

# V A D E M E C U M

(Begleite-mich)  
für die Entwicklung des Säuglings  
und des Kleinkindes

Grundlagen und Anleitung



Ines Schlienger  
Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich

1. Auflage 1988
2. Auflage 1995
3. unveränderte Auflage 2003

Vademecum  
für die Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes  
Von Ines Schlienger, Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich

Die Publikation wurde gefördert durch folgende Institutionen:  
Schweizerischer Nationalfonds  
zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung, Bern  
Stanley Thomas-Johnson-Stiftung, Bern  
Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich

Titelblatt: Marianne Brunner (Zeichnung), Henschikon  
und Mike Wildbolz (graphische Gestaltung), Zürich  
Verena Stilli (Abbildungen S. 9 und 13), Zürich  
Druck: Sommertype AG, Effretikon  
© 2003, Ines Schlienger, Zürich  
Nachdruck und Vervielfältigungen nicht gestattet

Bezugsquelle: Marie Meierhofer-Institut für das Kind, Rieterstrasse 7, CH-8002 Zürich

# Inhalt

## Vademecum für die Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes

Vorwort	5	4.4.5 Die quantitative Interpretation nach einmaliger Beobachtung	36
1 Ein neues Früherkennungsinstrument - Wozu?	7	4.4.6 Die quantitative Interpretation des Entwicklungsverlaufs	36
1.1 Vom ersten Verdacht zur adäquaten Hilfe	7	4.4.7 Entwicklungsprofile	36
1.1.1 Eltern hegen den ersten Verdacht	7	4.5 Qualitative Auswertung und Interpretation	39
1.1.2 Der Früherkennungszirkel	9	4.5.1 Allgemeine Überlegungen	39
1.1.3 Fachleute hegen den ersten Verdacht	12	4.5.2 Zwei Fallbeispiele	39
1.2 Entwicklung in der Umwelt - Ein Wechselspiel mit Widersprüchen	13	5 Grundlagen, Hauptfragen, Methoden und Ergebnisse der Längsschnittstudie zum Vademecum	44
1.2.1 Dialektische Sicht von Entwicklung	13	5.1 Grundlagen und Konzeption des Vademecum	44
1.2.2 Ökopsychologische Sichtweise	15	5.2 Projektanlage	44
1.3 Eltern als Partner	17	5.3 Beschreibung der Stichprobe	45
1.4 Ein neues Verständnis von Früherkennung - Prinzipien und Grundsätze eines ökopsychologisch und dialektisch orientierten Grobsiebverfahrens	18	5.3.1 Zufallsauswahl der Kinder	45
1.5 Zusammenfassung	19	5.3.2 Alterskorrektur bei Frühgeborenen	45
2 Vorstellung und Beschreibung des Vademecum für die Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes	21	5.3.3 Soziale Gegebenheiten	45
2.1 Das Material	21	5.3.4 Anamnestische Angaben	45
2.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Grobsiebverfahren.	22	5.3.5 Geschlecht	45
3 Ein Vademecum für alle Fälle? - Einsatzmöglichkeiten und Grenzen des Vademecum als Grobsiebverfahren	24	5.3.6 Geschwister	46
3.1 Wann wird das Vademecum eingesetzt?	24	5.4 Die Risikogruppe	46
3.1.1 Beschreibung des Entwicklungsprozesses	24	5.5 Ergebnisse der Studie	46
3.1.2 Kontrolle von Fördermassnahmen	24	5.5.1 Normen, Bandbreite der Entwicklung und Korrektur des Kohorteneffekts	46
3.1.3 Eigentliche Früherkennung	25	5.5.2 Testkennwerte	48
3.2 Das Vademecum ist kein Diagnoseinstrument	25	5.5.3 Längsschnittanalysen	48
3.3 Wo liegt die Grenze zwischen "normaler" und "gestörter" Entwicklung?	26	5.6 Zusammenfassung: Ergebnisse der Längsschnittstudie	50
3.4 Können spätere kognitive Leistungen im Kleinkindalter vorhergesagt werden?	27	6 Literatur	53
3.5 Wie zuverlässig sind elterliche Aussagen ?	28	Anhang	55
3.6 Ein Vademecum für alle Eltern?	29		
3.7 Zusammenfassung: Die Einsatzmöglichkeiten des Vademecum	29		
4 Praktische Anwendung des Vademecum	31		
4.1 Einleitende Bemerkungen:	31		
4.2 Die Durchführung	31		
4.3 Einführung der Eltern, bzw. der beobachtenden Bezugspersonen	31		
4.4 Die quantitative Auswertung und Interpretation	32		
4.4.1 Berechnung des Lebensalters	32		
4.4.2 Berechnung des Entwicklungsalters	33		
4.4.3 Zeichnen des Entwicklungsprofils	35		
4.4.4 Der Entwicklungsverlauf	35		



# Vorwort

Dass die ersten Lebensjahre für die Entwicklung des Menschen sehr bedeutsam sind, ist unbestritten. In dieser Zeit entwickelt sich das Kind ausserordentlich schnell und ist körperlich, seelisch und geistig höchst beeinflussbar; verschiedene Umweltbedingungen können die Entwicklung fördern oder hemmen. In besonderem Masse gilt dies für das behinderte Kind, ist es doch vermehrt auf eine Umwelt angewiesen, die ihm gerecht zu werden versucht und seine optimale Entwicklung begünstigt.

Hier finden Früherkennung und Frühförderung ihre Begründung: Es ist ein Ziel früher - sonderpädagogischer, medizinischer, psychologischer u.a. - Massnahmen, die besonderen Bedürfnisse von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und deren Familien rechtzeitig zu erkennen (Früherkennung und Früherfassung) sowie personale und/oder materielle Hilfen zu gewährleisten (Früherziehung, Frühförderung, Frühtherapie und/oder Elternberatung). So kann versucht werden, die Auswirkungen von Schädigungen, Funktionsanomalien oder Entwicklungsdeprivationen (Heese, 1978, S.4) aufzuheben oder zu mildern.

*Frühe Massnahmen setzen das rechtzeitige Erkennen und Erfassen einer Störung voraus.* Viele, besonders die schweren Störungen, sind gleich nach der Geburt erkennbar. Andere Störungen, die erst im Laufe der Entwicklung eintreten oder manifest werden, können auch erst im Lauf der Zeit entdeckt, erkannt und erfasst werden. Dafür bedarf es Verfahren, die sich u.a. an der "normalen" Entwicklung des Kindes orientieren, was allerdings nicht bedeutet, dass sich auch die frühen Massnahmen (Entwicklungsförderung, Früherziehung) zwingend an die Normalentwicklung anlehnen müssen. Die Formulierung von Erziehungs- und Förderzielen darf sich nicht ausschliesslich auf statistische Normen berufen, sondern muss sich wesentlich auf pädagogische und entwicklungspsychologische Überlegungen stützen und sich nach den Bedürfnissen des betroffenen Kindes richten (Speck, 1981).

Das hier vorgestellte Vademecum orientiert sich an der durchschnittlichen Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern. Fachleute, die sich seiner bedienen, werden aber unschwer theoretische Hintergründe, auf die es sich abstützt, erkennen.

Es ist nicht nur in der praktischen Arbeit evident, sondern wird seit Ende der siebziger Jahre auch theoretisch postuliert: die Eltern in den Prozess der Früherkennung einzubeziehen (Heese, 1978, S.3); dies vor allem, seit ökopyschologisches Gedankengut in Sonderpädagogik, Psychologie und Medizin Eingang gefunden hat. So empfiehlt u.a. Tobler (1985, S.28): "Die primäre Rolle der Eltern in jeder Früherkennung ist wichtig; ihre Beobachtungen sind ernst zu nehmen." Die Mutter entwickelt bald "einen siebten Sinn" für ihr Kind, mit dem sie Entwicklungsabweichungen oder Störungen sehr früh erahnt.

Die Eltern oder andere primäre Bezugspersonen sind in den frühen Jahren, in denen Früherkennung anzusiedeln ist, so häufig und intensiv mit dem Kind zusammen, dass sie es weit aus am besten kennen. Dies bedeutet nicht, dass sie die besten Diagnostiker sind. Sie können sich irren, von falschen

Annahmen ausgehen, sich vor angstmachenden Realitäten mit Umdeutungen schützen usw. Dies zu erkennen, mit den Eltern zu bearbeiten und in die weiteren Gespräche und Massnahmen miteinzubeziehen, ist Aufgabe der Fachleute.

Aus Gründen der persönlichen, emotionalen wie räumlichen Nähe zwischen Mutter/Vater und Kind ist es aus ethischen und theoretischen Gründen folgerichtig, die Eltern in einen für sie wichtigen und möglicherweise enorm folgenschweren Prozess wie die Früherkennung einzubeziehen.

Das Kind mit seiner Entwicklung kann so auch eher in seinen Lebenszusammenhängen gesehen werden, was entscheidend zu einer ganzheitlichen Betrachtung und Erfassung des Kindes beiträgt. Früherkennung und anschliessende Massnahmen sind effizienter, wenn erstere ihr Augenmerk ebenso auf die eigentliche Abklärung der psychischen, physischen und geistigen Fähigkeiten, wie auf entwicklungsgefährdende und entwicklungsfördernde Momente legt.

Es gilt, die Eltern in ihren Anliegen ernst zu nehmen, und mit dem eigenen Fachwissen interdisziplinär und kooperativ zu versuchen, dem Kind und den Eltern die notwendigen und möglichen Hilfen zu vermitteln. "Familiennähe" (Wöhler, 1986) in Früherkennung, Diagnostik und Behandlung bleibt dann nicht nur ein Postulat, sondern wird gefüllt durch lebendige, wenn auch nicht immer problemlose Beziehungen.

Wird dieser Ansatz konsequent verfolgt, so liegt die Schlussfolgerung nahe, die Eltern auch an den Instrumenten, die zur frühen Erkennung von Behinderungen eingesetzt werden, teilhaben zu lassen. Diesem Zweck dient das vorliegende "Vademecum für die Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes".

Das Vademecum kann als eigentliches *Grobsiebverfahren zum ersten Auffinden von Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen bei Kleinkindern bis etwa zum dritten Altersjahr sowie zur Entwicklungsbeobachtung* bei Kindern mit festgestellter Schädigung bezeichnet werden. Es wird von Fachleuten zusammen mit Eltern oder anderen Bezugspersonen eingesetzt, wenn Bedenken bezüglich der normalen Entwicklung eines Kindes bestehen. Eltern, die ihr Kind mit Hilfe des Vademecum beobachten, sollten immer von geschulten Fachleuten begleitet werden, um nicht zusätzlich durch die unkommentierte Einsicht in Entwicklungsnormen und Auswertungsschablonen verunsichert zu werden.

1977 wurde in Grossbritannien von Mia Kellmer Pringle, der Direktorin des National Children's Bureau London, der *Development Guide, 0-5 Years; Experimental Version*, ein Heft zur Entwicklungsbeobachtung für Eltern und professionelle Erzieher, herausgegeben. Über Dr. Heinrich Nufer, dem Direktor des Marie Meierhofer-Instituts für das Kind, Zürich, gelangte dieses Verfahren in die Schweiz und wurde im Pädagogischen Institut der Universität Zürich, übersetzt. Darauf wurde es - der sonderpädagogischen Fragestellung gemäss - im Institut für Sonderpädagogik als Vademecum neu konzipiert und in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus der pädagogischen und medizinischen Praxis an 245 Kindern des Kantons Zürich in einer Längsschnittstudie getestet.

Zwischen den beiden Beobachtungsheften kann nur noch we-

nig Übereinstimmung festgestellt werden. Im Gegensatz zum englischen Guide handelt es sich beim Vademecum nicht ausschliesslich um ein deskriptives Beobachtungsverfahren. Dank den inhaltlichen und statistischen Überprüfungen, die zu den in dieser Mappe vorliegenden Überlegungen und Unterlagen geführt haben, kann das Vademecum als Instrument zur Früherkennung von Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen bezeichnet werden. Es genügt den allgemein gültigen Testgütekriterien und bezieht eine dialektische und ökopyschologische Sichtweise der Früherkennung mit ein.

Die Schweizer Erarbeitung liegt nun vor und ist dem interessierten Fachpublikum aus den Bereichen Medizin, Heilpädagogik, Psychologie, Früherziehung (Frühförderung), Mütterberatung, Kinderkrippen, Logopädie, Ergo- und Physiotherapie (Arbeits- und Bewegungstherapie) zugänglich.

Im vorliegenden Begleitheft werden zuerst grundsätzliche und theoretische Überlegungen zur Früherkennung von Behinderungen vorgestellt. Auf die dialektische und ökopyschologische Sichtweise wird dabei besonders eingegangen (Kapitel 1). Danach wird das Vademecum in seinem Aufbau vorgestellt (Kapitel 2) und anschliessend (Kapitel 3) werden die Anwendungsmöglichkeiten, aber auch die Grenzen dieses Verfahrens dargestellt und reflektiert. Das 4. Kapitel beinhaltet die Einsatzmöglichkeiten sowie die Durchführung, Auswertung und Interpretation des Vademecum. Anhand von zwei Fallbeispielen wird Früherkennung unter ganzheitlichen und ökopyschologischen Aspekten erläutert und es wird aufgezeigt, wie sich quantitative und qualitative Auswertung und Interpretation gegenseitig bedingen. Das 5. Kapitel schliesslich gibt einen kurzen Überblick über die Studie, auf der die vorliegende Ausgabe des Vademecum beruht. Forschungsfragen, statistische Auswertungsverfahren und wesentliche Ergebnisse werden darin kurz dargestellt und ihre Bedeutung für die Früherkennung diskutiert.

Das Vademecum wurde am Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich wissenschaftlich erarbeitet. Das Nationalfondsprojekt: "Früherkennung von Behinderungen bei Kleinkindern - Entwicklungsdiagnostik unter Berücksichtigung von Umweltvariablen" wurde von 1982 bis 1986 unter der Leitung von Prof. Dr. *Gerhard Heese* bearbeitet. Ihm, seiner langjährigen fachlichen Begleitung und Unterstützung, möchte ich ganz besonders danken.

Die aufwendige statistische Aufarbeitung und Auswertung der Daten, eingeschlossen die Herstellung spezifischer Programme zur statistischen Analyse, wurde vollständig von Herrn *Bernd Harte*, lic. phil., Psychologe und Informatiker, durchgeführt. Frau Dr. phil. des. *Barbara Jeltsch-Schudel*, Sonderpädagogin, hat das Projekt von Anfang bis Ende in verschiedenen Funktionen begleitet. Dem treuen und zuverlässigen Mitdenken und Mitarbeiten dieser Kollegin und dieses Kollegen, die vielfach das Unmögliche möglich gemacht und sich unermüdlich eingesetzt haben, gilt mein ganz persönlicher Dank.

Jahrelang wurden die Forschungsarbeiten durch den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung und durch die Stanley Thomas-Johnson-Stiftung finanziell unterstützt. Ohne deren grosszügige Zuwendungen wäre dieses Forschungsprojekt nicht möglich gewe-

sen. Den beiden Institutionen sei an dieser Stelle sehr gedankt. Eingeschlossen in diesen Dank wird auch die Firma Carlit & Ravensburger, die uns einen grossen Satz Spielzeuge zur Verfügung stellte, mit dem wir den Eltern und Kindern der repräsentativen Studie eine kleine Anerkennung für ihre mehrmonatliche Mitarbeit zukommen lassen konnten.

Eine intensive Zusammenarbeit während verschiedener Phasen des Projektes ergab sich in theoretischer Diskussion, Planung, Beratung und Projektdurchführung mit Prof. Dr. *Andreas Bächtold*, Frau cand. phil. *Asta Cebulla*, Dr. *Heinrich Nufer*, Dr. *Wolfgang Otto*, und lic. phil. *Roland Schnyder*. Auch ihnen möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

Weiter sei folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Feldstudie und der Administration gedankt: *Barbara Alzinger*, *Daniela Dombrowski*, *Ursula Fankhauser*, *Patsy Ganter*, *Anita Haid*, *Christine Hoffmann*, *Hana Jezek*, *Gisela Kempter*, *Monika Kick*, *Susanne Kofmel*, *Susanne Lutz-Bosshard*, *Brigitte Müller-Rohr*, *Seraina Puorger*, *Nicola Retzer*, *Brigitte Rohner*, *Susanne Schneeberger*, *Christine Schneider*, *Christine Schneider-Fust*, *Christof Schudel*, *Barbara Schweizer*, *Maggy Straub*, *Cornelia Thoma*, *Beat Werlen*, *Inge Zschaler*, *Regula Züst*.

Für die hilfreichen Anregungen bei der Abfassung des Textes und für die aufmerksame Durchsicht des Manuskripts danke ich besonders *Käthi Bieber*, *Ursula Hoyningen-Süess* und *Jürg Mächler*.

Allen Eltern, die sich an dieser Studie beteiligt haben, und ohne deren zuverlässige Mitarbeit und Interesse über längere Zeit diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre, möchte ich von ganzem Herzen danken. Dank gebührt auch den Fachleuten (Kinderärzten, Mütterberatungsschwestern und Früherzieherinnen), die die Eltern über die Studie informiert und somit deren Teilnahme ermöglicht haben.

Zürich, im August 1987

Ines Schlienger

# 1 Ein neues Früherkennungsinstrument - Wozu?

## 1.1 Vom ersten Verdacht zur adäquaten Hilfe

### 1.1.1 Eltern hegen den ersten Verdacht

Jede Mutter und jeder Vater wünscht sich ein gesundes, normales, schönes, glückliches Kind. Die Eltern entwickelten schon während der Schwangerschaft eine eigene, innere Vorstellung davon, wie das Kind sein könnte. Auch wenn sie ganz offen sind für viele mögliche Entwicklungen, so gibt es doch solche, die sie weder ihrem Kind noch sich selbst wünschen.

Viele Eltern vergleichen ihr Kind auch mit anderen auf dem Spielplatz oder in der Spielgruppe. Sie registrieren sehr genau, wo ihr Kind im Vergleich mit anderen steht. Ist es im Rückstand, fühlen sich viele Eltern beunruhigt oder gekränkt.

Ebenso vergleichen Eltern die Verhaltensweisen, die ihr Kind zeigt, mit den eigenen Vorstellungen über die "normale" Entwicklung des Kindes sowie mit dem Wissen, das sie sich in Gesprächen und aus Büchern und Zeitschriften angeeignet haben. Ist die Diskrepanz zwischen den konkreten Beobachtungen und den idealen Vorstellungen über das Kind zu gross, so kann der Verdacht entstehen, dass mit dem Kind "etwas nicht stimmt". Ähnliche Prozesse laufen ab, wenn das Kind Verhaltensweisen zeigt, mit denen die Eltern nicht mehr umgehen können, die ihnen fremd erscheinen, die sie sich nicht erklären können und die sie hilflos machen.

Dies sind Probleme, denen die meisten Eltern ausgesetzt sind. Nur stellen sie sich Eltern mit behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern in viel schärferer Form. Eltern, die den Verdacht hegen oder vor der Erkenntnis stehen, ein behindertes Kind zu haben, befinden sich in einer Schwelensituation. Sie wünschen sich und dem Kind eine andere Zukunft als die bedrohliche, vor der sie im Moment stehen. Sie sind dem, was auf sie zukommt mehr oder weniger hilflos ausgeliefert. Sollte sich der Verdacht erhärten oder eine belastende Diagnose gestellt werden, so wird sich das gesamte Leben der Familie ändern, werden sich alle der neuen Situation anpassen müssen.

Mutter oder Vater eines behinderten oder entwicklungsverzögerten Kindes zu sein, ist zunächst kränkend, verletzt das Selbstwertgefühl. Die Eltern wissen und spüren auch überdeutlich genug, dass es in unserer Gesellschaft nicht leicht ist, ein behindertes Kind zu haben und fürchten die Isolation, die entstehen kann ebenso, wie die zusätzliche körperliche und seelische Belastung und die Abstriche, die sie in der eigenen Lebensplanung machen müssen<sup>1</sup>. Auf der anderen Seite stehen hingegen die Sorge um das Kind, ihre Liebe und das Verantwortungsgefühl ihm gegenüber, sowie ihre Hoffnung, durch gezielte Hilfen eine Schädigung abwenden oder mildern zu können und dabei auch selbst Verständnis und Hilfe zu erhalten.

In diesem Prozess des langsamen Erkennens fühlen sich viele Eltern tief verunsichert; Hoffnung und Angst wechseln sich ab. Das "Wissen" darum, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt und die Verleugnung dieses Wissens liegen vielfach sehr nahe beieinander und die Eltern schwanken zwischen "ich habe es schon immer gewusst, dass das Kind nicht so ist, wie die anderen" und der Haltung, dass die Schwierigkei-

ten des Kindes "eigentlich gar keine sind". In diesem zweiten Fall werden die Probleme des Kindes häufig an kleinen Entwicklungsbesonderheiten festgemacht, über die man auch hinwegsehen kann ("das macht nichts, wenn es immer stolpert, vorwärts kommt es ja ohnehin"), oder die Ängste betreffen kleine Entwicklungsschritte, die, wenn das Kind die betreffende Fähigkeit zeigt, alle Zweifel scheinbar zerstreuen. Diese Verunsicherung und dieses Schwanken ist belastend und wirkt sich auf die gesamte Erziehungshaltung<sup>2</sup>, aber auch auf die Gestaltung des familiären Lebens aus. Mütter berichten von Übervorsicht und Ängstlichkeit, vom Verlust der Spontaneität dem betroffenen Kind und manchmal auch den anderen Familienmitgliedern gegenüber. In einer solchen Phase wird von den Eltern zuweilen ausdrücklich eine Diagnose gewünscht, wobei sie hoffen, dass es sich nur um eine leichte Störung mit günstiger Prognose handle<sup>3</sup>. Es kann aber auch beobachtet werden, dass ein früher Verdacht von den Eltern verdrängt und verleugnet wird, auch wenn er offensichtlich wäre. Trotzdem scheint der Verdacht latent weiterhin zu bestehen und das Erleben und Handeln der Eltern zu beeinflussen.

Zur Illustration sollen hier anhand der Familie D. beispielhaft Aspekte der Problematik der frühen Erkennung von Behinderungen und der Begleitung der Eltern (in diesem Beispiel der Mutter) beschrieben werden:

*Andreas ist das einzige Kind aus einer Oberschichtfamilie. Die Schwangerschaft war ursprünglich nicht erwünscht, der Knabe wurde jedoch in der Familie gut aufgenommen und wächst nun in einem gepflegten, anregenden und kindgerechten Milieu auf. Frau D. ist mit ihrer Wohn- und Lebenssituation zufrieden, auch die Betreuungssituation des Kindes ist für sie befriedigend geregelt. Die Mutter hat seit Andreas' Geburt auf eine eigene berufliche Tätigkeit verzichtet und fühlt sich wohl dabei. Zur Mütterberatungsschwester hat Frau D. ein gutes, offenes Verhältnis, mit dem Kinderarzt kann sie jedoch nicht alles besprechen. Als Andreas 10 Monate alt ist, vertraut sich Frau D. der Mütterberatungsschwester an. Der kleine Andreas macht ihr Sorgen. Die Frage, ob er lediglich ein Spätentwickler sei, wie der Kinderarzt schon verschiedentlich betonte, oder ob dem Entwicklungsrückstand nicht doch eine ernstzunehmende Störung zugrunde liege, kann die Mütterberatungsschwester auch nicht beantworten. Andreas wird zur heilpädagogischen Beobachtung bei der Autorin angemeldet.*

*Die Mutter schildert den 10 Monate alten Knaben im ersten Gespräch als sehr lebhaft, lieb und einfach zu haben. Er pläuderle viel und habe Freude, wenn sie sich mit ihm abgibt. Sie habe ihn gern, "so wie er ist". Allerdings neige er auch zu Sturheit, lasse sich nichts aufzwingen und zu nichts überreden. Er gewinne immer "im Kampf", das störe sie manchmal. Sie wünscht sich aber auch, dass das Kind in seiner Entwicklung weiter voraus wäre. Im "Konkurrenzkampf mit anderen Müttern" verliere sie immer. Andreas sollte sein wie die Gleichaltrigen, sollte den ersten Zahn haben und kriechen können. Andererseits habe sie halt "gern noch ein kleines Baby". Sie schildert sich selbst als unkomplizierte, aber eher ängst-*

*liche Mutter. Das Kind gebe sie nicht gern in Fremdbetreuung, sie wisse halt immer gleich, was es brauche, könne sein Weinen deuten. "Ich habe den Narren gefressen an meinem Kind, obwohl ich es ursprünglich nicht wünschte." Den Gatten schildert sie als geduldigen, spielfreudigen Vater, der sich gern mit dem Kind abgebe. Er schimpfe nie und ergreife in Erziehungsdiskussionen stets die Partei des Kindes. Die Mutter wünscht sich Erziehungsliteratur, "damit ich weiss, wie ich in Situationen, die später einmal eintreten können, richtig reagieren muss."*

Die Situation von Frau D. ist geprägt durch Unsicherheit und Ambivalenz. In diesem ersten Gespräch, das der Abklärung des Kindes vorausgeht, erwähnt die Mutter wenig von ihren Bedenken bezüglich der normalen Entwicklung des Kindes. Sie lenkt ihre Beobachtungen immer wieder auf das Positive, rühmt das Kind und schwärmt von ihm. Probleme werden heruntergespielt oder isoliert betrachtet ("wenn der erste Zahn dann kommt, werden meine Bedenken zerstreut sein"). Einerseits sieht die Mutter, dass ihr Kind im Vergleich mit Gleichaltrigen schlechter abschneidet, und sie wünscht es besser entwickelt, andererseits schützt sie sich vor Enttäuschungen durch einen engen Zusammenschluss mit dem Kind (sie hat "halt gern noch ein Baby", kann das Kind nicht weggeben, nur sie weiss, was es braucht).

Hier sind von Seiten der begleitenden Fachperson verschiedene Hypothesen möglich: ein allfälliger Entwicklungsrückstand könnte bedingt sein durch den zu engen Zusammenschluss zwischen Mutter und Kind. Es könnte sein, dass die Mutter am "Baby" festhält und dem Kind wenig Möglichkeiten gibt, sich emotional und sozial altersgemäss zu entwickeln und ausreichend Umwelterfahrungen für seine motorische und kognitive Entwicklung zu sammeln. Dann würde es sich um eine "Entwicklungsdeprivation aus Überbehütung" handeln.

Es könnte andererseits auch sein, dass die Mutter schon sehr bald spürte, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt und sie sich anschliessend ganz auf das Kind und seine Bedürfnisse einstellte. Der enge Zusammenschluss zwischen Mutter und Kind wäre dann eine Folge davon, dass das Kind effektiv besondere Anforderungen an die Bezugspersonen stellte und die Mutter mit ihrer Haltung das Kind und sich vor Überforderungen sowie Kränkungen von seiten der Aussenwelt schützen musste. Dies sind alles einseitige kausale Erklärungsmöglichkeiten.

Eine dritte Hypothese, in der die beiden erstgenannten miteinhalten sind, erweist sich der Autorin als die naheliegendste: Eine Mutter, die grundsätzlich dazu neigt, sich besonders ernsthaft um ihre Bezugspersonen zu bemühen, trifft hier auf ein Kind, das ganz besondere Ansprüche stellt. In gegenseitiger Interaktion und Wechselwirkung entsteht dann das vorliegende Bild der Mutter-Kind-Beziehung und des Entwicklungsstandes des Kindes.

*Andreas' Entwicklung erweist sich in einer ersten Analyse der Beobachtungen, die die Mutter anhand des Vademecum vornimmt, als verzögert; der Denver-Test ist normal. Der Mutter wird angeraten, das Kind pädiatrisch abklären zu lassen.*

*In weiteren Gesprächen teilt die Mutter mit: zum ersten Mal hätte ihr jemand ihren Verdacht bestätigt, dass Andreas an-*

*ders sei. Sie schildert, wie Andreas nach der Geburt nicht weinte, er habe "gemeckert wie eine Geiss, und nicht mehr aufhören wollen", ihr sei dies aufgefallen, aber sonst habe es niemand zur Kenntnis genommen. Andreas könne auch selten ruhig an einem Spiel bleiben, wenn er es tue, bewege er gleichförmig und unermüdlich einen Schlüsselbund vor den Augen.*

Dies zeigt, dass Frau D. zwar um das grundsätzliche Anderssein ihres Kindes "weiss", jedoch immer wieder versucht, dieses "Wissen" wegzudrängen. Sie ist sich auch bewusst, dass sie als Mutter den Bedürfnissen eines (gewöhnlichen) Kindes gerecht werden könnte, eine "gute Mutter" ist, trotzdem wird sie bei ihrem Kind immer wieder damit konfrontiert, dass ihre Art mit dem Kind umzugehen und ihr Beziehungsangebot versagen. Dies betrachtet sie als ihr persönliches Problem, dem sie mit Erziehungsliteratur und Ratschlägen, die sie bei Bekannten einholt, beizukommen versucht. Sie merkt aber auch genau, dass ihr Bücher bei den speziellen Problemen mit Andreas nicht helfen. Dies ist mit ein Grund, weshalb sie jetzt bei einer Heilpädagogin Beratung und Hilfe sucht.

*Der neu aufgesuchte Kinderarzt meldet das Kind gleich zur Abklärung im Kinderspital an. Dort werden verschiedene Vermutungen über die Art der Störung geäussert, die die Mutter sehr verunsichern. Die Analysen würden aber lange dauern. Die Mutter ist sehr besorgt und erhofft sich eine baldige Diagnose, damit sie von der Unsicherheit erlöst wird. Eine POS-Diagnose würde sie beruhigen, "alles deutet auf ein POS hin". Die Mutter befürchtet Schlimmeres, wünscht aber trotzdem die Wahrheit zu erfahren. Diese sei besser zu ertragen als die ständige Unsicherheit. Trotzdem fragt sie die Autorin immer wieder, ob denn etwas "Abnormales" am Kind zu bemerken sei. Für sie sei Andreas normal, einfach "etwas hintennach". Im nächsten Satz wiederum hält sie fest, schon immer gewusst zu haben, dass etwas nicht stimmt. Sorgen macht ihr auch, dass sie "jegliche Spontaneität im Umgang mit dem Kind" verliere. Sie beginne, alles an Andreas zu beobachten und interpretiere jede Veränderung als Zeichen einer Störung. Nach langen Wochen des Wartens, Bangens und Hoffens, wird die Diagnose Chromosomenanomalie Marker-X verbunden mit geistiger Behinderung gestellt.*

Vom Zeitpunkt des erhärteten Verdachts an erfährt der Früherkennungsprozess eine grosse Dynamik, was bei Frau D. eine weitere massive Verunsicherung auslöst. Plötzlich bricht sehr viel und sehr Schmerzhaftes in ihr auf. Die "zunehmende Gewissheit", Mutter eines geistig behinderten Kindes zu sein, berührt sie im Innersten. Ihr Bild ihrer eigenen Person und als Mutter eines normalen Kindes und das Idealbild ihres Kindes (normal, gesund, intelligent) werden empfindlich gestört. Die zeitweise Verdrängung des zunehmenden Wissens kann zwar manchmal noch die alten Bilder aufrecht erhalten, der Erziehungs- und der Beziehungsnotstand werden aber dadurch nicht gelindert, das Selbstwertgefühl nicht wiederhergestellt. Die Diagnosestellung bringt zuerst zwar auch Entlastung und Befreiung, bald aber tauchen viele Fragen, Ängste und Schuldgefühle auf, bei denen die Mutter weiterhin Begleitung braucht. Frau D. meldet sich bei einer Früherziehungsstelle an und ist sehr zufrieden mit der Betreuung, die sie und ihr Kind dort erfahren.



massiv anhäufen, wenn diese als 'schwer' eingeschätzt werden, wenn das Ergebnis einer Eigenprognose nicht eintritt und wenn ein Anzeichen unvermittelt auftritt (akut)" und nicht so langsam und chronisch verläuft, dass man sich daran gewöhnt und es gar nicht mehr als "nicht normal" wahrnimmt<sup>5</sup>. In diesem Zusammenhang muss auch berücksichtigt werden, wie intensiv die Eltern von dem beobachteten Symptom und dem Verdacht betroffen sind, bzw. ob nicht vordringlichere Probleme anstehen. Eine ohnehin schon belastete Mutter muss abschätzen, ob der aufkeimende Verdacht zur Zeit eines ihrer vordringlichsten Probleme ist. Bei schlechter finanzieller Situation der Familie beispielsweise, bei Problemen in der Berufssituation (der eigenen oder der des Partners), wenn andere Kinder oder Familienangehörige Sorgen bereiten oder Verpflichtungen anstehen, die nur schwer einzulösen sind, ist es leicht möglich, dass die zusätzliche emotionale, finanzielle und zeitliche Belastung gescheut wird. Zudem gelangen Eltern mit ihren Sorgen offenbar seltener zu Aussenstehenden und holen sich seltener Hilfe, wenn sie sich davor fürchten, als Verursacher der Probleme ihres Kindes bezeichnet zu werden<sup>6</sup>.

Neben diesen Faktoren der **subjektiven Wahrnehmung und Bewertung von Symptomen** beeinflussen weitere Faktoren die Eltern in ihrer Entscheidung, sich an Aussenstehende zu wenden:

- **Möglichkeiten zur Selbsthilfe:** Es kann davon ausgegangen werden, dass zunächst diese Möglichkeiten überprüft und ausgeschöpft werden: Gibt es Bücher zum Thema? Sind Nachbarn, Verwandte oder Bekannte in erreichbarer Nähe, die über Erfahrungen verfügen, die zur Lösung der Probleme beitragen können? Manchmal sind solche informellen Hilfen ausreichend, manchmal sogar hilfreicher als fachlich-professionelle. Durch einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund und die Statusgleichheit sind informelle Hilfen vielfach adäquater und können auch eher angenommen werden.

- **Bewältigung von Krisen<sup>7</sup>:** Jeder Mensch entwickelt für sich Strategien, die ihm bei der Bewältigung von Krisen im Lebenslauf helfen. Der Verdacht, ein behindertes Kind zu haben, löst immer eine mehr oder weniger ausgeprägte Krise aus. Auch hier greifen die betroffenen Eltern zunächst auf bewährte Handlungsmuster zurück, die ihnen helfen, mit der neuen Situation fertig zu werden. Als mögliche Bewältigungsstrategien<sup>8</sup> können genannt werden:

1) **Abwehr:** Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Krisengegenstand wird vermieden und die Angelegenheit ins Unbewusste verschoben. Die Betroffenen "wissen" dann nichts von einem Verdacht. In der extremen Form der Abwehr werden auch die Mahnungen oder Hinweise von Bekannten oder Fachleuten "überhört". Elterliche Aussagen wie: "es hat mir nie jemand gesagt, dass mit dem Kind etwas nicht stimmen könnte", obwohl sich viele Personen darum bemüht hatten, die Eltern auf die Schwierigkeiten des Kindes und die Notwendigkeit einer Behandlung aufmerksam zu machen, sind Jahre später nicht selten zu hören.

2) **kognitive Umstrukturierung:** Hier werden Ziele und Werthaltungen, Interessen und Einstellungen den neuen Gegebenheiten angepasst. Als Beispiel sei hier an Frau D. im oben geschilderten Fallbeispiel erinnert. Sie äussert, bewusst "gern

noch ein kleines Baby" zu haben. Dies hilft ihr, in gewissen Momenten den Entwicklungsrückstand des Kindes nicht zur Kenntnis nehmen zu müssen.

3) **erlernte Hilflosigkeit:** Diese von *Seligman*<sup>9</sup> erstmals formulierte Reaktionsart wird entwickelt, wenn ein Mensch sich seinen Bezugspersonen und der Welt gegenüber immer wieder ohnmächtig erfährt und erfahren hat; dies v.a. durch inkonsistente Reaktionen der Umwelt auf seine Handlungen. So baut er sich zwangsläufig als Konzept auf, dass auf das, was geschieht, grundsätzlich kein handelnder Einfluss genommen werden könne. Der einzelne fühlt sich somit hilflos seiner Umwelt ausgeliefert. Daraus kann ebenso eine resignative Haltung - wie: "es nützt ja alles nichts", "was ich auch tue, es ändert nichts" - entstehen, wie eine regressive Erwartung von Hilfe: "die anderen sollen mir helfen, ich kann nichts tun". Im extremsten Fall mündet sie in eine schwere Depression<sup>10</sup>.

4) mit **Bewältigungshandlungen** schliesslich als vierter Möglichkeit nehmen die Betroffenen direkt Einfluss auf den Gegenstand der Krise. Sie handeln, suchen Hilfe, setzen sich mit dem Problem auseinander, begehren auf und suchen aktiv nach Problemlösungen.

Diese Strategien können über sämtliche Lebensfelder generalisiert sein und lange Zeit überdauern, sie sind aber zumeist, je nach Lebensbereich, in dem sich die Krise äussert, unterschiedlich geprägt. So gibt es Menschen, die im beruflichen Feld sehr aktiv an Krisensituationen herangehen und sie zu ihrer Zufriedenheit meistern, während sie in Beziehungsangelegenheiten eher mit Hilflosigkeit reagieren.

Die vorgängig beschriebenen Möglichkeiten der Krisenbewältigung sind keine statischen Phänomene. Es sind Möglichkeiten, die jedem Menschen - individuell gewichtet - zur Verfügung stehen und sich im Laufe eines Lebens stark verändern können. Insofern stellen Krisen immer auch *Chancen zur Weiterentwicklung* dar.

Es soll hier keine Hierarchisierung der einzelnen Möglichkeiten angestrebt werden, in dem Sinne, als nur *Bewältigungshandlungen* als adäquat akzeptiert würden. Handeln, adäquates Handeln, wird zwar in unserer Gesellschaft allgemein als die positivste Bewältigungsstrategie anerkannt und als solche auch angestrebt. Trotzdem soll sie nicht als Norm gelten. Die Haltung der Fachleute den Menschen in Krisen gegenüber soll, welcher Bewältigungsstrategie sie sich auch immer bedienen, eine verstehende, akzeptierende sein. Aussagen von Fachleuten wie: "bevor diese Mutter ihr behindertes Kind nicht besser akzeptiert hat, kann ich nicht mit dem Kind arbeiten, sie wird immer alles, was ich vorschlage, unterlaufen" oder "diese Mutter ist so depressiv, mit der kann man nichts anfangen" werden dann abgelöst durch eine Haltung des Verstehens und Akzeptierens. Mütter haben das Recht darauf, in Krisen zu sein, und sie haben das Recht, auch in Krisen eine Begleitung zu erfahren. Erst durch eine so veränderte Haltung können Fachleute Menschen in Krisen hilfreich begleiten.

- **Wissen um Fachleute und deren örtliche Nähe:** Je näher zum Wohnort der Eltern sich die Fachleute, bzw. Zentren befinden, an die sich die Eltern mit Erziehungs- und Entwicklungsfragen wenden können, umso eher werden sie auch aufgesucht. Dies bedingt allerdings vorgängig, dass die Eltern informiert sind darüber, welche Fachleute für welche Probleme zur Verfügung stehen.

- **Vertrautheit mit und Vertrauen in Fachleute.** Es fällt nicht allen Eltern leicht, eine Fachperson aufzusuchen und sich ihr anzuvertrauen. Vielfach erweist sich die Schwellenangst als sehr gross. Das Verhältnis zwischen Fachleuten und Eltern wirkt sich hier entscheidend aus. *Thimm*<sup>11</sup> spricht in diesem Zusammenhang auch von (schichtspezifischen) "Gesundheitsdienstbarrieren". Gute Erfahrungen bei ersten Begegnungen, Vertrautheit mit Fachleuten aller Art, sowie das Wissen darum, dass man etwa "dieselbe Sprache spricht", helfen vielen Eltern weiter.

Viele Mütter fürchten sich allerdings vor einer Stigmatisierung, bzw. davor als "krank", "verrückt" oder "hypochondrisch" bezeichnet zu werden<sup>12</sup>, wenn sie ihre Befürchtungen äussern. Resignation und Hoffnungslosigkeit sind häufig die Folge dieser unbewältigten Befürchtungen.

#### **zur Schleife: Werden die elterlichen Sorgen von den Fachleuten geteilt? [5 - 6 - 4 - 3]**

Wenden sich die Eltern mit ihren Sorgen an eine Fachperson, so kann diese die Befürchtungen der Eltern annehmen (wahrnehmen, teilen, ernst nehmen) oder sich abweisend verhalten.

Viele Fachleute sind es eher gewohnt, mit "objektiven" Verfahren "objektive" Tatbestände (z.B. Erkrankungen) festzustellen und heilend einzugreifen. Behinderungen sind oft nicht heilbar und die Fachleute werden dabei mit einer Situation konfrontiert, die sie persönlich, emotional und fachlich trifft: sie können nicht heilen. Viele Behinderungen, die nicht gleich erkennbar sind, oder Entwicklungsstörungen und -beeinträchtigungen, die zu einer Behinderung führen *können*, verunsichern. Häufig wird dieses Unvermögen, Klarheit zu erlangen und erfolgreich zu helfen, als persönliches Versagen aufgefasst. Da ist es nur verständlich, wenn sich Fachleute vor der diagnostischen Unsicherheit und vor solchen Empfindungen der Ohnmacht unbewusst zu schützen versuchen, indem sie die Befürchtungen der Eltern als unbegründet ablehnen<sup>13</sup>. In einem solchen Fall können die Eltern weiter zuwarten oder sie resignieren und geben auf. Sie können aber auch eine andere Fachkraft aufsuchen und um Hilfe bitten, oder sich selbst weiterzuhelfen versuchen (was im oben beschriebenen Beispiel der Fall war).

Diese 'Zusatzschleife' im Früherkennungsprozess kann bei vielen Fällen erst spät festgestellter Behinderung beobachtet werden. Ihre Ursache liegt nicht ausschliesslich an einem Versagen der Fachleute oder der Testverfahren. Störungen der kindlichen Entwicklung können sich so diskret oder unklar zeigen, dass sie im frühen Stadium nur von Personen die mit dem Kind sehr vertraut sind, z.B. den Müttern, wahrgenommen werden. Objektive Testmethoden können - noch - versagen.

#### **Zur Schleife: Werden Hilfen angeboten? [7 - 8 - 4 - 3]**

Es bietet sich noch eine weitere Klippe im Prozess einer adäquaten Problemlösung an: Dort, wo die Fachleute die elterlichen Sorgen zwar teilen, diesem Umstand jedoch keine Massnahmen folgen, mit denen die anstehenden Probleme gelindert werden könnten.

Ähnliches geschieht, wenn die Fachleute bei bestätigtem Verdacht und gestellter Diagnose pessimistisch finden "da ist halt nichts zu machen" oder man soll "noch zuwarten". Früherziehung mit begleitender Beratung der Eltern ist in solchen Fällen meistens indiziert; zudem sollten die Eltern über Mög-

lichkeiten zur Verarbeitung der schwierigen Situation informiert werden, z.B. durch Adressenvermittlung von Beratungsstellen, Elterngruppen oder Behindertenorganisationen.

#### **zur Schleife: Ist die Hilfe adäquat? [9 - 10 - 11]**

Zum Schluss soll noch kurz der letzte Aspekt des Früherkennungszirkels beleuchtet werden: die Fachleute teilen die elterlichen Sorgen und bieten Hilfe an. Entscheidend ist in dieser Phase, ob die Betroffenen diese Hilfe als adäquat oder als nicht adäquat erleben: Auch hier stehen das Erleben und die subjektive Bewertung von Sachverhalten durch die Betroffenen im Vordergrund. Viele medizinische, pädagogische oder psychologische Massnahmen können, von aussen gesehen, als optimale Lösung für ein Kind oder seine Bezugspersonen erachtet werden. Sie werden jedoch dann vom Kind oder den Eltern als nicht hilfreich abgelehnt, wenn nicht jene spezifischen lebensgeschichtlichen und aktuellen Aspekte berücksichtigt und miteinbezogen werden, die die Lebenssituation des betreffenden Kindes und seiner Familie bestimmen. Dass in solchen Momenten Eltern als "nicht kooperativ" abgelehnt und sich sträubende Kinder mit Nachdruck in Therapien gezwungen werden, ist die logische Konsequenz einer Folge von Missverständnissen darüber, was für die betroffenen Personen als hilfreich gilt, bzw. zu gelten hat.

Ein weiteres Feld von Missverständnissen über adäquate Hilfe eröffnet sich bei der Situation der Diagnosestellung. Viele Eltern sind zunächst erleichtert, wenn sie nach längerer Zeit der Unsicherheit, des Hoffens und Bangens, endlich "wissen, was das Kind nun hat". Dieser Erleichterung folgt jedoch meist eine Schock, der die Eltern in eine tiefe Krise stürzen kann.

Die Diagnosestellung allein stellt weder für die betroffenen Eltern, noch für das Kind langfristig eine adäquate Hilfe dar. Grundsätzlich soll die Handlungsfähigkeit der Eltern gewährleistet bleiben. Einige Eltern brauchen nach einer Diagnosestellung eine längere Zeit der Ruhe, in der sie sich mit der neuen Situation auseinandersetzen können, ohne gleich zu Therapien verpflichtet zu werden. Andere Eltern benötigen bald Hilfe in Form von Beratung, Früherziehung oder Therapie für sich oder für das Kind.

Vielfach werden die Fachleute aber auch von Anforderungen der Eltern überfordert. *Ohr*<sup>14</sup> nennt als elterliche Erwartungen an den Arzt z.B.:

- der Arzt soll das Kind mit den modernsten Techniken genau untersuchen
- er soll ein klares Urteil fällen
- er soll prognostische Aussagen machen: wird sich das Kind normal entwickeln, wird es laufen, gehen, sprechen, eine Normalschule besuchen können?
- er soll die Ursache der Auffälligkeiten und Behinderung erkennen, und
- er soll mit seinem Wissensvorsprung und dem Vertrauen, dass sie ihm entgegenbringen, alles zum Guten wenden.

Diese Übertragung von Verantwortung und Heilerwartung kann die Beziehung zwischen Fachleuten und Eltern sehr belasten. Weder das Übernehmen der elterlichen Erwartungen, mit der damit verbundenen vorprogrammierten Enttäuschung, noch eine strikte Zurückweisung der Eltern helfen in solchen Fällen weiter. Die Eltern könnten sich unverstanden

fühlen, sich zurückziehen oder anderswo Hilfe suchen.

Zu hohe elterliche Erwartungen können häufig gemindert werden, wenn die Eltern soweit wie möglich in die diagnostischen und die Entscheidungsprozesse über das weitere Vorgehen mit einbezogen werden. Dies kann zwar eine zeitweise Verunsicherung auf beiden Seiten nach sich ziehen, trägt aber letztlich in vielen Fällen zu einem offenen und vertrauensvollen Verhältnis bei, in dem sowohl die Diagnose als auch die geleistete Hilfe immer wieder überprüft werden können.

Im *Idealfall* (die Autorin ist sich bewusst, dass sie hier einen selten erreichbaren Idealfall beschreibt) gelingt es Eltern und Fachleuten, zu einer gemeinsamen Problemdefinition zu gelangen, wobei Schuldzuweisungen und übergrössere Heilerwartungen vermieden und gemeinsam Lösungswege gesucht und erprobt werden können.

Eine so gefundene adäquate Hilfe ist weder gleichbedeutend mit der Diagnosestellung noch der gelungenen Lösung aller anstehenden Probleme bzw. einer Heilung des Kindes. Entscheidend ist in diesem Moment das subjektive Gefühl der Eltern. Sie fühlen sich akzeptiert, man kommt ihnen mit Achtung und Wertschätzung entgegen. Sie und ihr Kind erhalten Hilfe dort, wo sie sich nicht selbst helfen können und solange, wie sie diese benötigen.

### 1.1.3 Fachleute hegen den ersten Verdacht

Hegen die Fachleute den ersten Verdacht, ohne dass von seiten der Eltern oder anderer Bezugspersonen eine ähnliche Vermutung schon geäussert worden wäre, ist ein dem elterlichen Früherkennungszirkel vergleichbarer Ablauf beschreibbar. Dieser ist in Abbildung 2 dargestellt.

Die hier angesprochenen Fachleute können - je nach Organisation des Gesundheitswesens - Kinderärzte, Mütterberatungsschwestern oder das Personal aus Vorsorgezentren, Beratungsstellen oder familienergänzenden Institutionen wie Heimen und Krippen sein. Es sind dies Fachkräfte, die in *regelmässigem oder periodischem Kontakt* mit kleinen Kindern und deren Bezugspersonen stehen.

Um einen ersten Verdacht hegen zu können, muss den Fachpersonen über ein bestimmtes Mass an Sachwissen um gesunde und normale, gestörte oder krankhafte Entwicklung, um entwicklungsgefährdende Umweltbedingungen usw. sowie über das breite Spektrum des so schwierigen "Dazwischen", wo die Entscheidung über normal und nicht normal schlichtweg unmöglich ist, verfügen. Als wesentliche, häufig entscheidende Momente erweisen sich aber auch die Erfahrungen, auf die Fachleute sich beziehen, und ein grosses Mass an Intuition und "Gespür", auf die sie sich verlassen können. Diese Intuition ermöglicht, das Wesen des Kindes in viel mehr Facetten zu erfassen, als aus Sachwissen allein ableitbar wäre oder an einzelnen Beobachtungen festgemacht werden könnte. Sachwissen, Erfahrung und Intuition sind auch die drei Momente, die sich im gesamten Früherkennungsprozess immer wieder als zentral herauschälen.

Hegen Fachleute den Verdacht (1), dass das Kind sich besonders entwickelt und vielleicht Hilfen benötigt, fällt die Entscheidung, ob dieser den Eltern mitgeteilt wird oder nicht, in gewissen Fällen nicht schwer. Überall dort, wo das Verdachtsmoment schwer wiegt und dort, wo eine offene, vertrauensvolle Beziehung zwischen Fachleuten und Eltern besteht,

kann ein Gespräch gesucht und auch gefunden werden. Anders sieht es aus, wenn die Fachleute nur einen sehr vagen Verdacht haben, den sie nicht "objektiv" begründen können. Schwieriger wird es auch, wenn sie zum vornherein mit einer Ablehnung der Eltern rechnen, bzw. befürchten müssen, ein Gespräch, das auf eine Entwicklungsabklärung hindeutet, könnte kontraproduktiv sein. Wo ein Gesprächs- und Kontaktabbruch von seiten der Eltern, schlussendlich zum grösseren Schaden des Kindes, befürchtet wird, bleibt zu überlegen, wie vorzugehen ist. In solchen Fällen können die Fachleute schweigen (2), weiter zuwarten (4) und in der Zwischenzeit versuchen, mit den Eltern eine Beziehung zu schaffen, die ein offeneres Gespräch ermöglicht.

Entscheiden sich die Fachleute für ein Gespräch mit den Eltern (5), können sich diese in der Folge annehmend oder ablehnend verhalten. Dies hängt ab von der Psychodynamik der Eltern, aber auch von der Art und Weise, wie die Fachleute das Gespräch suchen und eröffnen. Als direkteste Form der Abwehr (6) lehnen die Eltern jegliche Massnahmen ab, die von seiten der Fachleute vorgeschlagen werden. Sie wollen nicht wahrhaben, dass mit dem Kind etwas nicht stimmen könnte, da sonst ihre Beziehung zum Kind bedroht wäre. Die Verleugnung ist deshalb ein wirksamer Schutz für die emotionale Beziehung<sup>15</sup>. Die elterliche Ablehnung kann sich aber auch in subtileren Formen zeigen, indem sie den Verdacht äusserlich annehmen, das Kind auch abklären lassen, innerlich aber überzeugt sind, dass dem Kind nichts fehlt.

Teilen die Eltern den Verdacht der Fachleute (7) und erklären sich einverstanden mit den notwendigen Massnahmen (zunächst den diagnostischen), sind auch hier häufig noch Abwehrformen versteckt; verständlicherweise, fürchten sich doch viele Eltern vor der Feststellung einer Entwicklungsverzögerung bei ihrem Kind. Erschwerend trägt hier der Umstand bei, dass die Eltern ja bis anhin keinen eigenen Verdacht geäussert hatten, also nichts, was in Richtung abnorme Entwicklung hätte deuten können, wahrgenommen, bzw. mögliche diesbezügliche Wahrnehmungen verdrängt haben.

Einige Eltern verhalten sich auch opportunistisch, weil sie den Fachleuten nicht zu widersprechen vermögen aus Angst, danach deren Zuwendung zu verlieren. Manche Eltern haben vorgängig Kontakte mit Fachleuten als negativ, beschämend oder bedrohlich erlebt und wünschen sich keine Wiederholung dieser Erfahrungen.

Als weitere mögliche Reaktion können Eltern auch die "Flucht nach vorne antreten"<sup>16</sup> und alle Anzeichen, die auf eine drohende Behinderung hinweisen könnten, als Behinderungszeichen werten oder sich in unzählige Abklärungen stürzen.

Im besten Fall können Eltern den Verdacht und die mögliche Behinderung des Kindes in ihr Leben, Empfinden und Handeln integrieren, gelangen zusammen mit den Fachleuten zu einer Definition des Problems und suchen gemeinsam nach möglichen Hilfen (9). Wiederum ist die Angemessenheit der Hilfe (10, 11) vom subjektiven Empfinden der Betroffenen abhängig und kein endgültig erreichbarer Zustand.

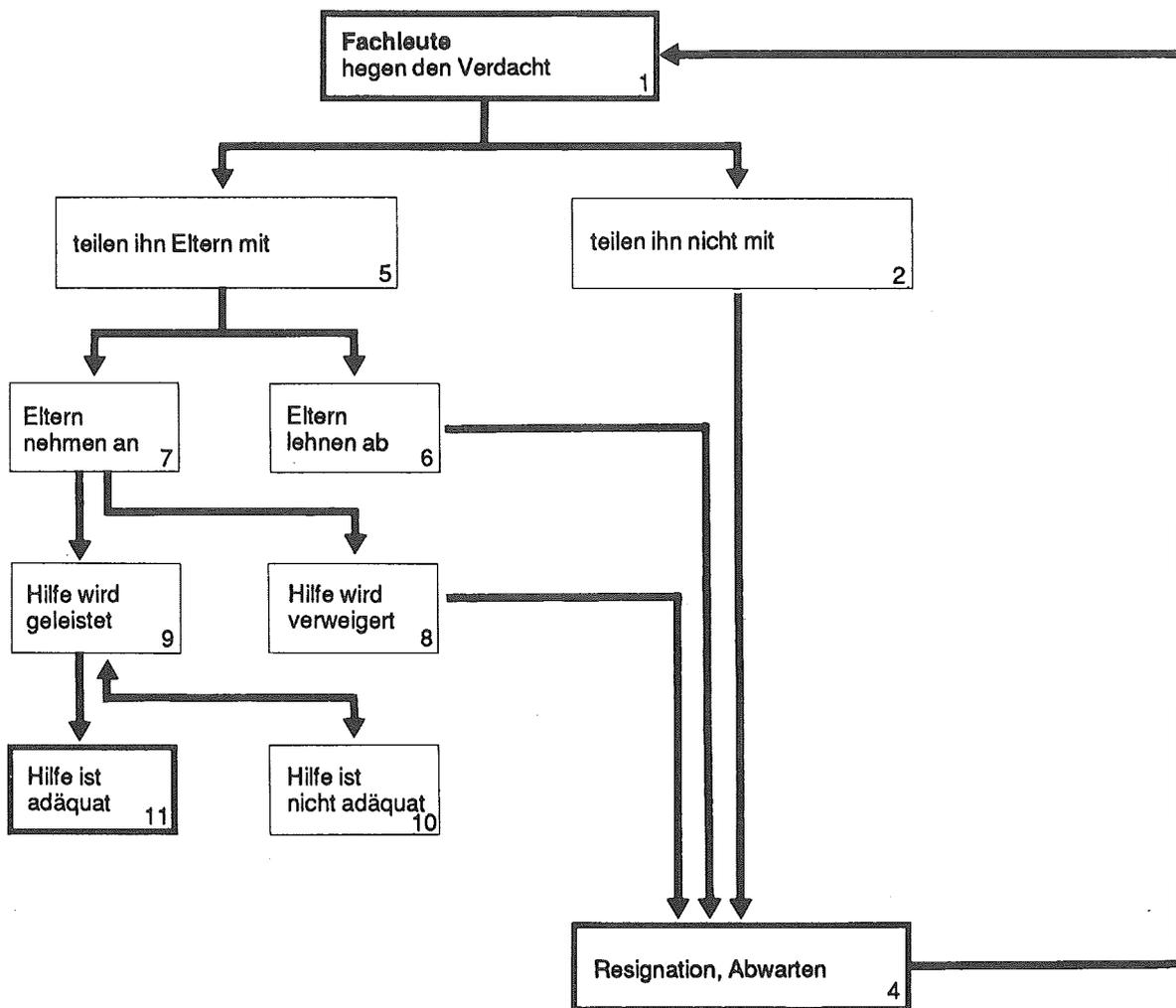


Abb. 2: Früherkennungszirkel "Fachleute hegen den ersten Verdacht"

## 1.2 Entwicklung in der Umwelt - Ein Wechselspiel mit Widersprüchen

### 1.2.1 Dialektische Sicht von Entwicklung

Die grundsätzlichen Erfahrungen, von denen in dieser Argumentation ausgegangen wird, sind vermutlich allen Lesern aus eigener Erfahrung bekannt: Dass sich die Menschen gegenseitig, im Wechselspiel, beeinflussen.

Zusammen mit einem Neugeborenen wird sich die Familie neu wiederfinden; ein älteres Geschwister kann auf das kleine Geschwister verschieden reagieren, es kann eifersüchtig werden, in frühere, eigentlich schon lange abgelegte Verhaltensweisen "zurückfallen", plötzlich einen grösseren Entwicklungsschritt vorwärts machen. Ebenso wird das neugeborene Kind, je nachdem, in welche Familie es hineingeboren wurde, eher diese oder jene besondere Fähigkeit entwickeln. Jeder Erzieherin ist es auch eine Selbstverständlichkeit, dass ein neues Kind in der Gruppe diese vollständig verändern kann: Ein aggressives Kind kann eine ruhige Gruppe ganz durcheinanderbringen oder ihr etwas mehr Leben vermitteln, ein

jüngeres oder behindertes Kind löst in einer anderen Gruppe eher Fürsorge und Zärtlichkeit aus, was dem Gruppenklima sehr förderlich sein kann. Umgekehrt kann ein aggressives Kind lernen, sich in einer Gruppe einzuordnen; ein zurückhaltendes Kind wird lernen, sich zurechtzufinden und zu behaupten. So beeinflussen sich die Menschen gegenseitig, wirkt der einzelne auf die Gruppe ein, mit der er sich auseinandersetzt, auseinandersetzen muss, und umgekehrt verändert eine Gruppe den einzelnen Menschen, der sich ihr anschliesst. Umwelt besteht aber auch aus materiellen Gegenständen. Bestimmte Wohnformen können einen Menschen ebenso prägen, wie ein Mensch auf seine Wohnumwelt mitgestaltend einwirkt. Auch die örtlichen Lebensumstände, ob beispielsweise städtisch oder ländlich, wirken auf den Menschen ein, und veranlassen ihn wiederum, sich mit seinen Umwelten auseinanderzusetzen.

Dieses Miteinander, dieses Wechselspiel verläuft nicht immer reibungslos. Die Interessen des einzelnen können mit denen der Gruppe nicht übereinstimmen - oder ein Mensch wird mit einer Lebenssituation konfrontiert, für die er gar noch nicht

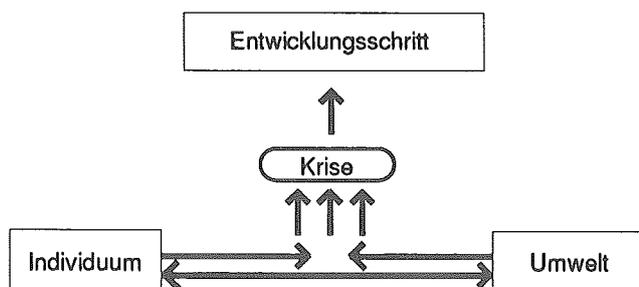


Abb. 4: Dialektisches Entwicklungsmodell

reif bzw. ausreichend entwickelt ist. In solchen Situationen wird eine Krise ausgelöst. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn ein Kind in einer Familie nicht erwünscht ist, oder wenn ein Kind nicht so zur Welt kam, wie es sich die Eltern gewünscht hatten.

Krisen sind aber nicht ausschliesslich negativ zu werten, auch wenn sie nicht erwünscht sind und destabilisierend wirken. Sie sind immer auch Auslöser für Weiterentwicklungen und als solche ein *zentrales Merkmal von Entwicklung* überhaupt.

Riege<sup>17</sup>, ein bedeutender Vertreter der dialektischen Psychologie, hat dieses Phänomen der Krise als Entwicklungsmotor besonders hervorgehoben. Er unterscheidet vier Dimensionen, in denen menschliche Entwicklung stattfindet: 1) die inner-biologische, 2) die individuell-psychologische, 3) die kulturell-soziologische und 4) die äussere-physikalische Dimension.

Fortschritte innerhalb einer Dimension, bzw. zwischen zwei verschiedenen Dimensionen verlaufen nicht immer synchron oder koordiniert. Weichen zwei Sequenzen voneinander ab entsteht eine *Krise*. Krisen belasten und stellen die gewohnten Lebensvollzüge in Frage. Sie sind aber auch Konfrontationen im konstruktiven Sinne, da sie zu Weiterentwicklung führen. Nachfolgende Beispiele illustrieren solche krisenauslösenden Lebenssituationen:

Krankheit, Tod und Invalidität als *inner-biologische* Vorgänge sind selten mit individuell-psychologischen Ereignissen synchronisiert. Der Betroffene ist kaum darauf vorbereitet. Sie treffen ihn aus heiterem Himmel und lösen eine Krise aus. Wird diese Krise im positiven Sinne gelöst, kann sie zu einem seelischen Wachstum führen und Wege für weitere Entwicklungen anbahnen.

Beziehungen zwischen Geschwistern, zwischen Eltern und Kind, der Ehegatten untereinander, zwischen Freunden, Nachbarn, Klassenkameraden usw. verlangen nach einer Abstimmung der Entwicklungsverläufe auf der *individuell-psychologischen* Dimension: man passt sich einander an, streitet sich, geht Kompromisse ein. Je harmonischer diese Abstimmungen sind, desto eher kann man eine Beziehung als gut bezeichnen. Besonders innerhalb der Familie sind die Entwicklungsverläufe der einzelnen Mitglieder eng miteinander verflochten und rufen immer wieder kleinere oder grössere Krisen hervor.

Gruppen üben einen stark formenden Einfluss auf die Entwicklung des Individuums aus. Es kann sich dabei um die erste Spielgruppe eines Kleinkindes handeln, um eine Schulklasse, eine Gruppe von gleichaltrigen Halbwüchsigen, eine

Arbeitsgemeinschaft im Betrieb, einen Kegelclub, eine politische Gruppierung, usw. Der einzelne ist ständig bemüht, seine Ansprüche und seine Art zu sein, mit den Erwartungen der Gruppe zu koordinieren. Um dies zu erreichen, müssen die Interaktionen zwischen dem Individuum und der sozialer Gruppe vielfach tiefgreifend verändert werden, was viele Krisenherde in sich birgt. In diesem Fall ist die *kulturell-soziologische* Dimension betroffen.

Die *äussere-physikalische* Dimension betrifft die natürliche und kulturell geschaffene dingliche Umwelt des Menschen. Auch sie ist, wie der Mensch als Ganzes und die sozialen Gruppierungen, historisch gewachsen, hat eine Geschichte und eine mögliche, wenn auch schwer vorhersehbare Zukunft. In diese Welt voller Dinge, Elemente und Funktionen wird der Mensch hineingeboren, und mit ihr muss er sich von Anfang an auseinandersetzen, indem er beobachtet, beeinflusst, handelt, lernt usw. Diese Auseinandersetzung ist vielfach krisenhaft. Sie beginnt beim Neugeborenen z.B. mit dem ersten Schrei: es wird gezwungen, zum ersten Mal selbständig zu atmen. Sie führt weiter dorthin, wo der hungrige Säugling die frustrierende Erfahrung macht, dass er am Schnuller zwar saugen kann, daraus aber nicht die erwartete Milch fliesst. Sie zeigt sich dann, wenn das Kind zu verstehen versucht, weshalb es ihm nicht gelingt, einen Würfel zu rollen, wo es doch mit dem Ball vorhin so gut geklappt hat. Diese Auseinandersetzung führt beim Erwachsenen weiter zur Erfahrung, dass alles auf dieser Erde Vorhandene begrenzt ist: Energiequellen reichen nicht unendlich aus, und es ist nicht möglich, Unerwünschtes (z.B. Abfälle) so absolut zu vernichten, dass es nicht mehr existiert. Es ist höchstens umwandelbar; man wird ihm deshalb immer wieder in irgend einer Form begegnen.

Wenn dies auch nur ein sehr kurzer Abriss über die Grundgedanken einer dialektischen Theorie von menschlicher Entwicklung ist, so ist doch folgendes ersichtlich geworden: Die dialektische Psychologie hat *Handlungen* und *Veränderungen* im Blickfeld. Sie beschäftigt sich sowohl mit kurzzeitigen individuellen Veränderungen als auch mit langfristigen individuellen und kulturellen Erscheinungen und untersucht deren gegenseitige Interaktionen. Damit wird versucht, den Menschen in seinem gesamten Lebenslauf zu erfassen und in seinen Umwelten und den geschichtlichen Bezügen zu sehen.

Um diese Abhängigkeit von historischen Bezügen zu illustrieren, soll hier beispielhaft die unterschiedliche Behandlung von Säuglingen in diesem Jahrhundert erwähnt werden. Lange Zeit herrschte die Auffassung vor, dass Säuglinge wenig von dem wahrnehmen und behalten können, was um sie herum geschieht, registrierte aber ihre grosse Anfälligkeit für Krankheiten und Infektionen. Deshalb achtete man besonders darauf, dass sie unter hygienisch einwandfreien Bedingungen aufwachsen, sonst aber "ihre Ruhe" hatten. Regelmässiger Schlaf-Wachrhythmus, genauestes Einhalten der Still- oder Fütterungszeiten, sowie ausreichende Hygiene galten als die massgeblichen Verhaltensregeln für die Betreuung von Säuglingen. Nächtliches Schreien musste ignoriert werden, wollte man sich vorsehen, nicht ein verwöhntes Kind heranzuziehen. Dass dabei grundlegende Bedürfnisse des Säuglings nach Körperkontakt, Getragen- und Geschaukeltwerden, Zusammensein mit anderen, Angstfreiheit, Bedürfnisse nach Wahrnehmungen und Handlungen verschieden-

ster Art, nicht befriedigt wurden, versteht sich aus heutiger Sicht von selbst. Wie massiv Säuglinge und Kleinkinder unter solchen Bedingungen geschädigt wurden, wenn sie in institutioneller Betreuung ausschliesslich nach einem solchen Konzept gepflegt wurden, zeigen viele Untersuchungen aus den 40-er und 50-er Jahren dieses Jahrhunderts<sup>18</sup>.

Aus der Sicht der dialektischen Psychologie ist der Mensch weder passiv einer Umwelt ausgesetzt, die ihn prägt und formt - wie dies die frühen Behavioristen annahmen - noch konstruiert er ausschliesslich selbst und aktiv die Welt, während diese - selbst passiv - dem Menschen lediglich Angebote macht, ohne sich selbst zu verändern. (Eine Sicht, wie sie *Piaget* vertreten hat.) Vielmehr verändern die Menschen die Natur durch ihre unablässigen Bemühungen, und die sich wandelnde Natur verändert wiederum den Menschen. Dabei gehören Krisen zu den wesentlichsten Entwicklungsmotoren. Jede Veränderung muss durch einen Ungleichgewichtsprozess erklärt werden. Stabilität stellt dabei in einer unablässigen Folge von Veränderungen lediglich eine *Übergangsphase* dar<sup>19</sup>. Diese Idee ist nicht neu. *Meierhofer* schreibt schon 1971: "... dann fällt uns auf, dass auch eine ganz normale Entwicklung nicht ohne Krisen und Konflikte, Auseinandersetzungen und vorübergehende Verstimmungen und Gesundheitsstörungen verläuft. Ja, man kann direkt den Grundsatz aufstellen, dass eine gesunde Entwicklung des Kindes in unserer Zivilisation solcher Krisen bedarf, um später eine gereifte Persönlichkeit zu bilden, die den Anforderungen der heutigen Zeit gewachsen ist"<sup>20</sup>.

Bedeutsam ist, inwieweit solche Erkenntnisse auch Eingang in die entwicklungspsychologische Theoriebildung und Forschung finden. Dort vermögen diese Erkenntnisse vielleicht, gewisse einseitige kausale Erklärungsansätze abzulösen, denen wir alle immer wieder ausgesetzt sind und sich als Denk- und Handlungshintergrund im Umgang mit behinderten Menschen entwicklungshemmend auswirken können.

Innerhalb eines solchen revidierten Entwicklungsmodells ist es grundsätzlich nicht mehr ausreichend, nach einfachen kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu suchen (wie z.B. in Sätzen wie: "wenn ein Kind frustriert wird, reagiert es mit Aggression", "dieses Kind ist nur so nervös, weil seine Mutter keine Ruhe findet"). Die Wirklichkeit kann nicht ausschliesslich in "Wenn-dann-Sätze" aufgelöst werden, da sie sich als komplexer erweist, als sie der menschliche Geist zu erfassen vermag.

Allgemeine Erkenntnisse über menschliche Entwicklung können nicht unesehen auf den Einzelfall übertragen werden. Deshalb müssen in einem Früherkennungs- oder Diagnoseprozess sogenannte gesicherte, objektive Erkenntnisse über Bedingungen menschlicher Entwicklung für den Einzelfall besonders überprüft werden.

Man ist sich als Praktiker bewusst, dass Entwicklung vielfältig bedingt ist und dass bei der Entstehung von Verhalten und Handlungsweisen komplexe Zusammenhänge spielen. Trotzdem verfällt man in Alltagssituationen, wenn schnelle Entscheidungen und Bewertungen gefordert sind, einem vereinfachenden, kausalen und dadurch häufig beurteilenden Denken. Dieses kann zwar von Unsicherheiten befreien und einfache Handlungsanweisungen zur Verfügung stellen, wird aber dem betroffenen Menschen nicht gerecht. Hier sei an

das oben geschilderte Fallbeispiel erinnert. Wie leicht könnte man im Fall von Frau D. aussagen: "Das Kind ist nicht weiter entwickelt, weil die Mutter sich so überbehütend verhält", oder umgekehrt "Die Mutter ist so überbehütend, da dieses Kind so schwierig ist". So würden einseitige kausale Beziehungen unterstellt, die jedoch die komplexe Wirklichkeit nicht genügend abbilden. Vermutlich sind beide Aussagen zusammen richtig, verbunden jedoch mit weiteren möglichen Bedingungen: Eine bestimmte Mutter mit bestimmten Eigenschaften, Lebenserfahrungen und einem bestimmten Lebenshorizont trifft auf ein ganz besonderes Kind mit bestimmten Bedürfnissen und Eigenarten. Diese beiden Menschen gestalten *zusammen* ihre Beziehung und ihre Entwicklungsmöglichkeiten. Allerdings nicht losgelöst vom Lebenskontext, sondern eingebettet in ein Kontinuum von dinglichen und sozialen Gegebenheiten.

Der Beschreibung dieser verschiedenen Umwelten und der Untersuchung ihrer Zusammenhänge mit der menschlichen Entwicklung nimmt sich die *ökopsychologische Theorie* näher an.

### 1.2.2 Ökopsychologische Sichtweise

Der Begriff der Ökologie stammt ursprünglich aus der Biologie und wurde von *Bronfenbrenner*<sup>21</sup> in die Entwicklungspsychologie eingeführt. Er versteht darunter das Einbeziehen der vom Menschen selbst gestalteten und von ihm gestaltbaren Umwelt in die psychologischen Überlegungen. Deshalb interessieren sich die ökopsychologischen Forscher oder die ökologisch orientierten Praktiker auch weniger für die objektiven Tatbestände als für die Bewertungen, die die Betroffenen diesen objektiven Tatbeständen zukommen lassen.

Diese Sichtweise sei am Beispiel der folgenden Frage aufgezeigt: Hat es eine Auswirkung auf die Entwicklung eines Kindes, wenn die Mutter Lohnarbeit nachgeht? Dies ist eine Frage, die in den letzten Jahren immer wieder und z.T. sehr kontrovers behandelt wurde. Sicher hat es einen Einfluss - doch wie sieht dieser aus?

Aus ökopsychologischer Sicht wird diese Frage anders gestellt: Welchen Einfluss hat die Berufstätigkeit der Mutter auf das Kleinkind, wenn die Mutter *gern* zur Arbeit geht, welchen Einfluss hat es, wenn sie aus ökonomischen Gründen zur Lohnarbeit *gezwungen* ist? Besteht ein Unterschied in der Mutter-Kind-Beziehung, wenn die Mutter abends *erschöpft* nach Hause kommt oder wenn sie sich auf das Kind *freut* und nun - qualitativ - viel Zeit für das Kind aufwenden kann? Ist die Betreuungssituation des Kindes während der Arbeitszeit der Mutter zur *Zufriedenheit* von Mutter und Kind geregelt? Wie reagiert das *Kind* auf die Berufstätigkeit der Mutter? Wie wirkt sich das Befinden des Kindes wiederum auf die Mutter aus? Dies alles sind erste Fragen, die ganz direkt die eingangs gestellte Frage betreffen und zu gänzlich anderen Ergebnissen führen können als bei der reduzierten Frage nach der Berufstätigkeit der Mutter.

Hier wird gleichzeitig ersichtlich, dass man, um die Entwicklung des Kindes zu untersuchen, auch seine Beziehungen zu den Bezugspersonen, zur Familie sowie die Beziehungen der Familie zu weiteren gesellschaftlichen Feldern miteinbeziehen muss. "Die Familie ist ein System, das von Umständen abhängig ist, die von grösseren Systemen bestimmt sind. Nur solche Studien, die die Rolle der Familie als Vermittler zwi-

schen dem Kind und den weiteren sozialen und ökonomischen Verhältnissen ausreichend würdigen, können ein valides (gültiges, zutreffendes, Anm. der Verf.) Bild der menschlichen Entwicklung zeichnen<sup>22</sup>. Andere Untersuchungen bewegen sich zumeist an den Alltagsrealitäten vorbei und können deshalb auch keine für den Alltag zutreffenden Ergebnisse liefern.

*Bronfenbrenner* definiert Entwicklung als "... die dauerhafte Veränderung der Art und Weise, wie eine Person die Umwelt wahrnimmt und sich mit ihr auseinandersetzt"<sup>23</sup>. Die Umwelt ist nicht einfach Umgebung, in die ein Kind hineinwächst, und an die es sich anpassen muss, sondern Umwelt bedeutet aktive Auseinandersetzung, Reibung, Konflikt, Versöhnung, persönliches Wachstum und in der Folge die Möglichkeit, die Welt wieder ein kleines Stück anders zu sehen als vorher, eine neue Handlungsmöglichkeit zur Auseinandersetzung mit der Welt zur Verfügung zu haben<sup>24</sup>. Wie anders sieht ein Kind doch die Welt, wie anders kann es sich aktiv mit ihr auseinandersetzen, wenn es *gehen* gelernt hat; es kommt viel schneller voran als mit Kriechen, kann gleichzeitig Spielsachen mittragen und sieht die Welt in vollständig neuer Perspektive! Welch eine neue Auseinandersetzung mit der Welt ist möglich, wenn ein Säugling einen Gegenstand, den er mit den Ärmchen nicht selbst erreicht, an einer Schnur zu sich heranziehen kann, oder wenn ein Kind einen Stuhl vor den Küchenschrank stellen kann, um an den begehrten Marmeladentopf zu gelangen! Ein Ereignis ist es für Vater und Kind, wenn das Kind den Vater erstmals "Papa" ruft, und der Vater darauf reagiert!

### Das Mikrosystem

Die oben angeführten Beispiele stammen alle aus dem familiären, häuslichen Alltag, dem *Mikrosystem*. Dieses System ist einerseits gekennzeichnet durch enge zwischenmenschliche *Beziehungen*, die meist verwandtschaftlicher Art sind: zuerst bilden Mutter und Kind eine Einheit (Dyade), dann wird der Vater einbezogen, später werden Geschwister und andere im gemeinsamen Haushalt lebende Familienmitglieder als bedeutungsvolle Bezugspersonen erlebt. Andererseits bilden gemeinsame *Tätigkeiten* (Besorgung des Haushalts, Freizeit, Betreuung und Pflege, usw.) sowie bestimmte *Rollenverteilungen* (Vater, Mutter, älteres Kind, jüngeres Kind; wer besorgt den Haushalt, wer verdient das Geld, wer bestraft die Kinder? usw.) wesentliche Bestandteile des Mikrosystems, die sich auf die Entwicklung jedes einzelnen Familienmitgliedes auswirken.

### Das Mesosystem

Die Umwelt eines Kindes besteht jedoch nicht lediglich aus der Familie, in die es hineingeboren wurde. Nachbarn, Freunde und Verwandte als weitere Bezugspersonen des Kindes und der gesamten Familie, das Wohnquartier mit seinen vorhandenen oder fehlenden Spiel- und Grünflächen, Kinderkrippen, Schulen, die medizinische Versorgung, andere Institutionen usw. bilden einen weiteren Kreis um den sich entwickelnden Menschen. Dies ist das *Mesosystem*.

### Das Exosystem

Nicht zu vernachlässigen sind die Anteile der Umwelt, an denen das Kind nie direkt teilhat, die sich aber indirekt, durch die Gestaltung seiner direkten Umgebung, auf seine Entwick-

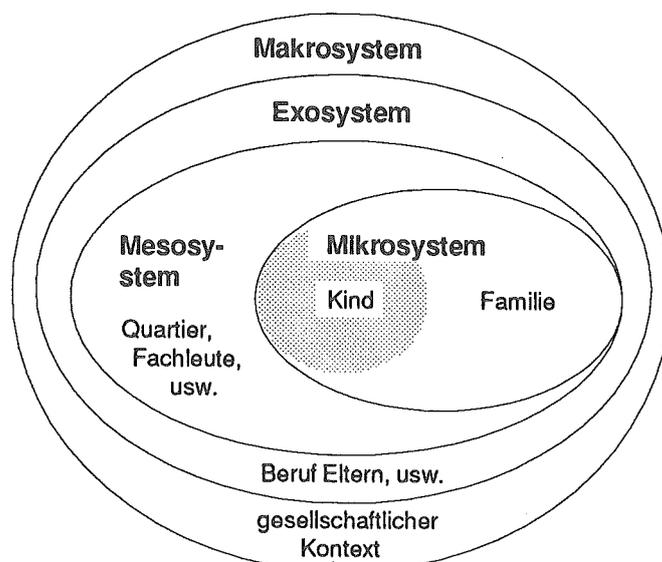


Abb. 4: Das Kind in seinen Umwelten

lung auswirken. Ist der Vater arbeitslos; ist er zufrieden am Arbeitsplatz; muss er vielfach Überstunden leisten und ist deshalb häufig abwesend; ist ein naher Verwandter erkrankt und die Eltern sind dadurch zeitlich und emotional absorbiert; sorgt sich die Mutter wegen der gefährdeten Versetzung eines älteren Kindes? - Solche Fragen betreffen das *Exosystem* (ein System, an der ein anderes Mitglied des Mikrosystems Familie aktiv teilhat) und haben oft einen bedeutungsvollen, manchmal prägenden Einfluss auf die Lebensbedingungen und deshalb auf die Entwicklung von Kindern.

### Das Makrosystem

Das *Makrosystem* schliesslich beinhaltet Muster, wie die einzelnen Systeme, die vorgängig beschrieben wurden, miteinander verknüpft sind. Diese beziehen sich auf gesellschaftliche und kulturelle Einrichtungen und deren Beziehungen zueinander. Die zugrunde liegenden Weltanschauungen und Ideologien sind darin ebenfalls einbezogen. Das Schulsystem in der Schweiz und in Grossbritannien sind beispielsweise sehr unterschiedlich aufgebaut und die Beziehungen zwischen Elternhaus und Schule gestalten sich in beiden Ländern verschieden. Auch das Gesundheitssystem und die Vorsorgeprogramme für Kleinkinder unterscheiden sich sehr. Beiden Systemen gemeinsam ist allerdings das Strukturmerkmal, dass Personen aus unterprivilegierten Schichten der Zugang zu Vorsorgeeinrichtungen - aus verschiedenen Gründen - erschwert ist.

Diese verschiedenen Systeme (das Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystem) können allerdings nur in der Theorie getrennt werden (s. dazu Abb. 4). Im täglichen Leben bilden sie eine *funktionale Einheit*, in der in jedem Moment Aspekte aller Systeme mitschwingen und mitbeteiligt sind.

Eine besondere Bedeutung in der Entwicklung erhalten die *ökologischen Übergänge*, die einen Übertritt von einem ökologischen System in ein anderes bedeuten. Für junge Eltern ist die Geburt eines Kindes, für ein Kind die Geburt eines Ge-

schwisters oder der Eintritt in eine Spielgruppe, Krippe oder den Kindergarten ein ökologischer Übergang. Häufig ist ein solcher Übergang von einem Lebensfeld in ein anderes mit Schwierigkeiten oder Krisen verbunden. Eine Lösung der Krise führt jedoch zumeist zu positiven Entwicklungen (hier berühren sich die beiden theoretischen Ansätze, der dialektische und der ökologische, ein weiteres Mal).

Die spezielle familiäre Situation, die Art, wie die Familie ihre Lebenswelt und die Beziehungen gestaltet und die Erziehungs- und Lebensziele, die eine Familie sich gesetzt hat, müssen also bei einer ökopyschologischen Analyse miteinbezogen werden. Dies, wie oben angedeutet, in zweifacher Weise: sowohl die objektiven Sachverhalte, als auch die Bewertungen dieser Sachverhalte durch die beteiligten Personen sind bedeutsam. *Die Umwelt entfaltet ihre Auswirkungen auf Menschen erst in ihrer subjektiven Bedeutung für diese Menschen.* Dies gilt, mehr oder weniger ausgeprägt, für alle Aspekte der Umwelt, und ist dem Leser sicherlich nicht unbekannt: wer kennt nicht ein Kind, das sich davor fürchtet, in den dunklen Keller zu steigen, in dem es objektiv nichts zu fürchten gibt, der in der Vorstellung (subjektiv) jedoch Geister, Ungeheuer oder sonstige Wesen beheimatet. Oder nehmen wir ein anderes Beispiel, eine Einzimmerwohnung, die von einem jungen Pärchen mit Kleinkind bewohnt wird. Sie könnte (objektiv) als unangemessen bezeichnet werden, da sie viel zu klein sei. Für die junge Familie können jedoch andere Werte im Vordergrund stehen, sodass die kleine Wohnung keine zu grosse Belastung darstellt.

Was im Einzelfall einleuchtend und verständlich erscheint, wird im Bereich der Theoriebildung und Forschung zu einem schwierigen Unternehmen. Es soll hier auch lediglich darum gehen, aufzuzeigen, welche Vorüberlegungen zur Gewinnung von Erkenntnissen auf der Basis einer ökopyschologischen Ausrichtung gemacht werden müssen.

### Die ökologische Gültigkeit

Als zentrale Frage in ökologisch ausgerichteten Erhebungen erweist sich immer wieder das Thema der *ökologischen Gültigkeit*. Welche Bedeutung hat eine Forschungsfrage für den Forscher, und welche Bedeutung hat sie für den Erforschten? Ist für beide dasselbe wichtig und zentral, weiss der Forscher, wovon der Erforschte spricht, haben sie dieselbe Sprache und denselben Hintergrund, um die Welt zu interpretieren? (Dass hier anstelle des Forschers Arzt/Ärztin, Heilpädagogin/in usw. eingesetzt werden kann, und anstelle des Erforschten die Mutter, Eltern, das Kind, versteht sich von selbst.)

Decken sich die Bedeutungszuschreibungen beider Seiten, gilt eine Forschungsfrage als ökologisch gültig. Deshalb beziehen sich ökologische Ansätze zumeist auf das *tägliche Leben*, auf die *natürliche Umgebung* des Menschen. Auch die Problemstellungen stammen aus dem Alltag, und basieren nicht lediglich auf den Ideen einiger Forscher. So wird sich der ökologische Forscher, der sich z.B. mit dem Problem der Trennungsangst von Kleinkindern befasst, zu den Kindern nach Hause oder in eine andere, dem Kind und der Bezugsperson vertraute Umgebung begeben, und dort echte Trennungssituationen beobachten. Er wird dafür nicht ein spezielles Labor bauen müssen. Die naturalistischen Methoden wer-

den bevorzugt. Dies bedeutet zumeist: Beobachtung dort, wo das tägliche Leben stattfindet (Feldforschung). Manchmal beteiligen sich die Forscher auch an deren Leben, um den Realitäten der Menschen, mit denen sie etwas herauszufinden versuchen, möglichst nahe zu sein (Aktionsforschung). So kann sich beispielsweise jemand, der sich für die Arbeitsbedingungen in einem Betrieb interessiert, zunächst dem Betrieb als Arbeitnehmer zur Verfügung stellen.

### 1.3. Eltern als Partner.

Die zentrale Rolle der Eltern in der Früherziehung/Frühförderung wurde von verschiedenen Heil- und Sonderpädagogen immer wieder betont<sup>25</sup>, und für viele Praktiker scheint dieses allgemeine Postulat auch eine Selbstverständlichkeit zu sein. Darüber, in welchem Ausmass die Eltern in Frühförderungsprozesse einbezogen werden, wie die Beziehungen zwischen den Eltern und den Fachleuten gestaltet werden, welches Bild von den Eltern (als Laien, als Ko-Therapeuten oder als Partner) die Fachleute haben, ist allerdings noch nichts ausgesagt. Nachfolgend soll ein kurzer Abriss über mögliche Formen der Kooperation mit Eltern gegeben werden.

Nachuntersuchungen zu frühen Interventionsprogrammen (Head-Start-Programme, die zur Kompensation von Benachteiligungen bei Unterschichts- und farbigen Kindern eingesetzt wurden) in den USA haben schon in den siebziger Jahren zu den Schlüssen geführt, dass kindbezogene Interventionen nur zeitlich begrenzt wirksam sind. Die verbesserten Leistungen der Kinder sinken bald nach Beendigung des Programms wieder ab. Sie bleiben jedoch stabiler, wenn in das Förderungsprogramm gleichzeitig auch die Mutter mit einbezogen wurde<sup>26</sup>.

*Horstmann*<sup>27</sup> hat in einer Längsschnittstudie Daten dazu aus der Bundesrepublik erhoben. Sie kommt zum Schluss, dass die Höhe des Entwicklungsniveaus geförderter Kinder wesentlich von der Art des Erziehungsverhaltens und dem Grad des kooperativen Verhaltens der Eltern bei der Frühförderung abhängig ist: "Die Abhängigkeit des Entwicklungsniveaus vom Zeitpunkt des Förderungsbeginns wirkt sich nur bei den Kindern aus, deren Eltern ein kindorientiertes Erziehungsverhalten zeigen. Ein früher oder später Therapiebeginn hat auf den Entwicklungsverlauf bei Kindern, deren Eltern ein nicht angepasstes Erziehungsverhalten zeigen, wenig Einfluss". Familienbezogene Interventionen sind demzufolge als effektiver und kostengünstiger<sup>28</sup> anzusehen als ausschliesslich kindzentrierte Massnahmen.

Innerhalb solcher familienbezogener Interventionen sind verschiedene Formen der Zusammenarbeit möglich. Viele zielen an den Bedürfnissen und Anforderungen der Eltern vorbei und richten sich vornehmlich nach den Standpunkten, Erwartungen und Wünschen der Fachleute. Sie orientieren sich weder an einem dialektischen, noch an einem ökologischen Entwicklungsmodell.

So zum Beispiel das Laienmodell und das Ko-Therapie-Modell<sup>29</sup> der Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und Eltern. Im *Laienmodell* stellen sich die Fachleute als Autorität dar, die aus einem Anspruch von Objektivität heraus Behinderungen diagnostizieren und behandeln. Die Eltern werden dabei

als Laien behandelt, die zum gegebenen Problem nichts Wesentliches beizutragen vermögen. Sie geben die notwendigen Informationen und führen aus, was die Fachleute vorschreiben, ohne ihre Anliegen einbringen zu können. Dies führt bei Eltern häufig zum Gefühl, den Institutionen und Experten ausgeliefert zu sein, macht sie hilflos und verführt in der Folge dazu, noch mehr Verantwortung an die Fachleute abzugeben. Im *Ko-Therapie-Modell*, welches das Laienmodell vielfach abgelöst hat, werden die Eltern für den Umgang mit dem Kind angeleitet. Sie wirken so in der Therapie mit, führen Therapien z.T. unter Anleitung selbst zu Hause durch und erhalten einen wesentlichen Teil der Verantwortung an Entwicklungsfortschritten des Kindes zurückdelegiert<sup>30</sup>. Zuviel Verantwortung, muss, diese Entwicklung kritisch verfolgend, im Rückblick gesagt werden. Plötzlich hing es ganz von den Eltern ab, ob die Therapie erfolgreich war oder nicht. Viele gemeinsame Alltagshandlungen wurden systematisch zu Therapiezwecken entfremdet und damit die Gefahr heraufbeschworen, dass die Spontaneität und Normalität zwischen Mutter und Kind im täglichen Leben verloren ging. Das hierarchische Lehrer-Schüler-Verhältnis, das sich damit zwischen Eltern und Fachleuten aufbaute, wurde zunehmend problematisiert. Die Eltern wurden nicht in ihrer Ganzheit, in ihren Lebensbezügen und in ihrer speziellen Beziehung zum Kind (sie blieben ja die Eltern des Kindes) wahrgenommen und akzeptiert.

Ein drittes Modell, das *Kooperationsmodell*, geht von der Grundannahme aus, dass Verantwortung nicht delegiert werden kann, weder von den Eltern an die Fachleute (wie im Laienmodell), noch von den Fachleuten zurück an die Eltern (wie im Ko-Therapeuten-Modell). Vielmehr sollen alle Beteiligten, also die Fachleute und die Eltern, ihren Möglichkeiten gemäss Verantwortung übernehmen. Fachleute und Eltern werden sich in einem solchen Modell gegenseitig ergänzen, indem sie sich partnerschaftlich auf ein Ganzes hin ausrichten. Zunächst soll also versucht werden, zu einer gemeinsamen Sicht des Problems, einer für alle akzeptierbaren Problemdefinition zu gelangen. Beide Seiten bringen ihre Erfahrungen und ihr Wissen in den gemeinsamen Prozess des Problemlösens ein. Achtung, Wertschätzung und mitfühlende Anteilnahme sind dabei von Seiten der Fachleute unabdingbare Merkmale, mit denen die Beziehung gestaltet wird. "Partnerschaftliche Arbeit mit den Eltern ist im gesamten Förderprozess der Kinder von hervorragender Bedeutung. Elternarbeit ist vielschichtig und komplex. (...) Die Grundeinstellung in der Beratung ist das Akzeptieren von Eltern und Kindern als Partner im Bemühen um die Förderung der Kinder. Das Akzeptieren bezieht sich auf die Person der Eltern und des Kindes und ist nicht abhängig von bestimmten zu erbringenden Leistungen. Zum Annehmen kommen bei einer guten Beratung menschliche Wärme und Verständnis"<sup>31</sup>.

In einer solchen Auffassung von Kooperation wird die Frage nach einer allgemein gültigen, "objektiven" und bleibenden Wahrheit zweitrangig. *Wahr ist, was die Betroffenen im Moment als wahr und echt erleben.*

Diese Überlegungen gelten für alle Aspekte der Frühförderung: der Früherkennung und Diagnosestellung ebenso, wie der anschliessenden Einleitung von Massnahmen, der wiederholten Überprüfung der diagnostischen Hypothesen und Revidierung der Behandlungspläne oder Erziehungsziele.

"Verantwortung", schreibt *Schönberger* <sup>32</sup>, "gilt in unserer Kul-

tur als grundlegendes sittliches Merkmal des menschlichen Handelns... Verantwortung entfaltet und erfüllt sich in Kooperation ... Da sich Verantwortung in Kooperation entfaltet und erfüllt, ist sie ihrem Wesen nach Mit-Verantwortung". Diese Mit-Verantwortung zu übernehmen, und den Partnern zuzugestehen, ihnen wenn notwendig zu helfen, ihren Anteil zu übernehmen, dies sind zentrale Aufgaben von Fachleuten im Früherkennungs- und Frühförderungsprozess.

#### 1.4 Ein neues Verständnis von Früherkennung - Prinzipien und Grundsätze eines ökopyschologisch orientierten Grobdiagnoseverfahrens<sup>33</sup>

Früherkennung von Behinderungen bedeutet wahrzunehmen, dass das Kind oder seine Bezugspersonen besonderer Massnahmen bedürfen. Es gilt zu erkennen, ob das Kind, seinen Fähigkeiten und seinem Entwicklungsstand entsprechend, überfordert oder unterfordert ist, bzw. ob es das ihm förderliche Lernmilieu erfährt. Die daran anschliessende Frühdiagnose spezifiziert die Bedürftigkeit:

a) Sie arbeitet die Gewordenheit des jetzigen Zustandes heraus. Dabei wird die Lebensgeschichte des Kindes vor allem hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Kind im jetzigen Zeitpunkt und für die mögliche Zukunft betrachtet<sup>34</sup>. Dabei werden Aspekte der Verursachung und der Art der Schädigung, die Familienbeziehungen und -strukturen und deren Veränderungen durch die Besonderheiten des Kindes, die bisherigen institutionellen Hilfen, und die Erfahrungen der Eltern mit diesen Institutionen, berücksichtigt.

b) Sie analysiert die dem Kind und den Bezugspersonen gegenwärtig verfügbaren Handlungsstrukturen auf der Basis von entwicklungspsychologischen Theorien und

c) bestimmt die Bereiche der zukünftigen Entwicklung<sup>35</sup> in dem Sinne, als nach (dem Kind und seiner Umgebung) möglichen und wünschbaren - kurz- oder längerfristigen - Erziehungs- und Entwicklungszielen gefragt wird.

Solche Überlegungen machen ersichtlich, weshalb Früherkennungsinstrumente oder schädigungsorientierte Diagnoseverfahren allein als Ausgangspunkt für die Förderungsplanung abzulehnen sind: Allen solchen Instrumenten liegt eine abstrakte Vorstellung von Entwicklung zugrunde, die dem ganzheitlichen Sein des Kindes und seiner Entwicklung nicht gerecht werden kann. Erst durch eine inhaltlichen Analyse kann festgestellt werden, wie ein Kind sich, seinen individuellen Möglichkeiten entsprechend, entwickelt und wie die nächsten Bezugspersonen ihre Beziehungen zum Kind sowie seine Lebens- und Lernumwelt gestalten.

Damit ist das Dilemma der Fachleute aufgezeigt. Ihnen obliegt ja häufig die schwierige Entscheidung, ob eine genauere Diagnosestellung notwendig ist, bzw. ob das Kind weiterer Hilfen bedarf. Dazu sollen die Fachleute über Methoden verfügen, die ihnen zu möglichst *objektiven* Daten über die Entwicklung des Kindes verhelfen. Andererseits müssen sie aber auch die *individuelle* Seite miteinbeziehen: Das Kind mit seiner Subjektivität in seiner Lebenswelt. Diese Lebenswelt besteht zwar aus objektiven Sachverhalten, entfaltet ihre Wirkungen jedoch erst in den subjektiven Verschränkungen: wie erfährt das Kind, wie erfahren seine Bezugspersonen die ob-

jektiven Faktoren ihres Lebens, wie interpretieren sie diese Wahrnehmungen, und welche Konsequenzen ziehen sie daraus für die Handlungen im Alltag? Welches ist die für ein bestimmtes Kind in seiner Familie anzustrebende Realität, d.h. was soll überhaupt erreicht werden?

Ökologisch orientierte Früherkennung versucht, diese Aspekte miteinzubeziehen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Instrumentarien (z.B. die Entwicklungsskalen), die im Früherkennungsprozess eingesetzt werden. Die Instrumente sollen ökologisch gültig sein. Nach *Bronfenbrenner*<sup>36</sup> ist dies dann der Fall, wenn

- a) die Untersuchungssituation und das Instrumentarium den *realen Gegebenheiten* entsprechen, d.h. wenn sie sich auf *Objekte und Aktivitäten des Alltagslebens* beziehen und in den natürlichen Lebensbereichen durchgeführt werden,
- b) die Untersuchung selbst von den Untersuchenden und den Untersuchten möglichst *identisch wahrgenommen* und interpretiert wird,
- c) bezogen auf das gestellte Problem alle möglichen bzw. *relevanten Einflüsse* einbezogen werden.

Früherkennungsinstrumente können diese Kriterien nicht absolut erfüllen. Trotzdem kann versucht werden, ihnen so nahe wie möglich zu kommen. Dies bedeutet hier:

zu a) *Bezug auf Objekte und Aktivitäten des Alltagslebens*: Früherkennung von Behinderungen sollte in derjenigen Umgebung stattfinden, die dem Kind vertraut ist, nämlich zu Hause, in der Krippe, in der Spielgruppe, umgeben von den gewohnten Bezugspersonen und Gegenständen. Vorstellbar ist auch, dass die Bezugspersonen selbst bei der Früherkennung aktiv mithelfen, da Fremdpersonen stören und das Verhalten des Kindes verändern können.

zu b) *Identische Wahrnehmung und Interpretation einer Situation*: Es ist sehr unwahrscheinlich, dass zwei verschiedene Menschen eine bestimmte Situation absolut identisch wahrnehmen und interpretieren. Zwei Menschen haben immer verschiedene Lebensgeschichten und von daher unterschiedliche Arten, die Welt zu sehen und zu interpretieren.

Wichtig erscheinen hier vor allem zwei Punkte: *Erstens* soll sich die Situation und die Fragestellung der Fachperson und den Eltern auf die gleiche Weise darstellen. Beide Seiten sollten sich einigen können über die zentrale Fragestellung, also darüber, was momentan im Vordergrund steht und mit welchen Mitteln man was herauszufinden sucht. Geheimniskrämerei ist weder angebracht noch gerechtfertigt.

Der *zweite* Punkt betrifft die Kinder: In herkömmlichen Verfahren werden viele Kinder, die auf normale Entwicklung hin getestet werden, einer sinnlosen Stressübung ausgesetzt, die zumeist noch als Spielsituation getarnt wird. Eine Frage folgt auf die andere, das Kind muss sich ständig umstellen, kann nirgends verweilen, muss neues Spielmaterial sofort wieder aus den Händen legen, weil die nächste Aufgabe folgt. Verweigerungen des Kindes sind natürlich und zeugen von seinem gesunden Empfinden, wenn es z.B. in kurzer Reihe nacheinander Rosinen ergreifen, einen Turm bauen, mit dem Untersucher Ball spielen, rückwärts laufen soll, usw.

Zudem ist die diagnostische Situation häufig angstbesetzt: die untersuchende Person ist fremd, die Mutter steht unter Druck, da sie ein schlechtes Abschneiden des Kindes be-

fürchtet, und somit wiederum das Kind verunsichern kann. Diese Angst vermindert oder verhindert die Möglichkeit, eine Situation identisch mit dem Untersucher wahrzunehmen. Spiel ist Spiel, und Test bleibt Test!

Ein Ausweg aus diesem Dilemma wäre, das Kind bei seinen alltäglichen Aktivitäten zu beobachten, oder ihm in realen Spielsituationen verschiedene Gegenstände anzubieten. In diesen Situationen können die kindlichen Fähigkeiten "naturalistisch" beobachtet werden.

zu c) *die relevanten Einflüsse*: einer der wesentlichsten Faktoren im Früherkennungsprozess ist die Zeit. *Rudinger*<sup>37</sup>, schreibt dazu: "Veränderungen (Entwicklungen) lassen sich nur erfassen, wenn Individuen über einen gewissen Zeitraum hin mehrfach beobachtet (untersucht, in bestimmten Merkmalen gemessen) werden. Der Wandel muss zum Gegenstand der Erklärung und Beschreibung gemacht werden". Früherkennung, die sich nur auf einen bestimmten Moment bezieht, kann allenfalls bei schweren oder klar erkennbaren Schädigungen oder Funktionsanomalien gewisse prognostische Aussagekraft erhalten. Bei einem Verdacht auf Entwicklungsverzögerung muss der Verlauf der Entwicklung immer mitbetrachtet werden. Häufig erlauben erst die Aussagen über den Entwicklungsverlauf und das -tempo Rückschlüsse auf eine spezielle Bedürftigkeit eines Kindes.

Ein weiterer wesentlicher Faktor, auf den schon mehrfach hingewiesen wurde, ist das sozial-ökologische Bezugsfeld (das Mikrosystem), in dem das Kind aufwächst, sowie wesentliche Aspekte der weiteren, für das Kind und seine Familie wichtigen Meso- und Exosysteme.

## 1.5. Zusammenfassung

Nachfolgend wird theseartig zusammengefasst, welchen Grundprinzipien sich Früherkennung annähern sollte.

In einem dialektisch, ökologisch und kooperativ orientierten Früherkennungsprozess:

- übernehmen alle Beteiligten ihren Anteil an *Verantwortung*.
- prägt die Qualität der Beziehung zwischen den Fachleuten und den Eltern den Verlauf des Früherkennungsprozesses entscheidend mit: Die Fachleute begegnen den Eltern mit *Wertschätzung und einer akzeptierenden Haltung*. Ängste und Befürchtungen der Eltern werden ernst genommen; die Lebenssituation der Eltern und ihre Einstellung in Bezug auf eine mögliche Entwicklungsstörung des Kindes werden wahrgenommen und akzeptiert.
- werden die Eltern von Anfang an in die Überlegungen und Handlungen mit einbezogen.
- gelangen die Beteiligten kooperativ zu einer Problemdefinition und besprechen anschließend die notwendigen Massnahmen.
- werden die Bezugspersonen so umfassend wie möglich über Hypothesen, Ziele und anzuwendende Methoden, informiert.
- werden die Handlungen des Kindes in seiner Lebenswirklichkeit erfasst.
- beziehen sich die angewendeten Methoden und Massnahmen wenn immer möglich auf Tätigkeiten, Objekte und Situationen des Alltagslebens.

- werden die Erkenntnisse und Hilfeleistungen laufend auf ihre Adäquatheit hin überprüft.
- entscheiden letztendlich die Betroffenen über die Angemessenheit von Massnahmen.
- arbeiten die beteiligten Fachleute kooperativ und interdisziplinär zusammen.
- wird der Einzelfall immer individuell betrachtet, unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen.

#### Anmerkungen:

- 1 vgl. dazu *Thimm, W.*: Zur sozialen Situation von Familien mit einem behinderten Kind. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik (VHN)*, 1974, S.11; *Wöhler, K.*: Soziologische Aspekte der Frühförderung von Behinderten. *Zs. f. Heilpädagogik*, 1980; *Kluge, K.-J.*: Behinderte Kinder "erzeugen" behinderte Eltern? Elternstress und therapeutische Konsequenzen. *Sozialpädiatrie*, 1982, S.97-99.
- 2 vgl. dazu auch *Bölling-Bechinger, H.*: Die Bedeutung der Frühförderung für die Eltern-Kind-Beziehung. In: Bundesarbeitsgemeinschaft..., 1981, S.32.
- 3 Vielfach hörte ich von Müttern in dieser Phase, dass sie von POS-Kindern (Kinder mit einer leichten frühkindlichen Hirnschädigung) gehört hätten, und dass sie bei ihrem Kind ein POS vermuten.
- 4 s. dazu *Wöhler, K.*: Soziologische Aspekte der Frühförderung von Behinderten. *Zs. für Heilpädagogik*, 1980, S.286.
- 5 *Wöhler, K.*, a.a.O.: S.287.
- 6 *Wöhler, K.*, a.a.O.: S.288.
- 7 s. dazu: *Hausser, K.*: Identitätsentwicklung. New York: Harper & Row 1983, S.154ff; *Lazarus, R.S.*: Stress und Stressbewältigung. Ein Paradigma. In: *Filip, S.H.* (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg 1981, S.198-232.
- 8 Ich beziehe mich hier v.a. auf *Hausser, K.*, a.a.O.: S.160.
- 9 *Seligman, M.E.P.*: Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg 1979.
- 10 Bei vielen Müttern kann auch die Mitteilung einer Behinderung ihres Kindes vorübergehend oder langdauernd eine Depression auslösen.
- 11 *Thimm, W.*: Zur sozialen Situation von Familien mit einem behinderten Kind. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik (VHN)*, 1974, S.13.
- 12 Dass diese Befürchtungen nicht unberechtigt sind, bestätigt sich in Gesprächen mit Müttern behinderter Kinder leider immer wieder.
- 13 Ist eine Schädigung diagnostiziert worden, kann dieselbe Abwehrhaltung dazu führen, den Eltern pessimistisch die Unmöglichkeit von Hilfen für dieses Problem entgegenzuhalten: "da kann man nichts machen", oder sich in rührige Aktivitäten zu stürzen, die Diagnostik zu übertreiben, oder Tips, Beratung und Hilfen anzubieten, ohne dabei die zugrunde liegenden aktuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen.
- 14 *Ohr, B.*: Arzt und Eltern in der Frühförderung. In: *Speck, O., Warnke, A.*: Frühförderung mit den Eltern. München: Reinhardt 1983, S.185.
- 15 s. dazu auch *Jawad, S.*: Im Vorfeld und zu Beginn der Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 1986, S.123.
- 16 *Jawad, S.*, a.a.O.: S.123.
- 17 *Riegel, K.*: Grundlagen der dialektischen Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta 1980, S. 27ff.
- 18 *Spitz, R.A.*: Hospitalism. *Psychoanalytic Study of the Child* 1, 1945, S.53-74; *Pechstein, J.*: Umweltabhängigkeit

- der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung. Stuttgart: Thieme 1974; *Meierhofer, M.*: Frühe Prägung der Persönlichkeit. Bern: Huber 1975.
- 19 *Riegel, K.*: Grundlagen der dialektischen Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta 1980, S.22.
  - 20 *Meierhofer, M.*: Frühe Prägung der Persönlichkeit. Bern: Huber 1975<sup>3</sup>, S.121.
  - 21 *Bronfenbrenner, U.*: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
  - 22 *Garbarino, J.*: Bronfenbrenners experimentelle Ökologie der menschlichen Entwicklung. In *Walter, H., Oerter, R.*, 1979, S.106.
  - 23 *Bronfenbrenner, U.*: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta 1981, S.1.
  - 24 In einer solchen Entwicklungsdefinition hat natürlich auch die Entwicklung des reifen oder erwachsenen Menschen Platz. Auch hier finden immer wieder dialektische Auseinandersetzungen mit der Umwelt statt.
  - 25 So z.B. *Grond, J.*: Aspekte der Früherziehung Behinderter in der Schweiz. *Sozial- und Präventivmedizin*, 1979, S.368; *Heese, G.*: Frühförderung behinderter Kinder als pädagogische Aufgabe. In: *Heese, G.* (Hrsg.), 1978; *Speck, O.*: Das gewandelte Verhältnis zwischen Eltern und Fachleuten in der Frühförderung. In: *Speck, O., Warnke, A.* (Hrsg.) 1983.
  - 26 s. dazu *Lazar, I.*: Some social Implications of Recent Longitudinal Research in Early Education in the United States. Unveröff. Manuskript, 20 S., Cornell University, Ithaca, NY, o.J.; *Bronfenbrenner, U.*: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta 1981, S. 193 f.; *White, K., Castro, G.*: An Integrative Review of Early Intervention Efficacy Studies with At-risk Children: Implications for the Handicapped. *Analysis and Intervention in Dev. Disabilities*, 1985, S.177-201.
  - 27 *Horstmann, T.*: Frühförderung bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen unter sonderpädagogischem Aspekt. Heidelberg: Schindeler 1982, S. 168 und 174.
  - 28 Eine Erkenntnis, die sich in der Subventionierung von Rehabilitationsmassnahmen durch die (Schweizer) Invalidenversicherung (IV) noch nicht hat durchsetzen können. So werden im Bereich der Früherziehung von der IV wohl effektive am Kind erbrachte Leistungen finanziert, nicht hingegen die Leistungen mit den Eltern.
  - 29 s. dazu *Speck, O.*: Das gewandelte Verhältnis zwischen Eltern und Fachleuten in der Frühförderung. In: *Speck, O., Warnke, A.* (Hrsg.), 1983, S. 13ff.
  - 30 s. dazu *Hellbrügge, Th.* (Hrsg.): Klinische Sozialpädiatrie. Berlin: Springer 1981.
  - 31 *Haupt, U.*: Überlegungen zu einer komplexen Entwicklungsförderung körperbehinderter Säuglinge und Kleinkinder. *Zs. für Heilpädagogik*, 1980, S. 483-92.
  - 32 *Schönberger, F.*: Ethik der Kooperation - von der Pflicht, mit Kindern und Behinderten zusammenzuarbeiten. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik (VHN)*, 1986, S. 273.
  - 33 Einige der hier vorgestellten Gedanken wurden schon publiziert: *Schlienger I.*: Früherkennung im Spannungsfeld zwischen Eltern und Fachleuten. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik (VHN)*, 1985, S.446-458.
  - 34 s. dazu *Wöhler, K.*: Soziologische Aspekte der Frühförderung von Behinderten. *Zs. für Heilpädagogik*, 1980.
  - 35 s. dazu *Brandt, R.*: Kindliche Störungsgenese und Frühförderung. Köln: Pahl-Rugenstein 1983, S. 122.
  - 36 *Bronfenbrenner, U.*: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
  - 37 *Rudinger, G.*: Durchschnittliche und individuelle Entwicklungsverläufe. In *Dollase, P.*: Handbuch der Früh- und Vorschulpädagogik. 1978.

## 2. Kurze Vorstellung und Beschreibung des Vademecum für die Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes

Das Vademecum ist ein Grobsiebverfahren<sup>1</sup> zur Beobachtung der Entwicklung bei Kleinkindern mit Verdacht auf Entwicklungsverzögerung oder zur Verlaufskontrolle bei Kindern mit festgestellter Schädigung. Im Unterschied zu bestehenden Grobsiebverfahren werden die Angaben über die kindliche Entwicklung von den nächsten Bezugspersonen des Kindes<sup>2</sup> erhoben und festgehalten. Die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse wird von der Fachperson geleistet, die in engem Kontakt mit den Eltern steht<sup>3</sup>.

### 2.1 Das Material

Die Vademecum-Mappe beinhaltet für Fachleute:

- **Begleitbuch** - mit Grundlagen zur Anwendung sowie Auswertungshinweisen
- **Normentabellen** - Folie 1 mit 90%-Marke und Folie 2 mit 50%-Marke
- **Auswertungsblock\*** - 1 Block mit 25 Auswertungsblättern

zuhanden der Bezugspersonen:

- **Handbuch\*** - 4 Exemplare, die wiederholt eingesetzt, den Eltern aber auch überlassen werden können
- **Schlusstabelle\*** - 10 Exemplare zur je einmaligen Beobachtung eines Kindes

(\* dieses Verbrauchsmaterial kann mit beigelegter Bestellkarte nachbestellt werden.)

Durch die Situation eines ökologisch orientierten Grobsiebverfahrens wird auf standardisierte<sup>4</sup> Testgegenstände verzichtet. Das Material, anhand dessen das Kind seine Fähigkeiten zeigen soll, stammt direkt aus der *Lebenssituation des Kindes*. Als Beispiel sei der Beobachtungspunkt C 18 genannt: "Auf die Frage: 'Wo ist der Teddybär?' schaut das Kind in die Richtung des Bären, das heisst, es versteht den Sinn des Wortes". Zur Prüfung dieser Frage bezieht man sich auf den Bären, den das Kind zuhause oder in der Kinderkrippe zu seinem Liebling erwählt hat. Es soll sich dabei nicht um einen Standardbären aus einem Untersuchungskoffer handeln. Hat ein Kind keine Beziehung zu einem Bären hergestellt, so kann dieser selbstverständlich durch einen anderen, dem Kind lieben und sehr gewohnten Gegenstand, z.B. ein Auto oder eine Puppe, ersetzt werden.

Nachfolgend werden die Vademecum-Unterlagen und ihre Funktion kurz beschrieben. Eine ausführliche Anleitung und genaue Beschreibung der Art, wie die einzelnen Instrumente eingesetzt werden, findet sich im Kapitel 4 (Praktische Anwendung des Vademecum).

#### Das Handbuch

Es enthält eine Fülle von Aussagen über kindliche Fähigkeiten, die zumeist über Beobachtung erhoben oder leicht provoziert werden können. Die kindliche Entwicklung wurde in fünf

verschiedene Funktionsbereiche gegliedert und in getrennten Skalen dargestellt. Das Handbuch bietet so eine *Übersicht über die grob- und feinmotorische, kommunikative, soziale und emotionale Entwicklung des Kindes von der Geburt bis etwa zum dritten Lebensjahr*. Damit können die Handlungen und Verhaltensweisen eines Kindes differenziert festgehalten werden.

Die einzelnen Beobachtungspunkte (Items) sind in chronologischer Reihenfolge, der normalen kindlichen Entwicklung folgend, im Handbuch dargestellt und durchnummeriert.

#### A

##### Körperliche Entwicklung (64 Items)

Diese Skala erfasst das körperliche Wachstum sowie die Kontrolle der Körperbewegungen (Grobmotorik).

#### B

##### Entwicklung des Sehens und Greifens (67 Items)

Hier werden vor allem feinmotorische, sensorische und - im weiteren Sinne - kognitive Fähigkeiten erhoben.

#### C

##### Entwicklung des Hörens und Sprechens (58 Items)

In dieser Skala werden das Lauschen und Reagieren auf Töne und Geräusche sowie die eigentliche Entdeckung der Lautsprache beobachtet.

#### D

##### Entwicklung der Selbständigkeit (48 Items)

Dieser Bereich umfasst Fortschritte in der Selbständigkeit und der Orientierung in der Umwelt.

#### E

##### Entwicklung der Gefühle und der Gemeinschaftsfähigkeit (68 Items)

Diese Skala erfasst die Entwicklung der Beziehungen des Kindes zu seiner näheren und später auch der weiteren Umwelt (Eltern, Geschwister, Nachbarschaft) sowie seine psychische Differenzierung.

#### Die Schlusstabelle

Zum Handbuch gehört eine Schlusstabelle, in der die vom Kind erfüllten Beobachtungspunkte angekreuzt werden. Punkte verschiedener Skalen, die in der kindlichen Entwicklung ungefähr zum selben Zeitpunkt auftreten, befinden sich auf der gleichen Höhe, sodass für den Beobachter ein erstes Entwicklungsprofil ersichtlich ist.

Das Handbuch und die Schlusstabelle sind zuhanden der *Eltern* oder anderer *Bezugspersonen* des Kindes bestimmt. Das Ziel dieses Verfahrens soll sein, die Handlungs- und Verhaltensweisen eines Kindes in einer *dem Kind vertrauten Umgebung* (in seinem Kontext, in seiner Wirklichkeit) festzuhalten, also zu Hause oder in der Kinderkrippe oder Spielgruppe<sup>5</sup>.

## Auswertung und Interpretation

Ausgewertet und interpretiert werden die Ergebnisse zusammen mit der Fachkraft, die den Bezugspersonen das Handbuch abgegeben hat. Diese verfügt für die *quantitative Auswertung* über Entwicklungsnormen (Auswertungsfolie) und Auswertungsblätter. Die *Auswertungsfolie* zeigt, welche Items 50%, bzw. 90% der untersuchten Kinder in einem bestimmten Lebensalter erfüllt haben. Bis zum Alter von 15 Monaten werden die Normen in Einmonatsschritten angegeben, von da an in Dreimonatsschritten. Diese Folie wird über die ausgefüllte Schlusstabelle gelegt und das Entwicklungsalter, welches das Kind im Moment in jeder einzelnen Skala erreicht, in das *Auswertungsblatt* übertragen. Dort wird anschließend das *Entwicklungsprofil* eingezeichnet.

Die Analyse dieses Profils und der Vergleich des Entwicklungsalters mit dem Lebensalter des Kindes ermöglichen Aussagen darüber, ob die Entwicklung normal oder allgemein verzögert ist. Verbunden mit einer qualitativen Analyse erlaubt es aber auch differenzierte Aussagen über umschriebene Ausfälle oder Verzögerungen in einem bestimmten Entwicklungsbereich.

Will man Entwicklungsrückstände aufdecken, wird für die Auswertung vor allem die Folie mit den 90%-Normen verwendet. Die 50%-Normen dienen dazu, die Bandbreite möglicher Entwicklungen aufzuzeigen sowie ein Kind mit dem Durchschnitt gleichaltriger Kinder zu vergleichen. Dies hilft dann, wenn beunruhigte Eltern oder Fachleute Sicherheit gewinnen wollen über die regelhafte Entwicklung oder Entwicklungsfortschritte eines Kindes. Es wird grundsätzlich darauf verzichtet, einen Gesamtentwicklungsquotienten zu berechnen, da ein solches Vorgehen keine Schlussfolgerungen für eine anschließende Diagnostik zulässt: gute Leistungen in einem Entwicklungsbereich können zum Beispiel ein gravierendes Defizit in einem anderen ausgleichen, isolierte Ausfälle können durch Überkompensationen in einem anderen Bereich verwischt werden.

*Entwicklungsfortschritte* oder *Profilveränderungen* können durch wiederholte Beobachtungen in Abständen von mehreren Monaten festgestellt werden. Erst durch Beobachtungen zu verschiedenen Zeitpunkten, d.h. wenn der Entwicklungsprozess in den Vordergrund gerückt wird, werden Angaben über Entwicklungsverzögerungen, resp. normale Entwicklung aussagekräftig und prognostisch bedeutsam. Mit der Feststellung eines Entwicklungsrückstandes sind jedoch noch keine Anhaltspunkte darüber gegeben, wie dieser zustande kam, ob er bedeutsam sei und wie er allenfalls zu beheben wäre. Dies ist einer genaueren *qualitativen Analyse*, der weiteren Entwicklungsdiagnostik, sowie einer allfälligen somatischen Untersuchung, vorbehalten.

## 2.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen Grobsiebverfahren.

Grundsätzlich entspricht das Vademecum in seinem Aufbau den funktionalen Entwicklungsdiagnostika und Grobsiebverfahren, wie sie von *Brandt* (1983), *Hellbrügge u.a.* (1978), *Coulin u.a.* (1977), *Flehmig, u.a.* (1973) *Kiphard* (1976) oder *Strassmeier* (1981)<sup>6</sup> bekannt sind: Die kindliche Entwicklung wird in verschiedene Funktionsbereiche geteilt und diese werden wiederum in Items (Beobachtungspunkten oder Aufgaben)

dargestellt. Diese Trennung in Funktionsbereiche kann, auch wenn sie praktisch und statistisch legitimiert ist, bei allen Verfahren theoretisch nicht ausreichend begründet werden: Alle Entwicklungsbereiche sind inhaltlich miteinander verknüpft und bedingen und ergänzen sich gegenseitig. Eine Reduktion der Skalen auf inhaltlich streng trennende Items ist innerhalb eines Grobsiebverfahrens nicht möglich<sup>7</sup>. Die Einordnung einzelner Beobachtungspunkte in eine bestimmte Skala erscheint deshalb ab und an willkürlich, da sie grundsätzlich in verschiedene Skalen passen würden. Aus diesem Grund sollen die einzelnen Unterskalen nicht als eigenständige Tests gebraucht werden.

Das Vademecum umfasst insgesamt 305 Items für die ersten drei Lebensjahre. Dies sind weitaus mehr als in vergleichbaren Grobsiebverfahren. Beim Entwicklungsgitter von *Kiphard* (ein Verfahren, das sich direkt an die Eltern wendet) sind es 240 Aufgaben für die ersten vier Lebensjahre. Die Denver-Entwicklungsskalen (DES, ein Verfahren, das ausschliesslich von Fachleuten angewendet wird) bestehen aus 105 Aufgaben für das 1. - 6. Lebensjahr.

Das Vademecum wurde hinsichtlich der Testgütekriterien statistisch geprüft (wie die DES), die Altersangaben der Normentabellen entsprechen jedoch aktuellen Daten von Kindern der Deutschschweiz. Das Vademecum soll (im Gegensatz zu den Empfehlungen von *Kiphard*) nicht zur Formulierung von Therapiezielen und als Übungsgrundlage eingesetzt werden: Das Erkennen einer Störung und die Behandlung derselben sind zwei verschiedene Dinge. Das Wissen um eine Störung besagt noch nicht, wie diese Störung entstanden ist und folglich ist noch nicht geklärt, wie sie zu beheben sei. Das Üben von Entwicklungspunkten ist nur dann sinnvoll, wenn allfällige Rückstände durch einen Mangel an Übung entstanden sind.

Die Aufgaben der DES sind, wie bei klinischen Verfahren üblich, standardisiert. Auch *Kiphard* hat im Entwicklungsgitter versucht, für jedes Kind die möglichst identische Ausgangsbasis zur Lösung einer Aufgabe zu schaffen. Damit sollen die Ergebnisse verschiedener Kinder miteinander vergleichbar gemacht werden. Im ökologisch orientierten Vademecum wird bewusst auf diese strenge Standardisierung der Aufgaben verzichtet. Es wurde allerdings versucht, die Fragen so zu formulieren, dass sie von verschiedenen Personen identisch verstanden werden.

Die beschriebene *ökopsychologische Ausrichtung* ist ein wesentlicher *Vorteil* des Vademecum: Das Kind wird in seiner ihm vertrauten Umgebung beobachtet. Dort werden diejenigen Handlungs- und Verhaltensweisen geprüft, über die es in seinem Lebensalltag verfügt. Das Kind wird nicht verunsichert durch eine fremde Umgebung mit fremden Menschen (oder durch fremdartige, vorgelesene Formulierungen aus dem Munde der Mutter).

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zu anderen Verfahren besteht in der *Erfassung des Entwicklungsprozesses* eines Kindes. Durch die mehrmalige Beobachtung des Kindes in zeitlichen Abständen - von zwei bis sechs Monaten - wird der Verlauf der Entwicklung interpretiert und nicht ein Zustand. Wir konnten in unserer Studie nachweisen, dass diese Prozessbetrachtung zuverlässigere Entwicklungsprognosen ermöglicht als die Betrachtung des Entwicklungszustandes.

#### Anmerkungen:

- 1 Ein Grobsiebverfahren dient dazu, Kinder zu bezeichnen, die einer genaueren Diagnostik bedürfen. Anschliessend folgt eine präzisierende Diagnostik. Die Aufgabe des Grobsiebverfahrens besteht also darin, auf weitere notwendige Abklärungen aufmerksam zu machen sowie Hinweise darauf zu geben, welchen Entwicklungsbereichen sich die Diagnostik besonders annehmen soll.
- 2 Mit den nächsten Bezugspersonen sind zunächst die Eltern, dann aber auch weitere, dem Kind nahestehende Personen, gemeint. Auch wenn sich die Tendenz in den letzten Jahren etwas geändert hat, so engagieren sich doch die Mütter immer noch mehr in Belangen ihrer Kinder als die Väter. Vielfach wird im nachfolgenden Text deshalb, und der Einfachheit halber, von der Mutter gesprochen. Dabei sollen die anderen möglichen Bezugspersonen immer auch miteinbezogen sein. Es kann sich also, wenn von Bezugspersonen oder von Müttern die Rede ist, um die Eltern (Mutter und/oder Vater), aber auch um Grosseltern, Pflegeeltern, Erzieher(innen) oder Therapeut(inn)en handeln.
- 3 Wenn sich Fachleute, die selbst eine enge Beziehung zum Kind haben, wie z.B. Therapeut(inn)en oder Erzieher(innen), sich des Vademecum bedienen, wird diese Trennung in beobachtende Bezugsperson und auswertende Fachperson aufgehoben.
- 4 Für andere Verfahren, in denen die Beobachtungen jeweils von Fachleuten durchgeführt werden, sind eigens Materialkoffer geschaffen worden. Die Kinder werden anhand dieses (standardisierten) Materials 'getestet'. Ökologischen Grundsätzen folgend, soll das Kind jedoch lediglich dann fremden Gegenständen zu Testzwecken ausgesetzt werden, wenn die kindlichen Reaktionen auf *fremde* Gegenstände getestet werden soll. Das "normale" Handlungsspektrum eines Kindes wird so jedoch vielfach nicht erfasst. Deshalb werden beim Vademecum die Alltagsgegenstände eines Kindes verwendet. Trotz dieses grundsätzlichen Unterschiedes wurde das Vademecum so konstruiert, dass es den Anforderungen der herkömmlichen Testgütekriterien genügt (s. Kap. 5).
- 5 Wird das Kind durch eine Therapeutin in einem Therapiezentrum beobachtet, so prüft die Therapeutin, wie sich das Kind in der speziellen Situation der Therapie verhält. Ihre Beobachtungen müssen mit denjenigen der Mutter nicht zwingend übereinstimmen. Ein Kind kann in der Therapie höhere Leistungen zeigen als zuhause oder umgekehrt. Werden diese Beobachtungsunterschiede zusammen mit den Eltern diskutiert, kann dies zu wesentlichen Erkenntnissen führen.
- 6 *Brandt, I.*: Griffiths Entwicklungsskalen (GES) zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Weinheim: Beltz 1983; *Hellbrügge, Th., Lajos, F., Menara, D., Schamberger, R., Rautenstrauch, Th.*: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. München: Urban & Schwarzenberg 1978; *Coulin, S., Heiss-Begemann, E., Köhler, G., Lajos, F., Schamberger, R.*: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik. 2. und 3. Lebensjahr, Experimentalfassung. München 1977; *Fehmig, I., Schloon, M., Uhde, J., v. Bernuth, H.*: Denver-Entwicklungsskalen (DES). Hamburg 1973; *Kiphard, E.J.*: Wie weit ist ein Kind entwickelt? - Eine Anleitung zu Entwicklungsüberprüfung. Dortmund: verlag modernes lernen 1976; *Strassmeier, W.*: Frühförderung konkret. München: Reinhardt 1981.

- 7 Dies bestätigte sich auch bei der Konstruktion der Münchner funktionellen Entwicklungsdiagnostik (2. und 3. Lebensjahr, Experimentalfassung durch *Coulin u.a.* 1977). Dort wurden trotz Faktorenanalysen einige Items gefunden, die nur sehr gering mit dem eigenen Untertest korrelierten.

### 3. Ein Vademecum für alle Fälle?

#### Einsatzmöglichkeiten und Grenzen des Vademecum als Grobsiebverfahren

Wie in Kapitel 2 schon dargestellt, wird das Vademecum als Beobachtungsinstrument zur Früherkennung von Behinderungen durch die Eltern, bzw. enge Bezugspersonen eines Kindes angewendet und beim gleichen Kind wiederholt eingesetzt. Damit werden drei wesentliche Dinge erreicht, die zu den zentralsten Merkmalen eines ökologisch ausgerichteten Verfahrens zur Früherkennung gehören :

- eine relativ hohe ökologische Gültigkeit,
- die Beachtung der Entwicklung in ihrer Prozesshaftigkeit und
- der aktive Einbezug der Eltern in den Früherkennungsprozess.

Die Auswertung und Interpretation der Beobachtungen wird von den Fachleuten, die den Eltern das Vademecum-Handbuch weitergeben, gewährleistet. Diese besprechen auch die Resultate mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen und veranlassen bei Bedarf weitere Abklärungen, bzw. die Einleitung von Massnahmen. Es ist nicht empfehlenswert, den Eltern Normentabellen abzugeben. Dies führt eher zu Verwirrung und Fehldeutungen, als dass es den Eltern die Art von Sicherheit gibt, die sie benötigen. Gerade die Bewertung einer kritischen oder rückständigen kindlichen Entwicklung setzt viel Fachwissen, Fingerspitzengefühl und kritische Distanz voraus.

In allen Fällen kann eine einmalige Beobachtung des Kindes und eine quantitative Analyse an sich schon Anhaltspunkte geben für das weitere Vorgehen der Fachleute mit dem Kind und seinen Bezugspersonen. Wird das Vademecum jedoch in Abständen von einigen Monaten wiederholt eingesetzt, so lassen sich daraus Aussagen über Entwicklungsverlauf und -tempo in den einzelnen Entwicklungsbereichen gewinnen. Hat sich der Rückstand in einem Teilbereich oder in allen Bereichen vergrössert, ist er gleich geblieben oder hat er sich verringert? *Erst diese Beobachtung des Entwicklungsprozesses ermöglicht es bei vielen Kindern mit Verdacht auf Entwicklungsverzögerung, eine Antwort auf die Frage zu finden, ob weitere Massnahmen notwendig oder sinnvoll sind*<sup>1</sup>.

#### 3.1 Wann wird das Vademecum eingesetzt?

Als Grobsiebverfahren kann das Vademecum den Fachleuten und den Eltern, bzw. Bezugspersonen in verschiedener Weise hilfreich sein (Indikationen):

##### 3.1.1 Beschreibung des Entwicklungsprozesses

Das Vademecum kann der *Beschreibung des Entwicklungsstandes und der begleitenden Entwicklungsbeobachtung* eines Kindes im Sinne der primären Prävention dienen. Eine qualitative und quantitative Analyse ermöglicht Einsicht darüber, welche altersgemässen Handlungen ein Kind ausübt, und in welchen Bereichen es eher vom Durchschnitt ab-

weicht. Häufig sind Mütter - speziell von Erstgeborenen - sehr interessiert an solchen Entwicklungsbeschreibungen.

Gute Erfahrungen sind auch gemacht worden bei sogenannten "Risikokindern" (bei Frühgeburten, Stoffwechselkrankheiten, Schwangerschaftsvergiftungen), wo zwar bis anhin keine Entwicklungsauffälligkeiten beobachtet wurden, eine gewisse Unsicherheit über die normale Entwicklung bei Eltern und Fachleuten aber letztlich bestehen blieb.

**Beispiel 1:** *Eine Mutter ist beunruhigt über die Entwicklung des Kindes.*

**Claus, 11 Monate:**

Die Mutter ist sehr verunsichert im Umgang mit Claus. Sie befürchtet, dass er sich nicht normal entwickelt. Sie hat eine ältere geistig behinderte Tochter, weiss wenig über "normale" Entwicklung und äussert dem Arzt gegenüber Ängste, wie "Ansteckungsgefahr". Beruhigende Worte des Arztes, der das Kind wohl entwickelt antrifft, helfen der Mutter nicht weiter. Mehr konkretes Wissen über den tatsächlichen Entwicklungsverlauf des Kindes sowie darüber, welche Leistungen sie in welchem Alter von Claus erwarten kann, würde ihr sehr dienen und könnte sie beruhigen.

Die mütterlichen Beobachtungen anhand des Vademecum zeigen: das Kind ist überdurchschnittlich gut entwickelt. Die Mutter fühlt sich sehr entlastet durch diese Mitteilung, beobachtet Claus aber in Abständen von drei Monaten noch weitere Male, bis sie sich ganz sicher ist.

##### 3.1.2 Kontrolle von Förderungsmassnahmen

Sind bei einem behinderten Kind in Frühförderung oder Therapie die pädagogischen, medizinischen oder psychologischen Massnahmen (weiterhin) nutzbringend und angebracht, oder sollten sie verändert werden? Dieser zweite Einsatzbereich des Vademecum gibt Antworten auf Fragen wie: Hat sich ein Rückstand vergrössert, ist er gleich geblieben oder hat sich vielleicht das Entwicklungstempo gesteigert? Hier handelt es sich also um eine *Kontrolle von Förderungsmassnahmen durch eine begleitende Entwicklungsbeobachtung*.

Im Sinne der tertiären Prävention kann die Entwicklung eines behinderten oder geschädigten Kindes beobachtend begleitet werden, um möglichen Folgebehinderungen oder Entwicklungsabweichungen rechtzeitig begegnen zu können.

**Beispiel 2:** *Bei einem Kind wurde eine umschriebene Schädigung diagnostiziert, eine Entwicklungsbeobachtung soll zeigen, ob weitere Funktionsbereiche ebenfalls belastet wurden.*

**Bruno, 21 Monate:**

Bruno leidet an Spina bifida (offene Wirbelsäule, die mit einer Lähmung der Beine verbunden ist) und wird regelmässig von einer Früherzieherin betreut. Seine motorische Entwicklung ist stark beeinträchtigt. Bruno kann nicht gehen und lediglich mit Hilfe von Beinschienen stehen. Sowohl die Mutter als auch die Früherzieherin wollen wissen, wie weit sich die Schädigung auf andere Entwicklungsbereiche auswirkt.

Gemäss den Beobachtungen mit Hilfe des Vademecum entwickelt sich Bruno, ausser im motorischen Bereich, in dem er erwartungsgemäss das Krabbelstadium nicht überwindet, gut

im Normbereich (s. dazu Abb. 11, S.38). Dies bestärkte auch die Bezugspersonen in ihrem Umgang mit dem Kind.

### 3.1.3 Eigentliche Früherkennung

Eine dritte Möglichkeit besteht in der *Abklärung, ob bei einem Kind eine differenziertere Entwicklungsdiagnostik notwendig erscheint* (sekundäre Prävention). Es geht um die Frage, ob ein geäußertes Verdacht auf Entwicklungsverzögerung oder –gefährdung berechtigt ist oder nicht. Dieser erste Verdacht kann sich auf eine allgemeine Entwicklungsverzögerung unklarer Genese, auf eine Sinnes- oder motorische Schädigung, auf eine emotionale oder geistige Beeinträchtigung beziehen.

**Beispiel 3:** Die Mutter äussert den Verdacht, dass ihr Kind nicht gut höre.

Anna, 5 Monate:

Annas Mutter ist sehr beunruhigt, weil die Tochter nicht so auf sie reagiert, wie sie es erwartet. Anna ist ihr erstes Kind. Ist die Mutter lediglich überängstlich oder liegt nicht doch eine mögliche Schädigung vor?

Eine erste Abklärung mit Hilfe des Vademecum ergibt, dass sich Anna, ausser im sprachlichen Bereich, durchschnittlich, in den visuellen Fähigkeiten sogar überdurchschnittlich gut entwickelt. Bei den Beobachtungspunkten, die sich mit Hörfähigkeiten befassen, kann die Mutter jedoch nichts ankreuzen. Auch einen Monat später reagiert das Kind sowohl auf ein Glöcklein, als auch auf eine Stimme nur, wenn es gleichzeitig die Mutter sieht. Anna wird von der Kinderärztin zu einer audiopädagogischen Abklärung aufgeboten. Dort wird eine hochgradige Schwerhörigkeit diagnostiziert.

**Beispiel 4:** Ein Kind zeigt einen diffusen Entwicklungsrückstand. Eine Entwicklungsbeobachtung ist angezeigt.

André, 22 Monate:

Die Mutter ist beunruhigt über den allgemeinen Entwicklungsrückstand und die Verhaltensprobleme des Kindes. Sie sucht nach längerem Unterbruch wieder einmal die Mütterberatungsschwester auf und schildert dieser ihre Probleme: Der Knabe trinkt nur aus der Flasche, spricht nicht, und schaukelt, im Bettchen sitzend, stundenlang hin und her (Pagodenschaukeln). Die Mutter scheint nicht sehr kooperativ zu sein und sucht eine schnelle Beratung. Sie ist wegen der Ess- und Beziehungsprobleme des Kindes am Rand der Kräfte und braucht Hilfe.

Als die Mutter das Kind mit Hilfe des Vademecum beobachtet, wird ihr das grosse Ausmass der Störungen des Kindes offenbar. Sie kann nur sehr wenige Punkte in der Schlusstabelle ankreuzen. Das Kind habe wenig gekonnt und sich zudem massiv verweigert, äussert die Mutter im anschliessenden Gespräch. Dieses Verhalten zeige André auch sonst allem gegenüber, was sie ihm anbiete oder von ihm erwarte.

Das Kind weist, neben einem grossen allgemeinen Entwicklungsrückstand, autistische Züge auf (s.dazu Abb. 12, S.38). In diesem Gespräch zeigt sich die Mutter nun von der Notwendigkeit einer heilpädagogischen und medizinischen Abklärung überzeugt. Eine Abklärungstermin im Kinderpsychiatrischen Dienst wird in die Wege geleitet.

**Beispiel 4:** Festigung der Mutter-Kind-Beziehung.

Daniel, 3 Monate

Das Kind fällt sowohl der Mütterberaterin als auch der Mutter auf. Die Mutter schildert Daniel als Kind, das sehr schlaff sei und dauernd weine. Sie hat das Gefühl, das Kind lehne sie ab. Die Mütterberatungsschwester versucht, die Mutter-Kind-Beziehung zu entlasten und zu verbessern. Die Mutter soll Daniel beobachten und dadurch etwas mehr positive Distanz zu ihm gewinnen, ohne immer gleich auf ihn reagieren zu müssen.

Die Beobachtungen zeigen ein normal entwickeltes Kind. Allerdings muss der auffällig schlaffe Tonus weiter beobachtet werden. Hier wird ein Arzt zugezogen. Die Mutter benötigt jedoch dringend zusätzliche Erziehungsberatung, da sie im Umgang mit dem schwierigen Kind weiterhin sehr unsicher ist.

### 3.2 Früherkennung und Diagnostik

Das Vademecum ist ein Grobsiebverfahren und kann zu einer vollständigen Diagnosestellung nicht ausreichen. Die Ergebnisse des Vademecum für sich allein genügen nicht, um einen Verdacht als erhärtet zu betrachten. Trotzdem kann das Vademecum entscheidend bei der Hypothesenbildung in einem Früherkennungsprozess mithelfen.

Das Wesen eines Grobsiebverfahrens besteht grundsätzlich darin, möglichst wesentliche Aspekte der kindlichen Entwicklung einzufangen und darzustellen. Hinter jedem der im Handbuch aufgeführten Beobachtungspunkte stehen theoretische und in konkreter Arbeit mit Kindern erprobte praktische Annahmen und Erkenntnisse von Entwicklung. Die Punkte haben deshalb alle eine Bedeutung in der Entwicklung der Kinder. Um diese in ihrer Ganzheit darstellen zu können, musste für die Konstruktion des Vademecum auf verschiedene und vielfältige Quellen Bezug genommen werden. Bei vielen Items ist die Beziehung zu einer Theorie, z.B. derjenigen von Jean Piaget, offensichtlich, bei anderen ist er versteckter.

Die erfahrene und entwicklungspsychologisch geschulte Fachperson kann vielfach die einem einzelnen Item zugrunde liegende Theorie erkennen und sich damit zur Interpretation der Beobachtungen auf ein breites Spektrum von theoretisch abgestützten Aussagen beziehen. Solche Analysen können auch zu diagnostisch relevanten Aussagen führen.

Trotzdem muss grundsätzlich betont werden, dass das Ziel eines Grobsiebverfahrens darin besteht, herauszufinden, ob die Entwicklung eines Kindes verlangsamt oder gestört ist. Sein Einsatz ist deshalb nicht indiziert bei der Suche nach den Gründen einer gestörten Entwicklung sowie bei der Frage, wie diese Störung behoben werden könnte. Dies hängt mit zwei wesentlichen Umständen zusammen:

1) Wird ein bestimmter Beobachtungspunkt angekreuzt, so bedeutet dies zunächst lediglich, dass das Kind über eine bestimmte Fähigkeit verfügt. Die Kreuze basieren auf der äusseren Form einer Handlung, auf dem, was beobachtbar ist. Auf solche äusseren Formen von Handlungen wurde die Formulierung der Items auch zugeschnitten, weil sie auf möglichst viele Kinder unseres Kulturkreises zutreffen sollen: Zwei Menschen verfahren nie auf genau dieselbe Weise, auch wenn sie die formal gleiche Handlung ausführen, jeder tut sie auf seine Art und Weise. Somit gibt es auch bei jedem Item in einem Beobachtungsverfahren unzählige Möglichkeiten, wie

dieser Punkt erfüllt werden kann. Jede dieser Möglichkeiten ist zunächst für das betreffende Kind richtig, da sie seiner aktuellen Handlungsfähigkeit entspricht; jedes Kind handelt so, wie es zu diesem Zeitpunkt am besten kann. Dabei kann es sich um ein übliches ("normales") Handlungsmuster handeln; das Kind kann sich jedoch auch "gestörter" Bewegungsabfolgen oder Funktionen bedienen.

Wenn ein Kind heftig mit beiden Beinen strampelt, erfüllt es den Punkt A 7. Sind die Bewegungen jedoch unrhythmisch und abgehackt, liegt möglicherweise eine neurologische Störung vor. Oder: eine Mutter kreuzt an, dass das Kind längere Zeit allein für sich spielt (E 23). Auf Befragen hin fügt sie jedoch hinzu, dass es sich dabei um sehr gleichförmige, eigentlich stereotype Spiele handelt, welche sich als ein Anzeichen einer geistigen Behinderung herausstellen können.

Solche unüblichen Handlungsabfolgen oder Funktionen werden dann bedeutsam, wenn sie weiteren Entwicklungs- und Lernschritten des Kindes im Weg zu stehen drohen. In einer präzisierenden Diagnostik ist es deshalb notwendig, dieses Wie einer Handlung, das zunächst verborgen bleibt, zu kennen. Ein Grobsiebverfahren kann hier mithelfen, Hypothesen zu bilden.

2) Handlungsweisen sind immer durch ein Geflecht von Bedingungen mitverursacht. So kann die Fähigkeit eines Kindes, die ersten Worte zu sprechen, nicht allein auf neuromuskuläre Reifung zurückgeführt werden. Häufiges Üben von Lauten allein, oder ausreichende Zuwendung und sprachliches Vorbild, eine gut entwickelte Nachahmungsfähigkeit, die Fähigkeit, sich innere Vorstellungen von der Welt zu machen sowie der Wille des Kindes, sich sprachlich mitzuteilen, reichen für sich genommen auch nicht aus. Trotzdem sind dies alles mitbedingende Faktoren für den Spracherwerb. Beginnt ein Kind verspätet zu sprechen, so können die Gründe in den unterschiedlichsten Faktoren und Faktorenkombinationen liegen. Deshalb müssen in solchen Fällen immer alle Entwicklungsbereiche in die Analyse miteinbezogen werden.

3) Umgekehrt führt eine umschriebene (Schädigungs-) Ursache immer zu Auswirkungen in verschiedenen Entwicklungs- und Lebensbereichen. Sie dürfte also auch in einem Grobsiebverfahren an verschiedenen Orten sichtbar werden. Deshalb ist eine qualitative Analyse und Interpretation der Items, sowohl innerhalb einer einzelnen Entwicklungsdimension als auch dimensionsübergreifend, notwendig und sinnvoll. Auch hier kann das Vademecum, von erfahrenen Fachleuten ausgewertet, zu wesentlichen Hypothesen verhelfen.

Folgende Punkte ergänzen deshalb den Einsatz eines Grobsiebverfahrens:

- ein fundiertes anamnestisches Gespräch
- die direkte Beobachtung des Kindes, um die Qualität der dem Kind aktuell zur Verfügung stehenden Handlungsstrukturen zu erheben
- die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion in Bezug auf die Qualität und Intensität der Stimulation, das Handling, den Körperkontakt, die Art, wie beide aufeinander reagieren, usw.<sup>2</sup>
- die Erhebung der Lebensumwelt des Kindes (häusliche Aufwuchssituation, direkte Umweltgestaltung, Vielfalt und Möglichkeiten zur Exploration)
- eine somatische Untersuchung

Eine in dieser intensiven Form durchgeführte erste Untersuchung geht in eine Frühdiagnose über. Auch wenn erfahrene Fachleute mit den Ergebnissen des Vademecum zu relativ präzisen diagnostischen Zusatzaussagen kommen können, ersetzt dies eine medizinische, pädagogische und/oder psychologische Diagnosestellung, die das Kind, seine Interaktionen und seine Lebenswelt miteinbezieht, nicht.

### 3.3 Wo liegt die Grenze zwischen "normaler" und "gestörter" Entwicklung?

Die Diskussion der Frage nach der "normalen" Entwicklung soll praktisch aufzeigen, was im ersten Kapitel theoretisch erörtert wurde:

1) Entwicklungsprozesse sind *dialektisch* zu verstehen<sup>3</sup>: Der einzelne verändert (entwickelt) sich im Laufe der Zeit. Ebenso verändert sich aber auch die Umwelt, in der er lebt. Diese Umwelt umfasst alles, was ausserhalb der Person besteht: der Mutter, der Familie, der Wohnung, der Art des politischen Systems usw. Gleichzeitig wirken die Person und ihre Umwelt aufeinander ein und beeinflussen sich dabei gegenseitig. Durch dieses Zusammentreffen und Miteinander-Sein werden immer wieder Ungleichgewichte und Widersprüche ausgelöst. Diese sind wiederum notwendige Voraussetzung für weitere Entwicklungsschritte. Veränderungen und Entwicklungen sind also erst möglich, wenn diese beiden Teile (der Mensch und seine Umwelt) interagieren, sich wechselseitig beeinflussen und dadurch Widersprüche herbeiführen, die aufgelöst oder integriert werden sollten.

2) Der Gegenstand der Entwicklungspsychologie, auf den sich Grobsiebverfahren berufen, ist die 'normale' Entwicklung des Kindes. Normalität wird zumeist daran gemessen, was in einer Gesellschaft als 'normal' bezeichnet, und/oder was durch wissenschaftliche Theorien als "Ordnungsprinzip"<sup>4</sup> erkannt wird. In diesem Sinne bedeutet 'normal' immer ein Urteil, auch dann, wenn man sich auf eine rein statistische Grösse (etwa den Durchschnitt) bezieht, da meist eine Bewertung folgt (in Aussagen wie "diese Entwicklung ist *abnormal*, ist *gestört*, da muss etwas geschehen"). Normalität oder normale Entwicklung kann nicht absolut definiert werden<sup>5</sup>, sondern bemisst sich an historisch eingebundenen gesellschaftlichen Vorstellungen und Normen<sup>6</sup>.

3) Der Beurteiler, der eine Abweichung als "gleichgültig" oder "nicht ins Gewicht fallend" einstufen muss, wird dabei auch geleitet von Gesichtspunkten, die sich aus dieser gesellschaftlichen Definition von Normalität ergeben. Abnormes Verhalten ist nicht etwas Absolutes, eine Eigenschaft, die in einem Menschen liegt, sondern es entsteht und bestimmt sich selbst erst im Interaktionsprozess<sup>7</sup>. Das bedeutet auch: wenn sich niemand der abnormen Bewegungsmuster eines Kindes gewahr wird, dann ist dieses Kind zunächst nicht abnormal. Dem Kind sind ja die Bewegungsmuster, über die es selbst verfügt, immer normal, da es selbst nichts anderes kennt und kann.

Das Etikett "Behinderung" und die damit verbundenen Lebenserschwerungen und Entwicklungsdeviationen im Sinne von Heese und Solarová<sup>8</sup>, die im kognitiven Bereich, in der sozialen Integration, im sprachlich-kommunikativen sowie im psychomotorischen Bereich auftreten können, darf deshalb

nicht als wertfrei betrachtet werden. Bewertungsprozesse sind *unumgänglich* und dort notwendig, wo zwischen - für das Kind und seine Entwicklung - "gleichgültiger" und "nicht gleichgültiger" Abweichung unterschieden werden muss, damit einer Beeinträchtigung der Entwicklungs- und Sozialisationsfähigkeit vorgebeugt werden kann.

Wie werden nun Kriterien für normale und abweichende Entwicklung hergeleitet und begründet, wenn die kindliche Entwicklung nicht losgelöst von gesellschaftlichen Veränderungen betrachtet wird und keine absoluten und objektiven Kriterien aufgestellt werden können, nach denen ein Kind als behindert zu bezeichnen ist? In herkömmlichen Grobsiebverfahren wird allgemein die **90%-Marke**<sup>9</sup> als bedeutsam angenommen: Kinder werden als unauffällig bezeichnet, wenn ihr Leistungsstand mindestens dem von 90% aller Gleichaltrigen entspricht. Die Entwicklung eines Kindes sollte demzufolge überwacht werden, wenn es diese 90%-Marke nicht erreicht.

Dieser Grenzwert ist jedoch nicht statisch, er verändert sich im Laufe der Zeit. Wir haben in unserer Studie interessanterweise eine *allgemeine Entwicklungsakzeleration* festgestellt: Die provisorischen Normen, die dem Pretest und der Voruntersuchung zugrunde lagen und entwicklungspsychologischer Literatur und den heute gebräuchlichen Entwicklungstests und Grobsiebverfahren entstammten, wurden von den untersuchten Kindern bei weitem übertroffen. Die 3 - 30 Monate alten Kinder der Studie sind deutlich besser entwickelt als es Kinder vor 10 oder 20 Jahren waren. Ist dies dem Umstand zuzuschreiben, dass hier Eltern die Beobachtungen durchgeführt haben - bewerten Eltern ihre Kinder zu gut? Auch *Schröder*<sup>10</sup> hat diese Akzeleration in der Bonner Längsschnittstudie festgestellt. Sie schreibt: "Dass die vorliegenden Durchschnittswerte insgesamt um 10 Punkte (bei einer Standardabweichung von 11 Punkten, Anm. der Verf.) höher liegen als der teststatistische Durchschnitt, ist in der allgemeinen Entwicklungsakzeleration der letzten Jahre begründet, nach der die Kinder ihr Leistungspotential früher erreichen". Das von uns beobachtete Phänomen ist also nicht einmalig. Es dürften sich hier - im dialektischen Sinne - veränderte Umweltbedingungen ausgewirkt haben.

Diese Entwicklungsakzeleration ist für die Festlegung von Normen und Normalitätsgrenzen bedeutsam. Werden Verfahren angewendet, deren Normen nicht dem aktuellen Entwicklungsstand der Kinder entsprechen, so liegt die 90%-Marke tiefer als bei Verfahren mit neueren Normen. Kinder, die mit alten Normen getestet werden, fallen somit später auf und werden später als Risikokind erkannt, als beim Gebrauch eines Tests mit neuen Normen. Dies könnte dazu führen, dass Kinder (falschnegativ) als normal bezeichnet werden, obwohl sie eigentlich Hilfe brauchten<sup>11</sup>.

Dies ist einer der Gründe, weshalb in dieser Publikation *bewusst darauf verzichtet wird, exakte Grenzwerte für abnorme oder gestörte Entwicklung anzugeben*, wie dies in vielen anderen Verfahren der Fall ist<sup>12</sup>.

Die Fallbeispiele, die in Kapitel 4.5.2 dargestellt werden, zeigen plastisch auf, wie eine absolute quantitative Grenzziehung zu Fehlinterpretationen führen könnte: Zwei entwicklungsverzögerte Kinder im Alter von zehn und zwölf Monaten weisen praktisch dieselben Fähigkeiten auf. Es wäre deshalb

anzunehmen, dass der ältere Knabe als stärker verzögert und auffälliger bezeichnet werden müsste. Eine qualitative Analyse der Items zieht dann aber unterschiedliche Interpretationen des Entwicklungsstandes und damit auch unterschiedliche Konsequenzen nach sich. Beim nur leicht entwicklungsverzögerten Knaben wird später eine genetische Störung, die mit einer geistigen Behinderung verbunden ist, diagnostiziert, beim zweiten Knaben handelt es sich um einen "Spätentwickler".

Dies zeigt auch auf, dass in einem dialektisch und ökologisch orientierten Konzept der Früherkennung neben den quantitativen Ergebnissen immer auch die qualitativ-inhaltlichen Angaben zum Kind und seiner Lebenswelt miteinbezogen werden müssen. Zwar werden auch in dieser Publikation 90%-Normen verwendet: sie sollen aber lediglich als *Anhaltspunkt*<sup>13</sup> dienen.

Zusammenfassend bleibt hier festzuhalten: Entwicklung, Entwicklungsfortschritte und die Bewertung von normaler, bzw. abnormer Entwicklung sind mitbedingt durch gesellschaftliche Prozesse und Interaktionen. Deshalb ist es nicht möglich, absolute Grenzwerte für normale oder gestörte Entwicklung anzugeben. Einen Anhaltspunkt dazu bietet die 90%-Marke. Wesentliche zusätzliche Entscheidungshilfen in Grenzfällen bieten *individuelle Kriterien* (vgl. dazu S. 15). Mit ihnen wird versucht, den spezifischen Möglichkeiten jedes einzelnen Kindes gerecht zu werden, indem die individuellen und ökologischen Faktoren, welche die Entwicklung beeinflussen, berücksichtigt werden.

### 3.4 Können spätere kognitive Leistungen im Kleinkindalter vorhergesagt werden?

Seit es Entwicklungstests für die frühe Kindheit gibt, befassen sich Forscher und Praktiker mit der Frage, ob und inwieweit sich mit den Testergebnissen Voraussagen für die spätere Entwicklung, insbesondere die Intelligenzentwicklung, machen liessen, rührt doch diese Frage an einen zentralen Punkt der frühen Kinderdiagnostik. Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen waren ernüchternd und mündeten alle in ungefähr dieselben Schlussfolgerungen<sup>14</sup>. Stellvertretend soll hier *Bayley* zitiert werden, die schon 1955 schrieb: "Es gilt heute als gesichert, dass wir spätere Intelligenzleistungen nicht aus den Ergebnissen früher Entwicklungstests vorhersagen können"<sup>15</sup>. Diese Aussage gilt insbesondere für normale Kinder. *Schröder* kommt in der Bonner Längsschnittstudie<sup>16</sup> zum Schluss, dass die Mehrzahl der Kinder einen diskontinuierlichen Entwicklungsverlauf durchmacht. Mit Untersuchungen im ersten Lebensjahr des Kindes können keine überdauernden Ergebnisse erzielt werden. In diesem Alter sagen Entwicklungsquotienten oder Entwicklungsquotienten mehr aus über den *Anregungsgehalt der Umwelt* als über die kognitiven Entwicklungspotentiale eines Kindes. Ein durchschnittlicher Entwicklungswert kann somit bedeuten, dass es sich um ein gut gefördertes, aber weniger begabtes Kind handelt. Es könnte aber auch ein sehr begabtes Kind sein, das in einem wenig anregenden Milieu aufwächst. Diese Unterscheidung vermag ein Beobachtungsverfahren für die frühe Kindheit nicht zu leisten.

Trotzdem ist es möglich, prognostische Aussagen über spätere kognitive Leistungen zu machen. *Drillien*<sup>17</sup> und *Holden*<sup>18</sup>

haben in Längsschnittstudien aufgezeigt, dass schwere geistige Behinderung und niedrige Intelligenzquotienten im Schulalter mit grosser Wahrscheinlichkeit schon im Kleinkindalter (mit 6, bzw. 8 Monaten) voraussagbar ist. Zu gleichermassen interessanten Ergebnissen kommt eine Forschergruppe um *Teichmann*<sup>19</sup>. Sie suchte nach Prognoseindikatoren für spätere Retardierung. Von einer Gruppe zweijähriger Kinder mit einer mindestens mittleren Retardierung (Entwicklungsquotient [EQ] unter 85), waren mit sechs Jahren lediglich 39% geistig behindert. Für die Autoren scheint dieser Befund enttäuschend zu sein, haben sie doch nach einer Methode gesucht, welche die Retardierung zuverlässig voraussagt. Ökologisch und dialektisch betrachtet kann dieser Umstand jedoch relativ einfach erklärt werden: Wird durch Entwicklungsdiagnostik ein Rückstand festgestellt, so richtet sich die Umwelt mit grosser Wahrscheinlichkeit nach diesem neuen Wissen aus und verändert ihr Verhalten gegenüber dem Kind in entwicklungsförderndem Sinne. Dies wirkt sich bei jenen Kindern aus, deren Rückstand mehrheitlich auf Anregungsmangel zurückgeführt werden kann. Diese Kinder werden dank vermehrter Zuwendung und angemessener Umweltgestaltung später selten noch als retardiert erscheinen. Unterdurchschnittliche Entwicklungswerte eines Kindes können also sowohl auf ein *wenig anregendes Milieu* als auch auf eine *Schädigung* hinweisen. Die *Vorhersage von Normalität* hingegen gelang dem Autorenteam um *Teichmann* fast vollständig. 92% der Kinder, die mit zwei Jahren einen normalen Entwicklungsquotienten aufwiesen, waren auch mit sechs Jahren unauffällig.

So kann zusammenfassend festgestellt werden: Ein Grobsiebverfahren kann im Hinblick auf prognostische Aussagen zum Stand der kognitiven Entwicklung im Schulalter in mehrfacher Weise hilfreich sein:

- Wird im Kleinkindalter eine normale Entwicklung festgestellt, so wird das Kind mit grosser Wahrscheinlichkeit auch im Schulalter eine durchschnittliche kognitive Entwicklung zeigen.
- Ist ein Kind im Kleinkindalter retardiert, so kann dies zweierlei bedeuten. Entweder wächst es in einer anregungsarmen Umgebung auf und braucht zu seiner gesunden Entwicklung mehr Stimulation (dann kann durch eine Veränderung des Verhaltens der Bezugspersonen und durch eine Veränderung seiner Umgebung zumeist auch eine Veränderung des Entwicklungsprozesses erreicht werden), oder es handelt sich um erste Anzeichen einer (geistigen) Behinderung oder emotionalen Fehlentwicklung. Manchmal treffen beide Faktoren zu und bedingen sich (dialektisch) gegenseitig. In allen Fällen ist angezeigt, den Eltern Rat und Unterstützung anzubieten, das Kind zu fördern und weiter zu beobachten.
- Entwicklung bedeutet Veränderung in der Zeit, basierend auf Interaktionen zwischen einer Person und Umweltbedingungen. Diese Prozesshaftigkeit von Entwicklung, die im Begriff "dialektisch" zum Ausdruck kommt, muss auch Bestandteil von Grobsiebverfahren sein. Deshalb erhalten prognostische Aussagen im Kleinkindalter erhöhte Gültigkeit, wenn sie nicht aus der einmaligen Erhebung eines Entwicklungsstandes, sondern aus der *Analyse von Entwicklungsprozessen* gewonnen wurden.

### 3.5 Wie zuverlässig sind elterliche Beobachtungen?

Die Frage nach der Zuverlässigkeit der elterlichen Aussagen zur kindlichen Entwicklung stellt sich auch im Zusammenhang mit einem ökologischen Grobsiebverfahren wie es hier vertreten wird.

Häufig wird das Vorurteil geäussert, dass elterliche Aussagen über ein Kind entweder viel zu positiv oder überkritisch seien. Auch wenn dies in Einzelfällen zutrifft, kommen Studien zu diesem Thema zu anderen Ergebnissen. Zwar stimmen die Angaben eines Elternteils über ihr Kind mit den Aussagen der Fachleute nicht immer überein, die Aussagen von zwei Fachleuten über ein Kind decken sich allerdings genauso wenig. Es ist auch erwiesen, dass die unabhängigen Angaben beider Elternteile über ihr Kind um einiges besser übereinstimmen, als diejenigen verschiedener Fachleute.

*Miller*<sup>20</sup> untersuchte die Beurteilungsübereinstimmungen zwischen verschiedenen Bezugspersonen eines Kindes. Er fand eine grössere Übereinstimmung zwischen den beiden Elternteilen ( $r=.60$ )<sup>21</sup> als zwischen anderen Bezugspersonen und den Eltern ( $r=.39$ ). *Dreger u.a.*<sup>22</sup> beschreiben die Übereinstimmung der Eltern untereinander als ähnlich hoch ( $r=.57$ ) und diejenigen zwischen den Lehrern als viel kleiner ( $r=.34$ ). Stützt man sich auf die elterlichen *Beobachtungen*, und nicht auf die sie möglicherweise begleitenden *Interpretationen*, so können Eltern also als *kompetente Beobachter der eigenen Kinder* bezeichnet werden.

*Affleck u.a.*<sup>23</sup> verglichen die mütterliche Einschätzung des Temperaments von Risikokindern oder behinderten Kindern mit der Einschätzung durch Fachleute. Ausser im Faktor "Annäherung", wo die Fachleute die Kinder grundsätzlich höher einstufen, wurden keine wesentlichen Unterschiede gefunden. Wenn die Mütter ihre Kinder abweichend bewerteten, schilderten sie diese zumeist aktiver und ausgeglichener als es die Fachleute sahen. Stellte man bei diesen Kindern den Entwicklungsquotienten fest, so zeigten sie sich durchschnittlich niedriger entwickelt. Das könnte bedeuten, dass die Mütter von Risikokindern deren Temperament positiver einstufen, als es die Fachleute tun. Vor einer Verallgemeinerung dieser Erkenntnis in Bezug auf elterliche Einschätzungen muss allerdings Zurückhaltung geübt werden. Einerseits handelt es sich beim Temperament um ein phasisch schwankendes Verhalten, andererseits kann sich das Kind der Mutter und einer fremden Person gegenüber sehr unterschiedlich verhalten.

*Graben und Rutter*<sup>24</sup> fanden heraus, dass Rück Erinnerungen von Müttern an ihre Kinder, ausser in den Bereichen Sozialverhalten und subjektives Befinden des Kindes ( $r=.43$ ), recht zuverlässig sind.

Was bedeutet dies nun für den Einbezug der elterlichen Beobachtungen in den Früherkennungsprozess? Sachverhalte werden von verschiedenen Personen - bei allen Bemühungen um Objektivität - immer unterschiedlich gesehen und bewertet (s.dazu die ökopyschologischen Ausführungen im ersten Kapitel). Diesem Umstand muss besonderes Gewicht beigegeben werden, wenn es sich um die Beobachtung von Menschen handelt; besonders deshalb, weil jeder Beobachter mit dem zu beobachtenden Menschen eine Beziehung eingeht, und diese Beziehung seine Sichtweise mitprägt. Deshalb ist es praktisch unmöglich, dass zwei verschiedene Personen

zu absolut denselben Ergebnissen gelangen, wenn sie unabhängig voneinander dasselbe Kind in einer konkreten Lebenssituation beobachten.

Es soll dabei auch unterschieden werden zwischen Beobachtungen und deren Interpretation. Vielfach kommen Eltern und Fachleute zu ähnlichen Beobachtungen, aber zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen darüber, wie das Gesehene zu verstehen sei. An diesem Ort setzt der kooperative Ansatz der gemeinsamen Problemdefinition an. Auf der Basis der hier zitierten Untersuchungen kann jedoch festgestellt werden: *Elterliche Beobachtungen können ebenso zuverlässig sein wie diejenigen der Fachleute.*

### 3.6 Ein Vademecum für alle Eltern?

Können Fachleute das Vademecum unterschiedslos bei allen Eltern einsetzen? Gibt es Eltern, die sich dafür nicht eignen?

Bis jetzt wurde die Erfahrung gemacht, dass die Eltern sich am Vademecum sehr interessiert zeigten; Verweigerungen, es auszufüllen gab es jedoch in einzelnen Fällen. Wir vermuten, dass diese besonders dann auftreten, wenn die Eltern noch nicht bereit sind, eine eventuelle Störung des Kindes anzuerkennen. Es kann auch sein, dass ein Mangel an Vertrauen zwischen Fachleuten und Eltern zu einer Verweigerung führt.

Anders verhält es sich mit sehr ängstlichen oder übermässig leistungsorientierten Eltern. Sie sind an einer Entwicklungsbeobachtung ihres Kindes in der Regel sehr interessiert. Bei ihnen kann allerdings die Gefahr bestehen, dass sie sich an einzelne Beobachtungspunkte klammern und ihre Sicherheit und Spontaneität im Umgang mit dem Kind verlieren. Gerade diese Eltern - so konnten wir häufig beobachten - neigen aber dazu, sich in Buchhandlungen mit einer Fülle von Entwicklungsliteratur und anderen Beobachtungsverfahren einzudecken, so dass das Vademecum nur noch eine zusätzliche Variante darstellte. Normalerweise haben die Eltern aber mit dieser selbst beschafften Literatur nicht die Möglichkeit, sich mit jemandem über ihre Ängste, Befürchtungen, Hoffnungen und Unsicherheiten in Bezug auf das Kind auszusprechen und diese bleiben häufig lange bestehen. Dieser Umstand trägt nicht zu einer gelösten und förderlichen Eltern-Kind-Beziehung bei. Hier könnte das Vademecum, bzw. die Beobachtungen, die die Eltern in die Praxis der Fachleute einbringen, ein Ausgangspunkt zu einem vertieften Gespräch sein.

*Wird das Vademecum eingesetzt, so muss die Begleitung durch Fachleute gewährleistet sein.*

### 3.7 Zusammenfassung: Die Einsatzmöglichkeiten des Vademecum

Hier werden die Einsatzmöglichkeiten des Vademecum nochmals kurz wiederholt. Dabei werden zusammenfassend auch wesentliche Ergebnisse der Längsschnittuntersuchung zum Vademecum an 245 Kindern, dargestellt. (Eine kurze Vorstellung der Untersuchung, der Forschungsfragen und Resultate ist im Kapitel 5 zu finden):

1) Das Vademecum ist ein ganzheitliches, ökologisches, den herkömmlichen Testgütekriterien genügendes *Grobsiebverfahren zur Früherkennung von Behinderungen, zur Beobachtung von Entwicklungsverläufen und zur Verlaufskontrolle von pädagogischen und therapeutischen Massnahmen.*

Anhand des Handbuchs und der Schlusstabelle führen die Eltern oder andere Bezugspersonen eines Kindes die Beobachtungen in einer dem Kind vertrauten Umgebung durch. Die Beobachtungen werden von Fachleuten anhand der Normentabellen ausgewertet und (zusammen mit den Eltern) interpretiert.

Die Ergebnisse der Beobachtungen, die durch die engsten Bezugspersonen und in der dem Kind gewohnten Umgebung durchgeführt werden, lassen mindestens ebenso zuverlässige Schlüsse zu, wie die Daten, die in der klinischen Situation (Praxis der Fachleute) gewonnen wurden.

2) Es wurden keine bedeutsamen *schicht- oder geschlechtsspezifischen Unterschiede* gefunden, die sich auf die Normierung ausgewirkt hätten.

3) Die *prognostische Aussagefähigkeit* der Resultate wird entscheidend erhöht, wird der *Entwicklungsprozess* beachtet. Dabei kommt der *zweiten Beobachtung* die grösste prognostische Relevanz zu. Eine Ausnahme bildet der Bereich der körperlichen Entwicklung (A), wo sich die Werte im Laufe der Zeit weitgehend verändern können und prognostische Aussagen nicht sehr zuverlässig sind.

4) Der Einsatz des Vademecum ersetzt eine präzisierende Diagnosestellung nicht, und erhebt nicht den Anspruch, die Grundlage für die Therapie- und Förderplanung abzugeben. Das Vademecum kann jedoch, werden die Beobachtungen qualitativ ausgewertet, Wesentliches zur Hypothesenbildung beitragen.

5) Das Vademecum-Handbuch ist so abgefasst, dass es von Eltern aus allen sozio-ökonomischen Schichten verstanden werden kann.

6) Eltern, die ein behindertes oder von Behinderung bedrohtes Kind haben sowie Eltern mit einem ersten Kind zeigen sich besonders interessiert. Werden die Eltern gleichzeitig von einer Fachperson begleitet, so wächst eine Beunruhigung wegen dem Einsatz des Vademecum selten an. Ebenso wird die Eltern-Kind-Beziehung durch das Vademecum kaum zusätzlich belastet.

7) Dadurch, dass die Eltern sich aktiver an der Entwicklung und der frühen Erkennung von Störungen beim Kind beteiligen, kann die Kooperativität und Partnerschaftlichkeit zwischen Eltern und Fachleuten erhöht werden.

Ein integraler Bestandteil des Einsatzes des Vademecum ist das begleitende Gespräch mit den Eltern (Bezugspersonen) über die Ergebnisse der Beobachtungen und darüber, welche Bedeutung ihnen für das Kind, die Eltern und für die Fachleute zukommt. Wenn die Fachleute Zeit einsparen konnten dadurch, dass die Eltern das Kind beobachteten, so ist es dringend notwendig, *mindestens* eben diese Zeit für die Besprechung der Resultate einzubramaen.

## Anmerkungen:

- <sup>1</sup> Diese Erkenntnis wurde statistisch erhärtet: Die Daten, die während der zweiten Entwicklungsbeobachtung gewonnen wurden, haben grössere prognostische Aussagekraft als diejenigen der ersten Beobachtung (s. dazu Kap.5).
- <sup>2</sup> vgl. dazu *Beckwith, L.*: Caregiver-Infant Interaction and the Development of the High Risk Infant. In *Tjossem, T.* (Ed.), 1976, S. 119-138.
- <sup>3</sup> *Riegel, K.*: Grundlagen der dialektischen Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta 1980, S. 19ff.
- <sup>4</sup> *Piel, W.*: Norm, normal. In: *Heese, G., Wegener, H.* (Hrsg.): Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete. Bd. 2, Berlin: Marhold 1969, S.2400.
- <sup>5</sup> vgl. auch *Jetter, K.*: Leben und Arbeiten mit behinderten und gefährdeten Säuglingen und Kleinkindern. Stadthagen: Ute Bernhard-Pätzold 1984, S. 18.
- <sup>6</sup> s. dazu *Brandt, R.*: Kindliche Störungsgenese und Frühförderung. Köln: Pahl-Rugenstein 1983, S.90.
- <sup>7</sup> s. dazu *Dreitzel, H.P.*: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Stuttgart: Thieme 1972, S. 61.
- <sup>8</sup> *Heese G., Solarová S.*: Behinderung im erziehungswissenschaftlichen Sinn II. *Zs. für Heilpädagogik*, 1986, S.1-7; *Heese G., Solarová S.*: Behinderung und soziale Devianz. In: *Heese, G.* (Hrsg.), 1975.
- <sup>9</sup> z.B. beim Kiphard-Gitter und beim Denver-Suchtest (DES).
- <sup>10</sup> *Schröder, M. R.*: Longitudinalstudie über Wachstum und Entwicklung von früh- und reifgeborenen Kindern von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr. Opladen: Westdeutscher Verlag 1977.
- <sup>11</sup> Umgekehrt kann es sein, dass ein Kind, getestet mit einem aktualisierten Verfahren, fälschlicherweise als behindert bezeichnet wird (falschpositiv), das mit einem älteren Verfahren 'geschlüpft' wäre .
- <sup>12</sup> Beim Griffiths-Test sind dies zwei Standardabweichungen, beim Kiphard-Gitter und beim Denver-Suchtest ist es die 90%-Marke.
- <sup>13</sup> Es gibt Kinder, deren Entwicklung zwischen der 50% und 90%-Marke liegt, und die spezielle Hilfen benötigen. Gewisse Kinder, erreichen hingegen bei einer einmaligen Entwicklungsbeobachtung die 90%-Marke nicht und deren Entwicklung ist trotzdem nicht gefährdet.
- <sup>14</sup> Eine Übersicht über die Forschungsergebnisse in diesem Bereich findet sich bei *Brandt, I.*: Griffiths Entwicklungsskalen (GES) zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Weinheim: Beltz 1983.
- <sup>15</sup> *Bayley, N.* (1955), in *Holden, R.H.*: Prediction of Mental Retardation in Infancy. *Mental Retard.*, 1972, S.28 (Übersetzung durch die Verf.).
- <sup>16</sup> *Schröder, M. R.*: Longitudinalstudie über Wachstum und Entwicklung von früh- und reifgeborenen Kindern von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr. Opladen: Westdeutscher Verlag 1977, S. 24.
- <sup>17</sup> *Drillien, C.M.*: The Growth and Development of the Prematurely Born Infant. Edinburgh: Livingstone LTD 1964 (zit. nach *Brandt*, 1983,S.26).
- <sup>18</sup> *Holden, R.H.*: Prediction of Mental Retardation in Infancy. *Mental Retard.*, 1972, S. 28-30.
- <sup>19</sup> *Teichmann, H., Dummler, W., Engel, H., Meyer-Probst, B.*: Zur Individualprognose einer geistigen Retardierung im Einschulungsalter mit Hilfe frühkindlicher Entwicklungsdaten. *Frühförderung interdisziplinär*, 1987, S.15-20.
- <sup>20</sup> *Miller, L.C.*: Q-sort Agreement among Observers of Children. *Am.J.orthopsychiatr.*, 1964, S.71-75.
- <sup>21</sup> Die Zahlen in Klammern geben die Stärke des Zusammenhangs der beiden untersuchten Merkmale an. Eine Zahl von 1.0 bedeutet, dass die beiden Merkmale absolut übereinstimmen. Je kleiner die Zahl, desto geringer ist der Zusammenhang. Entsteht ein Wert von 0, so kann kein Zusammenhang mehr festgestellt werden.
- <sup>22</sup> *Dreger, R.M. et al.*: Behavioral classification project. *Journal consult. psychol.*, 1964, S.1-13, zit. in *Hirsch, A.*, 1978.
- <sup>23</sup> *Affleck, G., Allen, D.A., McGrade, B.J., McQueeney, M.*: Factors Associated with Parents' and Professionals' Perceptions of Infants in an Early Intervention Program. *Applied Res. in Mental Retard.*, 1984, S. 305-316.
- <sup>24</sup> *Graben P., Rutter, M.*: The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child - II: Interview with the parent. *Brit. J. psychiatry*, 1968, S. 581-593, zit. in *Hirsch A.*, 1978, S.30.

# 4 Praktische Anwendung des Vademecum

## 4.1 Einleitende Bemerkungen

Das Vademecum ist ein einfach zu handhabendes Instrument zur Früherkennung von Entwicklungsrückständen. Für die Durchführung und die quantitative Auswertung der Ergebnisse reichen den Fachleuten die Kenntnisse über Grundlagen der Diagnostik, die in der Ausbildung zu einem medizinischen, paramedizinischen oder sozialen Beruf gelehrt wurden, aus. *Die Interpretation der Ergebnisse hingegen und die begleitende Arbeit mit den Eltern - was als das eigentliche "Herzstück" der Früherkennung zu betrachten ist - bedürfen neben Erfahrung im Umgang mit Eltern und Früherkennungsinstrumenten auch fundierte entwicklungspsychologische und gesprächspsychologische Kenntnisse sowie eine Einführung in die Handhabung und Interpretation des Vademecum.*

Für den Einsatz des Vademecum ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Fachleuten und Eltern von grosser Bedeutung. Die Eltern, die eine Beratung suchen, stehen in einer schwierigen Situation: Der Verdacht, dass "mit dem Kind etwas nicht stimmt", übt häufig einen starken Druck auf sie aus. Deshalb sollte die Situation der ersten Entwicklungsüberprüfung möglichst angstfrei gestaltet werden. Damit wird auch die Kooperationsbereitschaft der Eltern und die Zuverlässigkeit ihrer Aussagen erhöht, und beim Interpretationsgespräch kann ebenfalls vertrauensvoll und offen miteinander gesprochen werden.

## 4.2 Die Durchführung

Eine *einmalige Entwicklungsüberprüfung* mit Hilfe des Vademecum verläuft in vier zeitlichen Abschnitten:

1. Die Fachleute geben den Eltern das Vademecum ab und erklären, wie es angewendet und wie die Schlusstabelle ausgefüllt wird.
2. Die Eltern beobachten das Kind innerhalb von etwa drei Tagen und senden die ausgefüllte Schlusstabelle zurück.
3. Die Fachleute werten die Resultate aus und beginnen mit einer ersten Interpretation der Ergebnisse.
4. Die Ergebnisse, die erste Interpretation und weiterführende Fragen werden zusammen mit den Eltern besprochen, und anschliessend wird das weitere Vorgehen geplant.

Die Fachleute sehen und sprechen die Eltern also zwei Mal hintereinander im Abstand von zwei bis drei Wochen. Die Schlussbesprechung zur Interpretation der Ergebnisse kann in bestimmten Fällen durch ein Telefongespräch ersetzt werden, wenn die Entwicklung des Kindes beispielsweise unauffällig ist und keine Fragen oder Beunruhigungen vorliegen, die einen persönlichen Kontakt erforderlich machen.

Ist dringend eine präzisierende Diagnosestellung angezeigt, müssen selbstverständlich die notwendigen Schritte eingeleitet werden (indem die Abklärung selbst übernommen, oder das Kind und die Eltern an die zuständigen Stellen vermittelt, bzw. überwiesen werden).

Legt das Ergebnis der ersten Beobachtung eine weitere Ent-

wicklungsbeobachtung nahe, so wird, je nach Fragestellung und Alter des Kindes, mit den Bezugspersonen ein Termin für die *zweite Entwicklungsbeobachtung* vereinbart. Beim Säugling sind die zeitlichen Abstände, der erhöhten Entwicklungsdynamik zufolge, kleiner anzulegen (etwa zwei oder drei Monate) als beim Kleinkind, wo je nach Fragestellung drei bis sechs Monate Zwischenzeit einberaumt werden können.

## 4.3 Einführung der beobachtenden Bezugspersonen

In der Einleitung zum Handbuch wird auf Seite 3 beschrieben, wie die Eltern beim Beobachten vorgehen sollten. Diese Anleitung sei nachfolgend wiedergegeben:

### «Wie können Sie das Vademecum anwenden?»

Nehmen Sie das Handbuch zur Hand und suchen Sie zuerst im Bereich **A: Körperliche Entwicklung** einen Punkt, von dem Sie wissen, dass ihn Ihr Kind *in der letzten Zeit neu erfüllt* hat. Kreuzen Sie diesen Punkt in der Schlusstabelle an. Gehen Sie nun von hier aus weiter zum nächsten Punkt im Handbuch. Bei einigen Punkten werden Sie aus *Erfahrung* wissen, ob sie Ihr Kind schon erfüllt oder nicht (z.B. ob es sich vom Bauch auf den Rücken rollt). Diese Nummern (in unserem Beispiel A 16) können in der Schlusstabelle gleich angekreuzt werden (A 16). Machen Sie jedoch ein Fragezeichen hinter die Nummer (A 17?), wenn Sie nicht ganz sicher sind und erst noch genauer beobachten wollen. Punkte, die das Kind erst ein bis zwei Mal gezeigt hat und noch nicht vollständig beherrscht, sollen nicht angekreuzt werden. Stossen Sie dabei auf einen Punkt, den Sie gar nicht beantworten können, weil ihr Kind keine Gelegenheit hatte, dieses Verhalten zu üben (z.B.: B 40 "Es kann Papierchen von kleinen Schleckwaren (oder ähnlichem) entfernen", wenn Sie Ihrem Kind keine Schleckwaren geben), so kreisen Sie diesen Punkt ein (B 40).

Fahren Sie auf diese Art weiter, bis dahin, wo das Kind mehrere Punkte hintereinander nicht mehr erfüllt und gehen dann weiter zum Bereich **B**, dann zu **C**, **D** und **E** und verfahren auf dieselbe Weise.

Nun haben Sie alle Punkte angekreuzt, bei denen Sie aus der Erinnerung wissen, dass Ihr Kind sie erfüllt. Anschliessend wenden Sie sich den Punkten zu, die mit einem Fragezeichen versehen sind. Sie können das Kind *in verschiedenen alltäglichen Situationen beobachten*, ihm auch eine Aufgabe stellen, um herauszufinden, ob Sie den Punkt als erfüllt betrachten und ankreuzen sollen. Im Text ist meistens angegeben, wie Sie dabei vorgehen können. Beschränken Sie diese Beobachtungszeit auf ein paar Tage. Das Kind entwickelt sich ja laufend weiter, deshalb sollten die Beobachtungen nicht über Wochen ausgedehnt werden. *Kreuzen Sie nur das an, was ihr Kind erfüllt und drängen Sie es nicht.* Der freie Platz neben der Tabelle kann für Notizen verwendet werden, die Sie als wichtig und informativ betrachten. Diese Notizen können Aufschluss geben darüber, wie das Kind etwas tut, wo in der

Schlusstabelle sonst nur festgehalten wird, ob es etwas erfüllt oder nicht. »

Diese Schritte sollen den Eltern anfänglich genau erklärt werden. Es hat sich sehr bewährt, wenn der Bereich A zusammen mit den Bezugspersonen kurz durchgesprochen wird. So können den Eltern die Kriterien für das "erfüllt" eines Beobachtungspunktes vermittelt und ihnen geholfen werden, den Ort in der Skala zu finden, wo sie mit den Beobachtungen beginnen und wo sie aufhören sollen. Es hat keinen Sinn, bei einem einjährigen Kind mit den Beobachtungspunkten für das Neugeborene zu beginnen, ebenso erhält man zuwenig Informationen, wenn pro Entwicklungsbereich nur jeweils zwei oder drei Punkte angekreuzt werden. Am besten stützen sich die Interpretationen auf etwa 10 Kreuze pro Entwicklungsbereich (s. dazu das Beispiel von Regula, Abb. 5).

Eine präzise Einführung der beobachtenden Person in die Kriterien des Beginns und des Beendens der Beobachtungen in jeder der fünf Entwicklungsskalen A bis E ist besonders bei behinderten oder entwicklungsgefährdeten Kindern notwendig. Viele dieser Kinder entwickeln sich disharmonisch, sind in einer Entwicklungsdimension (beinahe) altersgemäss entwickelt, während sie in einem anderen Bereich eine Retardierung zeigen. So können die Anfangspunkte der Beobachtungen nicht immer auf derselben Altershöhe gewählt werden, bei gewissen Entwicklungsskalen muss viel früher begonnen werden als bei anderen. Ebenso zeigt die Entwicklung solcher Kinder häufig viele "Lücken", d.h. sie erfüllen - innerhalb einer grossen Zahl von erfüllten Punkten - zwei bis fünf Beobachtungspunkte nicht. Den Eltern solcher Kinder sollte mitgeteilt werden, dass sie nicht mit der Beobachtung aufhören sollen, wenn sie wissen, dass die Leistungsgrenze ihres Kindes weiter oben liegt. In der Regel werden die Beobachtungen in einem Entwicklungsbereich eingestellt, wenn ein Kind *drei bis fünf Punkte hintereinander* nicht erfüllt.

Den Eltern werden das Handbuch und eine Schlusstabelle mit nach Hause gegeben, mit der Bitte, das Kind in den nächsten Tagen zu beobachten und die Schlusstabelle ausgefüllt zurückzuschicken. Dabei soll die Beobachtungszeit relativ wenig belastet sein von Störfaktoren. Das Kind darf nicht krank sein oder erste Anzeichen einer Krankheit zeigen. Ebenso ist die Abgabe des Vademecum ungünstig, wenn die Eltern momentan in einer besonderen Stresssituation stehen, wie z.B. bevorstehender Umzug, Arbeitsüberlastung, Krankheit, Geburt. Diese Faktoren können das Verhalten des Kindes oder die Beobachtungsweise der Bezugspersonen so verändern, dass die Ergebnisse an Zuverlässigkeit und Aussagekraft in Bezug auf die gewohnheitsmässigen Handlungen und Fähigkeiten eines Kindes einbüßen.

Die meisten Punkte kann die Mutter aus dem Gedächtnis ankreuzen. Bei einigen muss sie das Kind während der nächsten Tage genauer beobachten und ihm vielleicht bestimmte Aufgaben stellen. Der *Zeitaufwand* beträgt für die Mutter zwischen 1/2 und 2 Stunden. Er hängt u.a. auch vom Alter des Kindes ab, da bei jüngeren Kindern weniger Zeit benötigt wird. Es spielt keine Rolle, in welcher *Reihenfolge* der Entwicklungsskalen oder Beobachtungspunkte die Schlusstabelle ausgefüllt wird.

Sehr hilfreich für die Auswertung sind die *Bemerkungen*, die

die Mütter an den Rand der Schlusstabelle schreiben. Die Bezugspersonen sollen dazu sehr ermuntert werden. Unserer Erfahrung nach tun sie es auch gern, weil sie die begrenzten Aussagemöglichkeiten von vorgeformten Sätzen zur Entwicklung ihres Kindes erweitern möchten: Manchmal erfüllt ein Kind eine Aufgabe halb, manchmal auf eine ganz besondere, *seine* Art und Weise. Solche Informationen zur Qualität einer Handlung können Aufschluss geben über das Vorliegen einer Störung, bzw. darüber, ob Bedenken unbegründet sind.

#### 4.4 Die quantitative Auswertung und Interpretation

Die Auswertung erfolgt zuerst quantitativ. Dazu wird das **Auswertungsblatt** ausgefüllt, was zeitlich *etwa 5 Minuten beansprucht*. Am Beispiel von Regula soll das Vorgehen demonstriert werden.

##### 4.4.1 Berechnung des Lebensalters

Regula wurde am 25.4.1986, drei Wochen vor Termin, geboren, und ihre Entwicklung am 10.10.86 erstmals überprüft. Die ausgefüllte Schlusstabelle ist in Abb. 5 ersichtlich. Ihr Lebensalter (in Monaten) wird wie folgt berechnet:

Beobachtungsdatum	10.10.86 = 86. 9 ; 40 *	
Geburtsdatum	25. 4.86 = - 86. 4 ; 25	
		5 ; 15 = 4 ; 45 *
Frühgeburt, 21 Tage.....		0 ; 21
Lebensalter.....		4 ; 24** =
<u>Lebensalter in Monaten</u>		<u>5 Monate</u>

\* Die Zahl vor dem [ ; ] bedeutet Monate, die Zahl danach bedeutet Tage. Manchmal müssen für die Subtraktion des Geburtsdatums vom Beobachtungsdatum Tage von einem Monat "geliehen" werden. Dabei wird ein Monat mit 30 Tagen berechnet.

\*\* Das Entwicklungsalter des Kindes wird zum nächsten Monat auf- oder abgerundet. 1-15 Tage eines angebrochenen Monats werden nicht berechnet, mehr als 15 Tage werden als voller Monat gezählt.

Diese Lebensalter (5 Monate), wird im **Auswertungsblatt**, den Pfeilen folgend, an drei Stellen eingetragen (s. dazu Abb. 6, S.34: Auswertungsblatt von Regula):

- 1) *rechts* vom ersten *Beobachtungsdatum*,
- 2) in der Spalte LA (Lebensalter) der Tabelle *Entwicklungsalter*, sowie
- 3) als Altersstrich in der Tabelle *Entwicklungsprofil*.

A	B	C	D	E
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3		3
4	4	4		4
5	5	5		5
6	6	6		
<del>7</del>	7			
<del>8</del>	8			
<del>9</del>	9	7	<del>X</del>	6
<del>10</del>		<del>X</del>	<del>X</del>	7
<del>11</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>
<del>12</del>		<del>X</del>		<del>X</del>
<del>13</del>		<del>X</del>		<del>X</del>
<del>14</del>		<del>X</del>		<del>X</del>
<del>15</del>		<del>X</del>		<del>X</del>
<del>16</del>		<del>X</del>		<del>X</del>
<del>17</del>				<del>X</del>
16	<del>X</del>	<del>X</del>		<del>X</del>
17	19			<del>X</del>
18	20	<del>X</del>	10	<del>X</del>
19	21	16	11	17
20	22			18
21				
22				
23	<del>X</del>	17	12	<del>X</del>
24	24			20
				21
25	25	<del>X</del>		22
26	26			23
				<del>X</del>
27	27			25

Regula, 5 Monate alt

A	B	C	D	E	
1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	
3	3	3		3	
4	4	4		4	
5	5	5		5	
6	6	6			
<del>7</del>	7				
<del>8</del>	8				
<del>9</del>	9	7	<del>X</del>	6	3
<del>10</del>		<del>X</del>	<del>X</del>	7	4
<del>11</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	
<del>12</del>		<del>X</del>		<del>X</del>	5
<del>13</del>		<del>X</del>		<del>X</del>	6
<del>14</del>		<del>X</del>		<del>X</del>	
<del>15</del>		<del>X</del>		<del>X</del>	
<del>16</del>					
<del>17</del>					
16	<del>X</del>	<del>X</del>		<del>X</del>	7
17	19			<del>X</del>	
18	20	<del>X</del>	10	<del>X</del>	
19	21	16	11	17	8
20	22			18	
21					
22					
23	<del>X</del>	17	12	<del>X</del>	9
24	24			20	
				21	
25	25	<del>X</del>		22	10
26	26			23	
				<del>X</del>	
27	27			25	11

90% Normen: Die seitlichen Zahlen bedeuten das Alter in Monaten, in dem 90% der Kinder die Items bis zur entsprechenden Linie beherrschen.

Abb. 5: Schlusstabelle von Regula, 5 Monate alt, rechts mit aufgelegtem Normenblatt

#### 4.4.2 Berechnung des Entwicklungsalters

Zur Berechnung des Entwicklungsalters (EA) wird die Auswertungsfolie (Folie 1 mit den 90%-Normen) auf die ausgefüllte Schlusstabelle gelegt. Dies ist in Abbildung 5 dargestellt.

Hier kann abgelesen werden, wie weit Regula in den einzelnen Entwicklungsbereichen entwickelt ist. Die entsprechenden Zahlen werden direkt in die oberste Zeile (EA1) der Tabelle Entwicklungsalter eingetragen. Für eine allfällige weitere Entwicklungsbeobachtung in einigen Monaten wird die nächste Zeile (EA2) benutzt.

Manchmal fällt es leicht, einem Kind ein bestimmtes Entwicklungsalter zuzuordnen, so wie bei Regula im Bereich A. Die Kreuze enden beim Beobachtungspunkt A 15. Die Normlinie 7 Monate führt unterhalb dieses Items durch, das heisst, 90% aller Kinder erreichen diesen Punkt mit 7 Monaten. Die Zahl 7 wird im Feld der Entwicklungsskala A und der Kolonne EA1 eingesetzt. Mit den anderen Bereichen wird ähnlich verfahren.

In der Skala B erfüllt Regula den Punkt B 17 nicht, dafür B 23. Bei B 17 handelt es sich um eine *Lücke* im Entwicklungsverlauf, bei B 23 um eine *isolierte Einzelleistung*. Lücken und isolierte Einzelleistungen werden nachfolgend kurz beschrieben:

#### Was bedeuten Lücken?

Einzelne Lücken im Entwicklungsablauf sind bei allen Kindern anzutreffen, besonders aber bei älteren Kindern, im oberen Leistungsbereich sowie in den Skalen D und E (Selbständigkeit und Emotionalität). Dass die Lücken skalenspezifisch auftreten, kann sachlogisch begründet werden: Im Bereich der körperlichen Entwicklung, aber auch der Feinmotorik und der Sprache, bauen die einzelnen Fähigkeiten viel stärker direkt aufeinander auf als in den anderen Entwicklungsbereichen.

Deshalb bedarf eine einzelne Lücke in der Regel nicht der spe-

# AUSWERTUNG

Vademecum  
© 1988, Ines Schlienger, Zürich

Name Regula

geb.: 25. 4. 86 Frühgeburt:  nein  
 ja 3 Wochen

Beobachtungsdaten: Lebensalter: (LA) in Monaten

1. 10. 10. 86 5

2. 15. 1. 87 8

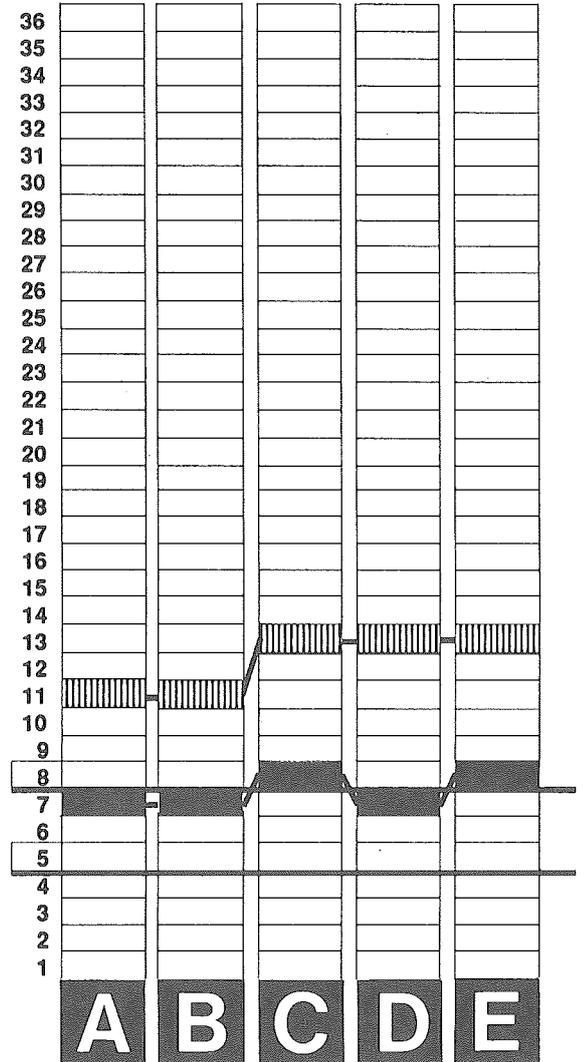
3. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

## Entwicklungsalter (EA) in Monaten

	A	B	C	D	E	LA
EA <sub>1</sub>	7	7	8	7	8	5
EA <sub>2</sub>	11	11	13	13	13	8
EA <sub>3</sub>						
EA <sub>4</sub>						

## Entwicklungsprofil



## Entwicklungsverlauf

	A				B				C				D				E				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
0- 50%																					Durchschnitt und mehr (Folie 2)
50- 90%																					bis Durchschnitt (Folie 1)
90-100%																					Risikobereich (Folie 1)

## Bemerkungen

1. Beobachtung Durchschlafprobleme
2. Beobachtung \_\_\_\_\_
3. Beobachtung \_\_\_\_\_
4. Beobachtung \_\_\_\_\_

Abb. 6: Auswertungsblatt von Regula, 5 Monate alt.

ziellen Aufmerksamkeit. In der Entwicklungsskala E sind Lücken so häufig anzutreffen, dass sie höchstens in der qualitativen Analyse und der Zusammenschau der einzelnen Entwicklungsskalen besondere diagnostische Bedeutung erhalten.

*Bei der Berechnung der Normen ist eine einzelne Lücke grundsätzlich miteinbezogen worden.*

Dabei ging man von folgender Überlegung aus: Ein Kind, das ein bestimmtes Leistungsverhalten zeigt, befindet sich immer auf dem Weg zur nächst höheren Leistung, auch wenn dies im manifesten (sichtbaren) Verhalten noch nicht zum Ausdruck kommt. Man kann hier annehmen, dass es nicht mehr lange dauern wird, bis das Kind dieses Item erfüllt. Deshalb kann eine einzelne Lücke pro Skala im oberen Leistungsbereich als erfüllt gewertet werden. Auch zwei Lücken im oberen Leistungsbereich müssen noch nicht berücksichtigt und interpretiert werden, wenn das Kind zusätzlich noch isolierte Einzelleistungen zeigt.

Es kommt aber auch vor, dass ein Kind mehrere Lücken - weit unterhalb seiner Leistungsgrenze - aufweist. Hier soll zuerst geprüft werden, ob das Kind diese Items früher erfüllt hat, dieses Verhalten heute aber nicht mehr zeigt, da die betreffende Verhaltensweise durch eine andere, reifere Form ersetzt worden ist. In diesem Falle können diese Items als erfüllt betrachtet werden. Diese *Rekonstruktion* kann durch eine inhaltlich-theoretische Analyse, und/oder durch die Befragung der Mutter erbracht werden. Ein Beispiel: Wenn das Kind sicher aufrecht geht (A 36, 37, 38), wird es A 26, 27 und 30 (auf dem Bauch rutschen, krabbeln, an Möbeln entlang gehen) nicht mehr zeigen. Kreuzt eine Mutter diese Punkte jeweils nicht mehr an, so gelten sie trotzdem als erfüllt, es liegt hier begrifflicherweise kein Entwicklungsrückstand vor.

Ist diese inhaltliche Rekonstruktion nicht möglich, so handelt es sich um *echte Leistungslücken*. In solchen Fällen kann häufig *kein eindeutiges Entwicklungsalter* zugeordnet werden. Dies wird auf dem Auswertungsblatt vermerkt und später interpretiert. Betreffen diese Items wesentliche entwicklungsrelevante Funktionen, müssen sie in der qualitativen Analyse interpretiert werden. Es soll nicht davon ausgegangen werden, dass alle diese Kinder behindert, entwicklungsgestört oder sonstwie auffällig werden. Vielfach ist es allerdings ein Indiz für eine Störung. Häufig werden von deren Eltern auch Verhaltens- und Erziehungsprobleme geschildert und bei einigen dieser Kinder wurden leichte Wahrnehmungsstörungen festgestellt.

#### **Isolierte Einzelleistungen**

Viele Kinder zeigen - weit über das zugeordnete Entwicklungsalter hinaus - Einzelleistungen auf. Diese sind wiederum in den Bereichen D und E (Selbständigkeit und Emotionalität) häufiger. Diese Einzelleistungen können den Fachleuten mehrere Hinweise geben. Zum einen zeugen sie von besonderen Fähigkeiten des Kindes oder von bestimmten Erziehungsschwerpunkten der Eltern oder von Förderungsschwerpunkten der Therapeuten und Erzieher.

Sie können aber auch Ausdruck sein für einen gewissen Ehrgeiz der Bezugspersonen. Sie wollen das Kind möglichst gut abschneiden lassen und kreuzen auch Punkte an, die das Kind erst teilweise erfüllt, oder, bedingt durch das zu frühe Alter, auf qualitativ andere Weise als erfragt wurde. Dieser Umstand kann ein Anlass sein dafür, das Gespräch mit den Bezugspersonen aufzunehmen um ihre Beurteilungskri-

terien zu ergründen.

Die isolierten Einzelleistungen sollen, wenn sie diagnostisch bedeutsam sind, auf dem Auswertungsblatt vermerkt werden.

Zurück zu Regula und der Berechnung ihres skalenspezifischen Entwicklungsalters: Der Punkt B 17 wird, obenstehenden Überlegungen folgend, als erfüllt betrachtet und das Entwicklungsalter im Bereich B (Auge-Hand-Koordination) bei 7 Monaten festgelegt. Diese Zahl wird in der Tabelle *Entwicklungsalter* des Auswertungsblatts im Feld B, EA1, eingetragen.

Auch im Bereich C (Hören und Sprechen) ist Regula voraus, sie erfüllt die Mindestnorm von 8-monatigen Kindern. Sieben, bzw. acht Monate werden ihr gegeben in den letzten beiden Entwicklungsskalen. Interessant ist im Bereich der emotionalen Entwicklung der Punkt E 10, den Regula nicht erfüllt. Die Mutter äussert auf Befragung, dass ihre Tochter noch regelmässig 3-4 Mal pro Nacht weint. Die Mutter ist deshalb am Rand ihrer Kräfte. (Dies war mit ein Grund, weshalb die Mutter die Entwicklung des Kindes überprüfen liess. Das "Problem" liegt in unserem Fall nicht beim Kind, sondern in der Interaktion zwischen Mutter und Kind. Der Mutter werden daraufhin Beratungsgespräche angeboten.)

#### **4.4.3 Zeichnen des Entwicklungsprofils**

In einem nächsten Schritt wird das *Entwicklungsprofil* eingezeichnet. Zuerst wird die Alterslinie gezogen. Auf der Höhe des Monats, der dem Lebensalter des Kindes entspricht, wird eine dicke Linie eingezeichnet. Sie gilt als Richtwert für die Interpretation. Die Daten für das Entwicklungsalter werden in die entsprechenden Spalten A bis E übertragen, indem man das Feld, das dem Entwicklungsalter entspricht, einfärbt und die Felder miteinander verbindet. Bei mehreren Beobachtungen ist es von Vorteil, verschiedene Farben zu verwenden.

#### **4.4.4 Der Entwicklungsverlauf**

In einem letzten Schritt wird die Tabelle für den *Entwicklungsverlauf* ausgefüllt. Diese Tabelle dient der Interpretation der Ergebnisse. Bei mehreren Beobachtungen in Abständen kann z.B. auf einen Blick erkannt werden, ob ein Kind im Laufe der Zeit aus dem "Risikobereich" in einen Bereich ohne Risiko gewechselt hat oder umgekehrt.

Regula hat in allen fünf Entwicklungsbereichen mindestens die 90%-Marke erreicht. Daher können die jeweils unteren und mittleren Felder ("Risikobereich" und "bis Durchschnitt"), der Skalen A bis E in der Spalte 1 für die erste Beobachtung eingefärbt werden.

Um festzustellen, ob ein Kind überdurchschnittlich entwickelt ist, wird die *Folie 2 (50%-Marke)* auf die Schlusstabelle gelegt. In der *Folie 2* wurden die Normen jeweils lediglich in Dreimonatsschritten angegeben und auf eine Interpolation der dazwischen liegenden Monate verzichtet. Die Zwischenmonate können bei Bedarf leicht abgeschätzt werden.

Regula erreichte in den Entwicklungsbereichen B, C und E Werte über dem Durchschnitt. Deshalb wurden auch diese Felder bei "Durchschnitt und mehr" eingefärbt.

#### 4.4.5 Die quantitative Interpretation nach einmaliger Beobachtung

Liegen die eingefärbten Felder des Entwicklungsprofils unterhalb der eingezeichneten Alterslinie, so werden in der Tabelle **Entwicklungsverlauf** nur die Felder **"Risikobereich"** eingefärbt. *In einem solchen Fall liegt möglicherweise ein Entwicklungsrückstand vor.*

Kann man auch die Felder **"bis Durchschnitt"** einfärben, so ist die Entwicklung des Kindes mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht verzögert.

Diese quantitative Interpretation bietet allerdings nur einen ersten Anhaltspunkt zur Bewertung des Entwicklungsstandes. Im Kapitel 4.5.2 (Fallbeispiele) wird eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem kritischen Wert "90%-Marke" vorgenommen.

#### 4.4.6 Die quantitative Interpretation des Entwicklungsverlaufs

Wie in Kapitel 5 ausführlicher beschrieben ist, können aus den Ergebnissen der zweiten Beobachtung zuverlässigere Entwicklungsprognosen abgeleitet werden, als bei einer einzigen Entwicklungsbeobachtung. Die Angaben der Bezugspersonen sind bei der zweiten Beobachtung (statistisch erhärtet) prognostisch zuverlässiger als bei der ersten Beobachtung. Deshalb soll, wenn immer möglich, ein Kind mindestens zwei Mal beobachtet werden. Erst dann wird der diagnostisch relevante *Entwicklungsverlauf* des Kindes ersichtlich.

Verschiedene Verläufe sind möglich:

- Ein Kind kann bei der zweiten Beobachtung eindeutig bessere Werte zeigen als bei der ersten. Ist eine solche Entwicklung beobachtbar, d.h. *bewegen sich die Werte eines Kindes zwischen zwei Beobachtungen vom "Risikobereich" in den Bereich "bis Durchschnitt"*, so wird es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit durchschnittlich weiterentwickeln. Eine weitere Beobachtung seiner Entwicklung bleibt aber angezeigt.

- Ein Kind kann bei der zweiten Beobachtung im Feld "Risikobereich" verbleiben.

- Die Werte eines Kindes sinken ab und bewegen sich vom Bereich "bis Durchschnitt" in den "Risikobereich".

*Verbleibt ein Kind im Risikobereich oder verlangsamt sich sein Entwicklungstempo, indem es vom Bereich "bis Durchschnitt" in den "Risikobereich" sinkt, so ist höchste Aufmerksamkeit geboten.* Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass dieses Kind auch weiterhin in der Risikogruppe verbleiben wird. In diesen Fällen ist eine präzisierende Entwicklungsdiagnostik angezeigt.

#### 4.4.7 Entwicklungsprofile

Die Abbildungen 7 bis 14 zeigen die Entwicklungsprofile von verschiedenen - behinderten, fraglich behinderten oder nicht behinderten - Kindern.

In den Abbildungen 7 und 8 sind zwei Profile von normal entwickelten Kindern zu sehen. Das erste Profil (Abb.7) stammt von einem sehr gut entwickelten Kind. Sein Entwicklungsalter liegt in allen fünf Dimensionen mindestens 3 - 6 Monate über der eingezeichneten Alterslinie, welche auch die 90%-Marke darstellt. Das zweite Profil (Abb. 8) stammt von einem hyperaktiven Kind, dessen Gewicht und Kopfumfang, bei einer bei-

nahe durchschnittlichen Körperlänge, unter der 3. Perzentile lag. Diese Tatsache und die enorme Lebendigkeit des Kindes beunruhigten die Mutter sehr. Langfristige Entwicklungsbeobachtungen und die beruhigenden Aussagen von verschiedenen konsultierten Ärzten ergaben immer dasselbe Bild: ein lebendiges, normal entwickeltes Kind. Der leichte Abfall des Profils im körperlichen Bereich (A) ist dadurch zu erklären, dass der Knabe mit 15 Monaten noch nicht selbständig gehen konnte, was noch nicht zu Beunruhigung Anlass gab. Die Entwicklung dieses Kindes war allerdings weiterhin zu überwachen.

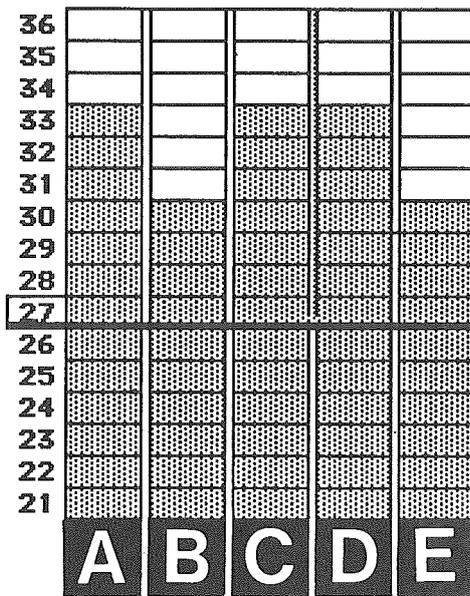
Die nächsten Abbildungen (9 und 10) stellen zwei Profile eines Mädchens dar, das familiär bedingt, sehr klein gewachsen war und während beunruhigend langer Zeit keine Bereitschaft zum Gehen zeigte - auch mit 18 Monaten noch nicht. Im sprachlichen Bereich (der z.T. sehr eng mit dem motorischen verknüpft ist) und in der Feinmotorik war das Kind ebenfalls retardiert. Dies könnte auf den ersten Blick dazu verleiten, auf eine geistige Behinderung zu schliessen. Im Anschluss an diese erste Beobachtung war die Mutter mit einer medizinischen Abklärung des Kindes einverstanden. Nach mehreren Monaten der anschliessend durchgeführten Physiotherapie normalisierte sich die Entwicklung des Kindes etwas (Abb. 10). Zwei Jahre später begegnete uns ein kleines, quirliges, normal entwickeltes Mädchen.

Abbildung 11 zeigt das Profil eines Knaben mit vorwiegend körperlichem Entwicklungsrückstand. Der Knabe leidet seit Geburt an Spina bifida (körperliche Schädigung, die mit einer Lähmung der Beine verbunden ist), ist sonst aber normal entwickelt, d.h. es liegt auch keine zusätzliche geistige Behinderung vor. Dies zeigt sich daran, dass er, ausser im Bereich A, überall die 90%-Marke überschreitet.

Die Abbildung 12 zeigt das Profil eines retardierten Kindes mit schweren zusätzlichen Verhaltensstörungen (Stereotypien, Selbstverstümmelungstendenzen und Essverweigerung).

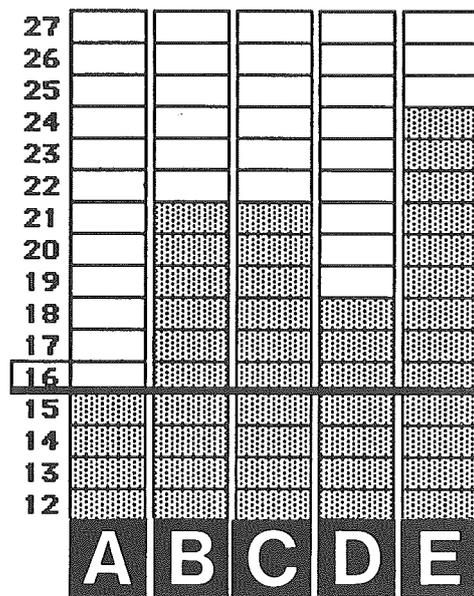
In den Abbildungen 13 und 14 werden die Profile zweier geistig behinderter Kinder mit Chromosomenanomalie dargestellt. Beim Mädchen (Abb. 13) wurde ein Down Syndrom (Mongolismus) gleich nach der Geburt festgestellt. Es handelt sich um ein sehr gut gefördertes Kind mit einer harmonischen, allerdings behinderungsbedingt retardierten Entwicklung.

Beim Knaben (Abb. 14) wurde die Chromosomenanomalie erst mit 10 Monaten, nach langer Zeit der Unsicherheit der Mutter, diagnostiziert (s. die Schilderung des Früherkennungsprozesses im Kap. 1.1 sowie in Kap. 4.5). Früherziehung und Physiotherapie halfen mit, dass die Entwicklung des Kindes auch ein halbes Jahr später nicht wesentlich unter dem Grenzbereich zur Normalität liegt.



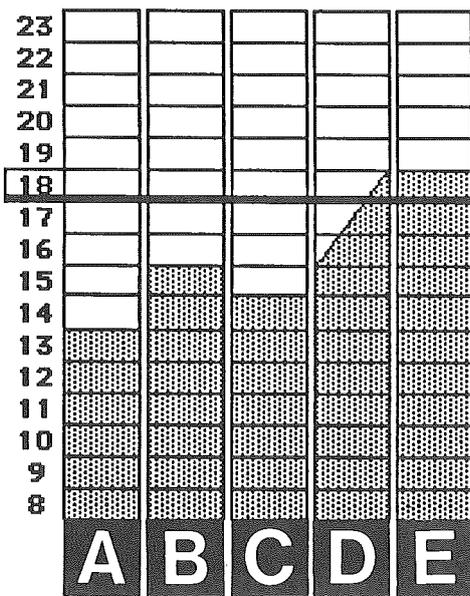
♂ 27 Monate

Abb. 7: Entwicklungsprofil eines durchschnittlich entwickelten Kindes



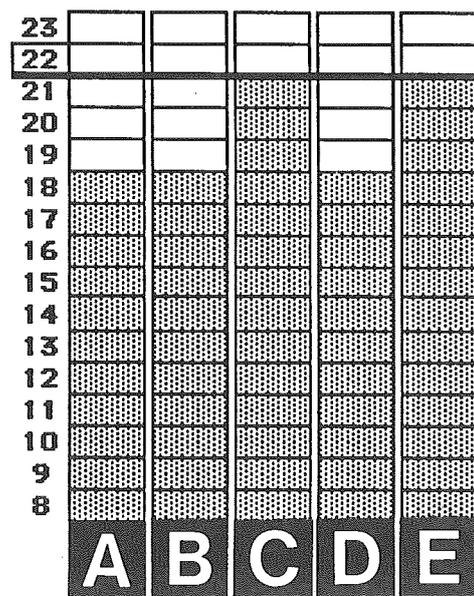
♂ 16 Monate

Abb. 8: Entwicklungsprofil eines durchschnittlich entwickelten hyperaktiven Kindes



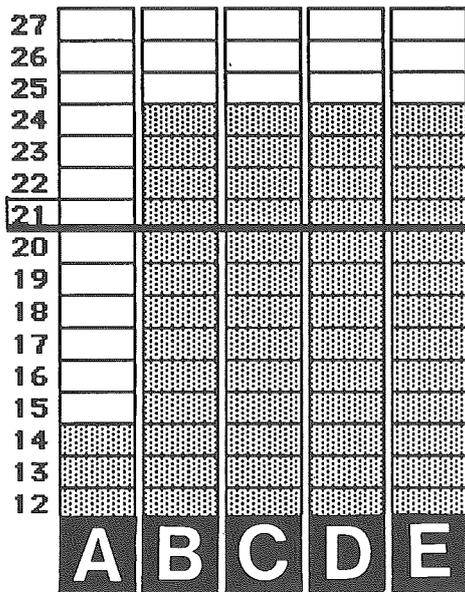
♀ 18 Monate

Abb. 9: Entwicklungsprofil eines leicht retardierten Mädchens



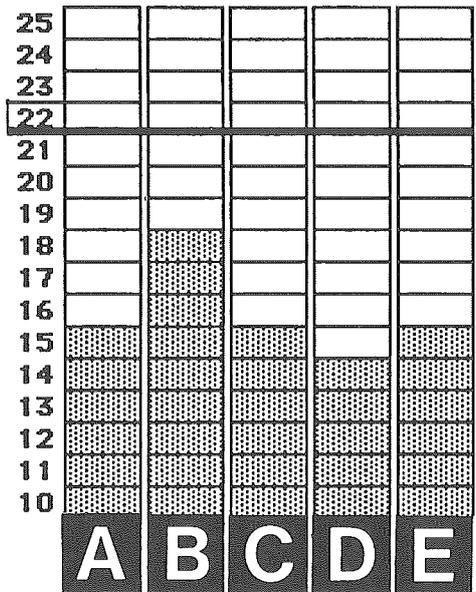
♀ 22 Monate

Abb. 10: Entwicklungsprofil desselben Mädchens, 4 Monate später



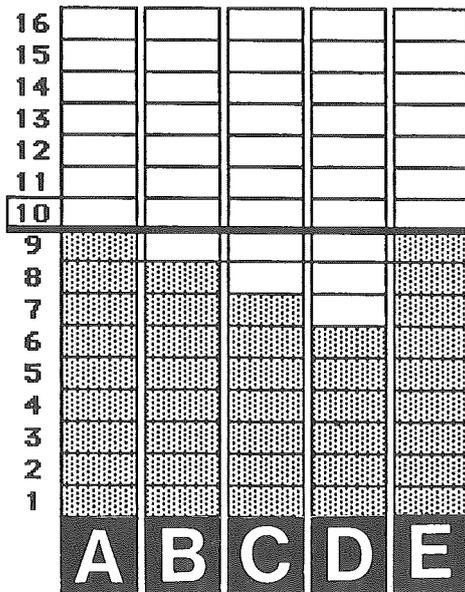
♂ 21 Monate  
Spina bifida

Abb. 11: Entwicklungsprofil eines körperbehinderten Knaben



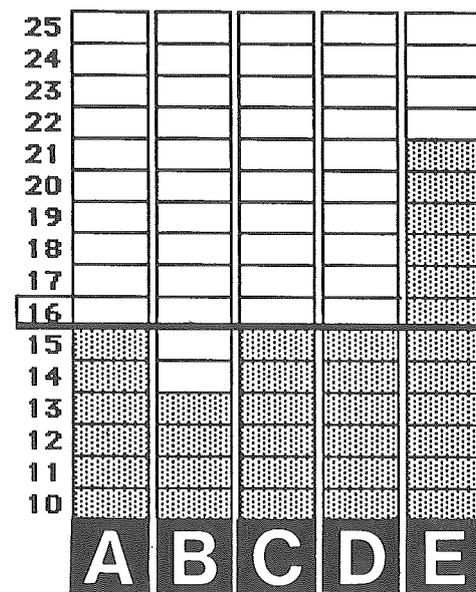
♂ 22 Monate  
Autismusverdacht

Abb. 12: Entwicklungsprofil eines Kindes mit Verdacht auf frühkindlichen Autismus



♀ 10 Monate  
Down-Syndrom

Abb. 13: Entwicklungsprofil eines Kindes mit Down-Syndrom



♂ 16 Monate  
Marker-X Syndrom

Abb. 14: Entwicklungsprofil eines Kindes mit Marker-X Syndrom

## 4.5 Qualitative Auswertung und Interpretation

### 4.5.1 Allgemeine Überlegungen

Wie oben dargestellt, stehen hinter jedem der im Handbuch aufgeführten Beobachtungspunkte theoretische und praktische Annahmen von Entwicklung, wobei Bezüge zu verschiedenen entwicklungspsychologischen Theorien hergestellt worden sind. Diese Punkte haben alle eine Bedeutung in der Entwicklung der Kinder, wobei erfahrene und entwicklungspsychologisch geschulte Fachleute die dahinter stehenden Theorien erkennen können.

Nicht allen im Handbuch aufgeführten Beobachtungspunkten kommt dieselbe diagnostische Relevanz zu. Einzelne Punkte sind für die Entwicklung besonders wichtig und weisen bei Nichterfüllen unterhalb der 90%-Marke mit grosser Sicherheit auf eine Entwicklungsstörung hin. Erfüllt ein Kind ein Item unterhalb der 90%-Marke nicht - und handelt es sich um eine echte Leistungslücke - so sollte für die qualitative Gewichtung der theoretische Hintergrund dieses Items miteinbezogen werden. Andere Items erhalten diagnostische Aussagekraft erst, wenn man sie im Zusammenhang mit weiteren Items derselben Entwicklungsskala, bzw. skalenübergreifend betrachtet. *Eine inhaltliche Interpretation von Items, die ein Kind unterhalb der 90%-Marke nicht erfüllt, muss auch skalenübergreifend geleistet werden.* Häufig wird die Art der Störung oder deren Ausmass erst evident, wenn die Lücken in der Zusammenschau mit Lücken, resp. Fähigkeiten in anderen Bereichen betrachtet und bewertet werden. Viele Kinder kompensieren auch Schwächen in einem Entwicklungsbereich mit Stärken in einem anderen.

Einige Items sind *Kann-Items*, die bei der grossen Mehrheit der Kinder auftreten, bei einem Fehlen aber nicht zwangsläufig auf eine Entwicklungsstörung hinweisen. Dies ist besonders häufig im emotionalen Bereich (Skala E) der Fall.

*Die Bedeutung einer Lücke oder eines nicht erfüllten Beobachtungspunktes ist deshalb für jedes einzelne Kind separat zu ergründen.* Erst dann kann abgeschätzt werden, ob eine präzisierende Entwicklungsdiagnostik angezeigt ist.

Hier gilt das Augenmerk der erfahrenen Fachperson den *Stärken und Schwächen eines Kindes* in einem spezifischen Entwicklungsbereich sowie in der *Zusammenschau der einzelnen Bereiche*. Eine solche qualitative Analyse geht fast nahtlos in eine diagnostische Abklärung über und kann gezielte Hinweise für die Richtung der weiteren Bemühungen geben.

Der Umstand, dass sich die Beobachtungspunkte des Vademecum nicht auf *eine* bestimmte entwicklungspsychologische Theorie stützen, ermöglicht eine differenziertere und ganzheitlichere Sicht auf das Kind und führt häufig zu wesentlicheren Aussagen, als mit qualitativen Aussagen auf der Basis einer einzigen Theorie. Damit würden viele Realitäten des Kindes ausgeklammert. Im Früherkennungsprozess wird man Kindern nicht gerecht mit einer einzigen gut ausgefeilten Theorie, weder zur kognitiven, noch zur emotionalen oder sensorischen Entwicklung.

Der Vorteil erfahrener Fachleute besteht darin, dass sie, auf dem Hintergrund vielfältigen theoretischen Wissens und praktischer Erfahrung, offen sein können für alle möglichen Erscheinungsarten menschlicher Entwicklung. Erst differenzierte Fragestellungen, die sich aus der Sicht der Fachleute

in Bezug auf das einzelne Kind ergeben, führen vielfach, gepaart mit intuitivem Vorgehen und mit präzisen methodischen Schritten, zu der Qualität, die in diesem diffizilen Bereich der Früherkennung erforderlich ist. Handelt es sich im Prozess der Früherkennung doch immer um ein Zusammenfügen von Puzzlesteinen.

Aus diesen Gründen ist es hier nicht möglich, eine präzise Anleitung zu geben, wie bei der *qualitativen* Analyse und Interpretation der Beobachtungsergebnisse vorzugehen ist. Viele Momente, die für den Einzelfall wichtig und von Bedeutung sind, sind weder kausal ableitbar noch statistisch belegbar.

Anschliessend sollen deshalb die *Möglichkeiten der Früherkennung von Behinderungen und der Entwicklungsbegleitung*, wie es das dialektische und ökologische Konzept nahelegt, anhand von zwei Fallbeispielen kurz ausgeführt werden.

### 4.5.2 Zwei Fallbeispiele

Zwei Knaben, Andreas und Beat, zeigten beide zum Zeitpunkt der ersten Beobachtung auffällige Entwicklungsprofile. In allen fünf Bereichen erreichten sie die 90%-Marke nicht. Die Denver-Entwicklungsskalen waren bei beiden Knaben unauffällig, wenn auch sehr knapp.

Die Entwicklung beider Knaben wurde während neun Monaten begleitet. Beat entwickelte sich in dieser Zeit gut und zeigte nach neun Monaten kaum mehr Auffälligkeiten, bei Andreas wurde eine erbliche Chromosomenanomalie, Marker-X, festgestellt, die immer von einer geistigen Behinderung begleitet ist. Die Abbildungen 15 und 16 (S.40 und 41) zeigen die beiden Auswertungsblätter von Andreas und Beat.

Beat scheint auf den ersten Blick stärker retardiert zu sein als Andreas. Sein erstes Entwicklungsprofil liegt zwei Monate unter dem Lebensaltersstrich, während Andreas' Profil knapp unter demselben streut. Ist Beats Entwicklung wirklich besorgniserregender als diejenige von Andreas? Würde man einer rein quantitativen Analyse folgen, müsste diese Frage bejaht werden.

Hier werden neben dem quantitativen Entwicklungsstand andere Faktoren zusätzlich mit einbezogen, wie:

- Erhebung der Anamnese,
- Erhebung des Erziehungsmilieus und der Lebensumwelt des Kindes,
- Beobachtung der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind,
- Befragung der Eltern und anderer Fachpersonen über das Kind,
- subjektive Bewertungen des Sachverhaltes durch die Eltern und durch Fachleute,
- Verhaltensbeobachtung des Kindes in freien Situationen,
- qualitative Auswertung und Interpretation der Beobachtungen.

# AUSWERTUNG

Vademecum  
© 1988, Ines Schlienger, Zürich

Name Andreas

geb.: 1. . 10. . 84

Frühgeburt:  nein  
 ja \_\_\_\_\_ Wochen

Beobachtungsdaten:

1. 5. . 8. . 85  
2. 3. . 11. . 85  
3. 10. . 2. . 86  
4. 10. . 5. . 86

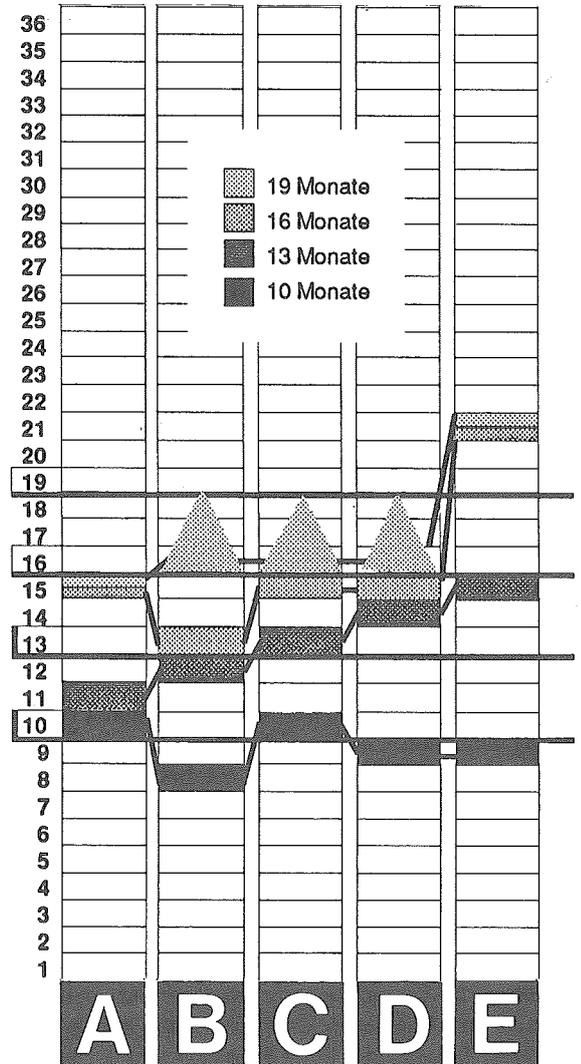
Lebensalter:  
(LA) in Monaten

10  
13  
16  
19

Entwicklungsalter (EA) in Monaten

	A	B	C	D	E	LA
EA <sub>1</sub>	10	8	10	9	9	10
EA <sub>2</sub>	11	12	13	14	15	13
EA <sub>3</sub>	15	13	15	15	21	16
EA <sub>4</sub>	15	14-18	15-18	15-18	21	19

Entwicklungsprofil



Entwicklungsverlauf

	A				B				C				D				E				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
0- 50%																					Durchschnitt und mehr (Folie 2)
50- 90%																					bis Durchschnitt (Folie 1)
90-100%																					Risikobereich (Folie 1)

Bemerkungen

1. Beobachtung Mutter beunruhigt; Abklärung im Kinderspital empfohlen
2. Beobachtung Diagnose: Marker-X-Syndrom / emot. Entw. und Selbständigkeit normal
3. Beobachtung Beginn Früherziehung und Physiotherapie
4. Beobachtung

Abb. 15: Auswertungsblatt von Andreas

# AUSWERTUNG

Vademecum  
© 1988, Ines Schlienger, Zürich

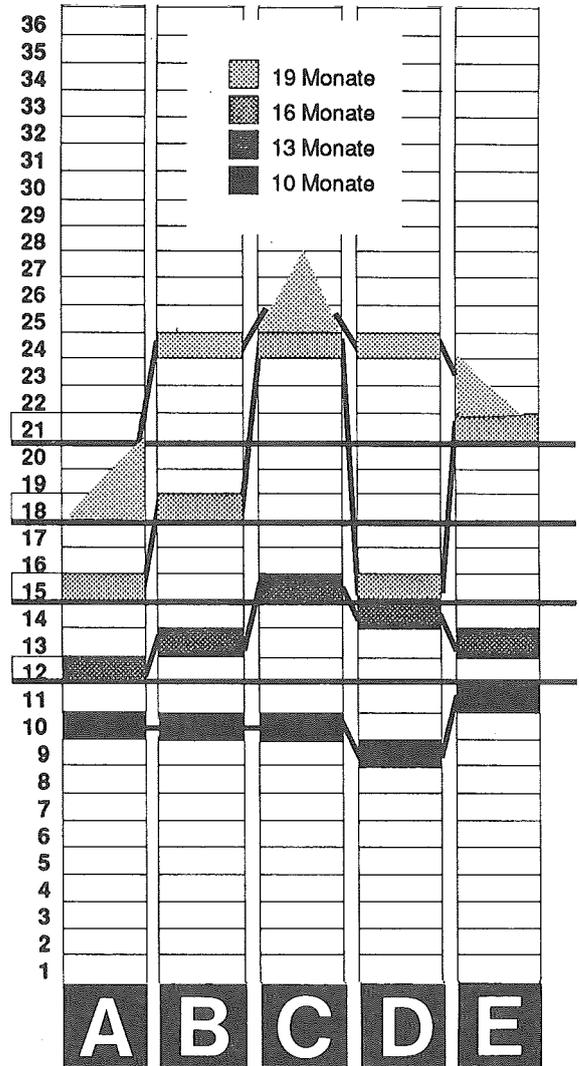
Name Beat

geb.: 15. 9. 84 Frühgeburt:  nein  
 ja \_\_\_\_\_ Wochen

Beobachtungsdaten:

1.	<u>10.</u>	<u>9.</u>	<u>85</u>	Lebensalter: (LA) in Monaten	<u>12</u>
2.	<u>12.</u>	<u>12.</u>	<u>85</u>		<u>15</u>
3.	<u>8.</u>	<u>3.</u>	<u>86</u>		<u>18</u>
4.	<u>15.</u>	<u>6.</u>	<u>86</u>		<u>21</u>

## Entwicklungsprofil



## Entwicklungsalter (EA) in Monaten

	A	B	C	D	E	LA
EA <sub>1</sub>	10	10	10	9	11	12
EA <sub>2</sub>	12	13	15	14	13	15
EA <sub>3</sub>	15	18	24	18	21	18
EA <sub>4</sub>	18-21	24	24-27	24	21-24	21

## Entwicklungsverlauf

	A				B				C				D				E				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
0- 50%																					Durchschnitt und mehr (Folie 2)
50- 90%																					bis Durchschnitt (Folie 1)
90-100%																					Risikobereich (Folie 1)

## Bemerkungen

1. Beobachtung Allg. Entw'rückstand. Mutter und Arzt nicht beunruhigt
2. Beobachtung Weiterhin rückständig, Sprache aufgeholt
3. Beobachtung Hat Bruder bekommen; Sprache, Selbst. und Emotion. normal!
4. Beobachtung Durchschnittl. Entwicklung; im körperl. Bereich noch leicht verzögert

Abb. 16: Auswertungsblatt von Beat

A	B	C	D	E
<del>X2</del>	<del>X1</del>	<del>X1</del>	<del>X1</del>	<del>X1</del>
<del>X3</del>	<del>X2</del>			12
<del>X4</del>	<del>X3</del>		7	
15	<del>X4</del>	<del>X2</del>	8	<del>X3</del>
	<del>X5</del>	<del>X3</del>		<del>X4</del>
	<del>X6</del>		<del>X1</del>	
	<del>X7</del>	<del>X4</del>		<del>X5</del>
<del>X6</del>	<del>X8</del>			16
<del>X7</del>	20	<del>X5</del>	<del>X0</del>	
<del>X8</del>	21	16	<del>X1</del>	<del>X7</del>
<del>X9</del>	<del>X2</del>			<del>X8</del>
22				
<del>X3</del>	<del>X3</del>	17	12	19
<del>X4</del>	24			20
				<del>X1</del>
25	25	<del>X8</del>		22
26	26			23
				<del>X4</del>
27	<del>X1</del>			<del>X5</del>
28				
29				
30	28	<del>X9</del>	13	26
31	29	20		27
	30			28
				29
32	31	21	14	30
	32	22		
33	33	<del>X3</del>	15	31
	34	24		

Andreas, 10 Monate

A	B	C	D	E
<del>X2</del>	<del>X1</del>	<del>X1</del>	<del>X6</del>	<del>X11</del>
<del>X3</del>	<del>X2</del>			<del>X2</del>
<del>X4</del>	<del>X3</del>		<del>X1</del>	
<del>X5</del>	<del>X4</del>	<del>X2</del>	<del>X3</del>	<del>X3</del>
	<del>X5</del>	<del>X3</del>		<del>X4</del>
	<del>X6</del>			
<del>X6</del>	<del>X7</del>		<del>X1</del>	<del>X5</del>
<del>X7</del>	18	<del>X4</del>		<del>X6</del>
<del>X8</del>	<del>X9</del>	<del>X5</del>	<del>X0</del>	
<del>X9</del>	<del>X10</del>	<del>X6</del>	<del>X1</del>	<del>X7</del>
<del>X10</del>	22			<del>X8</del>
<del>X11</del>				
<del>X12</del>				
<del>X13</del>	<del>X3</del>	<del>X7</del>	12	<del>X9</del>
24	24			<del>X10</del>
				<del>X11</del>
25	25	18		<del>X12</del>
26	26			<del>X13</del>
				<del>X14</del>
27	27			25
<del>X8</del>				
29				
30	28	<del>X9</del>	13	26
31	29	20		27
	<del>X1</del>			28
				29
32	31	21	14	30
	32	22		
33	33	<del>X3</del>	15	31
	34	24		

Beat, 12 Monate

Abb. 17: Schlusstabellen von Andreas und Beat

Bereits im *Vorfeld* der Abklärungen erscheinen wesentliche Unterschiede:

### Andreas

1) Laut Aussagen der Heilpädagogin, die mit beiden Müttern sprach und die Kinder untersuchte, habe Andreas, ein grosser, schwerer Junge, bei ihr - im Widerspruch zu den begeisterten Aussagen der Mutter über ihn - ein eigenartiges Gefühl hinterlassen: Kopfgrösse, Gesicht, Augenstellung und Blick seien sehr seltsam gewesen. Ebenso sei der schlaffe Tonus des gesamten Körpers aufgefallen.

2) Andreas' Mutter zeigte sich sehr interessiert an allem, was das Kind selbst und die Untersuchung betraf. Dabei brachte sie ihre Unruhe und die Besorgnis darüber, das Kind könnte gestört sein, mehrmals, wenn auch widersprüchlich, zum Ausdruck. Ihr Umgang mit dem Kind war liebevoll und aufmerksam, sie wirkte wie eine ideale Mutter. Trotzdem fühlte sie sich den Bedürfnissen des Kindes kaum gewachsen und suchte Hilfe in Form von Beratung und Erziehungsliteratur.

3) Andreas' Kinderarzt hatte bis anhin die Bedenken der Mutter nicht geteilt.

### Beat

1) Beat, so berichtete die Heilpädagogin nach dem Hausbesuch, sei ebenfalls ein grosses und schweres Kind. Er sei zwar wie ein "Klotz" dagesessen und nur schwer zu aktivieren gewesen, trotzdem habe er bei ihr nicht den Eindruck hinterlassen, dass eine Störung vorhanden sei.

2) Die Mutter von Beat nahm die Erziehung ihres Kindes lockerer. Sie verstand sich sehr gut mit Beat und las ihm jeden Wunsch von den Augen ab. Sie war nicht besorgt über eine mögliche verzögerte Entwicklung ihres Kindes und der Meinung, "das kommt schon noch".

3) Der Kinderarzt von Beat hatte die Verzögerung zwar ebenfalls bemerkt, nach einem Gespräch mit der Mutter aber angeraten, zuzuwarten. Die Mutter hat volles Vertrauen zum Kinderarzt.

Nachfolgend werden die Entwicklungsskalen im einzelnen betrachtet und es soll versucht werden, die Items auch qualitativ und in ihrer Zusammenschau auszuwerten und zu interpretieren.

## Qualitative Interpretation

Die Abbildung 17 zeigt die beiden Schlusstabellen von Andreas und Beat.

**Andreas:** Eine *qualitative Analyse* der Schlusstabelle von Andreas (im Alter von 10 Monaten) zeigt, dass, neben der Retardierung in allen Bereichen, zusätzlich viele Entwicklungslücken bestanden.

Andreas konnte zwar sitzen (A23) jedoch ohne ausreichende Kopfkontrolle (A22). Er hantierte zwar mit Gegenständen und spielte mit dem eigenen Körper (B22, 23, 27), dies jedoch mehrheitlich einhändig (B17 und Aussage der Mutter) und ohne Pinzettengriff (B24). Er versuchte zwar, den Löffel zu ergreifen und aus einer Tasse zu trinken (D9, 10), konnte jedoch wegen mangelndem Lippenschluss um die Tasse, nicht wirklich daraus trinken (D7). Er blickte verschwindenden Gegenständen nicht nach und versuchte nicht, Dinge wegzwerfen (B21, 25, 26). Er konnte nicht längere Zeit an einem Spiel bleiben (E23), versuchte nicht, Erwachsene in sein Spiel einzubeziehen (E20), ahmte weder Gesten noch Laute nach (E22, C16) und produzierte keine Doppelsilben (C17).

Eine differenzierte Diagnostik muss bei Andreas das Augenmerk legen auf: Tonus, Kopfkontrolle, Wahrnehmung, Manipulation, Objektkonstanz und Nachahmung, Beziehungsaufnahme und -fähigkeit zu Erwachsenen und Gegenständen. Zudem ist die Frage zu prüfen, ob den verschiedenen Symptomen eine einheitliche Ursache zugrunde liegt.

### Beat:

Bei Beat lag eine viel harmonischere Entwicklung vor. Sie war zwar um einiges rückständiger als diejenige von Andreas - die beiden Knaben erreichten, bei einem Altersunterschied von zwei Monaten, etwa dieselben Werte - trotzdem wies seine Entwicklung, wie sie sich in der Schlusstabelle darstellte, kaum Lücken auf.

Beat konnte mit 12 Monaten zwar gut und frei sitzen, er zeigte jedoch keine Anstalten aufzustehen oder zu krabbeln - er sass! Beat beherrschte den Pinzettengriff (B24) und konnte ein vor seinen Augen verstecktes Spielzeug wiederfinden (B30), zeigte jedoch keine Anstalten, ein weiter entferntes Spielzeug (B18) oder Esslöffel und Trinkbecher zweckbestimmt (D12, 13) zu ergreifen, Spielsachen zu werfen oder ein- und auszuräumen (B22, 25, 26, 28). Beat ahmte Gesten (E22) und Laute nach und plapperte gern (C16, 17, 19). Er konnte für sich allein spielen (E23) und wandte sich den Eltern zu (E24), kam aber Aufforderungen selten nach (C18, 20) und fremdelte nicht.

Bei Beat zeigte sich also eine homogene, allerdings rückständige Entwicklung, wobei der Mangel an Bewegungsinitiative am augenfälligsten war.

## Die subjektiven Faktoren

Wichtig und mitentscheidend waren und sind in beiden Fällen auch die "Eindrücke" und "Gefühle", sowohl der Eltern, als auch der Fachleute. Diese *Subjektivität* begleitet jede Früherkennung in einem bestimmten Grad. Eine Mutter, die - auch wenn sie widersprüchliche Aussagen macht - ihre Besorgnis um das Kind signalisiert, spürt vermutlich das Wesentliche: "Mit dem Kind stimmt etwas nicht". Ebenso kann eine Mutter,

die - ohne sich rechthaberisch zu versteifen - keine Beunruhigung ausstrahlt, richtig vermuten: "Das kommt noch".

Die Bedenken von Andreas' Mutter waren deshalb unbedingt ernst zu nehmen und weiter zu verfolgen. Aber auch im Fall von Beat war es angebracht, der Mutter unsere Besorgnis bezüglich der normalen Entwicklung des Kindes nicht zu verschweigen.

## Der Entwicklungsverlauf

Beiden Müttern teilten wir nach der Auswertung mit, dass wir eine weitere Entwicklungsbeobachtung angezeigt sähen. Die Mutter von Beat wehrte eher ab und fand weiterhin, dass der Junge sich schon richtig entwickeln werde, nahm aber trotzdem einige Tips entgegen, wie sie Beat zu mehr Hantieren-, Spielen- und Sprechen-Wollen anregen könnte.

Andreas' Mutter fühlte sich entlastet und belastet zur gleichen Zeit. Sie erwähnte später, dies sei das erste Mal gewesen, dass Fachleute ihren Verdacht ernst genommen hätten.

Nach drei Monaten zeigte eine weitere Beobachtung der Kinder folgendes Bild:

### Andreas,

inzwischen 13 Monate alt, hatte zwar den ersten Zahn bekommen, konnte aber immer noch nicht aus einer Tasse trinken (zu schlaife Lippen), er zeigte keinen Pinzettengriff, benützte die rechte Hand wenig und spielte stereotyp. Er versuchte sich in ersten Wörtern, krabbelte herum und betastete Gegenstände; er blieb allerdings nie länger dabei, sondern liess Gegenstände gleich wieder fallen. Eine Abklärung im Kinderspital war im Gange, kurze Zeit darauf wurde die Chromosomenanomalie Marker-X-Syndrom diagnostiziert. Andreas erhielt Früherziehung und Physiotherapie. Seine Entwicklung verlief, die Diagnose berücksichtigend, erfreulich.

### Beat,

inzwischen 15 Monate alt, zeigte immer noch keine grosse Lust, zu spielen oder sich selbständig mit der Welt auseinanderzusetzen. Er war weiterhin ein ruhiges Kind, das kaum nachahmte. Trotzdem zeigte er Ansätze dazu, sich sprachlich auszudrücken. Diese Tendenz bestätigte sich bei der dritten Beobachtung, wo er sprachlich fast explosionsartig aufholte und sich überdurchschnittlich entwickelte.

Ist dieser Umstand darauf zurückzuführen, dass er in der Zwischenzeit einen kleinen Bruder bekommen hatte und die Mutter ihm nun nicht mehr jeden Wunsch von den Augen ablesen konnte, er sich also vermehrt anstrengen musste, um zu dem zu kommen, was er benötigte und wünschte? Bei der vierten Beobachtung war Beat immer noch nicht sehr bewegungsfreudig, in allen anderen Bereichen war er jedoch, zur Freude aller Beteiligten, durchschnittlich entwickelt.

# 5 Grundlagen, Hauptfragen, Methoden und Ergebnisse der Längsschnittstudie zum Vademecum

## 5.1 Grundlagen und Konzeption des Vademecum

Grundlage des Vademecum bildete der englische "Development Guide, 0-5 Years; Experimental Version", ein Heft zur Entwicklungsbeobachtung für Eltern und professionelle Erzieher, das 1977 von Frau *M. Kellmer Pringle*, National Children's Bureau London, herausgegeben wurde. Dieser Guide wurde 1979 durch eine Studentengruppe der Universität Zürich übersetzt, an 30 Müttern mit Kleinkindern erprobt und erstmals an schweizerische Verhältnisse adaptiert<sup>1</sup>. Eine vollständige Überarbeitung, die faktisch einer Neukonstruktion gleichkam, drängte sich anschliessend auf: Die englische Version war zu stark auf die kognitive Entwicklung ausgerichtet. In einigen Teilen war das englische Verfahren auch, bedingt durch den unterschiedlichen sozio-kulturellen Hintergrund, nicht auf deutschsprachige Verhältnisse übertragbar. In vielen Entwicklungsbereichen waren erhebliche Lücken festzustellen, besonders im sprachlichen Bereich und im Sozial- und Spielverhalten. Schwerpunkte der Überarbeitung waren:

- das Schliessen von inhaltlichen Lücken
- die Ausweitung der Skala B um die Spielentwicklung,
- der Einbezug von neuen Schweizer Untersuchungen zu den kindlichen Schlaf- und Essgewohnheiten sowie zur Sauberkeitsentwicklung,
- der Bereich der emotionalen Entwicklung, der für die deutsche Fassung vollständig neu geschaffen wurde<sup>2</sup>.

Zur theoretischen Fundierung wurden hauptsächlich die Theorie der sensumotorischen Entwicklung von *Piaget*<sup>3</sup> sowie *Mahlers*<sup>4</sup> Theorie der psychischen Entwicklung beigezogen. Ausschlaggebend für die Festsetzung der Aufgabenreihenfolge waren für die Erstellung der Pretest-Version des Vademecum die Ergebnisse der Bonner Längsschnittstudie von *Brandt* sowie die Altersangaben der Münchner funktionellen Entwicklungsdiagnostik<sup>5</sup>.

## 5.2 Projektanlage

In der nachfolgend beschriebenen Studie, die der Überprüfung und Normierung des Vademecum diente, wurde versucht, den *ökopsychologischen Kriterien*, wie sie in Kapitel 1 formuliert wurden, so nahe wie möglich zu kommen. Dies hatte folgende Konsequenzen:

- Es wurden sowohl "durchschnittliche" Kinder in die Studie aufgenommen (194 Kinder der *Repräsentativgruppe*), als auch Kinder, bei denen die Entwicklung verzögert war oder der Verdacht auf Entwicklungsverzögerung bestand (51 Kinder aus der *Risikogruppe*).
- Um die Kinder in ihrer Entwicklung begleiten zu können, wurde eine gemischte *Quer- und Längsschnittuntersuchung* durchgeführt: Drei Gruppen von Kindern mit verschiedenem Alter wurden während 9 Monaten beobachtet.

- Das Vademecum wurde in der Studie von Anfang an in gleicher Weise eingesetzt, wie es schliesslich angewendet werden soll: Die Kinder wurden von ihren *Eltern* in regelmässigen Abständen beobachtet. Die Ergebnisse wurden anschliessend mit dem Forschungsteam besprochen.
- Mit dem offenen Mütterinterview *Kind, Familie und Umwelt* wurden gleichzeitig Lebenswelt und Erziehungsmilieu der Kinder erhoben.

Wir liessen uns von folgenden Forschungsfragen leiten:

- 1) Wie entwickeln sich Kinder (im Kanton Zürich)? Welches sind die durchschnittlichen **Entwicklungsnormen**, welche **Altersbandbreite** (Variabilität der Norm) ist bei bestimmten Entwicklungsschritten möglich?
- 2) Erfüllt das Vademecum die **Testgütekriterien** wie Objektivität, Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität)?
- 3) Hauptfrage der **Früherkennung**: Kann das Vademecum helfen, eine Störung oder Abweichung der Entwicklung in den Bereichen Bewegung, Wahrnehmung, Kommunikation, Interaktion und Emotion zu erkennen?
- 4) Gibt die Betrachtung des **Entwicklungsverlaufs** Anhaltspunkte über die Entwicklung und das Entwicklungspotential (Prognose) eines Kindes? Wie verläuft die Entwicklung von Kindern, die bei der ersten Beobachtung sehr gut, bzw. sehr schlecht entwickelt sind? Zu welchem Beobachtungszeitpunkt haben die Beobachtungen die höchste prognostische Aussagekraft? Wie hängen die Beobachtungsergebnisse zu einem bestimmten Zeitpunkt der Längsschnittuntersuchung von vorangegangenen Beobachtungen ab?
- 5) Was bedeutet es, wenn die **Eltern als Beobachter** eingesetzt werden? Sind ihre Aussagen über das Kind zuverlässig? Kann das Vademecum von Eltern aus allen sozialen Schichten angewendet werden?
- 6) Gibt es verschiedene **Einflüsse** auf den Entwicklungsstand des Kindes, die für die Normierung von Bedeutung sind? Haben sozial-ökologische Merkmale einer Familie, Geschlecht oder Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe einen Einfluss auf die Entwicklung?

Insgesamt wurden 245 Kinder in die Studie aufgenommen, 194 Kinder in die Repräsentativgruppe, 51 in die Risikogruppe.

Die 194 Kinder, die einen repräsentativen Querschnitt der Kinder des Kantons Zürich darstellen, wurden zwischen 1982 und 1984 geboren. Drei verschiedene Altersgruppen (nachfolgend Kohorten genannt) wurden nach einem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Kinder der ersten Kohorte waren zu Beginn der Untersuchung drei Monate alt (67 Kinder), die der zweiten Kohorte 12 Monate (61 Kinder) und die Kinder der dritten Kohorte hatten ein Alter von 21 Monaten (63 Kinder).

Je viermal wurden diese Kinder im Abstand von drei Monaten beobachtet. Zwischen dem Zeitpunkt der ersten Untersuchung ( $t_1$ ) und der letzten Untersuchung ( $t_4$ ) liegen demzufolge 9 Monate.

Das Untersuchungsdesign für die Repräsentativgruppe sieht folgendermassen aus:

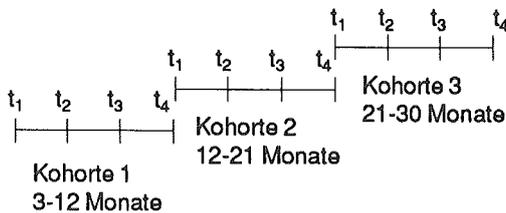


Abb.18: Untersuchungsdesign für die Repräsentativgruppe

Die 194 Familien wurden von einer - für diese Zwecke in einem mehrtägigen Kurs ausgebildeten - Psychologin oder Pädagogin zu Hause besucht.

Die Untersucherin befragte zuerst die Mutter über die Erziehungs- und Aufwuchssituation des Kindes<sup>7</sup>. Dieses erste Gespräch wurde von vielen Müttern positiv erlebt und wirkte stark vertrauensbildend.

Anschliessend testete die Untersucherin das Kind mit den Denver-Entwicklungsskalen (DES). Dies diente der Validierung<sup>8</sup> des Vademecum. Abschliessend gab die Untersucherin der Mutter das Vademecum-Handbuch mit der Schlusstabelle ab und erklärte ihr, wie sie das Kind beobachten und die Unterlagen ausfüllen sollte. Innerhalb von drei Tagen schickte die Mutter darauf die ausgefüllte Schlusstabelle in unser Institut. Über telefonische, wenn notwendig auch über persönliche Kontaktnahme wurden die Resultate später mit den Müttern besprochen. Noch drei Mal im Abstand von je drei Monaten schickten wir den Eltern weitere Schlusstabelle zu, sodass die Entwicklung der Kinder über 9 Monate begleitet werden konnte.

## 5.3 Beschreibung der Stichprobe

### 5.3.1 Zufallsauswahl der Kinder

Mit dem Schulz-Stichprobenverfahren wurden von den insgesamt 171 Zürcher Gemeinden 26 ausgewählt, die bezüglich Geburtenzahl pro Jahr repräsentativ für den Kanton Zürich stehen. 85% dieser Gemeinden erlaubten einen Einblick in ihre Geburtenregister - die verweigernden Gemeinden wurden durch äquivalente ersetzt - aus denen dann eine bestimmte Anzahl Kinder ausgewählt wurde. Von den insgesamt 204 angeschriebenen Familien verweigerten 24 die Mitarbeit an der Studie. Diese Verweigerungen konnten nur in 15 Fällen durch neue Adressen ersetzt werden, da in vielen Gemeinden zu wenig Geburten im Stichmonat vorlagen. Kinder von fremdsprachigen Eltern und solche mit offensichtlicher Behinderung wurden nicht in die Studie aufgenommen. Schliesslich ergab sich die Zahl von 194 Kindern<sup>9</sup>.

Zur Berechnung der Altersnormen konnten zum Zeitpunkt der ersten Beobachtung durchschnittlich 15% der Kinder nicht mit einbezogen werden. Dies hatte verschiedene Gründe:

5,5% aller Kinder waren Frühgeburten, d.h. sie wurden mehr als 14 Tage vor dem errechneten Termin geboren. Diese Tatsache muss bei der Berechnung des Lebensalters berücksichtigt werden (s. unten), war aber bei der Vereinbarung eines Termins für den Hausbesuch noch nicht bekannt. Einige Termine konnten wegen Ferienabwesenheit, bzw. bevorstehender weiterer Geburt nicht immer rechtzeitig vereinbart werden. In der Längsschnittstudie wurden diese Verschiebungen des Lebensalters wieder korrigiert.

### 5.3.2 Alterskorrektur bei Frühgeborenen

Die Tatsache, dass ein Kind früher als errechnet zur Welt gekommen ist, muss bei der Berechnung des Lebensalters mit berücksichtigt werden. Zu den "Frühgeborenen" werden Kinder mit einem "postmenstruellen Alter von 37 vollen Wochen und darunter"<sup>10</sup> gerechnet. Frühgeborene haben zwar - bedingt durch die Tatsache der früheren Geburt - mehr Zeit, um Erfahrungen in der Umwelt und mit den sozialen Bezugspersonen zu sammeln, trotzdem fehlen ihnen die Wochen, die sie zu früh geboren sind, zur neurologischen und muskulären Ausreifung. Schröder<sup>11</sup> hat nachgewiesen, dass sie zwar in den ersten vier Lebensmonaten bessere Leistungen erbringen als Reifgeborene. Vom zweiten bis zum 4. Lebensjahr schneiden hingegen die Reifgeborenen in Entwicklungstests signifikant besser ab. Erst von da an sind keine wesentlichen Unterschiede mehr feststellbar. Deshalb sollte das Lebensalter der frühgeborenen Kinder bis zum vierten Lebensjahr korrigiert werden. In der vorliegenden Studie wurde diese Alterskorrektur vorgenommen bei Kindern, die mindestens zwei Wochen vor Termin zur Welt kamen.

### 5.3.3 Soziale Gegebenheiten

71% der befragten Mütter sind zum Zeitpunkt der Untersuchung 24-32 Jahre alt, 20% sind älter. 97% der Frauen sind verheiratet. 84% der Frauen sind ohne Berufstätigkeit, 14% sind teilweise und 2% voll berufstätig.

Es konnte statistisch kein Zusammenhang hergestellt werden zwischen Ausbildung und Beruf, sowie Berufstätigkeit der Mutter oder des Vaters und der Entwicklung des Kindes.

### 5.3.4 Anamnestische Angaben

Wegen zu geringer Zahl der Kinder, deren Geburt, (bzw. die Zeit vor und nach der Geburt) mit besonderen Risiken belastet war, konnten keine statistischen Zusammenhänge zwischen Auffälligkeiten in der Anamnese und der Entwicklung festgestellt werden.

### 5.3.5 Geschlecht

56% der untersuchten Kinder sind Knaben, 44% sind Mädchen. Es besteht kein signifikanter Unterschied zur Geschlechtsverteilung der 1981 im Kanton Zürich geborenen Kinder. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entwicklung liessen sich einzig zum Zeitpunkt der ersten Beobachtung ( $t_1$ ) in den Bereichen Sprachentwicklung und Selbständigkeit zugunsten der Mädchen ermitteln. Dies allerdings nur im multivariaten Test. Univariate Tests ergaben keine Unterschiede, so dass darauf verzichtet wurde, diese Un-

terschiede weiterhin zu verfolgen. Zu ähnlichen Schlüssen kommt Schröder<sup>12</sup>. Sie schreibt: "Vergleicht man Mädchen und Jungen in den einzelnen Untertests nach Griffiths, so ergeben sich einige signifikante Unterschiede, die vermutlich aber geringe diagnostische Bedeutung haben, da sie nur kurzfristig auftreten". Sie stellte zwischen Knaben und Mädchen im Alter von 14 bis 21 Monaten einen signifikanten Unterschied in der Sprachentwicklung zugunsten der Mädchen fest<sup>13</sup>.

### 5.3.6 Geschwister

47% der untersuchten Kinder hatten keine Geschwister, 35% hatten eines, 16,5% hatten zwei und 1% hatte drei Geschwister.

Entgegen den Beobachtungen vieler Eltern, dass sich ein älteres Geschwister positiv auf die Entwicklung auswirkte, konnte diese Hypothese *statistisch* nicht bestätigt werden. Auch die Stellung in der Geschwisterreihe hatte keinen signifikanten Einfluss auf den Entwicklungsstand der untersuchten Kinder.

## 5.4 Die Risikogruppe

Die 51 Familien der Risikogruppe wurden von Kinderärzten, Mütterberatungsschwestern und Früherziehungsstellen im Kanton Zürich und Umgebung über die Studie orientiert. Sie haben sich daraufhin direkt bei uns gemeldet. Die Kinder waren zum Zeitpunkt des Hausbesuchs zwischen 2 und 31 Monaten alt (Durchschnittsalter: 12 Monate). Die Quer- und Längsschnittstudie gestaltete sich gleich wie bei der Repräsentativgruppe. Die Anmeldegründe waren sehr unterschiedlich und entsprechen den in Kapitel 4 beschriebenen Einsatzmöglichkeiten des Vademecum.

Die nachfolgende Tabelle (Abb. 19) zeigt links die Anmeldegründe für die Studie und rechts die danach festgestellten Verzögerungen auf.

Von den 19 Kindern mit Verdacht auf verzögerte Entwicklung, so stellte sich heraus, ist diejenige von 12 Kindern (63%) verzögert oder gestört, bzw. konnte der Verdacht nicht verworfen werden. Dieser Verdacht auf Entwicklungsverzögerung ist prognostisch noch aussagekräftiger, wenn zusätzliche Informationen aus der Geburtsanamnese zugezogen werden.

Anmeldegrund N = 51	Entwicklungsauffälligkeiten			
	Verdacht	organ.	psych.	keine
organ. Verdacht 19	5	7	-	7
psych. Verdacht 6	-	1	2	3
best. Schädigung 12	2	7	-	3
kein Verdacht 14	-	-	-	14

Abb. 19: Tabelle mit Anmeldegrund und festgestellte Entwicklungsauffälligkeit bei 51 Kindern der Risikogruppe

Da die Risikogruppe altersmässig und von der Art der Störungen oder Fragestellungen her äusserst heterogen zusammengesetzt ist, wurde auf eine statistische Auswertung der Entwicklungsdaten verzichtet. Im Kapitel 4 wurden einige quantitative und qualitative Ergebnisse aus dieser Gruppe dargestellt.

Erstaunlicherweise passen sich die sozialstatistischen Angaben der Risikogruppe bestens ein in diejenigen der Repräsentativgruppe. In Bezug auf die Ausbildung der Mutter und des Vaters, die Berufssituation der beiden Eltern, das Einkommen, sowie die Wohnsituation (Eigentumsverhältnisse, Wohnform, Wohnungsgrösse und Einrichtungskomfort) unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht, weder in den objektiven Sachverhalten, noch in deren subjektiver Bewertung; z.T. ist die Übereinstimmung praktisch perfekt.

Unterschiede wurden hingegen gefunden, was das Geschlecht betrifft (2/3 der Risikokinder waren Knaben), in der Geschwisterzahl (die Kinder der Risikogruppe waren eher Einzelkinder), in der prä-, peri- oder postnatalen Belastung (praktisch alle Kinder der Risikogruppe wiesen ein Risiko vor, während oder kurz nach der Geburt auf, 1/3 der Kinder waren sogar mit einem mittleren bis schweren Risiko behaftet) sowie im Alter der Mütter (ab dem 33. Altersjahr sind die Mütter der Risikogruppe übervertreten).

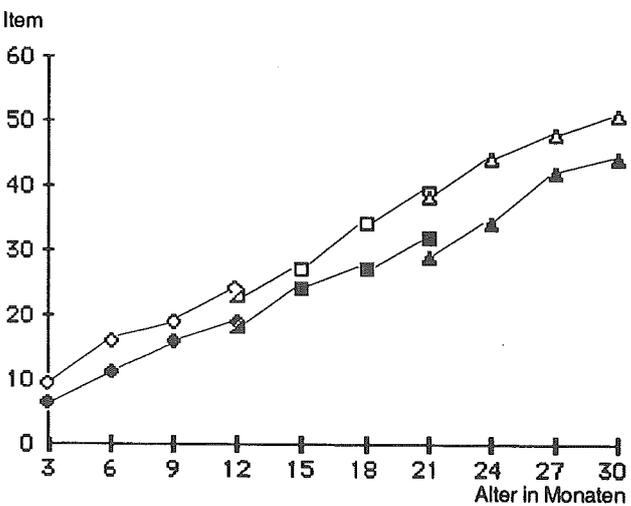
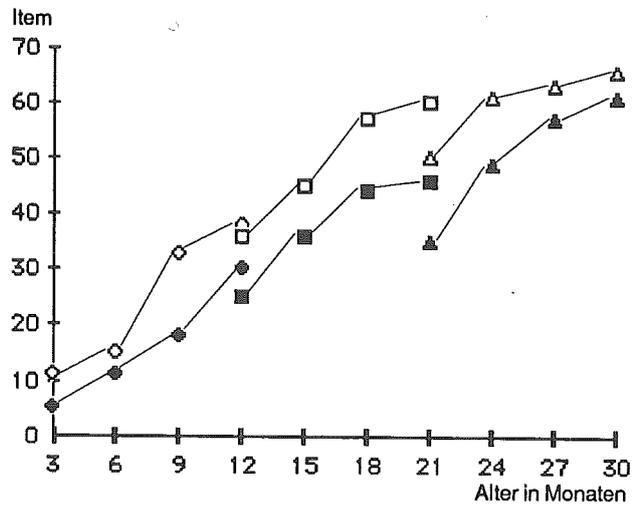
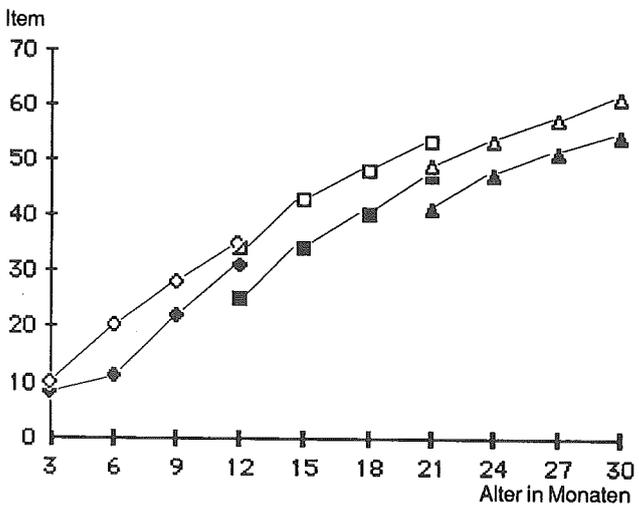
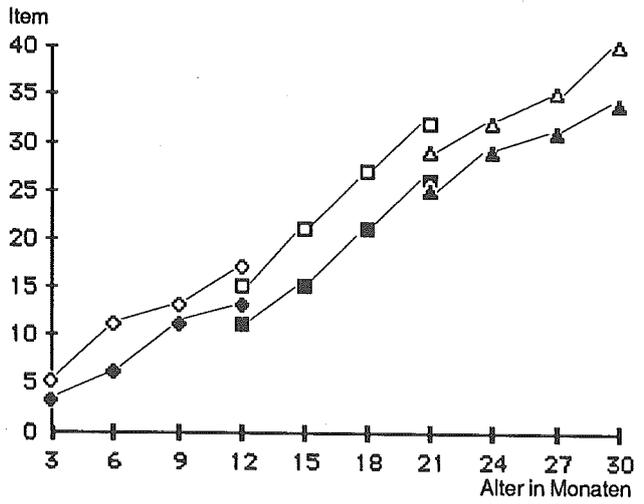
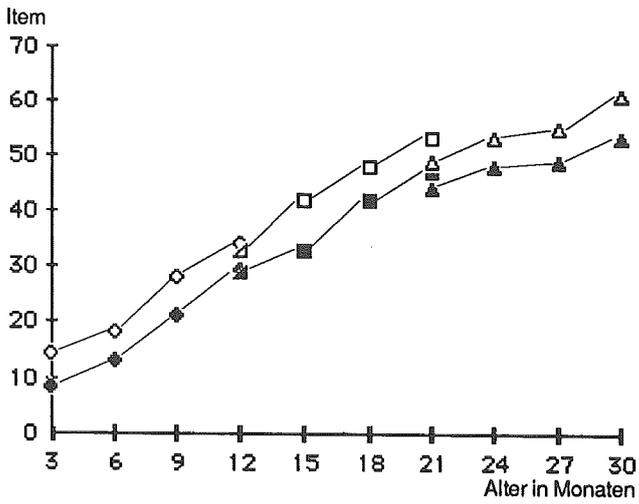
## 5.5 Ergebnisse der Studie

### 5.5.1 Normen, Bandbreite der Entwicklung und Korrektur des Kohorteneffekts

Die Tabellen mit den Prozentangaben für die erfüllten Items jeder Altersgruppe (in Dreimonatsschritten) sind im Anhang, Tab. 1 - 12, dargestellt. Diese Tabellen dienten auch der Bestimmung der neuen Itemreihenfolgen im Handbuch und der Schlusstabelle. Ausschlaggebend dafür war die *diagnostisch relevante* Zeit, in der etwa 70 - 100% der Kinder ein Item erfüllten. Die grosse Bandbreite des ersten Auftretens vieler Entwicklungspunkte (Items) führte zu dieser Entscheidung. Somit folgt die Itemabfolge im Handbuch in etwa dem Zeitpunkt ihres *Auftretens* in der Entwicklung der Kinder.

Die Auswertungsfolien (Abb. 27 im Anhang, abgebildet, wie wenn sie auf eine Schlusstabelle aufgelegt worden wären) zeigen, in welchen Abständen das Entwicklungsalter von 90% (Folie 1), bzw. 50% (Folie 2) der Kinder fortschreitet. Für die ersten 15 Lebensmonate wurden die Normen der 90%-Marke in Monatsschritten angegeben. Die Angaben für die 3, 6, 9, 12, 18, 21, 24, 27 und 30 Monate alten Kinder wurden direkt aus Daten der Studie entnommen, die dazwischen liegenden Werte - bis zum 14. Lebensmonat - wurden interpoliert.

Die Entwicklungsverläufe für die einzelnen Skalen A bis E sind in den Abbildungen 20 - 24 graphisch gezeichnet. Die jeweils untere Kurve (ausgefüllte Zeichen) gibt an, in welchem Alter 90% der Kinder ein bestimmtes Item erfüllen, die jeweils obere Kurve (leere Zeichen) gibt die 50%-Marke an. Beim Alter von 12, resp. 21 Monaten überschneiden sich die Kurven, da diese Altersbereiche von jeweils zwei Kohorten abgedeckt werden<sup>14</sup>. Bei 12 Monaten überschneidet sich die vierte Beobachtung der ersten Kohorte mit der ersten Beobachtung der zweiten Kohorte, bei 21 Monaten trifft sich die vierte Beobachtung der zweiten Kohorte mit der ersten Beobachtung der



Legende

- ◆ Koh.1: 90%    ◇ Koh.1: 50%
- Koh.2: 90%    □ Koh.2: 50%
- ▲ Koh.3: 90%    △ Koh.3: 50%

Abb. 22: Entwicklungsverlauf Skala C (Sprachentwicklung)

dritten Kohorte. Die Erwartung, dass die verschiedenen Kohorten innerhalb des Messfehlerbereichs nahtlos ineinander übergehen, wurde nicht bei allen Entwicklungsskalen erfüllt. V.a. in der Auge-Hand-Koordination (Skala B, Kohorte 1 und 2), in der Selbständigkeit (Skala D, Kohorte 1) und der Emotionalität (Skala E, Kohorte 1 und 2) schneiden die Kinder bei der *vierten Beobachtung* signifikant besser ab als die *Gleichaltrigen der nächsten Kohorte bei der ersten Entwicklungsaufzeichnung*. Entwickeln sich die Kinder besser, weil die Eltern ihnen, bedingt durch die Studie, mehr Aufmerksamkeit schenken? Kreuzen die beobachtenden Eltern im Laufe der Zeit mehr an, weil sie das Kind besser erfassen, weil sie mehr Übung erhalten haben im Beobachten? Die Gründe für diese Kohorteneffekte sind noch nicht schlüssig zu erklären<sup>15</sup>.

Für die Normen der Auswertungsfolie wurden deshalb, wenn für das gleiche Lebensalter der Kinder Daten von zwei verschiedenen Kohorten zur Verfügung standen, die Ergebnisse der ersten Beobachtung der nachfolgenden Kohorte gewählt. Im Bereich der Emotionalität (E) wurden die Beobachtungen zu früheren Zeitpunkten (Kohorte 2, t<sub>3</sub>) leicht nach unten korrigiert.

### 5.5.2 Testkennwerte

#### Reliabilität

Die Reliabilitätsschätzungen (Schätzungen der Zuverlässigkeit des Verfahrens) wurden mit Hilfe des Skalierungsverfahrens nach *Mokken*<sup>16</sup> vorgenommen. Die Skalenhomogenitätskoeffizienten H liegen für jede Entwicklungsskala (A bis E) zwischen .95 und .97, also sehr hoch (bei Werten ab .50 spricht man von einer guten Skala), und die Kennwerte für die Reliabilität (rho) betragen durchwegs mindestens .99. Damit konnten die guten Skalenwerte aus dem Pretest bestätigt werden<sup>17</sup>.

Als Methodenvergleich wurde zusätzlich eine *Guttman*-Skalierung durchgeführt. Dies für jede Skala A bis E über alle Zeitpunkte und Kohorten gesamthaft (t<sub>1</sub> bis t<sub>4</sub>), sowie einzeln für jede Kohorte, jeden Zeitpunkt und jede Entwicklungsskala. Auch hier zeigten sich sehr hohe Werte. Das Lambda 2 bewegt sich zwischen .98 und .99 für die Listen A-E über sämtliche Zeitpunkte und Kohorten hinweg (N=658), und zwischen .62 und .94 für die einzelnen Zeitpunkte (N = 47-64). Die Lambda-Werte sind allesamt zu t<sub>1</sub> am niedrigsten und steigen an, bis sie zu t<sub>4</sub> die höchsten Werte erreicht haben. *Dies bedeutet, dass die Aussagen der Eltern bei der zweiten und jeder nachfolgenden Beobachtung aussagekräftiger sind, weil sie höhere Skalenwerte ergeben als bei der ersten Beobachtung.*

#### Validität

*Logische Validität* kann dem Vademecum zugesprochen werden, da es sich definitionsgemäss aus annähernd repräsentativen Verhaltensstichproben zusammensetzt.

Eine hohe *ökologische Validität* kann dem Vademecum ebenfalls bescheinigt werden, da es sich stark an den in Kapitel 1 behandelten Kriterien orientiert (Einbezug der Objekte und Aktivitäten des Alltagslebens, identische Wahrnehmung der Situation zwischen Untersuchendem und Untersuchtem, Berücksichtigung relevanter Umwelteinflüsse).

Die *kriterienbezogene Validität* wurde anhand von *Spearman's rs* (Repräsentativgruppenmethode) geschätzt. Als Validitätskriterium wurden die DES (Denver-Entwicklungsskalen, *Flehmig u.a.*, 1973) gewählt. Die DES kamen deshalb in Frage, weil sie als Grobsiebverfahren statistisch überprüft sind und weil ihre vier Entwicklungsskalen in weiten Teilen den Skalen A bis D des Vademecum entsprechen. Zudem sind die DES handlich und schnell durchzuführen, wobei die testenden Fachleute keine spezifisch medizinische Ausbildung benötigen. Mit diesem Instrument wurde jedes Kind beim Hausbesuch getestet. Die DES weisen allerdings viel weniger Items pro Entwicklungsbereich auf als das Vademecum. Jedes Item in den DES wird durchschnittlich von drei Items im Vademecum abgedeckt. Manchmal weisen die DES viele und grosse Lücken im Entwicklungsablauf auf. Zwischen dem 5. und dem 14. Lebensmonat z.B. werden in den DES zur Sprachentwicklung lediglich 3 Items aufgeführt, beim Vademecum sind es deren 12. Damit verringern sich natürlich die Vergleichsmöglichkeiten und folglich sinken die Korrelationskoeffizienten.

Die Ergebnisse der Berechnungen liegen zwischen

$r_{tt} = .39$  und  $.75$  für die Skala Grobmotorik (A),

$r_{tt} = .28$  bis  $.41$  für die Auge-Hand-Koordination (B),

$r_{tt} = .16$  bis  $.59$  für den sprachlichen Bereich (C) und

$r_{tt} = -.06$  bis  $.31$  für den sozialen Kontakt (D).

Die Korrelationskoeffizienten können also im Bereich A als gut bezeichnet werden. In den anderen Bereichen sind sie gering, und im Bereich D gelten sie sogar als schlecht.

### 5.5.3 Längsschnittanalysen

Die Daten der 182 Kinder, die bis zum Schluss in der Längsschnittstudie verblieben, wurden auch in Bezug auf ihre Veränderungen in der Zeit analysiert.

Die Kinder wurden aufgrund ihres Entwicklungsniveaus, das sie zum Zeitpunkt t<sub>1</sub> zeigten, in *zwei diagnostisch relevante Gruppen* eingeteilt: Die Gruppe mit einem Risiko für Entwicklungsverzögerung (90-100%) und die Gruppe der am besten entwickelten Kinder (0-10%). Die Restgruppe (10-90%) wurde als Normgruppe behandelt. Auf der Basis dieser Datentransformation konnten weitere Analysen durchgeführt werden<sup>18</sup>.

#### Trendanalysen

Die beiden *diagnostisch relevanten Gruppen* wurden grundsätzlich als eigenständig behandelt. Darauf wurde untersucht, ob die Ergebnisse der ersten Entwicklungsbeobachtung Schlussfolgerungen zulassen über die Ergebnisse der nächstfolgenden und weiteren Beobachtungen: Wer zum ersten Zeitpunkt in die Gruppe der gut entwickelten Kinder eingeordnet wurde, lag mit grösster Wahrscheinlichkeit auch bei den nächsten Beobachtungen im obersten Bereich. Als entscheidendes Resultat zeigte sich jedoch, dass die Entwicklungshöhe und das Entwicklungsprofil eines Kindes zum Zeitpunkt der zweiten Beobachtung den Daten zum dritten und vierten Zeitpunkt viel eher glichen als denjenigen, die zum ersten Zeitpunkt erhoben wurden. *Die Ergebnisse der zweiten Beobachtung besitzen demzufolge weitaus höhere prognostische Aussagekraft bezüglich des Entwicklungsstandes zum vierten Zeitpunkt als die erste Beobachtung.* Dies ist

eine statistische Bestätigung für die Forderung nach Prozessdiagnostik.

### Profilveränderungen

Anschliessend wurden dieselben Berechnungen für jede Entwicklungsskala einzeln durchgeführt. Uns interessierte, ob dieser Trend zur zweiten Entwicklungsüberprüfung als der grundsätzlich zuverlässigeren, auch für die einzelnen Skalen nachgewiesen werden konnte.

Unsere Vermutung wurde bestätigt. Die Kinder der Extremgruppen blieben im Verlaufe von neun Monaten in allen fünf Entwicklungsskalen weitgehend in den Extrembereichen. Zum Zeitpunkt der ersten Beobachtung gut entwickelte Kinder befanden sich mit grosser Wahrscheinlichkeit auch 9 Monate später noch im oberen Entwicklungsbereich. Kinder, die beim ersten Verfahren im unteren Entwicklungsbereich anzutreffen waren, bleiben innerhalb von neun Monaten dort. Allerdings war wie erwartet *eine klare Tendenz zum Mittelwert* (Regressionseffekt<sup>19</sup>) beobachtbar: Die Kinder, deren Werte zuerst im unteren Entwicklungsbereich lagen, zeigten positive Veränderungswerte, d.h. sie holten im Laufe der Zeit auf, die Kinder im oberen Extrembereich näherten sich nach unten der Mitte an.

Diese Ergebnisse gelten nicht für den Bereich der körperlichen Entwicklung. Hier lagen die Werte der Extremgruppen zu den verschiedenen Beobachtungszeitpunkten sehr weit auseinander. Die Daten im Bereich der körperlichen Entwicklung haben also eine geringere prognostische Aussagekraft als die Daten der anderen Entwicklungsbereiche. Dies bedeutet u.a., dass Kinder einen Entwicklungsrückstand im körperlichen Bereich mit grosser Wahrscheinlichkeit innerhalb eines halben Jahres aufholen können. Grundsätzlich haben Werte, die bei der *zweiten Entwicklungsbeobachtung* erhoben werden, die *grössere prognostische Aussagekraft* als die Daten der ersten Beobachtung.

### Pfadanalyse

In der Pfadanalyse<sup>20</sup> wird abzuschätzen versucht, in welchem Ausmass sich die Beobachtungsergebnisse der verschiedenen Entwicklungsbereiche (A, B, C, D, E) zu den einzelnen Beobachtungszeiten ( $t_1, t_2, t_3, t_4$ ) direkt und wechselseitig beeinflussen. Die drei Kohorten wurden zusammen analysiert, da sie sich statistisch nicht voneinander unterscheiden. Abb. 25 zeigt das Pfadmodell der bedeutsamsten Verbindungen. Der Pfeil gibt jeweils die Richtung, die beigefügte Zahl die Stärke der Beeinflussung (Varianz) an. Eine Zahl von 19 zwischen A1 (körperliche Entwicklung zum Zeitpunkt  $t_1$ ) und A2 (körperliche Entwicklung zum Zeitpunkt  $t_2$ ) bedeutet demzufolge, dass 19% der Höhe der Entwicklungsausprägung von A2 sich direkt durch die Ergebnisse von A1 erklären lassen. Die Zahl von 42 zwischen A3 und A4 bedeutet, dass die Entwicklungshöhe von A3 zu 42% direkt die Entwicklungsergebnisse von A4 bestimmt.

Zwei gegenläufige Tendenzen sind in Abb. 25 beobachtbar: *Zum einen beeinflussen sich erwartungsgemäss die verschiedenen Entwicklungsskalen (A, B, C, D und E) zum gleichen Zeitpunkt gegenseitig.* Allerdings schwächen sich diese bis zum Zeitpunkt  $t_4$  immer weiter ab. (Werte unter 5% wurden nicht mehr eingezeichnet.) *Zum anderen zeigt sich eine ebenfalls erwartungsgemäss starke Beeinflussung der einzelnen*

Entwicklungsdimensionen in der Zeit: in allen Entwicklungsskalen nimmt die Stärke der Varianzaufklärung von  $t_1$  bis  $t_4$  zu. Im emotionalen Bereich verstärkt sich die Beeinflussung von 19% zwischen E1 und E2 bis zu 42% zwischen E3 und E4.

Da sich die Kohorten, ausser im Alter, statistisch nicht unterscheiden, (d.h., diese Effekte treten bei allen Kohorten auf) können diese beiden Effekte nicht auf ein bestimmtes Lebensalter der Kinder zurückgeführt werden (zu  $t_4$  ist ein Drittel der Kinder 12 Monate alt, ein Drittel ist 21 Monate und der Rest 30 Monate alt). Nur der relative Zeitabstand scheint hier einen Einfluss auf das Ergebnis zu haben. Es könnte sich also um einen *Beobachtereffekt* handeln, der sich aus dem Umstand der Längsschnittstudie ergibt: je häufiger jemand ein Kind beobachtet, desto eher wird es ihm möglich, Getrenntes als getrennt, und Zusammenhängendes in seinem Zusammenhang zu sehen. Ohne zusätzliche Analysen soll hier allerdings auf weitere Interpretationen verzichtet werden.

Bedeutsam ist die Tendenz, dass sich die verschiedenen Entwicklungsdimensionen in einer bestimmten Richtung verstärkt beeinflussen. Der Bereich der sprachlichen Entwicklung (C) schält sich als Zentrum der Pfadrichtungen heraus, ist doch die Varianz von B zu C höher als umgekehrt. Ebenso sind die Aufklärungsanteile von A zu B, von D zu C und von E zu D höher als in umgekehrter Richtung. *Der Entwicklungsbereich von Hören und Sprechen erscheint somit als der Bereich, der von den anderen Entwicklungsbereichen ungleich stärker beeinflusst wird als umgekehrt.*

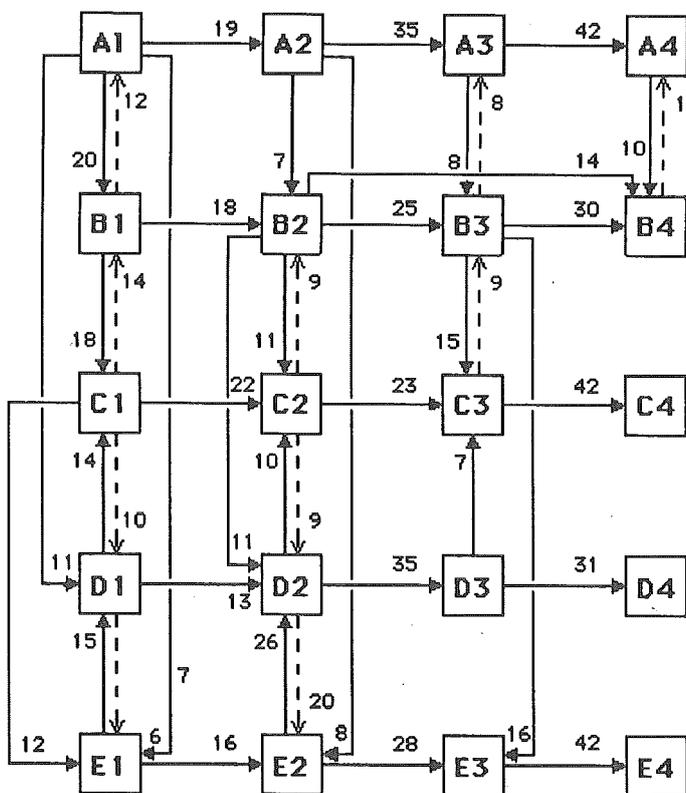


Abb. 25: Pfadmodell, %-Anteile der Varianzaufklärung, direkte Verbindungen

## 5.6 Zusammenfassung: Ergebnisse der Längsschnittstudie

### 1) Normierung

194 Kinder wurden während eines dreiviertel Jahres in Abständen von drei Monaten regelmässig von ihren Eltern beobachtet. Bis zum Schluss der Studie blieben 182 Kinder dabei. Die Kinder teilten sich in drei Altersgruppen auf, sodass Entwicklungsdaten zur Analyse vorlagen, die sich vom dritten bis zum 30. Lebensmonat der Kinder erstrecken. Die Daten sind repräsentativ für die Kinder des Kantons Zürich. Es darf allerdings angenommen werden, dass diesem Verfahren breitere Gültigkeit zukommt.

Zusätzlich wurden 51 behinderte Kinder, oder Kinder mit Verdacht auf Entwicklungsauffälligkeit in die Studie einbezogen.

Die Normentabellen finden sich im Anhang, insbesondere aber in den der Vademecum-Mappe beigelegten Auswertungsfolien mit den 90%- und den 50%-Marken.

### 2) Testgütekriterien

Das Vademecum erwies sich als hochreliabel und ist definitionsgemäss logisch valide. Die interne Validität ist - gemessen an den Denver-Entwicklungsskalen (DES) - als mässig zu bezeichnen. Die Auswertungsobjektivität ist hoch, die Durchführungs- und Interpretationsobjektivität jedoch, bedingt durch die ökopyschologische Ausrichtung des Verfahrens, vergleichsweise gering. Dies wird allerdings wieder wettgemacht durch die hohe ökologische Gültigkeit.

### 3) Früherkennung

Die hohen Werte der Testgütekriterien erlauben die Schlussfolgerung, dass bezüglich quantitativer Auswertung und Interpretation zuverlässige und gültige Aussagen über den Entwicklungsstand eines Kindes gemacht werden können.

Die Ergebnisse aus der Risikogruppe (51 Kinder mit Verdacht auf Behinderungen oder mit festgestellter Schädigung) zeigen, dass mit Hilfe des Vademecum Behinderungen früh erkannt werden können:

- im Bereich der Bewegung (körperliche Behinderungen, nicht jedoch neurologische Auffälligkeiten),
- im Bereich der Sinne (Hör- oder Sehminderung),
- im Bereich der Kognition (mittlere bis schwere geistige Behinderung),
- im Bereich der Kommunikation (Sprachentwicklungsverzögerung) sowie
- im Bereich der Interaktion und Emotion (belastete Mutter-Kind-Beziehung, Autismus).

Gleichzeitig ist es auch möglich, die gesunde Entwicklung eines Kindes zu erkennen.

### 4) Entwicklungsverlauf

Kinder, die zum Zeitpunkt der ersten Beobachtung gut entwickelt waren, befinden sich auch mit grosser Wahrscheinlichkeit neun Monate später noch im oberen Entwicklungsbereich. Bei Kindern im unteren Entwicklungsbereich ist der gleiche Effekt spiegelbildlich zu beobachten: sie verbleiben im unteren Entwicklungsbereich. Allerdings ist eine klare Tendenz zum Mittelwert festzustellen, die Werte der Kinder der oberen bzw. unteren Extremgruppe nähern sich im Laufe der Zeit immer mehr dem Durchschnitt an. Dies bedeutet für die Früherkennung, dass die Entwicklung von Risikokindern, die

entgegen dieser Tendenz zum Mittelwert verläuft, gefährdet ist. Dies ist dann der Fall, wenn ein Kind aus dem unteren Entwicklungsbereich (90-100%) bei einer weiteren Beobachtung dort verbleibt, oder wenn ein Kind aus dem Bereich ohne Risiko (0-90%) sich bei einer weiteren Beobachtung in den "Risikobereich" bewegt.

Die elterlichen Aussagen über die Entwicklung der Kinder sind zum Zeitpunkt der zweiten Beobachtung prognostisch viel aussagekräftiger als bei der ersten. Die Höhe des Entwicklungsstandes stabilisiert sich von der zweiten Beobachtung an in allen drei untersuchten Altersgruppen. Dies gilt nicht für den Bereich der körperlichen Entwicklung: Hier sind auch nach der zweiten Beobachtung noch grössere Veränderungen möglich. Kinder können einen Entwicklungsrückstand im körperlichen Bereich mit grosser Wahrscheinlichkeit innerhalb eines halben Jahres aufholen.

Die einzelnen Entwicklungsbereiche (A bis E) beeinflussen sich gegenseitig zum selben Zeitpunkt wesentlich: Je höher ein Wert in einem Bereich, desto höher ist er auch in einem anderen, direkt von ihm beeinflussten. Dabei schält sich die sprachliche Entwicklung insofern als besonders heraus, als sie von vielen anderen Entwicklungsdimensionen direkt oder indirekt beeinflusst wird. Dies bedeutet - wenn hier lediglich die stärksten Beeinflussungen genannt werden sollen: die Entwicklungshöhe im sprachlichen Bereich hängt davon ab, wie weit das Kind in den Bereichen Auge-Hand-Koordination und Selbständigkeit entwickelt ist. Die Auge-Hand-Koordination ist wiederum wesentlich von der motorischen Entwicklung abhängig, und die Selbständigkeit in erhöhtem Masse von der emotionalen Entwicklung. *Kein Entwicklungsbereich ist deshalb als isolierte Funktion anzusehen. Die grösste Abhängigkeit von anderen Bereichen zeigt sich in der sprachlichen Entwicklung.* Alle Fortschritte sind eingebettet in gegenseitige Beeinflussungen von körperlichen, kognitiven, sprachlichen, sozialen und emotionalen Entwicklungen.

### 5) Eltern als Beobachter

Die Eltern erwiesen sich, soweit dies überprüft werden konnte, als zuverlässige Beobachter. Waren Unterlagen innerhalb der Studie unvollständig oder unverständlich ausgefüllt, so hatte dies keinen Zusammenhang mit der sozialen Schicht, aus der die Eltern stammten. In diesen Fällen wurden eher Zusammenhänge gefunden, die in Richtung einer gestörten Beziehung zwischen Eltern und Kind oder zwischen Fachleuten und Eltern, bzw. auf mangelndes Interesse der Bezugspersonen wiesen.

### 6) Einflüsse von Umweltbedingungen

Anhand der quantitativen sozial-ökologischen Merkmale, die wir erhoben hatten, konnten wir keine statistisch haltbaren Beeinflussungen auf den Entwicklungsstand feststellen. Die Ergebnisse des mehrstündigen Interviews konnten nicht mit einbezogen werden. Dies liegt vor allem an der Art der Datenerhebung (offenes Interview) und dem dadurch bedingten tiefen Datenniveau der Interviewergebnisse. Diese Daten werden an einem anderen Ort analysiert<sup>22</sup>.

Soziale Schicht, Ausbildung, Beruf und Berufstätigkeit von Vater oder Mutter, Anzahl Geschwister, Stellung in der Geschwisterreihe oder Geschlecht, zeitigten keine statistisch nachweisbaren Einflüsse auf den Entwicklungsstand der untersuchten Kinder.

## Anmerkungen:

- <sup>1</sup> s. dazu Seminararbeit von *Federer, B., Geissmann, B., Hausherr, P., Kilchsberger, B., Schlienger, I., Vogel, M.*: Ein Beitrag zum Kind im Vorschulalter - Entwicklungsführer für Eltern mit Kindern von 0-5 Jahren. Unveröff. Seminararbeit am Pädagogischen Institut der Universität Zürich, 1978.
- <sup>2</sup> Die Überarbeitung basierte auf folgender entwicklungspsychologischer Literatur: *Basler, K., Largo, R.H., Molinari, L.*: Die Entwicklung des Schlafverhaltens in den ersten fünf Lebensjahren. Universitäts-Kinderklinik Zürich, Abt. für Wachstum und Entwicklung, unveröff. Manuskript, 1979. - *Fenson, L., Kagan, J., Kearsley, R.B., Zelazo, Ph.R.*: The Developmental Progression of Manipulativ Play in the First two Years. *Child Dev.*, 1976, S.232-236. - *Flehmig, I.*: Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung. Stuttgart: Thieme 1979. - *Largo, R.H.*: Der schreiende Säugling. Universitäts-Kinderklinik Zürich, Abt. für Wachstum und Entwicklung. Unveröff. Manuskript, 1979. - *Largo, R.H., Giancaruso, M., Prader, A.*: Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. *Schw. Med. Wschr.*, 1978, S.155-160. - *Largo, R.H., Howard, J.A.*: Developmental Progression in Play Behavior of Children between Nine and Thirty Months. I: Spontaneous Play and Imitation. II: Spontaneous Play and Language Development. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1979, S.299-310 und 492-503. - *Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A.*: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer 1979. - *Piaget, J.*: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Ges. Werke Bd.1. Stuttgart: Klett-Cotta 1969.  
Nachfolgende Entwicklungstests und Testverfahren wurden in die Überarbeitung einbezogen: *Beller, E.K.*: Tabellen zum Entwicklungsaufbau. F.I.P.P., Roennebergstr. 3. 1000 Berlin 41. - *Brunet & Lezine*: Echelle de développement psychomoteur de la première enfance. Issy 1975. - *Cunningham, C., Sloper, P.*: Hilfe für ihr behindertes Baby. Frankfurt: Fischer 1980. - *Brandt, I.*: Griffiths-Entwicklungsskalen (GES). Deutsche Bearbeitung. Unveröffentlichtes Manuskript, o.J. - *Coulin, S., Heiss-Begemann, E., Köhler, G., Lajosi, F., Schamberger, R.*: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik. 2. und 3. Lebensjahr, Experimentalfassung. München 1977. - *Flehmig, I., Schloon, M., Uhde, J., v. Bernuth, H.*: Denver-Entwicklungsskalen (DES). Hamburg 1973. - *Gesell, A.*: The First Five Years of Life. A Guide to the Study of the Pre-School Child. London 1978. - *Hellbrügge, Th.*: Untersuchungsbogen für Dreijährige. Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Univ. München, 1973. - *Hellbrügge, Th., Lajosi, F., Menara, D., Schamberger, R., Rautenstrauch, Th.*: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. München 1978. - *Hellbrügge, Th., Lajosi, F.*: Beobachtungshefte für Eltern. 1. und 2. Halbjahr, 2. und 3. Lebensjahr. Undatiert. - *Kinderspital Zürich*: Standardisierung des Denver-Test, unveröff. 1975. - *Kinderspital Zürich*: Skalen der motorischen Entwicklung. Unveröff., o.J. - *Sheridan, M.*: Stycar Chart of Developmental Sequencies. 1. Month to 5 Years. NFER Publishing Comp. 1975. - *Strassmeier, W.*: Frühförderung konkret. München: Reinhardt 1981.
- <sup>3</sup> *Piaget, J.*: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Ges. Werke Bd. 1. Stuttgart: Klett-Cotta 1969.
- <sup>4</sup> *Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A.*: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer 1979.
- <sup>5</sup> s. dazu: *Schlienger, I.*: VADEMECUM für die Entwicklung des Kindes von 0 bis fünf Jahren. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Zürich 1980.  
Der Pretest wurde anschliessend an 45 Kindern im Alter von ein bis 36 Monaten durchgeführt. Diese Kinder stellten eine Zufallsauswahl dar, die aus der Population der Kinder aus einer Mütterberatungsstelle in Grossstadtnähe (Gerdoldswil) und der Geburten eines Zürcher Spitals (Pflegerinnenschule) gezogen wurde. Der Pretest diente ausschliesslich der Skalierung, die nach *Mokken (1971)* vorgenommen wurde. Auf diesen Ergebnissen basierend wurde die Experimentalversion des Vademecum erarbeitet.
- <sup>6</sup> Es handelt sich dabei um eine Überarbeitung des öko-psychologisch orientierten Fragebogens "Erleichterungen und Erschwernisse junger Familien", der von einer internationalen Forschungsgruppe um *U. Bronfenbrenner* konzipiert und uns von *K. Lüscher* und *R. Fisch*, Universität Konstanz, zur Verfügung gestellt wurde.
- <sup>7</sup> Die Hälfte der Mütter der Repräsentativgruppe wurde mit einem verkürzten, die andere Hälfte und die Mütter der Risikogruppe wurden mit einem erweiterten Interview, das etwa 2 - 2 1/2 Stunden dauerte, befragt.
- <sup>8</sup> Die Validität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem der Test das Merkmal, das er zu messen intendiert, auch erfasst. In unserem Fall wurden die Ergebnisse der beiden Verfahren (Vademecum und DES) miteinander verglichen, weil Denver-Skalen als Aussenkriterium gewählt wurden. Decken sich die Resultate der beiden Tests, so messen die Verfahren dasselbe und das Vademecum gilt als ebenso valide wie das Kriterium, hier die DES.
- <sup>9</sup> Die 12% der elterlichen Absagen liegen im Erwartungswert und beeinträchtigen die Repräsentativität der Studie nicht.
- <sup>10</sup> *Brandt, I.*: Griffiths Entwicklungsskalen (GES). Weinheim: Beltz 1983, S.34.
- <sup>11</sup> *Schröder, M. R.*: Longitudinalstudie über Wachstum und Entwicklung von früh- und reifgeborenen Kindern von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr. Opladen: Westdeutscher Verlag 1977.
- <sup>12</sup> *Schröder, M. R.*, a.a.O.: S.45.
- <sup>13</sup> Auch *Neligan* und *Prudham* stellten in ihrer Untersuchung einen signifikanten Unterschied in der Sprachentwicklung zwischen Knaben und Mädchen fest. (*Neligan, G., Prudham, D.*: Norms for Four Standard Developmental Milestones by Sex, Social Class and Place in Family. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1969.
- <sup>14</sup> Es handelt sich beim Untersuchungsdesign um eine gemischte Längs- und Querschnittstudie, wie sie *Baltes* beschreibt: *Baltes, P.B.*: Longitudinal and Cross-sectional Sequences in the Study on Age and Generation Effects. *Human Dev.*, 1968, S.145-171.
- <sup>15</sup> Es wurde bewusst darauf verzichtet, eine ideale Längsschnittkurve zu errechnen. *Nunnally* schreibt zu dieser Frage: "Die vorliegenden Modelle bieten zwar interessante Schätzungen von Längsschnittkurven, aber die Ergebnisse können doch nur als sehr grobe Annäherung verstanden werden. Für präzise Schätzungen muss man eine Reihe von an sich unhaltbaren Angaben machen". *Nunnally, J.C.*: Forschungsstrategien und Messmethoden zur Untersuchung der menschlichen Entwicklung. In: *Baltes, P.B.*, 1979, S.118.
- <sup>16</sup> *Mokken, R.J.*: Theory and Procedure of Scale Analysis. Mouton 1971.

- 17 Die Ergebnisse der Skalierung der Liste A (grobmotorische Entwicklung) wurden ausführlich dargestellt in: *Schlienger, I.* in Zusammenarbeit mit *B. Harte*: Zur Konstruktion eines Screening-Verfahrens zur Früherkennung von Behinderungen und Entwicklungsstörungen. *Sonderpädagogik*, 1986, S.74-79.
- 18 Für genauere Informationen sei auf den Schlussbericht 1986 an den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung Bern, verwiesen.
- 19 Diese Ergebnisse wurden durch multi- und univariate Tests (*Duncan, Tukey's*) gewonnen.
- 20 *Nunnally, J.C.*: Forschungsstrategien und Messmethoden zur Untersuchung der menschlichen Entwicklung. In: *Baltes, P.B.*, 1979, S.111.
- 21 Die Regressionsanalyse wurde auf der Basis von Interkorrelationsmatrixen für das gesamte  $N = 182$  durchgeführt. Zu Beginn wurde für die einzelnen Entwicklungslisten A-E und die verschiedenen Zeitpunkte  $t_1-t_4$  ein vollständig rekursives Pfadmodell aufgestellt. Die Koeffizienten der Interkorrelationsmatrix sind alle hochsignifikant. Ihre Stärke variiert zwischen .19 und .71.
- 22 Die Interviewdaten werden von *R. Schnyder* in einer Dissertation bearbeitet.

## 6. Literatur

- Affleck, G., Allen, D.A., McGrade, B.J., McQueeney, M.: Factors Associated with Parents' and Professionals' Perceptions of Infants in an Early Intervention Program. *Applied Res. in Mental Retard.*, 1984, S. 305-316.
- Baltes, P.B.: Longitudinal and Cross-sectional Sequences in the Study of Age and Generation Effects. *Human Dev.*, 1968, S.145-171.
- Basler, K., Largo, R.H., Molinari, L.: Die Entwicklung des Schlafverhaltens in den ersten fünf Lebensjahren. Universitäts-Kinderklinik Zürich, Abt. für Wachstum und Entwicklung 1979.
- Bayley, N. (1955), in Holden, R.H.: Prediction of mental retardation in infancy. *Mental Retard.*, 1972.
- Beckwith, L.: Caregiver-Infant Interaction and the Development of the High Risk Infant. In Tjossem, T. (Ed.) 1976, S. 119-138.
- Beller, E.K.: Tabellen zum Entwicklungsaufbau. F.I.P.P., Roennebergstr. 3, 1000 Berlin 41.
- Bölling-Bechinger, H.: Die Bedeutung der Frühförderung für die Eltern-Kind-Beziehung. In: Bundesgemeinschaft der Eltern und Freunde schwerhöriger Kinder e.V. (Hrsg.): "Früh"erkennung? Memorandum zum Stand der Erkennung und Förderung schwerhöriger Kleinkinder. 1981.
- Brandt, I.: Griffiths Entwicklungsskalen (GES) zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Weinheim: Beltz 1983.
- Brandt, R.: Kindliche Störungsgenese und Frühförderung. Köln: Pahl-Rugenstein 1983.
- Bronfenbrenner, U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
- Brunet & Lezine: Echelle de développement psychomoteur de la première enfance. Issy 1975.
- Cunningham, C., Sloper, P.: Hilfe für ihr behindertes Baby. Frankfurt: Fischer 1980.
- Coulin, S., Heiss-Begemann, E., Köhler, G., Lajosi, F., Schamberger, R.: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik. 2. und 3. Lebensjahr, Experimentalfassung. München 1977.
- Dreger, R.M. et al.: Behavioral Classification Project. *Journal consult. psychol.*, 1964, S.1-13, zit. in Hirsch, A., 1978.
- Dreizel, H.P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Stuttgart: Thieme 1972.
- Drillien, C.M.: The Growth and Development of the Prematurely born Infant. Edinburgh: Livingstone LTD 1964, zit. nach Brandt, I., 1983.
- Federer, B., Geissmann, B., Hausherr, P., Kilchsberger, B., Schlienger, I., Vogel, M.: Ein Beitrag zum Kind im Vorschulalter - Entwicklungsführer für Eltern mit Kindern von 0-5 Jahren. Unveröff. Seminararbeit am Pädagogischen Institut der Universität Zürich, 1978.
- Fenson, L., Kagan, J., Kearsley, R.B., Zelazo, Ph.R.: The Developmental Progression of Manipulativ Play in the First two Years. *Child Dev.*, 1976, S.232-236.
- Flehmig, J.: Die Denver-Entwicklungsskalen (DES). In: Bundesvereinigung für Lebenshilfe e.V.(Hrsg.): Frühe Hilfen - Wirksamste Hilfen. Marburg 1977.
- Flehmig, I.: Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung. Stuttgart: Thieme 1979.
- Flehmig, I., Schloon, M., Uhde, J., v. Bernuth, H.: Denver-Entwicklungsskalen. Hamburg 1973.
- Garbarino, J.: Bronfenbrenners experimentelle Ökologie der menschlichen Entwicklung. In Walter, H., Oerter, R.: Ökologie und Entwicklung. Donauwörth: Auer 1979.
- Gesell, A.: The First Five Years of Life. A Guide to the Study of the Pre-School Child. London 1978.
- Graben, P., Rutter, M.: The Reliability and Validity of the Psychiatric Assessment of the Child - II: Interview with the Parent. *Brit. J. psychiatry*, 1968, S. 581-593, zit. in Hirsch, A., 1978.
- Grond, J.: Aspekte der Früherziehung in der Schweiz. *Sozial- und Präventivmedizin*, 1979, S.368-376.
- Haupt, U.: Überlegungen zu einer komplexen Entwicklungsförderung körperbehinderter Säuglinge und Kleinkinder. *Zs. für Heilpädagogik*, 1980.
- Hausser, K.: Identitätsentwicklung. New York: Harper & Row 1983.
- Heese, G. (Hrsg.): Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Berlin 1978.
- Heese, G.: Frühförderung behinderter Kinder als pädagogische Aufgabe. In: Heese, G. (Hrsg.), 1978.
- Heese, G., Solarová, S.: Behinderung im erziehungswissenschaftlichen Sinn II. *Zs. f. Heilpädagogik*, 1985, S.1-7.
- Heese, G., Solarová, S.: Behinderung und soziale Devianz. In: Heese, G. (Hrsg.): Behinderte - inmitten oder am Rande der Gesellschaft. Berlin: Marhold 1975, S.25-60.
- Hellbrügge, Th.: Untersuchungsbogen für Dreijährige. Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Univ. München, 1973.
- Hellbrügge, Th., Lajosi, F., Menara, D., Schamberger, R., Rautenstrauch, Th.: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. München: Urban & Schwarzenberg 1978.
- Hellbrügge, Th., Lajosi, F.: Beobachtungshefte für Eltern. 1. und 2. Halbjahr, 2. und 3. Lebensjahr. München, o.J.
- Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Klinische Sozialpädiatrie. Berlin: Springer 1981.
- Hirsch, A.: Rück Erinnerungen von Müttern an ihre Kinder. Hamburg: H. Lüdke-V. 1978.
- Holden, R.H.: Prediction of Mental Retardation in Infancy. *Mental Retard.*, 1972.
- Horstmann, T.: Frühförderung bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen unter sonderpädagogischem Aspekt. Heidelberg: Schindele 1982.
- Jawad, S.: Im Vorfeld und zu Beginn der Frühförderung. *Frühförderung interdisziplinär*, 1986, S.122-125.
- Jetter, K.: Leben und Arbeiten mit behinderten und gefährdeten Säuglingen und Kleinkindern. Stadthagen: Ute Bernhard-Pätzold 1984.
- Kellmer-Pringle, M.: Early Childcare in Great Britain. London 1975.
- Kellmer-Pringle, M.: The English Development Guide, an Introduction. *Contents no 27*, Spring 1978.
- Kinderspital Zürich: Standardisierung des Denver-Test. Unveröff. 1975.
- Kinderspital Zürich: Skalen der motorischen Entwicklung. Unveröff., o.J.
- Kiphard, E.J.: Wie weit ist ein Kind entwickelt? - Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung. Dortmund: verlag modernes lernen 1976.
- Kluge, K.-J.: Behinderte Kinder "erzeugen" behinderte Eltern? Elternstress und therapeutische Konsequenzen. *Sozialpädiatrie*, 1982, S.97-99.
- Largo, R.H.: Der schreiende Säugling. Universitäts-Kinderklinik Zürich, Abt. für Wachstum und Entwicklung, 1979.
- Largo, R.H., Giancaruso, M., Prader, A.: Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr. *Schw. Med. Wschr.*, 1978, S.155-160.

- Largo, R.H., Howard, J.A.: Developmental Progression in Play Behavior of Children between Nine and Thirty Months. I: Spontaneous Play and Imitation. II: Spontaneous Play and Language Development. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1979, S.299-310 und S.492-503.
- Lazar, I.: Some Social Implications of Recent Longitudinal Research in Early Education on the United States. Unveröff. Manuskript, 20 S., Cornell University, Ithaca, NY, o.J.
- Lazarus, R.S.: Stress und Stressbewältigung. Ein Paradigma. in: Filip, S.H. (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg 1981.
- Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer 1979.
- Meierhofer, M.: Frühe Prägung der Persönlichkeit. Psychohygiene im Kindesalter. Bern: Hans Huber 1975.
- Miller L.C.: Q-sort agreement among Observers of Children. *Am.J.orthopsycAiatr.*, 1964, S. 71-75.
- Mokken, R.J.: A Theory and Procedure of Scale Analysis. Mouton 1971.
- National Children's Bureau: The Development Guide, 0-5 Years, Experimental Version. London 1977.
- Neligan, G., Prudham, D.: Norms for four standard developmental milestones by sex, social class and place in family. *Develop. Med. Child Neurol.*, 1969.
- Nunnally, J.C.: Forschungsstrategien und Messmethoden zur Untersuchung der menschlichen Entwicklung. In: Baltes, P.B.: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart: Klett-Cotta 1979.
- Ohr, B.: Arzt und Eltern in der Frühförderung. In: Speck, O., Warnke, A.: Frühförderung mit den Eltern. München: Reinhardt 1983.
- Pechstein, J.: Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung. Stuttgart: Thieme 1974.
- Piaget, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Ges. Werke Bd.1. Stuttgart: Klett-Cotta: 1969.
- Piel, W.: Norm, normal. In Heese, G., Wegener, H. (Hrsg.): Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete. Bd. 2. Berlin: Marhold 1969.
- Riegel, K.: Grundlagen der dialektischen Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta 1980.
- Rudinger, G.: Durchschnittliche und individuelle Entwicklungsverläufe. In Dollase P.: Handbuch der Früh- und Vorschulpädagogik. 1978.
- Schlienger, I.: VADEMECUM für die Entwicklung des Kindes von 0 bis fünf Jahren. Unveröff. Lizentiatsarbeit Zürich 1980.
- Schlienger, I.: Früherkennung im Spannungsfeld zwischen Eltern und Fachleuten. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik (VHN)*, 1985, S.446-458.
- Schlienger, I. in Zusammenarbeit mit B. Hartø: Zur Konstruktion eines Screening-Verfahrens zur Früherkennung von Behinderungen und Entwicklungsstörungen. *Sonderpädagogik*, 1986, S.74-79.
- Schlussbericht 1986 und Zwischenberichte 1983 bis 1985 über das Projekt an den Schweizerischen Nationalfonds.
- Schönberger, F.: Ethik der Kooperation - von der Pflicht, mit Kindern und Behinderten zusammenzuarbeiten. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik (VHN)*, 1986, S.260-287.
- Schröder, M. R.: Longitudinalstudie über Wachstum und Entwicklung von früh- und reifgeborenen Kindern von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr. Opladen: Westdeutscher Verlag 1977.
- Seligman, M.E.P.: Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg 1979.
- Sheridan, M.: Stycar Chart of Developmental Sequencies. 1 Month to 5 Years. NFER Publishing Comp. 1975.
- Speck, O.: Das normative Entwicklungsmodell als curriculare Basis für die pädagogische Förderung geistigbehinderter Kinder. *Zs. für Heilpädagogik*, 1981, S.494-504.
- Speck, O.: Das gewandelte Verhältnis zwischen Eltern und Fachleuten in der Frühförderung. In: Speck, O., Warnke, A. (Hrsg.): Frühförderung mit den Eltern. München: Reinhardt 1983.
- Spitz, R.A.: Hospitalism. *Psychoanalytic Study of the Child* 1, 1945.
- Strassmeier, W.: Frühförderung konkret. München: Reinhardt 1981.
- Teichmann, H., Dummler, W., Engel, H., Meyer-Probst, B.: Zur Individualprognose einer geistigen Retardierung im Einschulungsalter mit Hilfe frühkindlicher Entwicklungsdaten. *Frühförderung interdisziplinär*, 1987, S. 15-20.
- Tjossem, T. (Ed.): Intervention Strategies for High Risk Infants and Young Children. Baltimore 1976.
- Thimm, W.: Zur Sozialen Situation von Familien mit einem behinderten Kind. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik (VHN)*, 1974.
- Tobler, R., Rentsch, M.: Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern. In: Tobler, R., Grond, J. (Hrsg.), 1985, S.26-46.
- Tobler, R., Grond, J.: Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder. Bern: Hans Huber 1985.
- White, K. & Castro, G.: An Integrative Review of Early Intervention Efficacy Studies with At-risk Children: Implications for the Handicaped. *Analysis and Intervention in Dev. Disabilities*, 1985.
- Wöhler, K.: Soziologische Aspekte der Frühförderung von Behinderten. *Zs. für Heilpädagogik*, 1980, S.285-296.

# Anhang

## Normentabellen

Anteil Kinder (in %), die ein bestimmtes Item im betreffenden Alter erfüllt haben

**Tab. 1: Drei Monate alte Kinder**  
(1. Kohorte, 1. Beobachtung, N = 49)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
5	5	2	2	3
7	6	3	3	4
6	7	4	4	5
8	8	5	5	6
9	9	6	9	7
10	10	7	8	10
11	12	8	7	11
12	11	9	10	8
13	16	10	6	9
20	19	11		13
14	15	12		14
16	13	14		12
21	10	13		17
19	8	19		19
15	6	15		16
27	2	22		25
17	2			24
23	2			15
18	2			

**Tab. 2: Sechs Monate alte Kinder**  
(1. Kohorte, 2. Beobachtung, N = 61)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
10	8	9	4	8
12	10	10	5	6
13	7	8	6	9
14	9	11	8	10
20	11	12	9	11
19	12	14	10	12
16	14	13	11	13
17	15	15	7	15
18	13	16	12	14
13	19	19	13	16
22	16	17	16	17
19	18	18	14	19
24	20	23	18	18
23	17	22	15	24
25	21	20	15	21
26	25	21		25
28	23			20
27	22			33
30	24			27
	27			31

**Tab. 3: Neun Monate alte Kinder**  
(1. Kohorte, 3. Beobachtung, N = 62)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
13	17	12	6	13
100	100	100	100	100
14	18	11	7	16
100	98	98	7	95
15	19	13	8	17
98	98	97	8	92
16	20	14	10	18
98	98	95	10	90
17	21	15	11	19
98	94	94	11	87
18	22	16	9	19
97	92	92	9	85
19	23	17	12	21
97	87	87	12	84
20	24	19	13	23
95	87	81	13	81
21	27	18	16	26
95	77	65	16	73
22	25	23	14	25
92	74	48	14	66
23	26	20	15	22
89	71	45	15	66
24	29	22	17	33
82	50	18	17	60
27	28	21	18	20
77	45	15	18	58
28	30	24	6	31
71	44	6	6	53
26	31	25	3	27
64	40	3	3	52
25	32	18	3	29
56	18	26	3	52
29	33	10	3	37
44	10	10	3	50
31	37	10	3	42
31	10	2	3	40
30	34	2	3	42
31	35	2	3	36
11	2	2	3	42
32	11	2	3	32
11	2	2	3	40
33	11	2	3	35
11	2	2	3	40
39	2	2	3	28
2	2	2	3	39
37	2	2	3	40
2	2	2	3	13
2	2	2	3	6
2	2	2	3	6

**Tab. 4: Zwölf Monate alte Kinder**  
(1. Kohorte, 4. Beobachtung, N = 64)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
19	19	14	9	16
100	100	100	100	100
17	21	17	11	17
98	100	100	11	100
22	22	15	10	18
98	100	98	10	98
23	23	16	12	19
98	100	98	12	98
24	20	18	13	20
97	98	97	13	98
25	24	19	14	21
97	98	97	14	98
26	25	20	16	22
95	98	89	16	98
27	26	23	15	23
94	98	88	15	98
29	27	21	17	24
91	98	75	17	97
30	28	22	18	25
86	95	70	18	95
31	29	24	19	26
81	92	53	19	95
32	30	25	21	27
77	92	30	21	94
33	31	28	22	28
73	91	23	22	94
34	32	26	23	28
45	88	20	23	92
39	33	29	20	31
25	80	16	20	92
20	37	2	25	33
37	66	2	25	92
37	34	31	26	30
20	64	2	26	90
40	20	27	26	37
20	53	2	26	89
36	34	2	24	29
17	36	2	29	88
38	39	28	29	32
13	28	2	29	84
41	38	27	27	36
9	27	2	27	83
42	41	11	28	35
5	11	2	28	83
45	40	9	28	67
5	9	9	34	38
44	43	9	40	66
3	44	6	40	66
46	44	6	39	52
3	47	6	42	41
43	46	3	42	34
2	46	3	41	41
43	42	2	45	31
2	45	2	45	45
2	45	2	45	30
2	45	2	45	30
2	45	2	45	27
2	45	2	45	27
2	45	2	45	11
2	45	2	45	11
2	45	2	45	10
2	45	2	45	10
2	45	2	45	8
2	45	2	45	8

**Tab. 5: 12 Monate alte Kinder**  
(2. Kohorte, 1. Beobachtung, N = 52)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
22	19	14	7	19
24	20	15	9	20
27	18	18	10	21
28	21	16	11	24
26	22	17	12	23
25	23	19	16	25
29	24	23	14	33
30	26	20	13	37
31	27	21	15	26
33	25	22	17	28
32	28	24	18	29
34	30	26	19	27
35	29	29	21	30
39	25	28	20	31
40	23	25	22	32
37	21	32	26	36
36	15	34	25	35
38	15	37	25	34
41	10	35	38	38
42	10	38	40	40
44	6	36	39	39
43	4	43	42	42
45	4	39	43	43
46	2	40	41	41
		41	45	45
		10	8	
		6		
		6		

**Tab. 6: 15 Monate alte Kinder**  
(2. Kohorte, 2. Beobachtung, N = 52)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
27	25	19	11	26
25	26	20	12	27
26	28	22	13	28
28	23	21	14	29
29	27	23	15	30
30	29	24	16	31
31	30	25	17	32
32	32	29	18	33
33	31	28	19	34
39	34	26	21	35
34	35	27	20	36
35	37	31	22	37
40	39	30	23	38
36	36	32	24	40
37	38	34	25	41
41	40	33	26	39
42	41	37	27	42
38	43	38	30	43
45	45	40	31	45
44	42	36	28	44
43	44	35	27	46
46	46	39	33	51
47	47	42	33	48
48	48	10		57
50	50	6		52
49	49	4		47
52	54	2		50
	53	2		49
				17
				17
				15
				13
				10
				10

**Tab. 7: 18 Monate alte Kinder**  
(2. Kohorte, 3. Beobachtung, N = 47)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
30	32	23	18	38
100	100	100	100	100
33	35	21	15	39
100	100	98	98	96
29	34	24	17	40
98	98	98	98	96
32	36	25	19	41
98	98	96	96	94
34	37	26	20	42
98	96	96	94	94
35	38	27	21	43
98	96	96	94	91
36	39	28	22	44
98	94	89	87	91
37	40	29	23	45
98	94	89	87	89
38	43	30	24	46
98	87	72	74	82
39	41	31	25	48
96	85	72	70	60
40	42	32	26	50
96	81	72	62	53
41	44	34	27	51
96	79	60	53	53
42	45	33	28	57
96	79	53	47	53
43	47	38	31	47
89	77	42	43	51
44	46	35	30	55
89	74	34	30	51
45	48	36	29	52
87	40	26	34	47
46	50	37	33	49
77	38	26	33	45
48	49	30	32	56
55	30	19	32	45
47	51	17	35	54
53	21	4	35	43
50	36	11	34	58
36	54	11	34	38
49	53	4	34	36
23	53	4	34	36
52	23	4	34	28
23	56	4	34	28
53	55	4	34	23
23	55	4	34	23
51	15	2	34	23
15	4	2	34	23
57	6	4	34	23
6	4	2	34	17
55	4	2	34	17

**Tab. 8: 21 Monate alte Kinder**  
(2. Kohorte, 4. Beobachtung, N = 54)

A	B	C	D	E
Item	Item	Item	Item	Item
%	%	%	%	%
40	38	29	21	43
100	100	100	100	100
41	40	27	23	42
100	98	96	100	98
42	41	30	24	45
100	98	94	98	98
38	42	31	25	44
98	98	94	94	96
43	43	32	26	46
98	98	91	94	93
44	44	33	27	47
96	98	83	87	87
45	45	34	29	48
96	96	74	87	85
46	46	35	28	50
96	94	74	80	85
47	47	36	30	49
94	91	66	76	83
48	48	37	31	51
85	76	72	72	80
50	50	38	33	54
74	50	63	74	78
49	49	39	32	53
69	59	52	32	78
51	51	41	34	55
61	59	46	34	76
53	53	40	35	74
54	43	40	35	74
52	37	42	36	74
46	35	30	36	74
57	33	43	40	52
33	35	26	40	56
55	28	19	38	65
28	26	11	38	56
54	15	11	39	58
28	15	4	39	60
58	17	9	37	54
17	15	7	37	48
56	13	45	42	46
13	11	7	42	46
61	13	48	42	39
13	11	7	42	39
62	9	49	42	63
23	4	2	42	37
59	9	53	42	62
23	2	2	42	37
63	7	54	42	64
23	2	2	42	19
60	6	54	42	66
6	6	54	42	19
55	6	54	42	66
4	6	54	42	17
57	6	54	42	17
4	6	54	42	11
55	6	54	42	67
4	6	54	42	11
57	6	54	42	67
4	6	54	42	7

**Tab. 9: 21 Monate alte Kinder**  
(3. Kohorte, 1. Beobachtung, N = 53)

A	%	B	%	C	%	D	%	E	%
Item									
42	100	32	100	23	100	16	100	34	100
45	98	35	98	24	100	15	100	37	100
43	96	34	98	27	96	20	98	38	100
44	92	38	98	29	96	17	96	41	98
46	89	36	96	25	94	18	96	39	96
47	85	37	94	31	92	19	96	35	92
48	55	42	94	28	91	21	96	36	89
49	51	39	91	26	91	22	94	40	87
50	47	41	91	30	85	24	92	42	83
51	34	43	87	35	81	23	91	43	83
53	23	40	83	32	74	25	91	44	77
52	17	45	79	33	72	26	77	45	66
54	9	46	75	38	72	27	70	46	66
55	8	44	72	39	57	28	66	48	62
57	8	47	66	37	53	29	51	51	60
56	4	48	30	36	45	31	51	50	51
60	4	51	28	41	32	30	43	49	47
63	4	49	23	42	30	33	40	47	42
61	2	50	19	40	30	32	21	54	40
58	2	53	19	44	26	34	13	53	50
59	2	52	13	43	21	36	13	56	40
		54	13	45	8	38	6	52	36
		55	11	46	8	35	4	57	36
		56	8	48	8	40	4	53	32
		57	8	47	6	37	4	60	28
		58	4	49	4	39	2	61	26
		59	4	50	4	42	2	58	25
				54	4	45	2	63	13
				55	4			59	11
				51	2			62	11
				53	2			64	6

**Tab. 10: 24 Monate alte Kinder**  
(3. Kohorte, 2. Beobachtung, N = 58)

A	%	B	%	C	%	D	%	E	%
Item									
45	100	42	100	27	100	23	100	42	100
46	98	45	98	31	98	24	100	44	98
47	98	43	97	32	98	27	97	46	98
48	90	44	97	30	97	28	95	45	98
49	86	46	97	33	97	29	93	43	97
50	86	47	97	34	90	30	83	47	91
51	78	48	86	35	86	31	81	48	91
53	55	50	78	36	81	33	71	49	90
52	52	49	72	37	81	32	64	51	88
54	40	51	64	38	81	34	45	50	83
57	31	53	50	39	78	35	31	54	80
55	26	54	43	41	74	36	28	52	80
56	21	55	41	40	67	40	17	55	76
58	17	52	38	44	67	39	17	53	74
59	16	56	21	42	57	37	12	57	74
61	14	57	21	43	55	41	10	56	74
60	14	58	19	47	34	38	10	61	66
63	10	58	12	46	31	42	3	58	64
62	7	60	10	49	26	44	3	60	62
		61	7	48	22	45	3	59	50
		64	2	45	21	43	2	62	40
				50	14	50	14	63	36
				53	14	53	14	64	16
				54	14	54	14	65	16
				55	10	55	10	66	12
				52	7	52	7	67	7
				56	7	56	7	68	5

**Tab. 11: 27 Monate alte Kinder**  
(3. Kohorte, 3. Beobachtung, N = 54)

A		B		C		D		E	
Item	%								
51	100	46	100	40	100	28	100	49	100
50	98	47	98	34	98	30	94	50	98
49	96	48	98	35	98	31	93	51	96
52	89	49	96	38	98	33	89	52	96
53	72	50	94	39	94	32	85	48	94
54	70	51	93	40	94	34	72	53	93
55	65	53	81	41	94	35	67	54	93
57	54	52	80	42	93	38	39	55	93
58	43	54	70	43	85	37	37	56	93
59	37	55	70	44	83	36	35	57	91
56	35	56	69	46	80	40	31	58	85
61	35	57	57	47	72	39	28	61	83
60	35	58	54	45	56	41	20	60	83
62	22	59	46	48	54	42	20	59	78
63	22	60	24	50	43	44	15	62	71
64	9	61	17	49	37	43	11	63	57
		64	11	51	37	46	11	64	39
		65	11	53	33	45	9	65	33
		63	6	54	33	47	7	66	22
		62	2	55	33			67	13
		66	2	52	28			68	9
		67	2	56	22				
				57	17				
				58	17				

**Tab. 12: 30 Monate alte Kinder**  
(3. Kohorte, 4. Beobachtung, N = 54)

A		B		C		D		E	
Item	%								
51	100	49	100	38	100	32	100	55	100
50	100	50	98	41	100	31	98	56	98
52	100	51	98	42	100	33	98	52	94
49	98	52	98	40	98	34	92	58	94
53	94	53	94	43	98	35	83	59	94
55	87	54	93	39	96	36	67	60	93
54	81	55	83	44	90	37	65	61	91
56	72	57	81	45	89	38	61	62	89
57	70	56	78	46	89	39	54	63	83
58	61	58	78	47	87	40	52	64	69
59	57	59	70	48	80	41	44	65	63
60	57	60	67	49	80	42	37	66	54
61	56	61	37	50	70	43	33	67	46
62	48	62	17	51	63	44	20	68	30
63	33	63	9	52	61	45	13		
64	26	64	9	53	61	46	13		
		65	7	54	59	47	11		
		66	3	51	56				
		67	2	55	48				
		68	2	57	37				
				58	26				

# AUSWERTUNG

Vademecum  
© 1988, Ines Schlienger, Zürich

Name \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Frühgeburt:  nein  
 ja \_\_\_\_\_ Wochen

Beobachtungsdaten: Lebensalter: (LA) in Monaten

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

## Entwicklungsprofil

36					
35					
34					
33					
32					
31					
30					
29					
28					
27					
26					
25					
24					
23					
22					
21					
20					
19					
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>

## Entwicklungsalter (EA) in Monaten

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	LA
EA <sub>1</sub>						
EA <sub>2</sub>						
EA <sub>3</sub>						
EA <sub>4</sub>						

## Entwicklungsverlauf

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
0- 50%						Durchschnitt und mehr (Folie 2)
50- 90%						bis Durchschnitt (Folie 1)
90-100%						Risikobereich (Folie 1)

## Bemerkungen

1. Beobachtung \_\_\_\_\_
2. Beobachtung \_\_\_\_\_
3. Beobachtung \_\_\_\_\_
4. Beobachtung \_\_\_\_\_

**Normen 50%**

**Folie 2**

Entwicklungsalter  
in Monaten

Gefühle	<b>E</b>	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	11	12		15	16	17	18		19	20	21	22	23	24	25		26	27	
		1	2	3	4	5		3	4	5		6	7	8		9		10	11		12									13	
Selbständigkeit	<b>D</b>	1	2																			12									
		1	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12	13	14		14	15	16		17			18					19	20
Hören und Sprechen	<b>C</b>	1	2	3	4	5	6		7	8	9	10										17									
		1	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12	13	14		14	15	16		15	16							19	20
Auge-Hand	<b>B</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																				
Körper	<b>A</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								

3

6

**Normen 90%**

**Folie 1**

Entwicklungsalter  
in Monaten

Gefühle	<b>E</b>	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	11	12		15	16	17	18		19	20	21	22	23	24	25		26	27	
		1	2					3	4	5		6	7	8		9		10	11		12									13	
Selbständigkeit	<b>D</b>	1	2																			12									
		1	2	3	4	5	6		7	8	9	10																			
Hören und Sprechen	<b>C</b>	1	2	3	4	5	6		7	8	9	10										17									
		1	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12	13	14		14	15	16		15	16							19	20
Auge-Hand	<b>B</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																				
Körper	<b>A</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12



