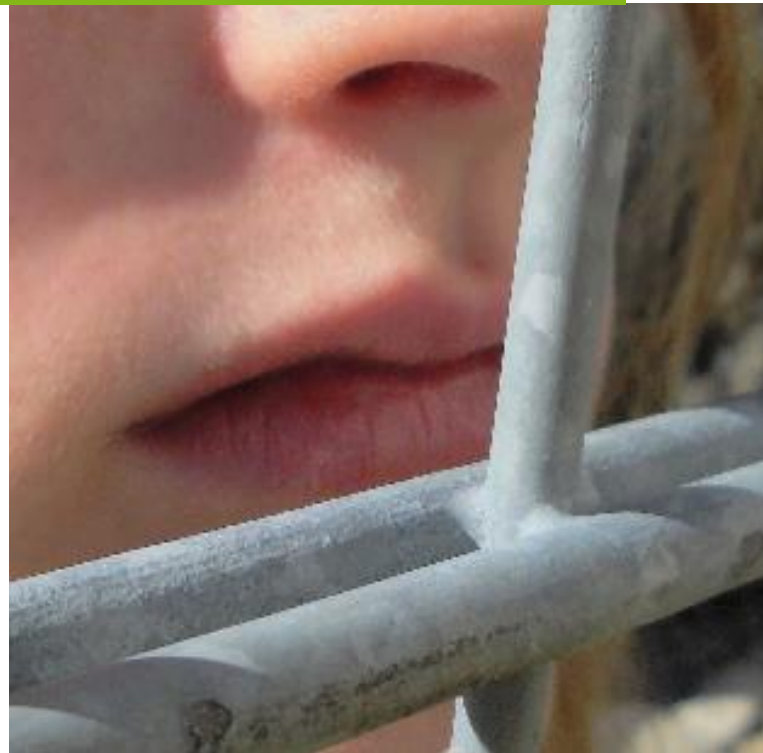


DortMuS

Dortmunder Mutismus Screening

Dortmunder Mutismus Screening – Kita

Manual



Anja Starke & Katja Subellok

Technische Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Sprache und Kommunikation

(CC) 2018

Inhalt

1	Warum ein Screeningverfahren zur Erfassung von Risikokindern für selektiven Mutismus? 2
2	DortMuS-Kita 5
2.1	Allgemeine Kennzeichnung..... 5
2.2	Aufbau von DortMuS-Kita 6
2.3	Hinweise zur Durchführung 6
2.4	Auswertung 7
3	Interpretation der Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis 8
3.1	Was leistet DortMuS-Kita und was NICHT? 8
3.2	Was ist zu tun, wenn sich beim Kind KEIN Verdacht auf SM bestätigt? 8
3.3	Was ist zu tun, wenn sich beim Kind der Verdacht auf SM bestätigt? 9
3.4	Was kann eine Fachkraft im Kita-Alltag tun, wenn sich der Verdacht auf SM bestätigt? ... 10
3.5	Gibt es bei mehrsprachigen schweigenden Kindern etwas Besonderes zu beachten? 13
3.6	Fallbeispiele 14
4	Testkonstruktion 17
4.1	Itementwicklung..... 17
4.2	Studie 1: Entwicklung von DortMuS-Kita 17
4.3	Studie 2: Überprüfung von DortMuS-Kita..... 18
5	Ausblick..... 19
	Literatur 20

Dieses Manual ist eine überarbeitete und an den Kontext der Kindertageseinrichtung angepasste Version des Manuals zu DortMuS-Schule (Starke & Subellok, 2016). Es wurde leicht inhaltlich verändert, erweitert, aktualisiert und im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielgruppen sowie das Instrument adaptiert.



Dieses Dokument steht unter einer Creative Commons Namensnennung: NichtKommerziell-KeineBearbeitung 3.0 Deutschland Lizenz.

Bitte zitieren Sie dieses Dokument als: Starke, A., & Subellok, K. (2018). *Dortmunder Mutismus Screening DortMuS-Kita*. Verfügbar unter: www.sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Kita.pdf



1 Warum ein Screeningverfahren zur Erfassung von Risikokindern für selektiven Mutismus?

Selektiver Mutismus (SM) wird als Kommunikationsstörung der frühen Kindheit umschrieben. Seine Kernsymptomatik ist ein konsequentes Schweigen in bestimmten sozialen Situationen, während in anderen, in der Regel vertrauten Situationen Sprechen ganz unbefangen möglich ist (American Psychiatric Association, 2013). Interindividuell variiert die Schweigesymptomatik enorm, und je nach Ausmaß können die soziale Partizipation und der schulische Erfolg des Kindes stark beeinträchtigt sein. Da SM in hohem Maße mit (sozialer) Ängstlichkeit assoziiert ist, wird er aktuell im DSM-V unter den Angststörungen kategorisiert (American Psychiatric Association, 2013). Mit einer Prävalenzrate von etwa 0,7 % tritt SM relativ selten (Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002; Elizur & Perednik, 2003; Ford, Sladeczek, Carlson, & Kratochwill, 1998), bei Mädchen häufiger als bei Jungen auf (Verhältnis 1,6:1) (Bahr, 2006; Steinhausen & Juzi, 1996). Wegen seiner Seltenheit und auch unscheinbaren Kernsymptomatik ist der SM in medizinischen und pädagogischen Fachkontexten relativ unbekannt. Aufgrund der fließenden Übergänge zu extremer Schüchternheit und Sprechängstlichkeit wird die Schweigsamkeit oft fehlinterpretiert (Kopp & Gilberg, 1997; Schwartz, Freedy, & Sheridan, 2006) und SM häufig nicht frühzeitig identifiziert. Obwohl das Schweigen bei den meisten Kindern bereits zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr beginnt (Dummit et al., 1997), werden sie durchschnittlich erst mit etwa acht Jahren therapeutisch versorgt (Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Henninghausen, & Gutenbrunner, 2001). Manche Kinder erhalten gar keine Therapie (Black & Uhde, 1995; Kumpulainen, Räsänen, Raaska, & Somppi, 1998). Wie die klinische Erfahrung zeigt, kann es auch heute noch durchaus vorkommen, dass schweigende Kinder die Grundschule ohne therapeutische Hilfe durchlaufen. Wenn dann im Sekundarbereich mündliche Leistungen für die Benotung strikter eingefordert werden und Lehrkräfte womöglich weniger bereit für Sonderregelungen sind, droht diese für alle Beteiligten belastende Situation oft zu eskalieren. Wertvolle Zeit für eine professionelle Unterstützung der Kinder blieb ungenutzt (Bahrfeck-Wichitill & Subellok, 2016).

Alles in allem tragen diese Besonderheiten sowie unscharfe diagnostische Kriterien gemäß ICD 10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2014) oder DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) dazu bei, dass (1) von einer hohen Dunkelziffer betroffener Kinder im Vor- und Grundschulalter ausgegangen werden kann (Starke & Subellok, 2012) und (2) die Früherkennung mutistischer Kinder deutlich zu optimieren bleibt. Nur über eine frühe Identifizierung von SM wird das Kind auch eine mutismusspezifische Behandlung erfahren, die zur Prävention von Folgeproblematiken dringend angeraten wird (Bahrfeck, Subellok, & Starke, 2017; Schwartz et al., 2006; Subellok & Katz-Bernstein, 2010; Subellok & Starke, 2012). Denn etliche Studien legen nahe, dass bei Andauern des Schweigens über das zehnte Lebensjahr hinaus beträchtliche Auswirkungen vor allem auf die sozial-emotionale Entwicklung und psychische Gesundheit zu erwarten sind (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan, & Murray, 2007; Kolvin & Fundudis, 1981; Remschmidt et al., 2001; Steinhausen, Wachter, Laimbock, &



Metzke, 2006). Vor diesem Hintergrund bleibt zu fragen, über welchen Weg eine zuverlässige Früherkennung selektiv mutistischer Kinder erfolgen kann.

Wegen der interindividuell stark variierenden Kernsymptomatik ist es erforderlich, das Verhalten des Kindes in mehreren seiner sozialen Lebenskontexte zu betrachten (Katz-Bernstein, 2015). Die Familie ist dabei der vom konsequenten Schweigen am wenigsten betroffene Bereich. Es kann also durchaus sein, dass einigen Eltern das Ausmaß des Schweigens ihres Kindes gar nicht bewusst ist. Sie erleben ihr Kind im häuslichen Umfeld unbefangen sprechend und erklären sein schweigsames Verhalten außerhalb der Familie etwa mit seinem schüchternen Naturell. So wäre auch erklärbar, warum etliche schweigende Kinder bei den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nicht als Risikokinder für SM identifiziert werden. In den Bildungseinrichtungen wie Kindertagesstätte (Kita) und Schule allerdings zeigt sich die Schweigesymptomatik am häufigsten und konsequentesten (Bergman et al., 2002; Ford et al., 1998). So erscheint es mehr als plausibel, diese Bildungskontexte für die Erfassung schweigender Kinder nicht ungenutzt zu lassen. Idealtypisch könnten sie als diagnostisches Nadelöhr mit Filterfunktion fungieren, um möglichst viele schweigsame Kinder möglichst frühzeitig als Risikokinder für SM zu identifizieren.

Für diese idealtypische und längerfristige Zielperspektive sind mindestens drei Problemaspekte zu beachten:

(1) Verantwortlichkeit des pädagogischen Fachpersonals

Erzieher*innen und Lehrkräfte sind zwar keine Expert*innen für SM, doch kommt ihnen für die Erkennung schweigender Kinder eine hohe Bedeutung zu. In einigen Fällen wird es maßgeblich von ihrem Engagement abhängen, inwieweit ein Kind eine professionelle mutismusspezifische Hilfe erfährt. Dass auch Fachpersonen hier an ihre Grenzen stoßen können, ist durchaus nachvollziehbar.

(2) Unscharfe Symptomatik von SM

Ein schweigsames Verhalten eines Kindes kann viele Hintergründe haben. Im Übergang etwa bei Eintritt in die Kita oder die Schule kann für einsprachige Kinder eine circa einmonatige Schweigephase völlig normal sein, bei mehrsprachigen Kindern kann diese sogar einige Monate andauern (Tabors, 2008). Die fließenden Übergänge von extremer Schüchternheit, Sprechängstlichkeit und SM erschweren ebenfalls eine sichere Einordnung. Auch muss eingeschätzt werden, inwieweit beim Kind nicht mangelnde Sprachkompetenzen ein schweigsames Verhalten verursachen oder etwa anderweitige Entwicklungsstörungen zugrunde liegen. Insofern ist eine sichere Identifikation von SM im pädagogischen Alltag nur schwer möglich. Bei einem Verdacht auf SM muss aus diesem Grund immer eine differenzierte Abklärung folgen (siehe Kapitel 3.3).

(3) Fehlende diagnostische Instrumentarien für SM

Bislang gibt es kein standardisiertes Testverfahren, mit dem die Diagnose SM zuverlässig gestellt werden kann. Auch stehen dem pädagogischem Fachpersonal kaum Instrumente oder Vorgehensweisen zur Verfügung, die sie in ihrem Praxisalltag bei der Erkennung



schweigender Kinder unterstützen könnten. Für das Vorschulalter kann derzeit auf kein einziges standardisiertes Verfahren zurückgegriffen werden. Mit der 18-Item-Version des Dortmunder Mutismus-Screening DortMuS-Schule (Starke & Subellok, 2016) konnten wir erstmalig für den deutschen Sprachraum ein reliables und valides Screening-Instrument für den schulischen Primarbereich vorlegen, das Lehrkräfte bei der Identifizierung von Risikokindern für SM unterstützt und ihnen Hilfestellungen für den Umgang mit schweigenden Kindern anbietet. Darüber hinaus existiert lediglich der *Fragebogen für den elektiven Mutismus* (FEM) (Steinhausen, 2010), eine Übersetzung des reliablen und validen *Selective Mutism Questionnaire* (Bergman, Keller, Piacentini & Bergman, 2008) aus den USA für den schulischen Kontext. Hierüber wird die Ausprägung des SM erfasst. Der FEM besteht aus einem Eltern- und Lehrerfragebogen. Psychometrische Daten liegen allerdings nur für die Elternversion im englischsprachigen Raum vor (Bergman et al., 2008; Letamendi, Chavira, Hitchcock, Roesch, Shipon-Blum & Stein, 2008). Für den deutschsprachigen FEM fehlen diese Informationen. Die Dateninterpretation bleibt der Lehrkraft selbst überlassen, und es werden keinerlei Empfehlungen für den weiteren Umgang mit den Ergebnissen geboten. Aktuell werden zudem zur Unterstützung der Diagnosestellung zwei Skalen entwickelt, über die Informationen zum Sprechverhalten von Kindern und Jugendlichen erhoben werden können – die Frankfurter Skala zur Erfassung des SM (FSSM, Gensthaler & Schwenck, 2015) sowie der Dortmunder Elternfragebogen zum selektiven Mutismus (Starke & Subellok, in Vorb.).

Für das Ziel einer möglichst frühzeitigen **Identifizierung von Risikokindern mit SM** ist es erforderlich, bereits im Bildungskontext Kita anzusetzen. Die endgültige **Diagnostik von SM** kann niemals in die Hände von Erzieher*innen und Lehrer*innen allein gelegt werden, sondern ist dann Aufgabe der Domäne der Medizin. Allerdings werden die Fachkräfte über ein geeignetes Instrument befähigt und sicherer, ihre eigenen Beobachtungen mit den Ergebnissen abzugleichen und im Verdachtsmoment auf SM weitere diagnostische Schritte zu veranlassen. Darüber wäre bereits vielen schweigenden Kindern geholfen.

Ein solches Screeninginstrument soll folgende Kriterien erfüllen:

Testkonstruktion

Es soll objektiv, reliabel und valide sein. Das heißt, dass die Ergebnisse unabhängig vom Durchführenden und Auswertenden sind. Das Instrument muss verlässlich und eben dasjenige Merkmal messen, was es zu messen vorgibt. Es muss eine hohe Sensitivität und Spezifität besitzen, um SM mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit bei einem Kind nachzuweisen oder auszuschließen.

Benutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit

Es muss praxistauglich und zeitökonomisch sein, damit es gut im Kita- bzw. Schulalltag eingesetzt und ausgewertet werden kann. Um in möglichst großem Umfang angewendet zu werden, muss es kostenneutral zur Verfügung stehen.

Durchführung



Die Durchführung darf keine weitere Belastung für die Untersuchten darstellen. Schweigende Kinder erleben die Kita- und/oder Schulsituation ohnehin oftmals als sehr belastend. Sie einer face-to-face Testsituation auszusetzen würde ihr Stresserleben noch erhöhen. Die Interpretation derart erhobener Testergebnisse bliebe vage.

Interpretation der Ergebnisse

Pädagogische Fachkräfte müssen Hinweise erhalten, wie sie mit den gewonnenen Ergebnissen weiter verfahren sollen. Es müssen weiterführende Handlungsschritte konkretisiert werden.

Diese Argumente waren der Ausgangspunkt unserer Dortmunder Forschungsgruppe für die mehrjährige Entwicklung der **Dortmunder Mutismus Screenings DortMuS. DortMuS-Schule** (Starke & Subellok, 2016) liegt bereits vor. Über mehrere Pilot- und Evaluationsstudien kann nun die reliable und valide Vorschulversion **DortMuS-Kita** vorgelegt werden. Beide Instrumente stehen den pädagogischen Fachkräften aus Kita und Grundschule kostenlos als Download zur Verfügung.

2 DortMuS-Kita

2.1 Allgemeine Kennzeichnung

DortMuS-Kita ist ein standardisiertes zeitökonomisches diagnostisches Screeningverfahren, das reliable und valide Hinweise auf das (mögliche) Vorliegen eines SM bei Kindern liefert. Über einen Fragebogen werden von dem/der Erzieher*in beobachtbare Verhaltensweisen eingeschätzt, die das Kind in typischen Alltagssituationen der Kita (angeleitete/freie Spielsituationen, Gruppensituationen, Umgang mit verschiedenen Personenkreisen) zeigen kann.

Zielgruppe sind ein- und mehrsprachige Kinder zwischen 3;0 und 6;11 Jahren, die im Kita-Kontext durch ein konsequentes schweigsames Verhalten auffallen. Die Kinder müssen sich seit mindestens zwei Monaten in der Kita-Gruppe befinden. Angewendet werden kann DortMuS-Kita von solchen pädagogischen Fachkräften, die ebenfalls seit mindestens zwei Monaten täglich über mehrere Stunden mit dem schweigenden Kind zu tun haben und seine Verhaltensweisen gut beurteilen können. In der Regel sind dies die Bezugserzieher*innen. Kennzeichnend für DortMuS-Kita sind:

Testkonstruktion

DortMuS-Kita liefert reliable und valide Werte, um Risikokinder für SM im vorschulischen Bildungskontext der Kita zu identifizieren.

Benutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit

DortMuS-Kita besteht aus einem kurzen Fragebogen mit 17 Items zu beobachtbaren kindlichen Verhaltensweisen, den pädagogische Fachkräfte zeitökonomisch bearbeiten können. Auf einer fünfstufigen Ratingskala soll das Verhalten des Kindes für den Zeitraum der ver-



gangenen vier Wochen eingeschätzt werden. Der Fragebogen kann jederzeit bearbeitet werden und ist darüber gut in den Kita-Alltag integrierbar. Die Auswertung der Ergebnisse ist unkompliziert. Die Durchführungs- und Auswertungszeit beläuft sich insgesamt auf circa 10 bis 15 Minuten.

Durchführung

Da DortMuS-Kita ein von Erzieher*innen durchgeführtes Beobachtungsverfahren ist, stellt die Erhebung der Daten für die Kinder selbst keine Belastung dar. Es ist also davon auszugehen, dass das kindliche Verhalten durch die Erhebungssituation nicht beeinflusst wird.

Interpretation der Ergebnisse

Es werden differenzierte Hinweise gegeben, wie das Ergebnis von DortMuS-Kita zu interpretieren ist und welche erforderlichen diagnostischen Schritte sich gegebenenfalls anschließen müssen. Über zwei kennzeichnende Fallbeispiele wird das mögliche Verhalten schweigsamer Kinder veranschaulicht. Außerdem werden weiterführende Empfehlungen für den Umgang mit schweigenden Kindern im Kita-Alltag konkretisiert.

Mit den über das Screeningverfahren DortMuS-Kita gewonnenen Informationen können Risikokinder für SM identifiziert werden, die im Kita-Alltag auffallen. **Unzulässig ist die Diagnosestellung *Selektiver Mutismus*!** Eine solche ist nur auf der Grundlage weiterer diagnostischer Erhebungen möglich und sie erfolgt ausschließlich durch Kinderärzt*innen resp. über die medizinische Expertise.

2.2 Aufbau von DortMuS-Kita

Neben allgemeinen Angaben zum Kind (Name, Alter, Geschlecht, Mehrsprachigkeit, Dauer des Schweigens) auf dem Deckblatt des Bogens besteht der Kernteil von DortMuS-Kita aus 17 Items, welche sich auf die beiden Subskalen *Schweigen und Bedürfnisäußerung* und *Partizipation in der Gruppe* verteilen. Die Items beschreiben kindliche Verhaltensweisen, die direkt in Alltagssituationen in der Kita beobachtet werden können, zum Beispiel: *Bei Ansprache des/der ErzieherIn schweigt das Kind.* (Item 9) oder *Das Kind zieht sich bei Spielen in der Großgruppe zurück* (Item 13). Die Items sind sowohl positiv (Formulierung spiegelt typisch selektiv mutistisches Verhalten wider) als auch negativ gepolt (Verhalten spiegelt untypisches Verhalten wider). Auf einer fünfstufigen Ratingskala (von *trifft gar nicht zu* bis *trifft genau zu*) soll die pädagogische Fachkraft für jedes Item einschätzen, wie sehr das beschriebene Verhalten für das Kind innerhalb der letzten vier Wochen zutraf. Als weitere Antwortoption steht *weiß nicht* zur Verfügung.

2.3 Hinweise zur Durchführung

Zielgruppe

DortMuS-Kita kann für Kinder im Altersbereich von 3;0 bis 6;11 Jahren, die in einer Kita betreut werden, angewendet werden. Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus-Spektrum-Störung), massiven Hörbeeinträchtigungen oder Gehörlosigkeit sowie kognitiven Beeinträchtigungen sind ausgeschlossen. Ein Schweigen bei dieser Klientel kann häufig vor dem



Hintergrund der Primärbeeinträchtigung erklärt werden und erfüllt nicht die Diagnosekriterien für einen SM.

Wer füllt den Bogen aus?

DortMuS-Kita kann von pädagogischen Fachkräften der Kitas bearbeitet werden. Die Fachkraft sollte täglich mit dem schweigsamen Kind in verschiedenen Kita-Formaten zu tun haben (also freies Spiel im Gruppenraum mit anderen Kindern, Sitzkreis, Singspiele, Einzelsituationen, gruppenübergreifende Aktivitäten, Sport und Bewegung), um auch kontextuell unterschiedliches Verhalten beurteilen zu können. In der Regel ist dies der/die Bezugserzieher*in.

Dauer des kindlichen Schweigens

Die Dauer des kindlichen Schweigens muss mindestens zwei Monate betragen. Sollte das Kind erst kürzer in der Kitagruppe sein und/oder das Schweigen noch nicht so lange dauern, kann DortMuS-Kita nicht angewendet werden.

Mehrsprachigkeit

Auch bei mehrsprachigen Kindern kann DortMuS-Kita durchgeführt werden. Allerdings sollte hier die sprachliche Biografie des Kindes mit einbezogen werden. Bei Kindern, die erst mit Beginn der Kita Deutsch als zweite/dritte Sprache erwerben, kann ein Schweigen bis zu sechs Monaten typisch sein (Tabors, 2008). Diese Kinder werden dann erst mit dem Sprechen beginnen, wenn sie sich in der neuen Sprache sehr sicher fühlen. Sie müssen also nicht selektiv mutistisch sein. Eine Durchführung von DortMuS-Kita sollte bei dieser Klientel erst nach etwa einem halben Jahr stattfinden. Kinder, die seit Geburt mit zwei oder mehreren Sprachen gleichermaßen aufwachsen, können analog zum Vorgehen einsprachiger Kinder mit DortMuS-Kita beurteilt werden. Um einen genauen Überblick über den sprachlichen Lebenskontext des Kindes zu erhalten, können die Mehrsprachen-Kontexte (Ritterfeld & Lüke, 2013) durchgeführt werden.

Einschätzung der beobachtbaren Verhaltensweisen des schweigsamen Kindes

Die Fachkräfte erhalten auf dem Fragebogen eine selbsterklärende Instruktion zum Ausfüllen des Bogens.

2.4 Auswertung

Die Auswertung von DortMuS erfolgt auf einem übersichtlichen Auswertungsraster (siehe Anhang). Für jedes der 17 Items wird entsprechend der Erzieher*inneneinschätzung auf der Ratingskala ein Rohwert von 0 bis 4 ermittelt. Dieser wird in eine der beiden Spalten *Rohwerte Skala 1* oder *Rohwerte Skala 2* übertragen. Beachten Sie dabei, dass die Richtung der Skala nicht bei jedem Item von 0 bis 4 reicht, sondern auch von 4 bis 0 erfolgen kann. Übertragen Sie aus diesem Grund Ihre Antworten korrekt auf den Auswertungsbogen und ermitteln darüber für jedes Item den passenden Rohwert. Jede *weiß nicht*-Antwort erhält den Rohwert 0. Die 17 Einzelrohwerte werden dann auf den jeweiligen Skalen addiert. Auf der Skala 1 *Schweigen und Bedürfnisäußerung* können maximal 48 Rohwertpunkte, auf der Skala 2 *Partizipation in der Gruppe* maximal 20 erreicht werden. Diese beiden Summenwerte werden dann zum **Gesamtrohwert** addiert. Der Gesamtrohwert kann also minimal 0 und maximal 68 betragen.



Als **Cut-Off-Wert** wurde für DortMuS-Kita der **Gesamtrohwert von 34** berechnet. Dies bedeutet: Ein ermittelter Gesamtrohwert von 34 und höher deutet bei einem Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen eines SM hin. Ein Gesamtrohwert von unter 34 hingegen lässt das Vorliegen eines SM eher unwahrscheinlich erscheinen.

Für eine **qualitative Analyse** kann die Auswertung auf der Ebene der beiden **Subskalen** erfolgen. Die Interpretation der Ergebnisse sollte allerdings mit Vorsicht erfolgen, da wir derzeit keine Richtwerte auf Subskalenebene anbieten. Wird das Instrument zur Verlaufsdiagnostik genutzt, können jedoch die Subskalenergebnisse über die Zeit hinweg verglichen und Veränderungen auf den einzelnen Ebenen dokumentiert werden.

In Kapitel 3 werden weitere Interpretationshilfen zum Umgang mit den Ergebnissen erläutert und über Fallbeispiele veranschaulicht.

3 Interpretation der Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis

3.1 Was leistet DortMuS-Kita und was NICHT?

Mit den Ergebnissen des Screeninginstrumentes DortMuS-Kita können pädagogische Fachkräfte in Kitas nun zuverlässiger unterscheiden, ob bei einem schweigsamen Vorschulkind der eigenen Gruppe (Alter 3;0 bis 6;11 Jahre) mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Risiko für SM vorliegt. Ein Verdacht auf SM kann also eher bestätigt oder eher ausgeschlossen werden. Indikator für diese Differenzierung ist der Cut-Off-Wert.

Die Diagnose „Selektiver Mutismus“ kann mit DortMuS-Kita hingegen **NICHT** gestellt werden. Eine Diagnosestellung erfolgt **ausschließlich** durch Kinderärzt*innen. Dabei werden über eine ausführliche Anamneseerhebung und Untersuchung des Kindes die ICD-10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2014) und oder DSM-V-Kriterien (American Psychiatric Association, 2013) zugrunde gelegt. Ein standardisiertes Testinstrument für die Diagnosestellung „Selektiver Mutismus“ existiert bislang weder im deutschsprachigen noch im angloamerikanischen Raum. Die Ergebnisse von DortMuS-Kita können den Ärzt*innen allerdings zuverlässige Hinweise zum Verhalten des Kindes im Sozialkontext Kita liefern und darüber die Diagnosestellung absichern.

3.2 Was ist zu tun, wenn sich beim Kind KEIN Verdacht auf SM bestätigt?

Auch wenn sich über DortMuS-Kita kein Verdacht auf SM bestätigen lässt, kann das Kind dennoch einer Unterstützung bedürfen. Auch sprechängstliche oder extrem schüchterne Kinder brauchen in vielen Situationen eine besondere Aufmerksamkeit, um nicht im Kita-Alltag unterzugehen. Beobachten Sie die weitere Entwicklung des Kindes: Zeigt es allgemein ein eher unbeschwertes Verhalten? Sind Situationen auszumachen, in denen es sich eher wohl und entspannt fühlt? Nimmt das Kind Anteil am Geschehen? Lacht es? Zeigt es Lautmalereien? Kommuniziert es nonverbal durch Nicken oder Kopfschütteln? Ist eine zunehmende Entspannung auszu-



machen? Spielt das Kind mit einzelnen Kindern? Dies sind Anzeichen für eine eher positive Entwicklung. Es kann auch sein, dass das Kind nur in sprachlichen Anforderungssituationen (bei direkter Ansprache oder wenn es um Anweisungen geht, etwa etwas zu holen) schweigt. Hier könnten Sie mit dem Kind besondere Regeln vereinbaren (etwa kann es zeigen, ob es Tee oder Kakao trinken will). Sollte sich allerdings das schweigsame Verhalten verfestigen und liegen gegebenenfalls noch weitere Entwicklungsrisiken (etwa Spracherwerbs- oder Lernschwächen) vor, so ist wie bei SM-Verdachtskindern eine externe Hilfe ebenfalls ratsam.

3.3 Was ist zu tun, wenn sich beim Kind der Verdacht auf SM bestätigt?

Es besteht Handlungsbedarf!

Ein erster wichtiger Schritt ist getan: Das nur schwer einschätzbare schweigsame Verhalten des Kindes ist klarer einzuordnen. Ihnen als Erzieher*in liegt nun ein objektivierbares Ergebnis vor, worüber eine Orientierung für weitere Schritte gegeben ist. Sie selbst können und müssen nicht alleine mit Mutismus umgehen. Dafür gibt es Spezialist*innen! Es empfiehlt sich dringend, eine ggfs. externe mutismusspezifische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Maßgeblich wird es nun in Ihrer Verantwortung liegen, inwieweit für das Kind, seine Familie und auch Sie eine solche Unterstützung initiiert werden kann.

Informieren Sie sich und ermitteln Sie professionelle Anlaufstellen in der Umgebung

Wenn sich Entwicklungsauffälligkeiten beim Kind zeigen, sind Kinderärzt*innen für Eltern in der Regel die erste Anlaufstelle. Allerdings sind diese oft nur wenig mit dem seltenen Phänomen SM vertraut. Expert*innen für SM sind in Deutschland Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Auf den Internetseiten des Dortmunder Mutismus Zentrums der TU Dortmund (www.spa.tu-dortmund.de), des Vereins StillLeben (www.selektiver-mutismus.de) oder der Mutismus Selbsthilfe (www.mutismus.de) finden Sie neben Therapeut*innenverzeichnissen auch viele weitere Informationen rund um das Thema SM.

Suchen Sie den Austausch mit Kolleg*innen

Stimmen Sie Ihre eigenen Beobachtungen zum Kind mit denen der Kolleg*innen ab. Schätzen diese das Kind ähnlich ein? Gibt es vielleicht doch Situationen oder Personen, in bzw. mit denen sich das Kind kommunikativer und offener zeigt als Sie selbst es bislang wahrgenommen haben? Spielt es mit anderen Kindern außerhalb Ihrer Gruppe? Ein möglichst facettenhaftes Bild vom schweigenden Kind in unterschiedlichen Kita-Kontexten ist hilfreich, die Komplexität und Individualität der Schweigesymptomatik und des Verhaltens genauer zu erfassen. Sofern es sich anbietet, können auch die anderen Kinder wichtige Informationsquellen sein.

Suchen Sie das Gespräch mit den Eltern

Es liegt in Ihrer Verantwortung, die Eltern über Ihre Beobachtungen, die Ergebnisse von DortMuS-Kita und die möglichen Gefährdungen für die weitere Entwicklung des Kindes zu informieren. Zeigen Sie Verständnis für solche Eltern, denen das Verhalten ihres Kindes völlig unerklärlich bleibt und die vielleicht auch an Ihren Beobachtungen zweifeln. Berücksichtigen Sie dabei, dass diese Eltern ihr Kind im vertrauten (häuslichen) Bereich völlig unbeschwert und sprechend



erleben. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass viele Eltern das schweigsame Verhalten womöglich mit einem schüchternen Naturell des Kindes erklären. Sie möchten lieber seine weitere Entwicklung abwarten und womöglich ein – in ihren Augen – vorschnelle Pathologisierung vermeiden. Geben Sie diesen Eltern Zeit, den Gedanken zulassen zu können, dass mit ihrem Kind womöglich etwas nicht stimmen könnte. Bleiben Sie dennoch beharrlich und verdeutlichen Sie, dass Sie als Erzieher*in von vielen Kindern nur begrenzt Möglichkeiten haben, den speziellen Bedarfen des Kindes nachzukommen und Sie selbst nicht Experte*in für SM sind. Legen Sie den Eltern deshalb nahe, eine/n Kinderarzt/ärztin zu konsultieren und weitere professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen oder auch deshalb, um GEMEINSAM und auch FRÜHZEITIG das Problem angehen zu können. Hier empfiehlt es sich, bereits Adressen oder Anlaufstellen für die Eltern parat zu haben. Erläutern Sie den Eltern, dass ihr Kind bei einer gezielten Hilfe noch guten Chancen hat, das schweigsame Verhalten komplett zu überwinden. Je frühzeitiger ihm geholfen wird, desto geringer ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Schweigen mit zunehmendem Alter verfestigt und womöglich mit in die Schule genommen wird.

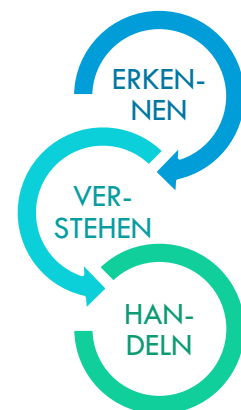
Sich selbst nicht überfordern!

Es liegt nicht mehr in Ihrem Verantwortungsbereich, inwieweit Eltern dann tatsächlich externe Hilfe für ihr Kind und sich selbst suchen. Unterschätzen Sie deshalb nicht Ihre eigenen Einflussmöglichkeiten als Erzieher*in auf die Entwicklung des schweigenden Kindes! Sie können vieles bewirken, allerdings benötigen Sie dafür Unterstützung. Kollegiale Beratung im Team, Supervision oder auch die Beratungsangebote des Dortmunder Mutismus Zentrums (www.spa.tu-dortmund.de) für Erzieher*innen und pädagogisch-therapeutisches Fachpersonal sind hilfreiche Formate.

3.4 Was kann eine Fachkraft im Kita-Alltag tun, wenn sich der Verdacht auf SM bestätigt?

SM kennen und erkennen ...

... ist der wichtigste erste Schritt und auch beste präventive Schutz, um frühzeitig intervenieren zu können. Ein schweigsames Verhalten im Vorschulalter ist oftmals noch weniger manifest als später im Schulalter. So ist es zum Beispiel möglich, dass ein/e Erzieher*in ein Kind mit anderen Kindern durchaus sprechen hört, es aber bei ihrer Ansprache oder auch im Kontakt mit Kolleg*innen regelmäßig verstummt. Bleiben diese Verhaltensweisen länger andauernd, so kann durchaus das Vorliegen eines SM vermutet werden. Über DortMuS-Kita erhält die pädagogische Fachkraft Anhaltspunkte, die variantenreichen Ausprägungsformen eines schweigsamen Verhaltens von Kindern im Vorschulalter besser einzuordnen.



SM verstehen

Für das Phänomen SM ist es wichtig zu begreifen, dass jedes schweigende Kind ganz normal sein und sprechen MÖCHTE wie alle anderen Kinder auch, nur, dass es dies im Moment noch nicht KANN. Gelassenheit und eine „Noch-Nicht-Haltung“ (Das Kind spricht noch nicht, doch wird es das bestimmt bald tun!) können entlasten und den Druck aus der Interaktion und Gesamtsituation nehmen. Denn dieser ist erheblich, in der Regel nicht nur beim Kind, sondern auch bei den Fachkräften. Auch kann ein Schweigen sehr verunsichern und Ärger auslösen. Oftmals wird es als Trotzverhalten missinterpretiert. Doch nehmen Sie das Schweigen niemals persönlich! Die Überwindung des Schweigens ist nicht Ihre persönliche (pädagogische) Herausforderung, sondern die des Kindes. Es wird selbst seinen Weg ins Sprechen bestimmen.

Handeln

Dass das Kind möglichst noch in der Kita irgendwann sprechen wird, ist das Ziel. Der Weg dahin kann lang sein. Es gibt für Fachkräfte viele Möglichkeiten, das Kind auf diesem Weg zu unterstützen. Basis für den Erfolg der pädagogischen Arbeit wird immer sein, wie das Kind die Kita als sicheren Ort erlebt, an dem es sich wohlfühlen kann. Eine Fachkraft kann in vielerlei Hinsicht zu einem solchen SAFE PLACE beitragen (Bahrfeck et al., 2017; Bahrfeck-Wichitill, Subellok, Winterfeld, & Starke, 2013; Subellok & Starke, 2012, 2015). In erster Linie gehört dazu, die anderen Kinder in einer adressatengemäßen Form über das Schweigen zu orientieren: *Tabea kann sprechen! Zuhause tut sie das mit Mama und Papa und mit ihrer Schwester. Mit uns kann sie noch nicht sprechen. Doch sie wird es bestimmt bald lernen. Und wir können ihr dabei helfen.* Eine räumliche und zeitliche Sicherheit können für das schweigende Kind über feste Orte zum Ankommen morgens in der Gruppe (etwa ein bestimmter Stuhl) sowie Rituale und Transparenz darüber, was heute in der Gruppe passieren wird, geschaffen werden. Mutismustypisch und deshalb zwingend zu beachten ist, dass die Kinder ihre Bedürfnisse und Befindlichkeiten (Hunger, Durst, Toilette, Bauchschmerzen...) nicht äußern (Starke & Subellok, 2016). Hier könnte vorübergehend ein Helferkind agieren oder in Ausnahmefällen auch eine weitere Bezugsperson (Integrationskraft, Praktikant*in) einbezogen werden.

Für den pädagogischen Förderkontext können im Weiteren vier Handlungsbereiche unterschieden werden.

Angstreduzierende Maßnahmen

Üben Sie keinen Druck aus und zwingen Sie das Kind nicht zum Sprechen! Eine direkte Ansprache kann zu kompletter Erstarrung führen. Als Alternative bieten sich bei jüngeren Kindern indirekte Wege der Ansprache über Handpuppen an, bei älteren Kindern auch nonverbale Kommunikationsformen (s.u.). Geben Sie dem Kind das Gefühl, dass es kommunizieren KANN, auch wenn es nicht spricht. Unterstützen Sie Kontakte zu solchen Kindern, die dem Schweigen natürlich begegnen. Hilfreich ist immer ein Kind als „Helfer“ oder steter Begleiter. Beachten Sie, dass Leichtigkeit und Humor die besten Türöffner für schweigsame Kinder sind! 😊



Förderung der sozialen Interaktion und Partizipation

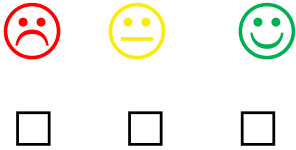
Grundsätzlich möchte ein schweigsames Kind genauso behandelt werden wie alle anderen Kinder auch! Vermeiden Sie deshalb möglichst eine Sonderrolle. Geben Sie ihm dennoch in manchen Situationen Ihre besondere Zuwendung, wenn es Unterstützung benötigt. Binden Sie das Kind wenn immer möglich in alle Gruppenaktivitäten ein. Zum Beispiel könnte das Kind für einen Erzählkreis vorher ein Bild gemalt haben, das von den Eltern in Form einer kleinen Geschichte schriftlich kommentiert wurde. Die anderen Kinder können dann Fragen zum Bild stellen, auf die das Kind mit Nicken oder Kopfschütteln antworten könnte. Abschließend könnten Sie die Geschichte der Gruppe vorlesen (Bahrfeck et al., 2017). Lassen Sie das Kind auch durchaus kleine Aufgaben übernehmen, die es sich zutraut. Vielleicht kann ein anderes Kind dabei unterstützen. Schaffen Sie Situationen, in denen sich das Kind mit einzelnen anderen Kindern für eine geraume Zeit ungestört zurückziehen kann (etwa Puppen-ecke). In überschaubaren Zweier- oder Dreierkontakten wird es sich leichter etwas zutrauen als in der gesamten Gruppe. Unterstützen Sie Kontakte zu einzelnen Kindern, die unbeschwert auf das schweigende Kind zugehen. Ein solcher Kontakt zu Gleichaltrigen ist essenziell wichtig, damit sich das schweigsame Kind als „normal“ – wie alle anderen auch - wahrnehmen kann. Dabei ist es zunächst noch völlig irrelevant, ob es mit anderen bereits spricht oder nicht. Schweigsame Kinder sind gefährdet, auch sozial isoliert zu sein resp. zu werden. Die soziale Isolation wird manchmal als belastender empfunden als das Schweigen selbst (Bahrfeck-Wichitill & Kuhn, 2015). Je mehr sich mutistische Kinder isoliert fühlen, desto stärker wird sich mit zunehmendem Alter dieses Bild vom Anderssein auch in ihrer Identität verankern. Das Schweigen wird dann weniger leicht nachhaltig zu überwinden sein. Deshalb muss es im Elementarbereich wichtigstes Ziel sein, den schweigenden Kindern über unbeschwerte Kontakte mit Peers umfassende soziale Partizipationssituationen zu ermöglichen.



Nutzung nonverbaler Kommunikationsformen

Kommunikation ist möglich auch ohne Lautsprache. Nutzen Sie alle Varianten nonverbaler Kommunikationsformen wie Gestik, Mimik, Ankreuzsysteme, Fotos, Bilder etc. Fragen Sie sich, wie das Kind am besten Zustimmung oder Ablehnung mitteilen, auf Auswahl- oder Entscheidungsfragen antworten oder Unterstützungsbedarf signalisieren kann. Bieten Sie dem Kind verschiedene Möglichkeiten an und probieren sie gemeinsam aus, welche Variante im Kontakt mit Gleichaltrigen, Erwachsenen und in der Gesamtgruppe am besten funktioniert. Das können durchaus unterschiedliche Modalitäten sein. Einige nonverbale Kommunikationsformen können auch als Regel für die gesamte Gruppe eingeführt werden. Zum Beispiel könnte ein Gegenstand (Stein, Säckchen...) an das Kind weitergereicht werden, das als nächsten ein Spiel aussuchen darf, einen Spielzug machen darf etc.





Initiierung der (laut-)sprachlichen Kommunikation

Über (laute) Geräusche oder Tierlaute finden viele Kinder leichter ins Sprechen. Auch Sing- und Bewegungsspiele ermöglichen einfacher eine lautliche Erprobung und Teilnahme, weil das Kind selbst nicht im Mittelpunkt steht. Ein Sichtschutz oder Verstecke, aus denen heraus das Kind lautlich agieren kann, geben Sicherheit. Auch kann es helfen, wenn Sie sich einfach vom Kind abwenden, wenn Sie etwa auf seine Reaktion warten. Wenn dann das Kind erstmalig ins Sprechen findet: Vermeiden Sie Lob oder Kommentare. Vermitteln Sie dem Kind, dass sein Sprechen das Selbstverständlichste auf der Welt ist und Sie gar nichts anderes von ihm erwartet haben! 😊

3.5 Gibt es bei mehrsprachigen schweigenden Kindern etwas Besonderes zu beachten?

Bei mehrsprachigen Kindern, die vielleicht erst seit kurzem (durch den Kitaeintritt) mit der deutschen Sprache konfrontiert sind, kann zu Beginn eine Schweigephase völlig normal sein. Manchmal dauert diese Übergangsphase mehrere Monate. Gerade schüchterne Kinder „hören“ sich in die Sprache zunächst ein und benötigen mehr Zeit, um die für sie notwendige Sicherheit zu erlangen, um auch produktiv sprachlich zu handeln. Ziehen Sie hier keine voreiligen Schlüsse und führen Sie DortMuS-Kita erst nach ca. 6 Monaten nach Kita-Eintritt durch. Ein regelmäßiger Kitabesuch sollte es dem Kind in dieser Zeit ermöglicht haben, ausreichend Deutschkenntnisse zu erwerben, um sprachlich aktiv werden zu können. Ebenso sollte das Kind eine gewisse Sicherheit innerhalb der ggf. neuen kulturellen Lebenswelt erlangt haben. Versuchen Sie zusätzlich über die Eltern Informationen zur Sprachentwicklung des Kindes in einer oder ggfs. mehreren Sprachen zu bekommen. Beobachten Sie, wie sich das Kind langsam der deutschen Sprache nähert. Versteht es Ihre Anweisungen? Spielt und spricht es vielleicht (in seiner Herkunftssprache) mit den anderen Kindern und nur nicht mit Ihnen? Lacht es und wirkt insgesamt eher unbeschwert? Sollten sich insgesamt keine Fortschritte in der sprachlichen Entwicklung und in Richtung Sprechen zeigen, ist eine weiterführende Diagnostik und spezifische Hilfe anzuraten (siehe Fallbeispiel *Esra*, Kapitel 3.6).

Bei Kindern mit Fluchterfahrungen können die Hintergründe für ein schweigsames Verhalten noch komplexer sein. Neben einem womöglich erschwerten Zweitspracherwerb sind es insbesondere traumatische Erfahrungen, die ein stark wechselndes Verhalten von depressiv und zurückgezogen bis impulsiv erklären können. Hier ist also auch mit einem Verdacht auf SM Vorsicht geboten, wobei ein deutlich höheres Risiko für die Ausprägung eines SM bei Kindern mit Fluchterfahrung zu vermuten ist (Subellok & Starke, 2015).



3.6 Fallbeispiele

Finn (Beispiel aus Subellok & Starke, 2012) ist 4;6 Jahre alt und wächst monolingual Deutsch auf. Er war schon immer ein liebes und ruhiges Kind. Da sein Vater arbeitsbedingt häufig abwesend ist und war, haben Finn und seine nicht berufstätige Mutter eine sehr enge Beziehung entwickelt. Der Kita-Eintritt vor sechs Monaten war für ihn nicht einfach. Finn weinte und klammerte sich an seiner Mutter fest. Anfangs dauerte es manchmal eine volle Stunde, bis die Mutter gehen konnte. Auch wenn der Abschied mittlerweile weniger dramatisch verläuft, fällt es ihm nach wie vor schwer alleine zu bleiben. Er sitzt dann alleine auf seinem festen Platz im Gruppenraum und starrt vor sich hin. Auch beobachtet er die anderen Kinder, doch können sie ihn kaum zum Spielen animieren. Nur ganz selten beteiligt er sich an Gruppenaktivitäten. Auch geht Finn kaum auf andere Kinder zu. Meistens spielt er dann alleine in der geschützten Bauecke. Spricht ihn ein Kind an, verharrt er in seinem Spiel und gibt keine Antwort. Manchmal spielt Finn schweigend mit Tom. Tom und Finn kennen sich bereits von früher und treffen sich auch zuhause, wo sie ganz unbefangen und sprechend miteinander spielen können. In der Kita ist das für Finn nicht möglich. Finns Erzieherin ist besorgt. Zwar hat sie grundsätzlich eine geringfügige kommunikative Öffnung bei Finn beobachten können. Mittlerweile kann er den Blickkontakt zu ihr halten und manchmal auch mit Kopfschütteln und Nicken auf Fragen reagieren. Doch hat er bislang noch kein Wort mit ihr gesprochen. Auch die Kolleg*innen bestätigen, dass sie Finn noch nie haben reden hören.

Mit DortMuS-Kita wird ein Gesamtrohwert von 52 erreicht (siehe Abbildung 1). Bei Finn besteht demnach ein hohes Risiko auf das Vorliegen eines SM. Differentiell betrachtet zeigen sich 39 (von maximal 48) Rohwertpunkte auf der Skala 1 *Schweigen und Bedürfnisäußerung* und 13 (von maximal 20) Rohwertpunkte auf der Skala 2 *Partizipation in der Gruppe*. Finns mutistisches Verhalten ist also in beiden Bereichen in etwa gleich ausgeprägt, wobei die – im Verhältnis – geringfügig höheren Werte auf Skala 1 auf ein sehr konsequentes Schweigen und eine fast fehlende Bedürfnisäußerung hinweisen. Er zeigt damit Verhaltensweisen, die für mutistische Kinder typisch sind: Im Kontakt mit Erwachsenen kann es bei Ansprache sein, dass er komplett erstarrt; er partizipiert wenig an Gruppenaktivitäten und ist in überschaubareren Situationen mit einzelnen Kindern etwas offener, obwohl er auch mit ihnen konsequent schweigt. Sein Umgang mit Kindern, z. B. in Situationen, in denen er sich unbeobachtet fühlt, müsste noch weiter beobachtet werden. Nichtsdestotrotz wird mit dem Ergebnis von DortMuS-Kita ein Elterngespräch nahegelegt, um Finns Kommunikationsverhalten in anderen sozialen Kontexten beurteilen zu können. Auch wird eine diagnostische Abklärung bei Kinderärzt*innen und/oder Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen dringend empfohlen.



Item	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft genau zu	weiß nicht	Rohwerte Skala 1: Schweigen und Bedürfnisaüßerung	Rohwerte Skala 2: Partizipation in der Gruppe	
Nr. 1	4	3	2	1	0	0	4		
Nr. 2	0	1	2	3	4	0	3		
Nr. 3	4	3	2	1	0	0	4		
Nr. 4	4	3	2	1	0	0		2	
Nr. 5	0	1	2	3	4	0	4		
Nr. 6	4	3	2	1	0	0	3		
Nr. 7	0	1	2	3	4	0		3	
Nr. 8	4	3	2	1	0	0	3		
Nr. 9	0	1	2	3	4	0	4		
Nr. 10	4	3	2	1	0	0	0		
Nr. 11	0	1	2	3	4	0		3	
Nr. 12	0	1	2	3	4	0	4		
Nr. 13	0	1	2	3	4	0		3	
Nr. 14	4	3	2	1	0	0	3		
Nr. 15	4	3	2	1	0	0	3		
Nr. 16	0	1	2	3	4	0	4		
Nr. 17	0	1	2	3	4	0		2	
Summe Rohwerte und Gesamtrohwert							Skala 1 39	Skala 2 13	Gesamtrohwert 52

Abbildung 1: Finn – Ergebnisse DortMuS-Kita

Esra ist ebenfalls 4;6 Jahre alt und besucht seit sechs Monaten die Kita. Ihre Herkunftssprache ist Türkisch. In ihrer Familie wird nur Türkisch gesprochen. Esra wurde in Deutschland geboren und hat eine jüngere Schwester. Über Esras Deutschkenntnisse liegen der Erzieherin keine Informationen vor. Ihr erscheint Esras sehr schweigsames Verhalten auffällig, welches sie sich ihrer Erfahrung nach nicht nur über fehlende Deutschkenntnisse erklären kann. Denn Esra verhält sich in der Gruppe mit anderen Kindern auf den ersten Blick relativ unauffällig. Sie lacht, läuft mit ihnen durch den Raum, spielt mit ihnen z. B. in der Puppenecke. Bei Singspielen in der Großgruppe macht Esra zwar nicht mit, doch sie sitzt mit im Stuhlkreis und beobachtet das Geschehen aufmerksam. Im Gegensatz dazu steht ihr Verhalten mit erwachsenen Personen. Wird sie von der Erzieherin angesprochen, erstarrt sie und vermeidet den Blickkontakt. Deswegen kann die Erzieherin auch nicht einschätzen, inwieweit Esra die deutsche Sprache versteht oder sie sich bei Anweisungen oder Aufforderungen lediglich an den anderen Kindern orientiert. Noch keine der Kolleginnen hat Esra in einer dialogischen Situation sprechen gehört, auch nicht in ihrer Muttersprache. Eine der Erzieherinnen glaubt, Esra mal mit einem anderen türkischen Mädchen auf dem Flur reden gehört zu haben, vermutlich in Türkisch.



Item	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft genau zu	weiß nicht	Rohwerte Skala 1: Schweigen und Bedürfnisäußerung	Rohwerte Skala 2: Partizipation in der Gruppe	
Nr. 1	4	3	2	1	0	0	4		
Nr. 2	0	1	2	3	4	0	2		
Nr. 3	4	3	2	1	0	0	4		
Nr. 4	4	3	2	1	0	0		0	
Nr. 5	0	1	2	3	4	0	4		
Nr. 6	4	3	2	1	0	0	0		
Nr. 7	0	1	2	3	4	0		0	
Nr. 8	4	3	2	1	0	0	1		
Nr. 9	0	1	2	3	4	0	4		
Nr. 10	4	3	2	1	0	0	2		
Nr. 11	0	1	2	3	4	0		1	
Nr. 12	0	1	2	3	4	0	3		
Nr. 13	0	1	2	3	4	0		0	
Nr. 14	4	3	2	1	0	0	3		
Nr. 15	4	3	2	1	0	0	2		
Nr. 16	0	1	2	3	4	0	4		
Nr. 17	0	1	2	3	4	0		0	
Summe Rohwerte und Gesamtrohwert							Skala 1 33	Skala 2 1	Gesamtrohwert 34

Abbildung 2: Esra – Ergebnisse DortMuS-Kita

Da Esra bereits 6 Monate die Kita besucht, kann die Eingewöhnungsphase als abgeschlossen betrachtet werden. Ebenso wird vermutet, dass das Kind durch den alltäglichen Kontakt mit dem Deutschen bereits ausreichend Deutschkenntnisse erworben haben sollte, um erste sprachliche Äußerungen zu produzieren. Entsprechend kann DortMuS-Kita angewendet werden. Bei einem Gesamtrohwert von 34 könnte bei Esra in der Tat ein SM vorliegen (siehe Tabelle 2). Betrachtet man den Gesamtrohwert differentieller, so zeigen sich auf der Skala 1 *Schweigen und Bedürfnisäußerung* 33 (von maximal 48) Rohwertpunkte und auf der Skala 2 *Partizipation in der Gruppe* lediglich 1 (von maximal 20) Rohwertpunkte. Das mutistische Verhalten zeigt sich also wesentlich ausgeprägter im *Schweigen und der Bedürfnisäußerung* und insbesondere im Kontakt mit Erwachsenen. Mit anderen Kindern ist sie hingegen durchaus aktiv und kann am Spielgeschehen – auch nonverbal – teilnehmen (*Partizipation in der Gruppe*). Esras schweigsames Verhalten ließe sich deshalb auch über mangelnde (deutsche) Sprachkompetenzen erklären, die insbesondere im Kontakt mit Erwachsenen zutage treten, wenn sprachliche Anforderungen an sie gestellt werden. Dies muss differentialdiagnostisch über Elterninformationen, weitere Beobachtungen und gegebenenfalls einer Testung der Deutschkompetenzen abgeklärt werden. Es ist weiter zu beobachten, inwieweit Esra sprachliche Anweisungen in der deutschen

Sprache versteht und inwieweit sie versucht, sich – auch nonverbal – verständlich zu machen. Auch sind weiterführende Informationen zum sprachlichen Sozialisationskontext (Ritterfeld & Lüke, 2013) und auch den Sprachkompetenzen in der Herkunftssprache erforderlich. Die Sprachverstehensleistungen können mit Testverfahren (etwa LiSe-DaZ, Schulz & Tracy, 2011) ermittelt werden. In jedem Fall sind die Eltern zu kontaktieren und im Zweifelsfall ist immer eine diagnostische Abklärung bei Kinderärzt*innen und/oder Logopäd*innen/Sprachtherapeut*innen anzuraten.

4 Testkonstruktion

Im Folgenden finden Sie eine kurze Übersicht zur Testkonstruktion und den beiden dazugehörigen Studien zur Entwicklung und Evaluation des Screeninginstrumentes.

4.1 Itementwicklung

Zur Entwicklung des Screeninginstrumentes wurde zunächst ein Itempool von insgesamt 79 Items entwickelt. Diese Items beschreiben Verhaltensweisen, die für mutistische Kinder typisch sein können, und Kompetenzen in den Kategorien (1) Sprechen und Schweigen, (2) Bedürfnisäußerung, (3) Partizipation, (4) Nonverbale Kommunikation, (5) Emotionaler Ausdruck sowie (6) Hilfe und Unterstützung beinhalten. Alle Items wurden als Aussagesätze sowohl positiv (spiegeln selektiv mutistisches Verhalten wider) als auch negativ (spiegeln SM untypisches Verhalten wider) formuliert. Als Antwortmöglichkeit wurde eine fünfstufige Ratingskala von *trifft gar nicht zu* bis *trifft genau zu* gewählt.

4.2 Studie 1: Entwicklung von DortMuS-Kita

Ziel der ersten Studie war es, aus einem großen Itempool von anfangs 79 Items ein möglichst kurzes, trennscharfes und zuverlässiges Screeninginstrument zu entwickeln. Die Datenerhebungen fanden einerseits im Rahmen des Dissertationsprojektes von Starke (2014) sowie in parallel laufenden Erhebungen in weiteren Kitas im Ruhrgebiet statt. Die Bögen wurden als Paper-Pencil-Version an die Einrichtungen ausgegeben. Die Erzieher*innen wurden gebeten, in diesen das Verhalten ihres schweigenden Kindes sowie eines sprechenden Kontrollkindes mithilfe der 79 Items einzuschätzen sowie einige zusätzliche Informationen zum Kind (Alter, Geschlecht, Mehrsprachigkeit etc.) anzugeben. Insgesamt 88 Kinder, davon 48 schweigende und 40 sprechende Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren wurden von ihren Erzieher*innen eingeschätzt. Anhand dieser Stichprobe wurden zunächst die Itemschwierigkeit und die korrigierte Trennschärfe für alle 79 Items berechnet. Items mit sehr niedrigen ($< ,20$) oder sehr hohen Itemschwierigkeiten ($> ,80$) oder einer geringen Trennschärfe ($< ,40$) wurden von weiteren Analysen ausgeschlossen. Dies betraf insgesamt 29 Items. Mit den verbleibenden 50 Items wurden so genannte Hauptkomponentenanalysen mit Oblimin-Rotation gerechnet. Ziel dabei war es, eine Screeningversion mit mindestens zwei Subskalen und maximal 20 Items zu erhalten. Nach und nach wurde der Itempool dazu anhand der Kriterien Itemschwierigkeit, Trennschärfe und der eindeutigen Zuordnung zu einem Faktor reduziert. Schließlich ergab sich eine zweifaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 66,3 Prozent ($KMO > ,90$, Bartlett-Test auf Sphärizität $p < ,001$). Der

erste Faktor bestand aus zwölf Items und spiegelte schweigende Verhaltensweisen sowie Verhalten zur Bedürfnisäußerung wider. Hieraus ergibt sich die Subskala *Schweigen und Bedürfnisäußerung*, welche in Studie 1 eine sehr gute Reliabilität von Cronbachs $\alpha = ,95$ zeigte. Der zweite Faktor umfasste fünf Items und spiegelte Verhaltensweisen in Gruppenkontexten wider. Hieraus ergibt sich die Subskala *Partizipation in der Gruppe*, welche ebenfalls eine gute Reliabilität mit Cronbachs $\alpha = ,88$ aufwies. Im Gesamten erreichte die 17-Itemversion von DortMuS-Kita mit einem Cronbachs $\alpha = ,96$ eine sehr gute Reliabilität.

4.3 Studie 2: Überprüfung von DortMuS-Kita

Ziel der zweiten Studie war es, die ermittelte 17-Itemversion anhand einer neuen Stichprobe auf ihre Güte hin zu prüfen. Dazu wurden Erzieher*innen selektiv mutistischer Kinder aufgefordert, an einer Online-Studie teilzunehmen. Der Fragebogen bestand in diesem Fall aus der 17-Itemversion von DortMuS-Kita sowie einigen Fragen zu biografischen Daten der Kinder. Zusätzlich wurden die Erzieher*innen gefragt, ob sie an einem anschließenden optionalen Telefoninterview teilnehmen möchten. An der Evaluationsstudie nahmen insgesamt 107 pädagogische Fachkräfte teil. Diese schätzten 192 Kinder (107 Kinder mit SM und 85 sprechende Kontrollkinder) ein. Davon wuchsen nach Angabe der Erzieher*innen 57 % mehrsprachig auf. Anhand der Gesamtstichprobe wurden zunächst Itemanalysen durchgeführt, um Schwierigkeit und Trennschärfe zu berechnen. Alle Items erreichten mittlere Schwierigkeiten zwischen $p_i = ,35$ und $p_i = ,67$, was für ein Screeninginstrument wünschenswert ist. Alle 17 Items erreichen mittlere bis hohe Werte in der korrigierten Item-Trennschärfe ($r_{it} = ,59$ bis $r_{it} = ,82$).

Reliabilität. Die endgültige Version von DortMuS-Kita, die hier im Anhang zu finden ist, erreicht mit einem Cronbachs $\alpha = ,94$ eine sehr gute Reliabilität – vergleichbar mit den Werten aus Studie 1. Auch beide Subskalen weisen eine gute bis sehr gute Reliabilität mit $\alpha = ,92$ (*Schweigen und Bedürfnisäußerung*) und $\alpha = ,88$ (*Partizipation in der Gruppe*) auf.

Validität. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität von DortMuS-Kita wurden Gruppenunterschiede auf den einzelnen Skalen betrachtet. Die schweigenden und sprechenden Kinder unterscheiden sich signifikant sowohl im DortMuS-Gesamtwert als auch auf beiden Subskalen. Dabei zeigten die Kinder mit SM die höchsten Werte. Der Faktor Mehrsprachigkeit zeigte keinen Einfluss auf die Ergebnisse der Kinder – weder auf Ebene der Gesamtskala noch auf Ebene der Subskalen. Die Auswertung der Telefoninterviews zur Validierung der Diagnosestellung SM laufen aktuell noch.

Bestimmung des Cut-Off-Wertes. Ziel des Instrumentes ist es, mit größtmöglicher Genauigkeit Risikokinder mit SM von denen ohne SM zu unterscheiden. Dazu musste ein Wert ermittelt werden, welcher ein möglichst ausgewogenes Verhältnis zwischen Sensitivität (Trefferquote) und Spezifität (Quote korrekter Ablehnungen) schafft. Es sollen demnach möglichst wenige Kinder ohne SM als auffällig klassifiziert werden und entsprechend andersherum sollen auch möglichst wenige Kinder mit SM als unauffällig eingeordnet werden. Zur Bestimmung dieses Cut-Off-Wertes wurde eine Receiver-Operating-Characteristics-Analyse durchgeführt. Diese ergab zunächst eine sehr gute Differenzierungsfähigkeit des Instrumentes, $AUC = ,902$, $p < ,001$ (95 % CI

[,853, ,951]). Mithilfe des Youden-Index (YI) wurde der Testwert ermittelt, mit welchem die Trennung der Gruppen SM vs. Nicht-SM am besten gelingt. Für DortMuS-Kita wurde ein Cut-Off-Wert von 34 ermittelt, bei welchem $YI = ,70$ am größten ist. Anhand dieses Wertes können insgesamt 91,7 % der Kinder mit SM in dieser Stichprobe korrekt klassifiziert werden (Sensitivität) und 78,7 % der sprechenden Kontrollkinder korrekt der Gruppe Nicht-SM zugeordnet werden (Spezifität). Mit einem RAZ-Index (relativer Anstieg der Trefferquote gegenüber der Zufallstrefferquote) von 0,79 weist das Instrument eine deutliche Verbesserung der Differenzierung zwischen SM und Nicht-SM im Vergleich zu einer zufälligen Zuteilung auf.

Insgesamt liegt mit der aktuellen 17-Itemversion von DortMuS-Kita somit ein reliables und valides Instrument vor, mit welchem pädagogische Fachkräfte im Elementarbereich schweigsames Verhalten der betreuten Kinder hinsichtlich einer möglichen SM-Diagnose einschätzen können.

5 Ausblick

Nach der erfolgreichen Evaluation und Publikation von DortMuS-Schule (Starke & Subellok, 2016) liegt nach langjähriger Entwicklungsarbeit nun für den Bereich Mutismus ein zweites diagnostisches Instrument vor. Damit ist ein weiterer wichtiger Meilenstein für die Forschung und auch die klinische Versorgung selektiv mutistischer Kinder erreicht. Über DortMuS-Kita ist es nun frühzeitig und zuverlässig möglich, in vorschulischen Bildungseinrichtungen Verdachtskinder für SM zu identifizieren und sie einer mutismusspezifischen professionellen Hilfe zuzuführen.

Eine differenzierte Analyse der Validität des Instrumentes über die Auswertung der Telefoninterviews erfolgt aktuell noch. Ein weiteres Ziel ist es zudem zu überprüfen, inwieweit DortMuS-Kita nicht nur als Screeninginstrument, sondern auch für die Verlaufsbeobachtung in Kitas eingesetzt werden kann. Zum jetzigen Stand können wir dies zwar in Erwägung ziehen und den pädagogischen Fachkräften als Option anbieten. Doch es fehlt der empirische Nachweis, inwieweit die Items und Skalen auch wirklich sensibel genug sind, um Veränderungen im schweigsamen Verhalten eines Kindes zu indizieren.

Über eine Veröffentlichung von DortMuS-Kita im open Access Format ermöglichen wir eine maximale Verbreitung des Instrumentes in vorschulischen Bildungseinrichtungen. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass möglichst viele Erzieher*innen für SM sensibilisiert werden und der Bekanntheitsgrad dieses seltenen Phänomens weiter zunimmt. Nur darüber vergrößert sich die Chance, dass mutistische Kinder nicht mehr länger unerkannt die Kita durchlaufen, sich ihr Schweigen mit zunehmendem Alter immer weiter manifestiert und ihre Bildungsbiografie und soziale Partizipation enorm gefährdet sind. Hierin liegt unser größtes Anliegen und auch die Motivation für die vorgelegte Forschungsarbeit!



Literatur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington: American Psychiatric Publication Inc.
- Bahr, R. (2006). *Schweigende Kinder verstehen: Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus* (4., unveränd. Aufl.). „Edition S“. Heidelberg: Winter.
- Bahrfeck, K., Subellok, K., & Starke, A. (2017). Mutismus. In A. Mayer & T. Ulrich (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (1. Aufl., S. 472–511). Stuttgart: UTB; Ernst Reinhardt.
- Bahrfeck-Wichitill, K., & Kuhn, M. (2015). „Kannst du überhaupt sprechen?“ Eine Informationsstunde über selektiven Mutismus in der 7. Klasse der Realschule. *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 4, 18–24.
- Bahrfeck-Wichitill, K., Subellok, K., Winterfeld, I., & Starke, A. (2013). „Julian spricht nicht“ - Selektiver Mutismus in der Schule. *Mitglieder-Information dgs, Landesgruppe Westfalen Lippe*, 6–9.
- Bergman, L. R., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 938–946.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 847–856.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Murray, B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1464–1472. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]. (2014). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Retrieved from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/index.htm>
- Dummit, S., Klein, R., Tancer, N., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. (1997). Systematic assesment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 653–660.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1451–1459. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000091944.28938.c6>
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13, 192–227.
- Gensthaler, A., & Schwenck, C. (2015). *Frankfurter Skala zur Erfassung des Selektiven Mutismus (FSSM)*.
- Katz-Bernstein, N. (2011). *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied Disciplines*, 22, 219–232.



- Kopp, S., & Gilberg, C. (1997). Selective mutism: a population-based study: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied Disciplines*, 38, 257–262.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 24–29.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Henninghausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. (251), 284–296.
- Ritterfeld, U., & Lüke, C. (2013). Mehrsprachen-Kontexte 2.0. Erfassung der Inputbedingungen von mehrsprachig aufwachsenden Kindern. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2003/31166>
- Schulz, P., & Tracy, R. (2011). *LiSe-DaZ: Linguistische Sprachstandserhebung - Deutsch als Zweitsprache*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S., & Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics*, 45, 43–48.
- Starke, A., & Subellok, K. (in Vorb.). *Dortmunder Elternfragebogen zum selektiven Mutismus*.
- Starke, A., & Subellok, K. (2012). KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich. *Empirische Sonderpädagogik*, 4, 63–77.
- Steinhausen, H.-C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 606–614.
- Steinhausen, H.-C., Wachter, M., Laimbock, K., & Metzke, C. W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied Disciplines*, 47, 751–756. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x>
- Subellok, K., & Katz-Bernstein, N. (2010). Einfach scheu oder selektiv mutistisch? Früherkennung von Risikofaktoren. In C. Leyendecker (Hrsg.), *Pädagogik. Gefährdete Kindheit: Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern* (S. 159–168). Stuttgart: Kohlhammer.
- Subellok, K., & Starke, A. (2012). Selektiver Mutismus. In S. Niebuhr-Siebert & U. Wiecha (Hrsg.), *Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Gezielte Elternberatung* (1. Aufl., S. 219–237). München: Elsevier.
- Subellok, K., & Starke, A. (2015). „Samira spricht nicht mit uns!“ Was tun, wenn heimatvertriebene Kinder in der Grundschule konsequent schweigen? Retrieved from http://www.sk.tu-dortmund.de/cms/de/materialien/SM_HeimatvertriebeneKinder.pdf
- Tabors, P. (2008). *One child, two languages: a guide for preschool educators of children learning English as a second language* (2. Aufl.). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing.



Hilfreiche Internetseiten

- www.selektiver-mutismus.de Internetauftritt des Vereins StillLeben e.V.
- www.mutismus.de Internetauftritt der Mutismus Selbsthilfe e.V.
- www.spa.tu-dortmund.de Internetauftritt des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums der TU Dortmund

Weiterführende Literatur

- Katz-Bernstein, N., & Bahrfeck, K. (2012). *Mut zum Sprechen finden: Therapeutische Wege mit selektiv mutistischen Kindern* (2. Aufl.). München [u.a.]: Reinhardt.
- Starke, A., & Subellok, K. (2015). Wenn Kinder nicht sprechen - Selektiver Mutismus - Basisartikel. *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 4(1), 2-7.
- Subellok, K., Bahrfeck-Wichitill, K., & Winterfeld, I. (2015). Übergänge von Drinnen nach Draußen -Transferarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT_Transfer). *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 4(1), 9-17.
- Subellok, K., Bahrfeck-Wichitill, K., & Winterfeld, I. (2014). Schweigen braucht vernetzte Kommunikation. Transferarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT). In Sallat, St., Spreer, M. & Glück, C. (Hrsg.), *Sprache professionell fördern. Kompetent, vernetzt, innovativ* (S. 454-464). Tagungsband des 31. Bundeskongresses der DGS e.V. in Leipzig. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Subellok, K., & Starke, A. (2015). Leitlinien des Interdisziplinären Mutismus Forums (IMF) für die Mutismustherapie. *Logos*, 23(2), 106-109.
- Subellok, K., & Starke, A. (2015). Selektiver Mutismus – Ein interdisziplinäres Phänomen. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 13(10), 455-456
- Subellok, K., & Starke, A. (2012). Selektiver Mutismus. In S. Niebuhr-Siebert & U. Wiecha (Hrsg.), *Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Gezielte Elternberatung* (S. 219–237). München: Elsevier.



Anhang

