



Bachelorarbeit

Lena Hoppe

**Kinder mit selektivem Mutismus
in der Kita**

**BA Studiengang
Kindheitspädagogik**

Sommersemester 2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	III
Vorbemerkungen	1
Einleitung	2
1. Selektiver Mutismus	4
1.1 Definition	4
1.1.1 Begriffsbestimmung	4
1.2 Erscheinungsbild	5
1.3 Mutismusarten.....	6
1.3.1 Selektive und Totale Mutismus	7
1.3.2 Passagere Mutismus	7
1.3.3 Früh- und Spätmutismus	8
1.3.4 Einteilung nach Hayden	8
1.4 Epidemiologie	8
1.4.1 Prävalenz.....	8
1.4.2 Geschlechterverteilung	9
1.5 Ätiologie.....	10
1.5.1 Funktioneller Erklärungsansatz	11
1.5.2 Somatischer Erklärungsansatz.....	12
1.5.2 Risikofaktoren	13
1.7 Symptome und Co-Morbidität.....	14
1.8 Diagnostik	16
1.8.1 Definition nach ICD-10	16
1.8.2 Definition nach DSM-IV	16
1.9 Differenzialdiagnostik.....	18

2. Bildungseinrichtung Kita	19
2.1 Definition	19
2.2 Träger von Kindertageseinrichtungen	20
2.3 Rechtsanspruch	21
2.4 Gesetzlicher Auftrag	21
2.5 Landesrechtliche Bestimmung	22
2.5.1 Bild vom Kind	23
2.5.2 Rolle der Fachkraft	23
2.6 Konzeption	23
2.7 Gruppenformen	24
2.7.1 pädagogischer Ansatz	25
2.7.2 Handlungskonzept	25
2.8 Erziehungspartnerschaft	25
3. Auswirkungen des Schweigens in der Kita	26
3.1 Umsetzung des Auftrags	27
3.2 pädagogische Arbeit	30
3.3 Zusammenarbeit mit Eltern	33
4. Was können die pädagogischen Fachkräfte tun?	35
4.1 Grafische Darstellung	36
4.1.1 Deutscher Qualifikationsrahmen	37
4.1.2 Kompetenzen der Fachkräfte nach DQR	37
4.1.3 Ebene Team	38
4.1.4. Ebene Kind	41
4.1.5 Ebene Eltern	45
4.1.6 Ebene Netzwerk	48
5. Fazit	51
Quellenverzeichnis	54
Eidesstaatliche Erklärung	63

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ebd.	Ebendort
Kita.....	Kindertageseinrichtung
lat.....	lateinisch
S.	Seite
u.a.....	unter anderem
vgl.....	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
zit.....	zitiert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studien zur Häufigkeit des Auftretens von selektivem Mutismus bei Mädchen und Jungen (Bahr, 1998, S. 39).....	10
Abbildung 2: Modell: „Notwendige Kompetenzen der Fachkräfte“.....	36

Vorbemerkungen

Zur Verständlichkeit der Bachelorarbeit werden an dieser Stelle einige Vorbemerkungen zu den Schreibweisen und Termini aufgeführt:

- Im Rahmen der Erstellung der Entscheidungshilfe wird in der Regel der Begriff „Schweigen“ für „Mutismus“ verwendet. „Mutismus“ stellt ein diagnostiziertes Störungsbild dar, „Schweigen“ ein Symptom.
- Wird in der Bachelorarbeit von „Mutismus“ gesprochen, so ist der „selektive Mutismus“ gemeint
- Altersangaben werden wie folgt geschrieben: 3;2 Jahre, das bedeutet das Kind ist drei Jahre und zwei Monate alt.
- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung personenspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für jedes Geschlecht.
- Die Bachelorarbeit bezieht sich auf die Elementarstufe. Der Begriff „pädagogische Fachkräfte“ umfasst somit alle pädagogischen Fachkräfte in der Kindertageseinrichtung, auch unabhängig ihres beruflichen Werdegangs (Ausbildung, Studium etc.)

Einleitung

„Sprichwörtlich ist Reden Silber und Schweigen ist Gold. Ein permanentes Schweigen von Kindern in diversen Situationen und gegenüber sehr vielen Mitmenschen wird von letzteren jedoch nicht als tugendhaft, sondern als sozial abweichend empfunden“ (Bahr, 2006, S. 11).

Etwa bis zu sieben von 100 Kindern schweigen, obwohl sie organisch dazu in der Lage sind und die Fähigkeit besitzen zu sprechen. In der Regel ist das Sprechen nur mit dem engsten Personenkreis möglich. Die betroffenen Kinder haben keinen Einfluss darauf, wann und bei wem sie sprechen oder schweigen. Dieses Schweigen wird als selektiver Mutismus bezeichnet (Schoor, 2002, S. 24 ff.). Vor allem die Begegnung mit selektiv mutistischen Kindern stellt sich als besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Sobald keine Übereinstimmung mit dem Schweigen besteht, gehen damit viele Fragen einher, die der Klärung bedürfen und für Verunsicherungen und Selbstzweifel sorgen:

- Warum schweigt das Kind plötzlich?
- Mag mich das Kind nicht?
- Versteht mich das Kind überhaupt oder ist es einfach nur bockig?

In Gesprächen mit Kommilitonen, Fachkräften und privaten Personen in meinem Umfeld wurde mir bewusst, wie unbekannt selektiver Mutismus in der Praxis ist. Auch ich wurde nur durch Zufall auf das Störungsbild aufmerksam. Dadurch wurde mein Interesse geweckt, mehr über das Störungsbild zu erfahren. Nach einer umfangreichen Literaturrecherche, hat sich herausgestellt, dass das Störungsbild vor allem in Deutschland kaum erforscht wurde. Bislang liegen nur wenige Studien vor, die zusätzlich auch noch keine einheitlichen Aussagen treffen. Da Mutismus vor allem in Übergangssituationen auftritt und der Wechsel von der Familie in die Kindertagesstätte den ersten Übergang in der Lebensbiografie eines Menschen darstellt, sind besonders Fachkräfte in Kindertagesstätten mit den Symptomen konfrontiert. Aber genau dort fehlt es an verfügbarem Fachwissen, um einen gelingenden Umgang mit den betroffenen Kindern herzustellen und ihnen adäquat zu begegnen. Die Fachkräfte können die Symptome oft nicht dem Störungsbild zuordnen oder scheinen es gar nicht zu erkennen. Sie erleben häufig Überforderungen und scheitern daran eine Beziehung mit dem Kind zu gestalten.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage wie der Umgang zwischen der pädagogischen Fachkraft und einem Kind mit selektiven Mutismus in der Kita gelingen kann.

Im Zuge meines Studiums „Kindheitspädagogik“ an der Hochschule Niederrhein, welches sich mit der allgemeinen Pädagogik, aber auch der Inklusion und Psychologie beschäftigt, besteht das Ziel darin, einen Teil zur Aufklärung und Bekanntmachung des Mutismus beizutragen. Zudem werden Handlungsempfehlungen zusammengestellt, um die pädagogischen Fachkräfte in der Kindertageseinrichtung zu unterstützen, den Herausforderungen und Anforderungen, welche die Betreuung eines selektiv mutistischen Kindes nach sich ziehen, adäquat zu begegnen. Des Weiteren erhoffe ich mir ebenfalls besondere Erkenntnisse für mich und meine zukünftige Arbeit mit Kindern und deren Familien anzueignen.

Das methodische Vorgehen besteht darin, mit Hilfe von verschiedenster Literatur und unterschiedlichen Quellen, wie Texte aus Fachbüchern, Fachzeitschriften, dem Internet etc., die Annahmen der Experten oder Betroffenen in einen schlüssigen Gesamtzusammenhang zu setzen. Dabei werden Bezüge, Verbindungen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Aussagen hergestellt und Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet.

Die Gliederung der Arbeit lässt sich wie folgt beschreiben:

Der erste Teil bildet den theoretischen Rahmen und fasst die Literatur zu dem Störungsbild Mutismus zusammen. Somit wird mit der Definition und Begriffserklärung begonnen. Anschließend folgt die Differenzierung zwischen verschiedenen Mutismusarten. Danach wird die Verbreitung und Geschlechtsabhängigkeit von Mutismus (Epidemiologie) erläutert und auf die Ursachen sowie Risikofaktoren (Ätiologie) des Störungsbildes hingewiesen. Zum Abschluss des Kapitels werden die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-VI sowie die Differenzialdiagnostik dargestellt. In dem zweiten Kapitel wird beschrieben was eine Kita ist und welchen gesetzlichen Bestimmungen sie unterliegt. Dabei geht es vor allem um die Darstellung des gesetzlichen Auftrags der pädagogischen Fachkräfte. Nachdem der Mutismus und die Bildungsinstitution Kita grundlegend erklärt wurde, bezieht sich das dritte Kapitel auf die Auswirkungen von Mutismus in der Kita. Dazu wird beschrieben, wie sich Mutismus auf die Umsetzung des Auftrags, auf die pädagogische Arbeit und die Zusammenarbeit mit den Eltern auswirkt. Daraus resultierend werden im vierten Kapitel Handlungsempfehlungen für den gelingenden Umgang zwischen der pädagogischen

Fachkraft und dem mutistischen Kind in der Kita abgeleitet und in einem Modell zusammengefasst dargestellt. Diese werden anschließend auf den verschiedenen Ebenen (Team, Kind, Eltern, Netzwerk) erläutert und mit Fachliteratur untermauert.

1. Selektiver Mutismus

1.1 Definition

Das Wort „Mutismus“ leitet sich aus dem lateinischen Adjektiv „mutus“ (lat.) ab und bedeutet „sprachlos“ und „stumm“ (Ballnik, 2009, S. 13). Unter Mutismus wird die Sprachhemmung oder das Schweigen trotz vollzogener Sprachentwicklung und vorhandener Sprach- und Sprechfähigkeit verstanden (Hartmann & Lange, 2010, S. 13). Kinder mit Mutismus besitzen also die Fähigkeit zu sprechen, setzen diese jedoch in für sie fremden Situationen, an bestimmten Orten und/oder gegenüber bestimmten Personen nicht ein (Katz-Bernstein, 2007, S. 20). Dabei bestimmt nicht das betroffene Kind darüber, in welcher Situation es redet, sondern die Situation selbst. Innerhalb des engsten Familienkreises (Eltern, Geschwister) ist in den meisten Fällen eine Kommunikation möglich. Aber schon bei den Großeltern erscheint eine verbalsprachliche Kontaktaufnahme häufig als undenkbar (Hartmann & Lange, 2010, S. 13). Sobald jemand Fremdes hinzukommt, schweigen die Betroffenen.

1.1.1 Begriffsbestimmung

Die Begriffsbestimmung von „Mutismus“ durchlief im Laufe der letzten 100 Jahre vielfältige Verwandlungen und unterlag unterschiedlichsten Einordnungen. So war in der Fachliteratur die Rede von „freiwilliger Stummheit“ (Bahr, 1998), von „elektivem Mutismus“ (Tramer, 1934) von „selektivem Mutismus“, bis hin zum „partiellen Schweigen“ (Schoor, 2002). Namenhafte Autoren des selektiven Mutismus distanzieren sich schon lange von dem Begriff der „freiwilligen Stummheit“ (z.B. Spieler 1944). Zudem setzte sich auch Katz-Bernstein mit der „Freiwilligkeit“ des Schweigens kritisch auseinander und nutze dafür aktuelle Literatur aus dem angloamerikanischen Raum. Dort wird die Frage der Freiwilligkeit mit einer Angststörung in Form einer sozialen Phobie, einer kindlichen Depression oder einer Zwangshandlung beantwortet (Hayden 1980; Hartmann & Lange zit. in Katz-Bernstein 2011, S. 21f.). Nach Katz-Bernstein (2007, S. 22) stehe das Kind bei dieser Art von Störungen wie unter einem Bann bzw. unter einem Zwang, das Sprechen an bestimmten Orten / Situationen einzustellen und keinen Laut von sich zu geben. Die vorhandene Unfreiwilligkeit des

Schweigens konnte auch durch vielfältige Interviews und Erfahrungsberichte (z.B. Fachzeitschrift Mutismus.de; Kibay 2015 & Melliger 2012), die in der aktuellen Literatur zu finden sind, bestätigt werden. Auf Grundlage dessen nutzen namhafte Autoren, wie z.B. Katz-Bernstein, gestützt u.a. auf Asperger, Bahr, Böhme, Hartmann und Popella, heutzutage den Begriff „selektiver Mutismus“ anstatt „elektiver Mutismus“ (Katz-Bernstein, 2007, S. 21). Schließlich erwirkt das Wort „elektiv“ den Eindruck, dass die Betroffenen frei wählen können, mit welchen Personen, in welchen Situationen und an welchen Orten sie sprechen oder schweigen. Diese Entscheidungsfreiheit ist bei diesem Störungsbild jedoch nicht gegeben. Die Verwendung des Ausdrucks „elektiv“ könnte demnach zur Verharmlosung der Störung führen. Das Wort "selektiv" hingegen macht deutlich, dass es sich eben nicht um ein freiwilliges Schweigen handelt. Die Betroffenen können trotz größter Bemühungen ihre kommunikativen Fähigkeiten in bestimmten Situationen nicht einsetzen. Somit zeigt der Ausdruck „selektiv“, dass es sich bei dem Schweigen der Betroffenen um ausgewählte Situationen handelt, in denen sie trotz vorhandener physiologischer Sprachfähigkeit und vollzogenem Spracherwerb nicht sprechen können (vgl. Katz-Bernstein, 2011).

1.2 Erscheinungsbild

Die Stummheit der Betroffenen bezieht sich in der Regel nicht ausschließlich auf die verbale Kommunikation, sondern auch auf das gesamte körperliche Kommunikationsverhalten des Kindes (Katz-Bernstein, 2011, S. 28-30). Dies äußert sich z.B. in einem unbeweglichen und starren Gesichtsausdruck, fehlendem Blickkontakt, dem Ausbleiben der Lächelreaktion und auch einer möglichen fixierten Körperhaltung des Betroffenen (Johanssen, Kramer, Lukaschik, 2016, S. 387). Sobald eine Sprechangst auslösende Situation eintritt, wirkt jegliche Mimik und Gestik der Betroffenen wie versteinert. Auch insgesamt sind mutistische Kinder in ihrem Bewegungsausmaß oftmals verhaltener, scheinen gehemmter und vorsichtiger (Hartmann & Lange, 2013, S. 22). Sie wirken oft verschlossen. Das Gesicht der betroffenen Kinder ist meist ausdruckslos und wirkt wie eine Maske. Emotionen werden nicht gezeigt, das Kind erscheint abwesend. Insgesamt macht das mutistische Kind einen verkrampften Eindruck, welcher durch das Aufeinanderpressen der Lippen verstärkt wird. Einige Kinder mit Mutismus nehmen eine gewisse körperliche Distanz ein und manche vermeiden bei der Begrüßung auch den Händedruck und sonst jeglichen Körperkontakt (Ballnik, 2009, S. 78-85). Eine übertriebene Angst vor vermeintlichen Gefahren ist offensichtlich zu erkennen. Sie zeigt sich unter anderem durch das Vermeiden von Spielen mit hohem

Bewegungsausmaß und Überwinden von Hindernissen, wie z. B. auf Bäume zu klettern, Klettergerüste zu erobern, zu rutschen, Rad zu fahren, zu schwimmen und/oder von etwas Höherem herunterzuspringen (Hartmann & Lange, 2010, S. 23). Zudem entdeckten Hartmann und Lange (ebd.), dass sich verstärkt betroffene Mädchen als „adrette, akkurat gekleidete Prinzesschen“ zeigen und den Kontakt mit Schmutz vermeiden, indem sie sich von Sandkästen, Matschphasen und Spielen auf dem Fußboden fernhalten.

Da sich die betroffenen Kinder meist so unauffällig verhalten, dass man sie leicht übersieht, kann das Schweigen des Kindes auch über mehrere Jahre aufrechterhalten werden, ohne dass es als selektiver Mutismus erkannt wird. Hinzukommend spricht das Kind Zuhause viel. Somit haben die Eltern in der Regel keinen Grund zur Sorge, solange sie nicht von ihrem Umfeld, durch Freunde, der Kindertageseinrichtung oder der Schule auf das Schweigen des Kindes aufmerksam gemacht werden. Das Schweigen wird auch häufig als Trotzreaktion oder Schüchternheit des Kindes interpretiert. Dies vermittelt den Eindruck, dass sich das Schweigen schon wieder von selbst aufheben wird. Diese Interpretationen lösen Reaktionen aus, die das Schweigen verlängern oder die Symptome verstärken können (Ballnik, 2009, S. 15-17).

In den meisten Fällen tritt selektiver Mutismus in Übergangsprozessen auf. Der erste Übergang ist der Wechsel aus dem vertrauten Familienkreis in die Kindertageseinrichtung. Danach folgt dann der Übergang in die Grundschule. Um von einem selektiven Mutismus sprechen zu können, sollte das Schweigen über einen längeren Zeitraum konstant bestehend sein. Die ersten Wochen nach einem Übergang sollten als Eingewöhnungszeit angesehen werden. Doch je früher die Störung entdeckt wird, umso besser und schneller können helfende Maßnahmen eingeleitet werden (Katz-Bernstein, 2011, S. 29-30).

1.3 Mutismusarten

Das Phänomen Mutismus wurde erstmals unter der Bezeichnung „aphrasia voluntaria“ von Kussmaul (1877) in deutscher Sprache gefasst. Heute findet eine Auseinandersetzung mit dem Störungsbild hauptsächlich in der englischsprachigen Fachliteratur statt. Die Einführung des Begriffs „elektiver Mutismus“ geht auf Tramer (1934) und später auf Hartmann (1992) zurück. Neben dem (s)elektiven Mutismus bestehen aber auch noch weitere Formen des Störungsbildes. Dabei gibt es unterschiedliche Vorschläge, wie der Mutismus in Untergruppen eingeteilt werden kann. Aufgrund der viel-

fältigen Unterscheidungen und Bezüge, die im Laufe der Jahrzehnte hergestellt wurden (vgl. Katz-Bernstein, 2011; Bahr, 2012), werden im Folgenden der selektive Mutismus im Vergleich zu dem totalen Mutismus, der passagere Mutismus, der Früh- und Spätmutismus und eine Einteilung nach Hayden dargestellt. Diese Einteilungen zeigen, dass (selektiver) Mutismus immer das gemeinsame Merkmal des Schweigens besitzt, aber die Ätiologie sowie die begleitenden Verhaltensmerkmale verschiedener Herkunft sein können.

1.3.1 Selektiver und Totaler Mutismus

In der Fachliteratur etablierte sich die phänomenologische Abgrenzung des „elektiven Mutismus“ von dem „totalen Mutismus“ (Bahr, 1996, S. 2). Mittlerweile wurde das Adjektiv „elektiv“ durch das Adjektiv „selektiv“ ersetzt (siehe Kapitel 1.1.1). Bei dem selektiven Mutismus handelt es sich um die häufigere und geläufigere Form, bei welcher eine Verweigerung der Lautsprache gegenüber einem bestimmten Personenkreis nach vollzogenem Spracherwerb eintritt (Hartmann, 1997, S. 57). Das Sprechen ist also ausschließlich in bestimmten Situationen und mit bestimmten Personen möglich, wie z.B. dem engsten Familienkreis. Der totale Mutismus hingegen tritt bei Kindern äußerst selten auf (Katz-Bernstein, 2007, S. 21). Er unterscheidet sich vom selektiven Mutismus dahingehend, dass die Betroffenen in allen Situationen und gegenüber allen Personen - auch innerhalb des vertrauten Familienkreises - trotz abgeschlossener Sprachentwicklung schweigen. Ein total mutistisches Kind spricht demnach mit niemanden. In den meisten Fällen werden sogar Lautäußerungen jeglicher Art vermieden, wie z. B. Husten, Räuspern, Atemgeräusche oder Niesen (Hartmann & Lange 2010, S. 13). Betroffene Kinder weinen zudem auch lautlos und geben keine Schmerzlaute von sich (Schoor, 2002, S. 220). Der totale Mutismus entwickelt sich entweder aus einem selektiven Mutismus, wird durch ein Trauma ausgelöst oder ist eine Begleiterscheinung einer psychiatrischen Erkrankung. Insgesamt ist der totale Mutismus häufiger bei Erwachsenen anzutreffen, während selektiver Mutismus eher im Kindes- und Jugendalter auftritt (Bahr, 2004, S. 14f.).

1.3.2 Passagere Mutismus

Der passagere Mutismus wird als Teil einer Störung mit Trennungsangst bei jungen Kindern eingeordnet. Sie wird im ICD-10 als Ausschluss unter F93.0 als eigenständiges Störungsbild behandelt (Remschmidt, 2002 S. 48,55).

1.3.3 Früh- und Spätmutismus

Da der selektive Mutismus mit einem Übergang verknüpft ist, tritt er in zwei Altersgruppen auf. Dabei wird zwischen dem Frühmutismus (ab 3;4 -4;1 Jahre) und dem Spät- /Schulmutismus (ab 5;5 Jahre) unterschieden. Die Kindertageseinrichtung stellt dabei den ersten Übergang aus dem vertrauten Kreis der Familie dar. Dort kann sich das Schweigen dann erstmals äußern. Tritt das Schweigen erst bei dem Eintritt in die Grundschule ein, so ist die Rede vom Spät-/ Schulmutismus (Katz-Bernstein, 2013, S.29).

1.3.4 Einteilung nach Hayden

Therapeutisch relevant und hilfreich ist die Einteilung nach Hayden (1980). Sie ist eine amerikanische Spezialistin für mutistische Kinder und untersuchte 68 Kinder mit Mutismus. Hayden benennt insgesamt vier Typen des Störungsbildes, die das Erscheinungsbild, die Verhaltensauffälligkeit und die psychosozialen Ursachen näher beschreiben. Diese lauten: symbiotischer Mutismus, Sprechangst-Mutismus, reaktiver Mutismus und passiv-aggressiver Mutismus. Der symbiotische Mutismus entsteht durch die enge, symbiotische Bindung zu einem Elternteil und einer ablehnenden, negativen Einstellung gegenüber anderen verantwortlichen Erwachsenen. Bei dem Sprechangst-Mutismus ist die Angst vor dem Hören der eigenen Stimme maßgeblich und wird durch Zwangsgedanken und/oder Handlungen beeinflusst. Der reaktive Mutismus wird durch eine einmalige Depression und einen Rückzug verursacht. Beim Passiv-aggressiven Mutismus wird das Schweigen als eine Verteidigungswaffe genutzt (Hayden, 1980 zit. in. Katz-Bernstein, 2011, S. 28-30).

1.4 Epidemiologie

1.4.1 Prävalenz

Eine exakte Prävalenzrate von Mutismus ist schwer festzulegen, da die Angaben in der Fachliteratur oftmals schwanken. Zudem zeigen Studien, dass von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss. Zu 79 % tritt das Schweigen im Vorschulalter auf, in der Regel mit drei Jahren. Oftmals wird das Störungsbild aber erst mit dem Eintritt in den Kindergarten sichtbar. Trotz des jungen Erstmanifestationsalters vergehen häufig Jahre, bis eine fachkundige Hilfe aufgesucht wird. Der Grund dafür ist, dass den Eltern das Problem meist erst spät bewusst wird, da die Kinder zu Hause sprechen. Des Weiteren ist das Phänomen in allen Professionen und Bereichen in Deutschland noch immer wenig bekannt und wird nicht ausreichend ernst genommen, z.B. im Ver-

gleich zu der USA (Stilleben e.V. Hannover, 2020). Die Prävalenzrate von selektivem Mutismus liegt bei circa 0,1- 0,7 % der klinisch erfassten Kinder. Im Jahr 2003 wurde von Kunze und Konrad eine Erhebung der Anzahl von Kindern mit Mutismus an 50 Schulen in NRW durchgeführt. Die Zahl der selektiv mutistischen Kinder in den ersten Klassen betrug 0,3 % (n=1000). In den übrigen Klassen (n=5000) wurden vier selektiv mutistische Kinder ermittelt. Dies entspricht einer Quote von 0,08 %. Davon besuchten zwei der Kinder eine Regelschule und die anderen zwei eine Schule für Lernbehinderte. Diese Erhebungen bestätigen einen der untersten Mittelwerte der ähnlichen epidemiologischen Erhebungen in der Fachliteratur (Katz-Bernstein, 2005, S. 27).

Zudem wird aber auch angegeben, dass dem sprachtherapeutischen Ambulatorium der Universität Dortmund zahlreiche Anmeldungen vorliegen, seitdem der Aufbau eines Forschungs- sowie Therapieprojekts zu Mutismus, bekannt wurde. Ähnliche Erfahrungen wurden in der Schweiz zwischen 1975-1990 gemacht. Auch die Selbsthilfe- und Fachgruppen des Selbsthilfe Mutismus Deutschland e.V., des Stilleben e.V. und des IG Mutismus Schweiz vermelden ähnliche Erfahrungen. Sobald eine Anlaufstelle eröffnet wird, häufen sich die Anfragen. Dadurch kann der vorhandene Bedarf an eine spezialisierte Therapie- und Informationsstelle bestätigt werden (Katz-Bernstein, 2013, S. 31). Bahr zufolge handelt es sich bei Mutismus nicht nur um ein weltweit vorkommendes Störungsbild, sondern er berichtet auch davon, dass die Internetseite der Organisation „Selective Mutism Group –Childhood Anxiety Network“ (www.Selectivemutism.org) aus der USA bis zu 300 000-mal im Monat aufgerufen wird (Bahr, 2004). Es ist also davon auszugehen, dass die derzeit in der Literatur auffindbaren Prävalenzrate von 0,1 - 0,7 % nur einen Bruchteil der wirklich Betroffenen darstellen, weil diese Störung die Betroffenen an der Suche und Inanspruchnahme von Hilfen behindert und zum anderen das Störungsbild wenig Bekanntheit hat.

1.4.2 Geschlechterverteilung

Ob überwiegend Mädchen oder Jungen von dem Störungsbild betroffen sind, ist nicht eindeutig zu klären. Es finden sich Quellen, die eine Prävalenz von Mädchen verkünden (siehe Abbildung 1: Wright et al. 1985, Lebrun 1990, Werder 1992, Cline/Baldwin 2004, Schoor 1996;2001), aber auch andere Quellen die diese Annahmen widerlegen (Hartmann, 1997). Die ermittelte Dauer von Mutismus seit der Erfassung beträgt bei Mädchen durchschnittlich 5;6 Jahre und bei Jungen 4;0 Jahre (Katz-Bernstein, 2013, S.31f.).

Abbildung 1: Studien zur Häufigkeit des Auftretens von selektivem Mutismus bei Mädchen und Jungen (Bahr, 1998, S.39)

Studien	Anzahl Fälle	männlich	weiblich
Wright (1968)	24	7/24 = 29 %	17/ 24 = 71 %
Kos-Robes (1976)	25	10/25 = 40 %	15/ 25 = 60 %
Funke et al. (1978)	17	05/ 17 = 29 %	12/17 = 71 %
Löwenstein (1979)	21	16/ 21 =76%	05/ 21 = 24 %
Wergeland (1979)	11	04/11 = 36%	07/11 = 64 %
Rösler (1981)	32	13/32 = 41 %	19/ 32 = 59 %
Kolvin & Fundudis (1981)	24	11/24 = 46 %	13/ 24 = 54 %
Wilkins (1985)	24	07/ 24 = 29 %	17/ 24 = 71 %
Cline & Kysel (1987)	23	11/23 = 48 %	12/23 = 52 %
Sluckin et al. (1992)	25	05/ 25 = 20 %	20/ 25 = 80 %
Krohn et al. (1992)	20	08/ 20 = 40 %	12/20 = 60 %
Black & Uhde (1995)	30	09/ 30 = 30 %	21/ 30 =70 %
Gesamt:	276	106/ 276 = 38 %	170/ 276 = 62 %

1.5 Ätiologie

Der Entstehung des mutistischen Verhaltens liegt nicht nur eine einzelne, direkte Ursache, sondern ein multifaktorieller Hintergrund zugrunde. Somit sind verschiedene Erklärungsansätze zu berücksichtigen. Wird als Ursache des Schweigens ein gelerntes Verhalten vermutet, so ist zu prüfen, welche Verstärkungsmechanismen zu dem Schweigen führten und es aufrechterhalten. Aus der systemischen Sichtweise werden dabei vor allem die Familie und auch weitere Lebenskreise des Kindes in Betracht gezogen. In der Tiefenpsychologie richtet sich der Blick eher auf traumatische Erfahrungen in der Kindheit. Bei dem pädagogischen Verständnis steht die Wechselwirkung innerer und äußerer Faktoren im Fokus. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Schweigen eine Form der Stressbewältigung ist, der selektive Mutismus biografisch verankert und sozial mitbedingt ist (Bahr, 2012, S. 123-125). Das Schweigen wird dabei als eine Reaktion auf inneren und äußeren Druck betrachtet (Ballnik, 2009, S. 39).

Im Folgenden werden der funktionelle und somatische Erklärungsansatz nach Hartmann (1997) sowie die Risikofaktoren des Mutismus erläutert.

1.5.1 Funktioneller Erklärungsansatz

Hartmann (1997) stellte den funktionellen Erklärungsansatz auf, welcher nochmals in den psychoanalytischen, stresstheoretischen, lerntheoretischen und milieutheoretischen Aspekt unterteilt ist. Hierbei wird der Mutismus primär als psychologisch bedingtes Phänomen interpretiert (Hartmann, 1992).

Dem **psychoanalytischen Ansatz** zufolge wird das Schweigen als neurotische Bewältigungsstrategie eines vorliegenden seelischen Problems oder Konflikts verstanden (Hartmann & Lange, 2010, S. 26). Somit gilt der Mutismus als eine inadäquate Verarbeitungsform von länger anhaltenden Konflikt- und Frustsituationen. Als Beispiele sind die ich-bedrohliche Mutter-Kind-Beziehung, ödipale Konfliktmuster, hysterische oder narzisstische Persönlichkeitsstrukturen zu erwähnen (ebd., S. 26). Hinzukommend gelten alle traumatisch wirkenden Einflüsse, wie Schockerlebnisse, als Ursachen. Unter traumatisch wirkenden Einflüssen zählen jene Momente, die einen übermäßigen Affektschub auslösen und infolgedessen eine beibehaltende Innervationsstörung der Sprech- und Stimmorgane auslösen. Somit kommt es zu einer Fehlinnervation, sobald das Kind zu sprechen versucht. Deshalb ist der Mutismus ein Ausdruck einer abnormen Erlebnisreaktion, der im Zusammenhang mit einem schweren psychischen Trauma steht (Hartmann, 1992).

Neben dem psychoanalytischen Ansatz ist der **stresstheoretische Ansatz** zu erwähnen. Hier empfindet eine Person Umweltereignisse als seelisch belastend, wenn die Ressourcen in der Ergebnisbewältigung vermeintlich oder tatsächlich nicht ausgeschöpft oder entwickelt werden können. Dies führt dann zu einer Überflutung der eigenen, als gering angesehenen Bewältigungsvariablen durch ein problematisch wahrgenommenes Umweltereignis. Als Beispiele gelten hier der Kindergarten- oder Schuleintritt (Hartmann & Lange, 2010, S. 27).

Der **lerntheoretische Ansatz** erklärt das mutistische Verhalten anhand von angelernen Reaktionsmustern. Ein Beispiel ist die operante Konditionierung. Dabei wird das Nichtsprechen des Kindes in einer bestimmten Situation positiv oder negativ verstärkt. Erfährt das Kind durch das Schweigen vermehrt positive Konsequenzen, wie verstärkte Aufmerksamkeit (positive Verstärkung) bzw. die Vermeidung von Pflichten (negative Verstärkung), so wird das Schweigen wiederholt (Hartmann & Lange, 2010, S. 27). Auf diese Weise wird die mutistische Person bestärkt, an ihrem Verhalten festzuhalten. Zudem kann das Schweigen auch durch Nachahmung (Imitationslernen, Lernen am Modell) entstanden sein. Dabei übernimmt das Kind das Schweigen als erfolg-

reiches Vermeidungsverhalten von einer Modellperson, mit der sich das Kind zuvor identifiziert hat. Somit ist zu vermuten, dass die Modellperson meist aus der näheren Umgebung des Kindes stammt (Hartmann, 1992).

Der **milieutheoretische Ansatz** bezieht sich auf sozio-ökonomische Bedingungsfaktoren des Störungsbilds. Hierzu zählen die Notlage der Familie, ungünstige Umwelteinflüsse, sprachliche Einwanderungsproblemfelder sowie die soziale Kontaktarmut der Familien (Hartmann & Lange, 2010, S. 27).

1.5.2 Somatischer Erklärungsansatz

Neben dem funktionellen Ansatz stellte Hartmann (1997) auch den somatischen Erklärungsansatz auf. Dieser beschreibt den Einfluss der Genetik. Die Praxis zeigt, dass in fast allen Familien der Betroffenen mindestens ein introvertierter, sozial zurückgezogener, sprachlich gehemmter Elternteil vorzufinden ist. Eine Familienanamnese verweist in der Regel auch auf weitere Familienmitglieder mit ähnlichen Eigenschaften. Dies macht deutlich, dass bei dem Störungsbild von genetischen/ dispositionellen Vorbelastung (Diathese) ausgegangen werden kann (Adamek, 1997, S. 111). Auch Ergebnisse der Zwillingsforschung belegen das seit Jahrzehnten beschriebene Phänomen der prägnanten Familienhäufung von schüchternen, gehemmten, kommunikativ und sozial introvertierten Familienmitgliedern (Hartmann & Lange, 2010, S. 30).

Weitere Untersuchungen von Familienanamnesen untermauern ebenfalls ein gehäuftes Vorkommen der Merkmale: gehemmtes Temperament, Angst und/oder Depression. Es konnten bei Verwandten ersten Grades folgende Vorbelastungen nachgewiesen werden (vgl. Hartmann, 2020):

- Black & Uhde (1995): soziale Angststörungen (70 %)
- Steinhausen & Adamek (1997): Schweigsamkeit auf mindestens einer Elternlinie (23,7 %)
- Kristensen (2000): ausgeprägte Schüchternheit (72,2 %)
- Kristensen & Torgersen (2001): Sozialphobie/Schüchternheit auf mind. einer Elternlinie (70,4 %)
- Dobsiaff (2005): gehemmte bis mutistische Züge (52,2 %)
- Chavira et al. (2007): Sozialphobie (37 %) und Depressionen (29 %)
- Hartmann (2010, 2011): stilles/gehemmtes Naturell auf mind. einer Elternlinie (95,8 %) und Ängste/Depressionen auf mind. einer Elternlinie (74,79 %)
- Smith/Sluckin (2015): Schüchternheit in der Familie (88,67 %)

Des Weiteren werden auch Parallelen zu den Ergebnissen der Angstforschung deutlich. Die Metaanalyse von Hettema, Neale & Kendler (2001) verwies darauf, dass der Einfluss genetischer Faktoren bei Angststörungen zum Teil erheblich ist. In der direkten Verwandtschaft betrug die Erblichkeit bei der Panikstörung 47,8 %, bei der generalisierten Angststörung 31,6 %, bei den Phobien 52,3 % und bei den Zwangsstörungen 25,1 %.

1.5.3 Risikofaktoren

Neben den Erklärungsansätzen von Hartmann sind einige Risikofaktoren für das Störungsbild zu benennen.

Bei Kindern mit selektivem Mutismus konnten vermehrt deutliche Hinweise auf Schwierigkeiten in der frühen Kindheit festgestellt werden. Damit gemeint sind z.B. Komplikationen bei der Schwangerschaft oder der Geburt, sowie Krankheiten im Säuglingsalter. Aber auch emotionaler Stress oder die Trennung von den Eltern gehören zu den Risikofaktoren. Diese Merkmale sind jedoch nicht als Ausschlussverfahren zu betrachten. Somit kann das Leben des Kindes vollkommen unauffällig verlaufen, auch wenn mehrere dieser Stressfaktoren auf ein Kind zutreffen. Andersherum betrachtet, können Kinder trotzdem mutistisch werden, auch wenn die Schwangerschaft, Geburt und die ersten Säuglingsjahre völlig unauffällig verlaufen (Bahr, 2012, S. 18-20).

Sprachliche Störungen sowie Defizite können ebenfalls als Risikofaktor für den selektiven Mutismus angesehen werden. Mehrere ältere, aber auch aktuelle Studien belegen, dass bei selektiv mutistischen Kinder häufig sprachliche Auffälligkeiten (Steinhausen & Juzi, 1996, Kristensen, 2000 zit. in Katz-Bernstein, 2011, S. 34) oder Beeinträchtigungen weiterer Basiskompetenzen, die in Verbindung mit der Sprachentwicklung stehen, wie z. B. die auditive Aufmerksamkeitsspanne (Bar-Haim et al. 2004 zit. in Katz-Bernstein, 2011, S. 34) vorhanden sind.

Durch die Forschergruppe der Universität Dortmund konnte nachgewiesen werden, dass Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger von Störungen des selektiven Mutismus betroffen sind als Kinder deutscher Herkunft. Weitere Studien zur Prävalenz des selektiven Mutismus zeigen, dass Kinder mit Migrationshintergrund etwa viermal häufiger von dem Störungsbild betroffen sind als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund (Elizur & Perednik, 2003). Somit kommt die Mehrzahl von selektiv mutistischen Personen aus einem anderen Land und wächst mehrsprachig

(zwei- oder sogar dreisprachig) auf. In der Fachliteratur schwanken die Zahlenangaben zwischen 30 und 70 % (Katz-Bernstein, 2015; Pickard et al., 2017 zit. in Schmidt - Traub, 2019, S. 21).

Wenn die Familie fast ausschließlich in ethnischen Gruppen verkehrt und auch Zuhause kaum bis gar kein Deutsch spricht, wird der Spracherwerb für das Kind erschwert. Für die Kinder mit selektivem Mutismus stellt die Überwindung der Distanz zwischen der Zuhause-Welt und der fremden Welt, in der nicht gesprochen wird, eine schwierige Herausforderung dar. Zudem können auch die kulturellen Unterschiede eine weitere Distanz verursachen. Auch Besonderheiten kultureller Erziehungsstile können einen Einfluss haben (Stilleben ev. Hannover). Sozial ängstliche Kinder wissen oftmals nicht, wie sie sich in der fremden Sprache äußern sollen und befürchten fehlerhaft zu sprechen. Möglicherweise wurden sie für falsche Wörter- oder Aussprachen von Anderen verspottet. Um nicht nochmal in seinem Selbstbewusstsein gekränkt zu werden, schweigt das Kind lieber (Schmidt – Traub, 2019, S. 22).

1.7 Symptome und Co-Morbidität

Das Leitsymptom aller Mutismusarten stellt der Verzicht auf verbale Äußerungen dar, welcher sich über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen erstreckt (Lange, ,2020). Je nach Art des Störungsbildes tritt das Schweigen entweder konstanter oder partieller auf. Begleitend dazu sind weitere Verhaltensmerkmale typisch für das Störungsbild. So fasst Hartmann die Beobachtungen Spielers (1944), Popellas (1960), Strunks (1980), Böhmes (1983) und Dührssens (1988) wie folgt zusammen (Hartmann, 1992, S. 494f.):

- Scheu
- Schwermut, Neigung zu Depressionen
- Stuporöses Reagieren
- Ausgeprägte Sensibilität
- Verlegenheit
- Selbstunsicherheit
- Leichte Verletzbarkeit durch Spott und Ironie
- Hartnäckige, eigensinnige Charakterzüge (Beharrlichkeit, trotziger Rückzug)

Mutistische Kinder zeigen in der Regel einen sehr zurückhaltenden, stillen Charakter. Hinzukommend weisen sie eine übertriebene Schüchternheit auf, die auch zu einer sozialen Isolierung führen kann. Auch eine Anhänglichkeit, oftmals bei der Mutter,

stellt ein weiteres Verhaltensmerkmal dar. Des Weiteren können aber auch gegensätzliche Verhaltensmuster wie Wutausbrüche und Zwangsverhalten auftreten (Wittchen, 1989, S. 124). Remschmidt fügt die Gehemmtheit, die Antriebsarmut und die Entwicklungsverzögerungen als weitere Merkmale hinzu (Remschmidt, 2002, S. 287). Bahr ergänzt dies mit dem Merkmal der starken Willenskraft und einem negativen Verhalten im Kontakt mit der Familie (Bahr, 1996, S. 43). Nach Lesser-Katz (1986) besteht die Möglichkeit zwischen zwei Typen von mutistischen Verhaltensmerkmalen zu unterscheiden. Zum einen gibt es in Anlehnung an Hayden (siehe Kapitel 1.3.4) die Annahmen, dass mutistische Kinder ihren Mutismus als Kampfreaktion verstehen. Diese Beschreibung verursacht Machtspiele zwischen dem Mutisten und seiner Umwelt. Zum anderen beschreibt Lesser-Katz (1986), dass mutistische Kinder ihren Mutismus als Fluchtreaktion nutzen. Dies wird anhand der sozialen Isolation der Kinder und dem minimalistischen Einsatz der Körpersprache zum Ausdruck von Emotionen deutlich.

Bei dem Störungsbild des selektiven Mutismus ist die Co-Morbidität mit anderen Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrischen Störungsbildern bekannt. Durch die Untersuchungen und Beobachtungen von Castell und Schmidt (1999; 2000) konnten vielfältige co-morbide, psychiatrische Begleiterscheinungen festgestellt werden. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- „soziale Ängstlichkeit
- Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten
- depressive Symptomatik
- Regulationsstörung von Schlaf, Essen, Ausscheidungsfunktion und Verhaltenskontrolle“ (Castell & Schmidt 1999; 2000 zit. in Katz-Bernstein, 2005, S. 28)

Rösler (1981) ergänzt durch die Untersuchung bei 32 mutistischen Kindern zusätzliche psychopathologische Auffälligkeiten und Merkmale. 90,6 % der betroffenen Kinder zeigten Angstsymptome und 63 % ein passives Rückzugsverhalten. Stimmungsschwankungen und Konzentrations- sowie Leistungsstörungen konnten bei 37,5 % der Kinder nachgewiesen werden. Hinzukommend trat bei 28,1 % Aggressivität, Hypermotorik, also auch markante Gestik und Mimik auf. Des Weiteren beschreibt Rösler Verhaltensauffälligkeiten wie Bettnässen, Tics, Nägelkauen, Daumenlutschen und Haare raufen.

1.8 Diagnostik

In der Fachliteratur wurde in der Vergangenheit ausführlich darüber diskutiert, ob Mutismus ein Ausdruck überflutender Angst (vgl. Yeganeh et al., 2003), ein Symptom der sozialen Phobie (vgl. Black & Uhde, 1994) oder wie von der Arbeitsgruppe „Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders“ dargestellt, eine eigenständige Angsterkrankung ist.

Im Folgenden werden die Definitionen nach dem ICD-10 und dem DSM-IV vorgestellt. Nach dem ICD-10 wird in Deutschland diagnostiziert und gearbeitet. Der DSM-IV wird in den USA angewandt.

1.8.1 Definition nach ICD-10

In der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der (s)elektive Mutismus als deutlich emotional bedingte Selektivität des Sprechens beschrieben, in dem das Kind in bestimmten Situationen spricht und in anderen, genau definierten Situationen, wiederum nicht. Dabei können beim Kind üblicherweise auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie Sozialangst, Rückzug, besondere Empfindsamkeit oder Widerstand auftreten. Der (s)elektive Mutismus hat in der ICD10 die Ziffer F94.0 Somit zählt er zu der Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10).

In dem ICD-10 wird das Störungsbild auch aktuell noch als „elektiver Mutismus“ benannt. Dadurch entsteht der Eindruck, dass das Schweigen gegenüber bestimmten Personen und in bestimmten Situationen selbstgewählt sei. Zudem werden dadurch auch Co-Morbiditäten (siehe Kapitel 1.7), die durch Studien und der aktuellen Fachliteratur nachgewiesen sind, ausgeschlossen. Außerdem wird die mögliche Verbindung des selektiven Mutismus mit einer psychotischen Störung und das gemeinsame Auftreten mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung ebenfalls nicht berücksichtigt. Da sich auch bereits namhafte Autoren von dem Begriff des elektiven Mutismus distanzieren (siehe Kapitel 1.1.1), gilt die Bezeichnung „elektiv“ als nicht mehr wissenschaftlich aktuell und sollte auch im ICD-10 an den heutigen Wissensstand angepasst werden (vgl. Katz-Bernstein, 2011).

1.8.2 Definition nach DSM-IV

Die Diagnostischen Kriterien nach dem DSM-IV „selektiver Mutismus“ lauten (vgl. Katz-Bernstein, 2011, S. 27):

A – Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird, z.B. in der Schule), wobei in anderen Situationen Sprechfähigkeit besteht.

B – Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.

C – Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränkt).

D – Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt, die in der sozialen Situation benötigt werden oder dadurch, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohlfühlt.

E – die Störung kann nicht besser durch eine Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf.

Der aktuell gültige DSM-V hat einige Änderungen bezüglich der Einordnung und Kategorisierung des selektivem Mutismus vorgenommen. In der aktuellen Version wird der selektive Mutismus jetzt unter den Angststörungen eingruppiert und als eine eigenständige Angsterkrankung angesehen. In dem DSM-IV zählte das Störungsbild noch unter die Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Rogoll et al., 2018, S.591). Die neue Zuordnung im DSM-V entspricht nun einer entwicklungsbezogenen Achse, geordnet nach dem Erstmanifestationsalter (Falkai et al., 2018). Auch inhaltlich ist diese Zuordnung unter Einbezug der Symptomatik von Menschen mit selektivem Mutismus als sinnvoll zu erachten, wenn auf die überlappenden Kriterien mit anderen Angststörungen Rücksicht genommen wird. Schließlich begegnen mutistische Menschen unbekanntem Situationen schüchtern bis ängstlich. Auch das Sprechen in der Öffentlichkeit wird vermieden und nur mit vertrauten Bezugspersonen ist der Aufbau einer Kommunikation möglich (Wischnewski, Ströhle, 2016, S. 195). Zudem besteht eine hohe Komorbidität von selektivem Mutismus zu anderen Angststörungen (Kristensten, 2000) und sozialer Ängstlichkeit (Yeganeh et al., 2006).

1.9 Differenzialdiagnostik

Da es häufig zu Fehlinterpretationen kommt, werden im Folgenden die Störungsbilder dargestellt, die sich von dem selektiven Mutismus abgrenzen lassen. Die Sprachabbau- und Sprachverlustsyndrome, unter denen Aphasien gezählt werden, sind als erstes von dem Mutismus abzugrenzen. Aphasien werden als Verlust der Sprechfähigkeit aufgrund einer hirnnorganischen Erkrankung oder nach einem Hirntrauma bezeichnet (Bundesverband Aphasie e. V.). Zu erwähnen sind hier auch das Heller-Syndrom und das Landau-Kleffner-Syndrom (Blanz et al., 2006, S. 218). Des Weiteren kann die Hörstummheit (Audimutitas) von dem Mutismus unterschieden werden. Schließlich können mutistische Kinder im Allgemeinen vor dem Eintritt der Störung, oder auch innerhalb des vertrauten Familienkreises normal sprechen, selbst wenn ihre Sprachentwicklung etwas verzögert war (Blanz & Remschmidt et al. 2006, S. 218). Anders als bei dem Mutismus haben Kinder mit Hörstummheit noch nie flüssig gesprochen (Poehlke, 2009, S. 407). Nach sorgfältiger neuropsychologischer Untersuchung sind zudem bei der Hörstummheit auch Hinweise auf eine Hirnfunktionsstörung zu finden. Rezeptive und expressive Sprachstörungen stellen eine weitere Abgrenzung zu Mutismus dar. Sie sind durch die massiven Einschränkungen des Sprachverständnisses bzw. der Expressiv-Sprache gekennzeichnet. Auch bei Taubheit oder eingeschränkter Hörfähigkeit kann ein mutistisches Verhalten auftreten. Durch die sorgfältige Prüfung des Gehörs und neuropsychologischen Zusatzuntersuchungen sind sie jedoch auch von dem Störungsbild abzugrenzen. Auch eine schizophrene Psychose stellt eine Differenzialdiagnose zu Mutismus dar. Die Abgrenzung erfolgt hier durch das Vorliegen zusätzlicher und für die Schizophrenie typischer Symptome, wobei auch die Antriebsseite zu berücksichtigen ist. Ein schwerwiegender Antriebsmangel im Rahmen einer Depression kann ebenfalls für mutistisches Verhalten verantwortlich sein (Remschmidt, 2008, S. 201). Der Autismus und die geistige Behinderung können vom Mutismus dadurch abgegrenzt werden, dass sie eine spezifische Symptomatik aufweisen (Autismus) oder mit allgemeinen Entwicklungsverzögerungen einhergehen (geistige Behinderung). Depressive Störungen können ebenfalls zu Mutismus führen. Sie lassen sich aber dadurch abgrenzen, dass die Kinder in der Regel vorher gesprochen haben und sich das Sprechen im Rahmen der depressiven Symptomatik eingestellt hat (Blanz et al., 2006, S. 218).

Da der selektive Mutismus häufig mit Schüchternheit gleichgesetzt und auch in der Literatur als „pathologisch gesteigerte Schüchternheit“ (Hartmann, 2007, S. 27) be-

zeichnet wird, muss auch hier eine Abgrenzung erfolgen. Schüchternheit tritt nicht in der ICD –10 –Klassifizierung auf. Somit ist es als Symptom zu betrachten und nicht als Diagnose bzw. als Krankheit. Im Gegensatz zu mutistischen Verhaltensweisen kann das schüchterne Kind sukzessiv seine besondere Vorsicht gegenüber fremden Situationen lockern, d.h. es kann sich nach einer gewissen Zeit anpassen und öffnen (Wichtmann, 2011, S. 2). Es gehört zu dem typischen Verhalten eines Kindes, in den ersten drei Monaten nach dem Kindergarteneintritt mit Schüchternheit und Schweigen zu reagieren, bis sich dies mit der Zeit legen kann (Katz-Bernstein, 2007, S. 62). Somit stellt die Schüchternheit des Kindes zwar ein auffälliges, charakteristisches Merkmal des Mutismus dar (Bahr, 2002), kann aber nicht als alleinige Begründung für das Verhalten des betroffenen Kindes gesehen und damit abgetan werden.

2. Bildungseinrichtung Kita

Um darstellen zu können, wie der Umgang zwischen den pädagogischen Fachkräften in der Kita und dem Kind mit Mutismus gelingen kann, ist es notwendig zu erklären, was eine Kita ist, wie sie aufgebaut ist und welchen Bestimmungen sie folgt. Somit wird im folgenden Kapitel die Definition, die rechtlichen Bedingungen (Träger, Rechtsanspruch), der gesetzliche Auftrag, die Notwendigkeit der Konzeption, die landesrechtlichen Bestimmungen, welche das Bild vom Kind und der Fachkraft mit einschließen, sowie die verschiedenen Gruppenformen einer Kindertageseinrichtung erläutert. Da auch die Zusammenarbeit mit den Eltern für den gelingenden Umgang zwischen der pädagogischen Fachkraft und dem betroffenen Kind von hoher Bedeutung ist, wird ebenfalls die Notwendigkeit der Erziehungspartnerschaft in der Kita dargestellt.

2.1 Definition

Kita steht für Kindertageseinrichtungen. Die Begriffe "Kindertagesstätten", "Kindertageseinrichtungen" bzw. "Kita" sind im weiteren Sinne Sammelbezeichnungen für Institutionen zur Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern. Die Kinder werden dabei von pädagogischen Fachkräften in Gruppen betreut (Textor, 2018). Die einschlägige Literatur sowie der allgemeine Sprachgebrauch verwenden demnach unterschiedliche Begriffe für Einrichtungen, in denen Kinder betreut werden. Somit hat der Bundesgesetzgeber eine Legaldefinition der Tageseinrichtung für Kinder in § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII festgelegt. Tageseinrichtungen für Kinder nach § 22 SGB VIII sind nur solche Einrichtungen, in denen sich Kinder aufhalten. Einrichtungen, die für

den Aufenthalt von Jugendlichen bestimmt sind, zählen nicht zu Kindertageseinrichtungen. Zudem sind eine gewisse Mindestplatzanzahl und eine Organisationsstruktur notwendig. Mit dem Wort Kindertageseinrichtung ist jeder Aufenthalt von Kindern verbunden, auch unabhängig der jeweiligen Öffnungszeiten der Einrichtung oder der individuellen Aufenthaltsdauer des Kindes in der Kita. Aus diesem Grund zählen zu Kindertageseinrichtungen Einrichtungen, die halbtags, ganztags oder vor- und nachmittags mit mittäglicher Schließzeit geöffnet haben. Das Personal der Kindertageseinrichtung muss in der Lage sein, die Anforderungen des § 22 (Förderauftrag) zu erfüllen. Das Landesrecht, des jeweiligen Bundeslandes, enthält weitere Vorgaben (Schmidt, Pantel & Dörnbrack, 2009, S. 87).

2.2 Träger von Kindertageseinrichtungen

Jede Kita hat einen Träger, der die Gesamtverantwortung besitzt und sowohl für das Personal und die Räumlichkeiten als auch für die Beachtung der gesetzlichen Vorgaben zuständig ist (Textor, 2018). Dabei wird zwischen öffentlichen und freien Trägern unterschieden. Viele Kitas werden aus öffentlichen Mitteln finanziert. Sie stehen also unter öffentlicher Trägerschaft. Die Einrichtungen sind somit Teil der Stadt, der Gemeinde oder des Landkreises, den sogenannten Kommunen. Deshalb werden sie von diesen offiziell betrieben und verwaltet. Freie Träger hingegen sind nicht staatlich und leisten einen beträchtlichen finanziellen Eigenanteil, indem sie sich z.B. durch Kindergartenbeiträge, Sponsoren oder Fördervereine, finanzieren. Darüber hinaus werden sie aber auch durch öffentliche, staatliche Gelder bezuschusst (Fürstenberg Institut, 2016). Zu der Gruppe der freien Träger zählen Verbände und Organisationen im Kontext der Kirchen und Wohlfahrtseinrichtungen als auch privat-gewerbliche Träger (Diller, 2016). Eine bisher kleine, aber stetig wachsende Zahl von Kindertageseinrichtungen hat einen privatgewerblichen Träger. Durch die bedarfsgerechten Öffnungszeiten, besseren Rahmenbedingungen (z.B. kleinere Gruppen) und besonderen Angebote (z.B. bilinguale Betreuung) werden auch in der Regel hohe Elternbeiträge verlangt. Mit Hilfe der verschiedenen Formen von Kindertageseinrichtungen und den unterschiedlichen Trägern wird sichergestellt, dass Eltern nahezu überall ein plurales Angebot vorfinden. Somit kann ihr Wunsch- und Wahlrecht gem. § 5 SGB VIII gewährleistet werden (Textor, 2018).

2.3 Rechtsanspruch

Die Kindertagesbetreuung wird auf Bundesebene im Sozialgesetzbuch Aachtes Buch (SGB VIII) geregelt, das auch als "Kinder- und Jugendhilfegesetz" (KJHG) bezeichnet wird. Für Kinder, die das erste Lebensjahr vollendet haben, besteht laut § 24 Abs. 2 SGB VIII ein Rechtsanspruch auf Förderung in einer Kindertageseinrichtung oder durch Tagespflege bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres. Ein Kind, welches das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ist in einer Einrichtung oder in Kindertagespflege zu fördern, wenn diese Leistung für seine Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit geboten ist oder die Erziehungsberechtigten einer Erwerbstätigkeit nachgehen, eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, Arbeit suchend sind, sich in einer beruflichen Bildungsmaßnahme, in der Schulausbildung oder Hochschulausbildung befinden oder Leistungen zur Eingliederung in die Arbeitswelt erhalten (§ 24 Abs. 1 SGB VIII). Kinder, die das dritte Lebensjahr vollendet haben, haben bis zum Schuleintritt einen Rechtsanspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung (§ 24 Abs. 3 SGB VIII).

2.4. Gesetzlicher Auftrag

Alle Kindertageseinrichtungen haben einen Bildungs- und Förderungsauftrag. Nach § 1 SGB VIII hat jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Der Förderauftrag umfasst die Dreigliedrigkeit aus Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes. Die Förderung orientiert sich dabei an dem Alter, dem Entwicklungsstand, den Fähigkeiten, der Lebenssituation, den Interessen und Bedürfnissen des einzelnen Kindes. Dabei soll auch die ethnische Herkunft berücksichtigt werden (§ 22 Abs.32 SGB VIII). Ebenso sind im Förderauftrag für die Kindertageseinrichtungen die Qualitätssicherung, die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung, die Ferienbetreuung sowie die Kooperation mit familienbezogenen Institutionen verankert (§ 22 Abs. 2 SGB VIII). Behinderte Kinder sollen, sofern der Hilfebedarf dies zulässt, mit nicht behinderten Kindern gemeinsam gefördert werden (§ 22a Abs. 4 SGB VIII)

Durch die Verwendung der Dreigliedrigkeit aus Betreuung, Erziehung und Bildung wird deutlich, dass es sich bei Tageseinrichtungen nicht ausschließlich um eine reine Betreuung von Kindern handelt. Stattdessen muss auch die Erziehung und Bildung der Kinder gleichermaßen gefördert werden (Textor, 2018). Der gesetzliche Auftrag für

die pädagogischen Fachkräfte schließt somit die Vermittlung orientierender Werte und Regeln ein. Vor allem die Werteerziehung ist entscheidend für die Entwicklung zur Eigenständigkeit, die Bildungskarriere und die erfolgreiche soziokulturelle Teilhabe der Kinder (Jasmund, 2018, S.18).

Gemäß § 22 Abs.2 SGB VIII sollen Tageseinrichtungen:

1. die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit fördern
2. die Erziehung und Bildung in der Familie unterstützen und ergänzen
3. die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleisten.

Punkt 2 verweist auf den so genannten "familienergänzenden und -unterstützenden Auftrag" der Kindertagesbetreuung, der nur in enger Kooperation mit den Eltern erfüllt werden kann. Deshalb sollen laut § 22a Abs. 2 SGB VIII die pädagogischen Fachkräfte mit den Erziehungsberechtigten zum Wohl der Kinder und zur Sicherung der Kontinuität des Erziehungsprozesses zusammenarbeiten. Zudem sollen sie aber auch andere kinder- und familienbezogenen Institutionen und Initiativen im Gemeinwesen, insbesondere solchen der Familienbildung und -beratung hinzuziehen, weil in vielen Fällen nur auf diesem Weg eine Unterstützung für die Familien gewährleistet werden kann. Aus diesem Grund sollen die pädagogischen Fachkräfte in der Kita auch mit den Schulen kooperieren, um den Kindern einen guten Übergang in die Schule zu sichern. Im Gesetzestext ist zusätzlich verankert, dass die Erziehungsberechtigten an den Entscheidungen in wesentlichen Angelegenheiten der Erziehung, Bildung und Betreuung zu beteiligen sind (§ 22a Abs. 2 SGB VIII). Dieses Recht tritt für alle Eltern der jeweiligen Kita in Kraft.

2.5. Landesrechtliche Bestimmung

Die dargestellten rechtlichen Vorgaben werden auf der Länderebene durch entsprechende Gesetze, Verordnungen und andere Vorschriften ergänzt. Hier gibt es von Bundesland zu Bundesland vielfältige Unterschiede, sodass an dieser Stelle kein Überblick gewährleistet werden kann (Textor, 2018) und im Folgenden nur Bezug auf Nordrhein-Westfalen genommen wird.

Geltend für Nordrhein-Westfalen ist das Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern (Kinderbildungsgesetz – KiBiz) und dies bildet seit dem 1. August 2008 die Grundlage der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für die frühkindliche Bildung (MKFFI, 2019). Hinzukommend gelten für Kindertagesbetreuungen und

Schulen im Primarbereich in NRW Bildungsgrundsätze, die von dem Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW und dem Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW herausgebracht wurden. Diese bilden einen Leitfaden, der den pädagogischen Fach- und Lehrkräften des Elementar- und Primarbereichs in ihrer täglichen Arbeit Orientierung und Hilfe bietet (MFKJKS, MSW, 2016, S. 5).

2.5.1 Bild vom Kind

Das Kind wird als Akteur seiner Entwicklung betrachtet (MFKJKS, MSW, 2016, S. 16). Es ist von Natur aus Entdecker, Forscher und Erfinder, das sich aktiv und kreativ mit ihrer Umwelt auseinandersetzt. Kinder möchten sich ein eigenes Bild von der Welt machen. Sie können nur lernen und sich bilden, wenn sie ihre Umwelt mit ihren eigenen Sinnen wahrnehmen und im sozialen Bezug erleben (ebd., S. 17). Kinder wollen und sollen auch Verantwortung für das eigene Lernen übernehmen. Das Kind ist aus sich selbst heraus bestrebt, die Welt zu verstehen und Handlungskompetenzen zu erlernen. Es verkörpert Neugierde, Lernfreude und Spontanität. Das Aneignen der Welt ist eine Aktivität, die niemand sonst für das Kind übernehmen kann. Demnach ist Bildung stets als Selbstbildung zu verstehen (ebd., S. 16).

2.5.2 Rolle der Fachkraft

Die pädagogischen Fachkräfte in der Kita haben die Aufgabe, das Kind in der aktiven Auseinandersetzung mit seiner Umwelt auf der Grundlage seiner bisherigen Lebenserfahrung in seinen (Selbst-) Bildungsprozessen zu begleiten und zu unterstützen. (MFKJKS, MSW, 2016, S. 11). Zudem soll die Fachkraft den Kindern ein realistisches und authentisches Vorbild sein. Des Weiteren müssen die Pädagogen über Methoden-, Fach und personelle Kompetenzen verfügen. Dazu zählt es sich stetig mit sich selbst zu beschäftigen und das eigene Handeln sowie Denken zu reflektieren (Günster-Schöning, 2018, S. 14f.).

2.6. Konzeption

Die Konzeption ist die verbindliche Grundlage für die pädagogische Arbeit in einer Kindertageseinrichtung. Für die Erfüllung des Förderauftrags sind geeignete Maßnahmen zur Gewährleistung der Qualität der Förderung weiterzuentwickeln (§ 22 Abs. 4 SGB VIII). Laut § 22a Abs. 1 SGB VIII soll u.a. durch die Entwicklung und den Einsatz einer pädagogischen Konzeption die Qualität der Förderung in Kindertagesein-

richtungen sichergestellt werden. So haben inzwischen nahezu alle Kindertagesstätten, auf der Grundlage des Bundes- und Landesrechts eine einrichtungsspezifische Konzeption erarbeitet. In ihr werden die lokalen Gegebenheiten berücksichtigt und ein eigenes pädagogisches Profil präsentiert. Auch im KiBiz ist die pädagogische Konzeption unter § 13a verankert. Eine Tageseinrichtung muss demnach die Dreigliedrigkeit aus Bildung, Erziehung und Betreuung nach einer eigenen träger- oder einrichtungsspezifischen pädagogischen Konzeption durchführen (§ 13a KiBiz). Der Träger hat die Möglichkeit die pädagogische Angebotsstruktur und Gruppenbildung nach seiner Konzeption festzulegen (§ 13d KiBiz). Mit Hilfe der Erstellung einer Konzeption können Lebenslagen und die Bedürfnisse der Kinder und Familien vor Ort erfasst werden (Textor, 2018). Durch diese Analyse ergeben sich dann entsprechende Bedarfe für die zu betreuenden Kinder und ihre Familien (z.B. hinsichtlich Öffnungszeiten). Es werden auch individuelle Bildungs- und Erziehungsvorstellungen der Fachkräfte werden dargestellt, die unterschiedlichen Theorien, Zielen und Schwerpunkten folgen. Somit wird in der Konzeption auch der pädagogische Ansatz der Einrichtung erläutert. Des Weiteren sind die verschiedenen Bildungsbereiche in der Konzeption zu erwähnen. Prinzipiell sind alle Ziele und Förderbereiche zu berücksichtigen, die im jeweiligen Bildungsplan des Landes (hier: die Bildungsgrundsätze für NRW) erläutert sind. Es besteht jedoch die Möglichkeit für die jeweilige Kita besondere Schwerpunkte zu setzen, wie z.B. auf die Bewegung oder körperliche Entwicklung von Kindern (Textor, 2018).

2.7 Gruppenformen

In Anlage 1 zu § 19 im KiBiz sind drei verschiedene Gruppenformen festgelegt. Die Gruppenform I umfasst die Betreuung von Kindern im Alter von zwei Jahren bis zur Einschulung. Die Kinderanzahl beträgt 20 Kinder. Die Anzahl der zwei-Jährigen soll dabei mind. vier aber nicht mehr als sechs betragen. Die Gruppenform II umfasst die Betreuung von Kindern im Alter von unter drei Jahren. Die Kinderanzahl beträgt zehn Kinder. Die Gruppenform III umfasst die Betreuung von 25 Kindern im Alter von drei Jahren und älter. In allen drei Gruppenformen ist eine Wahl zwischen einer 25-, 35-, oder 45- Stündigen Betreuungszeit möglich (Anlage zu § 19 KiBiz). Der Personaleinsatz orientiert sich gem. § 6 Abs. 1 KiBiz an den Beschreibungen der Gruppenformen in der Anlage zu § 19 KiBiz.

2.7.1 Pädagogischer Ansatz

Ein pädagogischer Ansatz umfasst die Gesamtheit der Grundlagen, Überzeugungen, Werte, Normen, Ziele und Methoden, die als handlungsleitend für die gesamte Einrichtung gelten. Wenn sich der Träger und die pädagogischen Fachkräfte einer Kita zu einem Ansatz bekennen, bestimmt dieser das ganzheitliche Konzept, die pädagogische Planung, die Raumgestaltung und das Materialangebot. Über den Ansatz definiert sich die Rolle der pädagogischen Fachkraft, er fördert deren Identität und stärkt die Professionalität. Sie enthalten auch ein bestimmtes Menschenbild, ein Bild vom Kind und somit Vorstellungen zur Gestaltung einer gelingenden Entwicklungsbegleitung und -förderung. Die bekanntesten pädagogischen Ansätzen sind: der Situationsansatz, die Bedeutung des Spiels nach Friedrich Fröbel, die Pädagogik nach Maria Montessori, die Waldorf-Pädagogik, die Reggio-Pädagogik, der reformpädagogische Ansatz nach Célestin Freinet sowie der Waldkindergarten (Landesverband Katholischer Kindertagesstätten, 2015).

2.7.2 Handlungskonzept

Neben dem pädagogischen Ansatz gibt es auch verschiedene Handlungskonzepte. Diese können geschlossen, teiloffen oder offen sein. In den meisten Kindertageseinrichtungen sind die Gruppen "geschlossen", das bedeutet, nahezu alle Aktivitäten finden innerhalb der Gruppe statt. Bei den halboffenen Gruppen verbringen die Kinder einen (Groß-) Teil der Zeit in ihren Stammgruppen. In der übrigen Zeit können sie dann alle Gruppen- bzw. Funktionsräume nutzen und mit allen anderen Kindern der Einrichtung spielen. In offenen Einrichtungen gibt es keine festen Gruppen mehr. Die Kinder wechseln zwischen verschiedenen Räumen und haben die Möglichkeit mit den sich dort aufhaltenden Kindern zu spielen. Sowohl bei halboffenen als auch bei offenen Gruppen bieten die Fachkräfte zu bestimmten Zeiten Angebote an, die von allen Kindern genutzt werden oder die sich an bestimmte Zielgruppen richten. Die pädagogischen Fachkräfte können sich somit auf bestimmte Bildungsbereiche fokussieren, für welche sie ein großes Interesse oder besondere Kompetenzen besitzen (Textor, 2018).

2.8 Erziehungspartnerschaft

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (BMFSFJ, 1990) sieht eine umfangreiche Zusammenarbeit zwischen Eltern und pädagogischen Fachkräften in Kindertagesstätten vor (Westerhold, 2012, S. 21). Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist unter § 9 KiBiz

verankert. Demnach arbeitet das Personal der Kindertageseinrichtungen mit den Eltern bei der Förderung der Kinder partnerschaftlich und vertrauensvoll zusammen. Die Eltern haben ein Anrecht auf eine regelmäßige Information über den Stand des Bildungs- und Entwicklungsprozesses ihres Kindes. Hinzukommend ist den Eltern mindestens einmal im Kindergartenjahr ein Gespräch über die Entwicklung ihres Kindes, seine besonderen Interessen und Fähigkeiten sowie geplante Maßnahmen zur gezielten Förderung des Kindes anzubieten (§ 9 KiBiz Abs.1). Gemäß § 9 Abs. 2 hat das pädagogische Personal die Eltern und Familien im Rahmen seiner Kompetenzen zu wichtigen Fragen der Bildung, Erziehung und Betreuung des Kindes zu beraten und zu unterstützen. Auch die neuen Bildungsgrundsätze der Bundesländer messen der Zusammenarbeit zwischen dem pädagogischen Personal und den Eltern einen hohen Stellenwert bei (Vorholz & Mienert, o.J., S. 1). Erziehungspartnerschaft umfasst die gemeinsame Verantwortung und die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Eltern und Erzieherinnen in Bezug auf die Erziehung eines Kindes. Die Basis dieser Partnerschaft bilden Dialog und Kommunikation. In einem gemeinsamen Austausch werden Erziehungsvorstellungen und Erziehungsziele zum Wohle des Kindes diskutiert und vereinbart. Nach Vollmer (2012, S. 134) schließt die Erziehungspartnerschaft die Bildungspartnerschaft mit ein, wenn Eltern und Erzieherinnen als Ko-Konstrukteure im Erziehungs- und Bildungsprozess gemeinsam Kinder erziehen, ihnen Entwicklungs- und Lernhilfen und damit Möglichkeiten zu vielfältigen Selbstbildungsprozessen geben.

3. Auswirkungen des Schweigens in der Kita

Da selektiver Mutismus im Zusammenhang mit Übergängen auftritt, zeigt sich in der Regel das Schweigen erstmalig in Bildungseinrichtungen. Die Kita stellt dabei den ersten Übergang dar (siehe Kapitel 1.2). Ein schweigendes Kind in der Kita ist sowohl für die betreuende Einrichtung als auch für die mitbetroffenen Eltern ein Buch mit sieben Siegeln, welches Fragen aufwirft und keine Antwortmöglichkeiten gibt (Hartmann & Lange, 2010, S. 30). Ist das Störungsbild vor allem unbekannt und unbehandelt, so wirkt es sich dort auf alle Beteiligten aus. Auf die Schweigenden selbst, welche sprechen wollen, wirkt von außen verschiedener Druck ein. Dazu gehören überhöhte Erwartungshaltungen ihrer Mitmenschen, Vorurteile des Umfeldes, welche die Angst vor fremden Situationen, die Angst ausgelacht zu werden, die Angst sich zu versprechen oder etwas falsches zusagen sowie die Angst im Mittelpunkt zustehen,

hervorrufen und bestärken (Hartmann & Lange, 2013, S. 32). Das Schweigen wird zum Teil ihres Lebens und prägt dieses.

In dem folgenden Abschnitt wird die Auswirkungen des Schweigens auf die Bildungseinrichtung Kita erläutert. Diese werden unterteilt in die Auswirkungen auf die Umsetzung des Auftrags, die pädagogische Arbeit und den Austausch mit den Eltern. Dadurch wird die Situation für die Betroffenen selbst, für die Einrichtung und auch für die Eltern berücksichtigt und geschildert. Daraus können resultierende Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet und dargestellt werden.

3.1 Umsetzung des Auftrags

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, tritt der selektive Mutismus in der Regel in Übergangssituationen auf. Den Eltern bleibt das Schweigen ihres Kindes meist verborgen, da es mit ihnen Zuhause spricht. Die Eltern haben demnach keinen Grund zur Sorge, solange sie nicht von ihrem Umfeld, durch Freunde, der Kindertageseinrichtung oder der Schule, auf das Schweigen ihres Kindes aufmerksam gemacht werden (Katz-Bernstein, 2011, S. 29-30). Deshalb ist in der Regel die Aufgabe von Bildungseinrichtungen, wie Kita oder Schule, das Störungsbild zu identifizieren. Dies stellt bereits die erste Herausforderung für die pädagogischen Fachkräfte dar. Schließlich verhalten sich die betroffenen Kinder meist so unauffällig, dass sie leicht übersehen werden und in der Kindergartengruppe untergehen. Das Augenmerk der Pädagogen fokussiert sich zudem eher auf die lauten, aktiven und auffälligen Kinder (Ballnik, 2009, S. 78-79).

Die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte besteht darin, für das Wohlbefinden des Kindes zu sorgen. Zudem tragen sie die Verantwortung dafür, dass das Kind die Förderung, gemäß des gesetzlichen Auftrags, erhält. In der Familie ist dies im Normalfall die Aufgabe der Eltern. Die Eltern gelten zwar als Experten ihrer Kinder (Roth, 2014, S. 145), aber durch das tägliche Zusammensein in der Kita verfügen auch die pädagogischen Fachkräfte über ein hohes Fachwissen bezüglich der Entwicklungsverläufe, Bedürfnisse sowie Verhaltensweisen der Kinder. Aus diesem Grund gelten auch sie als Experten, jedoch in ihren spezifischen Bereichen und aus ihren Blickwinkeln heraus (Dusolt, 2008). Demzufolge sollte es für die pädagogischen Fachkräfte keine Schwierigkeit darstellen, das Störungsbild bei dem Kind wahrzunehmen und als solches einzuordnen. Aber warum wird dieses Störungsbild von den pädagogischen Fachkräften in der Praxis dennoch so selten identifiziert?

Das größte Problem bildet dabei nicht das fehlende Wahrnehmen oder Dokumentieren der Entwicklung und des Verhaltens des betroffenen Kindes, sondern die Unbekanntheit und die geringe Verbreitung des Störungsbildes (Starke, A., 2014, S. 1f.). Auch wenn bei einem Kind Mutismus diagnostiziert wurde, verfügen die pädagogischen Fachkräfte häufig nicht über ausreichendes Wissen, um einen geeigneten Umgang mit dem Störungsbild zu manifestieren, welche den Anforderungen des Kindes, aber auch denen der eigenen Person entsprechen (Mackensen, 2018, S. 10). Denn Mutismus ist eine Störung, die für die meisten Menschen kaum nachvollziehbar und auch schwer zu begreifen ist (ebd. S.10). Das Besondere und Ungewohnte daran sind die Langfristigkeit und die Tatsache, dass nichts die Kommunikationspartner so sehr verunsichern lässt, wie Schweigen (Brand, 2009, S. 31). In Form von Pausen gehört Schweigen zwar mit zum Sprechen, aber als andauernder Zustand ist die Lautlosigkeit im zwischenmenschlichen Kontakt für viele Menschen kaum aushaltbar (Bahr, 2012, S. 32-36). Deshalb neigen Menschen schnell dazu, einen Grund für das Schweigen zu suchen. Die Hoffnung besteht darin, dass ein Auslöser des Schweigens, eine plausible Erklärung, das Kind zum Sprechen bringen würde. Deshalb erzeugt das Bedürfnis, das Phänomen des Schweigens verstehen zu können und die Unsicherheit, die Uneindeutigkeit der Situation zu bewältigen, Fantasien und Vorstellungen über Zusammenhänge wie wohl bei keinem anderen Symptom im sprachlichen Bereich (Ballnik, 2009, S.14). Untersuchungen und Beobachtungen zeigen, dass pädagogische Fachkräfte häufig dazu neigen, vor allem negative Beweggründe wie Trotz oder Protest als Ursache für das Schweigen des Kindes zu verwenden. Die betroffenen Kinder werden als besonders schüchtern oder bockig registriert (Feldmann, Kramer, 2009). Zum Teil wird das Schweigen des Kindes auch als aktive Verweigerung im jeweiligen Situationskontext wahrgenommen. Infolgedessen entsteht die Annahme, dass sich das Schweigen schon wieder von alleine legen wird. Dies ist aber bei selektivem Mutismus nicht der Fall und führt zu Fehlinterpretationen (Ballnik, 2009, S. 15-17). Somit ist die Reaktion der pädagogischen Fachkräfte auf das Schweigen des Kindes davon abhängig, welche Ursache diese als Anlass des Schweigens vermuten. Denn ein Pädagoge mit der Annahme, es verberge sich Angst hinter dem Schweigen, geht mit einem schweigenden Kind anders um, als wenn die Annahme darin besteht, dass es sich dabei um ein Machtspiel handle (ebd., S.14). Auch unabhängig davon, welche Gründe hinter dem Schweigen vermutet werden, äußert sich bei den meisten pädagogischen Fachkräften durch das beständige Schweigen des Kindes eine Verunsicherung und Ratlosigkeit. Den Fachkräften fehlt es zudem oft an Wissen, um eine

solche Situation auflösen zu können und es erweist sich in der Regel als schwierig einen Zugang zu dem Kind zu finden (Feldmann, Kramer, 2009).

Die Fachkraft hat also insgesamt die Aufgabe ihren pädagogischen Auftrag (siehe Kapitel 2.4) zu erfüllen und gleichzeitig auch die eigenen Emotionen, die mit dem Schweigen verbunden sind, wahrzunehmen und zu bewältigen. Der Umgang mit dem mutistischen Kind führt deshalb auch zu Verunsicherungen im professionellen Auftrag aus Betreuung, Bildung und Erziehung, weil sich die pädagogischen Fachkräfte mit folgenden Fragen konfrontiert sehen (zit. in. Mackensen, 2018, S. 6).

- Wer ist für was zuständig (Bahrfeck – Wichtitill & Subellok, 2016)?
- Wie kann die Kommunikation des Kindes gefördert werden?
- Was/wie viel kann von dem schweigenden Kind verlangt werden?
- Wie kann auf die besonderen Bedürfnisse des mutistischen Kindes eingegangen werden, ohne dass es eine Sonderstellung in der Gruppe einnimmt (Ballnik, 2009)?
- Sollte das Kind eher in Ruhe gelassen werden oder soll das Sprechen eingefordert werden (Bahrfeck-Wichtitill & Subellok, 2016)?
- „Wie viel Beachtung, Einzelförderung, Rücksichtnahme oder Druck [...] [ist] richtig, pädagogisch förderlich und [...] leistbar“ (Katz-Bernstein, 2015, S. 217)?

Auch das Ausfüllen eines Beobachtungsbogen, wie es der gesetzliche Auftrag erfordert, ist nicht immer möglich, wenn das Kind nicht spricht. So werden die Pädagogen auch hier mit einer weiteren Herausforderung konfrontiert. Es wird zudem befürchtet, dass sich das Schweigen auch auf andere Kinder übertragen könnte, wenn diese wahrnehmen, dass die Verhaltensweise akzeptiert wird, Rücksicht darauf genommen wird und sogar vermehrt Zuwendung auf dieses Verhalten erfolgt (vgl. Bahr, 2002). Zusätzlich verlangt der Förderauftrag, dass Eltern und die pädagogischen Fachkräfte ein Kind so anleiten, dass es am Ende seines ersten Lebensjahrzehnt in der Lage ist, für einen Großteil seines Lebensbereiches selbst Verantwortung zu übernehmen (Jasmund, 2018, S. 40). Die pädagogischen Fachkräfte stehen demnach vor der Aufgabe, die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu fördern, auch wenn das Kind jegliche Art von verbaler Kommunikation vermeidet.

3.2 Pädagogische Arbeit

Die pädagogische Arbeit der Fachkräfte wird zum einen durch den Förderauftrag und zum anderen aber auch durch die Bildungsgrundsätze, die für NRW gelten, bestimmt. Wie bereits erwähnt, ist Bildung als Selbstbildung zu verstehen. Kinder bilden sich nicht, in dem sie Wissen und Können von Anderen übernehmen, sondern nur, wenn sie sich selbst mit ihrer Umwelt auseinandersetzen (MFKJKS, MSW, 2016, S. 17). Demnach müssen dem Kind Freiräume und Möglichkeiten geboten werden, damit es seine Interessen, Sichtweisen und Bedürfnisse ausdrücken und mit einbringen kann. Die Fachkräfte stehen nun vor der Herausforderung dem Kind genügend Gelegenheiten zu bieten, sich selbst zu bilden, aber auch gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass es nicht überfordert und dadurch möglicherweise die Symptome seines Störungsbildes verstärkt werden.

In der Kita wird die gesprochene Sprache als Mittel der Kommunikation vorausgesetzt. Beim Eintritt in die Kita kennen (jedenfalls die meisten) Kinder längst die grundlegenden Verhaltensweisen der Kommunikation und beherrschen die wesentlichen Elemente der Sprache (Merkel, 2007). Das pädagogische Handeln der Fachkräfte wird somit grundsätzlich von der Vorstellung bestimmt, dass das Kind der verinnerlichten sozialen Norm nachkommt und demnach auch sprechen sollte. Von den Kindern in der Kita wird grundsätzlich erwartet, dass sie sich an die Fachkräfte wenden und fragen, wenn sie etwas möchten. Bricht das Kind mit dieser Regel und schweigt konsequent, können bei der Fachkraft Ohnmachtsgefühle und Hilfslosigkeit entstehen (Ballnik, 2009). Zudem stellt Kommunikation ein Bindeglied zwischen Menschen dar. Die Sprache und das Sprechen gelten als die wichtigsten Kommunikationsmittel des Menschen. Aufwachsen, Lernen, das alltägliche Leben bewältigen und vor allem zwischenmenschliche Beziehungen zu knüpfen, all dies funktioniert hauptsächlich über das Medium Sprache bzw. das Sprechen (Hartmann & Lange, 2010, S. 9). Bereits Friedmann Schulz von Thun (1969) verdeutlichte mit seinem Kommunikations-Modell der „Vier-Ohren“, dass zwischen dem Sender und dem Empfänger von Mitteilungen neben dem Sach-, Apell-, und Selbstoffenbarungs-Aspekt, auch ein Beziehungsanteil enthalten ist. Dieser liefert die Informationen bezüglich der Frage, wie die Kommunikationspartner zueinanderstehen und was sie voneinander halten. Auch Watzlawick (2011, S. 22) sieht die zwischenmenschliche Kommunikation als Medium der Manifestation menschlicher Beziehungen. Demzufolge führt eine gestörte Kommunikation, die hier durch das beständige Schweigen des Kindes und die daraus resultierenden Ohnmachtsgefühle der pädagogischen Fachkraft ausgelöst werden, zu weitreichenden

Folgen in der Beziehungsgestaltung der beiden Interaktionspartner. Dies zeigt sich auch schon bereits zu Beginn des Tages bei der Begrüßung zwischen der pädagogischen Fachkraft und dem Kind. Die Begrüßung schafft grundsätzlich die Basis einer gelungenen Kontaktaufnahme (Jasmund, 2018, S. 54). Somit soll jedes Kind in der Kita individuell begrüßt werden, in dem der Ausdruck „Guten Morgen (Vorname des Kindes)“ verwendet wird (ebd., S.55). Körperkontakt ist dazu nicht notwendig. Aber ein Kind mit selektivem Mutismus kann der Fachkraft keinen „Guten Morgen“ zurückwünschen. Manchen betroffenen Kinder bleibt noch die Möglichkeit sich nonverbal mit Hilfe von Mimik und Gestik auszudrücken, bei Anderen ist auch diese Form der Kommunikation eingeschränkt. Wissen die Fachkräfte nicht das dieses Verhalten dem Störungsbild des Kindes geschuldet ist, so können weitere negative Gefühle ausgelöst werden. Denn vor allem das Begrüßen und das Verabschieden gelten als Höflichkeiten. Jede Form der Höflichkeit gilt als ein Ausdruck von Respekt und Wertschätzung des Gegenübers, währenddessen Unhöflichkeit als respektlos wahrgenommen wird. Wenn das Kind nun die Kita betritt, die Fachkraft weder grüßt noch anlächelt oder Blickkontakt aufnimmt, kann dies als grobe Missachtung aufgefasst werden (Jasmund, 2018, S. 54). Nicht angeschaut zu werden, keine Antwort von jemandem zu erhalten und das über einen langen Zeitraum, kann dann weitergehend zur Ablehnung der betroffenen Person führen (vgl. z.B. Bahr 1998; Dobsclaff, 2005). Deshalb ist auch die Auswirkung auf das Kontaktgeschehen zwischen dem Kind und der Fachkraft davon abhängig, wie die Fachkraft das Schweigen erlebt und welche Emotionen mit diesem Erleben in Verbindung stehen (Mackensen, 2018, S. 7). Außerdem kann man nach Paul Watzlawick nicht, nicht kommunizieren. Ihm zu Folge haben Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen alle einen Mitteilungscharakter (Watzlawick, 2016, S. 14). Somit resultiert daraus, dass ein Schweigen und Nichthandeln des betroffenen Kindes auch von den pädagogischen Fachkräften sowie den anderen Kindern als eine bestimmte Mitteilung interpretiert wird. Schließlich können mutistische Kinder einfach an dem Ort stehenbleiben, wo sie hingbracht wurden, ohne sich zu rühren. Dabei nehmen sie weder aktiv Kontakt zu einer Person noch zu einem Gegenstand auf. Es ist in der Regel nicht immer erkennbar, ob sie das Spiel der anderen Kinder verfolgen oder ob sie einfach träumen. Dies erweckt auf die Außenstehenden den Eindruck, sie würden die anderen beobachten und sich nicht trauen auf die anderen Kinder zuzugehen und mitzuspielen. Dadurch werden bei der pädagogischen Fachkraft Impulse ausgelöst, das Kind aus dieser starren Situation zu befreien. Es entsteht ein aktives Bemühen, sich bei dem Kind bemerkbar zu machen

und es zu den verschiedenen Spielangeboten zu führen. Dies veranlasst die pädagogische Fachkraft dazu, das Kind an die Hand zu nehmen und zu den anderen Kindern zu begleiten, um sie dort in das Spiel zu integrieren. Dies funktioniert meistens nur solange sich die Fachkraft auch mit im Spiel befindet (Ballnik, 2009, S. 78-85). Auch in Situationen, die unbedingt Sprache einfordern, ist das Kind nicht zum Sprechen zu bringen. Es nimmt auch in Kauf, dass es deswegen ein Spiel verliert und/oder sein Verhalten falsch interpretiert wird. Die betroffenen Kinder wählen in der Regel auch eher Spiele, die sie allein spielen können oder schauen zu (ebd., S.78). Dabei spielt zudem das Handlungskonzept der jeweiligen Kita eine wichtige Rolle. Vor allem in offenen Gruppen (siehe Kapitel 2.7.2) können die betroffenen Kinder schnell untergehen und finden möglicherweise weniger Anschluss zu den anderen Kindern, da es keine festen Gruppen mehr gibt. Hier muss die Fachkraft ein besonderes Augenmerk auf das mutistische Kind richten, um eine soziale Isolation zu verhindern.

Selektiv mutistische Kinder wirken oft ängstlich und innerlich verunsichert. Angst ist allgemein ein normales Grundgefühl, das jeder kennt. Es ist ein Signal, das vor Gefahren warnt, eine Alarmreaktion (Schmidt-Traub, 2019, S. 24). Mit dem Schweigen versuchen die Betroffenen jedoch, meist unbewusst, ihre Sprechangst abzuwehren. Dieses Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten kann dann enorm einschränkend sein (Hartmann et al., 2013; Katz-Bernstein, 2015). Fremde Situationen und Menschen werden dabei als besonders anstrengend empfunden (Schmidt-Traub, 2019, S. 25). Auch körperlich zeigen sich bei den betroffenen Kindern übermäßige Angstreaktionen. Dazu zählen erhöhte Puls- und Atemfrequenzen sowie eine vermehrte Schweißproduktion. Das Gefühl der Angst lässt sich am besten mit einer Mischung aus Aufregung, Anspannung, Besorgtheit, Ratlosigkeit, Hilflosigkeit und innerer Unruhe beschreiben. Diese Angstreaktionen der Betroffenen können sie an den Rand der sozialen Gruppe stellen (Bahr, 2012, S. 32-36). Die körperliche Anspannung der Kinder kann so weit führen, dass sie an fremden Orten nichts essen oder auf die Toilette gehen können. Auch wenn die Kinder schon längere Zeit in der Kita sind, fühlen sie sich häufig nicht vertraut mit diesem Ort. Viele der betroffenen Kinder sind eine lange Zeit des Tages in der Kita. Die Tatsache während der gesamten Zeit weder Nahrung aufzunehmen, noch die Toilette benutzen zu können, bedeutet für die Körper der Kinder eine enorme Anstrengung. Die Begebenheit sich nicht bemerkbar machen zu können, wenn sie auf die Toilette müssen, kann auch dazu führen, dass die betroffenen Kinder einnässen, obwohl sie schon lange trocken sind. Die Reaktionen der Pädagogen, die dieses Verhalten nach sich zieht, macht die Situation für die Kinder meist noch schwie-

riger. Scham wird zu einem ständigen Begleiter. Diese Symptome gehen nicht spurlos an den Kindern vorbei. Sie hinterlassen ihre Spuren am Selbstwertgefühl wie auch am Selbstbewusstsein (Ballnik, 2009, S. 78-85).

3.3 Zusammenarbeit mit Eltern

Die Eltern sind in der Regel die ersten und wichtigsten Bezugs- und Bildungspersonen für ihre Kinder und damit wesentliche Bildungspartner. Aus diesem Grund gilt in der Kita die aktive Beteiligung und Mitwirkung der Eltern als erstrebenswert (MFKJKS, MSW, 2016, S.61). Hinzukommend hat das pädagogische Personal gemäß § 9 Abs. 2 die Eltern und Familien im Rahmen seiner Kompetenzen zu wichtigen Fragen der Bildung, Erziehung und Betreuung des Kindes zu beraten und zu unterstützen (siehe Kapitel 2.8). Zu der Verwirklichung der Erziehungspartnerschaft zählen regelmäßige Entwicklungsgespräche mit den Eltern. Dadurch erhalten diese einen vertieften Einblick in den Bildungs- und Erziehungsprozess ihres Kindes (MFKJKS, MSW, 2016, S.63). Da den Eltern aufgrund des Redeflusses des Kindes Zuhause, das Schweigen außerhalb des vertrauten Umfeldes meist verborgen bleibt, ist es die Aufgabe der Kindertageseinrichtung die Eltern darauf aufmerksam zu machen. Somit sind die pädagogischen Fachkräfte dafür verantwortlich, das Kind in seiner gesunden Entwicklung zu unterstützen. Allerdings ist es nicht ihre Aufgabe zu diagnostizieren. Sie können stattdessen einschätzen, ob es sinnvoll ist, zusätzliche Maßnahmen zu ergreifen und zum Beispiel externe Fachdienste hinzuzuziehen. Die Eltern sind dann über Fachdienste und Beratungsstellen in der Region zu informieren, bei denen sie gegebenenfalls Hilfe in Anspruch nehmen können (BZgA, 2020). Oft fällt es den Eltern schwer sich einzugestehen, dass ihr Kind Hilfe braucht. Sie befürchten häufig in der Erziehung versagt zu haben und entwickeln Schuldgefühle (Schmidt-Traub, 2019, S. 76). Besonders Mütter fühlen sich enttäuscht oder sogar persönlich gekränkt, wenn ihr Kind wenig bis gar nicht spricht oder später zu sprechen beginnt. Vor allem bei kleinen Kindern mit selektivem Mutismus fällt es Eltern schwer zu erkennen, dass es sich um eine Störung handelt und nicht um Schüchternheit, die sich mit der Zeit wieder legt (Ballnik, 2009, S. 197f.). Zudem erleben die Eltern ihr mutistisches Kind als völlig normal sprechend. Die Fachkräfte haben demnach zunächst ein asymmetrisches, für die Eltern nicht zu erkennendes Bild von ihrem Kind (Hartmann & Lange, 2010, S. 32). Im Zuge dessen reagieren sie oft mit Unverständnis und Ablehnung auf die Beobachtungen der Fachkräfte. Die Polarität der Verhaltensweisen bei selektiv mutistischen Kindern in der Kita und Zuhause kann zwischen den pädagogischen Fachkräften

und den Eltern dann zu Misstrauen führen. Während die Pädagogen nicht glauben können, dass dieses schweigende Kind sprechen kann, sind die Eltern häufig der Meinung, das Kind habe nur ein Problem mit den Pädagogen (Ballnik, 2009, S. 96). Deshalb denken die Eltern auch oft, im Kindergarten müsse eine Lösung und ein Schuldiger gefunden werden, da das Problem zu Hause nicht auftritt. Sie geraten dann mit der Kindertagesstätte in einen Konflikt über die Verantwortung für das Schweigen (ebd.). Die Vorurteile bzw. problematischen Zuschreibungen und Schuldzuweisungen führen dann zu Kommunikationsbarrieren zwischen den Pädagogen und den Eltern (Neumann, 2012, S. 264). Die Tatsache ist jedoch, dass gerade durch diese Spaltung von innen und außen der Konflikt vertieft wird. Ziel sollte es deshalb sein, eine Verbindung zwischen Elternhaus und Kindergarten zu gestalten, in der sich das Kind sicher bewegen kann, weil es so lernt, die Triangulierung nach außen zu meistern (Ballnik, 2009, S.204). Gelingt es nicht die Ablehnung und das Unverständnis der Eltern zu überwinden, kann dem Kind nicht geholfen werden. Schließlich sind die Eltern für die Verwirklichung einer Therapie ausschlaggebend. Denn ohne ihre Einwilligung, kann weder eine Diagnose gestellt, noch eine Therapie eingeleitet werden. Hinzukommend muss beachtet werden, dass Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger von dem selektiven Mutismus betroffen sind (siehe Kapitel 1.5.3). Die Arbeit mit den Eltern wird dann durch sprachbedingte Verständigungsprobleme, aber auch aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen und Erwartungen erschwert. Durch Erfahrungen des Zurückstoßens (Textor, 2018, S. 16) oder der Diskriminierung, z.B. bei Behördenkontakten (Textor, 2006), sind sie häufig kontaktscheu, misstrauisch und abweisend gegenüber Behörden und Institutionen. Somit also auch gegenüber der Kita. Aus diesem Grund sind viel Geduld und große Anstrengungen erforderlich, um ein Vertrauen zu den Eltern herzustellen. Oft möchten die betroffenen Eltern nicht, dass wie sonst andere Kindergarteneltern zur Übersetzung hinzugezogen werden, weil diese nicht von ihren Problemen erfahren sollen. Es ist zu beachten, dass zumeist eine "freie" Übersetzung erfolgt und insbesondere dann Missverständnisse auftreten können, wenn auch der Dolmetscher nur über geringe Deutschkenntnisse verfügt (Textor, 2006).

4. Was können die pädagogischen Fachkräfte tun?

Der Mutismus bringt in der Kita vielfältige Herausforderungen mit sich bringt. Deshalb werden notwendige Kompetenzen und Handlungsempfehlungen für die pädagogischen Fachkräfte nachfolgend erläutert, die für den gelingenden Umgang mit dem Kind in der Kita erforderlich sind. Die Aufstellung der Kompetenzen orientiert sich dabei an dem deutschen Qualifikationsrahmen. Zunächst wird dazu ein Modell nach eigener Erstellung dargestellt. Dieses gewährt einen Gesamtüberblick über die notwendigen Kompetenzen der Fachkräfte, die sich auf den Mutismus in der Kita beziehen und in die verschiedenen Ebenen (Team, Kind, Eltern, Netzwerk) unterteilt sind. Anschließend wird das Modell erläutert und mit Fachliteratur untermauert.

4.1. Grafische Darstellung

Die folgende Abbildung 2 zeigt das Modell: „Notwendige Kompetenzen der Fachkräfte“ nach eigener Erstellung und in Anlehnung an den deutschen Qualifikationsrahmen.

Abbildung 2: Modell: „Notwendige Kompetenzen der Fachkräfte“

Kompetenzen des DQR	Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
	Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstständigkeit
Ebene Team	Kenntnisse, Aufklärung über das Störungsbild das Störungsbild als solches erkennen und identifizieren	Wissen, Technik & Methoden anwenden alternativer Beobachtungsbogen – Beobachtungskriterien berücksichtigen, die auf nonverbalem Weg zu erhalten sind	Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren gestalten	eigenes Handeln und Gefühle reflektieren regelmäßige Teamgespräche Fallevaluationen, kollegiales Feedback Supervision, um auch den negativen Gefühlen zu begegnen professionelle & achtsame Haltung bewahren
Ebene Kind	Wissen über Verhalten, Entwicklung, Stärken sowie Bedürfnisse des Kindes Wissen über bestimmte Hilfsmaterialien, Techniken und Methoden in dem Kommunikationsaufbau mit dem Kind	nonverbale Kommunikation & Interaktion für den Beziehungsaufbau nutzen verbale Kommunikationsmöglichkeiten Schritt für Schritt einleiten; Hilfsmittel Puppe Sprachanlässe bieten, ohne das Kind unter Druck zu setzen ressourcenorientiert arbeiten	vertrauensvolle, sichere Beziehung mit dem Kind aufbauen Haltung der Achtsamkeit einnehmen das Kind in das Gruppengeschehen integrieren humorvoll mit dem Kind interagieren, gemeinsam spielen	Reflexion, Professionelle Haltung bewahren eigene Emotionen wahrnehmen und bewältigen das Kind dort abholen, wo es steht Verständnis und Zuneigung zeigen
Ebene Eltern	Wissen über Gesprächsführung: Wie fange ich das Gespräch an? Was ist zu beachten? Kenntnisse über das Störungsbild an die Eltern weitergeben	Vorgaben für das Gespräch einhalten, die Eltern nicht belehren, Wissen über Gesprächsführungen umsetzen Einsatz von Videomaterial	gemeinsames Zusammentragen von Beobachtungsphänomenen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten vorstellen, für eine Therapie motivieren Den Eltern mit Wissen und Erfahrungen zur Seite stehen, sie unterstützen	Einfühlungsvermögen zeigen – viele Eltern haben Schuldgefühle, fühlen sich persönlich gekränkt Perspektivwechsel - Eltern haben ein asymmetrisches Bild von ihrem Kind, Einstellung und Haltung gegenüber (einigen) Eltern kritisch hinterfragen und reflektieren
Ebene Netzwerk (Therapeut)	Wissen über Möglichkeiten der Hilfe und Therapien Kenntnisse, Dokumentationen über das Verhalten des Kindes, um bei Diagnose zu helfen	Wissen über das Kind an die Therapeuten weitergeben, Schreiben anfertigen	Gespräche mit Therapeuten führen Grenzen der Zusammenarbeit überwinden gemeinsam nach Lösungen und Fördermöglichkeiten für den Alltag suchen	eigene Sicht und Haltung reflektieren Wichtigkeit der Zusammenarbeit verinnerlichen
Ebene Netzwerk (Grundschule)	vor dem Schulwechsel prüfen, ob Störungsbild noch vorhanden ist Wissen über Hilfe und Maßnahmen, für einen gelingenden Übergangs	dem Kind die Möglichkeit bieten die Schule und Lehrkräfte vorher kennenzulernen nach einem allgemein gültigen Transitionsmodell arbeiten	Eltern und die Grundschule als beteiligte Akteure wahrnehmen Vereinbarungen mit den Lehrkräften und den Eltern treffen	Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit bei einer Übergangsgestaltung reflektieren

4.1.1 Deutscher Qualifikationsrahmen

Wie bereits erwähnt, orientiert sich die Aufstellung der Kompetenzen an dem deutschen Qualifikationsrahmen. Mit dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) wurde am 22. März 2011 in Anlehnung an den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) das Konzept eines bildungsbereichsübergreifenden Qualifikationsrahmens vorgelegt, in dem im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung von Bildung und der Umsetzung des Konzeptes des lebenslangen Lernens unterschiedliche Lernwege und Lernorte berücksichtigt werden. Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) als nationaler Qualifikationsrahmen entwickelte den lernergebnisorientierten Ansatz des EQR entsprechend des deutschen Bildungsverständnisses weiter. Der DQR benennt in seiner horizontalen Struktur die beiden übergeordneten Kompetenzkategorien „Fachkompetenz“ und „personale Kompetenz“. Diese sind nochmals unterteilt in „Wissen“ und „Fertigkeiten“ sowie in „Sozialkompetenz“ und „Selbständigkeit“. Dadurch entsteht die für den DQR typische Vier-Säulen-Struktur. Der Kompetenzbegriff spielt in dem DQR eine wichtige Rolle und bedeutet:

„Die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinne als umfassende Handlungskompetenz verstanden“ (Glossar DQR).

4.1.2 Kompetenzen der Fachkräfte nach DQR

In Anlehnung an den deutschen Qualifikationsrahmen benötigen die Fachkräfte Fachkompetenzen sowie personale Kompetenzen, um den Umgang mit dem Kind für alle beteiligten Akteure (Team, Kind, Eltern, Netzwerk) bestmöglich zu gestalten. Die Fachkompetenz ist dabei unterteilt in Wissen und Fertigkeiten. Wissen meint die Gesamtheit aller Fakten und Theorien und kann mit „Kenntnisse“ gleichgesetzt werden. Fertigkeiten meint, Wissen anzuwenden und das Knowhow einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen. Dabei wird unterteilt in kognitive Fertigkeiten wie logisches, intuitives und kreatives Denken und praktische Fertigkeiten wie Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten (Glossar DQR). Neben der Fachkompetenz benötigt die pädagogische Fachkraft auch die personale Kompetenz. Diese ist unterteilt in „Sozialkompetenz“ und „Selbstständigkeit“. Die Sozialkompetenz beschreibt die Fähigkeit und Bereitschaft, zielorientiert mit anderen zusammenzuarbeiten, ihre Interessen und sozialen Situatio-

nen wahrzunehmen, sich mit ihnen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu kommunizieren sowie die Arbeits- und Lebenswelt mitzugestalten. Die Selbständigkeit bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, eigenständig und verantwortlich zu handeln, das eigene und das Handeln anderer zu reflektieren und die eigene Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln (Glossar DQR).

4.1.3 Ebene Team

Nach der Betrachtung der notwendigen Kompetenzen nach dem deutschen Qualifikationsrahmen ergibt sich, dass zunächst die Fachkompetenz der Fachkräfte hinsichtlich des Themas ausgearbeitet werden muss. Es ist eine grundsätzliche Aufklärung über das Störungsbild Mutismus notwendig. Da die Fachkräfte die Aufgabe haben, das Störungsbild als solches zu identifizieren und einzuordnen, benötigen sie mehr Wissen darüber. Durch den Zuwachs an Fachwissen über das Störungsbild, geht auch ein Zuwachs an Handlungssicherheit einher. Zudem erweist es sich als zielführend, die Störung früh zu erkennen und begünstigt dadurch die Chance einer frühzeitigen therapeutischen Intervention. Wird der Mutismus also frühzeitig erkannt, so entscheidet sich in der Kindergartenzeit, ob sich das Schweigen verfestigt oder therapeutisch aufgelockert bzw. aufgelöst werden kann (Hartmann & Lange, 2010, S. 34). Auch Dobszlaff (2005) machte deutlich, dass das Unverständnis für und ein Fehlverhalten gegenüber einem mutistischen Kind reduziert werden kann, wenn die Kontaktperson fachlich aufgeklärt, beraten und gleichzeitig in ihren eigenen Kompetenzen im Umgang mit den Betroffenen gestärkt wird. Zudem ist der Zuwachs an Fachwissen wichtig, damit das Schweigen der Kinder nicht als Schüchternheit abgetan wird, was oft der Fall ist (siehe Kapitel 1.2). Schließlich würden diese Interpretationen dann zu der Annahme führen, dass sich das Schweigen schon wieder von alleine legt und keine Interventionen vorgenommen werden. Hinzukommend vermuten auch viele Fachkräfte, dass die Kinder aus Trotz nicht mit ihnen reden. Dadurch fühlen sie sich häufig persönlich angegriffen (Ballnik, 2009, S. 15-17). Es ist also unbedingt notwendig, dass sich die pädagogischen Fachkräfte mit dem Störungsbild auseinandersetzen und mehr Wissen darüber erlangen.

Es gilt es herauszufinden, welche Unterstützungen das Kind in der Tageseinrichtung benötigt und welche Faktoren zur Aufrechterhaltung des Schweigens beitragen (Kotrba, 2015, Johnson & Wintgens, 2016). Aus diesem Grund muss sich das Team auch Wissen über Methoden und spezifische Techniken für den Umgang mit dem Kind im pädagogischen Alltag aneignen, um das Kind gem. des Förderauftrags in seiner

Entwicklung zu unterstützen. Da zu dem Förderauftrag auch das Ausfüllen eines Beobachtungsbogens zählt, ist auch hier der Rückgriff auf Alternativen notwendig. Es empfiehlt sich die Bögen freier zu gestalten, in dem die Beobachtungskriterien einbezogen werden, die auf nonverbalen Wegen zu erhalten sind. Zudem sollte das Sprechverhalten des Kindes mit seinen Eltern in Bring- und Abholsituationen beobachtet und schriftlich festzuhalten werden (Mackensen, 2018, S. 9).

Die pädagogischen Fachkräfte benötigen neben dem Erwerb von Fachwissen auch bestimmte Fertigkeiten, um das Wissen umsetzen zu können. Somit muss das erworbene Wissen über bestimmte Methoden und Techniken im Team besprochen und auch in der pädagogischen Arbeit mit dem Kind eingesetzt werden. Diese werden auf der Ebene des Kindes unter Kapitel 4.1.4 näher erläutert.

Da es sich auf das Kontaktgeschehen zwischen dem Kind und der Fachkraft auswirkt, wie die Fachkraft das Schweigen erlebt und welche Emotionen mit diesem Erleben in Verbindung stehen, muss die Fachkraft ihre eigenen Emotionen wahrnehmen und bewältigen. Somit sind regelmäßige Teamsitzungen, Reflexionen, Fallevaluationen und kollegiale Feedbackrunden unverzichtbar. Dabei können auch ungeklärte Fragen hinsichtlich des gesetzlichen Förderauftrags, wie z.B. „Wer ist für was zuständig, Was/wieviel von dem schweigenden Kind verlangt werden kann und wie auf die besonderen Bedürfnisse des mutistischen Kindes eingegangen werden kann, ohne, dass es eine Sonderstellung in der Gruppe einnimmt“ (siehe Kapitel 3.1), im Team besprochen und geklärt werden. Um auch den negativen Gefühlen angemessen zu begegnen, bietet sich die Möglichkeit der Supervision an. Nach Kersting (1992, S. 15) kann Supervision als eine spezifische Beratungsmethode verstanden werden, die ihren Fokus auf die Reflexion des professionellen Handelns des Supervisanden richtet. Dabei werden konkrete Interventionen, die begleitenden Gefühle sowie die Wertehaltungen und Deutungsmuster der Supervisanden reflektiert. Auf diesem Weg werden Projektionen vermieden, bewusst wahrgenommen und gehandhabt (Ballnik, 2009, S. 171). Der bewusste Umgang mit den eigenen Emotionen, die Reflexion und der Kontakt zu Menschen wird dabei als Resilienz förderlich beschrieben (Schellhammer, 2014).

Das Einnehmen und Bewahren einer professionellen Haltung ist die Grundlage für die Arbeit in der Kita und somit auch für den gelingenden Umgang mit allen beteiligten Akteuren. Schließlich fundieren persönliche, biografisch geprägte Erfahrungen und Erlebnisse die Ausbildung bestimmter Orientierungsmustern und damit die Praxis des pädagogischen Handelns. Des Weiteren liegen die Werte und Normen, die Menschen

im familiären, im beruflichen und gesellschaftlichen Kontext vermittelt werden, dieser Haltung zugrunde. Auch die individuellen Erlebnisse und Erfahrungen in Bezug auf Kinder und deren institutionelle Betreuung beeinflussen die Haltung der Fachkräfte. Die eigene familiäre Sozialisation und Betreuungsbiografie, das gesellschaftliche und persönliche Bild von Mutterschaft, Familie und Kindheit prägen ebenfalls die Handlungspraxis der Fachkräfte (Nentwig-Gesemann, 2011, S. 17). Somit können auch neben dem Kontakt zu einem schweigenden Kind, unterschiedliche Gefühle ausgelöst werden, die in Verbindung mit persönlichen Erfahrungen hinsichtlich des Schweigens stehen. Es ist empfehlenswert sich selbst zu hinterfragen, welche Erfahrungen mit dem Schweigen vorliegen und wie damit umgegangen wurde (Ballnik, 2009, S. 175). Insgesamt gehört es in professionellen Kontexten demnach zu den zentralen Anforderungen, diese handlungsleitenden Orientierungen immer wieder kritisch und mit Bezug zur eigenen Biografie zu reflektieren (Nentwig-Gesemann, 2011, S.17). Das Team sollte sich darüber bewusstwerden, dass die Betreuung des selektiv mutistischen Kindes neben den Herausforderungen auch als Chance wahrzunehmen ist. Die Fachkräfte haben so die Möglichkeit, ihre beruflichen Kompetenzen auszuweiten. Im Sinne des Lernzonenmodells nach Senninger (2000) bedeutet dies die Komfortzone zu verlassen und die Lernzone zu betreten. Die Komfortzone ist dabei die bekannte Welt, in der sich eine Person wohlfühlt. Die vertraute Umgebung sorgt dafür, dass keine besondere Anstrengung oder ein Nachdenken notwendig sind. Die Lernzone ist dann der Bereich, in dem „guter“ Stress (Eustress) empfunden wird, in dem man gefordert, aber nicht überfordert wird. Die Begegnung mit dem selektiv mutistischen Kind kann also zu einer Lernzone für die Fachkräfte werden. Hier ist jedoch unbedingt zu beachten, dass sich das Team mit dem Störungsbild und den daraus resultierenden Bedürfnissen des betroffenen Kindes auseinandersetzt hat. Ansonsten führt es dazu, dass sich die Fachkräfte immer weiter von einem bekannten Terrain entfernen und in der Panikzone landen. Hier wird dann nur noch „negativer“ Stress (Disstress) empfunden (Brandenburg et al., 2014, S. 98ff.). Dies ist weder für die Fachkräfte, noch für das Kind hilfreich.

Neben der professionellen Haltung erweist sich auch eine achtsame Haltung als besonders relevant im Umgang mit den betroffenen Kindern. Achtsamkeit bedeutet ein offenes, nicht wertendes Bewusstsein für die sich im Hier- und Jetzt entfaltenden Erfahrungen zu besitzen (Michalak et al., 2012, S. 1). Im Umgang mit sich selbst und anderen heißt Achtsamkeit, aufmerksam und feinfühlig mit sich und seiner Umwelt umzugehen sowie die Gedanken, Gefühle und Körper wahrzunehmen und mit allen

Sinnen bei sich zu sein. Vor allem Kinder profitieren von einem achtsamen Kita-Alltag, weil sie dadurch (lebens-) wichtige Selbstkompetenzen lernen. Denn die eigenen Grenzen und wahren Bedürfnisse zu erkennen und einzufordern und auch anderen gegenüber achtsam zu sein, gilt als Schlüssel zu einem glücklichen und zufriedenen Leben (Hitzenberger & Schuett, 2016, S. 134). Die achtsame Haltung hilft dabei, im Umgang mit dem mutistischen Kind keine festen Gewohnheiten zu entwickeln und zu nutzen, sondern stattdessen jede Beziehung neu wahrzunehmen und individuell zu gestalten. Mit der Achtsamkeit entsteht laut Bahr (2015, S. 79) das Angebot einer realen, authentischen, gestaltungsfähigen Beziehung. Die pädagogische Haltung der Achtsamkeit ist auch wieder für die Resilienzförderung der Fachkraft bedeutsam. Die Neuorganisation der eigenen Wahrnehmung sorgt für die Wahrnehmung der eigenen Person und der eigenen Emotionen in der jeweiligen Situation (Bahr, 2015).

Abschließend ist zu betonen, dass auch die Zusammenarbeit mit den Eltern und den Therapeuten von hoher Bedeutung ist. Das Team muss sich demnach der Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit bewusst sein und diese gestalten. Dieser Aspekt wird auf der Ebene des Netzwerks unter Kapitel 4.1.6 näher erläutert.

4.1.4 Ebene Kind

„Was ich mit, vor einem oder für ein Kind mache, ist von untergeordneter Bedeutung gegenüber der Art, wie ich dem Kind begegne“ (Kobi, 1996 zit. in Bahr, 2004, S. 78).

Um eine verbale Kommunikation mit dem Kind aufzubauen, muss zunächst eine vertrauensvolle und sichere Beziehung zu dem Kind hergestellt werden. Bemüht sich die Fachkraft um eine gute Beziehung zu dem betroffenen Kind, vermittelt sie ihm damit die Bereitschaft, auf seine Bedürfnisse einzugehen. Dies hilft dem Kind der pädagogischen Fachkraft mehr Vertrauen zu schenken und sich auf erste Sprechversuche einzulassen (Schmidt-Traub, 2019, S. 89). Dabei sollte das Kind immer dort abgeholt werden, wo es steht. Dies verlangt, dass die Fachkräfte das Kind nicht losgelöst von seiner Geschichte sehen (Krenz, 2010, S. 83), sondern in gezielten Interaktionen dort ansetzen, wo es sich sicher fühlt. Das Kind benötigt vor allem Sicherheit, Zuwendung und Verständnis. Es muss die Erfahrung machen, dass auch seine kleinsten Kommunikationsversuche – seien sie zunächst auch auf nonverbalem Weg - positiv bewertet werden (Hellrung, 2019). Weitergehend bestimmt die Form, wie Interaktionen gestaltet werden, ob es zu einer engen und vertrauensvollen Beziehung zwischen dem

Kind und der Fachkraft kommt (Weltzien, 2014, S. 11). Somit ist hier zunächst der Rückgriff auf nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten notwendig, um als Basis eine gelingende Beziehung zu dem Kind herzustellen. Zudem möchten die betroffenen Kinder auch in der Regel sprechen und versuchen deshalb über Mimik, Gestik und später auch über Schriftsprache mit ihrem Gegenüber zu kommunizieren und Kontakt aufzubauen. Wenn diese Gelegenheiten für das Kind von der pädagogischen Fachkraft nicht hergestellt werden, wird dem Kind auch die Möglichkeit genommen, sich selbst auszudrücken und partizipativ an sozialen Aktivitäten teilzuhaben (Johnson & Wintgens, 2016). Eine Anregung zur Kommunikation stellen pantomimische Darstellungen von Dingen und/oder Sachverhalten dar. Bei dem Spiel „Ich sehe was, was du nicht siehst“ kann auf einen Gegenstand gedeutet werden und auf die Ja/Nein – Fragen mit Hilfe von Gestik (Daumen hoch/runter) geantwortet werden. Aber auch das Schütteln oder Nicken des Kopfes signalisiert die Zustimmung oder Ablehnung und kann als weitere Möglichkeit der nonverbalen Kommunikation verwendet werden (Bahr, 2015). Auch sogenannte „stille“ Dialoge können in ein Spiel integriert werden, z.B. durch das Hin- und Her-Rollen eines Balls, was den Sprecherwechsel ritualisiert. Das Rollen des Balls kann durch Ein- und Ausatmen und später auch durch Laute begleitet werden. Mit Hilfe von Körpergeräuschen wie Schnipsen oder Klatschen findet ebenfalls eine Kommunikation statt. Zudem eignet sich auch die Arbeit mit Instrumenten, um einen Dialog mit dem schweigenden Kind zu gestalten (Bahr, 2015). Insgesamt ist es aber wichtig bei all den Möglichkeiten zur nonverbalen Kommunikation zu prüfen, ob das betroffene Kind dadurch nicht das Gefühl vermittelt bekommt, es könne die sprachliche Kommunikation ersetzen (Buß, 2005). Aus diesem Grund muss die pädagogische Fachkraft unterscheiden, ob dem Kind durch ein Angebot die Möglichkeit geboten wird, sich zu verständigen, oder ob es dadurch sogar bestärkt darin wird, weiter zu schweigen (Mackensen, 2018, S. 11). Insgesamt gilt es zu beachten, dass die Fachkraft nicht das Sprechen für das Kind übernimmt. Die Fachkräfte sollten nicht versuchen die Wünsche des Kindes zu erraten und in ihrem Sinne zu handeln. Die Pädagogen sollten auch nicht akzeptieren, dass andere Kinder vorge-schickt werden, um für das Kind etwas zu klären, zu fragen oder um etwas zu bitten. Dies könnte ebenso zur Verfestigung des Schweigens führen (Volkamer, 2014, S. 34). Konnte eine sichere Beziehung zwischen dem Kind und der Fachkraft aufgebaut werden, so können Schritt für Schritt Möglichkeiten zur verbalen Kommunikation eingeleitet werden. Der Zeitpunkt, ab wann das Sprechen von dem Kind verlangt werden kann, sollte mit den Therapeuten abgesprochen werden (Ballnik, 2009, S. 224). Auf

keinen Fall sollen die Kinder unter Druck gesetzt werden, sprachlich zu kommunizieren. Aber sie müssen wissen, dass die pädagogischen Fachkräfte von ihnen Sprache erwarten und die Fähigkeit zu sprechen, zuschreiben. Denn bei einem selektiv mutistischen Kind steht immer im Raum, dass es eigentlich sprechen kann. Deshalb muss die Fachkraft dem Kind zugestehen, dass es die Fähigkeit hat, eines Tages mit ihr oder jemand anderem (außerhalb der Familie) zuzusprechen (Katz-Bernstein, 2005). Um erste verbale Kommunikationsmöglichkeiten herzustellen, bietet es sich an, vor allem Eins-zu-Eins-Situationen zwischen der Fachkraft und dem Kind zu gestalten. Diese sollten auch nicht durch andere Kinder gestört werden (Kotrba, 2015). Die Eins-zu-Eins-Situationen sollten an den Ressourcen des Kindes ansetzen. Denn jedes einzelne Kind besitzt besondere Talente und Fähigkeiten. Viele mutistische Kinder verfügen über besondere Fähigkeiten in kreativen Tätigkeiten wie Malen und Basteln und gehen diesen auch gerne nach (Bahr, 2015). Diese zu identifizieren und im Alltag zu verstärken sowie das Kind dazu anregen, diese selbst wahrzunehmen, bildet den Kern von einem ressourcenorientierten Arbeiten. Demnach hat die pädagogische Fachkraft die Aufgabe die Stärken des Kindes zu erfassen, dem Kind bewusst zu machen und ihm zu helfen, diese auszuschöpfen (BMFSFJ, 2019, S. 5). Auf diesem Weg wird das Selbstbewusstsein des Kindes gestärkt. Außerdem können die erfassten Fähigkeiten und Stärken des Kindes dazu genutzt werden, um es im Kontakt-, Kommunikations- und Kooperationsverhalten zu fördern (Ballnik, 2009, S. 99). Das gemeinsame Spielen bildet eine Grundlage, auf der nach und nach Kommunikation aufgebaut werden und spielend soziale Beziehungen hergestellt sowie vertieft werden können (vgl. MFKJKS, MSW, 2016, S.22). Über das Handeln, Basteln, Geschichte-Vorlesen, Spielen und Verstecken gelingt es, sich dem betroffenen Kind auf unbeschwerte Art zu nähern (Katz-Bernstein, 2007, S. 42). Beabsichtigte kleine Fehler der pädagogischen Fachkraft geben dem Kind die Möglichkeit, eine Führungsrolle im Spiel zu übernehmen. Dadurch kann sein Selbstbewusstsein gesteigert werden (Sharma et al., 2015). Ein humorvolles, nahezu albernes Verhalten der Fachkraft erweist sich ebenfalls als empfehlenswert. Schließlich sorgen Humor und gemeinsames Lachen für Entspannung. Darüber hinaus hat das Kind die Möglichkeit, seine echten Emotionen in einer Kommunikationssituation zu zeigen (Feldmann, Kopf & Kramer, 2012, S. 18). Außerdem helfen Bewegungsspiele körperliche als auch emotionale Anspannungen zu mindern. Zusätzlich kann das Kind dadurch sein Körperbewusstsein und sein Selbstbild aufbauen sowie sein Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen stärken (Spann & Buscher, 2013, S. 34), welches möglicherweise zuvor durch das Störungsbild verletzt

wurde (siehe Kapitel 3.2). Hinzukommend stellen Bewegengelegenheiten ebenso Sprachanlässe dar, sodass durch Bewegung und Rhythmik der Spracherwerb angeregt werden kann. Vor allem bieten aber auch einfache Regelspiele Sicherheit und reduzieren die Angst des Kindes, etwas falsch zu machen (Bahr, 2015). Auch der geringe Erwartungsdruck sowie das spielerische Verhalten wirken erleichternd (Melfsen & Warnke, 2009, S. 568). Darüber hinaus kann den Kindern die Kommunikation mit Hilfe von Kuscheltieren oder Puppen erleichtert werden. Dabei ist es hilfreich, wenn sich das Kind hinter diesen Puppen auch "räumlich" verstecken kann (z.B. in einem Puppentheater), denn auf diesem Weg spricht symbolisch gesehen die Puppe und nicht das Kind selbst (Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V.). Die Puppe als Alter Ego gibt dem Kind auch die Möglichkeit, sich selbst wahrzunehmen und Distanz von anderen Identitäten zu gewinnen. Sie gilt als Stellvertreter des Kindes (Pohl, 2016, S. 40). Die Puppe erlaubt somit eine soziale Triangulierung und Ablenkung von der direkten Kommunikation (Petzhold, 1983).

Neben dem Beziehungsaufbau zwischen der Fachkraft und dem Kind, erweist auch der Beziehungsaufbau zu den anderen Kindern in der Kita als bedeutsam. Eine Kinderumgebung zeigt häufig vorteilhafte Wirkungen. Mutistische Kinder können ihr Schweigen besser in einer Kindergruppe aufgeben, als in einer anderen Umgebung (Melfsen & Warnke, 2009, S. 568). Somit haben die pädagogischen Fachkräfte die Aufgabe, den Beziehungsaufbau zu der Kindergruppe zu unterstützen. Dazu sollten sie zunächst wahrnehmen, welche Kinder das mutistische Kind mag und bei welchen Kindern es sich wohl fühlt. Denn es kann davon ausgegangen werden, dass mit ihnen eher eine soziale Interaktion zu Stande kommt (McHolm, Cunningham & Vanier, 2006). Zudem sucht sich das schweigende Kind häufig einen einzigen Freund oder eine Freundin zum Spielen, mit welchem / welcher er manchmal spricht (Ballnik, 2009, S. 93). Um das betroffene Kind mit den bestimmten Kindern zusammenzubringen, erweisen sich Kleingruppenangebote als hilfreich. Dadurch wird das betroffene Kind nicht direkt mit der Gesamtkindergruppe konfrontiert. Die Kleingruppenangebote sollten so gestaltet werden, dass keine verbale Kommunikation notwendig ist (Titzer, 2012). Auf diese Weise geriet das mutistische Kind nicht unter Druck und der Beziehungsaufbau steht anstelle der verbalen Kommunikation im Vordergrund. Insgesamt ist jedoch zu beachten, dass das Kind so weit wie möglich in das normale Gruppengeschehen integriert werden sollte. Dazu ist es wichtig, auch die anderen Kinder, ihrem Alter entsprechend, über den selektiven Mutismus zu informieren. Denn ohne dieses Wissen können auch bei den anderen Kindern in der Kita schnell Phan-

tasien über die Hintergründe des Schweigens ausgelöst werden, was zu Hänseleien oder sozialer Isolation in der Gruppe führen könnte. Mit dem Wissen über selektiven Mutismus können die anderen Kinder ein Verständnis für das Schweigen aufbringen (Hartmann & Lange, 2013, S. 36). In der Praxis zeigt sich, dass dadurch das Schweigen des Kindes, als auch das Kind selbst von der Kindergruppe akzeptiert und angenommen wird, wie es ist (Ballnik, 2009, S. 94). Außerdem bieten sich Spiele an, die auflockern. Diese können das betroffene Kind innerhalb einer Gruppe Gemeinschaft erleben lassen, ohne dass es sprechen muss. Sozialisations- oder Bewegungseinheiten mit der ganzen Kindergruppe können die Kooperation unter den Kindern fördern und dem schweigenden Kind Sicherheit in der Gruppe vermitteln (ebd., S. 99). Durch die gemeinsame Interaktion und Akzeptanz der anderen Kinder kann eine gute Gruppendynamik hergestellt werden. Die Dynamik der Kindergruppe ist deshalb so wichtig, weil sie für eine Angst abbauende Wirkung sorgt (Ennulat, 2002). Somit wirkt sie sich auch auf das mutistische Kind aus und beeinflusst die gesamte pädagogische Atmosphäre. Kinder können sich am besten in einer entspannten Atmosphäre entwickeln, denn diese setzt ihre Spielinteressen und somit auch ihre Lernfreude frei (Regel, 2015, S. 32). Deshalb ist auch für mutistische Kinder die pädagogische Atmosphäre wichtig. Die Fachkräfte können für eine entspannte Atmosphäre sorgen, in dem sie den Kindern zugewandt und achtsam sind, ihre Bedürfnisse ernst nehmen, Humor zeigen und mit den Kindern lachen (ebd., S. 32-34).

4.1.5 Ebene Eltern

Die Eltern sind mitverantwortlich für die Entwicklung, Erziehung und Bildung ihrer Kinder. Die Kita kann dieser Aufgabe nicht alleine nachkommen (Deniz, 2012, S. 327). In der Regel ist die Zusammenarbeit mit den Familien bzw. Eltern auch ein wichtiger Bestandteil der pädagogischen Konzeption (Groot-Wilken, 2017, S. 12). Deshalb bedürfen sowohl das Kind als auch die Eltern sofortiger Hilfe, sobald das Störungsbild von den pädagogischen Fachkräften bei dem Kind als solches identifiziert wurde. Hält das Schweigen des Kindes auch ein halbes Jahr nach dem Kindergarteneintritt an, so sind die Eltern unverzüglich darüber zu informieren. An dieser Stelle sind die Beratungsleistung sowie das Einfühlungsvermögen der pädagogischen Fachkräfte in der Kita gefragt (Hartmann & Lange, S. 30). Auch Fingerspitzengefühl sowie Fachkompetenzen werden von den Fachkräften in dieser Situation abverlangt, denn keine Familie ist wie die andere. Somit gilt auch hier: Die Eltern müssen individuell dort abgeholt werden, wo sie stehen (Deniz, 2012, S. 327). Schließlich befürchten viele

Eltern, sie hätten in der Erziehung versagt, haben Schuldgefühle und leiden mit ihrem betroffenen Kind (Schmidt-Traub, 2019, S. 76). Die Eltern nehmen ihr mutistisches Kind als völlig normal sprechend wahr. Die Fachkräfte haben somit zunächst ein asymmetrisches, für die Eltern nicht zu erkennendes Bild von ihrem Kind (Hartmann & Lange, 2010, S. 32). In dem Gespräch mit den Eltern sind demnach einige Aspekte zu beachten. Die pädagogischen Fachkräfte sollen die Eltern nicht belehren, sondern ihnen mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen zur Verfügung stehen. Den Eltern muss das Gefühl vermittelt werden, dass die Fachkräfte für sie da sind, um sie zu unterstützen und zu begleiten (Katz-Bernstein, 2007, S.197). Zunächst sind die Eltern in dem Gespräch darüber aufzuklären, dass das permanente Schweigen des Kindes in der Kita, welches vier Wochen über die anfänglichen Eingewöhnungsschwierigkeiten (Trennungs- und Verlustängste, Anpassungsprobleme) hinaus besteht, auf einen Mutismus hindeutet (Hartmann & Lange, 2010, S. 32). Da das Störungsbild wenig verbreitet ist, müssen die Eltern möglicherweise erstmal im Allgemeinen über das Störungsbild aufgeklärt werden. Da in dem Gespräch mit den Eltern zwei verschiedene Wahrnehmungen oder auch Bewertungen des Kindes aufeinandertreffen, die konkurrieren könnten, gilt es, genau diese Konkurrenz zu verhindern. Deshalb sollte eine gemeinsame Beobachtungsphase eingeleitet werden. Die Pädagogen betrachten dann die Situation in der Kita weiter, währenddessen die Eltern ihr Kind im Umgang mit Menschen außerhalb der Familie beobachten. Anschließend kann der Austausch in einem weiteren Gespräch stattfinden. Dieses Vorgehen gestattet den Eltern ihren Teil der Selbstbestimmung und bietet ihnen gleichzeitig die Chance, sich mit der für sie fremden Situation auseinanderzusetzen (Ballnik, 2009, S. 97). Das gemeinsame Zusammentragen der verschiedenen Beobachtungsphänomene stellt dann den ersten Schritt zur Kooperation dar (ebd., S. 96). Sehen die Eltern das Problem trotzdem nicht und sind auch nicht bereit, Hilfe anzunehmen, kann das Verhalten des Kindes durch Videomaterial veranschaulicht werden. Der Einsatz von Videoaufnahmen erweist sich in der Praxis als sehr gewinnbringend. Dadurch wird der Dialog zu den Eltern offen gestaltet und die Arbeit der Fachkräfte transparent gemacht. Die Videoaufnahmen werden hierbei in einer wertschätzenden, aktivierenden Art und Weise mit den Eltern bearbeitet. Es findet eine gemeinsame Reflexion der Aufnahmen statt, damit das weitere Vorgehen miteinander beschlossen werden kann. Dabei verstärkt ein Videomaterial, das zunächst auf die Stärken des Kindes eingeht, die Bereitschaft der Eltern auch bei herausforderndem oder auffälligem Verhalten des Kindes mit den pädagogischen Fachkräften Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und entsprechende Maßnahmen einzulei-

ten. Vor dem Einsatz der Videokamera muss natürlich die Einverständniserklärung zum Filmen eingeholt werden. Eltern sollten in hinreichender Weise über geplante Videoaufnahmen informiert werden (Reekers, 2016). Anschließend sind den Eltern mutismusspezifische Beratungsstellen und Behandlungsmöglichkeiten, wie den Sprachtherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern aufzuzeigen (Hartmann & Lange, 2010, S. 33). Die pädagogischen Fachkräfte stehen danach vor der Aufgabe, die Eltern für die Vorstellung des Kindes beim Kinderarzt und/oder Sprachtherapeuten/Logopäden zu motivieren. Dazu ist es empfehlenswert, dass die pädagogischen Fachkräfte ein Schreiben für die Eltern anfertigen, welches sie dem Kinderarzt/Therapeuten aushändigen können. In dem Schreiben kann das Verhalten des Kindes im Kitaalltag beschrieben und die Verdachtsdiagnose Mutismus erwähnt werden (ebd., S. 33). In dem Gespräch sollten auch die Spätfolgen des Mutismus erläutert werden, um weitergehend auf die Notwendigkeit der Behandlung aufmerksam zu machen. Denn wenn die Kinder ihre Symptomatik über das zehnte Lebensjahr hinaus beibehalten, weisen sie eine schwere Form des selektiven Mutismus auf (Starke & Subellok, 2012). Insbesondere im schulischen Kontext führt dies zu erheblichen Nachteilen in der schulischen Entwicklung der Kinder. Auch im Erwachsenenalter zeigen sich noch Kommunikationsstörungen, Sprechanstrengungen, Unbehagen in sozialen Situationen und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit (Starke & Subellok, 2012). Um die Eltern zu beruhigen, ist es wichtig ihnen zu vermitteln, dass Mutismus behandelbar ist und eine Therapie in der Regel zur Auflösung des Störungsbildes führt. Wenn die Betroffenen jedoch, nicht früh genug die richtige Unterstützung erhalten (in Form einer Therapie), dauert es oft sehr lange bis die Kinder verbal kommunizieren (Schmidt-Traub, 2019, S. 87). Des Weiteren ist es wichtig, den Eltern zu vermitteln, dass das Team verstärkt auf die soziale Integration des Kindes achten wird, das Kind keine Isolierung erfährt oder zum Außenseiter wird (Hartmann & Lange, 2010, S. 33). Dazu kann den Eltern die Methode der nonverbalen Kommunikationsformen (siehe Kapitel 4.1.4) dargelegt werden, damit sie wissen, dass ihr Kind dennoch an Interaktionen und dem Gruppengeschehen teilnimmt. Ein Wechsel in eine heilpädagogische oder integrative Kita ist nicht notwendig. In einem Regelkindergarten ist es für das Kind leichter den Schritt zurück in die Welt der Sprechenden zu vollziehen, weil die Betroffenen ihre freundschaftlichen Beziehungen zu den anderen Kindern aufrecht erhalten können (Hartmann & Lange, 2010, S. 34).

Da Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger von Störungen des selektiven Mutismus betroffen sind und damit weitere Herausforderungen für die Pädagogen

einhergehen, muss auch dies in den Handlungsempfehlungen Berücksichtigung finden. Zunächst ist eine sichere Vertrauensbasis zu den Eltern aufzubauen. Hierzu kann ganz bewusst die Bring- und Abholzeit genutzt werden. Werden die Eltern freundlich begrüßt und verabschiedet, wird immer wieder versucht, mit ihnen einige Worte zu wechseln oder auch nonverbal mit ihnen zu kommunizieren, auch wenn sie über sehr schlechte Deutschkenntnisse verfügen (Textor, 2006). Dadurch fühlen sie sich wertgeschätzt und angenommen. Falls es sprachliche Verständnisprobleme gibt, muss mit den Eltern sensibel geklärt werden, wer bei Beratungs- und Konfliktgesprächen dolmetscht. Allgemein werden die Eltern Anregungen der Pädagogen hinsichtlich der Erziehung und Bildung ihres Kindes oder bezüglich besonderer Förderangebote eher aufgreifen, wenn sie merken, dass diese ein positives Bild von ihrem Kind hat (ebd.).

Eine Erziehungs- und Bildungspartnerschaft mit allen Eltern ist nur möglich, wenn die Pädagogen ihre Einstellungen und Haltungen gegenüber (einzelnen) Eltern dahingehend hinterfragen, ob sie vorurteilsgeprägt oder wirklichkeitsgetreu sind (Textor, 2018, S. 22).

4.1.6 Ebene Netzwerk

Neben der Zusammenarbeit mit den Eltern, ist eine Netzwerkarbeit unverzichtbar. Dafür sind ebenfalls die Fach- sowie personalen Kompetenzen der pädagogischen Fachkräfte gefragt. Die pädagogischen Fachkräfte müssen die Fähigkeit und Bereitschaft besitzen, zielorientiert mit den Therapeuten zusammenzuarbeiten, ihre Interessen und sozialen Situationen wahrzunehmen, sich mit ihnen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu kommunizieren sowie die Arbeits- und Lebenswelt mitzugestalten. Zunächst ist erstmal zu betonen, dass Mutismus auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen ist. Bereits bei den diagnostischen Erhebungen der Therapeuten wird dies deutlich. Um die Symptome des Kindes zu untersuchen, sind Eltern, die Pädagogen und weitere Bezugspersonen zu befragen (Katz-Bernstein, 2011, S. 219f.). Schließlich gelten die pädagogischen Fachkräfte neben den Eltern als Experten. Sie verfügen über ein hohes Fachwissen über die Entwicklungsverläufe der Kinder in der Kita. Durch das tägliche Zusammensein in der Kita haben sie auch ein genaues Bild über das Verhalten der Kinder (Dusolt, 2008). Da die Beobachtungen der Pädagogen für den Therapeuten sehr wichtig sind (Ballnik, 2009, S. 98f.), ist neben dem Schreiben, welches die pädagogischen Fachkräfte für die Therapeuten anfertigen (siehe Kapitel 4.1.5), ein weiteres Gespräch ratsam. Auf die-

sem Weg kann der Therapeut gezielte Fragen an die pädagogischen Fachkräfte stellen, um ein detailliertes Bild von dem Kind zu erhalten. Auch die Videosequenzen von dem Kind, die als Grundlage für den Austausch mit Eltern dienen, können ebenfalls für die Therapeuten zur Verfügung gestellt werden. Selbstverständlich nur, wenn die Eltern damit einverstanden sind.

Nachdem die Diagnose gestellt wurde, müssen auch alle weiteren Abmachungen und Schritte gemeinsam von den pädagogischen Fachkräften und den Therapeuten beschlossen und in den alltäglichen Rahmen aufgenommen werden (Wright, 1968). Dem Kind kann es nur mit einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten und den Pädagogen gelingen, dass sprechende Verhalten in den Alltag zu transferieren. Darum ist es wichtig, dass sich Therapeut und Erzieher über die Bedingungen und den Rahmen dieses Transfers beraten und besprechen (Katz-Bernstein, 2007). Bei der Therapie für das Kind sind demnach Eltern, pädagogische Fachkräfte, Ärzte und andere an der Entwicklung des Kindes Beteiligte als Kooperationspartner zu sehen. Somit wird gemeinsam nach Lösungen und Fördermöglichkeiten im Alltag gesucht. Diese werden in regelmäßigen Zeitabständen überprüft und gegebenenfalls dem Entwicklungsstand des Kindes neu angepasst (Feldmann, Kopf & Kramer, 2012). Zudem kann die pädagogische Arbeit für die Fachkräfte in der Kita durch das Aneignen von therapeutischem Wissen erleichtert werden, weil dadurch Verhaltensweisen des Kindes besser verstanden werden können (Ballnik, 2009, S. 220). Jedoch ist es nicht die Aufgabe der pädagogischen Fachkraft, das Kind zu therapieren. Dadurch würde die Pädagogik auf der Strecke bleiben. An dieser Stelle lassen sich auch die Grenzen der Zusammenarbeit aufzeigen. Denn die Pädagogen und die Therapeuten haben unterschiedliche Ziel- und Prozessorientierungen. Die Pädagogen wünschen Handlungsanweisungen, währenddessen es den Therapeuten um das Verstehen und eine beziehungsorientierte Haltung geht (Ballnik, 2009, S. 220). Des Weiteren besteht die Schwierigkeit der Zusammenarbeit darin, dass jede der beteiligten Personen das Kind, sein Schweigen und die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten aufgrund seiner Profession und der institutionellen Rahmenbedingungen seiner Arbeit auf unterschiedliche Weise kennengelernt hat. Daraus resultieren andere Erwartungen und Lösungsstrategien. Wenn es jedoch nicht gelingt, ein abgestimmtes Versorgungsnetz zu etablieren und keine Koordination der Maßnahmen erfolgt, verlaufen viele Bemühungen im Sand oder ergeben sich als Missverständnisse, gefolgt von negativen Emotionen. Dies wäre einer erfolgreichen Intervention sowie einer gelingenden interdisziplinären Zusammenarbeit nicht dienlich (Katz-Bernstein & Bahrfeck, 2012, S. 175). Die päda-

gogischen Fachkräfte müssen sich also der Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit bewusst werden und stets im Sinne des Kindes handeln. Somit ist es auch hier bedeutsam, seine eigene Haltung zu reflektieren.

Da der Mutismus vor allem in Übergangssituationen auftritt, muss auch die Grundschule als Kooperationspartner berücksichtigt werden. Schließlich steht das betroffene Kind in seinem letzten Kitajahr vor dem Übergang in die Grundschule. In der Grundschule kann das Störungsbild dann entweder erneut auftreten oder sich weiter verfestigen. In beiden Fällen sollten folgende Aspekte für die gelingende Übergangsgestaltung eines selektiv mutistischen Kindes beachtet werden. Vor dem Übergang in die Grundschule muss zunächst geprüft werden, ob das Störungsbild weiterhin vorhanden ist oder es soweit überwunden wurde, dass eine Einschulung in die Regelschule ohne weiteres möglich ist. Ist die Diagnose weiterhin bestehend, so muss die Grundschule frühzeitig darüber informiert und über das Störungsbild aufgeklärt werden (Mackensen, 2018, S. 11). Zudem gilt es, wie in jeder Übergangsgestaltung, alle beteiligten Akteure miteinzubinden (vgl. Griebel & Niesel, 2004, 121). Bei selektiv mutistischen Kindern sind dies neben den Kindern, die Eltern, die Lehrkräfte, die Schulsozialarbeiter, die Fachkräfte aus der Kita sowie die Therapeuten des Kindes, insofern eine Therapie schon angesetzt wurde. Nur mit der Zusammenarbeit und der guten Vernetzung aller Akteure kann der Übergang von der Kita in die Grundschule gelingen (Griebel, Niesel, 2004, S. 121.). Auf diesem Weg können dann Möglichkeiten geschaffen werden, die den Bedürfnissen des Kindes gerecht werden. Hierzu zählt z.B. dem Kind die Gelegenheit zu geben, vor der Einschulung die neue Umgebung kennenzulernen und sich mit den Räumlichkeiten und den Lehrkräften vertraut zu machen (Schmidt-Traub, 2019, S. 89). Hilfreich ist es ebenfalls, wenn der Schuleintritt gemeinsam mit Freunden aus der Kita, mit denen das betroffene Kind möglicherweise spricht, erfolgt (Albermann, 2016, S. 60). Ist das Störungsbild dank einer frühzeitigen Therapie schon vor dem Übergang in die Grundschule überwunden, ist es gegebenenfalls nicht erforderlich die Diagnose in den nächsten Abschnitt der Bildungsbiografie mitzunehmen. Dies kann gemeinsam mit den Eltern und den Therapeuten beschlossen werden. Zudem können soziale Dienste, die mit Mutismus und Übergangsgestaltungen Erfahrungen haben, hinzugezogen werden. Sie können dann über Chancen und Risiken der zukünftigen Übergangssituation beraten (Mackensen, 2018, S. 9, 12).

5. Fazit

Das Störungsbild Mutismus ist noch sehr unbekannt. Vor allem in Deutschland wurde das Störungsbild kaum erforscht und bislang liegen nur wenige Studien vor, die untereinander Schwankungen aufweisen.

Da der selektive Mutismus vor allem in Übergangssituationen auftritt, zeigt er sich häufig zum ersten Mal in der Kindertagesstätte. Die Begegnung mit dem mutistischen Kind wirkt sich dann auf die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags, auf die pädagogische Arbeit und die Zusammenarbeit mit den Eltern aus und bringt vielfältige Anforderungen sowie Herausforderungen für die Fachkräfte mit.

Die erste Herausforderung für die pädagogischen Fachkräfte besteht darin, das Störungsbild als solches zu identifizieren. Das Schwierige daran ist, dass die Fachkräfte bislang wenig Wissen über das Störungsbild besitzen. Der Umgang mit dem mutistischen Kind führt auch zu Verunsicherungen im professionellen Auftrag aus Betreuung, Bildung und Erziehung. Dabei sehen sich die pädagogischen Fachkräfte mit vielfältigen Fragen konfrontiert. Zudem befürchten die Pädagogen, dass sich das Schweigen auch auf andere Kinder übertragen könnte.

Ebenso wie auf den gesetzlichen Auftrag der Fachkräfte wirkt sich die Begegnung mit einem mutistischen Kind in der Kita auf die pädagogische Arbeit aus. Das pädagogische Handeln der Fachkräfte wird von der Vorstellung bestimmt, dass das Kind der verinnerlichten sozialen Norm entsprechen und demnach auch sprechen sollte. Bricht das Kind mit dieser Regel, löst dies bei der Fachkraft Hilfslosigkeit aus. Da man aber nicht nicht kommunizieren kann, wird das der Störung zugrundeliegende Verhalten des Kindes in der Kita von den pädagogischen Fachkräften sowie den anderen Kindern immer als eine Mitteilung interpretiert, welche dann bestimmte Reaktionen auslöst. Dadurch entstehen möglicherweise negative Gefühle gegenüber dem Kind.

Die Zusammenarbeit mit den Eltern stellt ebenfalls eine Herausforderung für die Pädagogen dar. Oft reagieren sie mit Unverständnis, da das Kind mit ihnen Zuhause spricht und sie deshalb ein vollkommen anderes Bild von ihrem Kind haben. Den Eltern fällt es demnach schwer sich einzugestehen, dass ihr Kind Hilfe braucht. Besonders Mütter fühlen sich häufig enttäuscht oder sogar persönlich gekränkt.

Aufgrund der vielfältigen Herausforderungen benötigen die pädagogischen Fachkräfte bestimmte Kompetenzen. Dazu erweist sich der deutsche Qualifikationsrahmen als besonders hilfreich. Demnach benötigen die Fachkräfte Fachkompetenz, unterteilt in

Wissen und Fertigkeiten sowie Personale Kompetenzen, bestehend auf Sozialkompetenz und Selbstständigkeit, damit der Umgang mit dem mutistischen Kind sowie den miteinzubeziehenden Eltern und Therapeuten gelingen kann.

Bezogen auf den Mutismus in der Kita bedeutet das für die pädagogischen Fachkräfte, dass ein Zuwachs an Fachwissen unbedingt notwendig ist. Dadurch wird es erst möglich das Störungsbild als solches zu identifizieren. Zudem geht damit auch ein Zuwachs an Handlungssicherheit einher und trägt zu dem Erhalt der psychischen Gesundheit der Fachkräfte und deren Resilienz bei. Sind Kenntnisse über bestimmte Techniken und Methoden vorhanden, so können sie in der pädagogischen Arbeit mit dem Kind eingesetzt werden. Dazu zählen das humorvolle Spielen mit dem Kind und nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten.

Hinzukommend spielt die Reflexion der pädagogischen Fachkräfte eine übergeordnete Rolle, da auch häufig negative Gefühle mit dem Schweigen des Kindes einhergehen. Die Reflexion sollte regelmäßig alleine und im Team stattfinden. Hilfreich erweist sich zudem die Supervision.

Auch in der Zusammenarbeit mit den Eltern sind die Kompetenzen der Fachkräfte gefragt. Somit wird hier besonders das Einfühlungsvermögen und der Perspektivwechsel von den Fachkräften abverlangt. Die Fachkräfte sollen die Eltern nicht belehren, sondern ihnen mit ihrem Wissen und Erfahrungen zur Seite zu stehen. Sehen die Eltern das Problem nicht und sind auch nicht bereit, Hilfe anzunehmen, erweist sich das Hinzuziehen von Videomaterial als förderlich. Dadurch wird der Dialog zu den Eltern offen gestaltet und die Arbeit der Fachkräfte transparent gemacht.

Besonders wichtig ist die interdisziplinäre Netzwerkarbeit. Dem Kind kann es nur mit der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Pädagoge gelingen, dass sprechende Verhalten in den Alltag zu transferieren. Somit wird gemeinsam nach Lösungen und Fördermöglichkeiten im Alltag gesucht. Auch wenn die Pädagogen und Therapeuten verschiedene Ziel- und Prozessorientierungen haben, ist ein abgestimmtes Versorgungsnetz zu etablieren. Somit müssen sich die pädagogischen Fachkräfte, als auch die Therapeuten, der Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit bewusst werden und ihre eigene Haltung ebenfalls reflektieren. Steht das Kind mit selektiven Mutismus vor dem Übergang in die Grundschule, so ist zu prüfen, ob die Diagnose weiterhin besteht oder überwunden wurde. Anschließend sind alle beteiligten Akteure (Kind, Eltern, Kita-Fachkräfte, Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter, Therapeuten) in die Übergangsgestaltung miteinzubinden.

Die pädagogischen Fachkräfte sehen sich mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Diese lösen Unsicherheit, Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle aus. Die Störung ist also in jedem Fall ernst zu nehmen und besonders das Thema „Mutismus in der Kita“ bedarf einer tieferen wissenschaftlichen Auseinandersetzung und Veröffentlichung. Ansonsten können keine helfenden Maßnahmen für das Kind eingeleitet werden. Werden die dargestellten Handlungsempfehlungen umgesetzt, kann der Umgang zwischen den Fachkräften, dem Kind, den Eltern und den Therapeuten gelingen. Zudem können die Fachkräfte dadurch ihre beruflichen Kompetenzen ausweiten und einen nachhaltigen Beitrag zur Qualitätssicherung in Kitas leisten.

Quellenverzeichnis

- Albermann, K. (2016): Wenn Kinder aus der Reihe tanzen. Psychische Entwicklungsstörungen von Kindern und Jugendlichen erkennen und behandeln. Zürich: Beobachter-Edition.
- Bahr, R. (1996): Mutismus Definitionen, neuere Klassifikationsversuche und verbreitete therapeutische Ansätze. In: ProLog, Therapie- und Lernmittel GmbH (Hrsg.): L.O.G.O.S. interdisziplinär (4), 4-14. Online verfügbar unter <https://www.selektiver-mutismus.de/wp-content/uploads/2019/07/MutismusinLOGOS1996Reiner-Bahr.pdf>, zuletzt geprüft am 03.05.2020.
- Bahr, R. (1998): Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim elektiven Mutismus. 2., Aufl. Heidelberg: Winter Programm Ed. Schindele.
- Bahr, R. (2004): Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch. 2. Aufl. Düsseldorf: Walter.
- Bahr, R. (2006): Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus. 4. Aufl. Heidelberg: Winter Programm Ed. Schindele. Online verfügbar unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=2871198&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm, zuletzt geprüft am 05.05.2020.
- Bahr, R. (2012). Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch. 5. Aufl. Ostfildern: Patmos Verlag.
- Bahr, R. (2015): Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch. 6. Aufl. Ostfildern: Patmos Verlag.
- Bahrfeck-Wichitill, K.; Kresse, A.; Subellok, K. (2011). Gemeinsam schweigsam. Selektiver Mutismus bei Zwillingen, Teil II: Didaktische Überlegungen für die Sprachtherapie nach DortMut (Dortmunder Mutismus-Therapie). In: Die Sprachheilarbeit, 56 (1), S. 2-9.
- Bahrfeck-Wichitill, K.; Subellok, K.; Starke, A.; Küssel, L.; Pollmann, J. (2012). Lauras Stern-Stunde. Ein universitäres Projekt zur Partizipation im Bereich selektiver Mutismus. In: Die Sprachheilarbeit, 57 (2), S. 89-96.
- Ballnik, O. G. (2009): Schweigende Kinder. Formen des Mutismus in der pädagogischen und therapeutischen Praxis. Gottingen, Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Company KG
- Bar-Haim, Y.; Henkin, Y.; Ari-Even-Roth, D.; Tetin-Schneider, S.; Hildesheimer, M.; Muchnik, C. (2004): Reduced Auditory Efferent Activity in Childhood Selective Mutism. In: Biological Psychiatry, 55 (11), S. 1061-1068.
- Black, B.; Uhde, T. W. (1994): Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33 (7), S. 1000–1006.
- Blanz, B. (2006): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch; mit 84 Tabellen. Stuttgart: Schattauer. Online verfügbar unter http://deposit.dnb.de/cgi-bin/dokserv?id=2615682&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm, zuletzt geprüft am 03.05.2020.

Böhme, G. (1983). Klinik der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. 2. Aufl. Stuttgart/New York: Fischer Verlag.

Brand, H. (2009): Mutismus - schweigende Kinder und Jugendliche im Gespräch. Erfahrungen mit Gruppen. Lengerich u.a: Pabst Science Publishers.

Brandenburg, T.; Mehlich, P.; Thielsch, M. (2014): Praxis der Wirtschaftspsychologie. Themen und Fallbeispiele für Studium und Anwendung. Münster: MV-Wissenschaft.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2020): Der DQR - Glossar. Online verfügbar unter <https://www.dqr.de/content/2325.php>, zuletzt aktualisiert am 2020, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019): Ressourcen- und Lösungsorientierung. Online verfügbar unter https://kita-einstieg.fruehechancen.de/fileadmin/PDF/Kita-Einstieg/190903_nifbe-Kriterientext_Loesungsorientierung.pdf, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (Bundesverband Aphasie e. V. – Kurzform) (o.J.): Aphasie. Online verfügbar unter <https://aphasiker.de/aphasie/>, zuletzt geprüft am 04.05.2020.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020): Probleme und Krisen gemeinsam angehen. Online verfügbar unter ww.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/kita/zusammenarbeit-mit-eltern/probleme-und-krisen/.

Buß, Melanie (2005): Kommunikation mit Kindern mit Mutismus im schulischen Kontext. Formen und Förderung der Interaktion. Examensarbeit. 1. Aufl. München: GRIN-Verl.

Chavira, D. A.; Shipon-Blum, E.; Hitchcock, C.; Cohan, S.; Stein, M. B. (2007): Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46 (11), S. 1464–1472.

Cline, T.; Baldwin, S. (2004): Selective Mutism in Children. 2. Aufl. London/Philadelphia: Whurr Publishers.

Deniz, C. (2012): Perspektiven für die Elternarbeit mit migrantischen Familien. In: Stange, Waldemar; Krüger, Rolf; Henschel, Angelika; Schmitt, Christoff (Hrsg.) (2012): Erziehungs- und Bildungspartnerschaften. Grundlagen und Strukturen von Elternarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG): ICD-10-GM Version 2020, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Online verfügbar unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F94.0.html>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Dobslaff, O. (2005): Mutismus in der Schule. Erscheinung und Therapie. Berlin: Marhold.

Dührsens, A. (1988): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Vadenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Dusolt, H. (2008): Elternarbeit als Erziehungspartnerschaft. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407223623, zuletzt geprüft am 05.05.2020.

Elizur, Y.; Perednik, R. (2003): Prevalence and Description of Selective Mutism in Immigrant and Native Families: A Controlled Study. In: *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (12), S. 1451–1459.

Ennulat, G. (2002): Umgang mit Ängsten. Wie verkraften unsere Kinder diese Nachrichten? In: Bostelmann, A.; Textor, M. R. (Hrsg.): *Das Kita-Handbuch*. Online verfügbar unter <https://kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/psychologie/837>, zuletzt geprüft am 05.05.2020.

Falkai, P.; Wittchen, H.-U.; Döpfner, M.; Gaebel, W.; Maier, W.; Rief, W. (Hrsg.) (2018): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. American Psychiatric Association, 2. korrigierte Aufl., deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.

Feldmann, D.; Kramer, J. (2009): Die Erweiterung von Handlungsfähigkeit - ein grundlegendes Ziel in der systemisch-kooperativen Förderung von Kindern mit selektivem Mutismus. In: *MitSprache: Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik*, 2009 (3), S. 25-36.

Feldmann, D.; Kopf, A.; Kramer, J. (2012): Das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut). Eine systemisch-handlungsorientierte Therapie für Kinder mit Selektivem Mutismus. In: *Forum Logopädie*, 26 (1), S. 14–20. Online verfügbar unter https://www.selektiver-mutismus.de/wp-content/uploads/2019/07/Konzept_Komut_2012.pdf, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Fürstenberg Institut (2016): Trägerstrukturen von Kitas. Online verfügbar unter https://www.fuerstenberg-institut.de/_Resources/Persistent/5cc659bcebe335e2e863c744ea2eb57b164c37d5/Kita_Tr%C3%A4gerstrukturen.pdf, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Griebel, W.; Niesel, R. (2004): *Transitionen. Fähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, Veränderungen erfolgreich zu bewältigen*. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Beiträge zur Bildungsqualität).

Groot-Wilken, B. (2017): *Entwicklungsgespräche in der Kita*. Überarbeitete Neuauflage. Freiburg: Verlag Herder.

Günster-Schöning, U. (2018): *Ich bin Erzieher*in! Superkräfte versus berufliche Realität*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Frühe Bildung und Erziehung). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5453365>, zuletzt geprüft am 05.04.2020.

Hartmann, B. (1992): Zur Pathologie und Therapie des Mutismus. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*, Bd. 5. Berlin: Ed. Marhold, S. 491-507.

Hartmann, B. (1997): *Mutismus - Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektivem Mutismus*. 4. Aufl. Berlin: Ed. Marhold.

Hartmann, B. (2002): Mutismus - Diagnostik und Evaluation im Spannungsfeld nosographischer Modifikationen. In: *Die Sprachheilarbeit*, 47 (5), S. 212-218. Online verfügbar unter https://www.boris-hartmann.de/_Resources/Persistent/9f80b9a057f21eed1fe28d27e930257597e48f3a/Die%20Sprachheilarbeit%205-2002.pdf, zuletzt geprüft am 05.04.2020.

Hartmann, B.; Lange, M. (2003): Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner (Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute).

Hartmann, B. (2007): Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. 5., unveränd. Aufl. Berlin: Ed. Marhold

Hartmann, B.; Lange, M. (2010): Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe. 5. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner (Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute).

Hartmann, B.; Lange, M. (2013): Mutismus im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Für Angehörige, Betroffene sowie therapeutische und pädagogische Berufe. 6., überarb. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag (Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute).

Hayden, T.L. (1980): Classification of Elective Mutism. In: American Journal of Psychiatry, 19 (1), S. 118-133.

Hellrung, U. (2019): Sprachentwicklung und Sprachförderung. Beobachten - verstehen - handeln. Freiburg: Herder.

Hettema, J. M.; Neale, M. C.; Kendler, K. S. (2001): A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 158 (10), S. 1568–1578.

Hitzenberger, J.; Schuett, S. (2016): Mitarbeiterführung in Krippe, Kindergarten & Hort. Angewandte Psychologie für die erfolgreiche Kita-Leitung. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4442132>, zuletzt geprüft am 16.04.2020.

Institut für Sprachtherapie; Boris, H. (2020): Was ist Mutismus? Online verfügbar unter <http://boris-hartmann.de/de/mutismus/was-ist-mutismus.html>, zuletzt geprüft am 16.04.2020.

Jasmund, C. (2018): Erziehung in der Kita. Alltagskultur als pädagogisches Handlungsfeld. 1. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag ein Imprint der Julius Beltz GmbH & Co. KG.

Johanssen, K.; Kramer, J.; Lukaschik, J. (2016): Deutscher Mutismus Test (DMT-Komut). Aus der Praxis für die Praxis. In: Ulrich Stitzinger, Stephan Sallat und Ulrike Lüdtke (Hg.): Sprache und Inklusion als Chance?! Expertise und Innovation für Kita, Schule und Praxis. Idstein: Schulz-Kirchner, S. 387-393.

Johnson, M.; Wintgens, A. (2016): The selective mutism resource manual. Second edition. London, New York: Routledge.

Juzi, C. (1996): Elective Mutism. An Analysis of 100 Cases. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35 (5), S. 606-614.

Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. München, Basel: E. Reinhardt.

Katz-Bernstein, N. (2007): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. 2., überarb. Aufl. München: Reinhardt.

Katz-Bernstein, N. (2011): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie. 3. Aufl. s.l.: Ernst Reinhardt Verlag.

- Kersting, Heinz J. (1992): Kommunikationssystem Supervision. Unterwegs zu einer konstruktivistischen Beratung. Aachen: Kersting (Schriften zur Supervision, 2).
- Kistensen, H. (2000): Selective Mutism an Cormobidity With Developmental Disorder/Delay, Anxiety Disorder, an Elimination Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (2), S. 249-256.
- Kotrba, A. (2015): Selective mutism. An assessment and intervention guide for therapists, educators & parents. Eau Claire, WI: Pesl Publishing & Media.
- Krenz, A. (Hg.) (2010): Kindorientierte Elementarpädagogik. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Frühe Bildung und Erziehung).
- Kussmaul, A. (1877): Die Störungen der Sprache. Leipzig: Vogel.
- Landesverband katholischer Kindertagesstätten (Hrsg.) (2015): Pädagogische Ansätze und Handlungskonzepte. In: Tacheles Expertise, S. 1–40. Online verfügbar unter <https://www.lvkita.de/media/files/Arbeitshilfen/LV-P-d-Ans-tze-RZ-K4-03-15.pdf>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.
- Lebrun, Y. (1990): Mutism. London, New Jersey: Whurr Publishers Ltd (Studies in Disorders of Communication).
- Lesser-Katz, M. (1986): Stranger reaction and elective mutism in young children. In: *The American Journal of Orthopsychiatry* 56 (3), S. 458–469.
- McHolm, Angela E.; Cunningham, Charles E.; Vanier, Melanie K. (2005): *Helping Your Child with Selective Mutism. Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. Oakland: New Harbinger Publications. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=878296>.
- Melfsen, S.; Warnke, A. (2009): Selektiver Mutismus. In: Schneider, S.; Margraf, J. (2009): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*: Heidelberg: Springer Berlin, S. 555-573.
- Merkel, J. (2007): Bildungsbereich Sprache. In: Bostelmann, A.; Textor, M. R. (Hrsg.): *Das Kita-Handbuch*. Online verfügbar unter <https://kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/bildungsbereiche-erziehungsfelder/sprache-fremdsprachen-literacy-kommunikation/1628>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.
- Michalak, J.; Heidenreich, T.; Williams, J. M. G. (2012): *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8017-2236-4>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.
- Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen; Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2016): *Bildungs-grundsätze. Grundsätze zur Bildungsförderung für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Kinderta-gesbetreuung und Schulen im Primarbereich in Nordrhein-Westfalen*. 1. Aufl. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Intergration des Landes Nordrhein-Westfalen (2019): *Kinderbildungsgesetz NRW*. Online verfügbar unter <https://www.mkffi.nrw/revision-des-kinderbildungsgesetzes>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Muris, P.; Hendriks, E.; Bot, S. (2016): Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. In: Child psychiatry and human development, 47 (1), S. 94–101.

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V (2002): Leitlinien für Pädagogen - wie geht man das Problem an? Typische Charakteristika des selektiven Mutismus. Online verfügbar unter <https://www.mutismus.de/mutismus/leitlinien-fuer-paedagogen>, zuletzt geprüft am 20.04.2020.

Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V (Hrsg.), Mackensen, S. (2018): Schweigende Kinder fordern pädagogische Fachkräfte heraus - Umgang mit selektiv mutistischen Kindern in Kindertageseinrichtungen. In: Mutismus.de - Fachzeitschrift für Mutismus - Therapie, Mutismus - Forschung und Selbsthilfe, 10 (20), S. 5-14.

Nentwig-Gesemann, I.; Fröhlich-Gildhoff, K.; Harms, H.; Richter, S. (2012): Professionelle Haltung – Identität der Fachkraft für die Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. WiFF Expertise, Band 24. München.

Neumann, U. (2012): Zusammenarbeit mit Eltern in interkultureller Perspektive. In: DDS – Die Deutsche Schule, 104 (4), 363-373. Online verfügbar unter https://www.waxmann.com/index.php?eID=download&id_artikel=ART101188&uid=frei, zuletzt geprüft am 05.05.2020.

Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung e.V (Hrsg.); Diller, A. (2016): Träger von Kindertageseinrichtungen. Online verfügbar unter <https://www.nifbe.de/component/themensammlung?view=item&id=262:traeger-von-kindertageseinrichtungen&catid=138>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung e.V (Hrsg.); Reekers, H. (2016): Videoarbeit in KiTas. Eine ressourcenorientierte Methode zur Qualitätssicherung. Online verfügbar unter <https://www.nifbe.de/component/themensammlung?view=item&id=438:videoarbeit-in-kitas&catid=57>, zuletzt geprüft am 05.05.2020.

Petzold, H. (1983): Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie. Mit Kindern, Erwachsenen u. alten Menschen. München: Pfeiffer

Pickard, H.; Rijdsdijk, F.; Happé, F.; Mandy, W. (2017): Are Social and Communication Difficulties a Risk Factor for the Development of Social Anxiety? In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56 (4), S. 344-351

Poehlke, T. (2009): Psychiatrie. 17. Aufl. Weinheim: Ed. Medizin, VCH.

Pohl, G. (2016): Angsthasen, Alpträumer und Alltagshelden. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum.

Popella, E. (1960): Psychogener Mutismus bei Kindern. In: Der Nervenarzt, 31, S. 257-263.

Praxis für Sprachtherapie; Lange, B. (2020): Mutismus. Online verfügbar unter <https://www.birgit-lange.de/therapie/sprechstoerungen/mutismus.html>, zuletzt aktualisiert am 2020, zuletzt geprüft am 22.04.2020.

Regel, G. (2015): Pädagogische Arbeit im Offenen Kindergarten. Profile für Kitas und Kindergärten. Freiburg: Herder Verlag.

Remschmidt, H. (Hrsg.) (2002): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV. 4. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Rogoll, J.; Petzold, M.; Ströhle, A. (2018): CME Zertifizierte Fortbildung. Selektiver Mutismus. 2018 (5), S. 591-602. Online verfügbar unter <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs00115-018-0504-6.pdf?token=1587201957370--9161f9beb8ae112bc8a32a5fcab1a81265ecb625afa76a6a94abacae7206c2c9abddc19fb9935eaa07f4f742f4896d385c5b3e10ea8cfaa2ee1ad99f507e4b24>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Rösler, M. (1981): Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder - Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 30 (6), S. 187-194. Online verfügbar unter https://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/1483/1/30.19816_1_28594.pdf_new.pdf, zuletzt geprüft am 16.04.2020.

Roth, X. (2014): Was ist nun eigentlich Bildungs- und Erziehungspartnerschaft? In: Tschöpe-Scheffler, Sigrid (Hrsg.): Gute Zusammenarbeit mit Eltern in Kitas, Familienzentren und Jugendhilfe: Qualitätsfragen, pädagogische Haltung und Umsetzung. Leverkusen-Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 141-153.

Schellhammer, C. (2014). Wann und wo hole ich Hilfe? Umgang mit schwierigen Situationen in der Therapie von kleinen Kindern. In: Zollinger, B. (Hrsg.): Frühe Spracherwerbsstörungen. Kleine Kinder verstehen und Eltern begleiten. Bern: Haupt, S. 201-214

Schmidt, C.; Pantel, G.; Dörnbrack, C. (2009): Kita-Lexikon. Schlagwörter aus Recht, Arbeitssicherheit, Aufsicht, Verwaltung, Personalführung, Management und Organisation. Kronach: Carl Link

Schmidt-Traub, S. (2019): Selektiver Mutismus. Informationen für Betroffene, Angehörige, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Schoor, U. (1996): Mutismus - Eine Kommunikationsbehinderung bei Mädchen? In: Die Sprachheilarbeit. Ernst Reinhardt, München, S. 198-210.

Schoor, U. (2001): Mutismus. In: Grohnfeld, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder. Stuttgart: Kohlhammer, S. 183-197

Schoor, U. (2002): Schweigende Kinder im Kindergarten und in der Schule. In: Die Sprachheilarbeit, 47 (5), S. 219-225.

Senninger, T. (2000): Abenteuer leiten - in Abenteuern lernen. Methodenset zur Planung und Leitung kooperativer Lerngemeinschaften für Training und Teamentwicklung in Schule, Jugendarbeit und Betrieb. Münster: Ökotopia-Verlag

Sharma, J., Kay, J., Johnson, S. & Smith, R. (2015). Successful Approaches to Selective Mutism in School and Community Settings. In: B. R. Smitsh & A. Sluckin (Hrsg.), Tackling Selective Mutism. A Guide for Professionals and Parents. London: Jessica Kingsley Publishers, S.138-157.

Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Achtes Buch Kinder- und Jugendhilfe (Neugefasst durch Bek. v. 2012 I 2022; zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 2018 I 2696). Online verfügbar unter <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/1.html>, zuletzt geprüft am 06.04.2020.

Spann, S.; Buscher, A. (2013): Powermoves für fitte Kids. Aufrecht und stark durch den Alltag. Aachen: Meyer et Meyer

Spieler, J. (1944): Schweigende und sprachscheue Kinder. Olten: Otto Walter.

Starke, A. (2014): Selektiver Mutismus bei Grundschulkindern. Diagnose und Fördermöglichkeiten. Online verfügbar unter https://www.uni-potsdam.de/fileadmin/projects/inklusion/PDFs/ZEIF-Blog/Starke_2014_Mutismus_bei_Grundschulkindern.pdf, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Starke, A., Subellok, Katja (2012): KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich. In: Empirische Sonderpädagogik, 2012 (1), S. 63-77. Online verfügbar unter https://www.psychologie-aktuell.com/fileadmin/download/esp/1-2012_20120821/04_starke.pdf, zuletzt geprüft am 14.05.2020.

Steinhausen, H.-C.; Juzi, C. (1996): Elective mutism: an analysis of 100 cases. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35 (5), 606–614.

Steinhausen, H. C.; Adamek, R. (1997): The family history of children with elective mutism: a research report. European Child & Adolescent Psychiatry, 6 (2), 107–111.

Still Leben e.V Hannover (2020): Das Nicht-Sprechen verstehen... schüchtern oder selektiv mutistisch? Online verfügbar unter https://www.selektiver-mutismus.de/wp-content/uploads/2019/07/Faltblatt_fuer_AerztInnen.pdf., zuletzt geprüft am 04.05.2020.

Still Leben e.V Hannover (2020): Was ist selektiver Mutismus. Informationen für ÄrztInnen. Online verfügbar unter <https://www.selektiver-mutismus.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/>, zuletzt geprüft am 06.04.2020.

Strunk, P. (1980): Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: Harbauer, H; Lempp, R.; Nissen, G.; Strunk, P. (Hrsg.): Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 140–196.

Textor, M. R. (2006): Elternarbeit mit Migrant/innen. In: Bostelmann, A.; Textor, M. R. (Hrsg.): Das Kita-Handbuch. Online verfügbar unter <https://kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/elternarbeit/elternarbeit-mit-besonderen-zielgruppen/1438>, zuletzt geprüft am 05.05.2020.

Textor, Martin R. (2018): Elternarbeit im Kindergarten. Ziele, Formen, Methoden. 4. Aufl. Norderstedt: Books On Demand.

Textor, M. R. (2018): Kindertagesbetreuung. In: Bostelmann, A.; Textor, M. R. (Hrsg.): Das Kita-Handbuch. Online verfügbar unter <https://www.kindertagesbetreuung.de/impressum.html>, zuletzt aktualisiert am 2018, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Titzer, J. (2014): Das selektiv mutistische Kind in der Grundschule: Chancen, Möglichkeiten, Grenzen. Hamburg: Diplomica Verlag.

Tramer, M. (1934): Elektiver Mutismus bei Kindern. In: Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, 1934 (1), S. 30-35.

Volkamer, C. (2014): Problem - Kind. Was tun? Berlin: epubli GmbH.

Vollmer, K. (2012): Fachwörterbuch für Erzieherinnen und pädagogische Fachkräfte. 1. Aufl. Freiburg: Verlag Herder GmbH. Online verfügbar unter <http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=2050015>, zuletzt geprüft am 05.05.2020.

Vorholz, H.; Mienert, M. (o.J): Neue Chancen für die Zusammenarbeit mit Eltern. Von der Elternarbeit zur Erziehungspartnerschaft. Online verfügbar unter <http://www.mamie.de/pdf/Erziehungspartnerschaft02Raabe.pdf>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Watzlawick, P. (2016): Man kann nicht nichtkommunizieren. Das Lesebuch. 2. Aufl. Bern: Hogrefe.

Watzlawick, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D. (2011): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 12. unver. Aufl. Bern: Huber.

Weltzien, D. (2014): Pädagogik: Die Gestaltung von Interaktionen in der Kita. Merkmale - Beobachtung - Reflexion. Weinheim: Beltz Juventa.

Werder, H. (1992): Kasuistik zum Mutismus. In: Gronfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5., Störungen der Redefähigkeit. Berlin: Marhold, S. 508-528.

Westerholt, F. (2012): Kommunikation im Kindergarten. 1. Aufl. Weinheim: Julius Beltz (Frühpädagogik 2013). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407291967, zuletzt geprüft am 05.05.2020.

Wichtmann, A. (2011): Mutismus im System - System im Mutismus? Logopädisch-systemische Betrachtungen des kindlichen Selektiven Mutismus. In: Forum Logopädie Heft 1 (25). Online verfügbar unter <https://www.selektiver-mutismus.de/wp-content/uploads/2019/07/F111-Wichtmann-4.pdf>, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Wischnewski, J.; Ströhle, A. (2016): Angststörungen und selektiver Mutismus bei Kindern und Jugendlichen. In: Praxis Sprache, 61 (3), S. 195. Online verfügbar unter https://praxis-sprache.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Praxis_Sprache_Hefte/2016/Heft_3/Abstract_Heft_3_2016_195_Wischnewskii_Stroehle.pdf, zuletzt geprüft am 15.04.2020.

Wittchen, H.-U. (1989): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Weinheim: Beltz.

Wright, H. H., Holmes, G. R., Cuccaro, M. L. & Leonhardt, T. V. (1994): A guided bibliography of the selective mutism (elective mutism) literature. In: Psychological Reports 74 (3), 995-1007.

Yeganeh, R.; Beidel, D. C.; Turner, S. M.; Armando, A.; Silverman, W. K. (2003): Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (9), S. 1069-1075.

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die Angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Duisburg, den 14.05.2020
