

## Leitfaden für ein Entwicklungsgespräch

Dieses Beiblatt als Leitfaden für ein Gespräch zum Schwerpunkt „Sprachentwicklung und Sprachbildung“ mit der Bezugsperson/den Bezugspersonen nach der Sprachstandsfeststellung mit BESK verwenden und dabei die familiären Kontextdaten erheben.

### Vorbereitung

- Bezugsperson/en des Kindes zeitgerecht über das Gespräch bzw. den Termin informieren
- Vorbereitung des Besprechungszimmers
- Aufbereitung der Aufzeichnungen (BESK-Ergebniszusammenfassung, Förderplan)
- Transparenter Umgang mit Notizen

### Durchführung

#### Begrüßung der Bezugspersonen:

- Führung durch die Einrichtung
  - auf Lieblingsbereiche des Kindes hinweisen
  - Arbeitsprodukte des Kindes betrachten (Zeichnungen, Bastelarbeiten, Bauwerke usw.)

#### Besprechungszimmer:

- Ablauf und Ziel des Gesprächs erläutern
- Einführende Zusammenfassung über Verhalten und Entwicklung des Kindes (Kind sehr positiv und wohlwollend schildern!)
- Bezugsperson/en bitten, über ihr Kind zu erzählen
  - aktiv zuhören und Interesse zeigen!
  - familiäre Kontextdaten erheben
  - Beiträge der Bezugsperson/en wertschätzen
- Sprachstandsfeststellung mit BESK
  - Ziel der Sprachstandsfeststellung
  - Beobachtungszeitraum
  - Methode: Systematische Beobachtung im Kindergartenalltag
  - Aufbau des BESK-Bogens (Beobachtungskriterien)
  - Ergebnisse der Sprachstandsbeobachtung schildern
    - Welche Meilensteine hat das Kind erworben?
    - Wo benötigt das Kind ggf. noch Unterstützung oder weiterführende Anregungen?
  - Weiterführende Sprachbildungs-/Sprachförderangebote
    - Sprachbildungsangebot erläutern
    - Sprachförderaspekte besprechen
    - Rolle der Familie für die Entwicklung der sprachlichen Kompetenzen des Kindes betonen
- Abschluss:
  - Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Gesprächs
  - ggf. Vereinbarung eines Folgegesprächs mit der Bezugsperson/den Bezugspersonen



**5. Wann hat das Kind zu sprechen begonnen?**

Erste Wörter (z. B. *Mama, Papa, Katze, ...*) mit ca.

|                                 |                                     |                                   |                                     |                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Jahr | <input type="checkbox"/> 1 ½ Jahren | <input type="checkbox"/> 2 Jahren | <input type="checkbox"/> 2 ½ Jahren | <input type="checkbox"/> später |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

Erste Wortverbindungen (z. B. *da rein Puppe, Mama kochen, Garten gehn, ...*) mit ca.

|                                     |                                   |                                     |                                   |                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ½ Jahren | <input type="checkbox"/> 2 Jahren | <input type="checkbox"/> 2 ½ Jahren | <input type="checkbox"/> 3 Jahren | <input type="checkbox"/> später |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

**6. Wie häufig wird Ihrem Kind außerhalb des Kindergartens eine Geschichte erzählt?**

|                | jeden Tag                | mehrmals pro Woche       | mehrmals pro Monat       | selten oder gar nicht    |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deutsch        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. Wie häufig wird Ihrem Kind außerhalb des Kindergartens ein Buch vorgelesen?**

|                | jeden Tag                | mehrmals pro Woche       | mehrmals pro Monat       | selten oder gar nicht    |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deutsch        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Wie häufig nutzt Ihr Kind außerhalb des Kindergartens Hörspielmedien (z. B. Kassetten, CDs)?**

|                | jeden Tag                | mehrmals pro Woche       | mehrmals pro Monat       | selten oder gar nicht    |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deutsch        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**10. Wie häufig werden Ihrem Kind außerhalb des Kindergartens Reime und Fingerspiele angeboten oder Lieder gesungen?**

|                | jeden Tag                | mehrmals pro Woche       | mehrmals pro Monat       | selten oder gar nicht    |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deutsch        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprache: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11. Wie sehr treffen folgende Aussagen zu?**

|   | trifft<br>genau zu       | trifft<br>eher zu        | trifft<br>eher nicht zu  | trifft<br>gar nicht zu   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Das Kind versteht, was man im Alltag zu ihm sagt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind benennt Dinge des täglichen Lebens.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind spricht in längeren Sätzen.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind spricht in vollständigen Sätzen.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind spricht Wörter deutlich aus.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind spricht rhythmisch.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Kind spricht melodisch.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12. War/Ist das Kind in logopädischer/klinisch-therapeutischer Behandlung?**

Nein

Ja, warum?

nicht erforderlich

Termine nicht wahrgenommen

Therapie abgelehnt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alter bei Therapiebeginn:  ;

Dauer der Therapie (Monate):

Anmerkungen: