z.B. ein intaktes Hörvermögen, ein kariesfreies Gebiss und eine unauffällige Kieferstellung, aber auch eine sprachfördernde Umgebung und die Interaktion zwischen Kind und Elternteil werden in jeder Früherkennungsuntersuchung mit beurteilt.

Die große Herausforderung der Früherkennungsuntersuchungen ist, dass in kurzer Zeit viele verschiedene Entwicklungsbereiche eingeschätzt, alle Organsysteme medizinisch untersucht und entwicklungsrelevante und gesundheitsfördernde Themen mit den Eltern besprochen werden müssen. Oft erschweren fehlende Informationen, Sprachbarrieren mit den Eltern oder Kind bezogene Aspekte (z.B. schwierige Konzentrationsfähigkeit) die Statuserhebung.

Die Unterscheidung, ob ein Kind ein klinisch relevantes Sprachproblem hat und eine medizinisch-therapeutische Leistung wie die Logopädie benötigt, oder ob das Kind durch eine Sprachförderung z.B. im Kindergarten ausreichend unterstützt werden kann, gilt es frühzeitig zu treffen. In jedem Fall muss über die Notwendigkeit einer weiterführenden Diagnostik (z.B. Pädaudiologie, umfassende Entwicklungsdiagnostik) entschieden werden. Dazu werden die Kinder u.a. zu HNO-Ärzten oder ins Sozialpädiatrische Zentrum überwiesen. Problematisch hierbei ist die hohe Nachfrage und die damit verbundenen langen Wartezeiten für eine Vorstellung. Für die Kinder bedeutet dies fehlende individuelle Unterstützung in einem für die Sprachentwicklung sensiblen Alter. Gleiches gilt für die Wartezeiten auf HNO-ärztliche Operationstermine, Beratungsangebote, Sprachförderplätze im Kindergarten oder Logopädie-Plätzen. Bedeutend in der Betreuung von Kindern mit Entwicklungsproblemen ist immer ein enger Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten. Hierbei ist die Einwilligung zur Schweigepflichtsentbindung seitens der Eltern immens wichtig.

„Wir sind in einem Zeitalter angekommen, in dem wir triagieren müssen. Und ich spreche nicht über die Intensivstation, sondern über die kinder- und jugendärztliche Praxis.“

Aufgrund der fehlenden Kapazitäten in vielen Bereichen sind alle Fachkräfte dazu aufgerufen, neue Wege zu gehen, alte Wege wiederzuentdecken und zu versuchen alle Kinder mit Sprachentwicklungsproblemen die bestmöglichen Bedingungen trotz knapper Ressourcen zu bieten. Hierbei könnten zum Beispiel bessere Beratungsmöglichkeiten für Eltern, gute und zeitsparende diagnostische Verfahren auch für Mehrsprachigkeit, Reduktion digitaler Angebote im Kindergarten- und Grundschulalter, Ausweitung von sprachfördernder Umgebung und logopädische Gruppenangebote eine Rolle spielen.

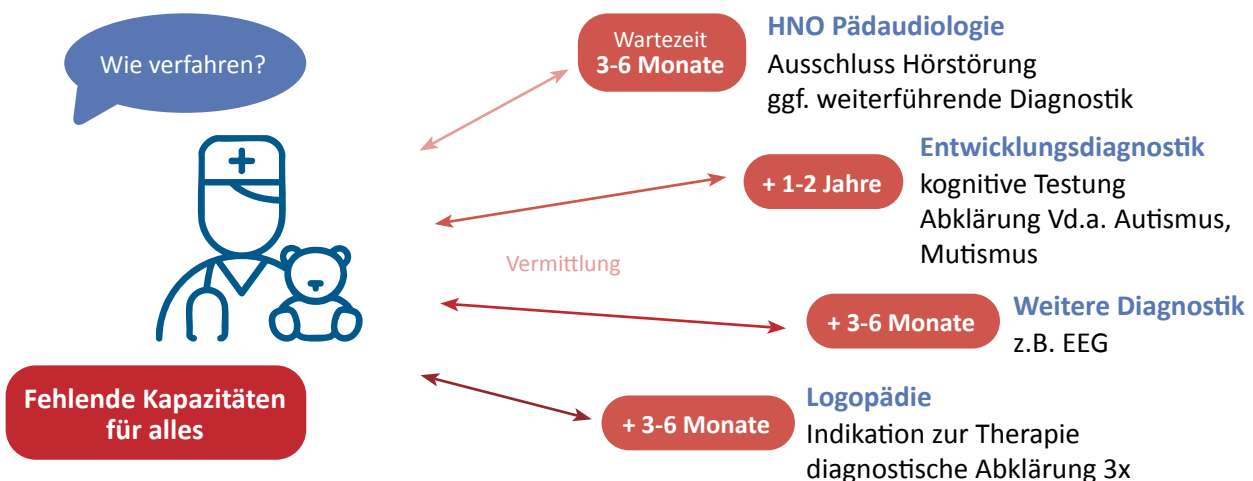


Abbildung 10. Ressourcen und Wartezeiten im diagnostischen Prozess.

Öffentlicher Gesundheitsdienst – epidemiologische Untersuchungen zur Mundgesundheit und Schnittstellen zur Logopädie



Dr. med. dent. Teresa Erfurth-Jach
Zahnärztlicher Dienst
Gesundheitsamt Bremen

Zu den Aufgaben einer Amtszahnärztin/eines Amtszahnarztes im Öffentlichen Gesundheitsdienst gehören u.a. zahnärztliche Reihenuntersuchungen in Kitas und Grundschulen. Diese sind gesetzlich verankert. Neben dem zahnärztlichen und kieferorthopädischen Befund wird bei den Reihenuntersuchungen auch erhoben, ob Habits oder Dyskinesien vorliegen.

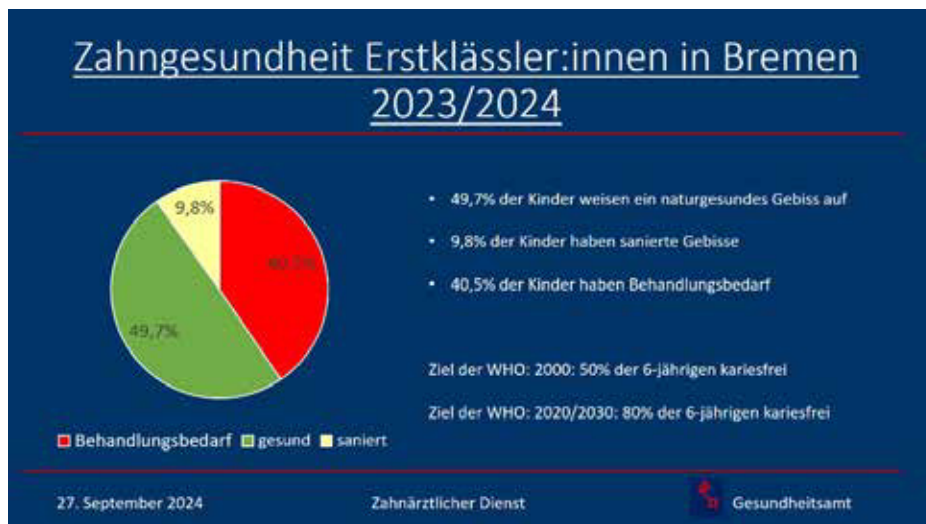


Abbildung 11. Zum Zustand der Zahngesundheit der Erstklässler:innen in Bremen im Schuljahr 2023/24.

Index zur Beschreibung der Zahngesundheit

dmf-t: Der dmf-t-Wert beschreibt, wie viele Milchzähne (t) kariös (d) sind, fehlen (m) oder gefüllt (f) sind. Das Ergebnis (d+m+f) ergibt den dmf-t-Wert. Je höher er ist, desto höher ist die Karieserfahrung.

DMF-T: Der DMF-T-Wert beschreibt, wie viele bleibende Zähne (T) kariös (D) sind, fehlen (M) oder gefüllt (F) sind. Das Ergebnis (D+M+F) ergibt den DMF-T-Wert. Je höher er ist, desto höher ist die Karieserfahrung.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) führt regelmäßig epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe durch. Die Auswertung der longitudinalen Entwicklung der Karieserfahrung im Land Bremen bei 6-7-Jährigen zeigt, dass in den letzten 30 Jahren die Karieserfahrung abgenommen hat. Allerdings ist mit einem mittleren dmft von 2,2 im Schuljahr 2023/2024 wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Dieser ist sicherlich auf unterschiedliche Gründe wie die Corona-Pandemie und erhöhte Zuwanderung zurückzuführen.

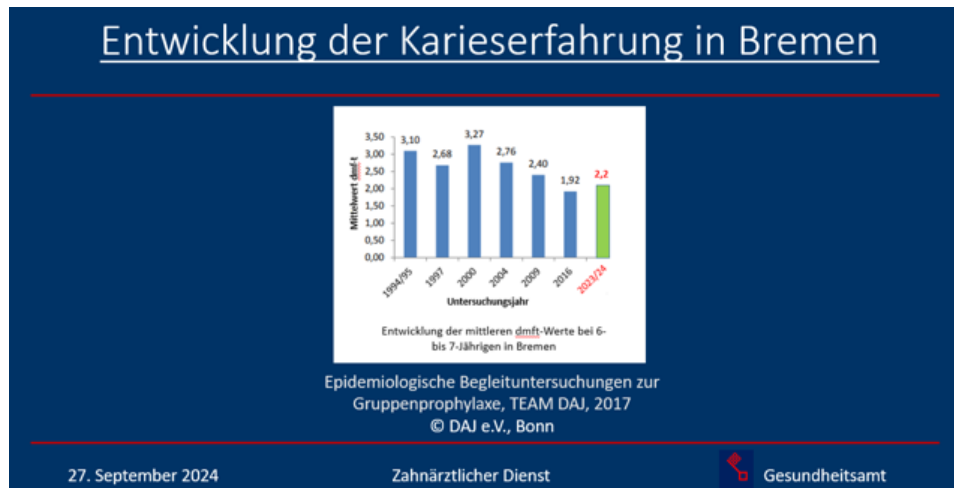


Abbildung 12. Übersicht der Entwicklung der Karieserfahrung in Bremen (Quelle: DAJ e.V., Bonn).

Kariespolarisation

Der dmft-Index ermöglicht den Vergleich einzelner Individuen oder auch homogener Gruppen. Als Mittelwert für die Gesamtpopulation sagt er (naturgemäß) jedoch nichts über die Ungleichverteilung des Kariesbefalls aus. Hierzu wird seit einigen Jahren international der SiC-T – für Milchzähne SiC-t – verwendet. Dieser Index dient der Erfassung der Karieshochrisikogruppe und fokussiert dabei das Drittel der untersuchten Kinder mit den höchsten dmft-Werten. Für diese Gruppe wird ein gesonderter Mittelwert berechnet. Ist die Zahngesundheit stark polarisiert, unterscheiden sich dmft und SiC-t deutlich voneinander.

Demnach verteilte sich die Karieslast unter den Bremer Erstklässlern ziemlich ungleich. Der mittlere SiC-t lag bei 5,95. Damit wiesen die Kinder mit den höchsten dmft-Werten fast dreimal mehr erkrankte Zähne auf als der Durchschnitt.

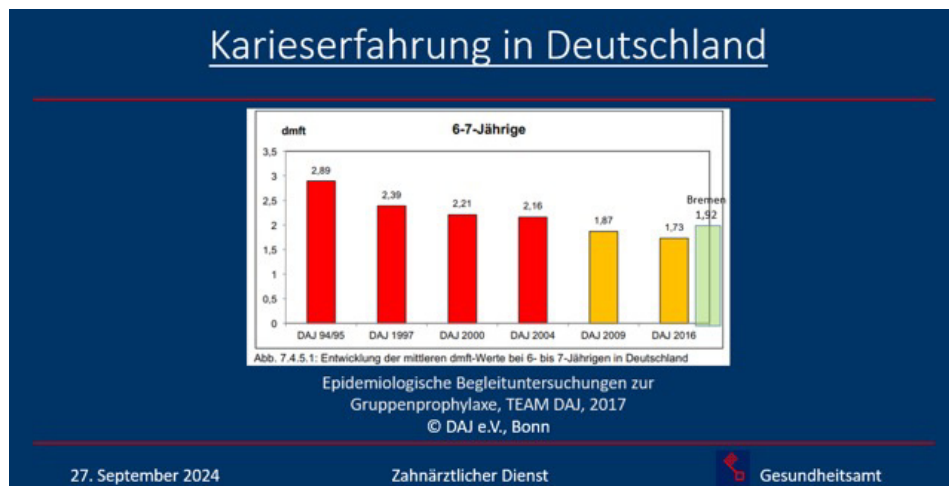


Abbildung 13. Karieserfahrung in Deutschland sowie Bremen im Vergleich (Quelle: DAJ e.V., Bonn).

„Zwischen Gesundheit und Sozialstatus besteht eine enge Verbindung.“



Abbildung 14. Karieserfahrung weltweit (Quelle: DAJ e.V., Bonn).

Mundgesundheit und Sozialstatus

Zwischen Gesundheit und Sozialstatus besteht eine enge Verbindung. Diese gilt auch für die Mundgesundheit, d.h. mit höherem Sozialstatus sinkt das Risiko an Karies zu erkranken, steigen der Sanierungsgrad und die Kariesfreiheit der Kinder. Dies zeigt sich auch bei zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Schulen und Kitas. In der Stadt Bremen sind die Schulen nach Indexwerten in Quintile eingeteilt. Quintil 1 ist das mit dem höchsten, Quintil 5 das mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status.

Das folgende Schaubild zeigt den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Zahngesundheit der Erstklässler:innen im Jahr 2023/2024. Mit abnehmenden Sozialstatus nimmt der Anteil naturgesunder Gebisse ab, steigt der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse und sinkt der Sanierungsgrad.

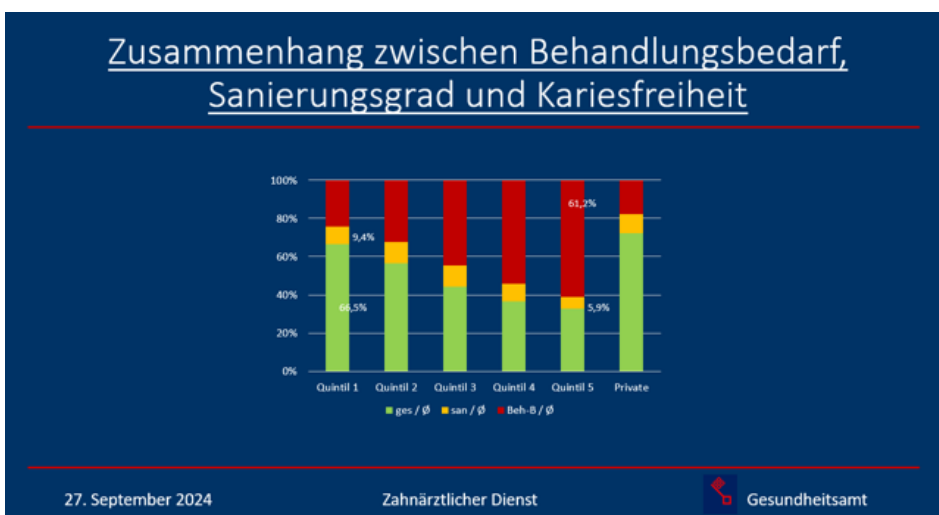


Abbildung 15. Zusammenhang zwischen Behandlungsbedarf, Sanierungsgrad und Kariesfreiheit der Erstklässler:innen in Bremen im Schuljahr 2023/24.

Habits

Bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen wird auch erhoben, ob Habits vorliegen. Habits sind schlechte Angewohnheiten, die zu einer dysgnathen Entwicklung führen können. Es wird unterschieden zwischen gewöhnlichen Habits, wie beispielsweise Daumen- oder Schnullerlutschen, autoaggressiven Habits und orofazialen Dysfunktionen. Zu letzteren zählt auch das viscerale Schluckmuster.

Auswirkungen des visceralen Schluckmusters auf Mundgesundheit

Auswirkung möglich auf Zahnstellung und Kieferentwicklung

-> Offener Biss:
Def.: fehlender Kontakt der Frontzähne mit vertikaler Distanz der inzisalen Kanten



27. September 2024 Zahnärztlicher Dienst Gesundheitsamt

Abbildung 16. Mögliche Auswirkungen des visceralen Schluckmusters auf Mundgesundheit.

Mögliche Auswirkungen des visceralen Schluckmusters können die Intrusion der Frontzähne, die Entwicklung eines schmalen Oberkiefers und schmalen Nasenbodens mit engen Nasenhöhlen sein.

Auswirkungen des visceralen Schluckmusters auf physiologische Funktionen

Kauen, Atmen, Sprechen

Störung der Kau-, Abbeißfunktion
häufig Mundatmung/ingeschränkte Nasenatmung
-> erhöhte Infektanfälligkeit
-> Karies und Gingivitiden
Störung der s-Lautbildung



27. September 2024 Zahnärztlicher Dienst Gesundheitsamt

Abbildung 17. Mögliche Auswirkungen des visceralen Schluckmusters auf physiologische Funktionen.

Behandlung des offenen Bisses

Kieferorthopädie
herausnehmbare Geräte
festsitzende Geräte

Abstellen der Habits
Logopädie

Belassen der Habits:
hohe Rezidivgefahr
Wurzelresorptionen





27. September 2024
Zahnärztlicher Dienst
Gesundheitsamt

Abbildung 18. Behandlung des offenen Bisses.

Eugnathie (Regelverzahnung)

Um einschätzen zu können, ob eine Zahnfehlstellung vorliegt, ist es wichtig zu wissen, wie ein regelrecht verzahntes (eugnathes) Gebiss aussieht. Zu den sechs Schlüsseln für eine optimale Okklusion gehören u.a. eine korrekte Relation der Front- und Backenzähne, ausgeformte Zahnbögen ohne Drehungen und Lücken sowie eine bestimmte Angulation und Neigung der Zahnkronen.

Rückbiss

Eine häufig vorkommende Fehlstellung ist der sog. Rückbiss, bei dem eine vergrößerte sagittale Schneidekantenstufe ($>3,5$ mm), oft verbunden mit einer Rücklage des Unterkiefers vorliegt. Mögliche ätiologische Faktoren sind genetische oder habituelle Einflüsse wie Daumen- oder Schnullerlutschen. Der günstigste Zeitpunkt für die Korrektur der Fehlstellung liegt in der Regel in der zweiten Phase des Zahnwechsels (ca. 9.-10. Lebensjahr).

Progene Verzahnung

Kennzeichnendes Symptom dieser Fehlstellung ist eine umgekehrte Frontzahnstufe. Extreme Formen sollten schon im Milchgebiss, ca. ab dem 5. Lebensjahr behandelt werden. Die Fehlstellung hat häufig eine erbliche Genese, die Behandlung ist in der Regel langwierig.

Kreuzbiss

Bei einem seitlichen Kreuzbiss stehen die Seitenzähne des Oberkiefers weiter innen als die Seitenzähne des Unterkiefers. Er kann ein- oder beidseitig vorkommen und sowohl einzelne Zähne als auch alle Seitenzähne betreffen. Ursächlich ist oft ein zu schmaler Oberkiefer. Idealer Behandlungszeitpunkt ist bereits im Milchgebiss.

Offener Biss

Der offene Biss, der im Milchgebiss mit einer Prävalenz von etwa 20-30 % vorkommt, ist gekennzeichnet durch einen fehlenden Kontakt der Frontzähne mit vertikaler Distanz der inzisalen Kanten. Mögliche Ursachen sind Habits wie das viscerale Schluckmuster oder ein vertikaler Gesichtstyp. Die Behandlung sollte in der Regel ebenfalls frühzeitig begonnen werden (ca. ab 5. Lebensjahr). Ein Abstellen der Habits, sofern ursächlich, führt nicht selten zum Selbstausgleich oder zumindest zur Abschwächung der Fehlstellung.

The slide is titled "Ausblick" and contains the following content:

- Bedarfe in Bremen und v.a. in sozialschwächeren Stadtteilen groß
-> intensivierte und fokussierte Kariesprävention, v.a. im Milchgebiss
- zu wenig (Kinder-)Zahnärzte v.a. in den Brennpunkten in Bremen, sehr lange Wartezeiten auf Termine, oft keine Neuaufnahmen
- engere, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten:innen/Kieferorthopäden:innen und Logopäden:innen wünschenswert
- bessere Vernetzung von Fachkräften mit ÖGD wünschenswert
- insg. Rückgang bei Munderkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu erwarten, gleichzeitig aber Verschiebung der Erkrankungen ins höhere Alter

At the bottom of the slide, there is a footer with the date "27. September 2024", the text "Zahnärztlicher Dienst", and the logo of the "Gesundheitsamt".

Abbildung 19. Zusammenfassender Ausblick in Bezug auf die gegenwärtige Situation in Bremen.

Auch wenn logopädische Neuverordnungen von Seiten der Zahnärzte/-innen, Kieferorthopäden/-innen und Kinderärzte/-innen erfolgen, wäre eine engere Zusammenarbeit wünschenswert. So könnten Therapieinhalte und -ziele abgesprochen und so optimale Ergebnisse und Therapieerfolge erzielt werden.

Evidenzbasierte Früherkennung als Maßnahme gegen die bestehende Fehlversorgung von mehrsprachigen Kindern

Prof. Dr. phil. Wiebke Scharff Rethfeldt
 Staatl. anerkannte Logopädin, Professorin für Logopädie
 Leitung Fachbereich Logopädie,
 Studiengang Angewandte Therapiewissenschaften, Hochschule Bremen



Der Anteil kulturell divers und mehrsprachig aufwachsender Kinder im Vorschulalter in der Bevölkerung ist in den letzten zehn Jahren gestiegen. Dementsprechend häufiger werden sie auch in ärztlichen und logopädischen Praxen vorgestellt. Bei ihnen stellt sich oft die differentialdiagnostische Frage, ob eine therapiebedürftige Sprachentwicklungsstörung oder ein Sprachförderbedarf vorliegt, dem durch pädagogische Maßnahmen begegnet werden sollte.

Ca. 30%-50% der Vorschulkinder in sozial benachteiligten Räumen erleben Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten (Basit et al., 2015). Unabhängig davon, ob ein Kind ein- oder mehrsprachig aufwächst, sind rund 10% aller Kinder von einer therapiebedürftigen Sprachstörung betroffen, 7,58% davon ohne erkennbare ursächliche Bedingung (Norbury et al., 2016). Mit einer Inzidenzrate von rund 8% der Kinder im Vorschulalter eines Jahrgangs ist die Sprachentwicklungsstörung (SES) die häufigste Entwicklungsstörung im Kindesalter. Dabei ist sie häufiger bei Kindern aus Familien festzustellen, die zur Bevölkerung in sozialen Problemlagen zählen. Da eine unzureichend behandelte SES in der Folge häufig mit einer sozioökonomisch geringeren Beschäftigung einhergeht.

Kinder in Bremen mit SGBII-Bezug vs. Sprachförderbedarf

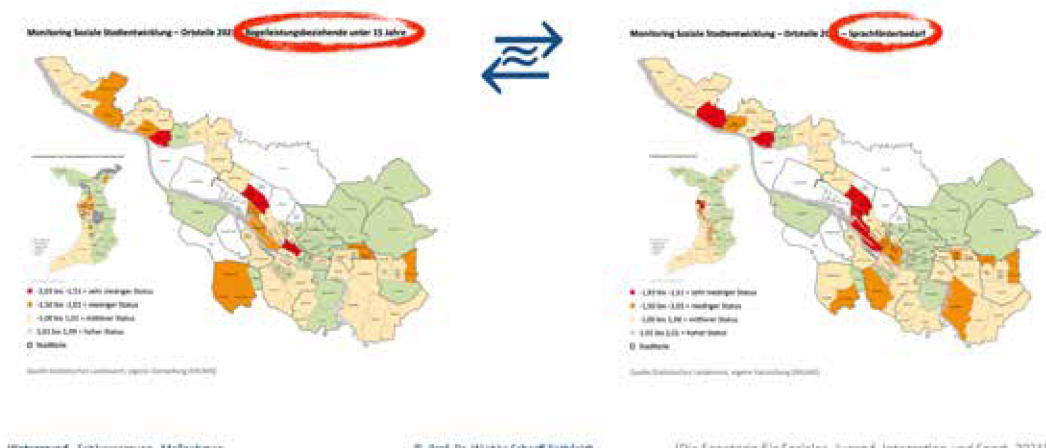


Abbildung 20. Daten aus Bremen zu Kindern in sozial benachteiligten Räumen und Kindern mit Sprachförderbedarf ohne Differenzierung, worin sich dieser begründet (Quelle: Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport, Lebenslagen im Land Bremen, 3. Bericht der Freien Hansestadt Bremen, 2021).

Gemäß aktuellem internationalem Konsens handelt es sich bei der SES um einen Begriff, der Schwierigkeiten beim Verwenden und/oder Verstehen gesprochener Sprache beschreibt – unabhängig davon, welche Sprache verwendet wird – wobei diese Schwierigkeiten ohne Bezug zu einer medizinisch erkennbaren Erkrankung auftreten (weitere 2,3% der Kinder eines Jahrgangs; Norbury et al., 2016).

Die SES wird ursächlich auf ein angelegtes Sprachverarbeitungsdefizit zurückgeführt, welches im Zusammenhang mit einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge in Kombination mit einer zunehmend eindeutigen genetischen Komponente steht, die von Geburt an vorhanden ist. Und folglich es unerheblich, wie sich das sprachliche Umfeld gestaltet, also auch, ob ein Kind dann mit einer oder mehreren Sprachen aufwächst. So ist die Prävalenz bei mehrsprachigen Kindern nicht anders als bei einsprachigen oder bei zwei-, drei-, oder viersprachigen Kindern, und Mehrsprachigkeit auch nicht ursächlich für eine SES.

Dennoch: weitere, unabhängig von der SES auftretende Bedingungen wie z.B. rezidivierende Mittelohrentzündungen oder Aussprachestörungen, können das Erscheinen von Störungen der Sprach- und Kommunikationsentwicklung verstärken.

Die Schwierigkeiten, die in Ausmaß und Schwere variieren können, schaffen funktionale Barrieren für Kinder, sich mit anderen zu sozialisieren, und sobald sich die Schwierigkeiten, Sprache zu verwenden, manifestieren, ist es sehr wahrscheinlich, dass diese auch ihre schulischen Leistungen beeinträchtigen.

Diese Schwierigkeiten lösen sich im Zuge der weiteren Entwicklung nicht spontan auf, weshalb betroffene Kinder eine logopädische Intervention benötigen, um ihre Schwierigkeiten in Abhängigkeit der Anforderungen zu überwinden, denn SES ist eine lebenslange Beeinträchtigung. Dennoch können Betroffene durch Strategien, die sie in einer logopädischen Therapie erhalten, bestimmte Anforderungen kompensieren. In der Logopädie lernen sie, mit den Schwierigkeiten der Sprachverarbeitungsstörung umzugehen, und dies kann für den betroffenen Einzelnen den wesentlichen Unterschied machen, um an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzuhaben und auch schulische Leistungen den Anforderungen entsprechend erbringen zu können. Retrospektive Populationsstudien weisen darauf hin, dass Logopädie bei SES wirkt, wenn sie frühzeitig erkannt wird. Deshalb ist eine frühzeitige Identifizierung wichtig.

„Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse deuten auf eine hohe Fehlversorgung und Barrieren im Versorgungszugang. So werden Sprach- und Kommunikationsstörungen nicht oder zu spät erkannt, Kinder bleiben unversorgt.“

Neben den bekannten Prävalenzen und den eine SES bedingenden Faktoren, sind den letzten zehn Jahren vermehrt Faktoren zu beobachten, die die Inzidenzraten von Sprach- und Kommunikationsstörungen zusätzlich erhöhen können und deren Effekte bislang noch unzureichend berücksichtigt werden. Sie stehen in einem engeren Zusammenhang mit Populationen, die aus Kriegs-, Konflikt- und Krisen-Regionen zugewandert sind. So können die folgenden Bedingungen auch in einem Zusammenhang mit Formen von Sprach- und Kommunikationsstörungen stehen und bedürfen bei beobachteten Auffälligkeiten zumindest einer Abklärung. Die Effekte können sowohl Anlage als auch Umwelt betreffen. Kongenital können Toxine aus Waffen verschiedene Nahrungsmittel kontaminieren und pränatal auf die neurologische Entwicklung eines Kindes wirken. Ein anderes Beispiel: ohne dass ein Kind ein Trauma selbst erlebt haben muss oder in der Region geboren sein oder gelebt haben muss, kann es seine Sprachverarbeitung im Zusammenhang mit einem transgenerationalen Trauma beeinträchtigt sein.

In den ersten drei Lebensjahren führen in Kriegs-, Konflikt- und Krisen-Regionen gemachte Erfahrungen in 76% der Fälle zu Beeinträchtigungen in den Bereichen Sprache, Emotion und Kognition. Vor diesen Hintergrund erscheint eine ursachenorientierte begriffliche Differenzierung zwischen Sprachentwicklungsstörungen mit oder ohne Komorbiditäten kaum haltbar. Solche diagnostisch relevanten, begrifflichen Trennschärfen entsprechen nicht mehr der Realität, wie wir sie in der Praxis sehen. Ähnlich verhält es sich mit den Maßnahmen wie Förderung oder Therapie, und familiärer Unterstützung im Bildungsprozess. Denn Eltern sind häufiger selbst betroffen, hatten geringen Zugang zu formaler Bildung oder bringen zu geringe Ressourcen mit.

Die aktuellen Bedingungen, die sich aus sozialen Problemlagen, Mehrsprachigkeit und kultureller Diversität ergeben, führen bei mehrsprachigen Kindern zu einem ungleich höheren Risiko einer Fehlallokation und damit Fehlversorgung. Nationale und internationale Studien zeigen, dass mehrsprachige Kinder mit SES deutlich häufiger von Fehldiagnosen betroffen sind, da sie aufgrund sprachlicher, kultureller und finanzieller Barrieren im Vergleich zur Aufnahmebevölkerung seltener und erschwert Zugang zu medizinischer Versorgung und adäquater Früherkennung erhalten.

Zugangsbarrieren

Extrinsische Faktoren

- Aufklärung und Vermittlung von Wissen über Mehrsprachigkeit für Eltern
- Verbesserter Zugang zu Informationen über Versorgungspfade
- Unterstützung bei Sprachbarrieren
- Reduktion von Wartezeiten
- Angemessene Budgetierung
- Mehr zeitliche und personelle Ressourcen
- Maßnahmen gegen systematische Diskriminierung
- Verfügbare kultursensible Untersuchungsmaterialien
- Verzicht auf Einsatz/Bewerbung ungeeigneter sprachdiagnostischer Instrumente

Intrinsische Faktoren

- Fachwissen über mehrsprachige Entwicklungsverläufe und klinische Merkmale im Unterschied zur monolingualen Entwicklung ⇒ Indikatoren
- Aufbau (klinisch) interkultureller Kompetenzen ⇒ adäquate Materialauswahl
- Verbesserte methodische Kenntnisse ⇒ gegen Einsatz inadäquater Verfahren

(Snow & Dodd, 2003; Scharff Rethfeldt, 2017, 2019; Wierferink et al., 2020; McGregor 2020; Zaretsky et al., 2021; Guttler & Scharff Rethfeldt, 2023; Scharff Rethfeldt et al., 2024)

Abbildung 21. Zugangsbarrieren in der logopädischen Versorgung und Früherkennung von Störungen der Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern.

Daten aus Bremen zeigen, dass mehrsprachige Kinder aus sozialen Problemlagen, mit oder ohne Migrationshintergrund häufiger von Fehlentscheidungen betroffen sind (Scharff Rethfeldt, 2019). Zum Beispiel erhalten einige eine medizinische Indikation, obgleich sie sprachgesund sind und stattdessen Sprachförderung benötigen, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken. Die Bremer Studie zeigt aber auch, dass mehrsprachige Kinder mit SES später als einsprachig mit Deutsch aufwachsende Gleichaltrige eine notwendige logopädische Therapie erhalten. Ähnlich zeigt eine Studie aus Hessen, dass sich mehr als die Hälfte der klinisch auffälligen Kinder eines untersuchten Jahrgangs nicht in einer Sprachtherapie befand und klinisch auffällige Kinder mit Migrationshintergrund eine signifikant schlechtere sprachtherapeutische Versorgung erhalten (Zaretsky et al., 2021). Und die IGES U-Heft-Evaluation (2023) berichtet überwiegend erst mit der U8 oder U9 festgestellte Hinweise auf Sprach- und Sprechstörungen. Auch dies kann eine verspätete logopädische Vorstellung erklären und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern erst dann verordnet wird, wenn die einer SES zugrunde liegende Sprachverarbeitungsstörung erst im Zuge der sprachlichen Entwicklung und des Deutscherwerbs vermehrt an der linguistischen Oberfläche des deutschen Wortschatzes oder der deutschen Grammatik zu beobachten ist.

Mehrsprachige Kinder aus sozialen Problemlagen/mit Migrationshintergrund

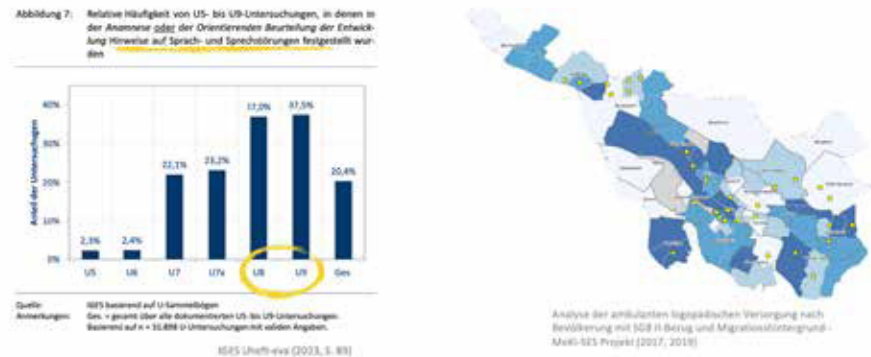


Abbildung 22. Exemplarische Daten aus in Deutschland durchgeführten Erhebungen zur Versorgungslage unter Berücksichtigung von Sprachstörungen im Kindesalter.

Eine valide Früherkennung bei mehrsprachigen Kindern stellt deutlich höhere Anforderungen an die Fachdisziplinen hinsichtlich Diagnostik, Beratung und Therapie. Mit zunehmender Zahl mehrsprachiger und kulturell diverser Kinder steigen die Anforderungen an die Kindergesundheitsdienste, eine chancengleiche Gesundheitsversorgung zu sichern. Denn zugleich steigt das Risiko, dass SES bei mehrsprachigen Kindern unbemerkt bleiben. Dies ist problematisch, da schwere Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten ein frühes Anzeichen für weitere Entwicklungsstörungen sein können und eine frühzeitige wirksame Intervention möglich ist. Diese Fehlversorgung manifestiert sich im System als Über- und Unterdiagnosen.

Fehl Diagnosen stellen ein zentrales Problem dar. Einerseits werden SES bei mehrsprachigen Kindern aufgrund mangelnder differenzialdiagnostischer Ansätze überdiagnostiziert. Andererseits führen falsche Annahmen über Mehrsprachigkeit und deren Einfluss auf die Sprachentwicklung zu einer Unterdiagnose tatsächlicher Störungen. Dies hat weitreichende Folgen.

Fehlallokationen aufgrund von Über- oder Unterdiagnosen verfälschen nicht nur die Datenlage zur Versorgungssituation und Kindergesundheit, sondern stellen eine Gefahr langfristig negativer Auswirkungen von Kommunikationsschwierigkeiten für die Kinder dar. Darüber hinaus verringern unbefriedigte Kommunikationsbedürfnisse die Fähigkeiten einer Person zu sozialer und finanzieller Selbstständigkeit, damit auch ihre Fähigkeit, zum sozialen Zusammenhalt und wirtschaftlichen Kapital eines Landes beizutragen. Dies ist von großer Bedeutung für die Gesundheits-, Bildungs- und Wirtschaftspolitik eines Landes.

Mit Blick auf die verschiedenen Zugangsbarrieren bedarf es einer zeitnahen Umsetzung veränderter Maßnahmen in einem interprofessionellen Kontext, da die in Deutschland lebende Bevölkerung vielfältiger wird und die gegenwärtige Gesundheitsversorgung mit den Zielen der Vereinten Nationen für eine nachhaltige Entwicklung und dem von der Weltgesundheitsorganisation formulierten Anspruch einer barrierefreien Rehabilitation noch nicht erreicht ist.

Für die pädiatrische Praxis ist zu empfehlen, im Rahmen der U7 entgegen der in 2016 vorgenommenen Richtlinien-Änderung wieder die Frage nach der Zwei-Wort-Kombination aufzunehmen. Verzichtet werden sollte z.B. auch auf den Einsatz des SBE-2-KT. Stärker als die Anzahl der Wörter, stellt die Fähigkeit zur Zwei-Wort-Kombination ein universelles evidenzbasiertes Kriterium dar.

Bei einem Verdacht auf eine auffällige Sprachentwicklung können Logopäd:innen das kindliche Sprachverhalten auf konkrete evidenzbasierte Hinweise auf eine Sprachentwicklungsstörung auch bei einem mehrsprachigen Kind im Alter von 24 Monaten gut prüfen.

Beispiel Früherkennung der SES in pädiatrischer Praxis

Neue Kinder-Richtlinie Abschnitt Anamnese U7 (Bundesanhang AF 18.08.2016 81)	← Überarbeitung erforderlich! Item-Empfehlung zum Sprechen und zur Sprache
Ungeeignet	Geeignet
<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes zufrieden? (U7 bis U9) Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden? (U7 bis U9) In der pädiatrischen Praxis häufig eingesetzte Fragebögen, die die Gütekriterien nicht erfüllen (z.B. SBE-2-KT), obgleich Validität, Sensitivität und Spezifität insbesondere bei einem Screening wichtig sind. Für FRAKIS hingegen liegen adaptierte Versionen in verschiedenen Sprachen und Varietäten (z.B. Arabisch) vor. 	<ul style="list-style-type: none"> Kann Ihr Kind in einer seiner Sprachen 2 Wörter kombinieren? (U7) fehlendes kanonisches Lallen ab dem 6. Mon. fehlende Imitationen (Wörter, Intonation) ab dem 12. Mon. ausbleibende Präferenz für sprachliche Klangmuster ab dem 12. Mon. ausbleibendes Wortverständnis ab dem 12. Mon. Verständnis der referenziellen Funktion von Wörtern Strategien zum Aufbau semantischer Repräsentation und Gesten fehlende oder unsichere Objektpermanenz ab dem 12. Mon. altersabweichend verzögerte Spielentwicklung fehlende, schwache Strategien zum Aufbau symbolischer Handlungen Lautwahrnehmung und Lautinventar (nach Hörstatus) in-/konsequente Abweichung von phonologischen Wortmustern

Abbildung 23. Beispiele ungeeigneter und geeigneter Prüfkriterien zur Früherkennung von Störungen der Sprachentwicklung bei Kleinkindern zum Zeitpunkt der U7.

Eine wesentliche Ursache von Fehleinschätzungen bildet das auf wissenschaftlichen Theorien und Erkenntnissen überwiegend zum Spracherwerb monolingualer Kinder der Mittelschicht entwickelte und etablierte sprachdiagnostische Vorgehen. So trägt der Einsatz von auf Erkenntnissen zum monolingualen Deutscherwerb konzipierten Testverfahren bei mehrsprachigen Kindern zu Fehldiagnosen bei. Damit kann der Anspruch auf eine valide Identifikation einer potenziellen Sprachentwicklungsstörung nicht mehr gewährleistet werden. Heutige Spracherwerbssituationen in einer super-diversen Gesellschaft sind vielschichtiger und komplizierter. Die hiermit verbundenen Einflussfaktoren erfordern ein entsprechendes methodisch adäquates Vorgehen. Daher besteht ein internationaler Konsens darüber, dass monolinguale Normen ungeeignet sind.

Evidenzbasierte Maßnahmen sind relevant für Diagnostik, Monitoring und Intervention. So sollten ausschließlich solche diagnostischen Methoden zum Einsatz kommen, die die sprachlichen und kulturellen Besonderheiten mehrsprachiger Kinder berücksichtigen (Castilla-Earls et al., 2020). Hierzu zählen eine kultursensitive Anamnese, die Erhebung der individuellen Sprachbiografie, Spontansprachproben, Beobachtung in Interaktionsituationen, sprachenunabhängige Aufgaben zur Überprüfung der Sprachverarbeitung, kriterien-orientierte Verfahren sowie Dynamic Assessment (Scharff Rethfeldt, 2023).

Ablauf der logopädischen Sprachentwicklungsdiagnostik

bei mehrsprachigen Kindern ohne Einsatz von an linguistischen Normen orientierten Verfahren

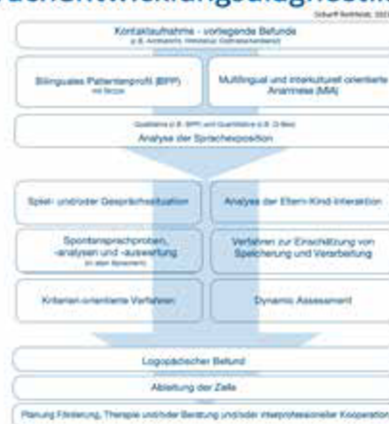


Abbildung 24. Ablauf und evidenzbasierter Methodenkanon der logopädischen Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern mit Verdacht Störungen der Sprachentwicklung (eigene Darstellung in Anlehnung an Scharff Rethfeldt, Kindliche Mehrsprachigkeit – Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention, Thieme, 2023).

Zudem bedarf es weiterer interprofessioneller Anstrengungen für eine verbesserte Zusammenarbeit an den Schnittstellen Gesundheit, Soziales und Bildung. Dies betrifft zum einen Faktoren wie mangelnde Aufklärung von Eltern und Bezugspersonen, unzureichendes Fachwissen bei

Fachkräften und den Einsatz solcher Sprachstandserhebungsverfahren im vorschulischen Bildungsbereich, die die Fehlversorgung verstärken können. Zum anderen können strukturelle Maßnahmen wie die Implementierung von logopädischer Versorgung als Teil von Multi-Tiered-Systems of Support (MTSS) eine gezielte Unterstützung bieten (Linan-Thompson et al., 2022).

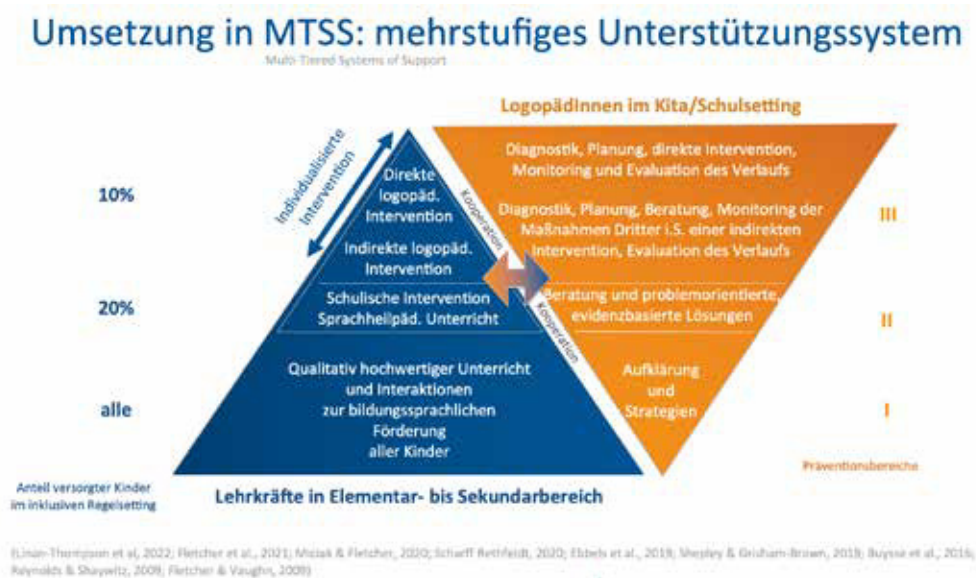


Abbildung 25. Modell zur Umsetzung von Multi-Tiered Systems of Support (MTSS) als mehrstufiges Unterstützungssystem in Kindertagesstätten und Schulen unter Einbindung von Logopäd:innen.

Folgende Bedarfe und damit verbundene Implikationen lassen sich zusammenfassen:

- Aufklärung und Vermittlung von Wissen**
- Neuausrichtung in der Früherkennung**
- Monitoring bei Sprachauffälligkeiten**
- Kontrollverlauf bei klinischen Diagnosen**
- Implementierung von Logopädie an Schulen**
- MTSS im Ganzttag unter Verzahnung von Soziales - Bildung - Gesundheit**

Literatur

Basit, T.N., Hughes, A., Iqbal, Z. et al. (2015). The influence of socio-economic status and ethnicity on speech and language development. *International Journal of Early Years Education*, 23, 115-133.

Castilla-Earls, A., Bedore, L., Rojas, R., et al. (2020). Beyond Scores: Using Converging Evidence to Determine Speech and Language Services Eligibility for Dual Language Learners. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1116-1132.

Linan-Thompson, S., Ortiz, A., & Cavazos, L. (2022). An Examination of MTSS Assessment and Decision Making Practices for English Learners. *School Psychology Review*, 51(4), 484-497.

Norbury, C.F., Gooch, D., Wray, C. et al. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57, 1247-1257.

Scharff Rethfeldt, W., McNeilly, L., Laasonen, M., et al. (2024). Assessment of Developmental Language Disorder in Multilingual Children: Results from an International Survey. *Folia Phoniatria et Logopaedica*, 76(2), 127-150.

Scharff Rethfeldt W. (2023). *Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention*, 2. Aufl., Thieme.

Scharff Rethfeldt W. (2019). Speech and Language Therapy Services for Multilingual Children with Migration Background: A Cross-Sectional Survey in Germany. *Folia phoniatria et logopaedica : official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP)*, 71(2-3), 116-126.

Zaretsky, E., Van Minnen, S., Lange, B.P. et al. (2021). Sprachtherapeutische Versorgung 4-jähriger Kinder in Hessen: ein Überblick. *Monatsschrift Kinderheilkunde*

Wenn Schüler:innen auffallen...

Herausforderungen bzgl. der sonderpädagogischen (Förder-)Diagnostik im Schwerpunkt Sprache

Sibylle Roehr

Landesinstitut für Schule (LiS)
Landesreferentin für Aus-, Fort- und Weiterbildung
Verband Sonderpädagogik (vds), Landesverband Bremen



Die sonderpädagogische Förderung im Bereich Sprache steht vor komplexen Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf diagnostische Verfahren und die Entwicklung passender Fördermaßnahmen. Diese Themen sind aus der Perspektive der Forschung, aber auch aus der Praxis zu beleuchten, wobei im Rahmen des Vortrags eigene Erfahrungen als Sonderpädagogin und Fachleiterin in der Ausbildung aufgegriffen werden. Im Fokus stehen der Bedarf an klaren Definitionen, der Umgang mit Mehrsprachigkeit sowie die besondere Bedeutung einer fundierten Diagnostik. Denn: eine qualitativ angepasste Diagnostik, Förderung und Therapie sind hinsichtlich der sprachlich-kommunikativen Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen ein wesentlicher Baustein für die individuelle Entwicklung und zukünftige Bildungsbiographie.

Fakten - Check

- ✓ **MANGEL** Lehrkräfte, Erzieher:innen etc.
- ✓ Unzufriedenheit mit allgemeinbildenden Schulen, Ranking 16 WK 21.09.24 –ifo-Institut
- ✓ Koalitionsvereinbarungen - Streichung der Doppelbestzungen an Grundschulen gvw 19.04.24
- ✓ bundesweit höchste Schulabbrecherquote (> 10%) WK 21.06.24 17.
- ✓ IQHB – Bericht 2023/24 Sprachförderbedarf ca. 50% der Schulkinder WK 17.04.24

Fakten - Check

- ✓ Bremisches Schulgesetz 2009/2021 Inklusion § 3 Abs. 4
- ✓ SuS mit Förderbedarf mit allgemeinem Schulabschluss verdreifacht, deutlich über Bundesdurchschnitt WK 11.09.24
- ✓ Projekte zur Sprachförderung:
 - Kita-EinstiegsHaus (Gröpelingen)
 - „MITSprache“ Stiftung Fairchance (Hemelingen)
- ✓ 2021 Ausgaben Kinder- und Jugendhilfe weit über Bundesdurchschnitt 17. Ki-Ju Bericht der Bundesregierung WK 19.09.24

Sibylle Roehr 06/2024

Abbildung 26. Zur Situation in Bremen, das durch negative Schlagzeilen bekannt ist, dabei durchaus auch positive Ansätze und Ergebnisse vorweisen kann.

Ein hoher Anteil von Schüler:innen zeigt sprachliche Auffälligkeiten. Erhebungen belegen, dass etwa 50 % der Kinder im Grundschulalter in Bremen Sprachförderbedarf haben.


Sprachauffälligkeiten können sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren, darunter Aussprache, Wortschatz, Grammatik oder Sprachverständnis. Dabei unterscheiden sich Sprachentwicklungsstörungen (SES) von umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten: Während SES durch neurobiologische oder kognitive Ursachen bedingt sind, entstehen umgebungsbedingte Auffälligkeiten durch fehlende sprachliche Vorbilder oder geringe Qualität des sprachlichen Inputs. Es ist essenziell, diese Unterschiede für eine angemessene Diagnostik und Förderung zu erkennen.

2. Definition - Prävalenz

Umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten

- ✓ verzögerte, aber ungestörte Sprachverarbeitung
- ✓ normaler Spracherwerbsprozess unter Berücksichtigung heterogener Spracherwerbsverläufe -> age of onset
- ✓ geringer sozio-ökonomischer Status
- ✓ sprach- und schriftfernes Milieu
- ✓ unzureichende Sprachvorbilder, fehlende Quantität und Qualität von sprachlichem Input

- ✓ ähnliche Symptome wie Kinder mit SES
- ✓ KEINE Sprachtherapie NOTWENDIG sprachlich optimierten Unterricht



➤ **Problemlage** für heilmittelverordnungsfähige Ärzt:innen, weil bei diesen umgebungsbedingten Sprachentwicklungsauffälligkeiten eine therapeutische Verordnung nach der Heilmittelrichtlinie nicht möglich ist, gelegentlich aber von Eltern, Erzieher:innen oder Lehrer:innen gewünscht wird. (vgl. DGPP 2022, S.10)

Quelle: Bucher 06/2024


Abbildung 27. Schülerinnen und Schüler (SuS) mit sehr unterschiedlichen Sprachförderbedarfen aufgrund unterschiedlicher Ursachen für sprachliche Auffälligkeiten, die Kindern mit Sprachentwicklungsstörung (SES) ähneln.


2. Definition - Prävalenz

Inwiefern die auffälligen Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes auf eine therapeutisch zu versorgende Sprachstörung zurückzuführen sind oder aber in eher umgebungsbezogenen Erwerbsbedingungen begründet sind, ist für eine Lehrkraft bzw. pädagogische Fachkraft auf Basis der Alltagskommunikation jedoch schwer zu entscheiden.

(vgl. DGPP 2022, S. 257)

Merke !





Quelle: Bucher 06/2024

Abbildung 28. Zur Beurteilung auffälliger Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes aus pädagogischer Sicht.

Fallbeispiel

Anhand eines Fallbeispiels werden mögliche kontextgebundene Ursachen für in der (sonder-) pädagogischen Praxis wiederholt zu beobachtende Fehleinschätzungen von Förderbedarfen im Bereich Sprache aufgezeigt.

Yasin (*Name anonymisiert*) ist ein Schüler der 2. Klasse mit kurdischer Familiensprache. Seine sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten zeigen Auffälligkeiten, die eine differenzierte Diagnostik notwendig machen.

Begründung zum Antrag

auf sonderpädagogische Begutachtung

- kann Lerninhalten der Schule selbst mit intensiver Unterstützung kaum folgen
- bereits Gelerntes kann er nicht selbständig anwenden und vergisst es sehr schnell wieder
- ihm fehlen nach wie vor alle Grundkenntnisse und -fertigkeiten, die bereits im KTH hätten erlernt werden müssen
- Auffälligkeiten der sprachlich-kommunikativen Kompetenzen
- Abklärung eines vermuteten sonderpädagogischen Förderbedarfs im Bereich Wahrnehmung und Entwicklung /GE oder Lernen und Sprache

Familiäre Situation

- ältestes Kind von drei Brüdern, geboren 2015
- Flucht aus Syrien, als Yasin 1 Jahr alt war
- Familiensprache Kurdisch

Anamnese

- unauffällige Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung
- Eltern berichten über sprachliche Auffälligkeiten, 2-Wortsätze erst mit 5+ Jahren
- Kitabesuch – 3 Jahre vor Schuleintritt – Komplexleistungen aufgrund von grenzwertigen Auffälligkeiten visuelle Wahrnehmung, Sprache, Kognition
- SPI 2019/2021: Diagnose kombinierte Entwicklungsstörung aufgrund von individueller Disposition und Kontextfaktoren, IQ-Testung SON R 2-8: IQ-Wert 66
- Logopädie: 4x Termine Aussprachestörung, keine Fortsetzung aufgrund organisatorischer Probleme in der Familie

Förderung im schulischen Kontext

- 1. Klasse 2x wöchentlich Sprachförderung in Vorkursgruppe
- 2. Klasse 3x wöchentlich eine Stunde im inklusiven Kontext, abhängig von personellen Rahmenbedingungen, 1x 1:1 Förderung

Arbeits-/Sozialverhalten

- Routinen und Rituale im Schulalltag geläufig
- kurze Konzentrationsspanne (5-10 min), schnelle Ermüdung
- profitiert von ruhiger, reizreduzierter Lernumgebung
- reagiert wenig auf verbale Anweisungen, benötigt Visualisierungen, Handzeichen,
- braucht intensive Begleitung (Rückversicherung), ansonsten schnell entmutigt, geringes Zutrauen in eigene Leistungen („Kann nicht“, „Weiß nicht“)
- häufige Konflikte mit SuS aufgrund von Schwierigkeiten des Verstehens und Mitteilen (Kommunikation), oft beleidigt, wütend, traurig, fühlt sich ungerecht behandelt, wenig stabile Sozialkontakte (Freundschaften)
- sehr interessiert an Sachthemen (Tiere)
- kompetenter Umgang mit digitalen Medien

Kognition

- Testung mit K-ABC II – (IVI-Index), 4-Augen Prinzip
- Ergebnis: IQ-Wert 83 (Vertrauensintervall 79-88)
 - individuelle Schwäche: auditives Kurzzeitgedächtnis, Informationsverarbeitung – erfassen und behalten
 - individuelle Stärke: Planung und Lernen, schlussfolgerndes Denken
- Beobachtung während der Testung: aufmerksam, konzentriert und überlegtes Vorgehen („Muss gucken“)

Sprache

- Testung, Beobachtungen im Unterricht
- phonetisch-phonologisch: Stimmmodulation wenig ausgeprägt, leise, undeutlich
- semantisch-lexikalisch: erhebliche Schwierigkeiten Sprachproduktion – Sprachverständnis, Passepartout-Wörter, einfache Umschreibungen, um Sachverhalte, Situationen, Gegenstände sprachlich abzubilden, deren Bedeutung sich lediglich im unmittelbaren Kontext oder durch Nachfragen erschließen
- morphologisch-syntaktisch: erhebliche Auffälligkeiten, kaum parataktische Satzbildung, Verbstellung, Kasus, Singular-, Pluralbildung
- pragmatisch-kommunikativ: grundsätzlich am Dialog und an sprachlichen Interaktionen mit Kindern und Erwachsenen bemüht und interessiert, oft frustriert, 1:1 Situation berichtet über sein Haustier („Hase“), einfache visualisierten Geschichten, ist häufig zurückhaltend und wirkt entmutigt.
- SET-5 – Durchführung durch ReBuZ
- Ergebnis: extrem unterdurchschnittliche Werte

Zusammenfassung der sonderpädagogischen Begutachtung

- kognitive Beeinträchtigung – Förderschwerpunkt Wahrnehmung & Entwicklung /GE kann ausgeschlossen werden
- Lernbeeinträchtigungen als Folge einer SES, die sich in beiden Sprachen manifestiert
- vor dem Hintergrund von Beobachtungen und Testergebnissen (K-ABC II) erscheint eine differenzialdiagnostische Überprüfung der auditiven Verarbeitung, des Hörvermögens durch den Mobilen Dienst HÖREN dringend angezeigt.

Hörstörung wurde bestätigt!

Maßnahmen

Yasin benötigt eine unterrichtsintegrierte Förderung im Rahmen der primären und sekundären Prävention, plus Maßnahmen im Rahmen der tertiären Prävention, d.h. eine individuell abgestimmte Sprachtherapie unter Berücksichtigung seiner Hörbeeinträchtigung und Mehrsprachigkeit.



Abbildung 29. Einordnung der Befunde aus der schulischen Praxis unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse.

Die Diagnostik und Förderung im Bereich Sprache sind oft von strukturellen und personellen Defiziten geprägt. Fehlende Fachkräfte und unzureichende diagnostische Instrumente erschweren die Arbeit. Besonders bei mehrsprachigen Kindern treten häufig Fehl- und Unterdiagnosen auf, da bestehende Verfahren nicht ausreichend kultursensibel sind. Dabei wäre es wichtig, SES von umgebungsbedingten Auffälligkeiten zu differenzieren: Kinder mit SES zeigen spezifische Defizite in der Sprachverarbeitung, die unabhängig vom sprachlichen Umfeld sind. Umgebungsbedingte Auffälligkeiten hingegen resultieren aus mangelndem sprachlichem Input und erfordern keinen therapeutischen, sondern einen sprachlich optimierten Unterricht.

Ein entsprechendes Orientierungswissen über SES, umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten und relevante Aspekte der Mehrsprachigkeit wäre für alle Lehrämter essenziell. Daher bedarf es an Fortbildungsangeboten zu effektiver und aussagekräftiger Diagnostik im schulischen Kontext, zu zielführenden Unterstützungsangeboten auf primärer, sekundärer und ggf. tertiärer Präventionsebene, sowie interdisziplinärer Fortbildungen. Zu den multiprofessionellen Adressaten gehören Schulleitungen, (Sonder-)Pädagog:innen, Sprachberater:innen, Therapeut:innen, Pädiater:innen und Erzieher:innen.

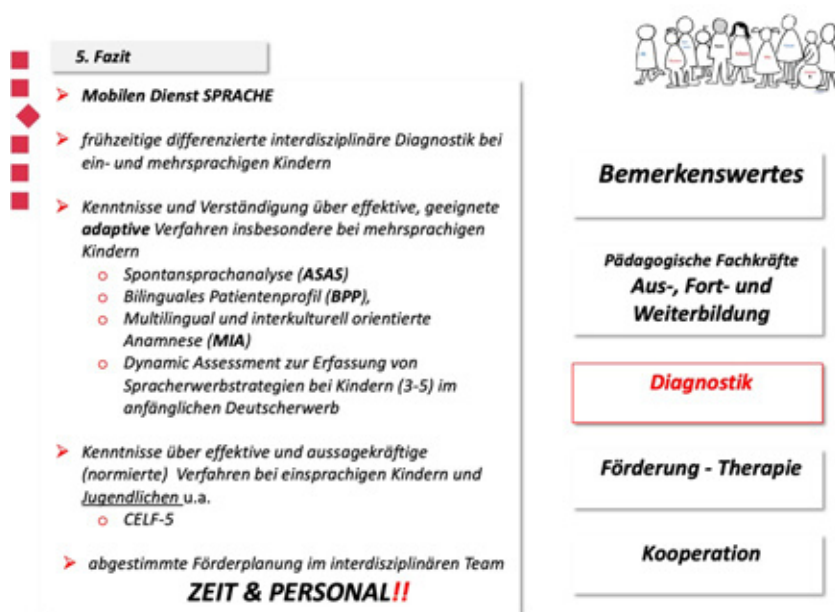


Abbildung 30. Empfehlungen aus (sonder-)pädagogischer Perspektive für den Bereich Diagnostik.

Notwendige Maßnahmen

Verwendung kultursensibler Diagnostikmethoden wie der Spontansprachanalyse (ASAS), Erhebung der Sprachbiographie (BPP) oder der Multilingual und Interkulturell orientierten Anamnese (MIA).

Ausbau interdisziplinärer Kooperationen zwischen Pädagogik, Therapie und Medizin.

Förderung von Fachkräften in Sprachdiagnostik und -förderung.

Die Herausforderungen in der Diagnostik und Förderung von Schüler:innen mit Sprachauffälligkeiten erfordern strukturelle Veränderungen und Lösungsansätze durch die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen. Der Fall Yasin verdeutlicht die Bedeutung einer frühzeitigen und differenzierten qualitätssichernden Diagnostik als Grundlage zielführender Förderung und Therapie im interdisziplinären Kontext.

„Sprachliche Fähigkeiten sind der Schlüssel zu Chancengerechtigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe. Die Zukunft liegt in der Etablierung multiprofessioneller Netzwerke und evidenzbasierter Verfahren, um jedem Kind die bestmögliche Unterstützung zu bieten.“



Abbildung 31. Abschließender Appell aus (sonder-)pädagogischer Perspektive.

Literatur

Barth, K. (2022). Die Diagnostischen Einschätzskalen (DES): Zur Beurteilung des Entwicklungsstandes und der Schulfähigkeit (8. Aufl.). Reinhardt.

Feichtinger, M. (2018). Handzeichen für das Classroom-Management: Unterricht mit Händen und weiteren Hilfsmitteln erfolgreich strukturieren. Loeper.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2015). Kaufman Assessment Battery for Children – Second Edition (KABC-II). Pearson.

Reber, A., & Schönauer-Schneider, A. (Hrsg.).(2022). Bausteine sprachheilpädagogischen Unterrichts (5. Aufl.). Reinhardt.

Reber, A., & Schönauer-Schneider, A. (Hrsg.). (2020). Sprachförderung im inklusiven Unterricht: Praxistipps für Lehrkräfte. Reinhardt.

Scharff Rethfeldt, W. (2023). Kindliche Mehrsprachigkeit: Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention (2. Aufl.). Thieme.

Scharff Rethfeldt, W. (2023). Sprachförderung für ein- und mehrsprachige Kinder: Ein entwicklungsorientiertes Konzept (3. Aufl.). Reinhardt.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2021). Vineland-3: Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition. Deutsche Fassung. Manual. Pearson.

Tellegen, P. J., Laros, J. A., & Petermann, F. (2012). SON-R 6-40: Non-verbaler Intelligenztest. Technisches Manual. Hogrefe.

Podiumsdiskussion

Podiumsdiskussion

Die Podiumsdiskussion im Rahmen der Fachtagung Sprachgesundheit im Kindesalter diente dazu, die Bedeutung der aktuellen Versorgungssituation sowie die Schnittstellen zwischen Gesundheit, Bildung und Sozialbereich in der Sprachdiagnostik, -förderung und -therapie in einer Fokusgruppe zu untersuchen. Im Fokus standen dabei die Herausforderungen und Lösungen, die sich aus der Erkenntnislage und der gegenwärtigen Versorgungssituation aus Sicht der unterschiedlichen Disziplinen ergeben. Die 90-minütige Podiumsdiskussion wurde von Prof. Dr. Wiebke Scharff Rethfeldt moderiert.

Zusammensetzung des Podiums

Christian Boeck

Der diplomierte medizinische Sprachheilpädagoge ist Inhaber mehrerer logopädischer Praxen im Raum Bremen und hob den Stellenwert der Strukturqualität in der logopädischen Arbeit im ambulanten Bereich hervor. Er berät im Auftrag des Deutschen Bundesverbandes für akademische Sprachtherapie/Logopädie (dbs) bei Praxisneugründungen und Praxisökonomisierungen und ist mit Fragen zum Versorgungszugang vertraut.

Fae Griep

Die Lehrkraft für Sonderpädagogik und Inklusive Pädagogik an einer Grundschule im Bremer Norden mit einem Betreuungsangebot bis 16 Uhr betonte die Relevanz einer interdisziplinären Zusammenarbeit in Schulen unter Berücksichtigung inklusiver Bildungsansätze. Sie ist Teil des Verbundes der Zentren für unterstützende Pädagogik (ZuP), zu deren Aufgaben Absprachen und Austausch zu Förderdiagnostik und geeigneten Materialien sowie Unterrichtskonzepten gehört, und bietet im Auftrag des Landesinstituts für Schule (LiS) Bremen im Primarbereich schulinterne Unterstützung an, die sich genau an den Bedarfen orientiert, mit Angeboten für den inklusiven, sprachsensiblen und zukunftsfähigen Unterricht.

Sandra Ahrens, MdBB

Die seit mehr als zwanzig Jahren in Bremen agierende Politikerin, Mitglied der Bremischen Bürgerschaft und CDU-Fraktionssprecherin für Kinder und Familie, brachte eine gesellschaftspolitische Perspektive ein und diskutierte Fragen zu Kindeswohl, Sprachförderung und -therapie in Verbindung mit dem Bildungs- und Gesundheitssystem auf Landes- und kommunaler Ebene.

Prof. Dr. med. Anna-Katharina Rohlf

Die Leiterin der Sektion Phoniatrie und Pädaudiologie am Universitätsklinikum Ulm sowie Landesärztin für Hörbehinderte in Hamburg und fachliche Leiterin der Neugeborenen Screening- und Tracking-Zentrale, brachte medizinische Einsichten mit Fokus auf den Schutz und die Förderung von Kindern mit Kommunikationsbeeinträchtigungen ein. Sie ist zugleich Kinderschutzbeauftragte zweier medizinischer Fachgesellschaften (DGPP und DGHNO).

Dr. med. Tina Rating

Die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie und Vertreterin des Landesverbandes Bremen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt:innen, betonte die Bedeutung früher diagnostischer Maßnahmen in der pädiatrischen Praxis. Sie hat im Sozialpädiatrischen Zentrum/Kinderzentrum gewirkt und ist Partnerin einer Gemeinschaftspraxis in der Bremer Neustadt.

Dr. phil. Hanna Ehlert

Die wissenschaftlich an der Universität Hannover arbeitende Logopädin mit langjähriger Erfahrung im Bereich Kindersprache vertrat den Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. und thematisierte neben praktischen Herausforderungen und Ansätzen in der sprachtherapeutischen Diagnostik auch die Sichtweisen des Berufsstandes für eine verbesserte Versorgung.

Ziel und Methoden

Die vorliegende Analyse fokussiert sich auf die Auswertung der Podiumsdiskussion, die im Rahmen der Tagung zur kindlichen Sprachgesundheit durchgeführt wurde. Ziel der Untersuchung ist es, zentrale Herausforderungen, Lösungsansätze sowie strukturelle und interdisziplinäre Veränderungen im Bereich der Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen zu identifizieren. Dabei soll untersucht werden, welche Maßnahmen die Expert:innen für die Verbesserung der Versorgung vorschlagen. Die Diskussionsergebnisse werden durch Beiträge aus dem Publikum ergänzt, die separat analysiert werden, um die Perspektiven von Praktiker:innen und anderen Teilnehmer:innen sichtbar zu machen.

Leitfragen

- 1. Welche zentralen Herausforderungen und Lösungsansätze sehen Expert:innen für die Sprachgesundheit von Kindern?**
- 2. Welche strukturellen und interdisziplinären Veränderungen werden empfohlen?**
- 3. Welche konkreten Maßnahmen leiten sie für die Verbesserung der Versorgung hieraus ab?**

Die Aussagen wurden extrahiert und thematisch geordnet. Dabei liegt der Fokus auf den Inhalten, nicht auf den individuellen Personen. Dies war aufgrund eines im Diskussionsverlauf festgestellten bemerkenswerten disziplinübergreifenden Konsens gut möglich.

Ergänzend wurden die Beiträge aus dem Publikum analysiert, wobei diese Ergebnisse separat dargestellt werden, um die Perspektive der Teilnehmer:innen unabhängig von den Speaker-Aussagen zu beleuchten.



Foto: Louisa Karbautzki



Zentrale Ergebnisse

Herausforderungen und Hindernisse

Früherkennung und Diagnostik

„Die Früherkennung ist oft unzureichend, weil es keine flächendeckenden Konzepte für Screenings gibt, die Kinder systematisch erfassen.“

„Eine späte Diagnosestellung führt dazu, dass Therapiepotenziale ungenutzt bleiben und sich Probleme manifestieren, die schließlich auch kostenintensiv für unsere Gesellschaft sind.“

„Der Bildungserfolg im späteren Leben hängt von der frühen Förderung ab. Gerade in Regionen mit hohem Migrationsanteil wie Bremen könnte eine frühzeitige Sprach- und Entwicklungsförderung über Kitas einen wichtigen Beitrag zur Chancengleichheit leisten und spätere schulische Defizite verhindern.“

„In Bremen hat sich gezeigt, dass die Sprachstandserhebung erst im letzten Kindergartenjahr nicht ausreicht und letztlich nur als Grundlage für die Bereitstellung zusätzlicher Mittel dient. Es braucht neue Ansätze zur frühzeitigen Erfassung der Sprachentwicklung. Erzieher:innen als Multiplikator:innen. Elternfragebögen als Diagnostiktools.“

„Die Vorsorgeuntersuchungen in der kinderärztlichen Praxis sind in Bremen relativ gut besucht. Aber es gibt viele herausfordernde kulturelle Unterschiede und sehr unterschiedliche familiäre Ressourcen.“

„Die spezifischste Expertise bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen liegt im Bereich der Logopädie.“

„Die Datenlage zu Sprachentwicklungsstörungen, mit der aktuell gearbeitet wird, ist verzerrt. Das sind keine Inzidenzen, auch keine Prävalenzen, sondern Verordnungsraten. Der Bedarf ist deutlich größer.“

„You can't recycle wasted time. Sprachentwicklungsdiagnostik und Therapie müssen so früh wie möglich ansetzen.“

„Ein Direktzugang zur Logopädie für die Beurteilung der Sprachentwicklung vor der U7 wäre wichtig.“

Strukturelle Versorgung in Förderung oder Therapie

„Wartelisten auf einen Therapieplatz sind über ein Jahr im Voraus besetzt. Ein Jahr vor Therapiebeginn bei Vorschulkindern ist eindeutig zu lang.“

„Die Heilmittelrichtlinien verhindern Therapie in den Bildungseinrichtungen.“

Unterschiedliche Prioritäten: „Jedes Bundesland setzt eigene bildungspolitische Schwerpunkte, was die flächendeckende Einführung von Konzepten erschwert. In manchen Ländern werden Sprachförderprogramme stärker gefördert, während in anderen finanzielle Mittel und Ressourcen fehlen.“



Uneinheitliche Qualitätsstandards: „Es fehlen einheitliche Qualitätsstandards für die Förderung der Sprachentwicklung. Jedes Land kann eigene Vorgaben zu Gruppengrößen, Ausbildung der Fachkräfte und der genauen Ausgestaltung der Programme festlegen.“

Unterschiedliche Qualifikation von Erzieher:innen: „Die Anforderungen an die Ausbildung von Fachkräften sind in den Bundesländern nicht harmonisiert. Dies führt zu unterschiedlichen Fähigkeiten in der Sprachförderung und variiertem Zugang zu Fort- und Weiterbildungen. Bildungsvergleichsstudien bilden die Voraussetzungen durch die Bedingungen der Bundesländer, nicht die der Kinder ab.“

Kooperationsprobleme: „Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ländern ist oft schwer zu koordinieren. Der Informationsaustausch und die Etablierung von Best-Practice-Modellen gestalten sich aufgrund der föderalen Strukturen als schwierig.“

„In Deutschland gibt es etwas 7.000 Sprachkitas, in anderen Ländern gibt es ähnliche, aber oft integrative Konzepte. Fehlende Sprachförderung führt zu höheren Ausgaben in späteren Bildungs- und Arbeitsmarktprogrammen. Menschen ohne Schulabschluss sind häufiger auf Sozialleistungen angewiesen. Laut Studien sind die langfristigen sozialen Kosten (Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, Gesundheit) pro unzureichend gebildeter Person deutlich höher als die Kosten für frühzeitige Sprachförderung.“

„Die Vernetzung zwischen Kita und Schule funktioniert nicht. Wichtige Informationen gehen verloren.“

„Strukturen, Geld und mangelnde Vernetzung stehen im Wege, so kommt im Vergleich zu früher weniger bei den Kindern an.“

Fachkräftemangel

„Kinder mit Kommunikationsstörungen wie Autismus-Spektrum-Störungen, periphere Schwerhörigkeiten und auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen haben ein erhöhtes Risiko für Kindeswohlgefährdung. Es braucht ein stärkeres Bewusstsein für dieses Risiko bei pädagogischen Fachkräften, Frühförderkräften und Logopäd:innen. Es fehlt massiv an Fachkräften in der Phoniatrie und Pädaudiologie, was die Diagnostik und Versorgung erheblich verzögert.“

„Die Nachfrage nach logopädischen Leistungen übersteigt das Angebot deutlich, insbesondere in ländlichen Regionen.“

„Die Vollakademisierung der Logopädie könnte den Beruf attraktiver gestalten, um langfristig die Versorgungsbedarfe besser zu decken.“

„Ohne politisch geförderte Maßnahmen, wie den Direktzugang zu Logopäd:innen, bleiben strukturelle Hürden bestehen.“

Ausbau interdisziplinärer Zusammenarbeit

„Die Schnittstellen zwischen Schulen, medizinischen Einrichtungen und sozialen Diensten sind nicht ausreichend strukturiert, was die Unterstützung der Kinder erschwert.“

„Interdisziplinäre Teams könnten viel effizienter arbeiten, wenn regelmäßige Fallbesprechungen institutionalisiert wären.“



Empfehlungen

Strukturelle Anpassungen

„Es sind strukturelle Anpassungen notwendig, um sicherzustellen, dass Kinder, die an Sprachentwicklungsstörungen leiden, frühzeitig die notwendige medizinische und therapeutische Unterstützung erhalten. Eine flächendeckende frühzeitige Erkennung und Förderung von Sprachentwicklungsstörungen muss gewährleistet werden.“

„Logopäd:innen sollten fest in Schulen und Kitas integriert werden, um Sprachtherapie alltagsnah zu ermöglichen. Kinder, die ganztags in den Einrichtungen sind, werden sonst nicht oder zu spät versorgt.“

„Die Umsetzung inklusiver Bildungsansätze erfordert eine stärkere personelle und finanzielle Unterstützung.“

„Die Weltgesundheitsorganisation zeigt mit dem WHO Rehabilitation Competency Framework auf, dass es kommunal-orientierter Ansätze bedarf, die zielführend die unterschiedlichen Bedingungen und damit verbundenen Bedarfe berücksichtigen.“

„Wir brauchen in der Praxis verbesserte Konzepte in Bezug auf Mehrsprachigkeit, Migration und Fluchterfahrung.“

„Die Schulen benötigen die Frühförderberichte.“

Interprofessionelle Zusammenarbeit

„Entwicklung eines flächendeckenden Konzepts zur Beobachtung und Förderung der Sprachentwicklung in Kitas, das eng mit Frühförderzentren und Logopäd:innen zusammenarbeitet.“

„Die Digitalisierung sollte genutzt werden, um gemeinsame Dokumentationen und Fallkonferenzen zwischen unterschiedlichen Fachdisziplinen zu ermöglichen. Kinderschutz vor Datenschutz.“

„Aufklärung über Sprachentwicklungsstörungen und Kindeswohlgefährdung ist wichtig.“

„Es braucht politische Rahmenbedingungen, die die Zusammenarbeit zwischen Bildungs- und Gesundheitssektor fördern. Es braucht für das Bundesland Bremen eine gesetzliche Änderung, damit Logopäd:innen in Einrichtungen diagnostizieren und behandeln können. Auf Bundesebene braucht es den Direktzugang.“

Maßnahmen

Strukturen

„Trennungen zwischen Sektoren Bildung und Gesundheit, zwischen den unterschiedlichen Institutionen, in denen sich die Kinder aufhalten, muss aufgehoben werden.“

„Logopäd:innen als fester Bestandteil des Kollegiums in Kitas und Schulen, wie es in anderen Ländern gegeben ist, um allen Kindern eine Therapie in Bildungseinrichtungen und Beratung der Lehrkräfte nach Bedarf zu ermöglichen“.

„Kommunikationswege müssen neu gedacht werden.“



Ressourcen

„Es sind Maßnahmen erforderlich, um Hörstörungen – insbesondere Mittelohrschwerhörigkeiten und Paukenergüsse – frühzeitig in Kitas zu erkennen und in die Sprachförderung zu integrieren.“

„Der Boykott der HNO-Ärzte zeigt, dass es wichtig ist, solche OPs seitens der Kassen finanziell abzudecken, da die Folgen deutlich teurer für die Gesellschaft sind.“

„Viele Tests kosten unnötig Ressourcen, auch personelle, und können für Kinder negative Nebenwirkungen haben wie Fehldiagnosen. Mit normorientierten, standardisierten Testverfahren werden nicht die Fähigkeiten des Kindes getestet, sondern die Lernbedingungen. Für die Diagnostik bei Mehrsprachigkeit wird die kriterienorientierte Untersuchung des Arbeitsgedächtnisses in der Forschung häufiger diskutiert. Und mit einem Dynamic Assessment kann eine Therapeut:in prüfen, wie viel Hilfe ein Kind bei der Bewältigung von Anforderungen der Aufgaben benötigt, um dann Maßnahmen anzupassen. Das wird bereits in Ländern anderen Ländern als Standard eingesetzt.“

„Bei einigen Kindern könnten mehr Gruppentherapien durchgeführt werden. Damit könnten mehr Kinder logopädisch versorgt werden. Wenn Logopädie an Schulen wäre, könnte dies erleichtert werden.“

„Ohne eine deutliche Ausweitung der finanziellen Mittel bleibt die Früherkennung nur eine Randerscheinung.“

„Ein großes Problem ist die Zeit. Logopäd:innen in der Praxis brauchen mehr Zeit am Patienten, sie verbringen aber viel Zeit mit Bürokratie wie der Korrektur von fehlerhaft ausgestellten Verordnungen. Dazu kommt die Wartezeit der Patienten, vor allem für viele Kinder, weil sie nicht am Vormittag in die Praxen kommen können.“

Interprofessionelle Zusammenarbeit

„Die Vernetzung der Logopädie mit anderen medizinischen und pädagogischen Bereichen ist dringend erforderlich. Logopäd:innen könnten in die Primärversorgung, in das Hausärztemodell, integriert werden.“

„Die Einbindung der pädaudiologischen Praxis muss besser werden.“

„Die Einbindung von Eltern bei Komplexleistungen muss erweitert werden. Es gibt gute Konzepte wie das Heidelberger Elternttraining.“

„Implementierung von Konzepten, die den Informationstransfer von der Kita in die Schule erleichtern und verbindlich umgesetzt werden. Dazu müssen Lehrkräfte sensibilisiert werden.“

Weiterbildung und Qualifizierung

„Fortbildungen für Pädagog:innen und Mediziner:innen könnten das Verständnis für Sprachentwicklungsstörungen erheblich verbessern.“

„Natürlich funktionieren normierte Verfahren nicht bei mehrsprachigen Kindern. Wir brauchen Schulungen zu Dynamic Assessment um festzustellen, wie Kindern lernen. Das Ziel muss sein, das Beste aus dem Kind herauszuholen.“

„Eine Vollakademisierung des Berufsstandes der Logopädie könnte einen wichtigen Beitrag gegen den Fachkräftemangel leisten und den Beruf attraktiver machen und die Ausbildungszeiten verkürzen. Das Studium mit Ausbildung für Logopäd:innen in Bremen dauert länger als im europäischen Ausland.“

„Interdisziplinäre Schulungen sind essenziell, um die Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte zu stärken.“

„Eine theoretische Ausbildung ist gut, aber es fehlt oftmals noch etwas. Das praktische Wissen fehlt oft noch am Ende der Logopädie-Ausbildung. Wünschenswert wäre ein duales Studium.“

Öffentlichkeitsarbeit

„Eltern müssen stärker für die Bedeutung der Sprachentwicklung sensibilisiert werden, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen.“

„Kampagnen könnten dazu beitragen, das Bewusstsein für die Relevanz sprachlicher Förderung in der Gesellschaft zu stärken. Zum Beispiel Werbung in der Straßenbahn zum Thema Was, wenn mein Kind nicht spricht?“

„Aufklärung in mehreren Sprachen mittels städteaufsuchendem Mobil. Ähnlich wie während der Corona-Pandemie.“

„Bei zukünftigen Fachtagen sollten Eltern mit einbezogen werden.“

Die Ergebnisse der Podiumsdiskussion verdeutlichen die Relevanz zentraler Herausforderungen und Lösungsansätze für eine verbesserte Sprachgesundheit von Kindern. Besonders häufig wurden die Barrieren zwischen Bildung und Gesundheit sowie Defizite in der Früherkennung genannt. Strukturelle Veränderungsbedarfe wie die Implementierung von Logopädie in Bildungseinrichtungen und die Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit wurden mehrfach betont. Die vorgeschlagenen Maßnahmen umfassen insbesondere eine Integration von Logopäd:innen in Bildungseinrichtungen wie Kitas und Schulen, eine Weiterbildung von Fachkräften und eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, um die sprachliche Entwicklung von Kindern nachhaltig zu stärken.



Foto: Louisa Karbautzki

Stimmen der Teilnehmer:innen



„Leider sind die Vorsorgeuntersuchungen in Bremen nicht verpflichtend. Tracking ist möglich. Meldungen zur Gefährdung des Kinderschutzes an die zuständigen Behörden erfolgen aus einer nicht verpflichtenden Position.“

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Gesundheitsamt



„Elternsprechtage und Schulungen werden selten angenommen – besonders von Menschen, die sie benötigen würden. Ich hätte gerne Logopäd:innen zur Diagnostik und Beratung, auch gerne bei Elternabenden an Schulen.“

Lehrerin, Bremen



„Wir brauchen ein Umdenken in der Gesellschaft. Wer der Bildung den Hahn abdreht, sorgt für den Abstieg. Ich wünsche mir ein Netzwerk an Menschen die versuchen, etwas für die Menschen zu tun. Wir müssen größer denken, wir sind im Moment auf einem sehr schlechten Weg. Die Haushaltssperre fing in der Bildung an. Das nervt!“

Inhaberin einer logopädischen Praxis in Bremen



„Schulplatzwahl und Zuweisung diskriminiert Kinder mit Beeinträchtigung. Die Schulen bräuchten die Förderberichte. Aber die Einschulung erfolgt auch sehr spät, sodass weder Schulen noch das lehrende Team feststehen. Das hat zur Folge, dass Förderberichte nicht zugestellt werden. Förderberichte aus der Praxis werden auch nicht vergütet.“

Logopädin, Autismus-Therapiezentrum



„Wir haben ein großes Interesse an einer Verbesserung der Zuweisungen. Momentan ist ein enormer Anstieg an Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung zu verzeichnen, sodass eine Zuweisung erschwert wird.“

Referentin Inklusion, Die Senatorin für Kinder und Bildung



„Es gibt einmal im Jahr einen Fachtag zum Kindeswohl in Bremen-Blockdiek. Das sollte es auch in anderen Stadtteilen geben.“

Inhaberin einer logopädischen Praxis in Bremen



„Logopädie muss diverser werden.“

Logopädin



„Kinder können zeitlich nach der Schule nicht an Therapien teilnehmen. Logopäd:innen an Schulen – das muss doch möglich sein!“

Lehrerin an einer Bremer Grundschule



„Logopädie an Schulen wird nicht finanziert, weil der Wert der Sprache nicht erkannt wird.“

Logopäde



„Ich arbeite mit Kindern mit schwerer oder mehrfacher Behinderung. Es ist wichtig, Eltern als Partner in die Therapie zu integrieren. Zwischen den Eltern und Schulen herrscht ein Misstrauen. Sie berichten, dass sie nicht mit den Lehrern sprechen. Um dies zu lösen, müssen aber mehr Gespräche geführt werden, vor allem auch in der Schule.“

Logopädin in ambulanter Praxis

Online-Befragung

Ziel und Methode der Befragung

Im Anschluss an die Tagung zur kindlichen Sprachgesundheit an der Hochschule Bremen wurden die Teilnehmer:innen des Symposiums eingeladen, an einer Online-Umfrage teilzunehmen. Ziel der Befragung war es, Erkenntnisse aus verschiedenen Praxis- und Arbeitsbereichen zu gewinnen, um den Stellenwert einer interprofessionellen Zusammenarbeit zum Schutz und zur Förderung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen zu ermitteln. Darüber hinaus sollten Einschätzungen zur aktuellen Versorgungssituation von Kindern aus der Perspektive unterschiedlicher Berufsgruppen und Arbeitsfelder gesammelt werden.

Die vorliegende Auswertung fasst die Ergebnisse dieser Online-Befragung zusammen. Es ist anzumerken, dass die Daten aufgrund der selbstselektiven Stichprobe keine repräsentativen Ergebnisse liefern, sondern primär explorativen Charakter haben. Zu Beginn der Befragung wurden die Teilnehmer:innen umfassend über die Ziele der Studie, die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie den Umgang mit dem Datenschutz informiert. Erst nach Erteilung ihrer Zustimmung wurde der Zugang zum Fragebogen gewährt. Die Datenerhebung erfolgte über einen Zeitraum von fünf Tagen nach Abschluss der Tagung. Hierzu wurde den potenziellen Teilnehmer:innen ein Link bereitgestellt, über den der Fragebogen online zugänglich war.

Der Fragebogen umfasste 19 Items, bestehend aus geschlossenen und offenen Fragen, deren Antworten entsprechend quantitativ und qualitativ ausgewertet wurden. Diese zielten darauf ab, demografische Daten zu erheben, eine Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation zu gewinnen und schließlich die Tagung zu bewerten. Insgesamt haben 82 Personen an der Befragung teilgenommen, davon haben 67 Tagungsteilnehmer:innen den Fragebogen vollständig ausgefüllt.

Berufliche Qualifikation und Tätigkeitsbereiche

Die berufliche Qualifikation der Befragten zeigt eine deutliche Präsenz spezifischer Fachgruppen. Der größte Anteil der Befragten, 35,37 % (n=29), gab an, als Logopäd:in, Sprachtherapeut:in oder Atem-, Sprech- und Stimmlehrer:in tätig zu sein.

Darüber hinaus qualifizierten sich 13,41 % (n=11) der Befragten als Ärzt:innen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Pädagogische Qualifikationen waren ebenfalls vertreten: 4,88 % (n=4) der Befragten gaben an, an Regelschulen tätig zu sein, während jeweils 1,22 % (n=1) über Qualifikationen in Förderschulen, heilpädagogischen oder sprachheilpädagogischen Kontexten sowie in Kindertagesstätten verfügen. Weitere 1,22 % (n=1) der Befragten arbeiten in einer Kindertagesstätte mit dem Förderschwerpunkt Sprache.

Zusätzlich waren 1,22 % (n=1) der Befragten als Psycholog:in mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychologie tätig, während 1,22 % (n=1) über eine Qualifikation in der Allgemeinmedizin verfügten. Eine weitere Person ordnete ihre berufliche Tätigkeiten in der Kategorie „Interessenvertretung“ zu, was Tätigkeiten in Organisationen, Verbänden und der Politik umfasst. 15,85 % (n=13) gaben „Sonstiges“ an, ohne ihre Qualifikation weiter zu spezifizieren. 15 Teilnehmer:innen den Fragebogen haben die Frage nicht beantwortet.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Befragten primär aus medizinischen, sprachtherapeutischen und pädagogischen Berufsfeldern stammen und somit die interdisziplinäre Zusammensetzung der Teilnehmer:innen der Tagung widerspiegeln.

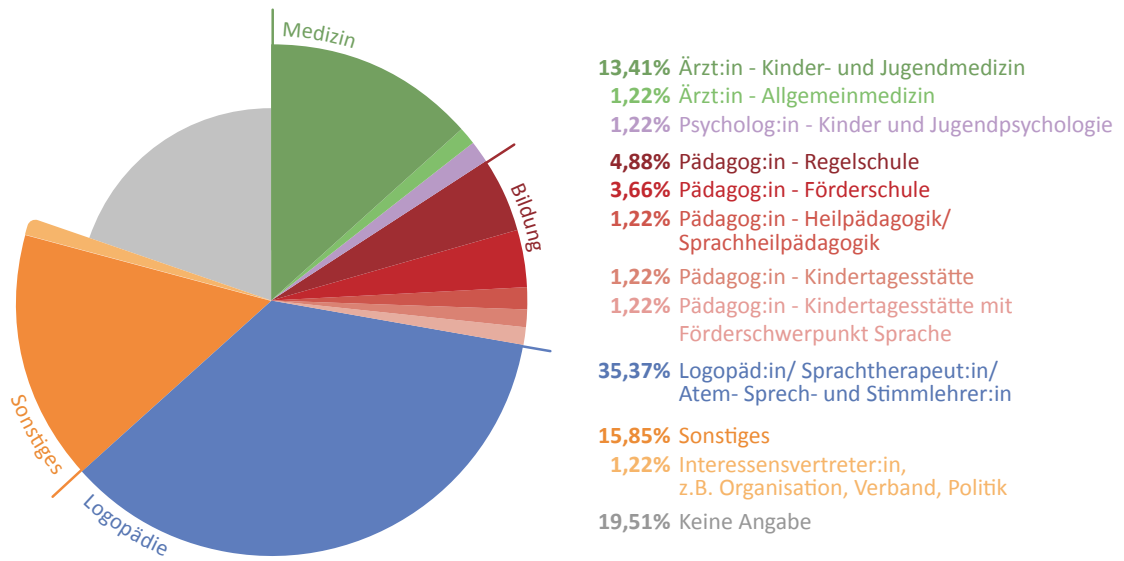


Abbildung 32. Berufliche Qualifikationen der befragten Teilnehmer:innen.

Die Befragten wurden gebeten, den Bereich anzugeben, in dem sie ihre berufliche Tätigkeit überwiegend ausüben. Insgesamt gaben 67 Personen eine vollständige Antwort. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Dominanz des Gesundheitswesens, in dem 42,68 % (n=35) der Befragten tätig sind (vgl. Abbildung 33). Das Bildungswesen stellt mit 23,17 % (n=19) den zweitgrößten Tätigkeitsbereich dar. Es folgen der öffentliche Dienst mit 8,54 % (n=7) und der Bereich der sozialen Unterstützung oder Beratung mit 3,66 % (n=3). Ein geringer Anteil von 1,22 % (n=1) der Befragten arbeitet in einem Sozialunternehmen/im öffentlichen Sektor, und 2,44 % (n=2) haben unter „Sonstiges“ geantwortet. Diese gaben spezifische Tätigkeiten in der Forschung sowie eine Pensionierung nach einer Tätigkeit im Bildungswesen an.

Die Ergebnisse verdeutlichen die starke Verankerung der Teilnehmer:innen in gesundheits- und bildungsbezogenen Tätigkeitsfeldern, die erwartungsgemäß zentrale Schwerpunkte im Kontext der kindlichen Sprachgesundheit darstellen.

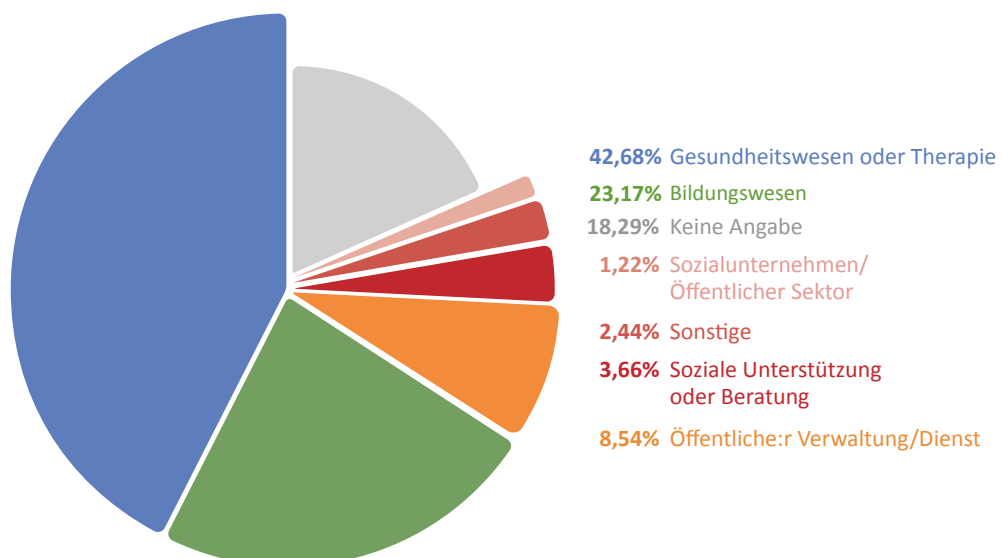


Abbildung 33. Berufliche Tätigkeitsbereiche der Befragten.

Die meisten Befragten, 25,61 % (n=21), gaben an, in der ambulanten Praxis tätig zu sein. Es folgen Tätigkeiten im Bereich der Schule, wobei 13,41 % (n=11) der Befragten in der Primarstufe tätig sind. Der Bereich Kindertagesstätte bzw. Elementarbereich wurde von 12,2 % (n=10) der Befragten angegeben, ebenso wie der Bereich „Private Praxis“ mit ebenfalls 12,2 % (n=10). 19,52 % (n=16) der Befragten arbeiten im öffentlichen Dienst, aufgeteilt in den Gesundheitsbereich, wie z.B. Gesundheitsämter (10,98 %, n=9) und den Bildungsbereich, wie z.B. Schulverwaltung (8,54 %, n=7).

Weitere Tätigkeitsorte umfassen den Bereich Hochschule/Universität, und soziale Träger (z.B. Frühe Hilfen) und Sprachheilkindergärten mit jeweils 3,66 % (n=3), sowie Vereine oder gemeinnützige Organisationen (2,44 %, n=2). Fachschule für Logopädie, Sekundarstufe I oder II und schulbezogene Beratungseinrichtungen wurden jeweils von 1,22 % (n=1) der Befragten genannt. Ein kleiner Anteil von 4,88 % (n=4) wurde unter „Sonstiges“ zusammengefasst. Hierzu gehören spezifische Nennungen wie Tätigkeiten in Horten, Familienbildungsstätten, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung im nachschulischen Bereich sowie politische Tätigkeiten ohne aktive Rolle in einem spezifischen Bereich.

Die Ergebnisse zeigen eine starke Präsenz in den Bereichen der Praxis, sowohl im ambulanten als auch im pädagogischen Kontext, und spiegeln die Diversität der beruflichen Tätigkeitsorte der Teilnehmer:innen wider.

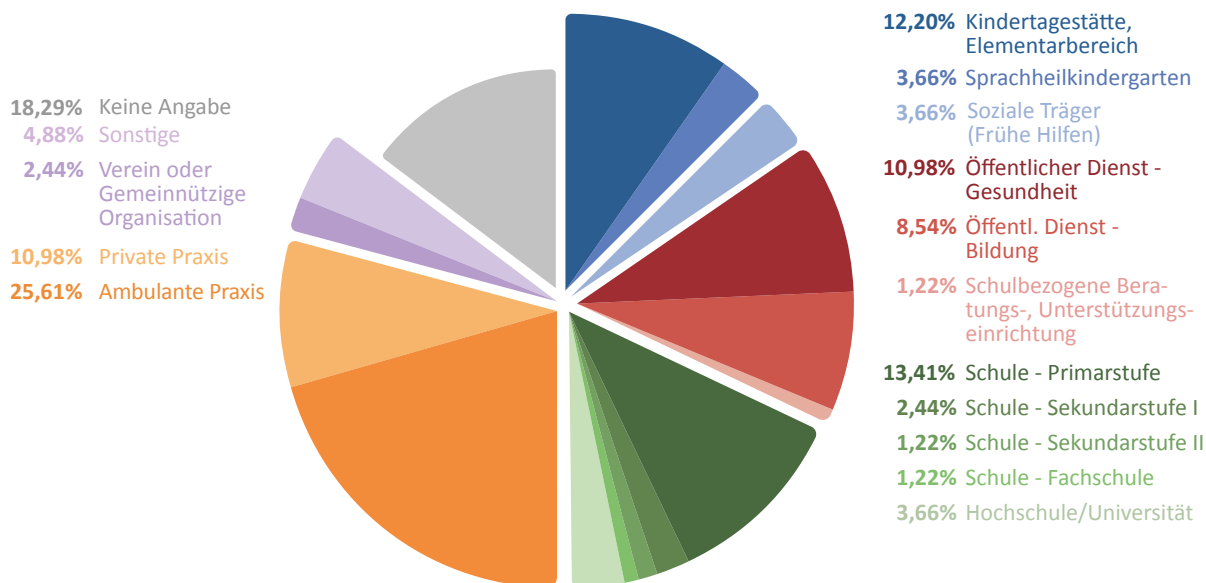


Abbildung 34. Überwiegende berufliche Tätigkeitsorte der Befragten.

Die Befragten wurden gebeten, die ersten drei Ziffern der Postleitzahl ihres beruflichen Tätigkeitsortes anzugeben, um eine geografische Zuordnung ihrer Tätigkeit zu ermöglichen. Die Auswertung der Angaben (n=57) zeigt eine klare Konzentration auf bestimmte Regionen, die in drei Cluster zusammengefasst werden können.

Der Großteil der Befragten (78,95 %, n=45) gab Postleitzahlen aus dem Bereich 28x an, der den Großraum Bremen und dessen unmittelbare Umgebung umfasst. Innerhalb dieses Clusters stellt die PLZ 282 mit 31,58 % (n=18) den häufigsten Tätigkeitsort dar, gefolgt von den Postleitzahlen 283 (15,79 %, n=9), 287 (12,28 %, n=7) und 288 (10,53 %, n=6). Dies verdeutlicht, dass die berufliche Tätigkeit der Befragten stark auf den städtischen Raum Bremens konzentriert ist.

Ein kleinerer Anteil von 21,05 % (n=12) der Befragten ist im PLZ-Bereich 27x tätig, der die Regionen Bremen mit Bremerhaven umfasst. Hier sind insbesondere die Postleitzahlen 275 (7,02 %, n=4) und 271 (7,02 %, n=4) vertreten, während die Postleitzahlen 272, 276 und 277 jeweils von 1,75 % (n=1) der Befragten genannt wurden.

Die weiteren 7,02 % (n=4) verteilen sich auf diverse Postleitzahlen außerhalb dieser Kernregionen, darunter PLZ-Bereiche wie 225, 261, 311, 448 und 874. Diese wurden unter „Andere Regionen“ zusammengefasst, da sie keine klaren geografischen Cluster bilden.

Die Konzentration der beruflichen Tätigkeiten der Befragten im Raum Bremen und dessen Umgebung unterstreicht die regionale Relevanz der Tagung und die starke Verankerung der Teilnehmer:innen in der Region. Dies zeigt, dass die Ergebnisse der Befragung insbesondere für die Versorgungssituation und die interprofessionelle Zusammenarbeit im Raum Bremen aussagekräftig sind.

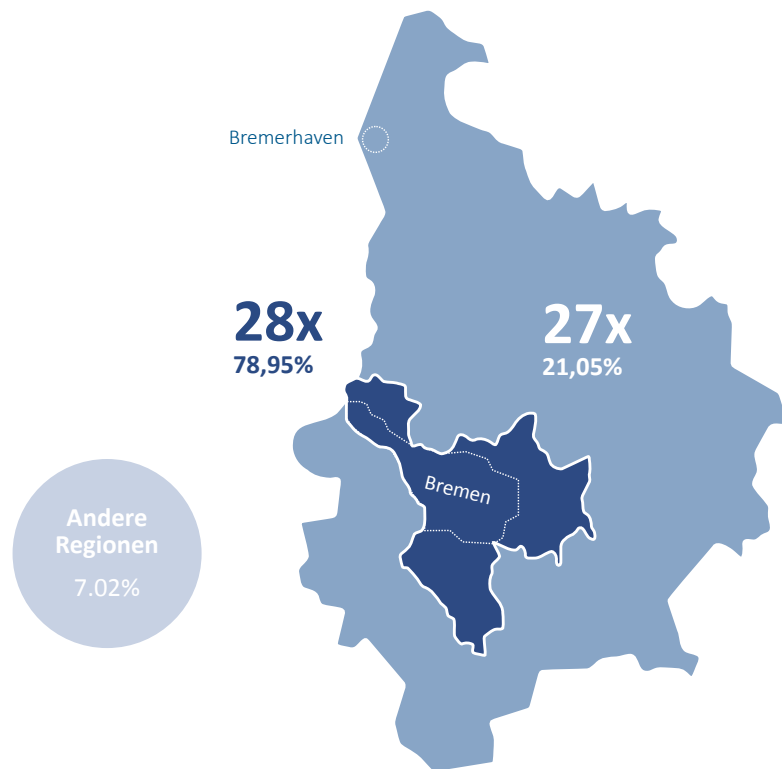


Abbildung 35. Beruflicher Tätigkeitsort der Befragten nach Postleitzahlen.

Verbesserung der Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen

Im Rahmen der offenen Frage nach Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen wurden 57 Antworten qualitativ analysiert. Die Auswertung der Antworten auf die Frage „Was ist Ihrer Einschätzung nach für eine verbesserte Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen erforderlich?“ erfolgte auf Basis der Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2007), um zentrale Themen und häufige Nennungen zu identifizieren. Insgesamt konnten die Antworten in acht thematische Kategorien eingeordnet werden, die die vielfältigen Perspektiven und Anliegen der Befragten abbilden.

Tabelle 1. Kategorien und exemplarische Ankerzitate zu Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen.

Kategorie	Häufigkeit (n)	Beispiele für Ankerzitate
Ressourcen und Personal	28	„Mehr Fachkräfte, bessere Vergütung.“
Vernetzung und Zusammenarbeit	23	„Frühzeitige Erfassung von Sprach- und Kommunikationsstörungen.“
Implementierung von Logopädie in Bildungseinrichtungen	20	„Stärkere Vernetzung von Kindertagesstätten, Schulen, Ärzt:innen und therapeutischen Einrichtungen.“
Elternarbeit und Beratung	17	„Frühe Elternbegleitung und Schulung zur Sprachförderung.“
Früherkennung und Diagnostik	15	„Logopäd:innen sollten fest in Schulen und Kitas eingebunden sein, um Früherkennung zu gewährleisten.“
Strukturelle Anpassungen	14	„Weniger institutionelle und bürokratische Hürden.“
Qualifikation und Weiterbildung	11	„Kostenlose Langzeitfortbildungen für Fachkräfte im Bereich Sprachentwicklung.“
Bürokratieabbau	10	„Institutionalisierung von Sprachförderkonzepten an Bildungseinrichtungen.“

Ressourcen und Personal

Die häufigste Kategorie mit 28 Nennungen (49,1 %) betrifft die Forderung nach mehr personellen und finanziellen Ressourcen (vgl. Tabelle 1). Teilnehmer:innen betonten die Notwendigkeit von mehr Fachkräften, besseren Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Vergütung. Typische Aussagen lauten:



„Mehr Fachkräfte, bessere Vergütung, mehr Zeit für Diagnostik und Therapie.“
 „Personal, Zeit, Geld, Ärzte, die verordnen.“

„Mehr Personal, bessere Vergütung, mehr Zeit für Vor- und Nachbereitung sowie Diagnostik (-auswertung). Praktikable, zeiteffiziente und anpassbare Diagnostikverfahren.“

Diese Aussagen verdeutlichen den Mangel an personellen Kapazitäten und finanziellen Mitteln, der als zentrales Hindernis für eine qualitativ hochwertige Versorgung wahrgenommen wird.

Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Bedeutung von Vernetzung und interdisziplinärer Zusammenarbeit wurde von 23 Befragten (40,4 %) betont. Insbesondere der Austausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen wurde als zentrale Maßnahme angesehen:



„Mehr Vernetzung von Kindertagesstätten, Schulen, Ärzt:innen und therapeutischen Einrichtungen.“

„Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Logopädie, Pädagogik und Medizin.“

„Kindergartenplätze, mehr Zeit für Beratung der Eltern, mehr Logopädinnen, mehr Hilfe für Kinder mit unterstützter Kommunikation.“

„Bereitwilligkeit und Finanzierung von MTTs unter Einbindung von Logopädie an Schulen, medizinische Versorgungszentren mit jeweils KiJuÄrzt, HNO, Logopädie.“

Ein verbessertes Zusammenspiel der Akteur:innen wird als essenziell für eine ganzheitliche Versorgung der Kinder betrachtet.

Logopädie in Bildungseinrichtungen

Die Implementierung von Logopädie, damit von logopädischer Diagnostik, Beratung und Therapie in Bildungseinrichtungen, wurde von 20 Befragten (35,1 %) gefordert. Hierbei ging es insbesondere um die Etablierung von Sprachtherapie als feste Ressource in Schulen und Kitas:

„Logopäd:innen sollten fest in Schulen und Kitas eingebunden sein.“
„Sprachtherapie sollte ohne Verordnung in der Schule möglich sein.“
„Logopäden in Schulen, gute Zusammenarbeit und auch Beratung, sonderpädagogische Kompetenz, Diagnostik.“
„Es wäre wünschenswert, wenn LogopädInnen und SprachtherapeutInnen die Möglichkeit hätten auch in Bildungseinrichtungen tätig zu sein. Die Kinder würden schneller versorgt sein, da die Wartelisten in den Praxen lang sind. Zudem wäre interdisziplinäres Arbeiten möglich.“



Die Verlagerung von Maßnahmen in den Bildungsbereich wird als Möglichkeit gesehen, Wartezeiten zu verkürzen und die Versorgung flächendeckend zu verbessern.

Elternarbeit und Beratung

17 Nennungen (29,8 %) betonten die Rolle der Eltern in der Versorgung. Neben der Beratung wurde die Einbindung von Eltern in den Förderprozess hervorgehoben:

„Elternarbeit und Beratung, besonders bei Eltern aus anderen Kulturen.“
„Frühe Elternbegleitung und Schulung zur Sprachförderung.“
„Eltern im Gesundheitssystem enger begleiten, d.h. überprüfen, ob Eltern mit geringen Deutschkenntnissen alles verstanden haben, z.B. dass sie das Anteagsformular für Frühförderung auch ausfüllen und abschicken sollen und ob sie das überhaupt können oder Hilfe benötigen und gfls wo sie diese Hilfe erhalten, damit nicht Monate später in einer Einrichtung der Frühförderbedarf kommuniziert wird und die Eltern den unausgefüllten Antrag vorlegen in der Annahme es sei schon alles in der Klinik veranlasst worden.“



Die Ergebnisse zeigen, dass Elternarbeit als zentraler Baustein für den Erfolg von Interventionen angesehen wird.

Früherkennung und Diagnostik

15 Teilnehmer:innen (26,3 %) äußerten sich zur Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung und differenzierten Diagnostik von Sprach- und Kommunikationsstörungen. Besonders hervorgehoben wurden der Zugang zu Diagnostikangeboten und die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse, z. B. bei mehrsprachigen Kindern:

„Frühzeitige Identifizierung von Sprach- und Kommunikationsstörungen.“
„Fachlich fundierte Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern im Elementarbereich und in Schule.“
„Frühe Erfassung und Intervention. Viel Aufklärungsarbeit. Interdisziplinäre Zusammenarbeit...“





„Frühe Diagnostik und Elternberatung bzw. Begleitung, Eltern mehr in Erziehungs- und Förderpflicht nehmen: Institutionen allein wirken keine Wunder, früher Beginn von Förderung und Therapie, Kindergartenpflicht ab dem 4. Lebensjahr, Aufwertung der Berufe im Elementarbereich in Kita, Frühförderung und Logopädie, angemessene Vergütung bei Paracenthesen, Adenotomien und Paukenröhrchen.“

Diese Aussagen unterstreichen den Bedarf an gezielten Maßnahmen, die eine frühzeitige Intervention ermöglichen.

Strukturelle Anpassungen

14 Nennungen (24,6 %) betrafen strukturelle Veränderungen, etwa institutionalisierte Übergangsprozesse zwischen Kita und Schule oder verbindliche Förderkonzepte.



„Verbindliche Übergangsprozesse von Kita in die Schule, um den Informationsfluss zu gewährleisten.“
 „Institutionalisierung von Sprachförderkonzepten an Bildungseinrichtungen.“
 „Mobiler Dienst Sprache in Bremen (der müsste sich auch gut aufstellen zu Diagnostik bei mehrsprachigen Kindern!)“

Diese Aussagen machen deutlich, dass langfristige und strukturelle Lösungen notwendig sind, um die Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Qualifikation und Weiterbildung

Die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurde von 11 Befragten (19,3 %) betont. Diese betreffen sowohl Lehrkräfte als auch Erzieher:innen:



„Kostenlose Langzeitfortbildungen für Fachkräfte im Bereich Sprachentwicklung.“
 „Stärkere Qualifizierung pädagogischen Personals im Hinblick auf Sprachförderung.“
 „mehr Entscheidungskompetenzen für Sprachtherapeut*innen, Akademisierung der Logopädie, weniger Verwaltung bei Bewilligungen, Heilmittelverordnungen etc.“

Eine stärkere Professionalisierung der beteiligten Akteur:innen wird als zentral für eine verbesserte Versorgung angesehen.

Bürokratieabbau

10 Nennungen (17,5 %) bezogen sich auf die Vereinfachung bürokratischer Prozesse, um den Zugang zu medizinischen und therapeutischen Leistungen zu erleichtern:



„Weniger institutionelle und bürokratische Hürden.“
 „Bürokratieabbau – mehr Zeit für fachliche Arbeit.“
 „Weniger institutionelle und bürokratische Hürden (Vorschriften, Kontrollmechanismen), die den direkten Zugang und das zeitnahe Einleiten von Maßnahmen ermöglichen. Standards und Strukturen, die interdisziplinären Austausch und multiprofessionelle Zusammenarbeit fördern, bspw. indem die hierfür erforderlichen Leistungen (Telefonieren, Berichte schreiben, Konsil anfordern, etc.) auch im Leistungskatalog aller beteiligten Berufsgruppen abgebildet werden! Abbau des Fachkräftemangels!“

Die Aussagen verdeutlichen, dass bürokratische Anforderungen häufig als Hemmnis für eine effektive Versorgung wahrgenommen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass eine verbesserte Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen eine Vielzahl an Maßnahmen erfordert, die von der Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen über die frühzeitige Diagnostik bis hin zur stärkeren Vernetzung der Akteur:innen reichen. Besonders hervorgehoben wurden die Integration von Maßnahmen in Bildungseinrichtungen und die Einbindung von Eltern. Die Analyse verdeutlicht den dringenden Handlungsbedarf und die Notwendigkeit einer langfristigen, strukturellen Planung, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten.

Unterversorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen

Die Frage, ob Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen im beruflichen Kontext der Befragten unterversorgt bleiben, wurde anhand einer Likert-Skala sowie einer Freitextantwort untersucht. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Wahrnehmung einer bestehenden Unterversorgung.

Insgesamt stimmten 42,68 % der Befragten (n=35) der Aussage „Ich stelle im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit fest, dass Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen unterversorgt bleiben“ vollkommen zu. Weitere 32,93 % (n=27) stimmten der Aussage zu. Keine der befragten Personen gab an, der Aussage nicht zuzustimmen oder ihr überhaupt nicht zuzustimmen. Eine Person (1,22 %) wählte die Option „Keine Angabe“. Ergänzend dazu machten 24,39 % der Befragten (n=20) in einem Freitextfeld weitere Anmerkungen zur Unterversorgung (vgl. Abbildung 36).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Befragten eine erhebliche Unterversorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen wahrnehmen. Die hohe Zustimmung zu dieser Aussage lässt auf strukturelle Defizite in der Versorgung schließen, die möglicherweise auf einen Fachkräftemangel, fehlende finanzielle Ressourcen oder organisatorische Herausforderungen zurückzuführen sind. Dass keine ablehnenden Bewertungen abgegeben wurden, zeigt zudem, dass die Wahrnehmung der Unterversorgung ein konsensfähiges Thema unter den Teilnehmer:innen ist.

Die Analyse unterstreicht die Bedeutung, diesem Bereich erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen, um die Versorgungslage nachhaltig zu verbessern. Ergänzende qualitative Analysen können dabei helfen, die spezifischen Ursachen und Lösungsmöglichkeiten für die von den Befragten wahrgenommenen Versorgungsdefizite weiter zu konkretisieren.

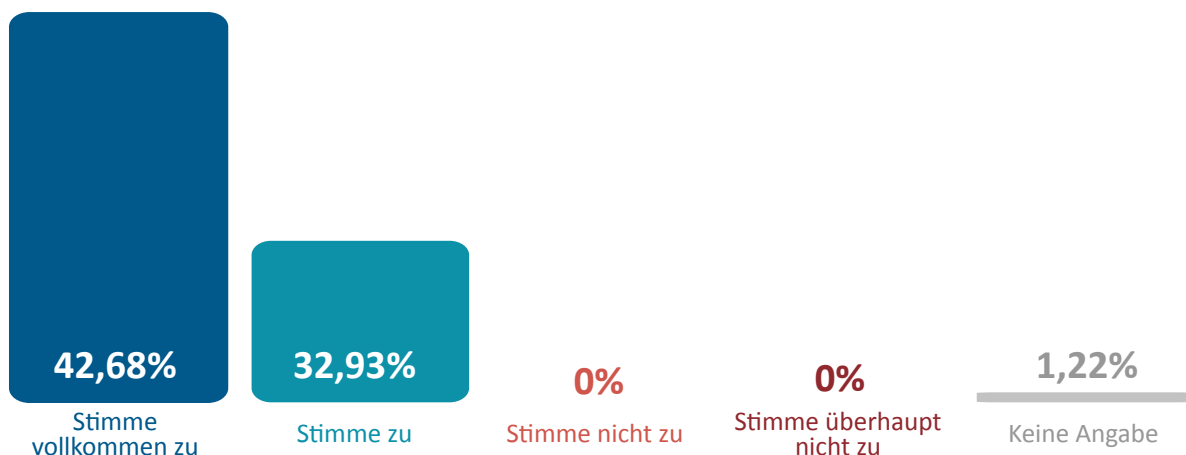


Abbildung 36. Ich stelle im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit fest, dass Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen unterversorgt bleiben.

Die Freitextantworten von 20 Befragten (24,39%) zum Item „Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit stelle ich fest, dass Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen unterversorgt bleiben“ wurden qualitativ ausgewertet. Basierend auf der Inhaltsanalyse konnten die Antworten in sechs zentrale Kategorien eingeordnet werden, die Hinweise auf spezifische Ursachen der Wahrnehmung der Unterversorgung geben können (vgl. Tabelle 2).

Die Auswertung verdeutlicht, dass die Wahrnehmung der Unterversorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen aus Sicht der Befragten ein vielschichtiges Problem darstellt. Am häufigsten wurde auf die langen Wartezeiten und den Therapieplatzmangel hingewiesen. Insgesamt 16 der Befragten betonten, dass Kinder teilweise bis zu zwei Jahre auf einen Therapieplatz in einer logopädischen Praxis warten müssen, was besonders bei dringendem Unterstützungsbedarf als unhaltbar wahrgenommen wird. Dies geht häufig mit einem generellen Mangel an Therapieplätzen einher, wodurch viele Kinder erst spät oder gar nicht behandelt werden.

Zusätzlich wurde der akute Fachkräftemangel von 10 Befragten hervorgehoben, der die Versorgung erheblich beeinträchtigt. Dies betrifft nicht nur die Anzahl der Fachkräfte, sondern auch deren Spezialisierung, die insbesondere bei komplexen Fällen oft fehlt. Einige Teilnehmer:innen wiesen zudem darauf hin, dass Fachkräfte häufig ausfallen oder nicht ausreichend qualifiziert sind, um spezifische Therapiebedarfe abzudecken.

Ein weiteres zentrales Problem, das von sechs Befragten genannt wurde, ist die unzureichende frühzeitige Erkennung und Behandlung von Sprach- und Kommunikationsstörungen. Es wurde berichtet, dass viele Kinder, insbesondere mehrsprachige oder sozial benachteiligte, nicht rechtzeitig identifiziert werden und erst spät Unterstützung erhalten. Einige Befragte schilderten Fälle, in denen Kinder bis zur Einschulung keine Logopädie erhielten, obwohl der Bedarf frühzeitig hätte festgestellt werden können.

Auch die fehlende Integration von gezielten Förderangeboten in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen wurde von fünf Befragten kritisiert. Es mangelt an strukturierten Konzepten für Sprachförderung und Diagnostik in Kitas und Schulen. Zudem werde der Alltag in Einrichtungen wie Kitas noch zu selten genutzt, um Kinder sprachlich gezielt zu unterstützen. Diese Defizite führen dazu, dass viele Kinder nicht in ihrem natürlichen Umfeld gefördert werden können.

Vier Befragte wiesen auf strukturelle Defizite und eine ungleiche Versorgung hin, die sich regional oder zwischen verschiedenen Einrichtungen bemerkbar macht. So wurden beispielsweise der Rückgang der ambulanten Versorgung und Probleme bei der Bereitstellung von Spezialangeboten, etwa für Kinder mit Hörbeeinträchtigungen, genannt. Auch das „Verschwinden“ von Kindern auf Wartelisten wurde angesprochen, was auf organisatorische Schwächen hinweist.

Trotz dieser Herausforderungen betonten drei Befragte auch positive Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit. In einigen Fällen funktioniere die Kooperation zwischen Eltern, Arztpraxen und Erzieher:innen gut, was als Grundlage für Verbesserungen genutzt werden könnte. Dennoch wurde auch in diesem Bereich der Bedarf nach einer stärkeren Abstimmung und besseren Kommunikation hervorgehoben.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass die Unterversorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen auf mehreren Ebenen ansetzt. Besonders die langen Wartezeiten, der Fachkräftemangel und die unzureichende frühzeitige Erkennung werden als zentrale Herausforderungen wahrgenommen. Ergänzend dazu tragen strukturelle Defizite und die fehlende Integration von Förderangeboten in Bildungseinrichtungen zur Verschärfung der Problematik bei. Gleichzeitig bieten die genannten positiven Beispiele der Zusammenarbeit erste Ansätze, um die Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern.

Table 2. Kategorien und exemplarische Ankerzitate zur Wahrnehmung der Unterversorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen.

Kategorie	Häufigkeit (n)	Beispiele für Ankerzitate
Lange Wartezeiten und Therapieplatzmangel	16	„Lange Wartezeiten, bis zu 2 Jahren nach Feststellung des Therapiebedarfs.“ „Die Wartezeiten sind zu lang und es gibt zu wenig Plätze! Oft wird viel zu spät reagiert.“
Fachkräftemangel und Spezialisierung	10	„Besonders dramatisch erlebe ich zurzeit den Einbruch der ambulanten Versorgung von Kindern mit akustischen Hörbeeinträchtigungen (Paukenerguss, MOE) durch den HNO-Fachärzte-Streik. Und natürlich ist auch der Fachkräftemangel ein ‚Dauerbrenner‘!“ „Abgrenzung Frühförderung/Sprachförderung-Therapie“
Unzureichend frühzeitige Erkennung und Behandlung	6	„Kinder werden eingeschult und hatten noch keine Logopädie; insbesondere mehrsprachige Kinder, die in Deutschland aufgewachsen sind und teilweise 3 Jahre im Kindergarten waren, kommen teilweise in der Schule in den Deutsch-Vorkurs für gerade nach Deutschland Zugezogene. Kinder mit Heilmittelverordnung warten zurzeit seit über 7 Monaten auf einen Therapieplatz, ohne auch nur auf einer Warteliste zu sein.“
Fehlende Angebote ambulant und in Bildungsstrukturen	5	„Es gibt insbesondere zu wenige Förderangebote in die Regelkitas (Elternschulungen / - Beratungen, Diagnostik und Logopädie) und zudem viel zu geringe Kapazitäten an ambulanter Logopädie. Zudem nimmt alltäglicher Eltern-Kind-Kommunikation bzw. Kind-Kind-Kommunikation ab“
Ungleiche Versorgung und Strukturen	4	„Persönlicher Erfahrung nach, haben die Kinder nur eine Chance, wenn die Eltern privat aktiv werden“ „Katastrophale Versorgung! TRIAGE!!! Grund- und Menschenrechtsverletzungen“ „Es ist unverantwortlich in Bremen“
Mangelnde Zusammenarbeit und Kommunikation	3	„Bei den Kindern die wir therapieren, funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Arztpraxen und Erzieher:innen meist gut. Die auf den Wartelisten „verschwinden“ oft.“ „viele der Alltagsmomente werden noch zu selten genutzt, um Kinder genau dort in ihrer Entwicklung sprachlich zu unterstützen, z. Bsp. in der Kita selber“

Aufklärung über Sprach- und Kommunikationsstörungen

Die Frage „Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit stelle ich fest, dass über das Vorkommen von Sprach- und Kommunikationsstörungen ausreichend aufgeklärt wird.“ wurde ebenfalls anhand einer vierstufigen Likert-Skala erhoben. Ziel war es, die Wahrnehmung der Aufklärungsarbeit im beruflichen Kontext differenziert zu erfassen. Die Befragten konnten ihre Zustimmung von „Stimme überhaupt nicht zu“ bis „Stimme vollkommen zu“ angeben und optional im Freifeld Kommentare hinterlassen.

Die Verteilung der Antworten zeigt eine deutliche Mehrheit, die der Aussage „nicht zustimmt“ oder „überhaupt nicht zustimmt“ (vgl. Abbildung 37). Insgesamt stimmten 51,22 % (n=42) der Befragten der Aussage „Stimme nicht zu“, und weitere 12,20 % (n=10) gaben an, der Aussage „Stimme überhaupt nicht zu“. Dies ergibt eine Gesamtablehnung von 63,42 % (n=52). Im Gegensatz dazu äußerten nur 8,54 % der Befragten (n=7) eine Zustimmung („Stimme zu“) und lediglich 3,66 % (n=3) stimmten der Aussage „vollkommen zu“. Eine Person (1,22 %, n=1) entschied sich für die Option „Keine Angabe“.

Die Ergebnisse zeigen, dass die große Mehrheit der Befragten die Aufklärungsarbeit über Sprach- und Kommunikationsstörungen im beruflichen Kontext als unzureichend wahrnimmt. Die hohe Ablehnungsquote – insbesondere die Mehrheit in der Kategorie „Stimme nicht zu“ – deutet darauf hin, dass erhebliche Defizite in der Informations- und Aufklärungsarbeit wahrgenommen werden. Nur ein sehr kleiner Anteil der Befragten empfindet die derzeitigen Maßnahmen als ausreichend, was sich in den geringen Zustimmungsraten widerspiegelt.

Die relativ geringe Zustimmung und die hohe Ablehnung legen nahe, dass gezielte Maßnahmen erforderlich sind, um die Aufklärungsarbeit in diesem Bereich zu verbessern. Die Analyse der Freifeldkommentare könnte zusätzliche Hinweise auf spezifische Problemfelder und Verbesserungspotenziale liefern.

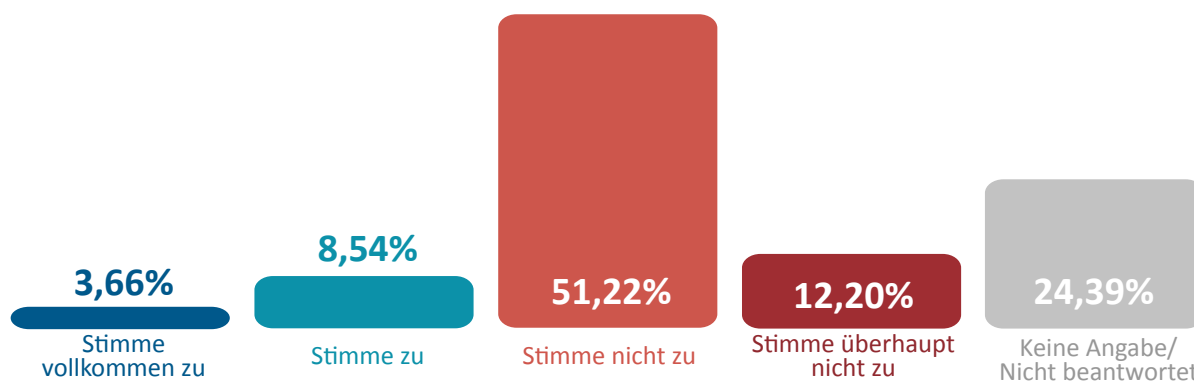


Abbildung 37. Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit stelle ich fest, dass über das Vorkommen von Sprach- und Kommunikationsstörungen ausreichend aufgeklärt wird.

Die ergänzenden Freitextkommentare sollen vertiefte Einblicke in spezifische Problemfelder der Aufklärungsarbeit bieten. Diese qualitative Dimension wird in der nachfolgenden separaten Auswertung dargestellt, um mögliche Ansatzpunkte für Verbesserungen der Aufklärung über Sprach- und Kommunikationsstörungen abzuleiten (vgl. Tabelle 3).

Die qualitative Analyse zeigt, dass die Befragten eine Vielzahl an Defiziten in der Aufklärungsarbeit identifizieren. Besonders häufig wurde der Mangel an Wissen bei Eltern und Qualifizierung und Mangel an Wissen bei Fachkräften betont, der durch unzureichende Fortbildungsangebote und veraltete Terminologie verschärft wird. Auch die Praxis des „Abwartens“ und das fehlende Bewusstsein über die Unterschiede zwischen Logopädie /Sprachtherapie und Sprachförderung tragen zur unzureichenden Versorgung bei.

Tabelle 3. Kategorien und exemplarische Ankerzitate zur Aufklärung über Sprach- und Kommunikationsstörungen.

Kategorie	Häufigkeit (n)	Beispiele für Ankerzitate
Unklarheiten und Unsicherheiten bei Eltern und Fachkräften	3	„Unsicherheiten und Unklarheiten bestehen z. B. bei Eltern, aber auch bei pädagogischen Fachkräften.“ „Mein Eindruck ist, oft wissen Eltern zu wenig, was Sprachentwicklung hemmt oder sogar schadet. Andersherum nutzen manche Eltern ihre Fähigkeit zu sprachanregendem Verhalten viel zu wenig.“
Mangel an Fortbildung und Qualifizierung	3	„Es fehlen Fortbildungen zu dem Thema, aber auch jegliche Qualifizierung in dem Bereich, die kostenlos angeboten wird. Ohne nachweisliche Qualifizierung hat das pädagogische Personal wenig Chancen, etwas zu verändern, gegebenenfalls überhaupt Einfluss beim jeweiligen Träger zu nehmen.“ „Wenn es Fortbildungen zur Qualifizierung gibt, dann sind die zur Verfügung gestellten Plätze begrenzt oder die Qualifizierung ist für diejenigen mit Interesse finanziell nicht möglich.“
Veraltete und uneinheitliche Terminologie	2	„Jedoch ist die Terminologie veraltet, uneinheitlich und entspricht auch nicht dem internationalen Standard (z. B. ICF-orientiert, DSM-5, ICD-11, CATALISE). Es ist bedauerlich, dass die deutschen Kolleg:innen hier einen eigenen Weg gehen. Das hilft uns nicht weiter und erschwert das Lesen von Studien und die Vergleichbarkeit unserer Arbeit, um gemeinsam eine verbesserte Versorgung umsetzen zu können.“ „Die Diagnostik- und Therapie-Leitlinie ist kaum hilfreich“
Hoffen auf spätere, spontane Entwicklungsschritte	1	„Oft wird auf kommende Entwicklungsschritte verwiesen (verwächst sich schon)“
Unzureichendes Wissen über Logopädie und Sprachförderung	1	„Es ist zu wenig bekannt, wie früh Logopädie erforderlich ist und dass Sprachförderung keine Alternative ist.“

Die wahrgenommenen Defizite in der Aufklärungsarbeit sind vielfältig. Besonders häufig wurde der Mangel an Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten genannt, der Fachkräfte daran hindert, eine fundierte Aufklärung und Unterstützung zu leisten. Auch die Unsicherheiten bei Eltern und Fachkräften hinsichtlich der Sprachentwicklung und ihrer Fördermöglichkeiten werden als zentrales Problem wahrgenommen.

Die Ergebnisse unterstreichen den dringenden Handlungsbedarf, gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Informations- und Aufklärungsarbeit zu entwickeln. So ist eine stärkere und gezieltere Aufklärungsarbeit notwendig, die sowohl Eltern als auch Fachkräfte adressiert. Kostenlose und niedrigschwellige Fortbildungen, die Einbindung und Implementierung logopädischer Expertise in Bildungseinrichtungen, sowie die Anpassung der Terminologie an internationale Standards könnten dazu beitragen, die Informationslage zu verbessern und die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen nachhaltig zu stärken.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Auch die Frage „Ich halte eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit derjenigen, die für die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen zuständig sind, für absolut notwendig.“ wurde mithilfe einer vierstufigen Likert-Skala untersucht. Ergänzend konnten Kommentare im Freifeld hinterlassen werden, um die Einschätzung weiter auszuführen.

Die Ergebnisse zeigen eine nahezu vollständige Zustimmung zur Aussage. 52 Befragte (82,54 %) wählten die Aussage „Stimme vollkommen zu“, und weitere 11 Befragte (17,46 %) wählten die Kategorie „Stimme zu“. Es gab keine Antworten in den Kategorien „Stimme nicht zu“ oder „Stimme überhaupt nicht zu“. Ebenso wurde die Option „Keine Angabe“ nicht genutzt. Ergänzend hinterließen 8 Personen qualitative Kommentare, die die quantitative Zustimmung weiter untermauern.

Die Verteilung der Antworten zeigt eine starke Übereinstimmung unter den Befragten hinsichtlich der Notwendigkeit einer engen interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Tatsache, dass keine ablehnenden oder neutralen Antworten gegeben wurden, verdeutlicht die universelle Relevanz dieses Themas aus Sicht der Teilnehmer:innen. Besonders bemerkenswert ist der sehr hohe Anteil (82,54 %) an Personen, die der Aussage „vollkommen zustimmen“, was die Dringlichkeit einer besseren Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen betont.

Die qualitative Analyse der Freitextantworten zeigt, dass die Befragten die interprofessionelle Zusammenarbeit als essenziell für die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen ansehen. Gleichzeitig werden jedoch zahlreiche Hindernisse und Herausforderungen genannt, die eine enge Zusammenarbeit erschweren. Ein zentrales Problem ist der Mangel an Zeit und finanziellen Ressourcen für den Austausch zwischen Fachkräften. So bemängelte ein:e Befragte:r: „Als Logopäde bekommt man leider keine Zeit zum Austausch mit Lehrenden und Ärztinnen und Ärzten bezahlt.“ Eine ähnliche Perspektive beschreibt die fehlende Möglichkeit zur koordinierten Zielerarbeitung, da „ohne Austausch die hochfrequente Erarbeitung von (gemeinsamen) Zielen nicht möglich“ sei und die Beteiligten „noch immer in verschiedene Richtungen ziehen.“

Neben den strukturellen Barrieren betonten einige Befragte die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung des Kindes durch alle beteiligten Fachkräfte. Dies wird als grundlegende Voraussetzung für eine effektive Versorgung angesehen. Eine Person fasste dies mit der Aussage zusammen: „Ganzheitliche Betrachtung ist zwingend notwendig.“

Ein weiteres Hindernis betrifft administrative Hürden, wie Abrechnungs- und Datenschutzregelungen, die den interprofessionellen Austausch erschweren. Ein:e Befragte:r schilderte: „Leider oftmals sehr erschwert durch fehlende Abrechnungsmöglichkeiten und Verwaltungs-/Datenschutzbestimmungen.“ Diese bürokratischen Hürden tragen dazu bei, dass die Zusammenarbeit häufig unstrukturiert bleibt. Zusätzlich wird der Mangel an Fortbildung und Interesse bei Fachkräften kritisch gesehen, insbesondere im pädagogischen Bereich. So wurde berichtet: „Leider sind zu wenige päd. Fachkräfte in dieser Materie fortgebildet. Nach Erfahrung mangelt es auch an dem entsprechenden Interesse und Möglichkeiten.“ Dies unterstreicht, dass nicht nur strukturelle, sondern auch individuelle Faktoren die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflussen können.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit als unverzichtbar für die Versorgung angesehen wird, in der Praxis jedoch durch vielfältige strukturelle und organisatorische Barrieren behindert wird. Diese Hindernisse umfassen sowohl zeitliche und finanzielle Einschränkungen als auch administrative Vorgaben und fehlende Fortbildungsmöglichkeiten. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Befragten in einer ganzheitlichen Zusammenarbeit aller Beteiligten eine Schlüsselstrategie sehen, um die Versorgungssituation nachhaltig zu verbessern.

Zusammenhang von Kindeswohlgefährdung und Sprachauffälligkeiten

Auch die Frage „In meinem beruflichen Tätigkeitsbereich habe ich auch mit Kindern zu tun, bei denen ich einen Zusammenhang zwischen Kindeswohlgefährdung (z. B. Gewalt und Vernachlässigung) und Sprachauffälligkeiten feststelle.“ wurde anhand einer vierstufigen Likert-Skala erhoben. Ziel war es, die Wahrnehmung der Befragten zu möglichen Zusammenhängen in ihrem beruflichen Kontext zu erfassen.

Die Mehrheit der Befragten (60,98 %, n=50) stimmte der Aussage zu (36,59%, n=30) oder vollkommen zu (24,39%, n=20), was darauf hindeutet, dass Sprachauffälligkeiten häufig im Zusammenhang mit möglichen Kindeswohlgefährdungen wahrgenommen werden. Die geringe Anzahl an Ablehnungen (4,88 %, n=4) deutet darauf hin, dass die Wahrnehmung dieses Zusammenhangs in den beruflichen Tätigkeitsbereichen der meisten Befragten präsent ist.

Die relativ hohe Anzahl an „Keine Angabe“-Antworten (10,98 %, n=9) sowie nicht vollständig ausgefüllter Fragebögen (23,16 %, n=19) könnte anhand des Stichprobenprofils damit erklärt werden, dass einige Befragte keinen direkten Kontakt mit betroffenen Kindern haben, oder darauf hinweisen, dass der Zusammenhang in ihren spezifischen Arbeitskontexten weniger offensichtlich ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein bemerkenswerter Anteil der Fachkräfte in ihrem beruflichen Alltag eine Verbindung zwischen Kindeswohlgefährdung und Sprachauffälligkeiten wahrnimmt. Dies unterstreicht die Bedeutung, Fachkräfte in diesem Bereich gezielt zu sensibilisieren und zu schulen, um mögliche Gefährdungssituationen frühzeitig zu erkennen. Die Förderung interdisziplinärer Ansätze sowie die Verknüpfung von Maßnahmen zur Sprachförderung und -therapie mit Kinderschutzkonzepten könnten effektive Maßnahmen darstellen, um die Versorgung gefährdeter Kinder zu verbessern.

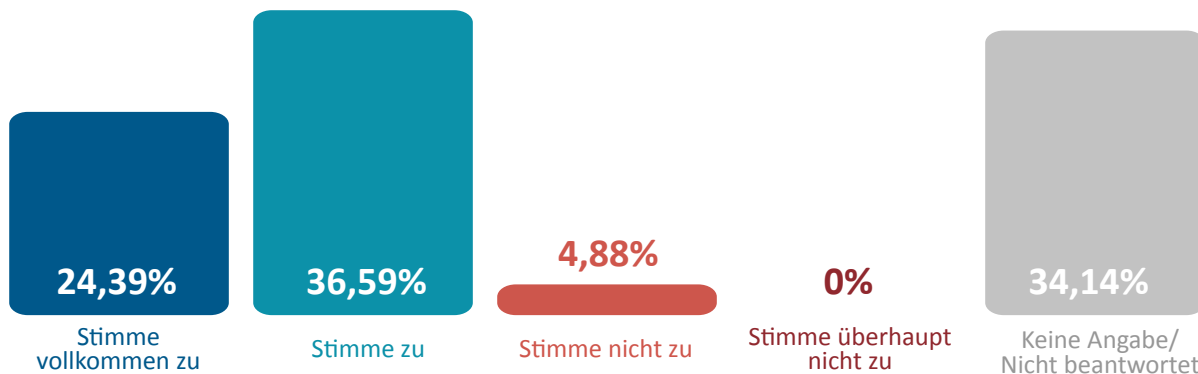


Abbildung 38. In meinem beruflichen Tätigkeitsbereich habe ich auch mit Kindern zu tun, bei denen ich einen Zusammenhang zwischen Kindeswohlgefährdung und Sprachauffälligkeiten feststelle.

Eigene Kompetenz bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdung

Die Frage „Ich fühle mich ausreichend in der Lage, Anzeichen von Kindeswohlgefährdung zu erkennen und ein Gefährdungsrisiko einzuschätzen.“ wurde mithilfe einer vierstufigen Likert-Skala erhoben. Ziel war es, die Selbsteinschätzung der Befragten in Bezug auf ihre Kompetenz bei der Identifikation und Bewertung von Kindeswohlgefährdung zu erfassen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Befragten (50,00%, n=41) sich ausreichend in der Lage fühlt, Anzeichen von Kindeswohlgefährdung zu erkennen und einzuschätzen (vgl. Abbildung 39). Dennoch zeigt sich ein signifikanter Anteil an Unsicherheiten, da 20,73 % der Befragten (n=17) dieser Aussage „nicht zustimmen“ und 1,22 % (n=1) angeben, der Aussage „überhaupt nicht zuzustimmen“.

Keiner der Befragten stimmte der Aussage „vollkommen zu“, was darauf hindeutet, dass sich niemand völlig sicher in der Einschätzung von Kindeswohlgefährdung fühlt.

Die 4,88 % (n=4) „Keine Angabe“-Antworten sowie die nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen (23,17 %, n=19) könnten darauf hinweisen, dass einige Befragte möglicherweise wenig Erfahrung mit der Einschätzung von Kindeswohlgefährdung haben oder sich zu dieser Thematik unsicher fühlen.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein erheblicher Anteil der Befragten zumindest eine grundsätzliche Kompetenz in der Erkennung und Bewertung von Kindeswohlgefährdung sieht. Gleichzeitig weist die Abwesenheit von „Stimme vollkommen zu“-Antworten und die moderate Zahl an Ablehnungen darauf hin, dass Unsicherheiten und Verbesserungsbedarf bestehen. Dies legt nahe, dass gezielte Schulungen und Fortbildungsmaßnahmen in diesem Bereich hilfreich sein könnten, um die Sicherheit und Kompetenz der Fachkräfte weiter zu stärken.

Während die Mehrheit der Befragten angibt, sich ausreichend in der Lage zu fühlen, Kindeswohlgefährdung zu erkennen, zeigen die Ergebnisse, dass Unsicherheiten bestehen und keine der befragten Personen ihre Fähigkeiten als vollkommen ausreichend einstuft. Die Förderung praxisnaher Schulungen und interdisziplinärer Zusammenarbeit könnte dazu beitragen, diese Unsicherheiten zu verringern und die Kompetenzen weiter auszubauen.

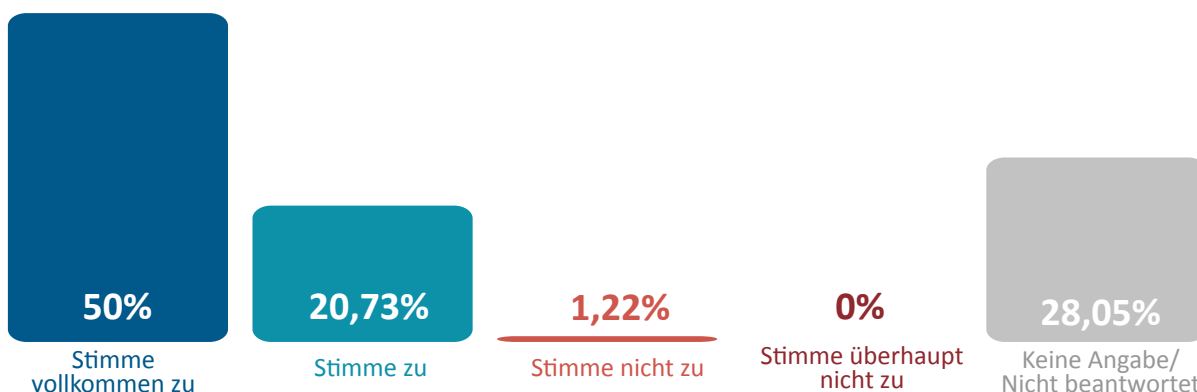


Abbildung 39. Ich fühle mich ausreichend in der Lage, Anzeichen von Kindeswohlgefährdung zu erkennen und ein Gefährdungsrisiko einzuschätzen.

Versorgungssituation von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörung

Die Frage „Eine Sprach- und Kommunikationsstörung kann ab dem Alter von 3 Jahren diagnostiziert werden. Ich stelle fest, dass betroffene Kinder ab diesem Alter angemessen versorgt werden.“ wurde anhand einer vierstufigen Likert-Skala untersucht, um die Wahrnehmung der Befragten zur Versorgungssituation von Kindern mit diagnostizierten Sprach- und Kommunikationsstörungen zu erfassen.

Die Antworten zeigen eine überwältigende Ablehnung der Aussage, dass Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen ab dem Alter von drei Jahren angemessen versorgt werden. Insgesamt gaben 75,61 % (n=62) der Befragten an, der Aussage „nicht zuzustimmen“ oder „überhaupt nicht zuzustimmen“ (vgl. Abbildung 40). Bemerkenswert ist, dass keine der Befragten der Aussage „stimme zu“ oder „stimme vollkommen zu“ zustimmte. Dies deutet darauf hin, dass die Versorgung von Kindern ab diesem Alter aus Sicht der Fachkräfte als deutlich unzureichend wahrgenommen wird.

Die geringe Anzahl an „Keine Angabe“-Antworten (1,22 %, n=1) und der Umstand, dass niemand die Aussage befürwortet, verdeutlichen die Dringlichkeit des Problems. Gleichzeitig zeigen die hinterlassenen Kommentare (9,76 %, n=8) das Interesse der Befragten, ihre Einschätzung weiter auszuführen, was für die qualitative Analyse wertvolle Einblicke verspricht.

Die Ergebnisse unterstreichen die Wahrnehmung, dass Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen ab einem Alter von drei Jahren oft nicht die notwendige Unterstützung erhalten. Diese Einschätzung könnte auf strukturelle Defizite hinweisen, wie etwa den Mangel an spezialisierten Fachkräften, lange Wartezeiten oder fehlende systematische Förderstrukturen. Die Abwesenheit von Zustimmungen zeigt, dass sich keine der Befragten sicher fühlt, dass die Versorgung in diesem Bereich angemessen ist.

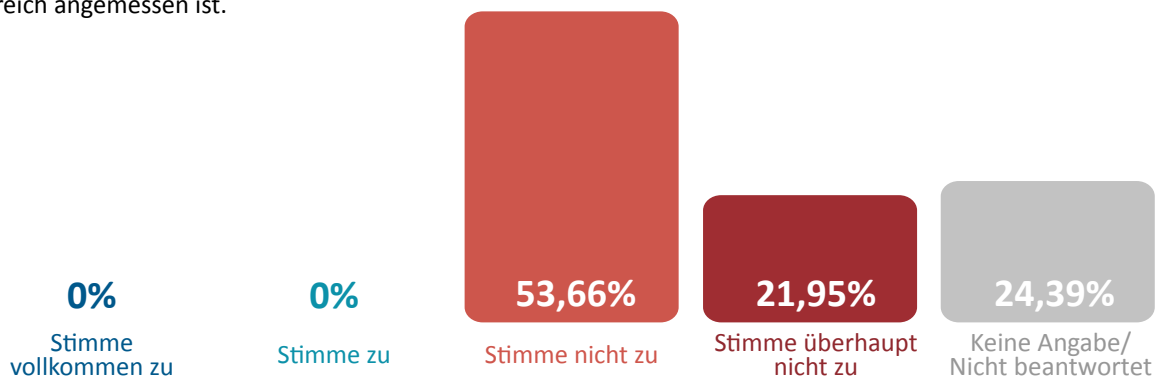


Abbildung 40. Eine Sprach- und Kommunikationsstörung kann ab dem Alter von 3 Jahren diagnostiziert werden. Ich stelle fest, dass betroffene Kinder ab diesem Alter angemessen versorgt werden.

Die Freitextantworten wurden einer angemessenen inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen, um zentrale Themen und Herausforderungen in der Versorgungssituation zu identifizieren. Die Antworten wurden in Kategorien geordnet, die die verschiedenen Perspektiven der Befragten widerspiegeln.

Die qualitative Analyse der Freitextantworten zeigt, dass die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen ab dem Alter von drei Jahren von vielfältigen Herausforderungen geprägt ist. Ein zentraler Punkt ist der Fachkräftemangel, der zu langen Wartezeiten führt. Viele Befragte berichteten, dass Kinder oft erst sehr spät Zugang zu Diagnostik und Therapie erhalten, was die Versorgung erheblich verzögert. So beschrieb ein:e Teilnehmer:in: „Viele Kinder werden viel zu spät vorgestellt und müssen aufgrund des Fachkräftemangels sehr lange auf die Versorgung warten.“ Eine andere Person ergänzte: „Lange Wartelisten verhindern das.“

Ein weiteres Problem wird in den fehlenden Kita-Plätzen und der Vernachlässigung der Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) gesehen. Kinder, die keine Kita besuchen oder deren Eltern die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen, bleiben häufig unerkannt. Ein:e Befragte:r stellte fest: „Fehlende Kita-Plätze: Kinder werden nicht gesehen, wenn Eltern dann auch U-Untersuchungen nicht wahrnehmen.“

Ein zusätzlicher Aspekt, der die Versorgung beeinträchtigt, ist das Abwarten statt frühzeitiger Intervention. Insbesondere Kinderärzt:innen würden häufig auf eine „Abwarten-und-sehen“-Strategie setzen, anstatt frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen. Dies sei vor allem bei Kindern mit familiärer Mehrsprachigkeit ein wiederkehrendes Muster. Eine Person merkte an: „Die Kinderärzte setzen nach wie vor auf die Abwarte-Strategie, ganz besonders bei Kindern mit familiärer Mehrsprachigkeit.“

Ein weiteres Hindernis ist die zu späte Diagnosestellung und die fehlende Früherkennung. Einige Befragte beschrieben, dass Sprach- und Kommunikationsstörungen häufig erst spät erkannt werden, was dazu führt, dass Interventionen zu spät beginnen und der Therapieaufwand dadurch steigt.

Ein:e Teilnehmer:in kommentierte: „Oft werden meines Erachtens die Diagnosen zu spät gestellt und eine SES nicht erkannt. In Folge dessen starten Interventionen zu spät, Therapieaufwand und -dauer steigen dadurch.“

Schließlich wird auch die Zusammenarbeit mit Erziehungsberechtigten als Herausforderung genannt. Schwierigkeiten in der Kommunikation und Kooperation mit den Eltern behindern oft die angemessene Versorgung. Ein:e Befragte:r schilderte: „Entweder sind keine Fachkräfte vorhanden oder es scheitert an der Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten.“

Die Analyse der Freitextantworten zeigt ein konsistentes Bild von Herausforderungen in der Versorgungssituation. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, frühzeitige Diagnostik und Intervention zu fördern, strukturelle Defizite zu beheben und die Zusammenarbeit mit Eltern zu stärken, um die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen nachhaltig zu verbessern.

Zusammenfassend verdeutlichen die Antworten der Befragten, dass die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen ab drei Jahren durch strukturelle und organisatorische Defizite sowie individuelle Herausforderungen geprägt ist. Die genannten Aspekte legen nahe, dass gezielte Maßnahmen zur Förderung der Früherkennung, zur Verbesserung der Elternarbeit und zur Behebung des Fachkräftemangels dringend erforderlich sind. Der Fachkräftemangel und die daraus resultierenden Wartezeiten stellen ein zentrales Problem dar, das durch fehlende Kita-Plätze und das Abwarten von Kinderärzt:innen verstärkt wird. Zudem wird auf Defizite in der Früherkennung und Diagnosestellung hingewiesen, die dazu führen, dass Interventionen oft zu spät beginnen. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Erziehungsberechtigten verschärfen die Problematik zusätzlich.

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf erhebliche Defizite in der Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen ab einem Alter von drei Jahren hin. Dies legt nahe, dass dringend Maßnahmen erforderlich sind, um die Verfügbarkeit von Diagnostik und Therapie zu verbessern.

Rolle von Logopäd:innen im pädagogischen Kollegium an Schulen

Die Frage „Ich halte es für unabdingbar, dass Logopäd:innen als fester Bestandteil des pädagogischen Kollegiums an Schulen tätig sind.“ wurde mithilfe einer Likert-Skala untersucht, um die Einstellung der Befragten zu diesem Thema zu erfassen.

Die Antworten verdeutlichen eine starke Unterstützung für die Implementierung und Integration von Logopäd:innen in das pädagogische Kollegium an Schulen. Über die Hälfte der Befragten (51,22 %, n=42) stimmten der Aussage „vollkommen zu“, und weitere 19,51 % (n=16) gaben an, ihr „zu“ zu stimmen (vgl. Abbildung 40). Insgesamt befürworteten 70,73 % (n=58) der Befragten diese Maßnahme. Nur 4,88 % (n=4) äußerten sich ablehnend, indem sie der Aussage „nicht zustimmen“, während keine:r der Befragten die Aussage „überhaupt nicht zustimme“.

Die geringe Anzahl an „Keine Angabe“-Antworten (1,22 %, n=1) zeigt, dass die Frage für die meisten Befragten von Bedeutung ist. Die Kommentare (12,20 %, n=10) bieten darüber hinaus wertvolle Einblicke in spezifische Begründungen für die Zustimmung oder Ablehnung.

Die hohe Zustimmung zeigt, dass die Mehrheit der Befragten die Einbindung von Logopäd:innen in das schulische Kollegium als essenziell ansieht, um die Förderung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen zu verbessern. Die geringe Ablehnung deutet darauf hin, dass dieser Vorschlag kaum kontrovers ist und von den meisten als wichtige Maßnahme angesehen wird.

Die Ergebnisse betonen die Bedeutung einer strukturellen Implementierung von Logopäd:innen in Schulen, um die Versorgung und Förderung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen zu verbessern.

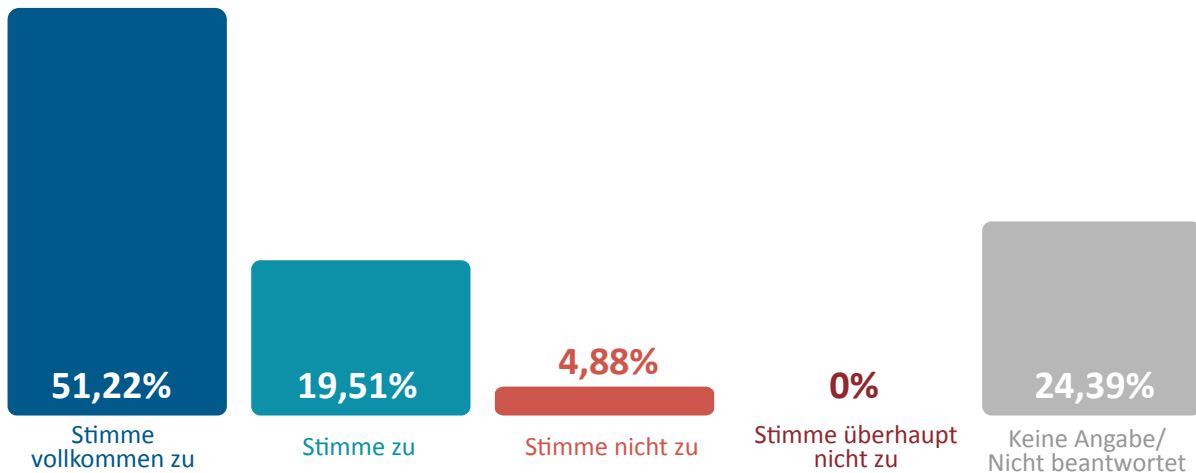


Abbildung 41. Ich halte es für unabdingbar, dass Logopäd:innen als fester Bestandteil des pädagogischen Kollegiums an Schulen tätig sind.

Die Kommentare zur Frage „Ich halte es für unabdingbar, dass Logopäd:innen als fester Bestandteil des pädagogischen Kollegiums an Schulen tätig sind.“ wurden inhaltlich analysiert, um zentrale Themen und Einschätzungen der Befragten zu extrahieren. Dabei wurden die Aussagen in größere Kategorien unterteilt, die die verschiedenen Perspektiven und Vorschläge zur Integration von Logopäd:innen in Schulen zusammenfassen.

Die qualitative Analyse der Freitextantworten zeigt eine deutliche Zustimmung der Befragten zur Implementierung von Logopädie im Bildungssystem und Integration von Logopäd:innen als festen Bestandteil des pädagogischen Kollegiums an Schulen.

Dabei wurde mehrfach die Wichtigkeit dieser Maßnahme betont. Viele Befragte sehen in der Einbindung von Logopäd:innen eine zentrale Möglichkeit, die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen trotz knapper Ressourcen zu verbessern. Ein:e Befragte:r formulierte dies so: „Das ist ein Ergebnis des Fachtags. So können mehr Kinder erreicht werden trotz knapper Ressourcen.“ Andere betonten, dass diese Maßnahme längst überfällig sei und bereits in anderen Ländern erfolgreich umgesetzt wird: „Das ist seit 30 Jahren Thema und in vielen Ländern bereits gängige Praxis.“

Ein weiterer zentraler Punkt war die Berücksichtigung der Elternarbeit im Kontext der schulischen Logopädie. Die Zusammenarbeit mit den Eltern wurde als unerlässlich für eine effektive Förderung angesehen. Ein:e Befragte:r hob hervor: „Dabei sollte jedoch die Elternarbeit ausreichend berücksichtigt werden können.“ Ein anderer Kommentar unterstrich die Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Logopäd:innen, Kindern und Eltern: „1:1 Therapie in angemessener Atmosphäre, Vertrauensbasis, auch zu den Eltern, ist sehr wirksam.“

Gleichzeitig wiesen einige Befragte auf den bestehenden Fachkräftemangel hin, der die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahme erheblich erschweren könnte. Eine Person brachte dies auf den Punkt: „Leider gibt es schon jetzt zu wenige Logopädinnen, um den Bedarf zu decken.“ Diese Einschätzung verdeutlicht die Notwendigkeit, langfristig Maßnahmen zur Ausbildung und Gewinnung neuer Fachkräfte zu ergreifen.

Einige Befragte betonten die Notwendigkeit, dass Logopäd:innen als Teil eines interprofessionellen Teams an Schulen arbeiten sollten, um eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften zu gewährleisten. Es wurde kritisiert, dass Logopäd:innen häufig nur als externe Therapeut:innen fungieren und nicht ausreichend in die schulischen Strukturen eingebunden sind. Ein:e Befragte:r bemerkte hierzu: „Logopäden, die an Schulen gehen, sollten Teil des interprofessionellen Teams sein. Erfahrungsgemäß sind sie bisweilen externe Therapeuten, die nicht im Team integriert sind.“

Schließlich wurden auch strukturelle und organisatorische Herausforderungen thematisiert. Die Befragten wiesen darauf hin, dass eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahme nur möglich sei, wenn Qualifizierungsmaßnahmen für pädagogisches Personal ausgebaut werden. Eine Person formulierte dies so: „Ist nur möglich, wenn das päd. Personal in den Kindertagesstätten auch die Möglichkeit bekäme, kostenlos an Qualifizierungen teilzunehmen.“ Dies verdeutlicht, dass sowohl die Ausbildung der Logopäd:innen als auch die Qualifizierung von pädagogischem Fachpersonal Teil einer umfassenden Strategie sein müssen.

Zusammenfassend zeigt die Analyse, dass die Befragten die Integration von Logopäd:innen in Schulen als dringend notwendig ansehen. Gleichzeitig wird deutlich, dass strukturelle und personelle Herausforderungen, wie der Fachkräftemangel und die Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit, adressiert werden müssen, um eine effektive Umsetzung dieser Maßnahme sicherzustellen.

Tagungsevaluation

Abschließend werden fachtagungsspezifische Aspekte berichtet. Das Item „Die Vorträge waren für meine berufliche Tätigkeit relevant.“ wurde mit einer Likert-Skala erhoben, um die Relevanz der Tagungsinhalte für die berufliche Praxis der Teilnehmer:innen zu bewerten.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Vorträge von den Teilnehmer:innen als sehr relevant für ihre berufliche Tätigkeit wahrgenommen wurden. Insgesamt gaben 75,60 % (n=62) der Befragten an, der Aussage entweder „vollkommen zu“ oder „zu“ zuzustimmen (vgl. Abbildung 42). Bemerkenswert ist, dass keine:r der Befragten die Aussage ablehnte („Stimme nicht zu“ oder „Stimme überhaupt nicht zu“), was auf eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Relevanz der Tagungsinhalte hinweist.

Die geringe Anzahl an „Keine Angabe“-Antworten (1,22 %, n=1) deutet darauf hin, dass die Fragestellung für die meisten Befragten von Bedeutung war. Die nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen (23,17 %, n=19) könnten darauf hindeuten, dass diese Teilnehmer:innen möglicherweise nicht an den relevanten Vorträgen teilnahmen oder die Bewertung nicht abschließen konnten.

Die hohe Zustimmung zeigt, dass die Vorträge der Tagung als praxisrelevant empfunden wurden und die berufliche Tätigkeit der Teilnehmer:innen bereichern konnten. Dies unterstreicht die Wirksamkeit der Tagungsinhalte und deutet darauf hin, dass die Vorträge erfolgreich auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt waren.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Vorträge von einem Großteil der Teilnehmer:innen als sehr relevant für ihre berufliche Tätigkeit wahrgenommen wurden. Dies legt nahe, dass die inhaltliche Gestaltung der Tagung einen hohen Praxisbezug hatte und die Erwartungen der Teilnehmer:innen erfüllt oder übertroffen hat. Künftige Tagungen könnten an diesem Erfolg anknüpfen, indem sie die praxisorientierte Ausrichtung weiter stärken und gezielt auf die Bedürfnisse der Teilnehmer:innen eingehen. Hierzu bedarf es jedoch der Bereitstellung entsprechender Ressourcen.

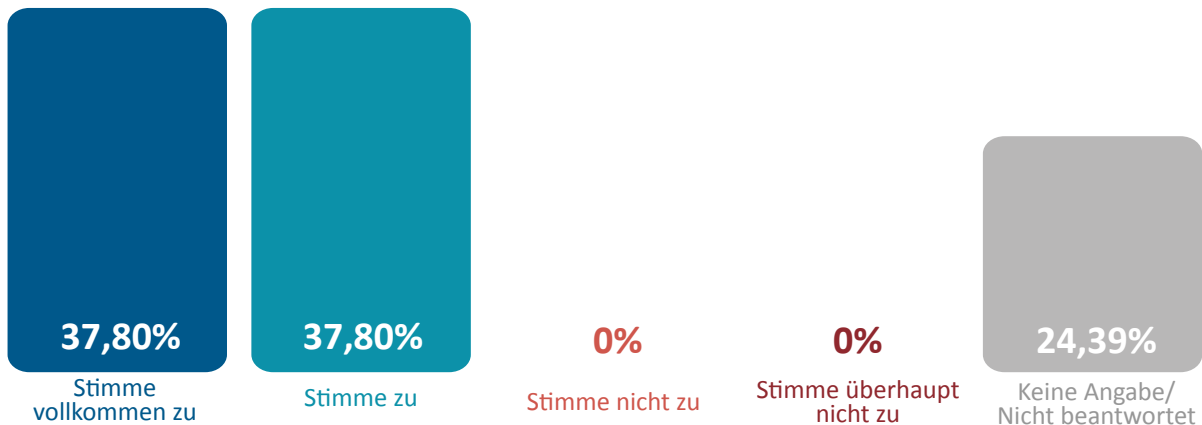


Abbildung 42. Die Vorträge waren für meine berufliche Tätigkeit relevant.

Die Frage „Die Veranstaltung hat zum Erkenntnisgewinn für meine Arbeit beigetragen.“ wurde gleichermaßen untersucht, um zu erfassen, inwiefern die Teilnehmer:innen die Tagung als bereichernd für ihre berufliche Tätigkeit wahrnahmen.

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche positive Wahrnehmung des Erkenntnisgewinns durch die Veranstaltung. Insgesamt stimmten 74,39 % (n=61) der Aussage entweder „vollkommen zu“ oder „zu“, was darauf hinweist, dass die Tagung als sehr wertvoll für die berufliche Weiterentwicklung wahrgenommen wurde (vgl. Abbildung). Bemerkenswert ist, dass keine:r der Befragten der Aussage ablehnte („Stimme nicht zu“ oder „Stimme überhaupt nicht zu“).

Die geringe Anzahl an „Keine Angabe“-Antworten (1,22 %, n=1) und nicht beantworteten Fragen (1,22 %, n=1) verdeutlicht, dass nahezu alle Teilnehmer:innen die Frage als relevant betrachteten. Die nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen (23,17 %, n=19) könnten darauf hinweisen, dass diese Teilnehmer:innen die Veranstaltung nicht vollständig wahrgenommen haben oder die Bewertung nicht abgeschlossen wurde.

Die hohe Zustimmung zeigt, dass die Veranstaltung als bereichernd und hilfreich für die berufliche Arbeit der Teilnehmer:innen angesehen wurde. Dies spricht für die Qualität der Inhalte und deren Relevanz für die Zielgruppe. Die Ergebnisse betonen die Wirksamkeit der Tagung in Bezug auf den Wissens- und Erkenntnisgewinn der Teilnehmer:innen. Dies unterstreicht die Relevanz und Qualität der Inhalte sowie deren praktische Anwendbarkeit. Künftige Veranstaltungen könnten diesen Erfolg durch eine ähnlich starke inhaltliche Ausrichtung und Zielgruppenorientierung weiterführen.

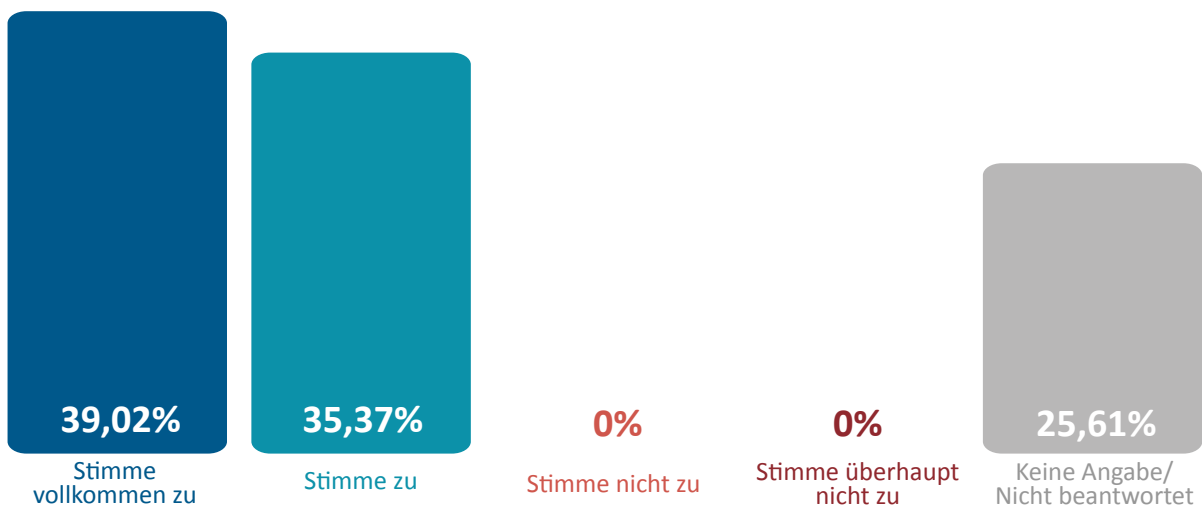


Abbildung 43. Die Veranstaltung hat zum Erkenntnisgewinn für meine Arbeit beigetragen.

Die Frage „Die Veranstaltung hat dazu beigetragen, dass ich eine genaue Vorstellung davon habe, welche Disziplinen für die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen relevant sind.“ wurde mithilfe einer Likert-Skala erhoben, um zu erfassen, ob die Tagung dazu beigetragen hat, ein besseres Verständnis der interprofessionellen Zusammenarbeit zu entwickeln.

Die Ergebnisse zeigen eine überwiegende Zustimmung der Teilnehmer:innen, dass die Veranstaltung zur Klarheit über relevante Disziplinen beigetragen hat. Insgesamt stimmten 68,30 % der Befragten (n=56) der Aussage entweder „vollkommen zu“ oder „zu“ (vgl. Abbildung 44). Dies deutet darauf hin, dass die Tagung erfolgreich dabei war, die interprofessionelle Perspektive zu verdeutlichen und den Teilnehmer:innen ein klareres Bild der beteiligten Disziplinen zu vermitteln. Ein geringer Anteil der Befragten (6,10 %, n=5) äußerte eine ablehnende Haltung („Stimme nicht zu“), während keine:r der Befragten der Aussage „überhaupt nicht zustimmte“. Dies spricht dafür, dass die meisten Teilnehmer:innen die Inhalte als hilfreich empfanden, wenngleich einige möglicherweise spezifischere oder detailliertere Informationen erwartet hatten. Die geringe Anzahl an „Keine Angabe“-Antworten (2,44 %, n=2) zeigt, dass die Fragestellung für die meisten Teilnehmer:innen relevant war. Die nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen (23,17 %, n=19) könnten darauf hinweisen, dass diese Teilnehmer:innen entweder keine Vorträge zu diesem Thema besucht haben oder die Bewertung nicht abgeschlossen wurde.

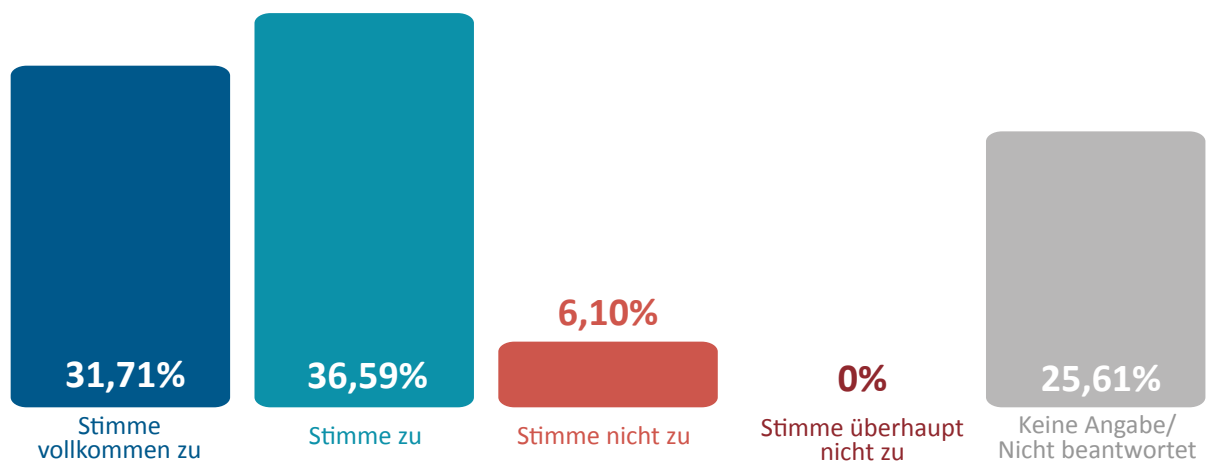


Abbildung 44. Die Veranstaltung hat dazu beigetragen, dass ich eine genaue Vorstellung davon habe, welche Disziplinen für die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen relevant sind.

Die Tagung wurde von einem Großteil der Teilnehmer:innen als Beitrag zu einem besseren Verständnis der beteiligten Disziplinen wahrgenommen. Dies unterstreicht die Relevanz der interdisziplinären Ausrichtung der Veranstaltung und legt nahe, dass künftige Veranstaltungen weiterhin auf eine gezielte Förderung der interprofessionellen Perspektive abzielen sollten.

Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i> Erhöhte Rate und Form der Kindeswohlgefährdung bei bestimmten Risikogruppen.	11
<i>Abbildung 2.</i> Die Kariogenese begünstigende Prädiktoren zeigen Übereinstimmungen mit Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung.	11
<i>Abbildung 3.</i> Adverse Childhood Experiences (ACE) als Folge von Kindheitstraumata und ihre Bedeutung.	11
<i>Abbildung 4.</i> Kindervorsorgeuntersuchungen in Bezug auf Kommunikation, Zeitpunkte U1 bis U5.	12
<i>Abbildung 5.</i> Kindervorsorgeuntersuchungen in Bezug auf Kommunikation, Zeitpunkte U6 bis U9.	12
<i>Abbildung 6.</i> Gründe für eine ausbleibende Hörgarantie trotz Neugeborenenhörscreening (NHS).	14
<i>Abbildung 7.</i> Gründe für logopädische Verordnungen ohne Hörtestung und damit verbundene Implikation für den audilogischen Bereich.	15
<i>Abbildung 8.</i> Die für die Sprachentwicklung relevanten Aspekte in den Früherkennungsuntersuchungen gemäß Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie).	16
<i>Abbildung 9.</i> Sprachberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U3-U9. Eigene Darstellung in Anlehnung an Fegeler, Leitfaden zur Beurteilung der Sprachentwicklung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis: Rationale Indikationshilfe für Beobachtung, Sprachförderung und Sprachtherapie, BVKJ (2014, S. 29).	17
<i>Abbildung 10.</i> Ressourcen und Wartezeiten im diagnostischen Prozess.	18
<i>Abbildung 11.</i> Zum Zustand der Zahngesundheit der Erstklässler:innen in Bremen im Schuljahr 2023/24.	19
<i>Abbildung 12.</i> Übersicht der Entwicklung der Karieserfahrung in Bremen (Quelle: DAJ e.V., Bonn).	20
<i>Abbildung 13.</i> Karieserfahrung in Deutschland sowie Bremen im Vergleich (Quelle: DAJ e.V., Bonn).	20
<i>Abbildung 14.</i> Karieserfahrung weltweit (Quelle: DAJ e.V., Bonn).	21
<i>Abbildung 15.</i> Zusammenhang zwischen Behandlungsbedarf, Sanierungsgrad und Kariesfreiheit der Erstklässler:innen in Bremen im Schuljahr 2023/24.	21
<i>Abbildung 16.</i> Mögliche Auswirkungen des visceralen Schluckmusters auf Mundgesundheit.	22
<i>Abbildung 17.</i> Mögliche Auswirkungen des visceralen Schluckmusters auf physiologische Funktionen.	22
<i>Abbildung 18.</i> Behandlung des offenen Bisses.	23
<i>Abbildung 19.</i> Zusammenfassender Ausblick in Bezug auf die gegenwärtige Situation in Bremen.	24
<i>Abbildung 20.</i> Daten aus Bremen zu Kindern in sozial benachteiligten Räumen und Kindern mit Sprachförderbedarf ohne Differenzierung, worin sich dieser begründet (Quelle: Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport, Lebenslagen im Land Bremen, 3. Bericht der Freien Hansestadt Bremen, 2021).	25
<i>Abbildung 21.</i> Zugangsbarrieren in der logopädischen Versorgung und Früherkennung von Störungen der Sprachentwicklung bei mehrsprachigen Kindern.	27
<i>Abbildung 22.</i> Exemplarische Daten aus in Deutschland durchgeführten Erhebungen zur Versorgungslage unter Berücksichtigung von Sprachstörungen im Kindesalter.	28
<i>Abbildung 23.</i> Beispiele ungeeigneter und geeigneter Prüfkriterien zur Früherkennung von Störungen der Sprachentwicklung bei Kleinkindern zum Zeitpunkt der U7.	29
<i>Abbildung 24.</i> Ablauf und evidenzbasierter Methodenkanon der logopädischen Sprachentwicklungsdiagnostik bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern mit Verdacht Störungen der Sprachentwicklung (eigene Darstellung in Anlehnung an Scharff Rethfeldt, Kindliche Mehrsprachigkeit – Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention, Thieme, 2023).	29
<i>Abbildung 25.</i> Modell zur Umsetzung von Multi-Tiered Systems of Support (MTSS) als mehrstufiges Unterstützungssystem in Kindertagesstätten und Schulen unter Einbindung von Logopäd:innen.	30
<i>Abbildung 26.</i> Zur Situation in Bremen, das durch negative Schlagzeilen bekannt ist, dabei durchaus auch positive Ansätze und Ergebnisse vorweisen kann.	31
<i>Abbildung 27.</i> Schülerinnen und Schüler (SuS) mit sehr unterschiedlichen Sprachförderbedarfen aufgrund unterschiedlicher Ursachen für sprachliche Auffälligkeiten, die Kindern mit Sprachentwicklungsstörung (SES) ähneln.	32
<i>Abbildung 28.</i> Zur Beurteilung auffälliger Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten eines mehrsprachigen Kindes aus pädagogischer Sicht.	32
<i>Abbildung 29.</i> Einordnung der Befunde aus der schulischen Praxis unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse.	34
<i>Abbildung 30.</i> Empfehlungen aus (sonder-)pädagogischer Perspektive für den Bereich Diagnostik.	35
<i>Abbildung 32.</i> Berufliche Qualifikationen der befragten Teilnehmer:innen.	48
<i>Abbildung 33.</i> Berufliche Tätigkeitsbereiche der Befragten.	48
<i>Abbildung 34.</i> Überwiegende berufliche Tätigkeitsorte der Befragten.	49
<i>Abbildung 35.</i> Beruflicher Tätigkeitsort der Befragten nach Postleitzahlen.	50
<i>Abbildung 36.</i> Ich stelle im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit fest, dass Kinder mit Sprach- und Kommunikationsstörungen unterversorgt bleiben.	54
<i>Abbildung 37.</i> Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit stelle ich fest, dass über das Vorkommen von Sprach- und Kommunikationsstörungen ausreichend aufgeklärt wird.	57
<i>Abbildung 38.</i> In meinem beruflichen Tätigkeitsbereich habe ich auch mit Kindern zu tun, bei denen ich einen Zusammenhang zwischen Kindeswohlgefährdung und Sprachauffälligkeiten feststelle.	60
<i>Abbildung 39.</i> Ich fühle mich ausreichend in der Lage, Anzeichen von Kindeswohlgefährdung zu erkennen und ein Gefährdungsrisiko einzuschätzen.	61
<i>Abbildung 40.</i> Eine Sprach- und Kommunikationsstörung kann ab dem Alter von 3 Jahren diagnostiziert werden. Ich stelle fest, dass betroffene Kinder ab diesem Alter angemessen versorgt werden.	62
<i>Abbildung 41.</i> Ich halte es für unabdingbar, dass Logopäd:innen als fester Bestandteil des pädagogischen Kollegiums an Schulen tätig sind.	64
<i>Abbildung 42.</i> Die Vorträge waren für meine berufliche Tätigkeit relevant.	66
<i>Abbildung 43.</i> Die Veranstaltung hat zum Erkenntnisgewinn für meine Arbeit beigetragen.	66
<i>Abbildung 44.</i> Die Veranstaltung hat dazu beigetragen, dass ich eine genaue Vorstellung davon habe, welche Disziplinen für die Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen relevant sind.	67

Tabellen

<i>Tabelle 1.</i> Kategorien und exemplarische Ankerzitate zu Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen.	51
<i>Tabelle 2.</i> Kategorien und exemplarische Ankerzitate zur Wahrnehmung der Unterversorgung von Kindern mit Sprach- und Kommunikationsstörungen.	56
<i>Tabelle 3.</i> Kategorien und exemplarische Ankerzitate zur Aufklärung über Sprach- und Kommunikationsstörungen.	58

