

# **Entwicklungsgefährdete Kinder**

Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs

## **Arbeitsbericht zur Phase 2**

(Sept. 2010 – Nov. 2011)

Andrea Burgener Woeffray, Dr. phil.

Simon Meier, lic. phil.

Zürich, Freiburg, Februar 2012

### **Kontaktpersonen**

Dr. phil. Andrea Burgener Woeffray, Planche Supérieure 30, 1700 Fribourg, Tel. 026 322 83 10, mobil: 079 773 71 45  
lic.phil. Simon Meier, HfH, Schaffhauserstr. 239, Postfach 5850, 8050 Zürich, Tel. 044 317 11 57

# Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage, Ziele und Vorgehen.....	S. 7
1.1. Entwicklungsgefährdete Kinder: Frühe Erfassung – frühe Prävention .....	S. 7
1.2. Ziele und Vorgehen.....	S. 8
2. Begriffsklärungen.....	S. 9
2.1. Entwicklungsgefährdung.....	S. 9
2.2. Entwicklungsbeeinträchtigung.....	S. 9
2.3. Entwicklungsstörung.....	S. 10
2.4. Formen der Entwicklungsbeeinträchtigung.....	S. 11
2.5. Grenzwerte zur Bestimmung einer Entwicklungsbeeinträchtigung (-verzögerung; -abweichung) resp. einer Entwicklungsgefährdung im Zusammenhang mit Belastung.....	S. 12
3. Beschreibung des Projekts.....	S. 15
3.1. Theoretische Einbettung.....	S. 15
3.2. ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.....	S. 17
4. Vorarbeiten zur Projektphase 2.....	S. 19
4.1. Projektphase 1 (September 2008 – Juni 2009).....	S. 19
4.2. Optimierung des Verfahrens (September 2009 – September 2010).....	S. 19
4.2.1. Genauere Bestimmung der Zielgruppe des Verfahrens.....	S. 19
4.2.2. Anpassung des Verfahrens an das ICF-Modell.....	S. 19
4.2.3. Einschränkung des Verfahrens auf die Altersgruppe 3-6 Jahren.....	S. 21
4.2.4. Entscheidung für eine grössere Subjektivität im Verfahren.....	S. 21
5. Überarbeitetes vierteiliges Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs.....	S. 23
6. Projektphase 2: Hauptstudie (September 2010 - November 2011).....	S. 30
6.1. Zielsetzung.....	S. 30
6.2. Zielgruppe.....	S. 30
6.3. Testleitende, Projektmitarbeitende, Projektleitung.....	S. 30
6.4. Zeitraum und Ort der Abklärungen.....	S. 31
6.5. Zeitplan.....	S. 31
7. Ergebnisse der Hauptstudie und Diskussion.....	S. 32
7.1. Beschreibung der Stichprobe.....	S. 32
7.2. Feststellen der Auffälligkeit.....	S. 33
7.3. Ergebnisse und Diskussion der Erfassung des Entwicklungsstandes.....	S. 34
7.3.1. Gruppenzugehörigkeit der Kinder nach Entwicklungsabklärung.....	S. 34
7.3.2. Häufung der Auffälligkeiten.....	S. 40
7.4. Ergebnisse der Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren und Diskussion.....	S. 41
7.4.1. Vorhandensein von Risikofaktoren – Fehlen von Schutzfaktoren.....	S. 41
7.4.2. Art der Risiko- und Schutzfaktoren, die die Entwicklung belasten resp. entlasten.....	S. 43
7.4.3. Verhältnis von Schutzfaktoren und Risikofaktoren.....	S. 44
7.4.4. Zuteilung in Gruppen zur Bestimmung des Förderbedarfs.....	S. 44
7.5. Massnahmenempfehlung.....	S. 45

8. Ein genauerer Blick auf die Kinder im Grenzbereich.....	S. 51
8.1. Allgemeine Resultate zu Kindern der Gruppe B.....	S. 51
8.2. Fallbeispiele.....	S. 55
8.2.1. Sebastian.....	S. 55
8.2.2. Cyrill.....	S. 57
9. Rückmeldung der Testleitenden zur Projektphase 2.....	S. 60
9.1. Konstruktion, Ziel und Auswertung des Fragebogens.....	S. 60
9.2. Ergebnisse der Befragung und Schlussfolgerungen.....	S. 60
10. Schlussfolgerungen.....	S. 84
10.1. Definition: entwicklungsgefährdete Kinder.....	S. 84
10.2. Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs.....	S. 85
10.2.1. Erfassung des Entwicklungsstandes (Teil B).....	S. 85
10.2.2. Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren (Teil C).....	S. 86
10.2.3. Zusammenfassung und Massnahmenempfehlung (Teil D).....	S. 87
11. Verzeichnisse.....	S. 88
12. Projektorganisation.....	S. 92

## Vorwort

Infolge der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der neuen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen hat sich die Invalidenversicherung aus der Mitfinanzierung der ihr bislang zugeordneten Zuständigkeiten für bestimmte sonderpädagogische Massnahmen zurückgezogen. Seit dem 1. Januar 2008 haben die Kantone die gesamte fachliche, rechtliche und finanzielle Verantwortung für die besondere Schulung von Kindern und Jugendlichen für die sonderpädagogischen Massnahmen übernommen (EDK, 2007). Wo solche Systemänderungen vorgenommen werden, ist immer auch die Gelegenheit geboten, mit grundsätzlichen Anpassungen auf Veränderungen zu reagieren. Das hat die Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) gemacht. In einer *Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik* (EDK 2007) empfiehlt sie im Bezug auf die heilpädagogische Früherziehung nicht nur behinderte Kinder zu unterstützen und zu fördern, sondern auch gestörten und in ihrer Entwicklung erheblich *gefährdeten* Kindern Massnahmen zukommen zu lassen, ungeachtet des Ausmasses ihrer Entwicklungsauffälligkeit (Entwicklungsstörung, Entwicklungsgefährdung) resp. Behinderung. Die EDK reagiert damit auf die veränderte Zielgruppe der Heilpädagogischen Früherziehung. Konnten in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts vor allem Kinder mit einer geistigen Behinderung, mit einer zerebralen Störung, mit einer Mehrfachbehinderung usw. sowie ihre Eltern eine IV-finanzierte Unterstützung durch die Heilpädagogische Früherziehung beanspruchen, werden heute vor allem auch Kinder in schwierigen Lebenslagen gemeldet. Es sind *gefährdete Kinder*. Sie haben kaum mehr eine eindeutige Diagnose, fallen aber zumeist in ihrer Entwicklung auf. Die Auffälligkeiten haben unterschiedliche und komplexe Ursachen, was auch dazu führt, dass die Interventionen vielschichtiger werden; vor allem aber ist es schwierig sie zu erfassen und daran anschliessend ihren Förderbedarf resp. die geeignete Fördermassnahme abzuleiten. Unklar und unterschiedlich wird auch die Finanzierung dieser Massnahmen durch die Kantone gehandhabt.

Auch das Standardisierte Abklärungsverfahren (SAV), das als Grundlage zur Abklärung eines Förderbedarfs von der EDK in Auftrag und nun an die Kantone weitergereicht wurde, bringt für entwicklungsgefährdete Kinder im Vorschulalter nicht genügend Klärung. Gerade bei diesen Kindern ist es wesentlich, die Risiken und Stärken für ihre aktive Entwicklung und Partizipation zu erkennen. Das SAV deckt diese Umfeldfaktoren ungenügend ab, so dass sich an Heilpädagogischen Diensten Ratlosigkeit breit macht und der Ruf nach Alternativen hörbar wird. Vor diesem Hintergrund ist das in diesem Arbeitsbericht dargestellte Entwicklungsprojekt entstanden. Es ist ein Projekt aus der Praxis für die Praxis, verbunden mit dem grossen Vorteil, die Bedürfnisse des Terrains wahrgenommen zu haben und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Es liegt nun ein Verfahren vor, das demnächst Eingang in die Praxis finden könnte.

Unser Dank gilt vorerst der Schulleitung der HfH, die von der Wichtigkeit des Projektes so überzeugt war, dass sie finanzielle und personelle Mittel bereitstellte. Wir danken insbesondere Herrn Prof. Dr. Kurt Häfeli und Dr. des. Martin Venetz für die konstante Begleitung des Projektes und die angeregten Diskussionen. Für die Dateneingabe konnte wir auf die zuverlässige Unterstützung von Mariana Wirz und Ute Bodmer zählen. Besonders danken wir Brigitte Eisner-Binkert, dipl. Früherzieherin (HPD Zug) und Geschäftsleiterin des Berufsverbandes der Früherzieherinnen und Früherziehern der deutschen und der rätoromanischen Schweiz (BVF). Sie gab konzeptionell den Anstoss zum Verfahren. Sie und Regula Batumike (HPD Biel) Ursula Krauer (HPD Freiburg), Marie-Thérèse Lottaz-Bättig (HPD Freiburg) und Sibilla Maccarone (HPD Solothurn) brachten wertvolle Gedanken und Unterstützung ein und gewährleisteten den Kontakt zum Terrain. Unser grösster Dank geht an alle Praktikerinnen und Praktiker der Heilpädagogischen Früherziehung, die sich am Projekt beteiligt haben und an die Kinder und deren Eltern, die sie unterstützen. Ihre Arbeit ist aus dem Angebot von sonderpädagogischen Unterstützungsmassnahmen schon lange nicht mehr weg zu denken. Gestützt auf dieses Projekt sollte fortan auch ihr präventiver Auftrag nicht mehr in Frage gestellt werden.

Freiburg und Zürich im Februar 2012

Dr. phil. Andrea Burgener Woeffray, Projektleiterin

lic. phil. Simon Meier, wiss. Assistent

## Summary

Ausgehend von Ergebnissen und Erkenntnissen aus einer ersten Projektphase wurde zwischen September 2010 und November 2011 die Hauptstudie zum Entwicklungsprojekt D8: „Entwicklungsgefährdete Kinder – Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs“ durchgeführt.

Die Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) hat in der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik, festgehalten, dass nicht nur behinderte Kinder zu unterstützen und zu fördern sind, sondern auch jenen Kindern Massnahmen zukommen sollen, „wenn festgestellt wird, dass ihre Entwicklung eingeschränkt oder gefährdet ist...“ (EDK, 2007a), ohne die Begriffe genauer zu definieren.

In einem ersten Teil der Projektarbeit wurde durch theoretische Aufarbeitung der Begriff der Entwicklungsgefährdung inhaltlich gefüllt. In Anlehnung an die Arbeiten der Entwicklungspsychopathologie wird darunter ein erhöhtes Risiko für eine Entwicklungsbeeinträchtigung verstanden. Dieses Risiko liegt vor, wenn ein Kind mit drei oder mehr personalen oder psychosozialen Risikofaktoren belastet ist oder wenn nur zwei oder weniger personale wie psychosoziale Schutzfaktoren vorhanden sind. Risiko- und Schutzfaktoren wurden der Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht, Esser & Schmidt, 1998, 2000, 2002) entnommen. Dabei galt ein besonderes Augenmerk jenen Kindern, welche entweder durch vorhandene Risikofaktoren oder fehlende Schutzfaktoren belastet sind oder welche zusätzlich zur aufgespürten Belastung auch in ihrer Entwicklung bereits durch grenzwertige entwicklungsdiagnostische Resultate auffallen.

In einem zweiten Teil der Projektarbeit wurde das in der ersten Projektphase entwickelte Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren erprobt. Hierfür konnten 74 Mitarbeitende von Heilpädagogischen Diensten aus 18 Kantonen der deutschen Schweiz zur Mitarbeit gewonnen werden. Sie reichten insgesamt 119 Dossiers von Kindern ein, welche zwischen September 2010 und April 2011 nach Vorgaben des Verfahrens abgeklärt wurden.

Die Abklärung beinhaltete die Erfassung des Entwicklungsstandes mittels vorgegebener, weit möglichst ICF kompatibler Tests in den Bereichen Kognition (KAB-C, SON-R), Sprache (SETK, SSV), Motorik (MOT 4-6, ET 6-6 Körpermotorik) und Sozialverhalten (SDQ- Strengths and Difficulties Questionnaire 4-16 Eltern- oder Lehrerfragebogen). Einzig die vorgeschlagenen Tests zur Erfassung des Sprachentwicklungsstandes wurden als ungeeignet beurteilt. Dies lag nicht nur daran, dass diese als Tests unzureichend sind, sondern vor allem auch am Umstand, dass in 34.5% der Abklärungen eine sprachlich-inhaltliche Verständigung mit dem Kind erschwert war. Diese besondere Gruppe von Kindern, meist sind es Kinder aus Migrantenfamilien, bedürfen besonderer Beachtung. Neben der Entwicklungsabklärung kam ein Anamnese-Gesprächsbogen zur Anwendung, mit welchem mit insgesamt 29 geschlossenen, aber auch halboffenen oder offenen Fragen nach Risiko- und Schutzfaktoren gefragt wurde. Die Fragen wurden wo möglich theoretisch abgestützt und mit Beispielen konkretisiert. Ausgehend von diesen beiden Verfahrensschritten wurde ein theoriegeleitetes Vorgehen vorgeschlagen, nach welchem der Förderbedarf festgelegt und davon kind- resp. umfeldzentrierte Massnahmen abgeleitet werden. Für jedes Kind kann mit dem Verfahren eine persönliche Landkarte erstellt werden, aus welcher nicht nur der Förderbedarf sondern auch eine geeignete Massnahme ersichtlich wird.

Die Ergebnisse zeigen, dass von den 119 Kindern 9 (7.6%) unauffällig sind; 20 (16.8%) weisen grenzwertige Resultate ( $\pm 1/3$  1. SD) bei der Entwicklungsdiagnostik auf und 90 (75.6%) Kinder zeigen eine Entwicklungsauffälligkeit in mindestens einem der erfassten Entwicklungsbereiche. Bei ihnen muss eine Entwicklungsabweichung resp. Behinderung angenommen werden. Die Auswertung der erhobenen Risiko- und Schutzfaktoren zeigt, dass vom Gesamt der Situationen bei 72.6% (85 Kinder) mehr als drei Risikofaktoren (RF) und bei 13.5% (16 Kinder) weniger als zwei Schutzfaktoren vorhanden sind. Insbesondere Kinder von 3-4 Jahren sind einer höheren Belastung ausgesetzt. Die Anzahl fehlender resp. vorhandener Schutzfaktoren wurde durch einige ungünstige Fragestellungen oder durch sozial erwünschte Antworten unzuverlässig erfasst, was in den Folgearbeiten berücksichtigt werden muss. Hinsichtlich der einzelnen Faktoren fällt auf, dass bei mehr als der Hälfte der Situationen das familiäre System durch Erschwernisse belastet ist und die

eigene Vergangenheit die Eltern einzuholen scheint. Bei den Schutzfaktoren fällt der überaus hohe Anteil an Erstgeborenen auf, was zur Vermutung verleitet, dass die Anmeldung auch mit Unsicherheiten mit der neuen Elternrolle im Zusammenhang stehen könnte. Aufmerken lässt vor allem auch, dass die Bindung zum Kind (erhoben mit der Ainsworth-Skala) nur bei der Hälfte der Situationen als Schutzfaktor wirken kann. Die Ergebnisse rufen entweder aus theoretischen Gründen oder aufgrund verzerrter Antworten nach Anpassungen im Anamnese-Gesprächsbogen.

Die Auswertung hat gezeigt, dass von den 119 Kindern, die an Heilpädagogischen Diensten abgeklärt wurden 79% einen Förderbedarf haben (angezeigter Förderbedarf), 15,1% sollten präventive Massnahmen zukommen (präventiver Förderbedarf) und bei 4.2% liegt kein Handlungsbedarf vor, allenfalls wird mit einer Kontrolluntersuchung die Entwicklung des Kindes weiter verfolgt (kein Förderbedarf). Diese Festsetzungen gehen zurück auf die Ergebnisse der Entwicklungsabklärung zum einen und der (nicht)vorhandenen Risikobelastung:

#### angezeigter Förderbedarf

- Wenn eine Entwicklungsbeeinträchtigung (Entwicklungsabweichung oder schwere und schwere Entwicklungsabweichung / Behinderung vorliegt, liegt auch ein Förderbedarf vor.
- Wenn die Entwicklungsergebnisse des Kindes im Grenzbereich liegen und Belastungen vorhanden sind, ist ein Förderbedarf ausgewiesen.

#### präventiver Förderbedarf

- wenn die Entwicklungsbeeinträchtigung zwar (vielleicht noch) nicht manifest ist, aber das Kind in einem Risiko-Umfeld aufwächst, ist die Entwicklung potentiell gefährdet. Es liegt deshalb ein Förderbedarf vor. Die Massnahme soll im Sinne der selektiven Prävention (siehe dazu beitragen (orange),
  - o die Risikofaktoren selber oder die negativen Auswirkungen davon zu vermindern
  - o die (fehlenden) Schutzfaktoren beim Kind und / oder seinem Lebensumfeld – im Sinne der Resilienz – zu stärken und damit indirekt auf bestehende Risikofaktoren Einfluss zu nehmen
- wenn die Entwicklung des Kindes verzögert ist, aber keine Belastungen vorliegen, empfiehlt sich im Sinne einer indizierten Prävention, eine Fördermassnahme einzuleiten.

#### kein Förderbedarf

- wenn die Entwicklung des Kindes unbedenklich verläuft und keine Belastungen vorliegen, erübrigt sich eine Fördermassnahme. Allenfalls sind Kontrolluntersuchungen vorzusehen.

In einer schriftlichen Befragung der Testleiterinnen gingen viele wertvolle Hinweise zum Verfahren an sich oder zu seinen einzelnen Teilen ein. Darunter sind auch jene Stimmen, die anregen, der subjektiven Einschätzung der Testleitenden noch mehr Platz zu geben und sich dafür einsetzen, dass das vorliegende Verfahren nicht im Rahmen einer Erstabklärung, sondern über einen zu definierenden Zeitraum von drei bis sechs Monaten angewendet wird. Die verschiedenen kritischen Hinweise, wie der hohe Zeitaufwand, die Intimität der Fragen sind berechtigt und müssen in der weiteren Entwicklung des Verfahrens berücksichtigt werden. Die Theoriegeleitetheit des Verfahrens insgesamt und der einzelnen Fragen sind die unwidersprochenen Stärken des Verfahrens. Das Kernstück, der Anamnesebogen, wird in seiner endgültigen Fassung nicht als Fragebogen, sondern als Gesprächsleitfaden zu konzipieren sein, mit der Möglichkeit zu offenem Fragen, zum flexiblen Umgang mit den einzelnen Items und der Möglichkeit, den Ablauf der Teile des Verfahrens selber bestimmen zu können. Es wird möglich sein müssen, einzelne Teile getrennt voneinander anwenden zu dürfen. Die Sprachlastigkeit und damit einhergehend die Begrenzung des Verfahrens wird grundsätzlich anzugehen sein. Die Frage, wie Eltern und Kinder aus anderen Kulturen und mit Problemen in der Verständigung in ihrer erschwerten Lebenslage am besten erfasst und unterstützt werden können, wird bei der Endfassung des Verfahrens speziell zu lösen sein.

# 1. Ausgangslage, Ziele und Vorgehen

## 1.1 Entwicklungsgefährdete Kinder: Frühe Erfassung – frühe Prävention

Immer öfter gibt es Kinder, die besonderen Risiken ausgesetzt sind und deren Ressourcen im Erziehungsumfeld nicht genügend stark wirken, um sie in ihrer speziell schwierigen Situation vor einer Fehlentwicklung zu schützen. Vielen dieser Kinder dürfte gemeinsam sein, dass sie in ihrer Umwelt psychische, soziale und ökonomische Bedingungen vorfinden, die ihre Entwicklung beeinträchtigen, hemmen oder stören und/oder sich negativ auf ihr Verhalten auswirken. Derart Entwicklung gefährdende Faktoren werden in der Literatur als psychosoziale Risiken bezeichnet (Egle et al. 1997; Esser, Laucht, & Schmidt 1995; Ettrich et al., 2002). In diesem Zusammenhang ist der Begriff der Risikokinder zu sehen. Ihre Auffälligkeiten haben unterschiedliche und komplexe Ursachen, was auch dazu führt, dass die Interventionen vielschichtiger werden; vor allem aber ist es schwierig sie zu erfassen und davon abgeleitet ihren Förderbedarf resp. eine geeignete Fördermassnahme abzuleiten.

Die Erkenntnisse aus den Arbeiten der Risiko- und Schutzfaktorenforschung (z.B. Scheithauer & Petermann 1999; Petermann, Niebank & Scheithauer 2000; Opp & Fingerle 2007) wirken sich im Speziellen auch auf die Sonderpädagogik aus. So empfiehlt die Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik (2007) nicht nur behinderte Kinder zu unterstützen und zu fördern, sondern auch jenen Kindern Massnahmen zukommen zu lassen, „wenn festgestellt wird, dass ihre Entwicklung eingeschränkt oder gefährdet ist...“ (EDK, 2007a). Doch was heisst das? Sind Kinder nur dann entwicklungsgefährdet, wenn nachweislich bereits eine Entwicklungsstörung oder -verzögerung vorliegt, oder muss von Entwicklungsgefährdung gesprochen werden, wenn das Lebensumfeld der Kinder derart von Risikofaktoren oder fehlenden Schutzfaktoren belastet ist, dass es nur eine Frage der Zeit ist, bis diese Kinder in ihrer Entwicklung auffallen? Gilt es nicht auch für diese Kinder im Sinne der EDK mit präventiven Massnahmen früh einzugreifen? „Ja,“ meint u.a. auch Weiss (2007), gerade um dem Kind „resilienzstärkende Erfahrungen“ zu ermöglichen und es mit diesem Angebot in seiner erschwerten Lebenslage im Sinne einer protektiven Massnahme früh zu unterstützen (vgl. 162).

Zwei Arten von Prävention sind in diesem Zusammenhang relevant. Die indizierte primäre Prävention und die selektive primäre Prävention in Abgrenzung zur universellen primären Prävention<sup>1</sup> (in Anlehnung an: Eisner, Ribeaud & Bittel, 2006, S. 25-27)

Im Sinne einer **indizierten primären Prävention** sind Massnahmen für jene Kinder festzulegen, bei denen bereits Manifestationen im Grenzbereich zur normalen Entwicklung festgestellt werden können und bei denen eine Verbesserung ihrer zukünftigen Entwicklung angestrebt wird. Indizierte primäre Prävention umfasst Intervention und Therapie, soweit damit das Vermeiden oder Vermindern weiterer Fehlentwicklungen angestrebt wird.

Bei der **selektiven primären Prävention** werden Massnahmen für Kinder vorgeschlagen, die durch vorliegende Risikofaktoren oder fehlende Schutzfaktoren feststellbar belastet sind. Ob eine erhöhte Belastung vorliegt, muss mit einer genauen Anamnese erhoben werden. Massnahmen sollen dann dazu dienen, gezielt die Auswirkungen von Risikofaktoren zu mindern resp. Schutzfaktoren zu stärken und aufzubauen, damit die Kinder sich unbeschadet (weiter-)entwickeln können. Eine solche Anamnese von Risikofaktoren trägt in sich den Nachteil, dass allenfalls Kinder als risikogefährdet stigmatisiert werden, obwohl sie es nicht sind. Deshalb hat die Erhebung von Risiko- und Schutzfaktoren mit höchster Sorgfalt zu erfolgen.

Heute geht man weniger von einer Kontinuität von Störungen im Sinne einer Konstanz von Symptomen über die Zeit aus, sondern davon, dass sich diese auf verschiedenen Entwicklungsstufen in einem unterschiedli-

---

<sup>1</sup> **Universelle primäre Prävention** zielt auf eine Gesamtgruppe, ohne dass besondere Risikofaktoren vorliegen müssen. Sie bietet dieselben Massnahmen allen Mitgliedern der Gruppe an. Ein Beispiel sind schulbasierte Programme zur Förderung von sozialen Kompetenzen. Universelle Programme sind unterstützend und pro-aktiv. Ein wichtiger Vorteil universeller Prävention ist, dass niemand stigmatisiert wird und dass durch sie eine grosse Breitenwirkung erzielt werden kann. Dem steht der Nachteil gegenüber, dass universelle Massnahmen oft mit grossem Aufwand einhergehen und die verfügbaren Mittel auf viele Personen verteilt werden, die von vornherein ein geringes Risiko haben. Daher sind die ausgelösten Wirkungen oft gering.

chen Gewand zeigen können. Die zu verschiedenen Zeiten unterschiedlichen Symptome können allerdings jeweils auf dasselbe Defizit zurückgeführt werden (Deutsch & Wenglorz, 2001, S. 11-12). Deshalb und weil der Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines Kindes und den Bedingungen seines Umfeldes, in dem es aufwächst, erkannt sind, ist es wichtig Kinder früh zu erfassen.

Bislang fehlt ein Verfahren, das Kinder als entwicklungsgefährdet erfassen und einer ihrer Problemlage angemessenen Massnahme zuführen kann. Mit einer indizierten oder selektiven primären Prävention könnten jedoch durch eine eingehende frühe Erfassung gezielt Massnahmen eingeleitet werden, um so schwerwiegenden Folgen und einem Kosten treibenden erhöhten Förderbedarf zuvor zu kommen.

## **1.2 Ziele und Vorgehen**

Der Bericht geht zwei Hauptzielen nach: In einem ersten Schritt (Kap. 2) werden in einer theoretischen Abhandlung relevante Begriffe, insbesondere aber jener der ‚Entwicklungsgefährdung‘ geklärt. Diese Begriffklärungen sind deshalb so bedeutsam, weil sie in den Arbeiten zum Sonderpädagogischen Konkordat nicht abschliessend vorgenommen wurden und nun festgestellt werden kann, dass sie in den verschiedenen kantonalen Konzepten unterschiedlich verstanden und gebraucht werden. Insbesondere ist es in diesem Teil der Arbeit auch wichtig auf die besondere Situation entwicklungsgefährdeter Kinder hinzuweisen.

In einem zweiten Schritt (Kap. 3-5) wird ein Verfahren erprobt, welches als systematisierte Definitions- und Entscheidungshilfe verstanden werden soll, wenn darüber zu befinden ist, wie der Entwicklungsstand eines Kindes mit seinem Kontext an bestehenden Risikofaktoren und allenfalls fehlenden Schutzfaktoren in Verbindung steht. Aus dieser systematischen Abklärung des Entwicklungsstandes des Kindes einerseits und der Ermittlung seiner Risiko- und Schutzfaktoren andererseits ist abzuleiten, ob ein Förderbedarf besteht und welche Massnahme/n für das Kind eingeleitet werden sollte/n.

Im Rahmen einer Studie wurde das entwickelte Verfahren an 119 Kindern überprüft und ausgewertet (Kap. 6-7). Mit einem besonderen Augenmerk auf die entwicklungsgefährdeten Kinder (Kap. 8) wird auch die praktische Bedeutung des Verfahrens aufgezeigt.

Die am Projekt beteiligten Testleitenden wurden zum Verfahren, dessen Grundlagen und Praktikabilität befragt. Die detaillierte Auswertung dieser Befragung (Kap. 9) wird ebenso wie die Ergebnisse der Studie in Schlussfolgerungen für die Optimierung des Verfahrens einfließen (Kap. 10).

Für den eiligen Leser, die eilige Leserin enthalten grau unterlegte Kästchen Hauptaussagen, Zusammenfassungen resp. Schlussfolgerungen der jeweiligen Kapitel.



## 2. Begriffsklärungen

Bei entwicklungsgefährdeten Kindern handelt es sich, in Anlehnung an Laucht, Esser & Schmidt (1999, S. 77) um Kinder, bei denen aufgrund ungünstiger Entwicklungsbedingungen ein erhöhtes Risiko für eine Entwicklungsstörung besteht resp. eine Entwicklungsstörung droht. Der in der Entwicklungspsychopathologie gebräuchliche Begriff „Entwicklungsstörung“ ist deckungsgleich mit jenem des in der Heilpädagogik verwendeten Begriffes der „Entwicklungsbeeinträchtigung“, wie nachfolgend aufgezeigt wird. Beide Begriffe sind mit der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kompatibel.

### 2.1 Entwicklungsgefährdung

Kinder mit einem von Risikofaktoren belasteten resp. in einem Umfeld mit fehlenden Schutzfaktoren sind entwicklungsgefährdete Kinder resp. Risikokinder. Entwicklung gefährdende Faktoren werden in der Literatur als personale bzw. psychosoziale Risiken beschrieben (z.B. Scheithauer & Petermann 1999; Petermann, Niebank & Scheithauer 2000, Opp & Fingerle 2007).

#### Entwicklungsgefährdung bei vorhandenen Risikofaktoren

Unter einer Entwicklungsgefährdung wird eine Risikobelastung verstanden. Die Ausprägung der Belastung definiert sich über die Anzahl bestehender Risikofaktoren. Die einschlägige Literatur zur Mannheimer Risikokinderstudie (Esser, Laucht & Schmidt 1995, S. 34; Laucht et al. 1999, S. 76f., Laucht et al. 2002, S. 8). hält folgende Belastungsstufen fest:

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| ○ Familien ohne Risikobelastung:         | kein Risikomerkmale           |
| ○ Familien mit leichter Risikobelastung: | ein oder zwei Risikomerkmale  |
| ○ Familien mit schwerer Risikobelastung: | drei oder mehr Risikomerkmale |

Der Entscheid, ob ein Kind einer besonderen Massnahme bedarf und wie diese auszusehen hat, wird in der Mannheimer Risikokinderstudie aufgrund einer vorhandenen **schweren Risikobelastung** getroffen. Dies gilt es insbesondere zu berücksichtigen, wenn das Kind zwar noch keine Entwicklungsbeeinträchtigung aufweist, aber unter entwicklungsgefährdenden Bedingungen aufwächst.

#### Entwicklungsgefährdung bei fehlenden Schutzfaktoren

Ebenso entscheidend für die Feststellung, ob eine Belastung vorliegt, ist die Frage, ob das Kind durch vorhandene Schutzfaktoren genügend geschützt ist, um den Widerwärtigkeiten seines Umfeldes zu trotzen. Wo Schutzfaktoren ganz fehlen oder lediglich 2 oder weniger vorhanden sind, sind unterstützende Massnahmen erforderlich.

### 2.2 Entwicklungsbeeinträchtigung

Oberholzer (2005) versteht unter Entwicklungsbeeinträchtigung, „dass die Entwicklungsfähigkeit und die Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen aus bestimmten Gründen beeinträchtigt sind“ (S. 48) und ordnet die Gründe für diese Beeinträchtigung im somatischen oder im psychischen Bereich, aber auch im sozialen Bereich, beim betroffenen Menschen oder bei seiner Umwelt (ebd.). Mit seiner Definition verankert er den Begriff in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO 2005, S. 94ff).

Nach der ICF liegt eine Behinderung dann vor, wenn aus der gesundheitlichen Verfassung (Krankheit, Störung) eines Menschen eine körperliche Beeinträchtigung funktioneller und/oder struktureller Natur entsteht und gleichzeitig die betroffene Person in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe an verschiedenen Lebensberei-

chen *beeinträchtigt* wird. Beeinträchtigung meint, dass eine Person aufgrund von Schädigungen oder Behinderung eingeschränkt ist, eine Tätigkeit so auszuüben, wie es für ihr Alter und in ihrem Kulturkreis als normal gilt (Dittli 1999).

Der Begriff Entwicklungsbeeinträchtigung wird demnach unter jenem der Behinderung subsumiert und schliesst grundsätzlich an die Begriffe der (beeinträchtigten) Aktivität und Partizipation von Menschen an (vgl. WHO 2005):

Impairment (Schädigung): Impairment bezeichnet eine dauernde oder vorübergehende anatomische, physiologische oder psychologische Einbusse und/oder Anomalie des Organismus oder eines Organsystems, die an äusserlichen Symptomen, an einer fehlerhaften Funktion oder an einem Verlust einer Funktion objektivierbar ist.

Disability (Beeinträchtigung, Leistungsminderung): Aus einer Schädigung (Impairment) folgen Funktions- und Aktivitätseinschränkungen (Disability), die bei der Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen im Alltag auftreten können.

Handicap (Benachteiligung, Behinderung): Aus einer Schädigung (Impairment) und einer damit einhergehenden Beeinträchtigung (Disability) kann die Schwierigkeit entstehen, Tätigkeiten, die im Allgemeinen als wesentliche Grundkomponenten der täglichen Lebensführung gelten, auszuüben. Diese Schwierigkeiten führen zu einer Benachteiligung in familiärer, beruflicher und gesellschaftlicher Hinsicht.

Das Ausmass der Behinderung hängt vom Wechselspiel zwischen diesen drei Faktoren und den Möglichkeiten ab, welche das Umfeld diesem Menschen erleichternd oder behindernd bietet. Daraus ergibt sich, dass *Behinderung ein prozesshaftes Geschehen* ist - man ist nicht behindert, man *wird* es. Der Umgebung kommt in diesem Prozess eine besondere Bedeutung in Hinblick auf das Ausmass einer Behinderung zu.

Nach Oberholzer (2005) steht der Begriff „Mensch mit Entwicklungsbeeinträchtigung“ in Abgrenzung zu den Begriffen „Behinderte/r“ oder „Mensch mit Behinderung“: „Für das Anliegen an eine ganzheitliche Sicht des Menschen und seiner Entwicklung. Hinter diesem Begriff stehen die Ansicht und das Wissen, dass sich jeder Mensch ein Leben lang entwickelt, in verschiedenen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Prozessen. Diese lebenslange Entwicklung ist allen Menschen gemeinsam, sie kann nicht aufgehalten werden, unabhängig davon, ob jemand zum Beispiel eine körperliche Schädigung hat oder in seiner Wahrnehmung beeinträchtigt ist. Wichtig bei einer Entwicklung ist, dass diese immer in der Interaktion eines Menschen mit sich selber und der Umwelt stattfindet“ (S. 48).

„Schwere oder schwerere Entwicklungsbeeinträchtigung“ verweist gemäss Oberholzer (2005) auf den Umstand, „dass die Entwicklungsfähigkeit oder -möglichkeiten eines Menschen schwer beeinträchtigt sind. Dies kann als Ursache haben, dass mehrere zentrale Entwicklungsdimensionen (zum Beispiel der Bewegungsapparat, die Kognition, die Wahrnehmung oder die Sprache) wegen spezifischer Schädigungen beeinträchtigt sind und dass dementsprechend das Entwicklungspotenzial eines Menschen erheblich gemindert wird. Es ist möglich, dass ein Mensch wegen spezifischen Behinderungen und den daraus folgenden Partizipationseinschränkungen zusätzlich in seiner Entwicklung beeinträchtigt wird. Es ist unbestritten, dass schwere Entwicklungsbeeinträchtigungen einen erheblichen Hilfebedarf verursachen“ (S. 49). Bei einer schweren oder schwereren Entwicklungsbeeinträchtigung handelt es sich also nicht um eine einzige Beeinträchtigung, wie geistige oder körperliche Beeinträchtigung, sondern um eine ‚komplexe Behinderung‘, was auf die „besondere Dichte und Verwobenheit von Störungen, Beeinträchtigungen der Menschen sowie die Komplexität der Bedarfe und Massnahmen hindeutet“ (Fornefeld, 2008, S. 65).

## 2.3 Entwicklungsstörung

Der Begriff der Entwicklungsstörung deckt sich mit jenem der Entwicklungsbeeinträchtigung. Er stammt aus der Entwicklungspsychopathologie: „Bei Entwicklungsstörungen (...) sind vor allem verschiedene kognitive und soziale Fähigkeiten beeinträchtigt [Hervorhebung durch die Autoren], die sich zwar in der Art ihres Ent-

stehens voneinander unterscheiden, jedoch zeitgleich herausbilden. Sie verzögern oder verhindern die Ausbildung einer altersentsprechenden Leistungsfähigkeit, ....[und] bewirken, dass sich kognitive oder soziale Fähigkeiten vor Abschluss ihrer normalen Entwicklung anders ausprägen, als alterstypisch wäre“ (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, S. 299). Entwicklungsstörungen betreffen nicht die Geschwindigkeit der Entwicklung, sondern deren Qualität (von Loh, 2003, S. 25)

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus, Sprachstörungen) sind, in Abgrenzung zu den umschriebenen bzw. spezifischen Entwicklungsstörungen, gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung der Kommunikation und der sozialen Beziehungen sowie durch ein beschränktes Repertoire an Aktivitäten. Diese Störungen sind angeboren oder im frühesten Kindesalter erworben, und die ersten Symptome zeigen sich bereits vor dem dritten Lebensjahr (vgl. Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, S. 299).

Gestützt auf die vorangegangenen Erläuterungen wird vorgeschlagen, in dieser und weiteren Arbeiten in sonder- und heilpädagogischen Settings den Begriff der Entwicklungsbeeinträchtigung zu verwenden und ihn mit jenem der Entwicklungsstörung gleichzusetzen.

## 2.4 Formen der Entwicklungsbeeinträchtigung

Eine Entwicklungsbeeinträchtigung liegt vor, wenn Abweichungen von der als normal angesehenen Entwicklung im Kindesalter, die in verschiedenen Bereichen wie der kognitiven, sozial-emotionalen, psychischen oder körperlichen Entwicklung auftreten können (Krause, 2008, S. 73). Sie verzögern oder verhindern die Ausbildung einer dem Alter entsprechenden Leistungsfähigkeit. Es handelt sich um Abweichungen im Entwicklungsverlauf, die dazu führen, dass bestimmte Entwicklungsziele überhaupt nicht, stark verzögert oder nur mit gezielter Intervention erreicht werden können (Wenglorz & Deutsch, 2001, S. 34).

Je nach Ausmass der Abweichung wird die Entwicklungsverzögerung von der Entwicklungsabweichung im eigentlichen Sinne abgegrenzt (Petermann; Niebank & Scheithauer, 2004, S. 299-301):

Entwicklungsbeeinträchtigung*	
<b>Entwicklungsverzögerung</b> Das chronologische Alter eines Kindes ist seinem Entwicklungsalter voraus. Es befindet sich trotzdem auf einem normalen Entwicklungspfad, unterscheidet sich also nicht von jüngeren, normal entwickelten Kindern. Gegenüber Kindern seiner Altersstufe weist es in einem oder mehreren Bereichen ein Entwicklungsdefizit aus.	<b>Entwicklungsabweichung</b> Kinder mit einer Entwicklungsabweichung zeigen ein Verhalten, wie es bei normal entwickelten Kindern in keinem Alter zu beobachten ist; sie schlagen einen gänzlich anderen Entwicklungspfad ein.

Tab. 1: Definitorische Abgrenzungen von Entwicklungsstörung, -verzögerung und -abweichung (nach Petermann; Niebank & Scheithauer, 2004, S. 299-301); Entwicklungsstörung wird gleichgesetzt mit Entwicklungsbeeinträchtigung

Die Abgrenzung zwischen Entwicklungsverzögerung und -abweichung lässt sich folgendermassen bildlich darstellen:

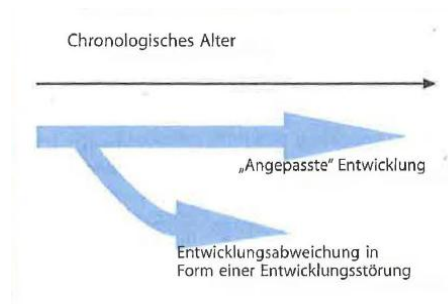


Abb. 1: Abgrenzung zwischen Entwicklungsverzögerung und -abweichung (nach Petermann; Niebank & Scheithauer, 2004, S. 300)

## Entwicklungsverzögerung

Eine Entwicklungsverzögerung liegt vor, wenn Leistungen des Kindes sich an der Grenze zum Normbereich befinden resp. bereits Entwicklungsdefizite feststellbar sind.

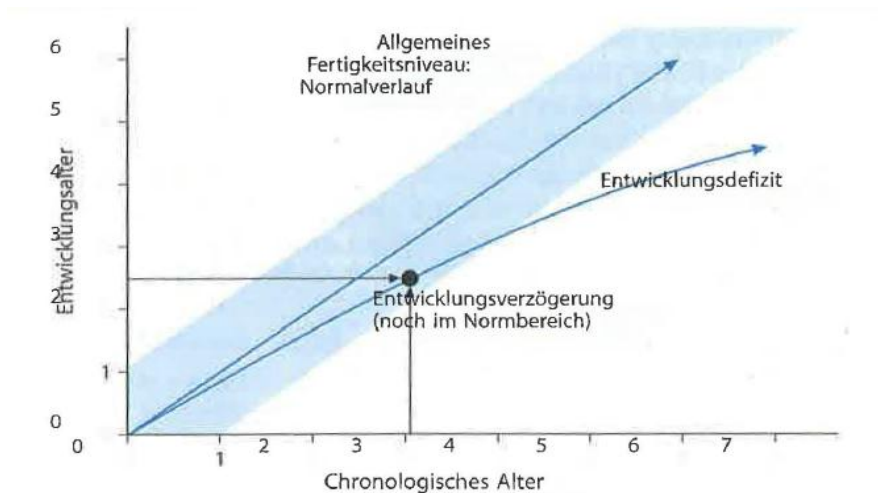


Abb. 2: Entwicklungsverzögerung (nach Petermann; Niebank & Scheithauer, 2004, S. 300)

Entwicklungsabweichungen (im Sinne von Entwicklungsstörungen) „werden demnach nicht einfach als eine Abweichung nur zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben angesehen, sondern werden vielmehr als natürliche Folge *spezifischer* [Hervorhebung durch die Autoren] Entwicklungspfade verstanden“ (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004, S. 300f).

Der Begriff der Entwicklungsabweichung deckt sich mit jenem der schweren oder schwereren Entwicklungsbeeinträchtigung, welche sich dadurch zeigt, „dass mehrere zentrale Entwicklungsdimensionen (zum Beispiel der Bewegungsapparat, die Kognition, die Wahrnehmung oder die Sprache) wegen spezifischer Schädigungen beeinträchtigt sind“ (Oberholzer, 2005, S. 49).

## 2.5 Grenzwerte zur Bestimmung einer Entwicklungsbeeinträchtigung (-verzögerung; -abweichung) resp. einer Entwicklungsgefährdung im Zusammenhang mit Belastung

Bislang gibt es keine allgemeinverbindlich definierten Grenzwerte, welche die Formen der Entwicklungsbeeinträchtigung genau festlegen und voneinander unterscheiden. Weder wird die Entwicklungsverzögerung bislang eindeutig festgelegt, noch wird eine klar festgelegte Abgrenzung zur Entwicklungsabweichung in unterschiedlicher Ausprägung vorgenommen. Weil nicht mehr im Normbereich liegend, sind Kinder unter IQ 85 (= -1 SD vom Mittelwert) statistisch gesehen Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung. Bei IQ 70 (= -2 SD vom Mittelwert) spricht man von einer schwereren Entwicklungsabweichung, welche als geistige Behinderung verstanden wird. Die Invalidenversicherung setzte die Abgrenzung zur geistigen Behinderung im Bereich der Intelligenz damals bereits bei IQ 75 an (Verordnung zum Invalidenversicherungsgesetz Art. 8, Abs.4, 1997).

Im Zuge der verschiedenen Versuche, Entwicklungsverzögerung festzulegen, wird in einem Kanton der Schweiz im Rahmen der Arbeiten zur Umsetzung des NFA vorgeschlagen (Stand Januar 2010), Kinder zwischen IQ 75 und IQ 85 als entwicklungsverzögert zu bezeichnen. Werte unter IQ 75 sind der Geistigen Behinderung zuzuordnen, Werte über IQ 85 sind Werte im Normbereich (Bieri, 2010, S. 87).

Laucht; Esser und Schmidt (1999, 82) stellen Ergebnisse von Entwicklungsabklärungen in einen engen Zusammenhang mit einer bestehenden Risikobelastung. Nach ihnen weisen Kinder mit hoher Risikobelastung

und einer IQ-Abweichung von 12 Punkten unter dem Leistungsniveau unbelasteter Kinder (IQ 88) bereits eine Entwicklungsstörung (Definition des Begriffes siehe Kap. 2.3) auf. Damit verschieben sie, entgegen den Usanzen, wonach die Normalverteilung den Normbereich definiert, den Grenzbereich für eine indizierte Prävention. Allgemein vertreten sie die Meinung, dass ein IQ zwischen 79 und 84 (bis max. 88) im engen Zusammenhang zu einer Entwicklungsgefährdung steht.

Ähnlich sehen es auch Wenglorz und Deutsch (2001, S. 31), wobei diese sich nicht der Frage einer Entwicklungsverzögerung, sondern der Entwicklungsstörung im Sinne einer nachhaltigen Störung (=Entwicklungsabweichung) widmen: „Wie gross die Abweichung sein muss, von der ab eine Entwicklungsstörung angesagt ist, wird meistens im Sinne von 1 ½ oder 2 Standardabweichungen vom Mittelwert willkürlich festgelegt“.

Für die vorliegende Studie wird vorerst unterschieden, ob das Kind durch vorliegende Risikofaktoren oder fehlende Schutzfaktoren belastet ist. Je nach Entwicklungsstand werden bei diesen beiden unterschiedlichen Populationen die Bezeichnungen unterschiedlich eingesetzt und mit folgenden Grenzwerten genauer definiert:

	<b>Grenzwert</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>ohne Belastung</b>	Wert zwischen -3/3 SD (= 1 SD) und -4/3 SD	Entwicklungsverzögerung
	Wert zwischen -5/3 SD und -4/3 SD	Entwicklungsabweichung
	Wert kleiner als -5/3 SD	schwerere und schwere Entwicklungsabweichung
<b>mit Belastung</b>	Wert zwischen -2/3 SD und -4/3 SD	Entwicklungsgefährdung
	Wert grösser als -2/3 SD	Potentielle Entwicklungsgefährdung

Tab. 2: Bezeichnungen und Grenzwerte

Nachfolgende Tabelle zeigt zusammenfassend und am Beispiel der Intelligenzabklärung den Zusammenhang zwischen Entwicklungsdiagnostik und einer bestehenden Belastung nochmals auf:

mit Belastung RF $\geq 3$ SF $\geq 2$	Schwerere u. schwere Entwicklungsabweichung / Behinderung		Entwicklungsabweichung		Entwicklungsgefährdung		Potentielle Entwicklungsgefährdung
	Wert kleiner als -5/3 SD	Wert zwischen - 5/3 SD und - 4/3 SD	Grenzbereich Wert zwischen - 4/3 SD und - 2/3 SD		Wert grösser als -2/3 SD		
Bsp. IQ	< 70	70	75	80	85	> 90	

ohne Belastung	Schwerere u. schwere Entwicklungsabweichung / Behinderung	Entwicklungsabweichung	Entwicklungsverzögerung	Entwicklung im Normbereich
	Entwicklungsstörung / -beeinträchtigung			Keine Entwicklungsstörung / -beeinträchtigung

Tab. 3: Zusammenhang zwischen Entwicklungsdiagnostik und Belastung

Für die Erfassung von entwicklungsgefährdeten Kindern wird im Rahmen dieses Projektes der Grenzbereich bei  $\pm 1/3$  der 1. Standardabweichung vom Mittelwert festgelegt. Kinder, deren Entwicklungsergebnisse in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen in diesen Grenzwertbereich fallen, bedürfen einer besonders eingehenden Diagnostik. Neben der Entwicklungsabklärung muss insbesondere mit einer zusätzlichen Erhebung von Risiko- und Schutzfaktoren abgeklärt werden, ob das Kind in einem belasteten Umfeld aufwächst oder nicht. Die Abklärungsergebnisse sind dann entsprechend anders zu interpretieren:

**1. Gruppe: entwicklungsgefährdete Kinder**

Kinder im Grenzbereich  
mit einer Belastung

**indizierte Prävention**

**2. Gruppe: potentiell entwicklungsgefährdete Kinder**

Kinder oberhalb des Grenzbereiches  
mit einer Belastung

**selektive Prävention**

**3. Gruppe: entwicklungsverzögerte Kinder**

Kinder im unteren Grenzbereich  
ohne Belastung

**indizierte Prävention**

### 3. Beschreibung des Projektes

#### 3.1. Theoretische Einbettung

Einen theoretischen Zugang zur Erfassung entwicklungsgefährdeter Kinder bietet das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept. Die individuelle Entwicklung wird konsequent mit Blick auf die konkreten Umweltbedingungen betrachtet, in welchen die Entwicklung stattfindet. Die Sicht wird durch einen ressourcenorientierten Blick ergänzt, so dass sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren als Faktoren erkannt werden, welche die Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen.

Dem vorliegenden Projektvorhaben liegt im speziellen die **Mannheimer Risikokinderstudie** (Esser, Laucht & Schmidt 1995) zugrunde, welche Risiko- und Schutzfaktoren eruiert hat und diese auf einer personalen wie psychosozialen Ebene einreicht:

<b>personale Risikofaktoren (Vulnerabilitäten) beinhalten biologische oder psychologische Merkmale des Individuums</b>	<b>personale Schutzfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtsgewicht <math>\leq 1500</math> g</li> <li>• Neonatale Komplikationen</li> <li>• Deutliche Asphyxie mit neonatologisch stationärer Versorgung <math>\geq 7</math> Tage</li> <li>• Frühgeburt <math>\leq 37</math>. SSW</li> <li>• EPH-Gestose (Ödeme, Proteinurie, Hypertonie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überdurchschnittliche Intelligenz</li> <li>• Mädchen</li> <li>• Erstgeborenes Kind</li> <li>• Positives Sozialverhalten</li> <li>• Positives Temperament</li> </ul>
<b>psychosoziale Risikofaktoren (Stressoren) beinhalten Merkmale der Umwelt des Individuums</b>	<b>psychosoziale Schutzfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leidensdruck, mangelnde Bewältigungsfähigkeit der Eltern</li> <li>• Niedriges Bildungsniveau der Eltern</li> <li>• postnatal depressive Mutter / psychische Störung der Eltern</li> <li>• frühe Elternschaft</li> <li>• unerwünschte Schwangerschaft</li> <li>• Delinquenz, Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen</li> <li>• Ein-Eltern-Familien</li> <li>• ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit...)</li> <li>• beengt erlebte Wohnverhältnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positive frühe Mutter-Kind-Beziehung</li> <li>• stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson</li> <li>• positive Schulerfahrung der Eltern</li> <li>• Modelle positiver Bewältigung in der Familie</li> <li>• offenes, unterstützendes Erziehungsklima</li> <li>• familiärer Zusammenhalt</li> <li>• positive Freundschaftsbeziehungen</li> <li>• soziale Unterstützung der Familie</li> </ul>

Tab. 4: Risikofaktoren in der Mannheimer Studie (Esser, Laucht & Schmidt, 1995, S. 35)

Von den vielen Ergebnissen dieser Studie sind u.a. folgende Zusammenhänge besonders zu erwähnen (Laucht et al., 1996, S. 79):

- > Der unterschiedliche motorische Entwicklungsstand der untersuchten Kinder lässt sich zu 1/3 durch psychosoziale Risikofaktoren begründen,
- > Unterschiede in der kognitiven Entwicklung sind zu 2/3 auf den Einfluss psychosozialer Risiken zurückzuführen.
- > Gross ist der Einfluss psychosozialer Risiken auf die sozio-emotionale Entwicklung; in diesem Bereich sind die Unterschiede zu 4/5 durch psychosoziale Risiken zu erklären.

Die Mannheimer Risikokinderstudie konnte zudem aufzeigen, dass

- die grösste Gefährdung von der psychosozialen Risikobelastung ausgeht. So schneiden Kinder, die in widrigen familiären Lebensumständen aufwachsen, in allen Entwicklungsbereichen signifikant ungünstiger ab als psychosozial unbelastete Kinder.
- biologische Risiken im Verlauf der Entwicklung ab-, psychosoziale hingegen zunehmen
- ein unbelasteter Beziehungsaufbau ein wirksamer Schutzfaktor ist (Laucht et. al., 1996, S. 74-79; Laucht et al., 1998, S. 12; Laucht, Esser & Schmidt, 1999, S. 87)

Viele weitere Studien haben Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung ausgemacht (Laucht, Esser & Schmidt, 2000; Opp & Fingerle, 2007; Petermann et al., 1998; Scheithauer & Petermann, 1999; Wustmann, 2005) und auf die Bedeutung der Schutzfaktoren hingewiesen, auf welche das Kind in schwierigen Problemlagen zurückgreifen kann, um seine Entwicklung in eine positive Richtung zu wenden (Laucht et al., 2000; Opp & Fingerle, 2007; Petermann, Kusch & Niebank, 1998; Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004; Scheithauer & Petermann, 1999; Werner & Smith, 1982; 2001).

Die folgende Darstellung soll die Wirkung von Risiko- und Schutzfaktoren in einem schematischen Ablauf zeigen (Scheithauer & Petermann, 1999):

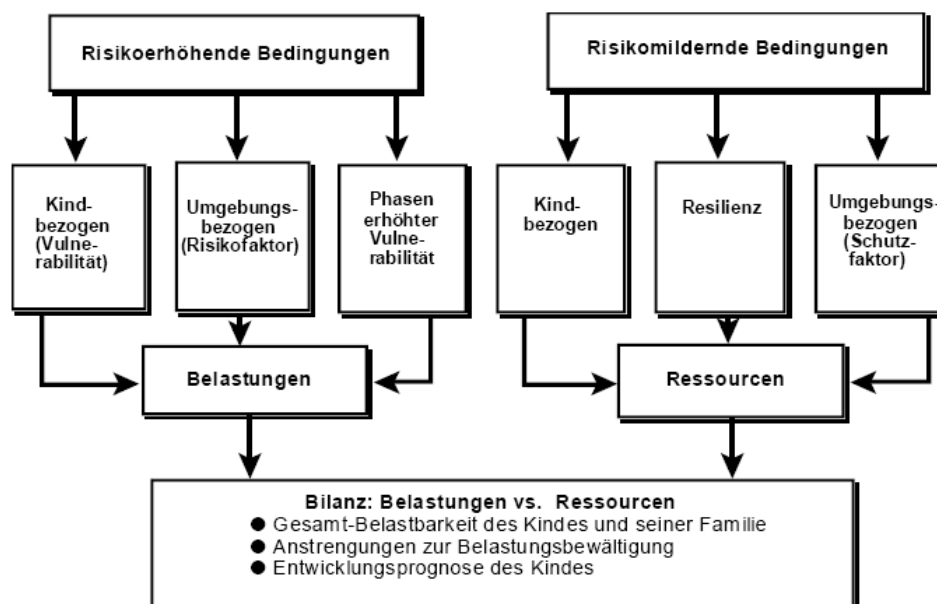


Abb. 3: Risiko erhöhende und Risiko mildernde Faktoren in der kindlichen Entwicklung (Scheithauer & Petermann, 1999)

Aus dem Risiko- und Schutzfaktorenkonzept resultiert ein Ansatz, der es ermöglicht, eine adäquate Intervention im Sinne von

- Risiko mindernder oder
- Schutz stärkender Massnahmen

anzustreben. Diese Massnahmen können in einem Fall kindbezogen (personale Ebene), in einem anderen Fall umfeldbezogen (psychosoziale Ebene) sein.



### 3.2 ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Grundlage für die Ermittlung des individuellen Bildungs- resp. Förderbedarfs von Kindern bildet in der interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik (EDK 2007) die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), insbesondere die Version für Kinder und Jugendliche ICF-CY (children and youth) (vgl. Hollenweger & Kraus de Camargo, 2011).

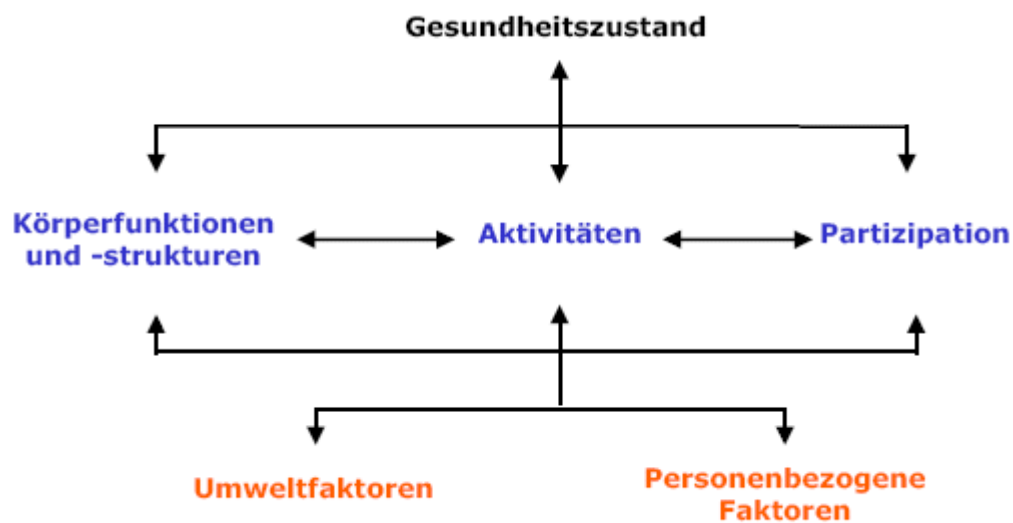


Abb. 4: ICF Modell gemäss WHO (2001; 2005)

Gemäss ICF kann die Entwicklung eines Individuums auf der Ebene des Körpers, der Person oder der Gesellschaft beeinträchtigt sein. Bei Kindern und Jugendlichen sind spezifische Interpretationen von Entwicklung und Entwicklungsabweichungen notwendig. Sie ergeben sich aus der Tatsache, dass kleine Kinder in ihrer Entwicklung der Funktionsfähigkeit auf Beziehungen mit anderen Menschen und auf deren Unterstützung angewiesen sind und dass eine gute Passung zwischen persönlichen Fähigkeiten und Interaktionsangeboten für die Partizipation von grosser Bedeutung ist (Hollenweger, 2007).

ICF-Kriterien erlauben zusammen mit diagnostischen Informationen aus dem Kontext festzustellen, ob ein Anspruch auf eine gezielte kind- oder umfeldorientierte Massnahme bei vorliegender Risikosituation eines Kindes berechtigt ist (ebd.). Während bei medizinischen Massnahmen die Schädigung berücksichtigt wird, versuchen Massnahmen im Bereich der Sonderpädagogik und insbesondere der Heilpädagogischen Früherziehung primär, Entwicklungsprozesse durch modifizierte Beziehungs- und Förderangebote im Erziehungskontext zu unterstützen. Somit stehen hier die Aktivitäten und Partizipation in einer erschwerten Beziehungs- und Erziehungsgestaltung im Zentrum.

Die vorliegende Studie bezieht die Grundlagen des ICF-Modells in vierfacher Weise ein:

- > Die Terminologie hinsichtlich der Beschreibung der Zielgruppen wird systematisch übernommen
- > die Entwicklungsabklärung berücksichtigt nur Tests und Verfahren, welche weit möglichst ICF-Items abdecken

- > die Erfassung entwicklungsgefährdeter Kinder erfolgt nicht nur aufgrund einer Entwicklungsabklärung, sondern bezieht die Abklärung des Umfeldes mit einer sorgfältigen Anamnese ein
- > der Zuweisungsentscheid wird auf der Grundlage eines gemeinsamen Modells nachvollziehbarer begründet und ermöglicht darüber hinaus gemeinsames und aufbauendes Verstehen, Planen und Überprüfen von Förderzielen.

## 4. Vorarbeiten zur Projektphase 2

### 4.1 Projektphase 1 (September 2008 – Juni 2009)

In einer ersten Phase des vorliegenden Projektes wurde auf der Grundlage von Vorarbeiten (Eisner-Binkert & Burgener Woeffray, 2007) ein Verfahren konzipiert, um entwicklungsgefährdete Kinder hinsichtlich ihres Entwicklungsstandes und in der Gesamtbeurteilung ihrer Risiko- aber auch Schutzfaktoren so früh wie möglich abzuklären. Die Ergebnisse dieser Abklärung mündeten in einer Empfehlung für die Zuweisung zu einer angemessenen Massnahme. Hierzu wurden entsprechende Instrumente entwickelt und erstmals erprobt.

#### Ergebnisse der 1. Projektphase

Nach Auswertung der 1. Projektphase (Burgener Woeffray & Bortis, 2009a) musste das Verfahren in folgenden Punkten überarbeitet werden:

- > genaue Definition resp. Identifikation „entwicklungsgefährdete Kinder“
- > Reflexion bezüglich der Altersgruppe von Kindern, bei denen das Verfahren eingesetzt werden kann
- > Entscheid hinsichtlich ICF-kompatibler Testverfahren für die Entwicklungsabklärung
- > Reformulierung resp. Neufassung der Fragen im Allgemeinen sowie Reduktion der Möglichkeit zu sozial erwünschten Antworten im Anamnesebogen
- > Verbesserung der Überführung von Erfassungsergebnissen in eine Massnahmenempfehlung
- > Anpassung der Instrumente / Dokumente des Verfahrens

### 4.2 Optimierung des Verfahrens (September 2009 – September 2010)

#### 4.2.1 Genauere Bestimmung der Zielgruppe des Verfahrens

Mit dem Verfahren können nicht nur entwicklungsgefährdete oder potentiell entwicklungsgefährdete Kinder, sondern auch Kinder mit einer schweren oder schwereren Entwicklungsbeeinträchtigung resp. Behinderung abgeklärt werden. Das Verfahren leistet nämlich in jedem Fall einen Beitrag zu einer systematischen Abklärung des Entwicklungsumfeldes des Kindes, so wie dies die ICF nahe legt und trägt damit zu einer fundierten Massnahmen-Empfehlung bei. Im Speziellen kann der Einsatz des Verfahrens dazu beitragen, da, wo vorerst allein eine kindorientierte Massnahme bestimmt worden ist, den Prozess zur Festlegung einer allfälligen umfeldorientierten Massnahme zu beschleunigen um wirkungsvoller, vielleicht auch präventiv, zu handeln. Schliesslich kann das Verfahren insgesamt bei der Erfassung von Kindergartenkinder von Nutzen sein; dann nämlich, wenn festgestellt werden soll, ob bei einem Kind kindorientierte Massnahmen ausreichen (was in die Zuständigkeit der Schulischen Heilpädagogik fallen würde) oder ob auch (weiterhin) familienorientiert gearbeitet werden muss (wofür die Heilpädagogische Früherziehung zuständig wäre).

#### 4.2.2 Anpassung des Verfahrens an das ICF-Modell

Während die Erhebung von Risiko- und Schutzfaktoren und damit die Berücksichtigung des Umfeldes mit dem vorliegenden Verfahren bereits dem ICF-Modell entsprechen, sind für die Entwicklungsabklärung jene Tests und Verfahren bestimmt worden, welche Items aus dem ICF-Katalog weitgehend berücksichtigen.

In dieser Studie werden weiterhin die geläufigen Entwicklungsbereiche Kognition, Sprache, Motorik und Sozialverhalten abgeklärt. Diese traditionellerweise erhobenen Entwicklungsbereiche werden in der ICF neu geordnet. Es wird ausgeführt und nachvollziehbar gemacht, welches Testverfahren welche Funktionen resp. Aktivitäten im Rahmen dieser Entwicklungsbereiche gemäss ICF abdeckt<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Für einen allgemeinen Überblick siehe: [http://www.friedehorst.de/nrz/Assessment-Handbuch\\_-\\_korrigiert\\_2.pdf](http://www.friedehorst.de/nrz/Assessment-Handbuch_-_korrigiert_2.pdf) sowie für die Überprüfung einzelner Tests auf ICF-Kompatibilität: [http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang\\_Handbuch-1.pdf](http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang_Handbuch-1.pdf)

<b>b1: Mentale Funktionen</b>	<p>Funktionen des Gehirns umfassen</p> <p><u>globale mentale</u> Funktionen wie Funktionen des Bewusstseins, der Orientierung, der Intelligenz, des Temperamentes sowie Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs z.B. allgemeine psychosoziale Funktionen, Schlaf-funktionen, usw.</p> <p><u>spezifische mentale</u> Funktionen wie Funktionen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, Selbstwahrnehmung, des Rechenvermögens und kognitiv-sprachliche Funktionen</p>
<b>d1: Lernen und Wissensanwendung</b>	Aktivitäten und Partizipation in dieser Domäne beziehen sich auf Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen, z.B. basale sinnliche Wahrnehmungen; nachahmen; Wissensanwendung; genau/bewusst zuhören und zuschauen können, sich Dinge merken können, aufmerksam sein; üben können; gute Lösungen suchen und finden, Entscheidungen treffen
<b>d2: Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen</b>	Aktivität und Partizipation in dieser Domäne beziehen sich auf die allgemeinen Aspekte der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, der Organisation von Routinen und dem Umgang mit Stress, z.B. Aufgaben übernehmen und selbständig erledigen; die tägliche Routine durchführen; mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen können; Verantwortung übernehmen; Freude und Frust regulieren.
<b>d3: Kommunikation</b>	Die Aktivitäten und Partizipation in dieser Domäne befassen sich mit allgemeinen und spezifischen Merkmalen der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen einschliesslich des Verstehens und Produzierens von Mitteilungen sowie der Konversation und der Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken, z.B. kommunizieren als Empfänger – verstehen, was andere sagen und meinen; kommunizieren als Sender – ausdrücken können, was man ausdrücken will; Dinge andern gut erklären können; Gespräche und Diskussionen führen; Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken.
<b>d4: Mobilität</b>	Die Aktivitäten und Partizipation in dieser Domäne befassen sich mit der eigenen Bewegung durch Änderung der Körperposition oder -lage oder Verlagerung von einem Platz zum anderen, mit der Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, mit der Fortbewegung durch Gehen, Rennen, Klettern oder Steigen sowie durch den Gebrauch verschiedener Transportmittel, z.B. die Körperposition ändern und aufrechterhalten; Gegenstände tragen, bewegen und handhaben; gehen und sich fortbewegen; sich mit Transportmitteln fortbewegen; Körperkoordination; grobmotorische Geschicklichkeit; feinmotorische Geschicklichkeit.
<b>d7: Interpersonale Interaktion</b>	Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern) in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind, z.B. Allgemeine interpersonelle Interaktionen; besondere interpersonelle Beziehungen; anderen Respekt, Wärme, Toleranz entgegenbringen; mit Kritik angemessen umgehen können; Freunde finden und behalten, Familienbeziehungen.

Kein bestehender Entwicklungstest deckt die verschiedenen ICF-Funktionen und Aktivitäten im oben aufgeführten umfassenden Sinn ab, wie folgender Überblick über Tests im Altersbereich von 3-6 Jahren zeigt:

<b>ET-6-6</b>	d1 d2  d3 d4 d7	Lernen und Wissensanwendung Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen Kommunikation Mobilität Interpersonale Interaktion
<b>K-ABC</b>	b 117 b 144 b 156 b 164 b 167 d1	Intelligenz Gedächtnisfunktionen Wahrnehmungsfunktionen höhere kognitive Funktionen kognitive sprachliche Funktionen Lernen und Wissensanwendung
<b>SON-R</b>	b 117	Intelligenz
<b>SETK 3-5</b>	b 167 d3	Kognitive sprachliche Funktionen Kommunikation
<b>MOT 4-6</b>	d4	Mobilität
<b>SDQ 3-4 &amp; SDQ 4-16</b> Strengths and Difficulties Questionnaire, Elternfragebogen	d7	Interpersonale Interaktion

Tab. 5: In entwicklungsdiagnostischen Verfahren abgedeckte ICF-Kriterien  
(aus: [http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang\\_Handbuch-1.pdf](http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang_Handbuch-1.pdf))

#### 4.2.3 Einschränkung des Verfahrens auf die Altersgruppe 3-6 Jahren

In der 2. Projektphase sollen Kinder von 3-6 Jahren - unabhängig vom Anmeldungsgrund - untersucht werden. Die Einschränkung auf Kinder zwischen 3-6 Jahren hat verschiedene Gründe:

- Erstens existieren für jüngere Kinder im Altersbereich 0-3 Jahren derzeit kaum Tests, welche die für die Projektphase 2 festgelegten Bereiche abdecken und den Anforderungen der ICF genügen.
- Zweitens wären Anpassungen im Anamnesebogen aufgrund des Entwicklungsalters notwendig (z.B. Sprache, die für die Kommunikation erst erworben werden muss, Freundschaftskonzept, das noch nicht entwickelt ist).
- Drittens dürfte die Zahl der Anmeldungen von Kindern mit einer Entwicklungsgefährdung unter 3 Jahren sehr klein sein. Trotzdem ist das Verfahren mit den erwähnten Einschränkungen grundsätzlich sinngemäss auch auf kleinere Kinder anwendbar.

#### 4.2.4 Entscheidung für eine grössere Subjektivität im Verfahren

Der Anamnese-Gesprächsbogen erfuhr aufgrund der Auswertung der 1. Projektphase verschiedene Änderungen:

- Die Fragen wurden mit einem Einleitungstext resp. Erläuterungen der Testleiterin sowie mit Beispielen ergänzt.
- Die Fragen sollen im Gespräch selber nicht direkt und im exakten Wortlaut gestellt werden, sondern sollen als „Leitfragen“ dienen. Die durchführende Fachperson wird sich mit dem Gehalt der einzelnen Frage so vertraut gemacht haben, dass ihr ein flexibler Umgang mit den Fragen und Antworten möglich ist.
- Einzelne Fragen sollen nicht als Fragen sondern als Problemsituationen präsentiert werden, z.B. „*Ihr Kind isst nicht ... was tun Sie?*“
- Antworten auf Fragen, welche mit einer Skala erhoben werden, sollen mit den Eltern / Bezugspersonen diskutiert, anschliessend aber von der Fachperson eingeschätzt werden.

Diese Änderungen bringen allerdings grössere Subjektivität bezüglich der Einschätzung von vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren mit. Das Fachurteil der abklärenden Person gewinnt damit an Gewicht.

Es wäre ein Trugschluss zu denken, dass die erreichte Objektivität mittels des Verfahrens nicht weiterhin von denjenigen, die das Verfahren anwenden werden, subjektive Entscheidungen abverlangt wird. Allerdings wirkt das Vier-Augenprinzip<sup>3</sup>, das in der Sonderpädagogik bei Abklärungen und Massnahmengutsprachen Einzug gehalten hat, allenfalls korrigierend und leistet einen wichtigen Beitrag für objektivere Ergebnisse. Mit diesem Verfahren wird ein zusätzlicher Schritt in Richtung nachvollziehbarer, transparenter, praktikabler und plausibler Entscheidungsfindung getan.

---

<sup>3</sup> Unter dem Vieraugenprinzip wird verstanden, dass die Diagnostik / Abklärung nicht von jener Stelle durchgeführt wird, welches anschliessend die für notwendig erachtete Massnahme erbringt (EDK 2006, S. 26)

## 5. Überarbeitetes vierteiliges Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs

Das Verfahren fasst die Komplexität von Entwicklungsgefährdung im Kontext von Risiko- und Schutzfaktoren in einem vierstufigen Vorgehen systematisch auf, beleuchtet die einzelnen Verfahrensschritte und führt diese in einem letzten Schritt so zusammen, dass Grundlagen zur Ermittlung geeigneter Unterstützungsmassnahmen im Sinne von Empfehlungen an die zuweisende Stelle daraus resultieren.

### **Teil A. Erhebung des Anlasses, Einholen der Zustimmung zur Abklärung, Verständigung**

Damit das Verfahren angewendet werden kann, braucht es einen Anlass. Ein Kind wird von einer Fachperson oder Eltern in irgendeinem Setting als entwicklungsgefährdet wahrgenommen. Die Zustimmung der Eltern ist für eine Abklärung Voraussetzung.

Bereits an dieser Stelle wird erhoben, ob die Verständigung mit dem Kind oder der interviewten Person (Eltern oder Bezugsperson) wegen der Fremdsprache aber evtl. auch wegen inhaltlicher Verständigungsschwierigkeiten (auch aufgrund kognitiver Defizite) *problemlos*, *erschwert* resp. *unmöglich* ist. Diese Information ist für die Empfehlung der Massnahme bereits entscheidend.

### **Teil B. Erfassung des Entwicklungsstandes des Kindes mittels Testdiagnostik**

Die Abklärung des kindlichen Entwicklungsstandes ist unerlässlich, um bei Verunsicherungen hinsichtlich einer Entwicklungsgefährdung Klarheit zu schaffen oder diese als unbegründet zurück zu weisen. Bei der Abklärung werden standardisierte Verfahren eingesetzt, die den Entwicklungsstand in den betroffenen Bereichen erheben, welche mit der Auffälligkeit in direktem Bezug stehen. Die Testverfahren werden vorgegeben, damit eine einheitliche Datenerfassung und Vergleiche ermöglicht werden. Sie sind mit den ICF-Kriterien kompatibel. Die Grenzwerte für die einzelnen Verfahren sind festgelegt (siehe Kap. 2.5).

Aus der Vielfalt testdiagnostischer Verfahren im Altersbereich 3-6 werden jene ausgewählt, welcher dem Anspruch an ICF-Kompatibilität am nächsten kommen und welche den Praktiker/-innen in der Heilpädagogischen Früherziehung vertraut sind.

<b>Kognition</b> (u.a. mentale Funktionen, Lernen und Wissensanwendung sowie allgemeine Leistungsanforderungen)	K-ABC, SON-R
<b>Sprache</b> (u.a. Kognitive sprachliche Funktionen, Kommunikation)	K-ABC, SETK 3-5, SSV (= Kurzversion des SETK 3-5)
<b>Motorik</b> (u.a. Mobilität)	MOT 4-6; Körpermotorik ET 6-6
<b>Sozialverhalten</b> (u.a. interpersonale Interaktion)	SDQ 3-4 oder 4-16 Eltern- oder Lehrerfragebogen

Tab. 6: Auf ICF Kompatibilität geprüfte testdiagnostische Verfahren

Es kann davon ausgegangen werden, dass der K-ABC, SON-R und MOT 4-6 bekannt sind. Nachfolgend werden hingegen einige Anmerkungen zum SSV zur Erfassung des erreichten Sprachentwicklungsstandes, zum SDQ für den Bereich des Sozialverhaltens und zur Körpermotorik (Auszug aus dem ET 6-6) angebracht.

#### Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV) und Sprachentwicklungstest für 3-5jährige Kinder (SETK 3-5)

Das Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV) ist die gekürzte Fassung des SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder). Beide Instrumente eignen sich für eine valide und zuverlässige Risikodiagnose besonders gut. Beide Versionen können eingesetzt werden.

#### Auszug Körpermotorik ET 6-6

Es wird empfohlen, für die Erhebung der Körpermotorik den ET 6-6 sowohl die Testitems (T) als auch die Items aus dem Fragebogenkatalog (F) zu verwenden.

#### SDQ- Strengths and Difficulties Questionnaire 3-4 und 4-16, Elternfragebogen

Problemskalen : emotionale Probleme, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität/  
Unaufmerksamkeit, Probleme mit Gleichaltrigen

Kompetenzskalen: Prosoziales Verhalten

Es gibt eine Version für Eltern und für Lehrpersonen. Es wird empfohlen, wenn immer möglich, den Elternfragebogen zu benutzen. Falls sich die testleitende Person aus irgendeinem Grund dazu entschieden hat, eine Fachperson (Kindergärtnerin, Krippenbetreuerin, usw.) zu befragen, wird dies im Protokollbogen vermerkt.

Die Fragebogen sowie deren Auswertungsfolien können unter der URL: [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org) in 75 Sprachen heruntergeladen werden, was die Erhebung des Sozialverhaltens bei den Eltern erheblich vereinfacht.

#### **Teil C: Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren**

Eine genaue Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren wird notwendig und stellt den Entwicklungszusammenhang her. Dabei wird auf Faktoren zurückgegriffen, die in der Mannheimer Studie als entwicklungsbedeutsam erkannt wurden (siehe Kap. 3.1). Für die Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren kommt ein *Anamnese-Gesprächsbogen* mit 29 geschlossenen, aber auch halboffenen oder offenen Fragen zur Anwendung. Die Entscheidung, damit der subjektiven Einschätzung der Testleiterin mehr Gewicht zu verleihen, ist bewusst gefallen (siehe Kap. 4.2.4). Ein Teil der Antworten zu den personalen Risikofaktoren kann aus Arztberichten entnommen werden. Wo sinnvoll und möglich, sind die Fragen aus Theorien und Forschungsergebnissen abgeleitet.

Die Anamnese erfolgt idealerweise mit der Hauptbezugsperson. Die Intimität verschiedener Fragen bringt es mit sich, dass die Erhebung nicht im Rahmen eines Erstgesprächs erfolgen kann. Mehrere Begegnungen mit dem Kind und den Eltern / Bezugspersonen werden nötig sein, um das Lebensumfeld zu beobachten und einzuschätzen, vor allem aber auch, um eine Vertrauensbasis herzustellen. Dazu gehört auch, dass die Erhebung im familiären Umfeld stattfinden soll, weil dort Interaktionen gezielter beobachtet werden können und die Vertrautheit schneller hergestellt werden kann.

In der Anleitung zum Anamnese-Gesprächsbogen sind die Entscheidungskriterien festgehalten, mit welchen entschieden werden kann, ob ein Faktor als Risiko- resp. Schutzfaktor anerkannt wird / werden muss.

Die erhobenen Risiko- und Schutzfaktoren werden analog zu den Forschungsergebnissen der Mannheimer-Gruppe gewichtet und in einen Gesamtzusammenhang gestellt. (Teil D).



## Teil D: Zusammenfassung und Massnahmenempfehlung

Die Ergebnisse der Entwicklungsabklärung werden also in Verbindung zu den vorhandenen Risikofaktoren, aber auch in Verbindung zu den nicht vorhandenen Schutzfaktoren gesetzt. Aus dieser subjektiven Interpretation (siehe Kap. 4.2.4), welche kein Computerprogramm übernehmen kann, wird die Schlussfolgerung gezogen, ob ein Förderbedarf besteht oder nicht. Bei dieser Entscheidung sind folgende Feststellungen handlungsleitend:

### Gruppe 1: angezeigter Förderbedarf

- wenn eine Entwicklungsbeeinträchtigung (Entwicklungsabweichung oder schwere und schwere Entwicklungsabweichung / Behinderung vorliegt, liegt auch ein Förderbedarf vor.
- Wenn die Entwicklungsergebnisse des Kindes im Grenzbereich liegen und Belastungen vorhanden sind, ist ein Förderbedarf angezeigt.

### Gruppe 2: präventiver Förderbedarf

- wenn die Entwicklungsbeeinträchtigung zwar (vielleicht noch) nicht manifest ist, aber das Kind in einem Risiko-Umfeld aufwächst, ist die Entwicklung potentiell gefährdet. Es liegt deshalb ein Förderbedarf vor (orange), Die Massnahme soll im Sinne der selektiven Prävention (siehe dazu 2.5) beitragen:
  - die Risikofaktoren selber oder die negativen Auswirkungen davon zu vermindern
  - die (fehlenden) Schutzfaktoren beim Kind und / oder seinem Lebensumfeld – im Sinne der Resilienz – zu stärken und damit indirekt auf bestehende Risikofaktoren Einfluss zu nehmen
- wenn die Entwicklung des Kindes verzögert ist, aber keine Belastungen vorliegen, empfiehlt sich im Sinne einer indizierten Prävention, eine Fördermassnahme einzuleiten.

### Gruppe 3: Kein Förderbedarf

- wenn die Entwicklung des Kindes unbedenklich verläuft und keine Belastungen vorliegen, erübrigt sich eine Fördermassnahme. Allenfalls sind Kontrolluntersuchungen vorzusehen.

Eine solch differenzierte Unterteilung unterschiedlich auffälliger Kinder ist auch im Sinne der Erziehungsdirektorenkonferenz, welche im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik empfiehlt, nicht nur behinderte Kinder zu unterstützen und zu fördern, sondern auch jenen Kindern Massnahmen zukommen zu lassen, bei denen «festgestellt wird, dass ihre Entwicklung eingeschränkt oder gefährdet ist» (EDK 2007, Art. 3, S. 2). Es wird dann im Speziellen der Heilpädagogischen Früherziehung die Aufgabe zugewiesen, Kinder mit Behinderungen, mit Entwicklungsverzögerungen, -einschränkungen oder -gefährdungen» (...) auch **präventiv** zu behandeln (EDK 2007a, S.3).

Art und Umfang der Massnahme sind je nach Förderbedarf unterschiedlich:

Angezeigter Förderbedarf <b>Verstärkte Massnahme</b>	Dies ist eine Massnahme, die «von langer Dauer und hoher Intensität ist, sie erfordert einen hohen Spezialisierungsgrad der Fachpersonen und hat einschneidende Konsequenzen auf den Alltag, das soziale Umfeld oder den Lebenslauf des Kindes» (EDK 2007, Art. 5, S.3).
---	--

<b>Präventiver Förderbedarf</b> <b>Beobachten und Begleiten</b>	Die Art der Massnahme richtet sich nach dem betroffenen Entwicklungsbereich sowie den Besonderheiten des Lebensumfeldes des Kindes und erfordert allenfalls eine besondere Spezialisierung. Hingegen kann die Massnahme zeitlich befristet und punktuell sein; allerdings kann sich zu einem späteren Zeitpunkt eine verstärkte Massnahme aufdrängen.
<b>Kein Förderbedarf</b> <b>Abschluss oder Kontrolluntersuchung</b>	Es drängt sich keine Massnahme auf, eine Kontrolluntersuchung ermöglicht den weiteren Verlauf der Entwicklung zu begleiten.

Diesen Zusammenhang zwischen Entwicklungsdiagnostik / Erhebung der Belastung im Sinne von Vorliegen von Risikofaktoren oder Fehlen von Schutzfaktoren und daraus abgeleitetem Förderbedarf zeigt folgende Abbildung.

mit Belastung RF $\geq 3$ SF $\leq 2$	Schwerere u. schwere Entwicklungsabweichung / Behinderung  verstärkte Massnahme	Entwicklungsabweichung  verstärkte Massnahme	Entwicklungsgefährdung  verstärkte Massnahme	potentielle Entwicklungsgefährdung  Beobachten Begleiten		
	Wert kleiner als -5/3 SD	Wert zwischen -5/3 SD u. -4/3 SD	<b>Grenzbereich</b> Wert zwischen - 4/3 SD u. -2/3 SD	Wert grösser als - 2/3 SD		
Bsp. IQ	< 70	70	75	80	85	> 90

ohne Belastung RF $\leq 3$ SF $\geq 2$	Schwerere u. schwere Entwicklungsabweichung / Behinderung  verstärkte Massnahme	Entwicklungsabweichung  verstärkte Massnahme	Entwicklungsverzögerung  Beobachten Begleiten	Entwicklung im Normbereich  Keine Massnahme oder Kontrolluntersuchung
	Entwicklungsstörung / -beeinträchtigung			Keine Entwicklungsstörung / -beeinträchtigung

Abb. 5: Zusammenhang Entwicklungsdiagnostik – Ermittlung von Risiko- und Schutzfaktoren und abgeleiteter Förderbedarf

Die erstellte persönliche Landkarte bezüglich bestehender Risiko- und fehlender Schutzfaktoren des Kindes gibt auch Aufschluss über die Schwerpunkte, welche die zu treffende Massnahme bieten sollte:

- überwiegen auf der personalen Ebene die Risiken resp. fehlen auf dieser Ebene Schutzfaktoren muss **kindorientiert** gearbeitet werden
- überwiegen auf der psychosozialen Ebene die Risiken resp. fehlen auf dieser Ebene Schutzfaktoren muss **umfeldorientiert** gearbeitet werden
- überwiegen sowohl auf der personalen als auch auf der psychosozialen Ebene die Risikofaktoren resp. fehlen auf diesen beiden Ebenen Schutzfaktoren, muss **sowohl kind- als auch umfeldorientiert** gearbeitet werden.

Das zeigt folgende Abbildung:

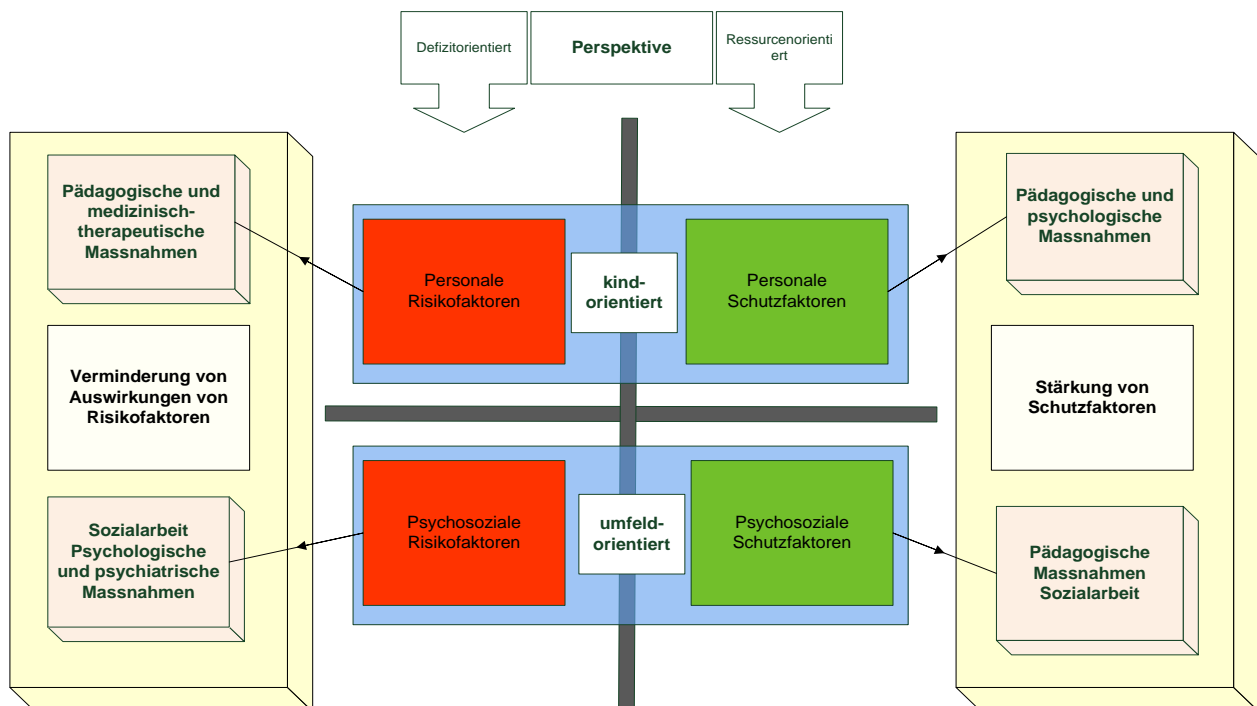


Abb. 6: Kind- und umfeldorientierte Massnahmen in Relation zu Risiko- oder Schutzfaktoren

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Vielfalt von kind- und umfeldorientierten Massnahmen. Sie sind nicht abschliessend aufgeführt und können durch weitere Massnahmen, insofern sie der Logik des Verfahrens dienen, ergänzt werden:

<div> <div>Kindorientierte Massnahme(n)</div> <div> <div> <div>Spezifische Unterstützung</div> <div> <div>Logopädie</div> <div>Ergotherapie</div> <div>Physiotherapie</div> <div>Psychomotorik</div> <div>andere Massnahme, weil .....</div> </div> </div> <div> <div>Allg. Heilpädagogische Unterstützung</div> <div> <div>Heilpädagogische Früherziehung</div> <div>integrierte HP Förderung</div> <div>andere Massnahme, weil .....</div> </div> </div> </div> </div>	
<div> <div>Verminderung von Risiko</div> <div> <div>Soziale Maßnahmen</div> <div>psychologische Massnahmen</div> <div>andere Massnahme, weil.....</div> </div> </div>	<div> <div>Stärkung von Schutz</div> <div> <div>Erziehungsberatung</div> <div>Heilpädagogische Früherziehung</div> <div>sozialpädagogische Massnahme</div> <div>andere Massnahme, weil .....</div> </div> </div>
<div> <div>Umfeldorientierte Massnahme(n)</div> </div>	

Tab. 7: Übersicht möglicher kind- resp. umfeldorientierter Massnahmen

Jede Massnahme soll in Übereinstimmung mit den örtlichen, wohnortsnahen Angeboten und deren Erreichbarkeit erfolgen. Am Ende des Verfahrens steht nicht die Zuweisung, sondern eine Massnahmenempfehlung, auf welche sich die zuweisende Stelle zur Planung des weiteren Vorgehens abstützen kann. Diese stufenweise Logik von (1) Abklärung einer Entwicklungsgefährdung und in deren Folge (2) Ermittlung des Förderbedarfs eines Kindes hin zur der Problematik (3) angemessenen Massnahmenempfehlung, welche (4) der zuweisenden Stelle zur Entscheidung unterbreitet wird, deckt sich mit den Arbeiten von Hollenweger & Lienhard (2008) zur Ausarbeitung eines Standardisierten Abklärungsverfahrens:

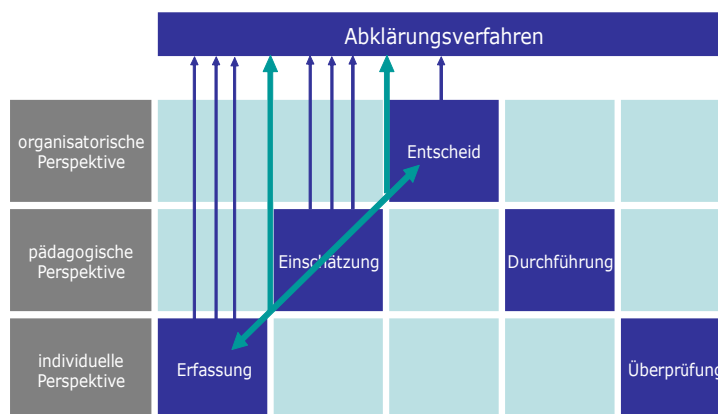


Abb. 7: Grundlagen des Abklärungsverfahrens nach Hollenweger & Lienhard (2008, S.12)

### **Entwickelte und optimierte Bestandteile des Verfahrens:**

Das gesamte Verfahren hat drei Handreichungen:

1. Eine Anleitung zur Durchführung des gesamten Verfahrens: Zur Erfassung von Entwicklungsstand und Verhalten (Teil B), zur Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren (Teil C) und zur Ermittlung des Förderbedarfs mit entsprechender Massnahmenempfehlung (Teil D)
2. Ein Anamnese-Gesprächsbogen mit 29 Fragen zur Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren
3. Ein Protokollbogen

Für die Studie wurde zudem ein Merkblatt mit zusätzlichen praktischen Hinweisen für die Testdurchführenden erstellt. Ein Zusatzblatt „Korrigenda“ (zuletzt datiert vom 22.9.2010) verwies auf erforderliche Änderungen in den verschiedenen Handreichungen. Merkblatt, Zusatzblatt und Handreichungen sind im Anhang zu finden.

## 6. Projektphase 2: Hauptstudie (September 2010 - November 2011)

Das Projekt **D.8 Entwicklungsgefährdete Kinder ? (2008-2011) – Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs** aus dem Forschungsprogramm der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich wurde im Rahmen einer Hauptstudie weitergeführt und um ein Jahr verlängert.

### 6.1 Zielsetzung

Im Rahmen der Hauptstudie dieses Projektes wurde das überarbeitete Verfahren erprobt, welches als systematisierte Definitions- und Entscheidungshilfe verstanden werden soll, wenn darüber zu befinden ist, ob und wie sich bestehende Risikofaktoren und allenfalls fehlende Schutzfaktoren im Umfeld des Kindes auf seinen Entwicklungsstand auswirken. Aus dieser systematischen Abklärung des Entwicklungsstandes des Kindes einerseits und der Ermittlung seiner Risiko- und Schutzfaktoren andererseits ist abzuleiten, ob ein Förderbedarf besteht und welche Massnahme/n für das Kind eingeleitet werden sollte/n.

Nach Abschluss dieser zweiten Phase soll ein theoriegestütztes und von den Praktikerinnen als brauchbar eingestuftes Verfahren zur Erfassung von entwicklungsgefährdeten Kindern und davon abgeleitet zur Ermittlung einer ihrem Förderbedarf angemessenen Massnahme vorliegen und der Praxis zur Verfügung gestellt werden.

Die Studie soll gleichzeitig dazu beitragen, den Begriff der „entwicklungsgefährdeten Kinder“ zu schärfen und auch im theoretischen Sinn präziser zu fassen. Die Resultate dieser Überlegungen sind im Kapitel 2 dargestellt.

### 6.2 Zielgruppe

In der 2. Projektphase sollen Kinder von 3-6 Jahren - unabhängig vom Anmeldungsgrund - erfasst werden, welche an einem Heilpädagogischen Dienst in der deutschen Schweiz im Zeitraum 1. Oktober 2010 bis 1. März 2011 abgeklärt werden. Es spielt keine Rolle, ob das Kind bereits vorher angemeldet und auf einer Warteliste war.

### 6.3 Testleitende, Projektmitarbeitende, Projektleitung

Alle Früherzieherinnen und Früherzieher, welche an Heilpädagogischen Diensten in der deutschen Schweiz arbeiten, wurden mit einem Schreiben zur Mitarbeit am Projekt eingeladen. Wer sich für eine Mitarbeit interessierte, konnte an einem halben Tag an einem der fünf dezentral durchgeführten Einführungsveranstaltungen im September 2010 teilnehmen (Zetzwil, St. Gallen, Luzern, Bern, Zürich). Die Mitarbeitenden der Berner Dienste wurden nachträglich eingeführt. An diesen Veranstaltungen wurden insgesamt 90 interessierte Früherzieherinnen und Früherzieher in die Handhabung des Verfahrens sowie dessen theoretischen Ausrichtung eingeführt und eigneten sich als **Testleitende** Wissen und Handwerk für die Abklärung an. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen war optional ebenso wie die Entscheidung, anschliessend an der Studie aktiv mit einer oder mehreren Abklärungen mitzumachen. Alle verwendeten Dokumente konnten von den Teilnehmenden über das Internet bezogen werden. Dazu wurde ein externer Online-Speicher eingerichtet und verwaltet.

Den Testleitenden standen in den Regionen **Projektmitarbeitende**<sup>4</sup> zur Seite, welche auf ihre spezifischen Fragen und Unklarheiten eingingen. Die Projektmitarbeitenden sind Heilpädagogische Früherzieherinnen,

---

<sup>4</sup> Brigitte Eisner-Binkert, HPD Zug; Regula Batumike, HPD Biel; Ursula Krauer, HPD Freiburg; Marie-Thérèse Lottaz-Bättig, HPD Freiburg; Sibilla Maccarone, HPD Solothurn

welche in der Projektphase 1 mitgemacht haben und mit welchen die Instrumente für die Phase 2 diskutiert und vorbereitet wurden. Jede Projektmitarbeiterin wurde einer Region zugeteilt und gestaltete die Einführungsveranstaltung mit. Damit konnte eine persönliche Nähe zum Terrain erreicht werden.

Allfällige inhaltliche Fragen wurden von der **Projektleiterin** geklärt, für organisatorische Fragen und Unklarheiten war der **wissenschaftliche Projektmitarbeiter** der HfH zuständig.

#### **6.4 Zeitraum und Ort der Abklärungen**

Die Datenerhebung fand im Zeitraum 1. Oktober 2010 bis 1. März 2011 statt. Der HPD Bern reichte die Abklärungen Ende April ein. Die Testleitenden konnten auf bestehende Resultate der Entwicklungsdiagnostik zurückgreifen, insofern die Entwicklungsabklärung nicht älter als 6 Monate war.

Da die Fragen zu den Risiko- und Schutzfaktoren im Anamnese-Gesprächsbogen teilweise Vertrautheit voraussetzen, wurden die Abklärungen an mehreren Sitzungen durchgeführt. Die Testleitenden gaben an, wie viele Einheiten sie für die Abklärung mit dem Verfahren benötigten.

Die Erhebungen fanden bei den Familien zu Hause statt mit dem Vorteil, dass dort Interaktionen gezielter beobachtet werden konnten.

#### **6.5 Zeitplan**

Erste Arbeiten im Rahmen der Projektphase 2 erfolgten in Teilen parallel zum Bericht der Projektphase 1 resp. wurden gleich daran anschliessend erledigt. Der eigentliche Start für die Projektphase 2 (Abklärung der Kinder) wurde auf September 2010 gesetzt. Die Erhebungsphase dauerte von September 2010 bis Ende März 2011. Die Erfassung der Daten der zweiten Erhebungsphase war bis Juli 2011 abgeschlossen. Anschliessend erfolgte die Auswertung der Fragebogen der TestleiterInnen (TL). Alle Ergebnisse sind in diesem Arbeitsbericht enthalten. Er wurde bis Januar 2012 angefertigt. Parallel dazu wurden Publikationen verfasst (z.B. Burgener Woeffray & Meier, 2011) und Vorträge gehalten (z.B. am SZH-Kongress, 2011).

## 7. Ergebnisse der Hauptstudie und Diskussion

### 7.1 Beschreibung der Stichprobe

In der zweiten Projektphase haben von den 90 anfänglich interessierten Personen 68 heilpädagogische Früherzieherinnen und 6 heilpädagogische Früherzieher aus 18 Kantonen der Deutschschweiz mitgemacht. Sie beteiligten sich mit einer oder mehreren Abklärungen (bis zu 7 Abklärungen) am Projekt. Einzig aus den Kantonen Obwalden und Schaffhausen liegen keine Daten vor. Durch diese Stichprobe kann die Heterogenität bezüglich Ressourcen und Stadt- Landregion abgebildet werden; sie darf aber nicht überbewertet werden. Die Häufung von abgeklärten Kindern in einzelnen Kantonen ist durch die demographische Situation, aber auch durch die Möglichkeit einzelner Testleitenden, mehrere Abklärungen in diesem Zeitraum durchzuführen, erklärbar.

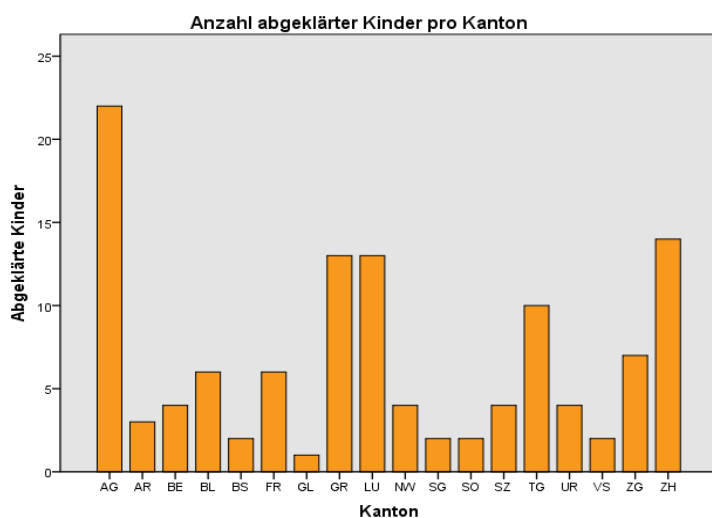


Abb. 8: Anzahl abgeklärter Kinder pro Kanton

Die Grafik unten (siehe Abb. 9) zeigt, dass 65 Früherziehende 1 bis 3 Abklärungen gemacht haben und 5 Früherziehende zwischen 4 und 8 Abklärungen.

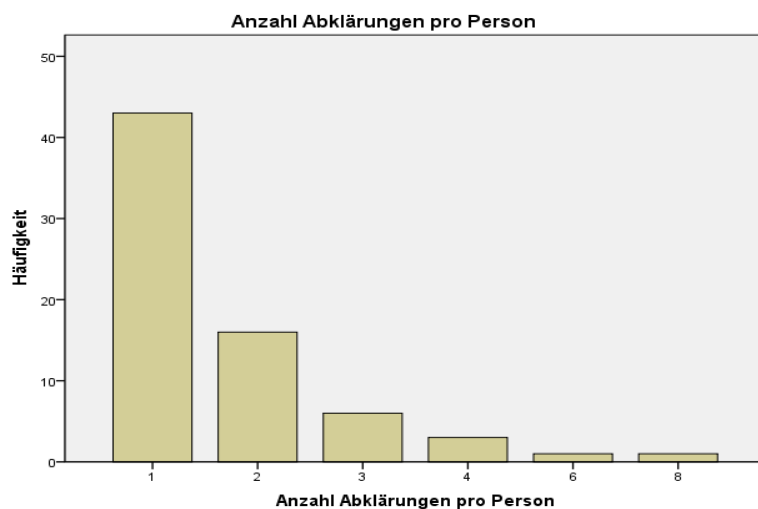


Abb. 9: Anzahl Abklärungen pro Person



Insgesamt wurden 119 Kinder in die Untersuchung einbezogen. Der Altersdurchschnitt dieser Kinder beträgt 54 Monate, was einem Durchschnittsalter in Jahren von 4.5 entspricht. Das jüngste Kind ist 36 Monate (3 Jahre) und das älteste 72 Monate (6 Jahre) alt. Die Verteilung pro Altersgruppe aller abgeklärten Kinder wird in Tab. 8 aufgezeigt.

	Mädchen		Knaben		Gesamt	
Altersgruppen	N	%	N	%	N	%
3-4 jährig	7	5.9	31	26.0	38	32.0
4-5 jährig	15	12.6	27	23.0	42	35.0
5-6 jährig	13	10.9	26	22.0	39	33.0
Gesamt	35	29	84	71	119	100

Tab. 8: Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder

Wie schon in der ersten Projektphase wurden auch in der zweiten Erhebungsphase mehr Knaben als Mädchen abgeklärt (K = 84, 71%; M = 35, 29%, N = 119). Der im Unterschied zu anderen Studien erstaunlich hohe Anteil an Mädchen lässt sich vermutlich mit Problemen der Verständigung erklären, was sich in unterdurchschnittlichen Sprachleistungen zeigt. Die Verteilung in den drei Altersgruppen ist in etwa gleich.

## 7.2 Feststellen der Auffälligkeit

In den meisten Fällen wird die Auffälligkeit gleich von mehreren Personen im Umfeld des Kindes festgestellt und eine Anmeldung zur Heilpädagogischen Früherziehung veranlasst.

Wer hat die Auffälligkeit festgestellt?	N	%
Mehrere	31	26.1
Arzt/Ärztin	26	21.8
Kindergartenlehrperson	24	20.2
Eltern	18	15.1
Therapeut	8	7
SpielgruppenleiterIn	3	2.5
Andere	9	7.6
Gesamt	119	100

Tab. 9: Feststellung der Auffälligkeit

## 7.3 Ergebnisse und Diskussion der Erfassung des Entwicklungsstandes

### 7.3.1 Gruppenzugehörigkeit der Kinder nach Entwicklungsabklärung

In Abstimmung mit Kapitel 2.5 wurden die Kinder folgenden Gruppen zugeteilt:

<b>Gruppe A</b>	Wert grösser als $-2/3$ SD	Kinder ohne Entwicklungsbeeinträchtigung
<b>Gruppe B</b>	Wert zwischen $-2/3$ SD und $-4/3$ SD	Kinder mit/ohne Entwicklungsverzögerung im Grenzbereich
<b>Gruppe C</b>	Wert kleiner als $-4/3$ SD	Kinder mit Entwicklungsabweichung

Tab. 10: Definition Gruppenzugehörigkeit nach Entwicklungsabklärung

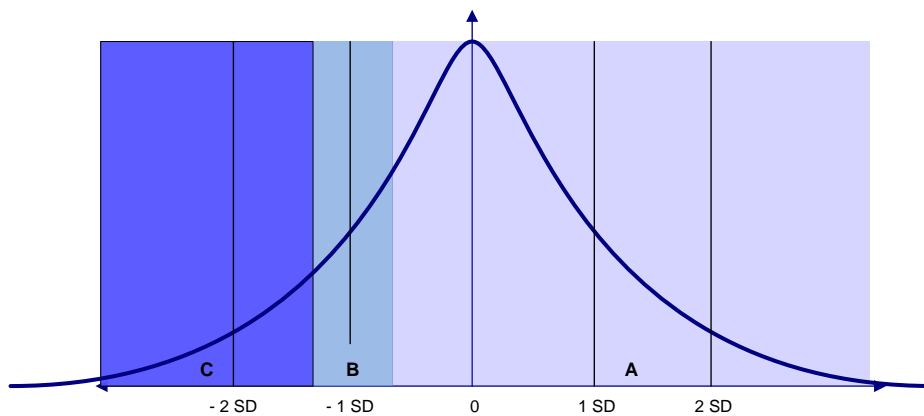


Abb. 10: Gruppenzuteilung aufgrund der Entwicklungsstandabklärung

Nach der Entwicklungsabklärung in den vier Entwicklungsbereichen Kognition, Sprache, Motorik und Sozialverhalten zeigten sich folgende Resultate:

## Kognition

In der **Gruppe A** befinden sich 59 Kinder, in der **Gruppe B** 20 Kinder und in der **Gruppe C** 38 Kinder.

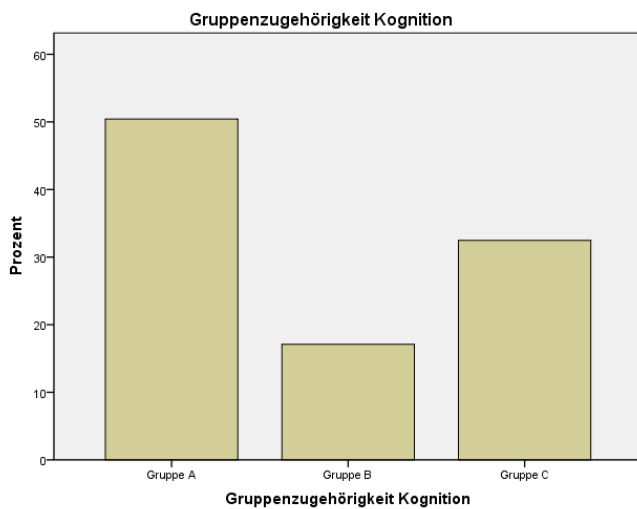


Abb. 11: Gruppenzugehörigkeit Kognition

Das heisst, dass 50.4% der an die HFE angemeldeten Kinder im kognitiven Bereich nicht auffällig sind. 32.5 % sind auffällig und haben einen IQ unter 80. 17.1% der Kinder sind im Grenzbereich anzusiedeln. Bezüglich der Verteilung pro Altersgruppe zeigt sich keine Signifikanz.

Die Stichprobe besteht aus Kindern, die der HFE zur Abklärung angemeldet wurden. Es erstaunt deshalb, dass nur knapp mehr als die Hälfte der Kinder Auffälligkeiten in der Kognition zeigen. Dies verweist auf den vielzitierten Wandel der Zielgruppen in der HFE (Burgener Woeffray & Bortis, 2009a).

## Sprache

Im Entwicklungsbereich Sprache wurde festgestellt, dass sich 17 Kinder in der **Gruppe A**, 29 in der **Gruppe B** und 55 in der **Gruppe C** befinden.

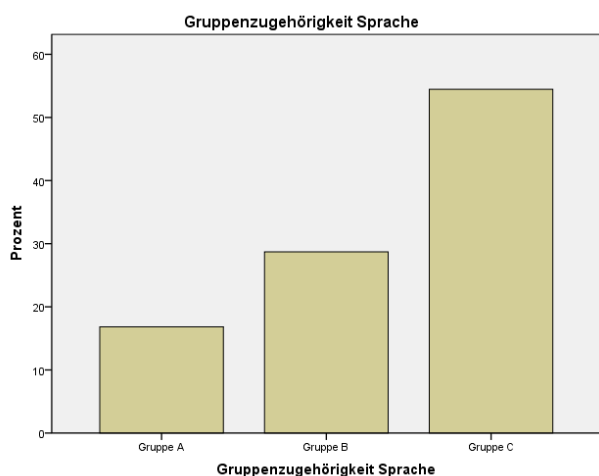


Abb. 12: Gruppenzugehörigkeit Sprache

Im Entwicklungsbereich Sprache sind also lediglich 14.3% der angemeldeten Kinder nicht auffällig. 24.4% befinden sich im Grenzbereich und 46.2% der Kinder zeigen eine Auffälligkeit im Bereich Sprache. Es gibt viele fehlende Werte (15.1%), die unter anderem auch dadurch entstanden, weil wegen sprachlichen Defiziten der Kinder ein Sprachtest gar nicht durchgeführt werden konnte. So wurde von den Testleitenden angegeben, dass eine sprachlich-inhaltliche Verständigung in 34.5% der Abklärungen erschwert und in 5% unmöglich war. Und auch mit den Eltern ist eine sprachliche Verständigung in einigen Fällen (14.3%) eingeschränkt oder sogar unmöglich (4.2%). In immerhin 18 Fällen ist die Verständigung mit beiden erschwert oder unmöglich. Dies lässt darauf schließen, dass man es hier mit Familien mit Migrationshintergrund zu tun hat.

### Verständigung mit dem Kind / Verständigung mit den Eltern

Anzahl		Verständigung mit den Eltern			Gesamt
		problemlos	erschwert	unmöglich	
Verständigung mit dem Kind	problemlos	62	4	0	66
	erschwert	26	10	4	40
	unmöglich	2	3	1	6
Gesamt		90	17	5	112

Tab. 11: Kreuztabelle Verständigung mit Kind/Verständigung mit den Eltern

Ein interessanter signifikanter Zusammenhang besteht im Entwicklungsbereich Sprache. So zeigt der Chi-Quadrat-Test, dass die Ausbildung der Eltern in einem signifikanten Zusammenhang mit der Gruppenzugehörigkeit des Kindes im Entwicklungsbereich Sprache steht. Haben die Eltern eine geringe Schulausbildung sind die Kinder im Entwicklungsbereich Sprache signifikant ( $p = .010$ ) häufiger in der Gruppe C eingestuft. Kommt der Risikofaktor aber nicht vor, werden die Kinder signifikant häufiger im Entwicklungsbereich Spra-

che in die Gruppe B eingestuft. Auch hier kann vermutet werden, dass die Familie einen Migrationshintergrund hat.

**Kreuztabelle**

			Geringe Schulausbildung der Eltern		Gesamt
			Nein	Ja	
Gruppenzugehörigkeit Sprache	Gruppe A	Anzahl	12	5	17
		Korrigierte Residuen	.7	-.7	
	Gruppe B	Anzahl	24	5	29
		Korrigierte Residuen	2.6	-2.6	
	Gruppe C	Anzahl	27	27	54
		Korrigierte Residuen	-2.9	2.9	
Gesamt		Anzahl	63	37	100

Tab. 12: Kreuztabelle Gruppenzugehörigkeit Sprache/Schulausbildung der Eltern

## Motorik

Im Bereich des Entwicklungsbereiches Motorik sieht die Verteilung der Kinder so aus: 69 der untersuchten Kinder sind in der **Gruppe A**, 16 in der **Gruppe B** und 31 in der **Gruppe C** eingeteilt.

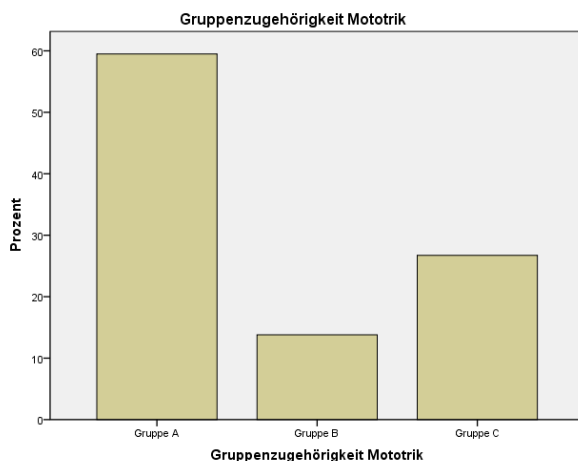


Abb. 13: Gruppenzugehörigkeit Motorik

Die Ergebnisse zur Abklärung der Motorik erstaunen insofern, als doch fast 40% (Gruppe B und C) der Kinder in diesem Bereich auffallen. Diese Zahl wäre im Zusammenhang mit vorliegenden Risiko- resp. fehlenden Schutzfaktoren noch genauer zu analysieren und nachzuweisen, wie dies der Mannheimer Studie gelungen ist (Laucht et al., 2000).

## Sozialverhalten

Im Bereich des Sozialverhaltens zeigen 60 Kinder unauffällige Werte im Test und werden damit der **Gruppe A** zugeteilt, 17 Kinder sind aufgrund ihrer Werte im Grenzbereich also der **Gruppe B** zugeordnet und 38 Kinder sind in der **Gruppe C** anzusiedeln und zeigen Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Das heisst, dass knapp ein Drittel (31.8%) aller angemeldeten Kinder an die Heilpädagogische Früherziehung im Sozialverhalten auffallen.

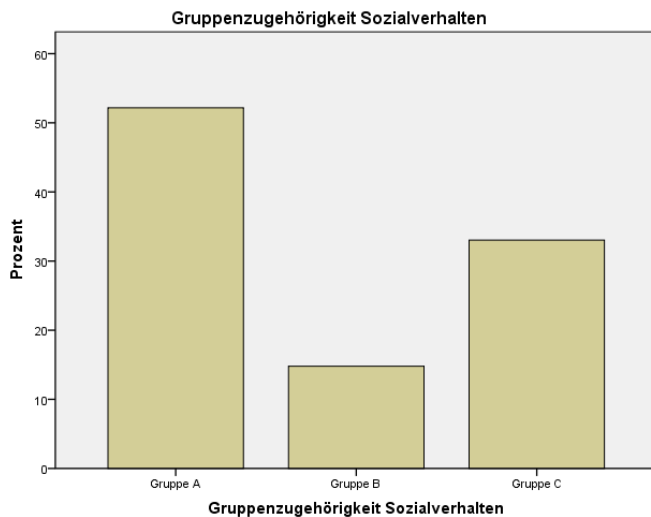


Abb. 14: Gruppenzugehörigkeit Sozialverhalten

Eigentlich müsste der Zusammenhang zwischen entwicklungsbedingenden Faktoren und dem Sozialverhalten am offensichtlichsten sein. Dies ist unerwarteter Weise nicht der Fall. Dennoch gibt es hierfür Gründe: Einer davon liegt allenfalls im gewählten Verfahren (Fragebogen, allerdings in vielen Sprachen vorhanden) und darin, wie dieses Verfahren den Grenzbereich der Auffälligkeit festsetzt. Ein anderer ist darin zu suchen, dass die Zahl an Kindern im Bereich B insgesamt klein ist, was zum einen mit der kleinen Stichprobe und zum anderen damit zu tun haben kann, dass eine selektive Stichprobe (von Kindern, die der HFE angemeldet sind) vorliegt.

## Gruppenzugehörigkeit Gesamt

Die Tabelle zeigt die Zugehörigkeit der 119 getesteten Kinder nach der Durchführung aller Tests in allen vier Entwicklungsbereichen. Entscheidend für die Zuteilung ist der schlechteste Wert eines Kindes in einem der vier Entwicklungsbereiche. Ist also ein Kind in einem Bereich in der Gruppe C eingeteilt wird es auch gesamthaft der Gruppe C zugeordnet. Das heisst auch, dass in der Gruppe A nur Kinder sind, die in keinem der vier Entwicklungsbereiche eine Auffälligkeit zeigen. Von den untersuchten Kindern fallen

<b>9 (7.6%)</b>	in die <b>Gruppe A</b>
<b>20 (16.8%)</b>	in die <b>Gruppe B</b>
<b>90 (75.6%)</b>	in die <b>Gruppe C</b>

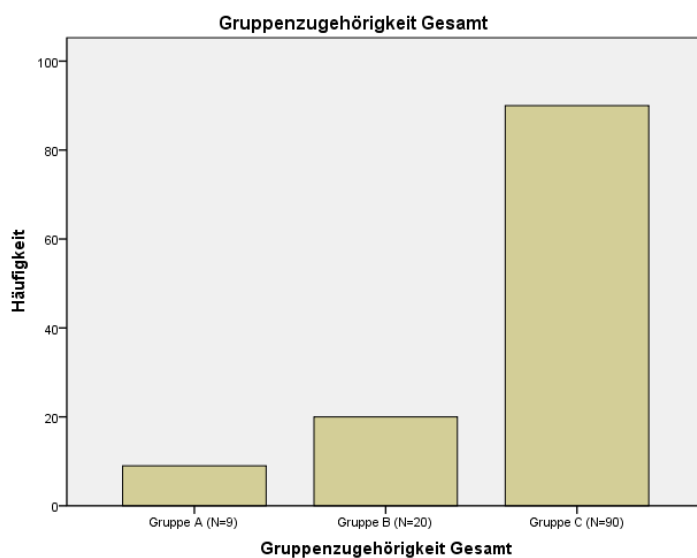


Abb. 15: Gruppenzugehörigkeit Gesamt

Aus dieser Abbildung wird ersichtlich, dass 75.6% (N=90) der Kinder in mindestens einem Entwicklungsbereich Resultate kleiner als  $-4/3$  SD aufweisen (**Gruppe C**). Das Ergebnis erstaunt nicht, da die Kinder ja bereits als auffällige Kinder angemeldet wurden. Es liegt also keine Normalverteilung von 3-6 jährigen Kindern vor:

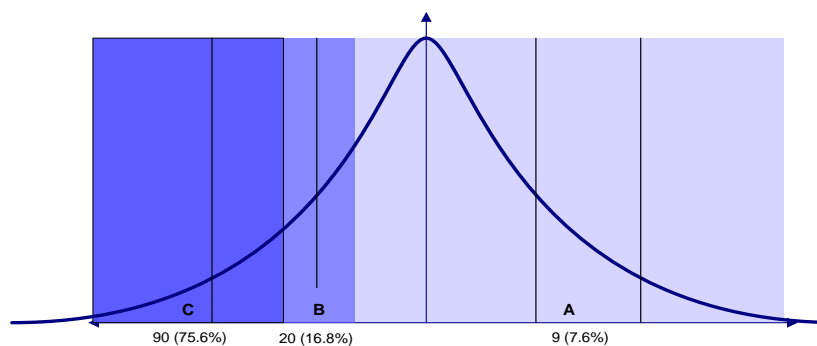


Abb. 16: Gruppenzugehörigkeit Gesamt mit Normalverteilung

Aufgrund der Entwicklungsabklärung zeigen 7.6% (N=9) der Kinder keine Entwicklungsbeeinträchtigung (**Gruppe A**). Erst durch die Prüfung der Risiko- und Schutzfaktoren wird sich herausstellen, ob sie in ihrer Entwicklung dennoch potentiell gefährdet sind. Die Annahme ist erlaubt, sind doch auch diese Kinder oder ihre Umfeld in irgendeiner Art so auffällig geworden, dass eine Anmeldung zumindest zur Abklärung an einem Heilpädagogischen Dienst erfolgte. Dazwischen liegen 16.8% (N=20) Kinder mit Entwicklungsergebnissen im Grenzbereich  $-2/3$  SD Wert  $-4/3$  SD (**Gruppe B**). Durch die Einschätzung ihrer Risiko- und Schutzfaktoren lässt sich besser und früh erkennen, ob sie aufgrund eines belasteten Umfeldes in ihrer Entwicklung gefährdet sind oder ob sie mit einer potentiellen oder bereits manifesten Entwicklungsverzögerung in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen auf sich aufmerksam machen.

### 7.3.2 Häufung der Auffälligkeiten

Interessant ist nun festzustellen, ob die Auffälligkeit auf einen Entwicklungsbereich beschränkt ist oder ob mehrere Entwicklungsbereiche betroffen sind:

#### Anzahl Auffälligkeiten in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen bei Kindern der Gruppe C

Die Analyse zeigt, dass von den Kindern in der **Gruppe C** 31.1% in zwei, 17,8% in drei und 4.4% in allen Entwicklungsbereichen eine Auffälligkeit zeigen. Der weitaus grösste Teil der Kinder (46.7%) aber sind nur in einem Entwicklungsbereich auffällig.

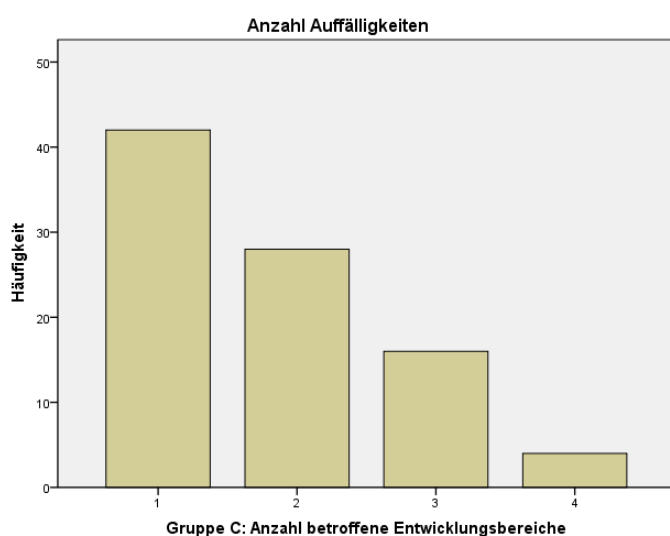


Abb. 17: Anzahl betroffene Entwicklungsbereiche Gruppe C

Weniger als 5 % der Kinder sind in allen 4 Bereichen auffällig. Viele Kinder zeigen hingegen Auffälligkeiten lediglich im Bereich der Sprache. Deshalb ist anzunehmen, dass die Mehrzahl der Kinder, die nur eine Entwicklungsauffälligkeit zeigen, dies in der Sprache tut. Dies lässt zum einen den Schluss zu, dass Kinder aufgrund von Verständigungsproblemen (und nicht eigentlichen Sprachverarbeitungsproblemen) auffallen. Andererseits kann aus den Resultaten geschlossen werden, dass die meisten Kinder ein Entwicklungsprofil zeigen mit einem normalem Entwicklungsverlauf in einem oder mehreren Bereichen und zugleich mit einem Entwicklungsdefizit in zumeist einem Bereich. Das zeigt sich derart, dass in der Ergebniszusammenfassung



einer Entwicklungsabklärung die Teilergebnisse in den Bereichen Kognition, Sprache, Motorik und im Sozialverhalten sehr unterschiedlich sind. Derart **heterogene Entwicklungsprofile** schliessen zumeist eine geistige Behinderung aus. Sie erfordern eine entsprechend gezielte Massnahme. (Bürki 2009, S. 11)

### Anzahl Auffälligkeiten in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen bei Kindern der Gruppe B

Ein anderes Bild zeigt sich bei der **Gruppe B**: Von den 20 Kindern in der Gruppe B sind nur 3 in zwei Entwicklungsbereichen auffällig, die anderen zeigen eine Auffälligkeit in nur einem Entwicklungsbereich.

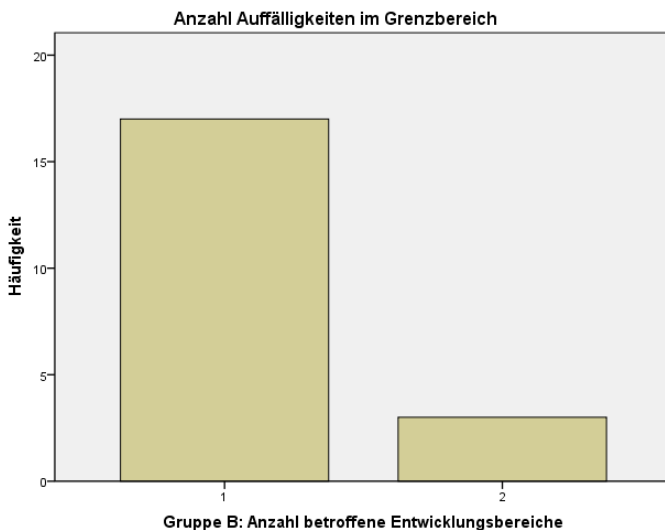


Abb. 18: Anzahl betroffene Entwicklungsbereiche Gruppe B

Detailliertere Resultate zur Gruppe B sind in Kapitel 8 zusammengefasst.

## 7.4 Ergebnisse der Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren und Diskussion

Mittels eines Anamnese-Gesprächsbogens (siehe Anhang) wurden im familiären Umfeld des Kindes vorhandene Risikofaktoren aber auch fehlende Schutzfaktoren eingeschätzt. In Anlehnung an die Belastungsstufen der Mannheimer Studie (Esser et. al., 1995, S. 34; Laucht et al., 1999, S. 76f., Laucht et al. 2002, S. 8, siehe auch Kap. 2.1) wird von einer schweren Risikobelastung ausgegangen, wenn drei oder mehr Risikofaktoren vorliegen. Da theoretisch gesehen das Risiko einer Entwicklungsgefährdung durch Vorliegen von mehr Schutz- als Risikofaktoren reduziert ist, wird auch als Belastung angesehen, wenn lediglich 2 oder noch weniger Schutzfaktoren vorhanden sind.

### 7.4.1 Vorhandensein von Risikofaktoren – Fehlen von Schutzfaktoren

Die folgenden Tabellen zeigen wie viele der Kinder belastet sind, entweder weil sie von drei oder mehr Risikofaktoren (Tab. 16) oder nur von zwei oder weniger Schutzfaktoren (Tab. 17) umgeben sind. Die Darstellungen erfolgen separat für drei Altersgruppen. Daraus wird ersichtlich, dass 85 Kinder (71%) durch ein Übermass an Risikofaktoren und 16 Kinder (13%) durch einen Mangel an Schutzfaktoren belastet sind.

			weniger als 3 RF	3 oder mehr RF	Gesamt
Altersgruppen	3-4 Jahre	Anzahl	7	30	37
		erwartete Anzahl	10.1	26.9	37.0
	4-5 Jahre	Anzahl	13	28	41
		erwartete Anzahl	11.2	29.8	41.0
	5-6 Jahre	Anzahl	12	27	39
		erwartete Anzahl	10.7	28.3	39.0
Gesamt		Anzahl	32	85	117
		erwartete Anzahl	32.0	85.0	117.0

Tab. 16: Kreuztabelle Altersgruppen/Summe Risikofaktoren

#### Altersgruppen \* Anzahl Schutzfaktoren Kreuztabelle

			Anzahl Schutzfaktoren		Gesamt
			2 oder weniger SF	mehr als 2 SF	
Altersgruppen	3-4 Jahre	Anzahl	5	33	38
		Erwartete Anzahl	5.2	32.8	38.0
	4-5 Jahre	Anzahl	5	36	41
		Erwartete Anzahl	5.6	35.4	41.0
	5-6 Jahre	Anzahl	6	33	39
		Erwartete Anzahl	5.3	33.7	39.0
Gesamt		Anzahl	16	102	118
		Erwartete Anzahl	16.0	102.0	118.0

Tab. 17: Kreuztabelle Altersgruppen/Anzahl Schutzfaktoren

Vom Gesamt der Situationen sind in jeweils 72,6% (85 Kinder) mehr als drei Risikofaktoren (RF) und in 13,5% (16 Kinder) der erhobenen Situationen aber auch weniger als zwei Schutzfaktoren (SF) vorhanden. Auffallend ist die Differenz zwischen der erwarteten und der tatsächlichen Anzahl von RF bei Kindern von 3-4 J. Sie haben tendenziell eher mehr als 3 Risikofaktoren und sind deshalb einer höheren Belastung ausgesetzt. Der hohe Anteil an vorhandenen Schutzfaktoren erstaunt, ist aber erklärbar.

Die Durchsicht der Kommentare der Testleitenden zu den einzelnen Fragen ergab, dass einige Fragen entweder zu allgemein gestellt waren (z.B. stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson (Frage 24): „hat Ihr Kind eine spezielle Bezugsperson (Lieblingsbezugsperson) im familiären oder ausserfamiliären Um-

feld“) oder dass da, wo die Eltern ihre Kompetenzen selber einschätzen sollten, wie bei jener nach Modellen positiver Bewältigung in der Familie (Frage 25) oder nach dem Erziehungsklima (Frage 26) die Eltern sozial erwünschte Angaben machten, was in jedem dieser Fälle als vorhandener Schutzfaktor notiert wurde. Diese Unstimmigkeiten in der Erhebung der Schutzfaktoren müssen in den Folgearbeiten berücksichtigt werden.

#### 7.4.2 Art der Risiko- und Schutzfaktoren, die die Entwicklung belasten resp. entlasten

Untenstehende Tabellen zeigen, wie häufig welche Risiko- und Schutzfaktoren bei den Kindern, die an die Heilpädagogische Früherziehung angemeldet wurden, vorkommen. Es zeigt sich, dass weniger personale Risikofaktoren als Schutzfaktoren erhoben wurden. Es kommen sowohl psychosoziale Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren häufig vor. Zudem fällt auf, dass doch 52% (N=61) der angemeldeten Kinder Erstgeborene sind. Ansonsten sticht auch heraus, dass die Kinder von vielen psychosozialen Schutzfaktoren umgeben sind. Das würde auf ein eher positives Umfeld schliessen lassen. Kritischer gesehen muss gefragt werden, ob die Eltern nicht doch häufig sozial erwünschte Antworten gegeben haben.

Personale Risikofaktoren			Personale Schutzfaktoren		
	N	%		N	%
Neonatale Komplikationen	26	22	Erstgeborenes Kind	62	52
EPH-Gestose	24	20	Positives Sozialverhalten	48	40
Frühgeburt $\leq$ 37. SSW	16	13	Positives Temperament	37	31
Asphyxie $\geq$ 7 Tage	11	9	Mädchen	35	29
Geburtsgewicht $\leq$ 1500g	5	4	Überdurchschnittliche Intelligenz	7	6

Psychosoziale Risikofaktoren			Psychosoziale Schutzfaktoren		
	N	%		N	%
Belastungen, die zu Krankheit führen	66	55	Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson	103	87
Vorkommnisse aus der persönlichen Vergangenheit	65	55	Offenes, unterstützendes Erziehungsklima	89	75
Belastung des Familienlebens	55	46	Soziale Unterstützung der Familie	83	70
Umgang mit belastenden Situationen	53	45	Familiärer Zusammenhalt	78	66
Unterstützung in Familienaufgaben	46	39	Regelmässigkeit und Freude im Kontakt und Spiel mit Kindern	78	66
Ausbildung der Eltern	42	35	Modelle positiver Bewältigung in der Familie	67	56
Kinderwunsch	37	31	Bindung zum Kind	61	51
Zufriedenheit mit der Partnerschaftssituation	19	16	Positive Schulerfahrungen der Eltern	43	36
Beengt erlebte Wohnverhältnisse	19	16			
Frühe Elternschaft	12	10			
Ein-Eltern-Familie	10	8			

Tab. 18: Häufigkeiten Risiko- und Schutzfaktoren

Besonders sticht auf den ersten Blick bei den Risikofaktoren ins Auge, dass bei mehr als der Hälfte der Situationen das familiäre System durch Erschwernisse belastet ist und die eigene Vergangenheit die Eltern einzuholen scheint. Bei den Schutzfaktoren fällt der überaus hohe Anteil an Erstgeborenen auf, was zur Vermutung verleitet, dass die Anmeldung auch mit Unsicherheiten mit der neuen Elternrolle im Zusammenhang stehen könnte. Aufmerken lässt vor allem auch, dass die Bindung zum Kind (erhoben mit der Ainsworth-Skala) nur bei der Hälfte der Situationen als Schutzfaktor wirken kann.

### 7.4.3 Verhältnis von Schutzfaktoren und Risikofaktoren

Eine weitere Analyse soll zeigen wie das Verhältnis von Risikofaktoren und Schutzfaktoren aussieht. Dieses Verhältnis gibt Hinweise auf den Förderbedarf und den Charakter der Massnahme.

**Verhältnis Schutzfaktoren (SF)/Risikofaktoren (RF)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehr SF als RF	63	52.9	53.8	53.8
	weniger SF als RF	54	45.4	46.2	100.0
	Gesamt	117	98.3	100.0	
Fehlend		2	1.7		
Gesamt		119	100.0		

Tab. 19: Verhältnis Schutzfaktoren/Risikofaktoren

Die Feststellung interessiert, weil rein theoretisch davon auszugehen ist, dass bei Kindern, welche in einem Umfeld mit vielen Schutzfaktoren aufwachsen, Voraussetzungen gegeben sind, um den Risiken zu trotzen. Das ist bei 52.9% der Kinder der Fall. 45.4% der Kinder hingegen sind durch eine Überzahl an Risikofaktoren in einem belastenden Umfeld. Wo es nicht möglich sein wird, auf die Risikofaktoren in ihrem Umfeld Einfluss zu nehmen, wird es nötig werden durch Aufbau und Stärkung der Schutzfaktoren positiv auf die Entwicklung der Kinder durch angemessene Massnahmen einzuwirken.

### 7.4.4 Zuteilung in Gruppen zur Bestimmung des Förderbedarfs

Eine genaue Analyse des Entwicklungsstandes des Kindes sowie seiner entwicklungsbedingenden Faktoren im Umfeld erlauben die Unterscheidung von drei unterschiedlichen Gruppen von Kindern, welche aufgrund ihrer speziellen Situation auch einen unterschiedlichen Förderbedarf haben (siehe Kap. 5, Teil D):

#### Gruppe 1: angezeigter Förderbedarf (rot)

- wenn eine Entwicklungsbeeinträchtigung (Entwicklungsabweichung oder schwere und schwere Entwicklungsabweichung / Behinderung vorliegt, liegt auch ein Förderbedarf vor.
- Wenn die Entwicklungsergebnisse des Kindes im Grenzbereich liegen und Belastungen vorhanden sind, ist ein Förderbedarf angezeigt.

#### Gruppe 2: präventiver Förderbedarf (orange)

- wenn die Entwicklungsbeeinträchtigung zwar (vielleicht noch) nicht manifest ist, aber das Kind in einem Risikoumfeld aufwächst, ist die Entwicklung potentiell gefährdet. Es liegt deshalb ein Förderbedarf vor. Die Massnahme soll im Sinne der selektiven Prävention beitragen (orange),
  - die Risikofaktoren selber oder die negativen Auswirkungen davon zu vermindern
  - die (fehlenden) Schutzfaktoren beim Kind und / oder seinem Lebensumfeld – im Sinne der Resilienz – zu stärken und damit indirekt auf bestehende Risikofaktoren Einfluss zu nehmen

- wenn die Entwicklung des Kindes verzögert ist, aber keine Belastungen vorliegen, empfiehlt sich im Sinne einer indizierten Prävention, eine Fördermassnahme einzuleiten.

### Gruppe 3: Kein Förderbedarf (grün)

- wenn die Entwicklung des Kindes unbedenklich verläuft und keine Belastungen vorliegen, erübrigt sich eine Fördermassnahme. Allenfalls sind Kontrolluntersuchungen vorzusehen

Die Auswertung zeigt, dass von den 119 Kindern, die an Heilpädagogischen Diensten abgeklärt wurden 79% einen Förderbedarf haben (Gruppe 1), 15,1% sollten präventive Massnahmen bekommen (Gruppe 2) und bei 4.2% liegt kein Handlungsbedarf vor, allenfalls wird mit einer Kontrolluntersuchung die Entwicklung des Kindes weiter verfolgt, (Gruppe 3) wie nachfolgende Abbildung zeigt:

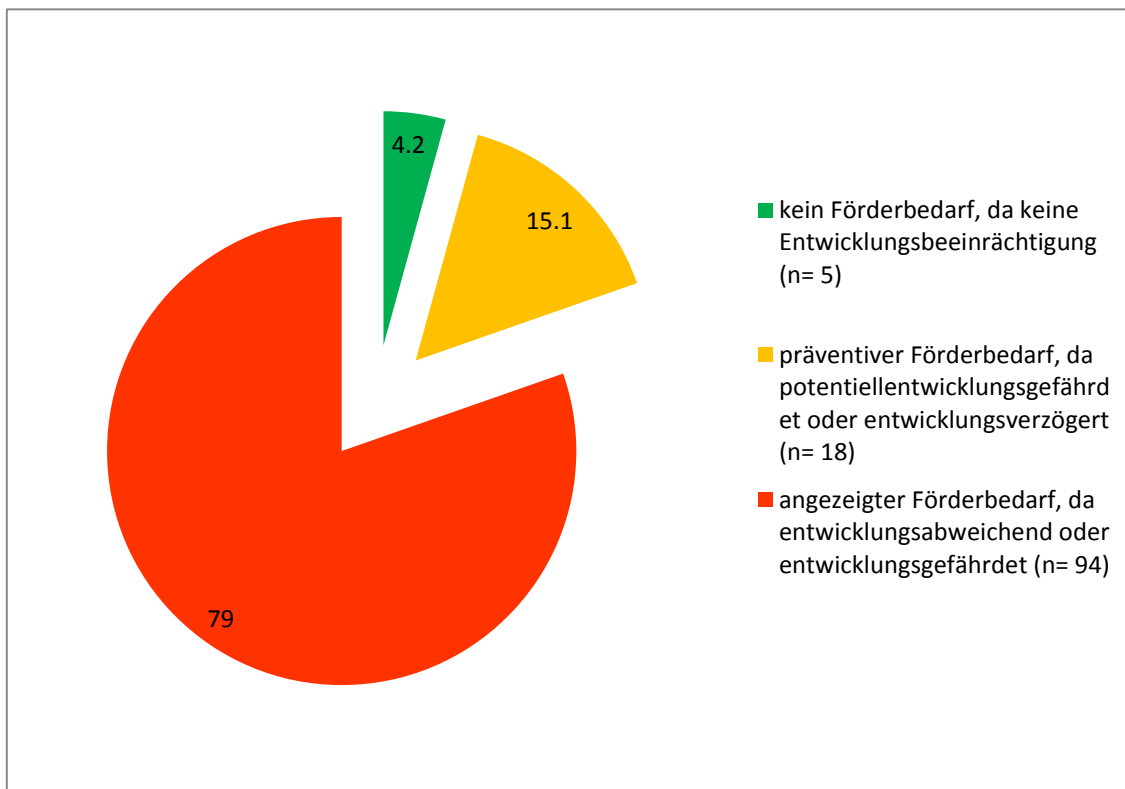


Abb. 18: Anzahl Kinder – Förderbedarf

## 7.5 Massnahmenempfehlung

Unter Berücksichtigung der theoretischen Vorgaben (Kap. 5, Teil D) mündet die Auswertung der erhobenen Daten in einer Empfehlung einer oder mehrerer Massnahmen. Ob sich eine Massnahme aufdrängt und welche kind- oder umfeldorientierte Massnahme der Problemlage des Kindes angemessen ist, richtet sich nach den Ergebnissen der Entwicklungs- und Verhaltensabklärungen, nach Interpretation der Belastung hinsichtlich der bestehenden Risikofaktoren aber auch nach Feststellung fehlender Schutzfaktoren in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit.

Die Testleitenden wurden in der Festlegung der Massnahmenempfehlung nicht geleitet. Sie konnten aufgrund ihres Verständnisses und wohl auch aufgrund der Gepflogenheiten am einzelnen Heilpädagogischen Dienst jene Massnahme empfehlen, welche ihnen angemessen schien. Die Testleitenden liessen sich wenig von den theoretischen Überlegungen, die in der Anleitung dargestellt waren, beeinflussen.

Aufgrund der Verfahrensvorgaben liessen sich idealtypische Massnahmenempfehlungen untersuchen mit folgenden Ergebnissen:

	Häufigkeit	Prozent
Kein Förderbedarf	5	4.2
Präventiver Förderbedarf	18	15.1
Angezeigter Förderbedarf		
- zur Verminderung von RF	47	39.5
- zur Stärkung von SF	3	2.5
Angezeigter Förderbedarf aufgrund der Entwicklungsabklärung; keine zusätzliche Belastung	44	36.9
Fehlend	2	1.7
Gesamt	119	100.0

Tab 20: Idealtypische Massnahmenempfehlung

Diese Tabelle lässt sich leichter zusammen mit Abb. 18 (siehe Kap. 7.4) lesen. Es zeigt sich, dass insgesamt 80.7% der Kinder einen angezeigten Förderbedarf haben, entweder, weil sie zwar unbelastet aufwachsen, aufgrund der Entwicklungsabklärung aber einen angezeigten Förderbedarf haben (36.9%) oder weil die Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren ergab, dass das Umfeld des Kindes zusätzlich zur Entwicklungsauffälligkeit belastet ist (42%). Die erste Zahl (36.9%) ist nicht erstaunlich, da die untersuchten Kinder bereits Anlass zur Besorgnis geben und deshalb zur Abklärung an einem Heilpädagogischen Dienst angemeldet wurden.

Ein präventiver Förderbedarf liegt bei 15.1% der Kinder vor. Ihre Resultate der Entwicklungsabklärung liegen zwar oberhalb des Grenzbereiches, sie sind aber durch Belastungen gefährdet. Andere Kinder hingegen zeigen eine Entwicklungsverzögerung (im Grenzbereich) und sollten deshalb im präventiven Sinn eine Massnahme erhalten. Bei 4.2% ist eine Kontrolluntersuchung angemessen oder es erübrigt sich jegliche Empfehlung einer Massnahme.

Jetzt kann man dieses Resultat mit den Massnahmenempfehlungen der Testleitenden vergleichen. Zunächst die Häufigkeiten von Förderbedarf oder keinem Förderbedarf bzw. Kontrolluntersuchung zeigt folgendes Bild: In 99 Fällen wurde ein Förderbedarf attestiert, in 3 Fällen kein Förderbedarf und in einem Fall wurde eine Kontrolluntersuchung veranlasst. In 16 Fällen wurde keine oder eine fehlerhafte Angabe gemacht.

### Förderbedarf

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Förderbedarf /Kontrolluntersuchung	3 (5)	2.5	2.9	2.9
	Angezeigter Förderbedarf	99 (96)	83.2	96.1	99.0
	Präventiver Förderbedarf	1 (18)	.8	1.0	100.0
Fehlend		16	13.4		
Gesamt		119	100.0		

Tab 21: Attestierung Förderbedarf durch TL

Ein Vergleich der Feststellung eines Förderbedarfs durch die Testleitenden mit der idealtypischen Massnahmenempfehlung (in Klammer) ist nur schwer zu machen. Zum einen, weil, wie gesagt, die Testleitenden nicht in diesem Sinne angeleitet wurden, zum anderen, weil 16 Angaben fehlen. Es wird vermutet, dass die Früherzieher und Früherzieherinnen den Förderbedarf sowohl als ausgewiesen wie auch im präventiven Sinn betrachten. Denn aus den Protokollbogen lässt sich mehrmals entnehmen, dass die Testleitenden unter dem angezeigten Förderbedarf („es liegt ein Förderbedarf vor“) auch die Form der Kurzberatung subsumieren. Art und Ausmass der Kurzberatung wurde als Massnahme nicht vorgegeben und von den Testleitenden nicht näher spezifiziert. So kann nur vermutet werden, dass die Kurzberatung mit präventiver Absicht empfohlen wird. Hier stellt sich die Frage, wem diese Aufgabe zukommen soll. Den Mitarbeitenden eines Frühberatungsdienstes, die bereits aufgrund der Abklärung mit der Familie vertraut sind, aber ein kostenintensives Angebot machen oder ein niederschwelligeres Angebot z.B. seitens der Familienbegleitung.

Jetzt interessiert noch, welche Massnahmenempfehlungen die Testleitenden im Protokollbogen abgaben. Folgende Massnahmen waren im Protokollbogen vorgegeben:

□ Kindorientierte Massnahme(n)	
<input type="checkbox"/> <b>Spezifische Unterstützung</b> <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Psychomotorik <input type="checkbox"/> andere Massnahme, weil ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>Allg. Heilpädagogische Unterstützung</b> <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung <input type="checkbox"/> integrierte HP Förderung <input type="checkbox"/> andere Massnahme, weil ..... .....
<input type="checkbox"/> <b>Verminderung von Risiko</b> <input type="checkbox"/> Soziale Massnahmen <input type="checkbox"/> psychologische Massnahmen <input type="checkbox"/> andere Massnahme, weil ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>Stärkung von Schutz</b> <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung <input type="checkbox"/> sozialpädagogische Massnahme <input type="checkbox"/> andere Massnahme, weil ..... .....
□ Umfeldorientierte Massnahme(n)	

Tab. 22: Möglichkeiten zur Empfehlung der genauen (kind- oder umfeldorientierten) Massnahme(n)

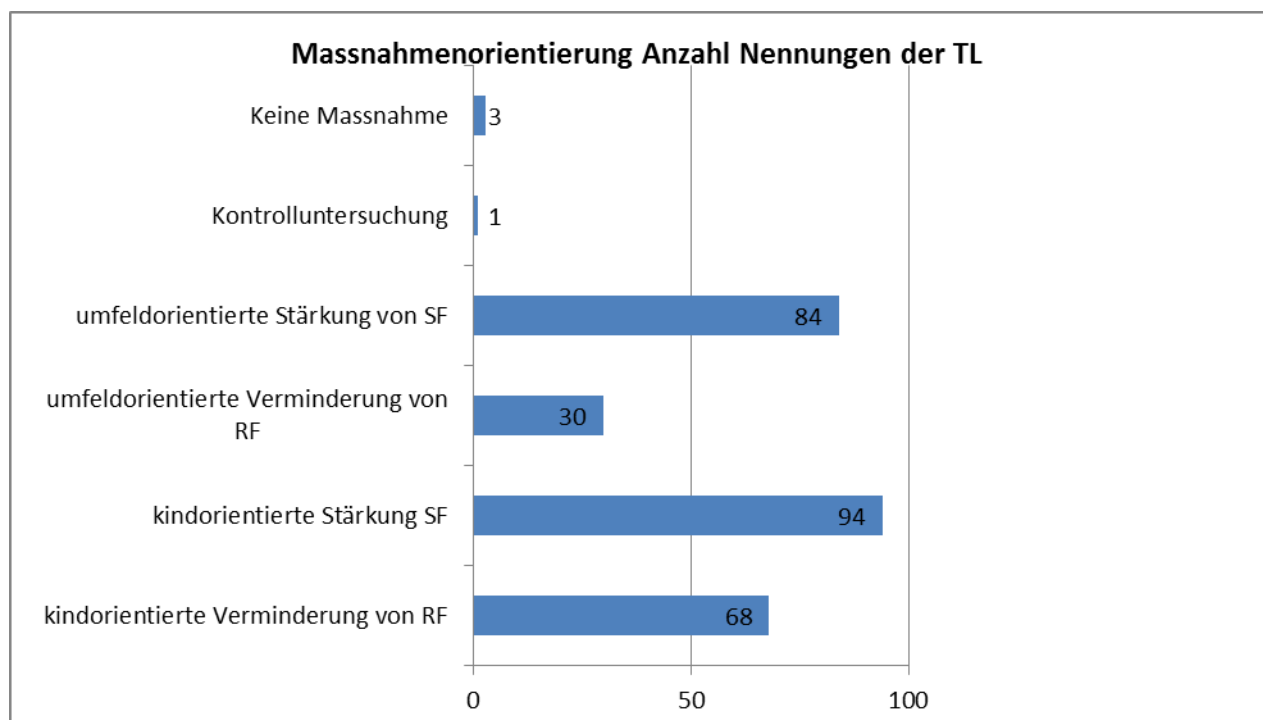




Abb. 19: Anzahl Nennungen TL

Unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu Mehrfachantworten, können die Angaben unter zwei Aspekten interpretiert werden:

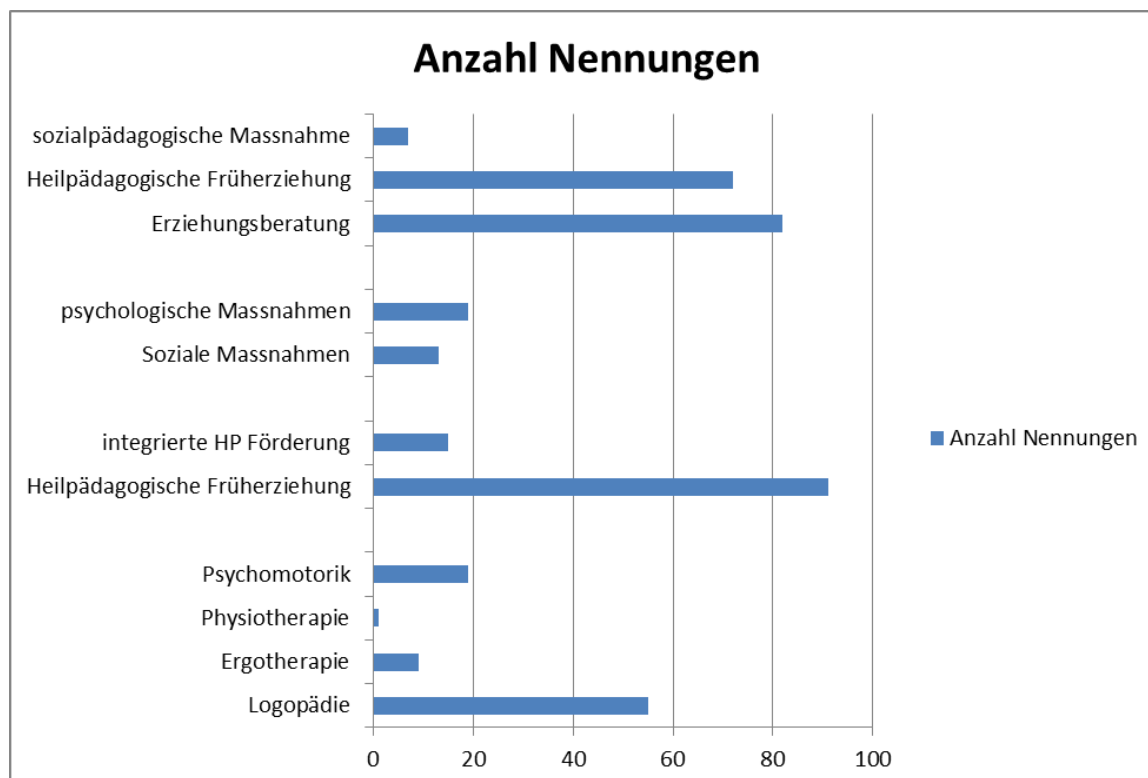
- Kindorientierte Massnahme vor umfeldorientierter Massnahme

In 114 Situationen wurde eine umfeldorientierte Massnahme empfohlen (84 zur Stärkung von Schutzfaktoren; 30 Verminderung von Risikofaktoren). 162 Mal wurden kindorientierte Massnahmen genannt (94 zur Stärkung von Schutzfaktoren und 68 zur Verminderung von Risikofaktoren) empfohlen. Wohl sind die Kinder in 75.6% der Abklärungen in mindestens einem Entwicklungsbereich auffällig, aber nur in 49.6% in der Kognition (siehe Abb. 9). Das bedeutet, dass die Testleitenden den Fokus auch auf etwas anderes legen als auf die kognitive Förderung. Nach Durchsicht der Dossiers bestätigt sich der Eindruck, dass die Testleitenden einen kindorientierten Förderauftrag auch darin sehen, das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit des Kindes zu stärken, ein Faktor, welcher mit dem Verfahren nicht erhoben wird.

- Stärkung der Schutzfaktoren vor Verminderung der Risikofaktoren

Die Testleitenden empfahlen in 178 Situationen, also fast doppelt so vielen, Massnahmen zur Stärkung der Schutzfaktoren (94 zur Stärkung von personalen SF und 84 zur Stärkung von psychosozialen SF) und in 98 Situationen die Verminderung von Risikofaktoren (68 zur Verminderung von personalen RF und 30 zur Verminderung von psychosozialen RF). Dies erstaunt, bis auf die Ausnahme der Empfehlung von Logopädie (siehe unten) nicht weiter, sind Heilpädagogische Früherzieherinnen und Früherzieher qua ihres Auftrages einem pädagogischen Verständnis verpflichtet, das „nicht nach dem Fehler (hier: das Risiko) sondern vielmehr nach dem Fehlenden (hier: die Stärkung des Fehlenden)“ sucht.

Ein detaillierter Blick auf die Resultate zeigt folgende Verteilung der Massnahmenarten:



Hierbei zeigt sich, dass die HFE entweder umfeld- (72) oder kindorientiert (91) am meisten genannt wird, dann folgt die Erziehungsberatung, die in 82 Fällen empfohlen wird. Als spezifische Massnahme wird die Logopädie am meisten als geeignete Massnahme gesehen (55).

Einige der Resultate sind überraschend: So wird bei 55 (46%) Kindern Logopädie als Massnahme vorgeschlagen. Aufgrund des hohen Prozentsatzes von Kindern mit Auffälligkeiten im Bereich der Sprache ist dies zwar naheliegend, aber dennoch erstaunlich, da die Abklärung im Bereich der Sprache schwierig auszuwerten ist und von der TL nicht ausgeschlossen wurde, dass viele Kinder nicht sprachauffällig sind, sondern Verständigungsschwierigkeiten haben. In diesem Fall wäre Logopädie nicht unbedingt die geeignete Massnahme. Falls die TL bei den Kindern aber Schwierigkeiten im Spracherwerb annehmen, dann müssten sie im Frühbereich aufgrund ihrer Ausbildung ebenso in der Lage sein zu intervenieren. Allerdings kann aufgrund der Mehrfachnennungen nicht eruiert werden, ob die Logopädie als alleinige oder als ergänzende Massnahme vorgeschlagen wird.

In 19 Fällen wurden psychologische Massnahmen für die Familie empfohlen. Diese Empfehlung steht im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten, denen die Familien begegnen, nämlich Belastungen, die zu Krankheit führen und Vorkommnisse aus der persönlichen Vergangenheit. Wo derartige Risikofaktoren vorliegen, drängt sich eine psychologische Begleitung der Familie oder eines ihrer Mitglieder auf, es sei denn die Heilpädagogische Früherzieherin / der heilpädagogische Früherzieher bringe eine Zusatzqualifikation zur kompetenten Unterstützung mit.

Interessant ist auch das Ergebnis, dass die Testleitenden in 91 Fällen eine kindorientierte heilpädagogische Früherziehung empfehlen. Diese Empfehlung widerspricht zum Teil dem Arbeitsverständnis der HFE, die den Schwerpunkt auf eine systemorientierte Sichtweise von Problemen und Auffälligkeiten legt. Vermutlich, aber nicht eruierbar ist, dass die TL Heilpädagogische Massnahme sowohl als kind- als auch als umfeldorientiert empfohlen hat.

Ein wichtiges Ergebnis sind die 88 Empfehlungen für eine Erziehungsberatung. Sie steht wohl im Zusammenhang mit allgemeinen Erziehungsschwierigkeiten der Eltern. Es wurde nicht weiterverfolgt, ob die TL die Familien im Anschluss an die Abklärung einer Erziehungsberatungsstelle oder an ein Erziehungsprogramm weiter geleitet haben, oder ob sie diese Aufgabe als die ihre erachten. Hierunter fällt wohl auch, dass die TL kaum Kontrolluntersuchungen, sondern Erziehungsberatung in Form einer Kurzberatung empfehlen.

Es mag von Bedeutung sein, wer die Abklärung und davon abgeleitete Massnahmenempfehlung macht. Im vorliegenden Fall wurden viele Kinder der heilpädagogischen Früherziehung zugewiesen, die aufgrund ihres Auftrages das Empowerment des Kindes und seiner Familie im Fokus haben. Da die Abklärungen auch von ihnen durchgeführt wurden, können Selbstzuweisungen nicht ausgeschlossen werden. Hier zeigt es sich, dass ein Vieraugenprinzip vorausgesetzt werden muss.

## 8. Ein genauerer Blick auf die Kinder im Grenzbereich

In diesem Kapitel sollen die Kinder im Grenzbereich (Gruppe B) genauer angeschaut werden. Es sind die Kinder, die nach der Entwicklungsabklärung in einem oder mehreren der vier Entwicklungsbereiche in die Gruppe B eingeteilt wurden.

### 8.1 Allgemeine Resultate zu Kindern der Gruppe B

Eine verallgemeinerbare Analyse ist nicht zu leisten, denn die Darstellung ist keinesfalls repräsentativ. Das Zahlenmaterial basiert nur auf 20 Fällen, daher kann man hier allenfalls von tendenziellen Profilen der Kinder sprechen und die Resultate haben eher illustrativen Charakter.

Wer sind die Kinder, die in diesen Grenzbereich fallen?

**Alter:** Die Kinder im Grenzbereich sind eher jünger und in den meisten Fällen zwischen 3 und 4;11 Jahren alt. Von den 20 als B-Kindern diagnostizierten Jungen und Mädchen sind 8 Kinder zwischen 3-4 Jahre alt, 9 zwischen 4-5 Jahren. Nur drei von ihnen fallen in die Altersgruppe der 5-6-jährigen. Dies weist darauf hin, dass die Mehrzahl dieser Kinder bereits sehr früh entweder in der Entwicklung auffallen oder einer Belastung ( $RF \geq 3$ ;  $SF \leq 2$ ) ausgesetzt sind, was zu präventivem Handeln auffordert.

**Entwicklungsdiagnostik:** Bei den Kindern der Gruppe B tritt die Auffälligkeit in 17 von 20 Fällen nur in einem Entwicklungsbereich auf:

Anzahl Auffälligkeiten im Grenzbereich

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1	17	85.0	85.0	85.0
2	3	15.0	15.0	100.0
Gesamt	20	100.0	100.0	

Tab. 23: Anzahl Auffälligkeiten im Grenzbereich

Die Analyse zeigt, dass die Kinder der Gruppe B v.a. in der Sprache im Grenzbereich anzusiedeln sind. 11 von den 20 Kindern der Gruppe B fallen hier durch einen Wert im Grenzbereich auf. Danach folgen in den Bereichen Motorik und Sozialverhalten je 3 Kinder und im Bereich der Kognition 1 Kind mit Resultaten im Grenzbereich. Das zeigt sich auch in der Darstellung von Mustern der Auffälligkeit(en):

Muster von Auffälligkeiten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1112*	2	10.0	13.3	13.3
1121	2	10.0	13.3	26.7
1211	8	40.0	53.3	80.0
1212	1	5.0	6.7	86.7

1221	1	5.0	6.7	93.3
2211	1	5.0	6.7	100.0
Gesamt	15	75.0	100.0	
Fehlend	5	25.0		
Gesamt	20	100.0		

\* wie folgt zu lesen: Ziffern in der Reihenfolge: Kognition, Sprache, Motorik und Sozialverhalten; 1=nicht auffällig, 2=Grenzbereich

Tab. 24: Muster von Auffälligkeiten

Es fehlen fünf Muster, weil in 5 Situationen nicht alle Entwicklungsbereiche abgeklärt wurden. Die Kinder wurden dennoch der Gruppe B zugeordnet, wobei nicht auszuschliessen ist, dass das eine oder andere Kind, wären alle Entwicklungsbereiche abgeklärt worden, in die Gruppe C gefallen wäre. Auch aus diesem Grund sind die Aussagen umso vorsichtiger aufzunehmen.

Die Kinder der Gruppe B fallen also insbesondere durch ein Resultat im Grenzbereich in der Sprache auf (11 Kinder), wie dies auch beim Gesamt der Kinder der Fall ist (siehe Kap. 7.3.1/ Sprache).

**Ermittlung der Risiko- und Schutzfaktoren:** 12 der 20 Kinder der Gruppe B sind von mehr als 3 Risikofaktoren belastet. Die Risikofaktoren sind insbesondere psychosozialer Art, wie nachfolgende Tabellen zeigen:

**Summe Risikofaktoren in der Gruppe B**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger als 3 RF	8	40.0	40.0	40.0
	mehr oder gleich 3 RF	12	60.0	60.0	100.0
	Gesamt	20	100.0	100.0	

Tab. 25: Summe Risikofaktoren in Gruppe B

**Summe personaler RF in der Gruppe B**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger als 3 personale RF	15	75.0	75.0	75.0
	mehr oder gleich 3 personale RF	5	25.0	25.0	100.0
	Gesamt	20	100.0	100.0	

Tab. 26: Summe personaler RF in Gruppe B

**Summe psychosozialer RF in der Gruppe B**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	weniger als 3 psychosoziale RF	8	40.0	40.0	40.0
	mehr oder gleich 3 psychosoziale RF	12	60.0	60.0	100.0
	Gesamt	20	100.0	100.0	

Tab. 27: Summe psychosozialer RF in Gruppe B

Bei 18 von 20 Kindern liegen mehr als drei Schutzfaktoren vor, im speziellen psychosoziale Schutzfaktoren, was, wie bereits erwähnt, auch an der Art der Fragestellung gelegen haben kann und deshalb positiv zu Buche schlägt.

**Anzahl SF in der Gruppe B**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	2 oder weniger Schutzfaktoren	2	10.0	10.0	10.0
	3 oder mehr Schutzfaktoren	18	90.0	90.0	100.0
	Gesamt	20	100.0	100.0	

Tab. 28: Anzahl Schutzfaktoren in Gruppe B

So haben beispielsweise alle Kinder (100%, N=20) in der Gruppe B eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson, 85 % (N=17), einen guten familiären Zusammenhalt 80% (N=16) werden in einem offenen, unterstützenden Klima erzogen.

Betrachtet man das Verhältnis zwischen vorhandenen Risikofaktoren und fehlenden Schutzfaktoren kann festgestellt werden, dass bei 14 der 20 Kinder mehr Schutzfaktoren als Risikofaktoren vorhanden sind. Theoretisch würde bei diesen Kindern, falls nicht eine Entwicklungsverzögerung vorliegt, entschieden werden, dass das Kind von genügend Schutzfaktoren umgeben ist, die ihm ermöglichen resilientes Verhalten aufzubauen. Allerdings, und es muss wieder betont werden, wurden schützende Faktoren als solche notiert, weil die Frage zu allgemein war oder die Eltern erwünschte Antworten gaben.

**Verhältnis Schutzfaktoren/Risikofaktoren**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Pro- zente
Gültig	Mehr SF als RF	14	70.0	70.0	70.0
	weniger SF als RF	6	30.0	30.0	100.0
	Gesamt	20	100.0	100.0	

Tab. 29: Verhältnis Schutzfaktoren/Risikofaktoren in Gruppe B

Weil bei 14 der 20 Kinder mehr Schutzfaktoren vorhanden sind als Risikofaktoren, wird bei ihnen keine Gefährdung festgestellt. Der Schluss liegt deshalb nahe, dass es sich bei ihnen um Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung (in den meistens Situationen aufgrund der Sprache) handeln muss. Als Massnahme kämen in diesem Fall eine präventive Massnahme in Form von Beobachten und Begleitung oder ein anderes Angebot in Frage, welches der besonderen Problematik der Kinder Rechnung trägt. 6 Kinder hingegen weisen einen Förderbedarf aus, weil die Risikofaktoren überwiegen und sie dadurch belastet sind.

**Anzahl der Abklärungen:** Im Durchschnitt braucht es für die Kinder im Grenzbereich nur maximal drei Abklärungen. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die Kinder der Gruppe B nicht zwangsläufig eine intensive Abklärung ihrer Risiko- und Schutzfaktoren bedurften. Diese Interpretation darf aber nicht überbewertet werden, weil, wie festgestellt, die Testleitenden der verschiedenen Heilpädagogischen Dienste auch unterschiedliche Zeit- resp. Stundenvorgaben für eine Abklärung haben.

**Anzahl Abklärungen der Kinder Gruppe B** (in Klammer Kinder der Gruppen A und C)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
1-3 Abklärungen	11 (48)	55.0 (48.5)	64.7 (61.5)	64.7 (61.5)
4-6 Abklärungen	4 (26)	20.0 (26.3)	23.5 (33.3)	88.2 (94.9)
mehr als 6 Abklärungen	2 (4)	10.0 (4.0)	11.8 (5.1)	100.0 (100.0)
Gesamt	17 (78)	85.0 (78.8)	100.0 (100.0)	
Fehlend	3 (21)	15.0 (21.2)		
Gesamt	20 (99)	100.0 (100.0)		

Tab. 30: Anzahl Abklärungen der Kinder in Gruppe B

### **Zusammenfassende Darstellung der Kinder der Gruppe B (tendenzielles Profil)**

- Sie sind eher jünger (3-4;11 Jahre).
- Nur ein Entwicklungsergebnis liegt im Grenzbereich.
- Sie fallen v.a. durch ein Resultat im Sprachbereich auf.
- Sie sind von mehr Schutz- als Risikofaktoren umgeben, insbesondere psychosoziale Schutzfaktoren sind viele vorhanden, d.h.
  - o sie haben eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson (100%)
  - o sie geniessen einen guten familiären Zusammenhalt (85%)
  - o werden in einem offenen, unterstützenden Klima erzogen (80%)
- Die Belastung durch Risikofaktoren ist nicht eindeutig. Es sind 8, die weniger als 3 und 12, die mehr als 3 Risikofaktoren haben. Kein einzelner Risikofaktor kommt vergleichsweise häufiger als andere vor.
- Sie sind eher entwicklungsverzögert als entwicklungsgefährdet, da sie durch das Vorhandensein von vielen Schutzfaktoren die Belastung vorhandener Risikofaktoren kompensieren können.

Die Mehrzahl der Kinder der Gruppe B (14 von 20) hat nach Anwendung des Verfahrens keinen eigentlichen Förderbedarf. Da sie aber in der Entwicklungsabklärung bereits in einem Bereich grenzwertig auffallen, ist es angemessen, die Kinder im präventiven Sinne zu beobachten und zu begleiten. Die Dauer dieser Massnahme wird individuell festgelegt und anlässlich einer Kontrolluntersuchung allenfalls neu bestimmt werden müssen.

## 8.2 Fallbeispiele

Mit Fallbeispielen sollen die Besonderheiten hinsichtlich ihres Förderbedarfs von zwei Kindern im Grenzbe-  
reich näher veranschaulicht werden. Die Ausführungen folgen analog dem Verlauf zur Abklärung.

### 8.2.1 Sebastian

#### A. Anlass und Zustimmung zur Abklärung

Sebastian ist zum Zeitpunkt der Abklärung 4;2 Jahre alt. Er wurde von der Krippenleiterin und vor allem von  
der Mutter angemeldet, welche sich über die Entwicklung von Sebastian besorgt zeigen, insbesondere des-  
halb, weil er in einer Gruppe mit Kindern auffällt.

Die Eltern geben ihre Zustimmung zur Abklärung. Diese findet im Zeitraum von November 2010 bis März  
2011 statt. Da auf Ergebnisse der Entwicklungsabklärung zurückgegriffen wird, wird nur ein einziges Abklä-  
rungsdatum angegeben. Der Zeitraum von 4 Monaten erklärt sich dadurch, dass es möglich ist, im Rahmen  
des Verfahrens auf bereits erhobene Daten zurück zu greifen, insofern die Erstabklärung nicht älter als 6  
Monate ist.

Die Verständigung mit dem Kind und den Eltern wird von der TL als problemlos eingestuft.

#### B: Erfassung des Entwicklungsstandes

Die Entwicklungsabklärung zeigt folgendes Ergebnis:

Entwicklungsbereiche	Verwendeter Test	Resultat / C-Wert
<b>Kognition</b> (u.a. mentale Funktionen, Lernen und Wis- sensanwendung sowie allgemeine Leis- tungsanforderungen)	<input checked="" type="checkbox"/> K-ABC (allg. Wert) <input type="checkbox"/> SON-R (allg. Wert) <input type="checkbox"/> WET (tiefster C-Wert)	.....84.....  <input checked="" type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden über- nommen und sind datiert vom .....11.11.2010 .....
<b>Sprache</b> (u.a. Kognitive sprachliche Funktionen, Kommunikation)	<input checked="" type="checkbox"/> K-ABC (allg. Wert) <input type="checkbox"/> SETK 3-5 <input type="checkbox"/> SSV (Kurzfassung SETK)	.....88.....  <input checked="" type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden übernommen und sind datiert vom .....11.11.2010 .....
<b>Motorik</b> (u.a. Körperposition, -lage, Bewegung, Koordination, Grob- und Feinmotorik)	<input type="checkbox"/> MOT 4-6 <input checked="" type="checkbox"/> Körpermotorik ET 6-6	..... 7.5.....  <input type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden übernommen und sind datiert vom .....
<b>Sozialverhalten</b> (u.a. interpersonelle Interaktionen und Be- ziehungen)	<input type="checkbox"/> SDQ 3-4 <input checked="" type="checkbox"/> SDQ 4-16	.....10.....  <input type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden übernommen und sind datiert vom .....

Tab. 31: Entwicklungsstandabklärung Sebastian

Die Resultate der Abklärung in den Entwicklungsbereichen der Kognition und Sprache fallen in den Grenzbereich ( $\pm 1/3$  SD  $\rightarrow$  K-ABC 80-90, mit einem IQ von 84 liegt das Kind bereits unterhalb der 1. SD). Hingegen ist Sebastian im Bereich der Motorik und in seinem Sozialverhalten gesamthaft gesehen unauffällig, wobei er im Verhalten mit Gleichaltrigen gemäss SDQ aber leicht über dem Grenzwert liegt. Ohne Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren (R+S), zeichnet sich ein präventiver Förderbedarf ab, da Sebastian im Bereich der Kognition bereits einen Entwicklungsrückstand aufweist, der aber nicht so gross ist, dass eine verstärkte Massnahme zur Deckung eines angezeigten Förderbedarfs eingeleitet werden müsste. Erst die Einschätzung der R+S Faktoren wird eine abschliessende Beurteilung ermöglichen.

### C. Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren

Die „persönliche Landkarte“ vorhandener Risikofaktoren und allfällig fehlender Schutzfaktoren gibt bei Sebastian folgendes Bild:

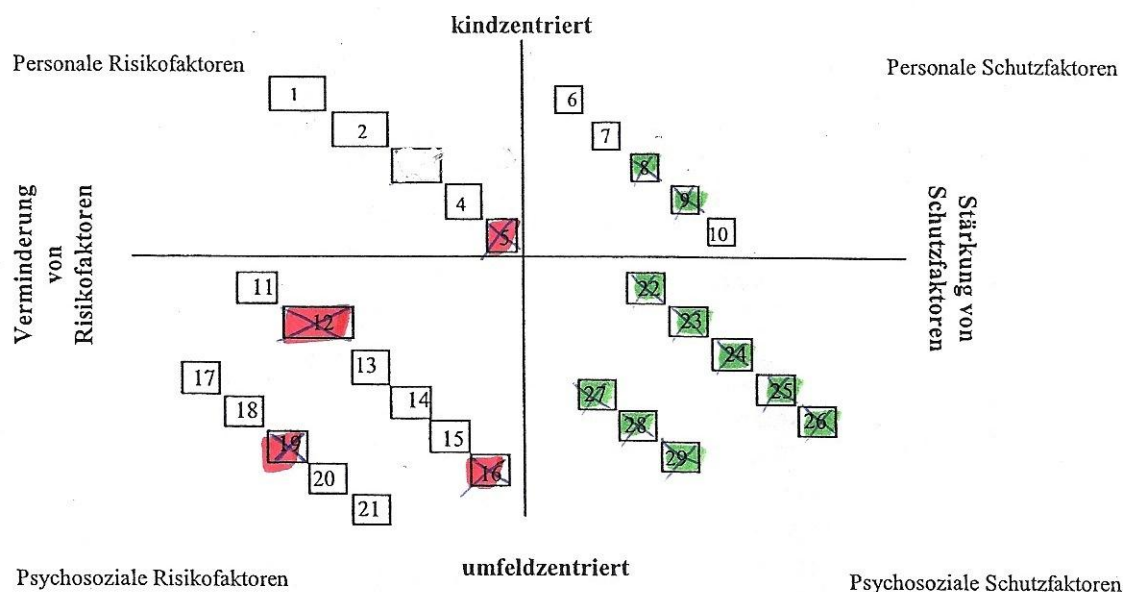


Abb. 21: Persönliche Landkarte (RF+SF) Sebastian

Bei Sebastian liegen fünf Risikofaktoren vor: EPH-Gestose (5), Belastungen, die zu Krankheit führen (12, ein Faktor der doppelt gewichtet wird), Vorkommnisse aus der persönlichen Vergangenheit der Eltern, hier des Vaters (16) sowie das Gefühl der Mutter, sich mit ihrer Familienaufgabe (z.B. bei der Betreuung, der Erziehung des Kindes usw.) des öfteren allein gelassen zu fühlen (19). Hingegen ist das Kind, ein Junge, von vielen Schutzfaktoren umgeben, welche die Belastung sicher abzuschwächen vermögen. Sebastian ist zwar erstgeboren, was eigentlich als Schutzfaktor gilt, aber aus dem Anamnesebogen wird erkennbar, dass sich die Mutter in ihrer neuen Aufgabe nicht sicher fühlt. Das zeigt sich auch darin, dass ausdrücklich erwähnt wird, dass die Mutter das Kind angemeldet hat. So kann es sein, dass der Umstand, Erstgeborene/r zu sein, nicht unbedingt als Schutzfaktor gelten kann. In diesem Zusammenhang muss auch gesehen werden, dass doch 52% (N 61) der zu einer Abklärung angemeldeten Kinder Erstgeborene sind, was darauf hinweisen kann, dass Eltern sich in ihrer neuen Rolle als Erziehende noch finden müssen und deshalb eher nach Unterstützung suchen.



## D. Zusammenfassung und Massnahmen-Empfehlung

Aufgrund der Testresultate der Entwicklungsabklärung liegt das Kind im Grenzbereich. Es liegen 5 Risikofaktoren vor, welche durch das Vorhandensein von 10 Schutzfaktoren sicherlich teilweise aufgewogen werden können, so dass davon ausgegangen werden kann, dass keine eigentliche Belastung vorliegt. Die diagnostizierte Entwicklungsverzögerung im Bereich der Kognition, die Sprachauffälligkeit im Grenzbereich, die Tatsache, dass das Kind zwar noch nicht im allgemeinen aber in einer Kindergruppe bereits mit seinem Verhalten auffällt und die (belasteten) Eltern in ihrer Erziehungsarbeit mit ihrem erstgeborenen Kind gestärkt werden sollen, führt zur Feststellung eines **präventiven Förderbedarfs**. Mit der Massnahmenempfehlung der Heilpädagogischen Früherziehung sollen das Kind und seine Eltern allgemein unterstützt und beobachtet und begleitet werden. Die Massnahme kann zeitlich befristet oder punktuell sein, allerdings kann sich zu einem späteren Zeitpunkt, je nach Entwicklungsverlauf des Kindes, eine verstärkte Massnahme aufdrängen.

### 8.2.2 Cyrill

#### A. Anlass und Zustimmung zur Abklärung

Cyrill ist zum Zeitpunkt der Abklärung 5;8 Jahre alt. Er wurde von der Kindergartenlehrperson angemeldet, weil er als Einzelgänger gilt, der sich nicht in die Gruppe einfügen kann.

Die Eltern geben ihre Zustimmung zur Abklärung. Diese findet an vier Sitzungen im Zeitraum vom 1.12.2010 – 26.1.2011 statt.

Die Verständigung mit dem Kind und den Eltern wird von der TL als problemlos eingestuft.

#### B: Erfassung des Entwicklungsstandes

Die Entwicklungsabklärung zeigt folgendes Ergebnis:

Entwicklungsbereiche	Verwendeter Test	Resultat / C-Wert
<b>Kognition</b> (u.a. mentale Funktionen, Lernen und Wissensanwendung sowie allgemeine Leistungsanforderungen)	<input type="checkbox"/> K-ABC (allg. Wert) <input checked="" type="checkbox"/> SON-R (allg. Wert) <input type="checkbox"/> WET (tiefster C-Wert)	.....109.....  <input type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden übernommen und sind datiert vom .....
<b>Sprache</b> (u.a. Kognitive sprachliche Funktionen, Kommunikation)	<input type="checkbox"/> K-ABC (allg. Wert) <input type="checkbox"/> SETK 3-5 <input checked="" type="checkbox"/> SSV (Kurzfassung SETK)	..... <b>PGN = 5; SG = 49</b> .....  <input type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden übernommen und sind datiert vom .....
<b>Motorik</b> (u.a. Körperposition, -lage, Bewegung, Koordination, Grob- und Feinmotorik)	<input type="checkbox"/> MOT 4-6 <input checked="" type="checkbox"/> Körpermotorik ET 6-6	..... 9.2.....  <input type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden übernommen und sind datiert vom .....

<b>Sozialverhalten</b> (u.a. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen)	<input type="checkbox"/> SDQ 3-4 <b>X</b> SDQ 4-16 (Eltern)	.....9.....  <input type="checkbox"/> die Ergebnisse wurden übernommen und sind datiert vom .....
--	--	---

Tab. 32: Entwicklungsstandabklärung Cyrill

Cyrill fällt lediglich in Bereich der Sprache auf. Hier zeigt er Werte im Grenzbereich sowohl bezüglich des phonologischen Arbeitsgedächtnisses wie auch im Satzgedächtnis. Die Grenzwerte sind im Rahmen dieser Studie beim SSV folgendermassen bestimmt worden:

<b>5;0-5;11</b>	kritischer Wert
<b>Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter (PGN)</b>	
	<b>8</b>
Grenzbereich	5.3 / <b>8</b> / 10.6
Grenzbereich gerundet	5 / <b>8</b> / 11
<b>Satzgedächtnis (SG)</b>	
	<b>68</b>
Grenzbereich (+/- 1/3)	45 / <b>68</b> / 90

Tab. 33: Resultat SSV Cyrill

Hingegen ist Cyrill in der Kognition und in der Motorik unauffällig. Beim Sozialverhalten, das gesamthaft gesehen unauffällig ist, sind sein Rückzugsverhalten von Gleichaltrigen („er ist ein Einzelgänger“) und emotionale Probleme beobachtbar.

### C. Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren

Die Einschätzung der R+S Faktoren zeigt folgende „persönliche Landkarte“:

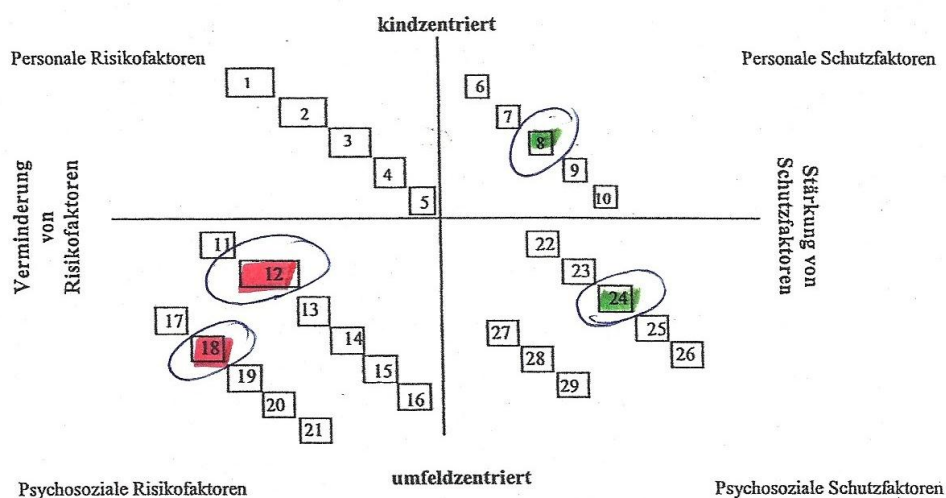


Abb. 22: Persönliche Landkarte (RF+SF) Cyrill

Es liegen drei Risikofaktoren vor (11= Umgang mit belastenden Situationen-Leidensdruck; 12= Belastungen, die zu Krankheit führen 18= Zufriedenheit mit der Partnerschaftssituation). Da der Faktor 12 gewichtet ist, zählt er zwei Mal.

#### **D. Zusammenfassung und Massnahmen-Empfehlung**

Cyrill hat bereits Logopädie. Damit ist bereits eine Massnahme eingeleitet worden, welche im Zusammenhang mit dem Verfahren als Antwort auf einen **präventiven Förderbedarf** gelten würde. Es ist nicht bekannt, ob die Logopädie zeitlich begrenzt wurde.

Die Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren ergibt, dass sich vier RF und zwei SF (8= erstgeborenes Kind, 24= stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson) gegenüber stehen. Das spricht für eine **verstärkte Massnahme**. Die betroffenen RF weisen auf eine Problematik auf der Ebene der Eltern hin; auch die fehlenden Schutzfaktoren könnten darin begründet sein, dass die Eltern es nicht schaffen, gemeinsam für die Erziehung Verantwortung zu übernehmen. Zudem ist Cyrill ein erstgeborenes Kind, was, gemäss Erkenntnissen unserer Studie, die Hypothese aufkommen lässt, dass der Status des Erstgeborenen eher als Risiko- denn als Schutzfaktor beurteilt werden muss. Das Kind ist möglicherweise bereits Symptomträger der familiären Situation. Die Familie braucht Unterstützung. Als Massnahme empfiehlt sich eine **umfeld-zentrierte Massnahme** in Form einer Eheberatung. Da Cyrill bereits in logopädischer Behandlung ist, erübrigt sich eine weitere kindzentrierte Massnahme.

## 9. Rückmeldung der Testleitenden zur Projektphase 2

Ein wichtiger Bestandteil der Projektphase 2 waren die Mitarbeit und das Mitdenken der Testleitenden, welche die Abklärungen durchgeführt hatten (nachfolgend TL). Bereits anlässlich der Einführungsveranstaltungen in das Projekt wurden deren Meinungen und Standpunkte in die weiterführenden Überlegungen und Arbeiten einbezogen.

Alle TL, welche mit einer oder mehreren Abklärungen an der Studie teilgenommen hatten, wurde nach Einsendung ihrer Dossiers ein ‚Fragebogen für die Testleitenden zum Verfahren‘ zugestellt. Von den 74 verschickten Fragebogen kamen 51 zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69 %. Die Rückmeldung konnte auch anonym eingereicht werden.

### 9.1 Konstruktion, Ziel und Auswertung des Fragebogens

#### Aufbau und Inhalt des Fragebogens

Der Aufbau des Fragebogens entspricht jenem des Verfahrens. Die Auswertung folgt entlang dieses Aufbaus:

- A. Allgemeiner Teil: Fragestellung und Zielsetzung des Verfahrens
- B. Fragen zu den einzelnen Teilen des Verfahrens
- C. Fragen zum Protokollbogen
- D. Persönliche Anmerkungen

Der Fragebogen umfasst also Meinungen und Ansichten zu den verschiedenen Schritten des Verfahrens, zu den eingesetzten Tests und den 29 Fragen im Anamnesebogen. Es gingen auch viele wertvolle Rückmeldungen allgemeiner Art ein.

#### Ziel der Befragung

Allgemeines Ziel der Befragung war, Antworten zur Akzeptanz des Verfahrens zu erhalten. Mit der Befragung zum Anamnesebogen sollte insbesondere dessen Güte geprüft werden. Es interessierte zu wissen, wie gut sich die Fragen stellen liessen, ob einige Fragen nie gestellt wurden und insofern dies der Fall war, warum nicht? Schliesslich wurden die TL nach treffenderen Formulierungen gefragt. Diese Antworten geben Hinweise auf eine allfällige Weiterentwicklung des Verfahrens.

#### Auswertung des Fragebogens

Einige Fragen konnten mit Ankreuzen einer Einschätzung auf einer zweistufigen (ja-nein) oder vierstufigen (ja, eher ja, eher nein, nein) Skala beantwortet werden. Diese Antworten werden numerisch wiedergegeben. Es bestand jeweils die Möglichkeit, die getroffene Antwort zu begründen. Diese Antworten wurden vorerst einzeln aufgelistet, im vorliegenden Bericht aber thematisch gebündelt wiedergegeben. Am Ende jedes Kapitels stehen schlussfolgernde Gedanken für weiterführende Arbeiten.

### 9.2 Ergebnisse der Befragung und Schlussfolgerungen

#### A. Allgemeiner Teil: Fragestellung und Zielsetzung des Verfahrens

*Im **ersten Schritt** des Verfahrens wird die Anmeldung registriert. Es kann/muss entschieden werden, ob das Verfahren aufgrund des sprachlich-kulturellen Hintergrundes überhaupt durchgeführt werden kann. Sind Sie der Meinung, dass die sprachlich-kulturelle Verständigung gegeben sein muss, um das Verfahren durchzuführen (Teil A)?*

ja	eher ja	eher nein	nein
30	17	3	2

### Begründungen

Aus den Antworten ist zu schliessen, dass die sprachlich-kulturelle Verständigung den Anamnesebogen, zum Teil auch den Einsatz des SDQ betrifft. Viele TL waren sich einig, dass die Fragestellungen zum Teil sehr komplex (9) und differenziert sind und selbst mit einem interkulturellen Übersetzer / Dolmetscher (i-kÜ/D) nicht einfach und realitätsnah zu beantworten sind (1). Damit ist die Gefahr gegeben, dass Antworten verfälscht wiedergegeben werden (2)

Mit dem Verfahren werden sehr viele Informationen erhoben (1) und durch die Verwendung medizinischer Begriffe wird die Befragung erschwert (1).

Ist aufgrund sprachlicher Unzulänglichkeiten (1) oder eines eingeschränkte Wortschatzes (1) und aufgrund eines unterschiedlichen kulturellen Hintergrundes (1) die Verständigung nicht problemlos gegeben, häuft sich die Gefahr, dass Misstrauen und Missverständnis entstehen (3). TL vertreten die Ansicht, dass zuerst eine Vertrauensbasis mit den Eltern gelegt werden muss, bevor die Fragen gestellt werden können (1), vor allem deshalb, weil auch viele Fragen als sehr persönlich (2) und intim (2) bewertet werden. Es gehe um die Feinheiten in den Fragestellungen und bereits um Beziehung (1), was beste Verständigung voraussetze. Eine gute Wahrnehmung des Kindes und der eigenen Situation (1) sowie Selbstreflexion seien erforderliche Voraussetzungen (1). Kann Verständigung nicht vorausgesetzt werden, entgehen wichtige Haltungen und Informationen der Familie (1).

Einige TL teilen sich in der Meinung, dass sprachliches Verständnis der Fragen vorausgesetzt werden muss, und die Antworten nur mit differenzierten Deutschkenntnissen resp. mit einer „gemeinsamen Sprache“ gegeben werden können (2) und deshalb der Anamnesebogen eher nicht (1) oder nicht eingesetzt werden kann (3). Es wird nahe gelegt, dass Fragen je nach Kultur anders zu stellen sind (2). Ebenso gilt zu berücksichtigen, dass Personen aus anderen Kulturen ein anderes Verständnis und Vorwissen hinsichtlich Art und Umfang von Abklärung und Förderung mitbringen (1) oder weil sie nicht gewohnt sind, sich über solche Fragen Gedanken zu machen (1).

Eine TL gibt den Hinweis, dass Eltern, die an einer Veränderung ihrer Situation und jener ihres Kindes sowie an einem Austausch darüber interessiert sind, auch die Bereitschaft zeigen, sich auf die Fragen, trotz sprachlicher Schwierigkeiten, einzulassen (1).

Nicht einig sind sich die TL, ob die Befragung mit einem i-kÜ/D besser gelingt oder nicht. Während die einen davon ausgehen, dass es i-kÜ/D braucht (1), meinen andere, dass es bei fremdsprachigen, bildungsfernen Eltern je nachdem selbst mit i-kÜ/D schwierig wird, solche Fragen zu stellen und zu reflektieren (4). Die Intimität der Fragen lasse es nicht zu, diese zusammen mit einem i-kÜ/D zu erheben (2). Schliesslich sei der Einbezug eines i-kÜ/D mit einem erhöhten Zeit- und finanziellen Aufwand verbunden (1).

Schlussfolgerungen: Aus diesen Antworten muss geschlossen werden, dass das Verfahren bei Familien aus anderen Kulturen nur begrenzt und wenn überhaupt nur mit grösster Sorgfalt eingesetzt werden kann. Dies ist eine schlechte Voraussetzung für ein allgemeines Abklärungsinstrument. Es muss vor allem aber gefragt werden, ob ein anderes Verfahren die Problematik besser erfassen würde oder ob nicht ein sprachlich-kulturell anderer Hintergrund per se als Risikofaktor betrachtet werden muss, dem grundsätzlich anders Folge gegeben werden muss.

---

*Hatten Sie allenfalls die Möglichkeit, kulturelle Übersetzer / Dolmetscher in Anspruch zu nehmen?*

ja	nein
31	16

### Bemerkungen

Unter den wenigen Bemerkungen befinden sich jene, dass i-kÜ/D nicht in jeder Familie notwendig sind (2), dass sie bei Bedarf zur Verfügung stehen (1), dass sie im Zusammenhang mit diesem Verfahren nicht ge-

nutzt würden (1) und sie bei so einem ausgedehnten Verfahren zu kostspielig wären (1). 4 Antworten blieben aus.

---

*Wer trägt die Kosten für die interkulturellen Übersetzer / Dolmetscher (Mehrfachnennungen möglich)?*

- 17 x Kanton
- 4 x Gemeinde
- 18 x Träger der Institution, was nicht ausschliesst, dass sich Kanton und / oder Gemeinde beteiligen
- 1 x andere, namentlich Caritas
- 11 x keine Antwort

Schlussfolgerungen: Nicht allen Diensten der deutschen Schweiz stehen interkulturelle Übersetzer / Dolmetscher (ikÜ/D) zur Verfügung. Dies erschwert grundsätzlich die Arbeit mit Eltern, die nicht ausreichende Kenntnisse über die Sprache und einen anderen kulturellen Hintergrund haben. Auch hier muss gefragt werden, ob aufgrund dieser fehlenden Möglichkeit der Auftraggeber (Kanton, Gemeinde, Trägerinstitution) die Arbeit mit diesem Teil der Bevölkerung nicht für die Heilpädagogischen Dienste vorsieht oder noch nicht erkannt hat, dass Kinder mit besonderen Bedürfnissen diese eben gerade deshalb haben, weil sie aufgrund ihrer Herkunft und mangelnder Sprachkenntnisse den Anforderungen an der Teilhabe an der Gesellschaft nicht genügen können und deshalb als auffällige Kinder an den Heilpädagogischen Diensten angemeldet werden, was einer ersten Erfassung ihrer Problematik gleich kommt.

---

*Das Verfahren hat in einem **zweiten Schritt** zum Ziel, den Entwicklungsstand des Kindes in verschiedenen Entwicklungsbereichen mit möglichst ICF-kompatiblen diagnostischen Verfahren zu erfassen. Sind Sie der Meinung, dass die vorgeschlagenen Tests und Verfahren das Ziel erfüllen (Teil B)?*

ja	eher ja	eher nein	nein
17	30	4	0

#### Begründungen

Die Begründungen werden unter allgemeinen Gesichtspunkten sowie unter besonderer Beachtung der einzelnen Tests zusammengetragen.

Allgemein gesehen gibt es kaum uneingeschränkte Zustimmung zur getroffenen Testauswahl. Es wird aber auch betont, dass die Tests den TL bekannt sind und diese viel Erfahrung damit haben (1) und dass die Auswahl sorgfältig und praxisnah getroffen wurde (1). Es wurde der Wunsch geäußert, die ICF-Kompatibilität der Tests noch eingehender zu erklären (1). Nur wenige TL finden, dass die Tests die Entwicklungsbereiche umfassend abdecken (5) und informativ sind (1). Es wird beanstandet, dass es aufwändig ist, die Bereiche mit unterschiedlichen Tests zu erfassen (2), dass damit aber die Fähigkeiten des Kindes umfassend und aussagekräftig erfasst werden können (1). Andererseits bietet die Zusammenstellung auch die Möglichkeit, auch nur Teile zu benutzen (1). Es wäre praktisch einen Test zu haben, der alle Bereiche abdeckt (1). Für andere wäre die Zusammenstellung der Tests gut gewesen, wenn ein anderer Sprachtest zur Anwendung gekommen wäre (3).

Aus verschiedenen Fragebogen geht hervor, dass zur Erhebung des Entwicklungsstandes auch andere Informationen wichtig wären, so z.B. Fragen zur allgemeinen Entwicklung des Kindes (1), Resultate einer ärztlich-neurologischen Untersuchung (1), die Erfassung resp. Beobachtung des Spiels (4), des Verhaltens (2), der Wahrnehmung (1),

Die vorgegebene Auswahl an Tests zur Erhebung der Kognition (KAB-C oder SON-R) gelten als erprobte Instrumente (1). Als Alternative wird lediglich einmal der HAWIVA III genannt (1).

Hingegen mag die vorgegebene Auswahl der Tests zur Erhebung der Sprache (SSV oder SETK) nicht zufrieden zu stellen. Der SSV wurde im Rahmen dieser Studie in vielen Diensten eingeführt. Gerade dass er neu war, war eines der Probleme damit (1). Andere gaben an, er sei zu undifferenziert (1), berücksichtige die Tatsache nicht, dass er sich der hochdeutschen Sprache bediene (2) und deshalb nicht mundartgerecht sei (1), für die Kleinen nichts taue (3), sich in der Praxis nicht bewähre (1), bedingt eigne (1) und unbrauchbar sei (2). Der Test sei ein Screening-Verfahren und erhebe somit nicht den Entwicklungsstand (1), Grundsätzlich wird beanstandet, ein Kind in der Sprache zu testen, wenn seine Sprachschwierigkeiten offensichtlich seien (1). Zudem sei der Test zu sehr auf das Sprachverständnis und auf das phonologische Gedächtnis ausgerichtet (1). Er mache keine verwertbaren Aussagen bei Kindern (1), im Besonderen mit einer Sprachbehinderung (1) oder bei Resthörigkeit (1). Problematisch sei, dass Kinder damit überfordert sein können (1).

Im Bereich der Motorik wäre es wünschenswert, wenn der ausgewählte Test (MOT 4-6 oder ET 6-6, Körpermotorik) auch die Feinmotorik einbeziehen würde (3). Der ET 6-6 wird als nicht aussagekräftig beurteilt (1), vor allem auch, weil er die Qualität der Motorik nicht erfasst (1), als Alternative wird der M-ABC vorgeschlagen (1), weil er aktuellere Werte hat (1).

Erstaunlicherweise wurde bei dieser Frage keine einzige Anmerkung zur Erhebung des Sozialverhaltens (mit dem SDQ) gemacht.

**Schlussfolgerungen:** werden im nachfolgenden Kapitel B in Verbindung mit den Aussagen zum Teil B (Erfassung des Entwicklungsstandes) gezogen.

*In einem **dritten Schritt** werden die Risiko- und Schutzfaktoren im Umfeld des Kindes erhoben (Teil C). Sind Sie der Meinung, dass der vorgegebene Anamnese-Fragebogen das allgemeine Ziel einer umfassenden Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren erfüllt? (Ihre Meinung zu den einzelnen Faktoren interessiert uns weiter unten).*

ja	eher ja	eher nein	nein
24	21	6	0

#### Begründungen

Der Anamnesebogen wird als sehr umfassend (5) und detailliert (1) beurteilt, mit welchem die wesentlichen Aspekte der kindlichen Entwicklung beleuchtet würden (1). So wird in einigen Antworten anerkennend festgestellt, dass ein breites Spektrum resp. ein gutes Bild bekannter personen- und umfeldbezogener Faktoren gezeichnet wird (3), insbesondere der Risikofaktoren (1), dass das ganze Umfeld des Kindes erfasst werde (1) und interessante Forschungsergebnisse aufgearbeitet worden seien (1). Es wird darauf hingewiesen, dass sehr differenziert gefragt werde (1) und man mit den Fragen einiges mehr über die Familie erfährt und gezwungen wird, genauer hinzuschauen (1). Sowohl für die Familie als auch für die TL seien die Antworten sehr aufschlussreich, was die spätere Förderplanung erleichtere (1).

Auch positiv erwähnt wird, dass die Fragen feinfühlig gestellt sind (1).

Es werden aber auch Mängel hinsichtlich der Erhebung der R+S-Faktoren aufgeführt. So wird erwähnt, dass bei den personalen RF auch eine unterdurchschnittlicher IQ und anderen kind-zentrierte nicht-medizinische Schwierigkeiten erfasst werden sollten (1). Ebenso bemängelt wird, dass in diesem Bereich nur Daten aus der Geburts- und Neugeborenenzeit, kein ADHS und keine geistige Behinderung erfasst würden (1). Zusätzliche Informationen aus Spielgruppe, Krippe, Kindergarten sollten ebenfalls erfasst werden (1). Es wäre von Vorteil, wenn auch Ansätze von Vorhandensein eines Risiko- oder Schutzfaktors notiert werden könnten (1).

Auch kritisch beurteilt wird, dass die Erhebung der R+S-Faktoren eher subjektiv sei (2), und die Beantwortung der Fragen im Ermessen der Eltern sei, welche ihre Situation zuweilen nicht wahrnehmen (2) oder nicht richtig einschätzen würden (3). Die Eltern würden die Situation nicht offen und ehrlich antworten (2) oder die

Fragen sozial erwünscht beantworten (3). Die TL können die Antworten beeinflussen, was nicht zu vermeiden sei (1). Ehrlichkeit und selbstkritisches Hinterfragen der eigenen Situation müsse vorausgesetzt werden können (1). So musste eine TL im Verlauf der Arbeit mit der Familie herausfinden, dass diese im Anamnesegespräch nicht alles gesagt hatte (1).

Die gegebenen Antworten stehen wiederum in engem Zusammenhang mit den sprachlichen Voraussetzungen und dem kulturellen Hintergrund der Familie. Die Beantwortung der Fragen setze differenziertes Denken und Sprachkenntnisse der Eltern voraus und dass dies gerade bei Risikokindern fehle (2).

Interessant sind die Hinweise, dass sich die Resultate der Anamnese mit dem Gesprächsleitfaden mit der eigenen Sicht deckt (1) und dass das Ziel auch mit einfacheren Mitteln zu erreichen wäre (1). Es wird vorgeschlagen, einen Fragebogen so zu erarbeiten, dass die Eltern alles selber ankreuzen könnten, so wie dies beim Vademecum der Fall ist (1).

**Schlussfolgerungen:** Es zeichnet sich ab, dass der Anamnesebogen überarbeitet werden muss, insbesondere darin, dass sozial erwünschtes Antworten reduziert werden kann. Hingegen wird bewusst beibehalten, dass Subjektivität zugelassen wird. Die Art und Weise, wie und vor allem aber auch der Zeitpunkt, an welchem die Fragen der Familie gestellt werden, bedürfen einer eingehenderen Anleitung. Es soll erreicht werden, dass die TL die Fragen aus dem Anamnesebogen als Leitfragen verstehen und die Antworten im Verlauf der Anamnesezeit, nicht aber in Form einer Befragung erhoben werden. Auch wird gezielt aufzuzeigen sein, dass die Ermittlung des Förderbedarfs eines Kindes nur durch die gemeinsame Betrachtung vorliegender resp. fehlender R+S-Faktoren und des Entwicklungsstandes des Kindes erfolgen kann.

---

*In einem **vierten Schritt** werden zuerst die Ergebnisse zusammengefasst: Liegt eine Entwicklungsauffälligkeit vor oder nicht, liegen Risikofaktoren vor oder fehlen Schutzfaktoren, welche einen Förderbedarf belegen. Ist es Ihrer Meinung nach mit dem vorliegenden Verfahren (unter Zulassung von subjektiver Einschätzung bezüglich der Risiko- und Schutzfaktoren) möglich, einen Förderbedarf nachvollziehbar festzustellen?*

ja	eher ja	eher nein	nein
27	21	3	1

#### Begründungen

Die Frage, ob der vierte Schritt einfach umzusetzen sei, wird unterschiedlich beantwortet. Es wird kritisch darauf hingewiesen, dass ein solches Vorgehen theoretisch möglich, praktisch aber zu kompliziert sei (1). Der Förderbedarf lasse sich nicht einfach ableiten, weil die Einschätzung sehr schwierig bleibe (1). Insbesondere sei es schwierig, die fehlenden Schutzfaktoren in die Gewichtung einfließen zu lassen (1) und manche Risikofaktoren wurden erst im Verlauf der Förderung erfahren, weil die Eltern erst Vertrauen aufbauen müssten, bevor sie informieren würden (1). Das Verfahren sei keine Hilfe, denn mit oder ohne Verfahren müssten Heilpädagogische Früherzieher und –innen ihre Beobachtungen in der Familie interpretieren und entsprechend die geeigneten Massnahmen vorschlagen (1). Eine TL meint, sie hätte nach der Abklärung gar andere Fördermöglichkeiten im Kopf gehabt, als das Verfahren aufzeige (1) und eine andere befindet, dass Tests sowie ein klärendes Gespräch mit den Eltern, wie sie das Kind erleben, bereits recht viel Informationen über den Förderbedarf geben würden (1).

Andere hingegen sehen mit dem vorliegenden Verfahren die Chance, einen besseren Überblick zu erhalten (2) und sehen sich durch die Resultate in ihrem subjektiven Eindruck bestätigt (3), welcher allenfalls korrigiert werden könne (1). Interessant sei die wissenschaftliche Abstützung (1). Durch die Vorgabe der klar definierten Anzahl von Risikofaktoren, welche zu einer Gefährdung führen (3 und mehr) wird die Feststellung des Förderbedarfs nachvollziehbar (1). Noch nie, so eine begeisterte Meinung einer TL, sei ein Verfahren zur Verfügung gestanden, mit welchem sie ein Kind und seine Entwicklung aus so vielen Gesichtspunkten gleichzeitig betrachten und den Förderbedarf aus all diesen Überlegungen und Fakten beurteilen konnte (1). Und ja, meint eine andere, der Förderbedarf liesse sich gut ableiten (1).



Die subjektive Einschätzung durch die TL bleibt in diesem vierten Schritt wichtig und muss auch ihren Platz behalten. Sie bleibt von zentraler Bedeutung (6). Bedeutsam für eine gute Einschätzung bleiben aber auch die freie Beobachtung und eine übergeordnete Hypothese, von welcher aus der Förderbedarf abgeleitet würde (1).

Positiv hervorgehoben wird die nachvollziehbare Visualisierung (1), d.h. mit einer klaren bildlichen Zusammenfassung auf einen Blick die Notwendigkeit (für eine Massnahme, Anmerk. der Verf.) zu sehen (1). Optisch ergebe sich ein klares Bild, wie die Faktoren verteilt seien, es möge doch ein Bezug zu den Zahlen in den Kästchen gemacht werden (1). Es müsse klar deklariert sein, dass die grossen Vierecke für 2 zählen, man müsste in jedem Quadrat ein Total aufführen können (1). Auch wird erwähnt, dass sich aufgrund des ganzheitlichen Erfassens die Lebenssituation des Kindes und sein Förderbedarf schliesslich klarer, aber auch schneller erheben lasse (1). Andere wiederum meinen, dass die Ermittlung des Förderbedarfs auch mit weniger Aufwand zu leisten wäre (1). Eine so umfassende Abklärung sei leider nicht in allen Kantonen möglich (1).

**Schlussfolgerungen:** Im Rahmen der Phase 2 wurden die TL kaum zur Bestimmung des Förderbedarfs angeleitet. Diese Unzulänglichkeit spiegelt sich auch in den Bemerkungen und Antworten. Daraus ist zu folgern, dass in der Weiterentwicklung des Verfahrens eine nachvollziehbare und detaillierte Anweisung gegeben werden muss, wie aus der Verknüpfung der Ergebnisse des Entwicklungsstand und nach ermittelten Risiko- und Schutzfaktoren ein Förderbedarf systematisch abgeleitet werden kann. Es muss dargelegt werden können, dass mit dem Verfahren ein detaillierter Blick auf die Gesamtsituation eines Kindes geworfen werden kann. Die subjektive Einschätzung wird dabei wichtig bleiben. Die Visualisierung kann allenfalls noch optimiert werden.

*Wird ein Förderbedarf festgestellt, muss die geeignete Massnahme auf der Grundlage von folgenden Prämissen bestimmt werden:*

	<b>Personale Risiko- und Schutzfaktoren</b>	<b>Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren</b>
<i>Verminderung von Auswirkungen der Risikofaktoren</i>	<b>Kindzentrierte Massnahme</b>	<b>Umfeldzentrierte Massnahmen</b>
<i>Stärkung von Schutzfaktoren</i>		

*Ist es Ihrer Meinung nach mit dem vorliegenden Verfahren möglich, die Massnahme gezielt und nachvollziehbar zu bestimmen?*

ja	eher ja	eher nein	nein
24	25	1	1

#### Begründungen

Die Ableitung der Massnahmen vom Förderbedarf erscheint logisch (1), objektiv nachvollziehbar (1), gebe einen guten Überblick (1) und sei hilfreich, die Stossrichtung zu finden (1). Die Auflistung möglicher kindzentrierter und umfeldzentrierter Massnahme ist unvollständig. Gerade bei den umfeldzentrierten Massnahmen stünden wenige Massnahmen zur Verfügung. Wünschenswert wäre, wenn mehr Fördermöglichkeiten zu den Schutzfaktoren aufgezeigt würden (1). Auf gewissen Risikofaktoren kann gar kein Einfluss genommen werden, so dass dafür auch keine Massnahme zu finden sei (z.B. IQ, Geschlecht, Wohnung, Geld, 1).

Das Schema sei zu unübersichtlich und diene nicht zu erkennen, welche Massnahme angezeigt sei (1). Die Möglichkeit, die Ergebnisse im Teil C in einer Grafik darzustellen, mache auch das Ergebnis der vorliegenden Risikofaktoren /fehlenden Schutzfaktoren optisch sichtbar, und bestätige schliesslich die Beurteilung,

welche Massnahme notwendig werde (1). In der Wahl der Massnahme sei jede/r allerdings immer noch sehr frei (1) und die Bestimmung der Massnahmenempfehlung bleibe subjektiv (1).

Es wird mit dem Verfahren nur bedingt möglich, eine Massnahme zu wählen, zu verschiedenen seien die vorhandenen lokalen Angebote (1) und es sei nicht immer klar voneinander zu trennen, ob eine sozialpädagogische Massnahme von der HFE oder der Erziehungsberatung übernommen werden solle (1). Auftrag, Finanzierung und entsprechende Ausbildung der Intervenierenden müssten geklärt werden (1). Letztlich komme es ja immer darauf an, welche Fördermassnahmen überhaupt angeboten würden resp. welche in Anspruch genommen werden können (1).

Sicher sei ein solches Verfahren hilfreich bei der Argumentation gegenüber den Geldgebern oder einweisenden Instanzen (Arzt, KJPD).

Schlussfolgerungen: Es wird bei der Weiterentwicklung des Verfahrens eine grosse Herausforderung sein, die Zusammenhänge zwischen dem Entwicklungsstand und den ermittelten Risiko- und Schutzfaktoren auf personaler und psychosozialer Ebene aufzuzeigen, daraus den Förderbedarf festzulegen und die Massnahme davon abzuleiten. Die Liste möglicher Massnahmen wird aufgrund kantonaler und regionaler Verschiedenheiten nie vollständig sein können. Mit einem Verlaufsschema werden die gegenwärtigen Nachteile aufzufangen sein.

## **B. Fragen zu den einzelnen Teilen des Verfahrens**

### Fragen zu Teil B (Erfassung des Entwicklungsstandes)

*Zusätzlich zum Verfahren stand Ihnen eine Anleitung zum Teil B zur Verfügung. Wie beurteilen Sie die Anleitung zur Durchführung von Teil B.*

gut	eher gut	eher schlecht	schlecht
40	6	0	0

### Begründungen

Den Antworten ist zu entnehmen, dass die Anleitung für die TL eine gute Handreichung ist. Die Anleitung sei sehr ausführlich (2), verständlich (9), nachvollziehbar (1), umfassend dargestellt (1), übersichtlich mit klarer Struktur (4). Die TL gaben an gut mit der Anleitung klar gekommen zu sein (1), so dass eine problemlose Durchführung möglich war (1) und alle Fragen, die man selber hatte, beantwortet werden konnten (1). Nur wenige gaben der Anleitung ein weniger gutes Zeugnis: Die Verbindung zu den ICF-Tests sei nicht genügend dargestellt, ein Kurs könnte nützlich sein (19), die Nennung der C-Werte in der Anleitung sei verwirrend (1). Der Zeitaufwand sei gross, weil verschiedene Tests durchzuführen (1) und einige Tests unbekannt (1) seien.

### Schlussfolgerungen

Es ist eine der Stärken des Verfahrens, dass die Erfassung des Entwicklungsstandes, ausser im Bereich des Sozialverhaltens mit standardisierten Verfahren durchgeführt wird. Ideal wäre ein einziger Test, der alle Entwicklungsbereiche abdecken und den Anforderungen an die ICF genügen würde. Schwierigkeiten ergaben sich mit den vorgeschlagenen Sprachtests. Es wird zu überlegen sein, ob im Falle einer mangelnden Verständigung, was sich selbstredend auch in der Sprache niederschlägt, bereits früh eine besondere Massnahme zu treffen ist.

Für die Entwicklungsabklärung wurden Tests ausgewählt, die ICF-kompatibel sind. Bewähren sich diese Instrumente zur Abklärung des Entwicklungsstandes im Sinne eines **Screenings**?

Test Eignung	ja	eher ja	eher nein	nein	nicht verwendet	Begründung (wenn nicht verwendet?)
<b>K-ABC</b>	24	7	2	1	17	- nicht non-verbal - verwendet nur Psychologin, - nicht vorhanden - ist mehr als ein Screening - nicht für Sprache brauchbar
<b>SON-R</b>	44	4	1		2	- bei wahrnehmungsgestörten Kindern schwierig
<b>SETK 3-5</b>	4	6	0	2	31	- nicht vorhanden - Kind verweigert
<b>SSV</b>	7	14	12	6	9	- bei stark sprachauffälligen Kindern schwierig - leicht durchführbar
<b>MOT 4-6</b>	15	6	3	1	20	- veraltet
<b>Körpermot. ET 6-6</b>	28	9	5	0	6	- nicht vorhanden - schwierig bei mot. auffälligen Kindern
<b>SDQ</b>	33	11	3	0	1	

#### Begründungen

Insgesamt gingen wenige Anmerkungen zu den ausgewählten Tests ein.

K-ABC und SON-R	Keine Begründungen zu diesen Tests, aber der Hinweis, dass mit dem Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI-III, dt. Version) und dem HAWIVA Alternativen zur Verfügung stünden (2). Es müsste abgeklärt werden, inwiefern diese Tests die ICF-Kriterien berücksichtigen. Tatsache ist allerdings, dass von den meisten Heilpädagogischen Früherziehern /-innen der SON-R verwendet wird.
SETK	Der Aussagewert sei gering (1);
SSV	Er erfasse nicht den Entwicklungsstand (1) sondern nur Teilaspekte der Sprache (1), Grundsätzlich liessen sich bei fremdsprachigen Kindern keine Sprachtests durchführen (1). Er sei auch für Kinder mit Muttersprache schweizerdeutsch nicht geeignet (1). Im WPPSI-III gäbe es eine Sprachskala (2) und eigne sich gut, um den allg. Sprachentwicklungsstand zu erfassen. Auch der HAWIVA kläre die Sprache besser ab (2).
MOT 4-6	Der Test sei veraltet (1), besser wäre der neuere Test M-ABC (1).
ET 6-6 Körpermotorik	Sei zwar sehr grob (1), aber für ein Screening ok (2), er sei vor allem auch

	weniger aufwändig als der MOT 4-6 (1).
SDQ	Der Aussagewert sei gering (1); dem wird entgegen gehalten, dass es ein sehr gutes Instrument sei (1), und als Screening-Verfahren ok sei (1). Er gebe gute Hinweise zu Hyperaktivität und Verhaltensproblemen aber die Antworten seien schwierig zu interpretieren (1), insbesondere dann, wenn die Eltern unterschiedliche Einschätzungen abgaben (1).

Es wurde angeregt, da wo möglich auf logopädische Berichte zurückzugreifen (1), was bei der Anwendung des Verfahrens dann ausgeschlossen werden muss, wenn den Berichten keine Testwerte zu entnehmen sind. Es wurde bemängelt, dass die Feinmotorik nicht erfasst wird (2) und auch keine Aussagen zur Spielentwicklung möglich seien (1). Schliesslich kam auch bei dieser Frage die Anmerkung, dass die Erfassung des Entwicklungsstandes mit dem vorgeschlagenen Verfahren zu aufwändig sei (1).

Schlussfolgerungen (unter Einschluss der Bemerkungen zur Frage, ob die gewählten Tests den Entwicklungsstand des Kindes gezielt erfassen → siehe **zweiter Schritt**).

Die Zustimmung zur getroffenen Testauswahl ist ungenügend. Insbesondere für die Erfassung des Entwicklungsstandes Sprache muss, sollte sie im Verfahren drin bleiben, eine Alternative gefunden werden. Es wird zu prüfen sei, ob sich Kognition und Sprache mit demselben Test erheben liessen. Dafür spricht auch, dass der Zeitaufwand reduziert werden könnte. Ebenso wird nochmals zu prüfen sein, ob nicht der ET 6-6 die Screening-Aufgabe erfüllen könnte. Wenn dem so wäre, müsste bei den Heilpädagogischen Früherzieher/-innen noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten sein, dieses Verfahren auch in der Praxis einzusetzen.

Es stimmt, dass zur Zeichnung eines gesamten Entwicklungsbildes eines Kindes auch Bereiche beobachtet werden müssen, welche nicht mit Tests zu erheben sind. Das gilt insbesondere für die Qualität der Motorik, die Wahrnehmung und die Spielentwicklung. Die Erfassung des Entwicklungsstandes soll aber vor allem dazu vorgenommen werden, um Entwicklungsabweichungen festzustellen, was mit testdiagnostischen Verfahren am besten zu erreichen ist. Der SDQ scheint ein Verfahren zu sein, das stillschweigend breite Akzeptanz gefunden hat.

Es ist auch durchaus denkbar, dass jede Person, welche eine Abklärung mit dem Verfahren durchführt, dies mit Tests tut, mit welchen sie am besten vertraut ist. Einzig die ICF-Kompatibilität der Tests wäre dadurch wieder vermehrt in Frage gestellt.

#### Fragen zu Teil C (Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren)

*Zusätzlich zum Verfahren stand Ihnen eine Anleitung zum Teil C zur Verfügung. Wie beurteilen Sie die Anleitung zur Durchführung von Teil C (Anamnesebogen).*

gut	eher gut	eher schlecht	schlecht
33	12	2	0

#### Begründungen

Die Anleitung sei klar (3) und gut verständlich (5), sie sei ausführlich (2), gut nachvollziehbar (1), detailliert (1), sehr umfassend (1). Mit der Anleitung liesse sich die Anamnese gut durchführen (1). Aber es werden auch Schwierigkeiten erwähnt, nämlich, was zu tun sei, wenn die Selbstwahrnehmung der Eltern von der Fremdwahrnehmung der Früherzieherin abweiche (1), zudem seien nicht alle Eltern offen und objektiv, dann nütze auch eine solche Anamnese nichts (1). Es wurde auch festgehalten, dass eine Mutter aus einem anderen Kulturkreis mit einigen Fragen nichts anfangen konnte bzw. nicht gewohnt ist, ihr Kind auf „unsere Weise“ zu beobachten (1).

Es sei in der Anleitung zwar klar beschrieben, was erfragt werden solle, aber eine Schwierigkeit bestehe darin, dass der Gehalt und die Bedeutung einer Frage im Anamnesebogen erst bei wiederholter Durchführung und mit Erfahrung erschlossen werden können (2). Da habe bestimmt auch mit fehlender Routine zu tun (1). Es sei halt immer schwierig mit einem Instrument zu arbeiten und immer wieder darauf angewiesen zu sein, im Handbuch nachzulesen (1). Es wird eine ausführlichere Anleitung und eine Kurzfassung des

Anamnesebogens gewünscht (1). Am besten sei es, bei den Fragen alles ‚intus‘ zu haben (1). Es sei besser, zuerst offen zu fragen und dann einzelne Schwierigkeiten gezielt abzufragen, da Abfragen immer den Gesprächsverlauf störe (1). Das könnte den störenden Papierkrieg (1) und den Zeitaufwand (1) reduzieren. Auch müsse die Möglichkeit weiterhin bestehen bleiben, auf Arztberichte zurückgreifen zu dürfen (1).

**Schlussfolgerungen:** Ganz allgemein wird bei der Überarbeitung des Verfahrens in der Anleitung noch mehr zu betonen sein, dass die Eltern nicht abgefragt werden sollen, dass sich viele Antworten aus einem Gespräch von selbst ergeben. Es wird aber auch nötig werden, dass sich die Anwendenden des Verfahrens intensiv mit diesem vor einem Anamnesegegespräch beschäftigen, gerade damit es ihnen gelingt, die einzelnen Items in den Gesprächsverlauf einzubauen. Hierzu werden Schulungen in Gesprächsführung anzubieten sein. Die Idee soll aufgenommen werden, dass der Anamnesebogen gekürzt und nötigenfalls zusätzliche Informationen in die Anleitung aufgenommen werden.

*Mit nachfolgenden Fragen wollen wir die Güte des Anamnesebogens prüfen. Wie gut lassen sich die Fragen stellen? Haben Sie einige Fragen nicht gestellt, und wenn ja, warum nicht? Sind die Fragen treffend formuliert? Bitte nehmen Sie den Anamnesebogen und ihre Abklärungsdokumente zu Hilfe.*

Bei verschiedenen Fragen steht bei den Antworten ein roter Balken. Dieser verweist, darauf, dass die Frage grundsätzlich oder in ihrer Formulierung überarbeitet werden muss.

## Personale Risikofaktoren

### 1. Geburtsgewicht

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>50</b>	<b>Ja</b>	<b>43</b>
<b>Nein</b>	<b>0</b>	<b>Nein</b>	<b>0</b>
<b>Warum nicht: --</b>		<b>Änderungsvorschläge: --</b>	

### 2. Neonatale Komplikationen

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>50</b>	<b>Ja</b>	<b>45</b>
<b>Nein</b>	<b>0</b>	<b>Nein</b>	<b>3</b>
<b>Warum nicht: --</b>		<b>Änderungsvorschläge: --</b> - Liste mit möglichen Komplikationen beilegen - Eltern vielleicht überfordert, erinnern sich nicht: 48 - zu viele Detailprobleme, Ja, Nein genügt meines Erachtens: 50	

### 3. Asphyxie

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>49</b>	<b>Ja</b>	<b>46</b>
<b>Nein</b>	<b>1</b>	<b>Nein</b>	<b>2</b>
<b>Warum nicht: --</b> - Da Mutter sagte, SS sei normal gewesen:15,		<b>Änderungsvorschläge: --</b> - Asphyxie umschreiben: 17, - Eltern vielleicht überfordert, erinnern sich nicht: 48	

#### 4. Frühgeburt

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>48</b>	<b>Ja</b>	<b>46</b>
<b>Nein</b>	<b>1</b>	<b>Nein</b>	<b>0</b>
<b>Warum nicht: --</b> - Weil die Mutter von einer Geburt ohne Vor- kommnisse sprach: 15 - wird meist schon bei Frage 1 beantwortet: 25,		<b>Änderungsvorschläge: --</b> - könnte zusammen mit Frage 1 formuliert wer- den: 25,	

#### 5. EPH-Gestose

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>49</b>	<b>Ja</b>	<b>41</b>
<b>Nein</b>	<b>1</b>	<b>Nein</b>	<b>5</b>
<b>Warum nicht: --</b> - je nach Alter des Kindes für die Mutter schon zu weit weg: 25,		<b>Änderungsvorschläge: --</b> - Begriff umschreiben: 17,33. - Die dt. Übersetzung in Klammern war sehr wichtig: 45 - Arztbericht einholen führt zu weit: 47 - Eltern vielleicht überfordert, erinnern sich nicht: 48 - zu viele Detailprobleme müssen abgefragt werden: 50 - abfragen vermeiden: 51	

Schlussfolgerungen zu den personalen Risikofaktoren: Die verschiedenen Faktoren sind für Eltern teilweise schwierig zu verstehen oder sie können sich nicht mehr an Details zur Zeit um die Geburt erinnern. Deshalb sind die Antworten nicht in jedem Fall zuverlässig. Bei diesem Frageblock zeigt sich die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Pädiatern / innen, Ärzten –innen. Denn die verschiedenen Faktoren werden idealerweise durch sie erhoben oder weiter gegeben. Er/ sie hat Zugang resp. Informationen zur medizinischen Anamnese. Es soll deshalb mit diesen Fachpersonen das Gespräch gesucht werden, wie die einzelnen Fragen am objektivsten erhoben werden können.

#### Personale Schutzfaktoren

#### 6. Überdurchschnittliche Intelligenz

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	-	<b>Ja</b>	-
<b>Nein</b>	-	<b>Nein</b>	-
Ergibt sich aus der Entwicklungsdiagnostik			

#### 7. Mädchen

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	-	<b>Ja</b>	-
<b>Nein</b>	-	<b>Nein</b>	-
Muss nicht erfragt werden			

### 8. Erstgeborenes Kind

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>44</b>	<b>Ja</b>	<b>43</b>
<b>Nein</b>	<b>6</b>	<b>Nein</b>	<b>2</b>
<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einzelkind: 7</li> <li>- Situation ist klar: 15,29</li> <li>- steht auf Formular: 33,48</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kann aufwühlend sein, wenn das 1. Kind tot geboren war und die HFE davon nichts weiss: 47</li> </ul>	

### 9. Positives Temperament

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>47</b>	<b>Ja</b>	<b>19</b>
<b>nein</b>	<b>1</b>	<b>Nein</b>	<b>27</b>
<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutter hat erzählt, dass Junge sehr schüchtern ist: 7</li> <li>- in eigene Worte gefasst: 15</li> <li>- subjektiv: 25</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <p>Die TL sind der Meinung, dass die Frage etwas kompliziert zu erklären sei (2), dass sie auch gar nicht klar gestellt sei (2) und genauer formuliert werden müsste (3). Unter dem Begriff Temperament werde anderes assoziiert (1). Es wird vorgeschlagen, für die einzelnen Kriterien konkrete Beispiele oder Beschreibungen anzufügen (6) oder ganz konkrete Fragen zu stellen, wie: Schläft ihr Kind durch? Essverhalten? Wie reagiert es auf neue Situationen? (1). Eine andere TL meinte, der Faktor müsse mit offeneren Fragen angegangen werden (1).</p> <p>Überdenkenswert ist wiederum der Hinweis, dass Eltern aus einfachem Milieu die Frage so nicht verstehen (2). Es helfe auch nicht, wenn die Mutter die schriftliche Version direkt vor sich habe (1). Es gäbe Eltern, die ihre Kinder nie ‚auf diese Weise‘ beobachten würden (1).</p> <p>Schliesslich stehen die Schwierigkeiten auch im Zusammenhang mit der TL selber. So meinte eine, dass es schwierig sei, gute Fragen zu stellen (1), während andere Mühe damit bekundeten die gegebenen Antworten eindeutig zuzuordnen (2), was die Subjektivität erhöhe (1). Es brauche in jedem Fall eine gute Vorbereitungszeit und Erklärung, damit die Eltern das Temperament nach diesem Schema einteilen könnten (2). Auch hier wird betont, dass viele auf den Faktor bezogene Informationen erst bei mehreren Besuchen gegeben würden (1).</p> <p>Wichtig wird zu klären sein, ob sich das Temperament auf die Gegenwart oder auf die Neugeborenenzeit beziehen würde (1).</p>	

### 10. Positives Sozialverhalten

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>44</b>	<b>Ja</b>	<b>43</b>
<b>Nein</b>	<b>6</b>	<b>Nein</b>	<b>2</b>
Ergibt sich aus der Entwicklungsdiagnostik (SDQ)			

Schlussfolgerungen zu den personalen Schutzfaktoren: Die Schutzfaktoren ‚Mädchen‘, ‚erstgeborenes Kind‘ werden durch den Erstkontakt oder über die Angaben im Personalblatt geklärt. Die Faktoren ‚überdurchschnittliche Intelligenz‘ sowie ‚positives Sozialverhalten‘ können aus der Entwicklungsabklärung übertragen werden. Der Vorschlag zur Erhebung des Schutzfaktors ‚Temperament‘ wird nicht theoretisch verworfen, aber in deren Darstellung und Art und Weise des Fragens als zu kompliziert kritisiert. Es soll der Versuch unternommen werden, eine vereinfachte Version zu finden. Allerdings zeigt sich an diesem Item, dass eine genaue Einführung der TL und deren genaue Vorbereitung des anamnestischen Gesprächs mit dem vorliegenden Gesprächsleitfaden ausserordentlich wichtig sind.

## Psychosoziale Risikofaktoren

### 11. Umgang mit belastenden Situationen

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>48</b>	<b>Ja</b>	<b>27</b>
<b>Nein</b>	<b>1</b>	<b>Nein</b>	<b>16</b>
	<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sehr intime Frage - optimal, wenn Vertrauensbasis bereits vorhanden: 1</li> <li>- es sind viele komplexe Fragen. Mutter hatte Tendenz sozial erwünschte Antworten zu geben. Verstand nicht alles (widersprüchlich): 7</li> <li>- die Frage ist offen und gesprächsfördernd. Die weiteren Fragen sind gute Stützen für meine Gesprächsführung: 51</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <p>Auch bei dieser Frage werden kritische Anmerkungen gegeben: Eine solche Frage sei nicht in einem Erstgespräch einzuplanen (1), die Frage sei sehr komplex (1), es sei für die Mutter zu schwierig gewesen konkrete Beispiele anzufügen (1) und deren Beantwortung verlange eine differenzierte Reflexion (1), was bei gewissen Eltern nicht der Fall sei (1).</p> <p>Zu bedenken gibt der Hinweis, dass die Frage so ankommen könnte, als suche man gerade Probleme, in Sinne von „ich (Mutter) habe kein Problem, findest Du es sei eines“ (2). Damit wird auch die subjektive Einschätzung der TL wieder thematisiert (2), ebenso der Verdacht auf eine sozial erwünschte Antwort seitens der Eltern (1).</p> <p>Die Frage besteht aus 2 Teilen. Es wird vorgeschlagen, nur die 1. Frage zu stellen (1), vor allem auch weil der Teil 2 sehr langfädig sei (1). Würden die Eltern die Frage 1 verneinen, dann hätten sie Schwierigkeiten, auf die 2. Frage zu antworten (1). Sollte die Frage 2 beibehalten werden, sollte sie als Frage formuliert werden, weil in der jetzigen Form suggeriert werde, es müsse so sein, was eine sozial erwünschte Antwort provoziere (1). Auch bei dieser Frage wird vorgeschlagen, eine freiere Frageform zu wählen, auch wenn dadurch die Interpretation noch subjektiver werde. (1).</p>

### 12. Belastungen, die zu Krankheit führen

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>47</b>	<b>Ja</b>	<b>34</b>
<b>Nein</b>	<b>3</b>	<b>Nein</b>	<b>8</b>
	<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu persönlich für Erstkontakt</li> <li>- Thema an sich zu schwierig: 11</li> <li>- Frage 1: ja, Frage 2: nein: 20</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht sicher, ob alle Eltern ehrlich antworten: 4</li> <li>- leicht nein, aber möglich: 7</li> <li>- Wenn Familie bereits belastet, kann die Frage</li> </ul>



	- abgeleitet: 25		weiter belasten: 15 - sozial erwünschte Antwort: 17 - braucht z.T. Mut zu fragen, lohnte sich aber meist: 33 - komplex: 49 - man sollte diese Frage stellen können, wenn die Beziehung gewachsen und die Zeit reif ist und nicht unbedingt bei der Abklärung: 50
--	------------------	--	--

### 13. Kinderwunsch

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>44</b>	<b>Ja</b>	<b>29</b>
<b>Nein</b>	<b>5</b>	<b>Nein</b>	<b>14</b>
	<b>Warum nicht:</b> - von Mutter vorher beantwortet: 7 - nicht beim Erst- oder Zweitbesuch, braucht Vertrauen: 19 - abgeleitet: 25 - gerade bei sozial auffälligen Familien schwierig: 36		<b>Änderungsvorschläge:</b> Bei dieser Frage gehen die Meinungen der TL auseinander. Die einen sind der Auffassung, dass sie nicht in allen Erstkontakten sinnvoll sei (1), je nach Draht zu den Eltern zu schwierig sei (1), sie sei doch sehr persönlich (1), und könne nicht in jeder Familie gestellt werden (1), zumindest nicht bei einem Erstkontakt (1). Es bestehe ja immer das Risiko, dass bei den Eltern Schuldgefühle geweckt würden, wenn das Kind nicht gewünscht gewesen sei (1). Die anderen sind überzeugt, dass die Frage zu stellen ist, das auch direkt gefragt werden könne (1), es werden aber auch Vorschläge für Umformulierungen gemacht, wie: „war dies ein Wunschkind oder wurden Sie von der Schwangerschaft überrascht“ (1), „wie ging es Ihnen in der Partnerschaft nach der Geburt?“ (1), „wollten Sie ein Kind, war es geplant?“ (2), „als Sie erfuhren, dass Sie schwanger waren, wie erlebten Sie diesen Moment?“ (1). Die Frage führte auch sehr vereinzelt zu vertraulichen Aussagen der Eltern, nämlich dass sie überrascht gewesen seien, wie schnell „es klappte“ (1), oder dass sie die Mutter nach einer Hormonbehandlung schwanger wurde (1). Interessant ist der Hinweis einer TL, dass sie die Frage immer gleich im Zusammenhang mit der Erhebung der personalen RF gestellt hätte (1).

### 14. Frühe Elternschaft

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>42</b>	<b>Ja</b>	<b>36</b>
<b>Nein</b>	<b>7</b>	<b>Nein</b>	<b>5</b>
	<b>Warum nicht:</b> - konnte Antwort aus Personalbogen der Mutter entnehmen: 6,15,16,41 - Eltern sind nicht so jung: 20 - eingeschätzt: 25 - Personalienblatt: 29,51 - meist überflüssig, da man den Jahrgang der Eltern kennt: 47		<b>Änderungsvorschläge:</b> - ist jetzt so formuliert, dass die Eltern nicht realisieren, dass sie vom Lebensalter her jung waren: 17 - es braucht Umwegfragen: 19 - sehr persönliche Fragen, tönt nach Verhör, „Kannten Sie sich schon länger?“ 47 - alles was mit Schwangerschaft/Geburt zusammenhängt an personale Risikofaktoren angehängt: 51

### 15. Ein-Elternfamilie

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>41</b>	<b>Ja</b>	<b>38</b>
<b>Nein</b>	<b>7</b>	<b>Nein</b>	<b>2</b>
<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hat sich erübrigt, weil verheiratet und 2. Kind: 6</li> <li>- wusste es bereits: 15,26</li> <li>- beide Elternteile sind anwesend: 20</li> <li>- ausgefüllt: 25</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge: --</b>	

### 16. Vorkommnisse aus der persönlichen Vergangenheit

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>41</b>	<b>Ja</b>	<b>19</b>
<b>Nein</b>	<b>7</b>	<b>Nein</b>	<b>20</b>
<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu persönlich: 2, 11, 32</li> <li>- nicht in jedem Erstkontakt sinnvoll: 10</li> <li>- braucht Zeit und Offenheit: 19</li> <li>- nicht immer: 25</li> <li>- zu wenig gute Beziehung zur Mutter: 33</li> <li>- braucht Vertrauen: 37</li> <li>- schwierig, wenn das Gespräch mit der Mutter stattfindet und sie für den Vater eine Situation beurteilt: 39</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge: --</b> Die TL taten sich mit dieser Frage schwer. Es wird betont, dass es eine sehr persönliche Frage sei (1), die je nachdem sehr schwierig zu stellen sei (1). Die Eltern würden vielleicht nicht wahrheitsgetreu antworten (1) oder eine sozial erwünschte Antwort geben (1). Ob die Antwort offen und ehrlich gegeben werde, komme auf die Atmosphäre resp. die Offenheit (1) und auf „den Draht zu den Eltern“ an (1). Insbesondere die Frage 1 sei heikel (1) sie könne zu weit gehen und könne Angst und Abwehr schüren (1). Auch lenke die Frage 1 zu einseitig, es interessiere doch nicht nur, ob die Eltern mit dem Gesetz in Konflikt gewesen seien (1). Die Frage 2 hingegen sei hingegen je nach Situation zumutbar (1). Immer müsse damit gerechnet werden, dass sich die Eltern schämen würden (1). Es werden anderen Formulierungsvorschläge gemacht: „wie haben Sie ihre eigene Kindheit erlebt“ (1), Hatten sie Konflikte mit dem Gesetz seit der Geburt des Kindes, z.B. Drogen, Diebstahl usw. (1). Interessant könnte auch sei, die Frage verneint zu stellen; „Blicken Sie selber auch nicht auf...“ (1). Es wird vorgeschlagen, die Frage am Ende des Verfahrens zu erheben, Informationen zu sammeln und dann in den Protokollbogen zu übertragen (1).	

### 17. Vorkommnisse, welche das Familienleben anhaltend belasten

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>45</b>	<b>Ja</b>	<b>31</b>
<b>Nein</b>	<b>3</b>	<b>Nein</b>	<b>12</b>
<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn ich etwas vermute: 11</li> <li>- kommt als erstes entgegen: 25</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sehr persönliche Frage: 5, 10</li> <li>- am Ende des Verfahrens erheben, Informationen sammeln und dann in den Protokollbogen übertragen: 15</li> <li>- sozial erwünschte Antwort: 17</li> </ul>	

			- ich muss damit rechnen, dass mir bestimmte Ereignisse vorenthalten werden: 48
--	--	--	---

### 18. Zufriedenheit mit der Partnerschaftssituation

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>40</b>	<b>Ja</b>	<b>24</b>
<b>Nein</b>	<b>8</b>	<b>Nein</b>	<b>18</b>
	<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn die Belastung offensichtlich war: 25</li> <li>- schwierig, wenn Mutter auch die Position des Vaters vertritt: 39</li> <li>- besonders, wenn Partnerschaft belastet ist, ist diese Frage schwierig: 43</li> <li>- Ja, wenn die Mutter offen ist: 47</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <p>Ist eine Partnerschaft belastet, ist die Frage bestimmt nicht einfach zu stellen, sie ist intim (3) und sehr persönlich (3). Es sei nicht auszuschliessen, dass mit der Frage auch einiges ins Rollen gebracht werden könne (1). Es scheint aber Einigkeit darin zu bestehen, dass sie gestellt werden sollte, vielleicht nur unter 4 Augen, ohne die Anwesenheit des Partners (2), da es ja schwierig sei, die Frage in Anwesenheit des Partners zu stellen (2), wichtig sei es auch, die Frage von beiden Partnern beantworten zu lassen (1).</p> <p>Die Frage setze Vertrauen voraus (1) und solle nur gestellt werden wenn man die Eltern bereits gut kenne (1). Es werden alternative Formulierungen vorgeschlagen: „Empfinden Sie Ihre Partnerschaft ihren Partner als Stütze in der Alltagsbewältigung?“ (1), „wie geht es Ihnen in Ihrer Partnerschaft“ (1). Es gäbe auch die Möglichkeit, Informationen zu sammeln und diese dann in den Protokollbogen zu übertragen (1), vieles merke man im Gespräch mit beiden Eltern und es ergäbe sich daraus die Möglichkeit Partnerschaftskonflikte dann anzusprechen (1). Die Frage lasse sich einfacher zu stellen, wenn Eltern von Unterstützung im Alltag sprechen (eher an 19 angehängt) manchmal bei 12 oder 11 je nach Gesprächsverlauf (1).</p>

### 19. Unterstützung in Familienaufgaben

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>48</b>	<b>Ja</b>	<b>39</b>
<b>Nein</b>	<b>0</b>	<b>Nein</b>	<b>4</b>
	<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- siehe Antwort bei 18: 29</li> <li>- die Frage a überschneidet sich mit Frage b: 38</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- braucht einfache Formulierung: 26,</li> </ul>

### 20. Beengt erlebte Wohnverhältnisse

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>47</b>	<b>Ja</b>	<b>42</b>
<b>Nein</b>	<b>2</b>	<b>Nein</b>	<b>2</b>
	<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- meist selber ausgefüllt: 36</li> <li>- nur eine Frage genügt, oder? 49</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern kennen die m2 nicht: 4</li> <li>- vielleicht ist es schwierig, die m2 sofort zu eruieren: 41,48,</li> </ul>

			- komplizierte Frage, die auch den Eindruck der Sozialkontrolle erweckt: 50 - meist beim ersten Besuch, wenn ich das erste Mal in die Wohnung komme – Eltern sprechen die Wohnsituation meist von selber an: 51
--	--	--	--

## 21. Ausbildung der Eltern

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>46</b>	<b>Ja</b>	<b>36</b>
<b>Nein</b>	<b>3</b>	<b>Nein</b>	<b>8</b>
	<b>Warum nicht:</b> - kann aus Personalblatt entnommen werden: 6, 50 - wird erst im Zusammenhang mit der Einschulung thematisiert: 25		<b>Änderungsvorschläge:</b> - welche Ausbildung haben Sie?: 4 - gerade, wenn Eltern schlechte Ausbildung haben: 15 - braucht clevere Umwegfragen: 19 - nicht wenn Eltern in einem anderen Bildungssystem gross geworden sind: 33 - Haben Sie eine Ausbildung gemacht, Was arbeiten Sie jetzt?: 44 - bei geistig schwachen Eltern Fragen nach Sonderschulweg schwierig: „Wo sind Sie in die Schule gegangen?“ 47 - Ich erfrage den Beruf und den Ausbildungsweg meist im Zusammenhang mit der eigenen Schulerfahrung, also zuerst 22, dann 21

Schlussfolgerungen zu den psychosozialen Risikofaktoren: Die Rückmeldungen der TL lassen darauf schliessen, dass die einzelnen Fragen als bedeutsame Fragen anerkannt werden. Kein einziges Votum geht dahin, die eine oder andere Frage nicht zu stellen. Hingegen sind vier Fragen immer noch schwierig, sei es in ihrer Konzeption, sei es in der Art und Weise der Fragestellung: 11 ‚Umgang mit belastenden Situationen‘, 13 ‚Kinderwunsch‘, 16 ‚Vorkommnisse aus der persönlichen Vergangenheit‘ und 18 ‚Zufriedenheit mit der Partnerschaftssituation‘. Gemäss den Rückmeldungen können die Items teilweise mit besseren Fragestellungen erfasst werden; das wird vermutlich aber nicht ausreichen. Gerade weil die Vertrautheit so wichtig ist, um realitätsnahe Antworten zu erhalten, wird zu nicht vermeiden sein, dass Fragen direkt gestellt werden. Die TL sollen Spielraum darin erhalten, die Frage in einem dafür richtigen Moment zu stellen. Sie sollen aus verschiedenen Fragevarianten auswählen dürfen und auch Beobachtungen einschliessen. Der Gesprächsverlauf wird variabler gestaltet werden können. Wichtig soll bleiben, die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren schliesslich vollständig erfasst zu haben.

## Psychosoziale Schutzfaktoren

## 22. Positive Schulerfahrungen der Eltern

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>48</b>	<b>Ja</b>	<b>39</b>
<b>Nein</b>	<b>1</b>	<b>Nein</b>	<b>4</b>
	<b>Warum nicht:</b> - wird erst im Zusammenhang mit der Einschulung thematisiert: 25 - Antworten sind sehr aufschlussreich: 48		<b>Änderungsvorschläge:</b> - im Erstkontakt zu intim: 10 - Zusammenhang erklären ohne Schuldgefühle zu wecken, ist schwierig: 15 - Beispiel geben für was schlecht ist, Referenz-

			<p>punkte sind wichtig, da sonst zu subjektiv: 44</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Skala hilft sehr gut: 45</li> <li>- die Skala ist etwas schwierig: 48</li> <li>- oft im Zusammenhang mit der bevorstehenden Einschulung: 51</li> </ul>
--	--	--	---

### 23. Bindung zum Kind

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>24</b>	<b>Ja</b>	<b>20</b>
<b>Nein</b>	<b>18</b>	<b>Nein</b>	<b>8</b>
	<p><b>Warum nicht:</b></p> <p>5x wurde die Bemerkung gemacht, dass die Erhebung dieses Schutzfaktors gar nicht mit einer Frage erfolgen könne. Die Methode nach Marte Meo eigne sich gut (2) um Bindung zu beobachten (1). Schwieriger sei die Einschätzung mit der Skala nach Ainsworth, da die Beurteilung nicht einfach sei (5). Andere wiederum befinden die Skala gut (2). einzuschätzen (1), würden sich zur Feststellung von Bindung eignen.</p> <p>Viele sind sich einig, dass die eigene Beobachtung (1) und Einschätzung (3) bei dieser Frage unumgänglich sei. Deshalb wären Beobachtungsbeispiele hilfreich (1). Es brauche Zeit (1) verschiedene Beobachtungssituationen seien nötig (2)</p>		<p><b>Änderungsvorschläge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ergibt sich aus Ainsworth-Skala: 3</li> <li>- finde die Skala interessant: 4</li> <li>- nicht zuverlässig beantwortbar: 10</li> <li>- einfacher formulieren (Feinfühligkeit) 33</li> <li>- zu früh um Eltern mit dieser Frage zu konfrontieren: 40</li> <li>- Ich selber war mit der Ainsworth-Skala überfordert; ich habe mich nicht getraut, einen tieferen Wert zu setzen: 48</li> <li>- noch nicht bei der Abklärung, wir kennen die Familie noch zu wenig: 50</li> </ul>

### 24. Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>47</b>	<b>Ja</b>	<b>38</b>
<b>Nein</b>	<b>2</b>	<b>Nein</b>	<b>5</b>
	<p><b>Warum nicht:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- war auch für die Mutter sehr aufschlussreich: 48</li> </ul>		<p><b>Änderungsvorschläge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ist halt ziemlich subjektiv: 20</li> <li>- bin nicht sicher, ob die Frage greift: 33</li> <li>- hat das Kind einen guten Freund /Person, mit der es viel Zeit verbringt: 44</li> <li>- Mutter hat die Frage nicht verstanden: 49</li> </ul>

### 25. Modelle positiver Bewältigung in der Familie

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>44</b>	<b>Ja</b>	<b>28</b>
<b>Nein</b>	<b>4</b>	<b>Nein</b>	<b>12</b>
	<p><b>Warum nicht:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu viele und zu komplexe Fragen mit ähnlichem Inhalt: 8</li> <li>- Antworten sind abhängig von der Tagesform der Mutter: 22</li> <li>- Frage sehr fraglich. Sozial erwünschte Antwort: 29</li> <li>- war zu schwierig, selbst mit Kulturvermittlerin 34</li> </ul>		<p><b>Änderungsvorschläge:</b></p> <p>Die Eltern sollen ihr Verhalten positiver Bewältigung in 9 Fragen auf einer Skala selber einschätzen. Das fällt offensichtlich einigen Eltern schwer (1), nicht nur, weil die befragte Person reflektierend herausfinden muss, was sie tut oder nicht (3), sondern weil die Auswahl zu gross ist (1). Die Skala suggeriere was gut sei (1) und schliesse soziale erwünschte Antworten</p>

			nicht aus (2). Schliesslich seien die Antworten der Eltern subjektiv (1) und deren Ehrlichkeit stehe im Zentrum (1). Es sei nicht auszuschliessen, dass die Antworten der Einfachheit halber resp. aus Bequemlichkeit gegeben worden seien (1). Es lasse sich eine Diskrepanz erkennen zwischen der Schilderung der Belastung in Frage 11 und den Antworten in vorliegender Frage. Vielleicht wären derartige Nachteile durch eine offenere Fragestellung, z.B.: „wie gelingt Ihnen die Umsetzung der folgenden Punkte“ oder durch erklärende Beispiele aufzuheben. Eine TL kopierte die Skalen zur Frage und liess sie die Eltern selber (meist zusammen mit Frage 11 ausfüllen) (1).
--	--	--	--

## 26. Offenes, unterstützendes Erziehungsklima

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>46</b>	<b>Ja</b>	<b>25</b>
<b>Nein</b>	<b>3</b>	<b>Nein</b>	<b>15</b>
	<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- konnte aus eigenen Beobachtungen beantworten: 20</li> <li>- teils aus Beobachtung: 25</li> <li>- sozial erwünschte Antwort: 29</li> <li>- Wunsch und Realität werden oft vermischt: 47</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <p>Auch diese Frage erfordert eine differenzierte Einschätzung (1), was für gewisse Eltern nicht zu leisten sei (1). Entsprechend schwierig sind die Antworten zu geben (1). Sie müssten konkretisiert (1) und mit Beispielen angereichert werden (1). Die Fragen seien suggestiv (1). So liege es auch nahe, dass die Eltern sozial erwünschte (positive) Antworten gäben (4) und sich dadurch auch schützen würden (1). Die Fragen seien im Erstkontakt zu intim (1) und seien ohne den Zusatz „und seien Sie durchaus auch selbstkritisch“ (1) zu stellen. Diejenigen, welche die Einschätzung vorgenommen hätten, würden sich zu hoch einschätzen (1), die Selbstdarstellung der Person beeinflusse ihre Antwort (1). Es sei festzustellen, dass sich die Antwort nicht mit der Einschätzung der TL decke (2). Die Beurteilung bleibe subjektiv (1). Es solle nicht danach gefragt werden, was wichtig sei, sondern was die Eltern konkret tun würden (1). Zwei TL liessen die Eltern die Fragen selber ausfüllen (2). Es sei eine aufwändige Frage (1).</p>

## 27. Familiärer Zusammenhalt

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>48</b>	<b>Ja</b>	<b>37</b>
<b>Nein</b>	<b>0</b>	<b>Nein</b>	<b>6</b>
	<b>Warum nicht:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begründung interessant, Beurteilung ist fraglich: 29</li> </ul>		<b>Änderungsvorschläge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in einzelne genaue Teilfragen aufteilen: 27</li> <li>- Familie stellt sich falsch dar: 32</li> <li>- genauer fragen: 33</li> <li>- Selbstdarstellung der Person beeinflusst die Antwort: 44</li> <li>- wenn Hauptbezugsperson nicht offen antwortet: 44</li> </ul>

			ten will: 48 - überflüssig bei all den anderen Fragen betreffend Unterstützung: 50 - meist im Zusammenhang mit 29 und 19 erfragt: 51
--	--	--	--

## 28. Regelmässigkeit und Freude im Kontakt und Spiel mit Kindern

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>47</b>	<b>Ja</b>	<b>39</b>
<b>Nein</b>	<b>1</b>	<b>Nein</b>	<b>2</b>
<b>Warum nicht:</b> - aus dem SDQ ersichtlich: 20		<b>Änderungsvorschläge:</b> - zu subjektiv: 10 - besser 2 Fragen: a) nimmt Kontakt auf b) wie oft hat Kind Gelegenheit: 27 - ich musste mehrmals nachfragen bzw. die Frage aufteilen: 49 - meist im Zusammenhang mit personalen Schutzfaktoren besprochen: 51	

## 29. Soziale Unterstützung der Familie

Haben Sie die Frage immer gestellt resp. stellen können?		Ist die Frage in der vorliegenden Formulierung leicht zu stellen?	
<b>Ja</b>	<b>46</b>	<b>Ja</b>	<b>36</b>
<b>Nein</b>	<b>3</b>	<b>Nein</b>	<b>6</b>
<b>Warum nicht:</b> - Wie 19: 20 - bei 19 erweitert: 25 - verwirrend, da bereits gestellt: 31 - Fragen a und b überschneiden sich: 38 - war meist schon besprochen bei Frage 19: 51		<b>Änderungsvorschläge:</b> - Je nach familiärer Situation nur in 2-er-Situation stellen: 7 - im Erstkontakt zu intim: 10 - die Frage ist auf die Kernfamilie beschränkt, im Gegensatz zu Frage 2(?), die nach Umfeld fragt: 22 - Frage ist überflüssig: 47	

Schlussfolgerungen zu den psychosozialen Schutzfaktoren: Die Auswertung der Protokollbogen zeigte auf, dass sehr viele Schutzfaktoren vorhanden sind. Es wird vermutet, dass dies auch mit der Art und Weise, wie die Frage gestellt wurde, zusammenhängt. Dies dürfte wohl vor allem bei den Fragen 25 ‚Modelle positiver Bewältigung in der Familie‘ und der Frage 26 ‚Offenes, unterstützendes Erziehungsklima‘ der Fall sein. Die Fragen müssen sicher von ihrem suggestivem Charakter gelöst werden. Alternativ könnte erwogen werden, die Items in der Frage 25 als offene Fragen zu stellen und die Frage 26 nach Beobachtung durch die TL bewerten zu lassen.

## C. Fragen zum Protokollbogen

Wie beurteilen Sie die Qualität der Anleitung zur Benutzung des Protokollbogens?

gut	eher gut	eher schlecht	schlecht
35	13	0	1

### Begründungen

Bei dieser Frage gaben die TL auch Antworten, welche nicht den Protokollbogen betrafen. Sie wurden in die persönlichen Anmerkungen (Kapitel D) integriert. Der Protokollbogen findet bei den TL grosse Zustimmung.

Er wird als klar (7), übersichtlich (5), verständlich (5) gelobt. Er sei ausführlich (2) und detailliert (1). Er ermögliche eine schnelle Übertragung (2).

*Sehen Sie formale Verbesserungsmöglichkeiten am Protokollbogen?*

ja	nein
6	26

#### Vorschläge

Sollte das Verfahren öffentlich zugänglich werden, wäre das Deckblatt anzupassen (1). Interessant wäre eine ICF-Auswertung und Ergebnisse nach ICF-Standards in Teil B (Entwicklungsdiagnostik). Es wird vorgeschlagen, die R+S-Faktoren visuell anders zu gewichten (1) und die Erhebung der Faktoren und deren Visualisierung auf einer Seite anzuordnen (1). Gewünscht wird eine klarere Aufstellung, welche Fakten zu welchen Schlussfolgerungen führen (1).

Eine TL schlägt vor, gewisse Teile (Fragen 22, 25, 26, 27) den Eltern als schriftlichen Fragebogen abzugeben, dann könnten sich die Eltern darüber austauschen und sich mit den Fragen auseinandersetzen.

#### **D. Ihre persönlichen Anmerkungen zum Schluss**

*z.B. zu Fragen wie: Kann ich das Verfahren in meiner Praxis brauchen? Werde ich es brauchen?*

Die persönlichen Anmerkungen sind eine Fundgrube an Ideen, konstruktiver kritischer Einwände und Verbesserungsvorschlägen. Sie machen aber nochmals die Komplexität des Verfahrens bewusst, sowie dessen Grenzen und Möglichkeiten. Die persönlichen Anmerkungen werden thematisch zusammengefasst.

#### **Allgemeiner Eindruck zum Verfahren**

Das Verfahren scheint einem Bedürfnis zu entsprechen. Es sei für die HFE nötig (1) und bilde eine gute Grundlage (1). Es konnte viel wertvolles Hintergrundwissen erworben werden (1). Das Verfahren sei sehr gut durchdacht (1), es sei spannend (3), detailliert und differenziert (1) und aufschlussreich (2), da man zu Informationen komme, die man sonst nicht hätte: das ganze System werde erfasst und die Funktionsweise dieses Systems beleuchtet (2). Man erhalte ein gutes Gesamtbild der Situation des Kindes (1). Ein grosser Vorteil sei, dass nicht nur der Entwicklungsstand des Kindes erfasst werde, sondern auch die Risiko- und Schutzfaktoren ermittelt würden (2), dies ergäbe ein umfassender Blick auf die Lebenswelt des Kindes (1). So betrachtet schliesse das Verfahren eine da gewesene Lücke (1).

Das Verfahren sei in der Praxis gut und realistisch anwendbar und könnte zu einem schönen Standard werden, allerdings brauche es dafür noch Routine (1).

#### **Zeitaufwand**

Es gilt zu berücksichtigen, dass das Verfahren als zeitaufwändig (13) resp. sehr zeitaufwändig (1) beurteilt wird. Für eine schnelle Abklärung eigne es sich deshalb nicht (1), auch weil es für die gesamte Abklärung mehr Zeit brauche, als zur Verfügung stünde (1).

#### **Finanzierung**

Sollte das Verfahren in der jetzigen Form eingesetzt werden, müsste die Frage der Finanzierung dieser zeitintensiven Abklärung geklärt werden (Kt. ZH: zahlt pro Abklärung max. 8 h, der Kt. SZ 5h (entspricht Fr. 1'000.-)).



## **Umfang und Form**

Vor allem aus Gründen der Finanzierung sei das Verfahren zu lang (1), zu umfassend (1) zu umfangreich (1), doch das bringe die Sache mit sich (1). Eine gekürzte Form wird gewünscht (2), womit auch erreicht würde, dass der Papierkram abnehme (1).

## **Entwicklungsabklärung**

Die Entwicklungsabklärung ist ein Screeningverfahren. So gesehen sei die Diagnostik voll ok (1), sie müsse dann aber noch durch eine differenzierte Diagnostik ergänzt werden (1). Zur endgültigen Untersuchung des Entwicklungsstandes sei zusätzlich eine ärztlich-pädiatrisch-entwicklungsneurologische Untersuchung notwendig (1).

Es wird als positiv beurteilt, dass immer die gleichen Tests verwendet werden (1), das gebe Sicherheit, eine Leitlinie, welche von den unzähligen Tests man nehmen solle (1). Schliesslich könne auch die Qualität bei der Durchführung/Auswertung erhöht werden, wenn immer die gleichen Tests genommen würden (1).

Auch an dieser Stelle wurden noch einige wenige Anmerkungen zu den einzelnen Tests gemacht: Der SDQ sei gut (1), man könne davon profitieren (1). Der SETK biete Schwierigkeiten (1) und weshalb solle man die Sprache testen, wenn kein Verdacht vorliege (1). Eine TL möchte den MOT 4-6 in Zukunft vermehrt bei den Abklärungen einfließen lassen.

## **Anamnesebogen**

Der Anamnesebogen ist das Herzstück des Verfahrens. Umso wichtiger sind konstruktiv-kritische Einwände. Das Anamnesegespräch beruht auf einem Gesprächsleitfaden, der ausformulierte Fragen enthält. Dieser Widerspruch ist erkannt und auch kritisiert worden. Unbestreitbar gibt der Anamnesebogen einen guten Überblick (1) in das Familiensystem und die dort vorherrschenden Risiko- und Schutzfaktoren (1). Er ist wertvoll (1), anregend (1), ausführlich (1) und hilfreich (1).

Einzelne Fragen, wie die Einschätzskalen und die Bindung nach Ainsworth sind schwierig zu erheben (1). Risikofaktoren beim Kind, wie Faktoren zur aktuellen, belastenden Situation wie z.B. medizinische Diagnose, pädiatrische Diagnose (Entwicklungsrückstand, Verhaltensprobleme, Wahrnehmungsprobleme) fehlen ganz (2), ebenso eine Behinderung (1). Die Antworten der Eltern seien immer subjektiv gefärbt, ihre Selbstwahrnehmung sei manchmal eine ganz andere als die Wahrnehmung von aussen, was dafür spreche, dass auch Aussagen Dritter eingeholt werden sollten, von Fachpersonen (1), Grossmutter, Kindergärtnerin, Beiständen (1). Und welche Eltern seien nicht versucht, Antworten zu geben, von denen man denke, dass sie erwartet würden (1).

Mit einem Anamnesebogen wird den Eltern erneut zugemutet, Fragen beantworten zu müssen (1). Immer wieder wird festgestellt werden müssen, dass sich Eltern (z.B. aufgrund psychischer Probleme) gar nicht darauf einlassen können (1). Das hat weniger mit dem Verfahren, sondern mit Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit mit Eltern zu tun.

Eine der Grenzen des Verfahrens ist die Sprache. Die Anwendung ist nur bedingt möglich (1), sie setzt ein gutes Sprachniveau der Eltern voraus und braucht viel Zeit. Die Fragen können Eltern aufgrund ihres anderen kulturellen Hintergrundes überfordern, da manche es sich nicht gewohnt sind, sich solche Fragen zu stellen bzw. ihr Kind so zu beobachten (1). Eine Kulturvermittlerin hilft da nur bedingt, da die Eltern trotz dieser Vermittlungshilfe sich einem solchen Gespräch verschliessen (1). So würde das Verfahren wohl gerade in Familien, die am meisten Unterstützung bräuchten, nicht eingesetzt werden (2).

Die TL stossen sich zum Teil an den heiklen (2), intimen (2) und sehr persönlichen (3) Fragen im Rahmen eines Erstgesprächs, das betreffe vor allem die Fragen zur Familie und Partnerschaft (1). Man wolle nicht mit der Türe ins Haus fallen, sondern die Erhebung der unbezweifelt wichtigen Fragen später angehen (1). Es sei wichtig, dass die Eltern den Zeitpunkt frei entscheiden können, wann sie was wie erzählen wollen (1), die vorliegende Form der Anamnese würde geradezu gegen das Prinzip verstossen, die Eltern dort abzuholen, wo sie seien, da sie richtig gehend ausgefragt würden (1).

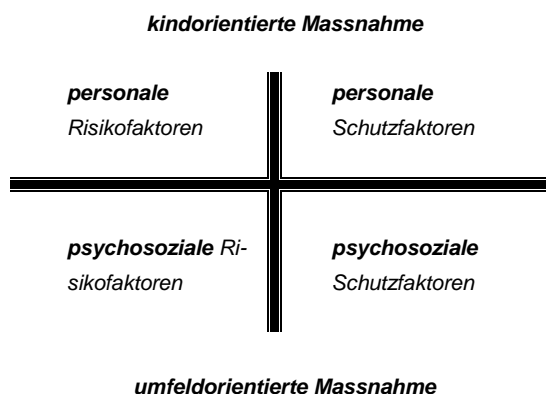
Die Eltern seien bereit, Auskunft zu geben, wenn ein gewisses Vertrauensverhältnis aufgebaut sei (7). Die Abklärungsphase diene ja gerade auch dazu eine Vertrauensbasis zu schaffen (1). Sei diese nicht gegeben, würden die Eltern die Antworten ‚verwässert‘ geben (1). Sei das Vertrauen einmal hergestellt, liessen sich die Fragen gut stellen (2).

### Kritik an der Form des Fragebogens

Die Form des Fragebogens scheint ein Hindernis bei anamnestischen Gesprächen mit Eltern zu sein. Man könne weniger auf Eltern zugehen, sondern müsse beim Fragebogen bleiben (1). Die Form des Fragebogens sei ein Wettlauf gegen Misstrauen und Vorbehalte (1) und könne für die weitere Arbeit kontraproduktiv sein (1). Deshalb wird vorgeschlagen, den Fragebogen offen ausfüllen zu können (1), mehr Spielraum bei den Fragen zu geben (1) gewisse Fragen schriftlich zu beantworten (1) und den Anamnesebogen nur dann einzusetzen, wenn nicht sofort klar sei, ob HFE für das Kind sinnvoll sei (1). Auch müsse die Gelegenheit bestehen, einen Teil der Informationen erst dann zu erheben, wenn die Situation günstig sei (d.h. die Eltern von sich aus etwas ansprechen) oder wenn sich die TL aufgrund einer spezifischen Situation Gedanken mache (1).

### Feststellung des Förderbedarfs und Empfehlung der Massnahme

Das Verfahren ist theoriegeleitet. Dies zeigt sich nicht nur in der theoriegeleiteten Abstützung der Fragen im Anamnesebogen, sondern vor allem auch darin, Förderbedarf und Massnahmen auf der Grundlage einer Matrix abzustützen:



Dieses „Denken im Kreuz“ sei super und einzigartig (1), interessant und brauchbar (1). Es sei hilfreich (3), auch um den Eltern den Förderbedarf anschaulich präsentieren zu können (1) und um die eigene Abgrenzung, wie und wo die HFE zuständig sei, zu eruieren (1). Aus diesem Schema lasse sich die Massnahmenempfehlung begründen (1), die Interpretation und Zuweisung zu einer Massnahme sei gut ersichtlich, jedoch bleibe die Entscheidung nicht zuletzt aufgrund des bestehenden Angebotes möglicher Massnahmen individuell (1). Das Schema sei zudem auch prozessmässig brauchbar (2), um Änderungen festzustellen und die Förderplanung vorzunehmen (1). Dem Wunsch ein Verfahren zu entwickeln, welches am Schluss „so etwas

wie eine Rechnung / Norm“ hätte (1), wird wohl nie entsprochen werden können. Das Ergebnis wird immer subjektiv beurteilt bleiben.

### **Verwendung des Verfahrens**

Im letzten Teil des Fragebogens an die TL wurde insbesondere auch danach gefragt, ob sie das Verfahren in ihrer Praxis auch anwenden würden. Nur eine TL gab an, das Verfahren nur dann einzusetzen, wenn es vorgeschrieben würde (1). Eine andere ist unentschieden und wird das Verfahren nochmals ausprobieren (1). Einige können sich vorstellen das Verfahren punktuell (1) oder in Teilen einzusetzen (4), sicher nicht bei allen Elternkontakten (1) und einzelne Fragen würden fortan in das eigene Anamnesegespräch oder in ein späteres Gespräch während der Therapie aufgenommen (1).

Weiteren Äusserungen der TL kann entnommen werden, dass sie das Verfahren brauchen würden (3). Es gebe eine gute Grundlage zu Arbeitsbeginn, es eigne sich für die Praxis (3), bringe interessante Informationen (1) und gebe gute Einsichten und Eindrücke in das System (1). Es sei insbesondere bei Kindern im Grenzbereich sinnvoll einzusetzen (2) oder wenn Risiken im Umfeld ermittelt werden müssten (1). Allerdings sei das Verfahren doch sehr zeitaufwändig (1). Es wird auch vorgeschlagen, einen anderen Ablauf zu wählen: 1. Anamnese Fragen zum Kind, 2. Entwicklungsabklärung, 3. Anamnese Fragen an Eltern, wenn das Vertrauen schon etwas da sei (1).

Eine TL hält die erwähnte Kritik zusammenfassend so fest, dass sie „grundsätzlich sähe, dass sie und damit die Familie von einer solchen Abklärung mit diesem Verfahren profitieren könne; sie würde auch versuchen, es auch zu einem späteren Zeitpunkt einzusetzen, v.a. den Anamnesebogen, wenn a) die Mutter deutsch spreche, b) genügend Vertrauen da sei und c) sie (die TL) genügend Zeit zur Verfügung habe und d) die Mutter kognitiv in der Lage sei zu antworten (1).

Als Alternative zum vorgeschlagenen Verfahren erwähnt eine TL, sie komme mit ihrer bisherigen Abklärung zum gleichen Ziel (1), eine andere nennt das Leuchtstiftverfahren von Eisner-Binkert (1).

Im Falle einer Weiterentwicklung des Verfahrens wäre es wünschenswert, wenn dieses auf den Altersbereich 0-3 auszudehnen (1) und eine französische Version zu entwickeln (1). Schliesslich sei nicht zu vergessen, die Anwendenden gut in das Verfahren einzuführen (1) und auch die Ausbildungen entsprechend anzupassen (1).

Schlussfolgerungen aus den allgemeinen Anmerkungen: Die verschiedenen kritischen Hinweise, wie der hohe Zeitaufwand, die Intimität der Fragen sind berechtigt und müssen in der weiteren Entwicklung des Verfahrens berücksichtigt werden. Die Theoriegeleitetheit des Verfahrens und der einzelnen Fragen sind die unwidersprochenen Stärken des Verfahrens. Das Kernstück, der Anamnesebogen, wird in seiner endgültigen Fassung nicht als Fragebogen, sondern als Gesprächsleitfaden zu konzipieren sein, mit der Möglichkeit zu offenem Fragen, zum flexiblen Umgang mit den einzelnen Items und der Möglichkeit, den Ablauf der Teile des Verfahrens selber bestimmen zu können. Es wird möglich sein müssen, einzelne Teile getrennt voneinander anwenden zu dürfen. Die Sprachlastigkeit und damit einhergehend die Begrenzung des Verfahrens wird grundsätzlich anzugehen sein. Die Diskussion darüber, wie Eltern, Kindern, Familie aus anderen Kulturen und mit Problemen in der Verständigung in ihrer erschwerten Lebenslage am besten unterstützt werden muss geführt werden.

## 10. Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen aus diesem Entwicklungsprojekt gliedern sich nach den Hauptzielen:

- Definition entwicklungsgefährdeter Kinder
- Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs

### 10.1 Definition: entwicklungsgefährdete Kinder

In der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik der Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK 2007) ist die Rede von entwicklungsgefährdeter, -verzögerter, -eingeschränkter, -gefährdeter und behinderter Kindern. Was jeweils unter diesem Begriff verstanden werden soll, wird dort nicht näher spezifiziert. Durch die Auseinandersetzung mit der vorherrschenden Literatur konnte Klärung in diese verschiedenen Begriffe gebracht und mit den Begriffen aus der Risiko- und Resilienzforschung in Übereinklang gebracht werden. Es wird vorgeschlagen, allgemein bei Entwicklungsauffälligkeiten in Zukunft von Entwicklungsbeeinträchtigung zu sprechen, und im speziellen von Entwicklungsverzögerung und -abweichung. Entwicklungsgefährdung hingegen soll sich auf die Belastung durch Risikofaktoren ( $RF \geq 3$ ) resp. Fehlen von Schutzfaktoren ( $SF \leq 2$ ) beziehen.

Ungenügend geklärt bleibt auch am Ende diese Arbeit die Bestimmung des Bereiches, in welchem Kinder als in ihrer Entwicklung grenzwertig bezeichnet werden. In dieser Arbeit wurden die Grenzwerte folgendermassen bestimmt:

Belastung = $RF \geq 3$ ; $SF \leq 2$	Grenzwert	Bezeichnung
<b>ohne Belastung</b>	Wert zwischen $-3/3$ SD (= 1 SD) und $-4/3$ SD	Entwicklungsverzögerung
	Wert zwischen $-5/3$ SD und $-4/3$ SD	Entwicklungsabweichung
	Wert kleiner als $-5/3$ SD	schwerere und schwere Entwicklungsabweichung
<b>mit Belastung</b>	Wert zwischen $-2/3$ SD und $-4/3$ SD	Entwicklungsgefährdung
	Wert grösser als $-2/3$ SD	Potentielle Entwicklungsgefährdung

Tab. 33: Bezeichnungen und Grenzwerte

Die Ergebnisse aus dem Projekt und die Rückmeldungen aus der Praxis weisen darauf hin, dass eine derart feinmaschige Bestimmung des Grenzbereiches nicht möglich ist. Erstens ist der Umstand des Messfehlers bekannt. Er kann z.B. bei einer Intelligenzmessung um 5 Punkte variieren. Dies hätte aber bei der vorliegenden Grenzziehung bereits Auswirkungen auf die Festlegung der Beeinträchtigung und des daraus resultierenden Förderbedarfs. Um auch mit der aktuellen sonderpädagogischen Praxis der Kantone Übereinstimmung zu finden, werden die Bereiche wie folgt neu zu definieren sein:

mit Belastung RF $\Delta$ 3 SF $\Delta$ 2	Entwicklungs- abweichung / Behinderung		Entwicklungs- gefährdung		potentielle Entwicklungs- gefährdung	
	verstärkte Massnahme		verstärkte Massnahme		Beobachten Begleiten	
		Wert kleiner als -5/3 SD	Wert zwischen -5/3 SD u. -4/3 SD	<b>Grenzbereich</b> Wert zwischen - 4/3 SD u. -2/3 SD	Wert grösser als - 2/3 SD	
Bsp. IQ	< 70	70	75	80	85	> 90
ohne Belastung	Entwicklungs- abweichung / Behinderung		Entwicklungs- verzögerung		Entwicklung im Normbereich	
	verstärkte Massnahme		Beobachten Begleiten		Keine Massnahme oder Kontrolluntersuchung	

Tab. 34: Mögliche Überarbeitung des Verfahrens

## 10.2 Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs

Das Verfahren besteht aus 4 Teilen. Nach der Erhebung des Anlasses, Einholen der Zustimmung zur Abklärung, Verständigung (**Teil A**), geht es in einem ersten diagnostischen Schritt um die

### 10.2.1 Erfassung des Entwicklungsstandes (Teil B)

Mit der Erfassung des Entwicklungsstandes soll festgestellt werden, ob das Kind eindeutige oder grenzwertige Auffälligkeiten in der Entwicklung zeigt, was mit einer standardisierten Form der Erfassung des Entwicklungsstandes am besten zu leisten ist. Auch scheint es von Vorteil zu sein, Tests auf ihre ICF-Kompatibilität zu prüfen. Die Kritik an den vorgeschlagenen Tests, die zum Einsatz kommen sollen, ist teilweise berechtigt: Besondere Schwierigkeiten bietet die Erfassung des Sprachentwicklungsstandes. Es wird in der Endfassung des Verfahrens zu prüfen sein, weniger den Sprachentwicklungsstand als vielmehr das Sprachverständnisvermögen von Kindern und Eltern zu erheben und daraus bereits einen besonderen Förderbedarf abzuleiten. Der Bereich der Kognition soll mit dem K-ABC oder SON-R, jener der Motorik mit dem M-ABC oder dem ET 6-6 erhoben werden. Der MOT 4-6 ist als veraltet auszuschneiden. Der SDQ findet uneingeschränkte Zustimmung. Es bleibt wünschenswert, dass der Entwicklungsstand mit einer reduzierten Auswahl von Tests überprüft wird. Damit bleiben Testresultate vergleichbar und durch die immer wiederkehrende Anwendung der gleichen Verfahren erhöhen sich die diagnostischen Kompetenzen der Testleitenden. Ideal wäre ein Verfahren, das alle Entwicklungsbereiche abdeckt. Die Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder von 5-10 Jahren (Grob, Meyer & Hagmann-von Arx, 2009) könnten diesen Anspruch erfüllen sobald auch die Version für kleiner Kinder vorliegt.

### 10.2.2 Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren (Teil C)

Die grosse Stärke des Verfahrens liegt in seiner Theoriegeleitetheit. Die Anbindung an die Matrix erlaubt, Risiko- und Schutzfaktoren geordnet zu erheben und daraus direkt die notwendige Massnahme abzuleiten.

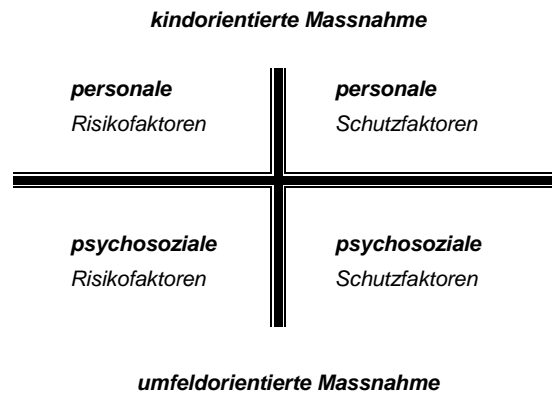


Abb. 23: Kreuz Massnahmenempfehlung

Die Auswertung der Rückmeldungen zu den 29 Fragen des Anamnese-Gesprächsbogens ergibt folgende Hinweise für die weitere Bearbeitung des Verfahrens (in Klammer sind die Auswertungen nach der 1. Projektphase zu lesen):

Erforderliche Änderungen zu:	keine Änderung zur Form Phase 1	formale und sprachliche Änderung Form Phase 1	Konzeptionelle und inhaltliche Änderung zur Form Phase 1
Fragen zu personalen Risikofaktoren	<b>1, 3, 4, 5</b> (1, 3, 4, 5)	<b>2</b> (-)	- (2)
Fragen zu psychosozialen Risikofaktoren	<b>12, 14, 15, 19, 20, 21</b> (15)	<b>13, 17</b> (21, 14, 13, 20)	<b>11, 16, 18,</b> (11, 12, 16, 19, 18, 17)
Fragen zu personalen Schutzfaktoren	<b>6, 7, 8, 10</b> (6, 7, 8, 10)	<b>9</b> (9)	
Fragen zu psychosozialen Schutzfaktoren	<b>22, 24, 28, 29</b> (24)	<b>23, 27</b> (22, 28)	<b>25, 26</b> (23, 25, 26, 27, 29)
<b>Total</b>	<b>18</b> (10)	<b>6</b> (7)	<b>5</b> (12)

Tab. 35: Übersicht Änderungsbedarf Verfahren

Ohne auf die einzelnen Fragen einzugehen, kann gefolgert werden, dass der Gesprächsbogen inhaltlich und in der Art des Fragens gegenüber der Phase 1 verbessert werden konnte. Das reicht allerdings nicht. Fünf Fragen müssen hinsichtlich ihrer theoretischen Fundierung und / oder der Art der Präsentation der Fragen überdacht werden.

Es zeichnet sich allerdings ab, dass der Anamnese-Gesprächsbogen nicht in Form eines Fragebogens mit offenen, halboffenen und geschlossenen Fragen konzipiert werden soll, sondern als ein Leitfaden, der bei

der Erhebung Spielraum gebe hinsichtlich der Art der Fragestellung und des Zeitpunktes, zu welchem das Item erfragt werde. Nach wie vor sollen die einzelnen Items aber theoriebegründet bleiben. Auch die Abfolge der Teile B und C soll frei gestellt sein. Da gibt auch Spielraum, die verfügbare Zeit für die Abklärung selber zu bemessen.

Die Sprachlastigkeit des Verfahrens wird, so hat die Auswertung gezeigt, auch nicht durch Beizug von kulturellen ÜbersetzerInnen resp. DolmetscherInnen zu leisten sein, da in einigen Fragen Normen und Werte unseres Kulturkreises als Massstab angesetzt sind; zum anderen sind verschiedene Fragen sehr persönlich, was uneingeschränkte sprachliche Verständigung voraussetzt. Die Studie hat aufgezeigt, dass die sprachliche Verständigung als sozialer Risikofaktor verstanden werden kann. Entsprechend wird diese Zielgruppe von Kindern mit Migrationshintergrund und deren Eltern von einer Fachstelle zu betreuen sein, die vorrangig die Förderung sprachlich-kommunikativer Kompetenzen von Kindern und Eltern zum Ziel hat aber die Entwicklung der Kinder nicht aus den Augen verliert.

### **10.2.3 Zusammenfassung und Massnahmenempfehlung (Teil D)**

Das Verfahren ist im Teil D (Zusammenfassung & Massnahmenempfehlung) so konzipiert, dass sich von den erhobenen Risiko- und Schutzfaktoren direkt eine Massnahme zur Empfehlung ableiten lässt.

- > Liegen vor allem personale Risiko- oder Schutzfaktoren vor, werden kindzentrierte Massnahmen zu empfehlen sein. Unter diesen ist dann unter Berücksichtigung des Einzelfalles festzulegen, ob beim Kind eine spezifische oder eine allgemein heilpädagogische Unterstützung empfohlen wird.
- > Liegen vor allem psychosoziale Risiko- oder Schutzfaktoren vor, werden umfeldzentrierte Massnahmen zu empfehlen sein. Unter diesen werden dann in genauer Analyse der vorliegenden Faktoren eher Massnahmen zur Verminderung der Risikofaktoren resp. zur Stärkung der Schutzfaktoren im Umfeld empfohlen werden.

Ebenso wird zu unterscheiden sein, ob der Förderbedarf angezeigt ist oder präventiven Charakter hat und folglich als verstärkte oder präventive Massnahme angeordnet wird. Möglichweise wird im spezifischen Fall nicht nur eine Massnahme zugesprochen werden.

Diese Zusammenhänge müssen in der weiteren Arbeit noch deutlicher herausgearbeitet werden. Dabei wird auch darauf hinzuweisen sein, dass die Auswahl der Massnahme immer auch den örtlichen Angeboten entsprechend erfolgen wird.

Es wäre ein Trugschluss zu denken, dass die erreichte Objektivität mittels des Verfahrens nicht weiterhin von denjenigen, die das Verfahren anwenden werden, subjektive Entscheidungen abverlangt wird. Umso bedeutender werden die Anweisungen in der Handreichung sein, welche detailliert und nachvollziehbar formuliert, ermöglichen sollen, den Förderbedarf systematisch abzuleiten. Ein visualisiertes Verlaufsschema könnte dazu beitragen.

Das Verfahren wird auch nach dieser zweite Phase dahingehend zu optimieren sein, dass ein weiterer Schritt in Richtung nachvollziehbarer, transparenter, praktikabler und plausibler Entscheidungsfindung getan werden kann - immer mit dem Ziel, entwicklungsgefährdete Kinder früh zu erfassen und ihnen jene Massnahme zukommen zu lassen, die sie brauchen.

## 11. Verzeichnisse

### Literatur

- Bieri, U. (2010): Education précoce spécialisée en milieu vulnérable. *Mémoire de Master présenté à la Faculté des lettres de l'Université de Fribourg (Suisse)*. Anhang 1. Unveröffentlichte Arbeit.
- Bürki, D. (2009): Weniger als 50 Wörter mit zwei Jahren – einziger Messwert? Erste Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Erfassung und Therapie früher Spracherwerbsstörungen“. In: *SAL-Bulletin Nr. 134*, Dezember 2009. 5-16.
- Burgener Woeffray, A. & Bortis, R. (2009): Erfassung des Förderbedarfs von Kindern mit Entwicklungsgefährdung in früher Kindheit. Auszüge aus einem Entwicklungsprojekt. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15(5), 32-38.
- Burgener Woeffray, A. & Bortis, R. (2009a): Entwicklungsgefährdete Kinder (2008-2010). Verfahren zur Erfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 0-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs. Projektbericht zur Phase 1. (unveröffentlichtes Dokument).
- Burgener Woeffray, A. & Bortis, R. (2009b): Entwicklungsgefährdete Kinder 0-6: wer sind sie? – was brauchen sie? *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15(10), 22-29.
- Burgener Woeffray, A. & Meier, S. (2011): Entwicklungsgefährdete Kinder – frühe Erfassung – geeignetes Verfahren zur Diskussion. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 17(10), 39-45.
- Burgener Woeffray, A. & Meier, S. (2011a): Verfahren zur Früherfassung entwicklungsgefährdeter Kinder von 3-6 Jahren und Ermittlung ihres Förderbedarfs. In: *BVF-Forum*, Nr. 77 Dezember 2011, 14-16.
- Deutsch, W. & Wenglorz, M. (Hrsg.) (2001): *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Aktuelle Erkenntnisse über Entstehung und Therapie und Prävention*. Klett-Cotta Verlag: Stuttgart.
- Dittli, D. (1999): Entwicklungsbeeinträchtigung. URL: [http://www.socioweb.org/lexikon/lex\\_geb/begriffe/entwick3.htm](http://www.socioweb.org/lexikon/lex_geb/begriffe/entwick3.htm). Zugriffen: 21.11.2011.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 68, 683-695.
- Ettrich, Ch., Prothmann, S., Krumbiegel, P. & Ettrich, K.U. (2002): Biopsychosoziale Einflüsse auf die kognitive und soziale Entwicklung von Klein- und Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 11(1), 21-28.
- Erziehungsdirektoren-Konferenz - EDK (2006): *Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik*. Bericht zur Vernehmlassung, URL: [http://www.finanzausgleich.ch/m/mandanten/185/download/Entwurf\\_Bericht\\_20.6.06.pdf](http://www.finanzausgleich.ch/m/mandanten/185/download/Entwurf_Bericht_20.6.06.pdf). Zugriffen: 13.01.2012.
- Erziehungsdirektoren-Konferenz - EDK (2007): *Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik*, URL: [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/kurzinfo\\_sonder\\_d.pdf](http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/kurzinfo_sonder_d.pdf). Zugriffen: 09.11.2011.
- Erziehungsdirektoren-Konferenz - EDK (2007a): *Einheitliche Terminologie für den Bereich der Sonderpädagogik von der EDK am 25. Oktober 2007 verabschiedet gemäss der Interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik*. URL: [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/terminologie\\_d.pdf](http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/terminologie_d.pdf). Zugriffen: 09.11.2011.
- Eisner, M., Ribeaud, D. & Bittel S. (2006): *Prävention von Jugendgewalt. Wege zu einer evidenzbasierten Präventionspolitik*. Eidgenössische Ausländerkommission – EKA (Hrsg.). URL: [http://www.ekm.admin.ch/fr/documentation/doku/mat\\_jugendgewalt\\_d.pdf](http://www.ekm.admin.ch/fr/documentation/doku/mat_jugendgewalt_d.pdf). Zugriffen: 09.11.2011.
- Eisner-Binkert, B. & Burgener Woeffray, A. (2007): *Zuweisungsverfahren zur Heilpädagogischen Früherziehung. Überblick über das Zuweisungsverfahren*. Unveröffentlichtes Manuskript.



- Esser, G., Laucht, M. & Schmidt, M.H. (1995): Der Einfluss von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 33-42.
- Fornfeld, B. (2008): Menschen mit komplexer Behinderung – Klärung des Begriffes. In: Fornfeld, B. (Hrsg.): *Menschen mit komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgabe der Behindertenpädagogik*. Ernst Reinhardt: München. 50-81.
- Grob, A., Meyer, C.S. & Hagmann-von Arx, P. (2009). Intelligence and Development Scales (IDS). *Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder von 5-10 Jahren*. Bern: Huber.
- Hollenweger, J. (2007): Frühförderung und ICF. *Frühförderung interdisziplinär*, 26, 149-157.
- Hollenweger, J. & Lienhard, P. (2008): Entwicklung eines standardisierten Abklärungsverfahrens. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 14(11-12), 10-18.
- Hollenweger, J. & Kraus de Camargo, O. (Hrsg.). (2011): *ICF – CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Krause, M.P. (2008): Frühförderung bei Entwicklungsstörungen. In: Borchert, J., Hartke, B. & Jogschies, P. (Hrsg.): *Frühe Förderung entwicklungsauffälliger Kinder und Jugendlicher*. Verlag Kohlhammer: Stuttgart. 73-83.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt M.H., Ihle W., Marcus A., Stöhr R.M. & Weindrich D. (1996): Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 24, 67-81.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (1998): Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 6-20.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (1999): Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In: Opp, G. & Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*, 71-93. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befund der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- Laucht, M., Schmidt, M.H. & Esser, G. (2002): Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30(1), 5-19.
- Oberholzer, D. (2005): Entwicklungsbeeinträchtigungen. In: Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz (Hrsg.): *Wörter – Begriffe – Bedeutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz*. Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz: Brugg, 48-49.
- Opp, G. & Fingerle, M. (Hrsg.) (2007): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998): *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Psychologie Verlags Union: Weinheim.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.) (2000): *Risiken der frühkindlichen Entwicklung – Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Hogrefe: Göttingen.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004): *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999): Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 3-14.
- Von Loh, S. (2003): *Entwicklungsstörungen bei Kindern. Medizinisches Grundwissen für pädagogische und therapeutische Berufe*. Verlag Kohlhammer: Stuttgart.
- Weiss, H. (2007): Frühförderung als protektive Massnahme – Resilienz im Kleinkindalter. In: Opp, G. & Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 2. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel, 158-174.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982): *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. MacGraw Hill: New York.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (2001): *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery*. Cornell University Press: Ithaca, New York.

WHO (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf.

WHO (2005): *ICF – Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, deutschsprachige Fassung*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Köln.

Wustmann, C. (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, 192-206.

## Dokumente

Invalidenversicherung. Bundesgesetz / Verordnungen / Sachregister. Stand 1. Januar 1997. Herausgeber: Bundesamt für Sozialversicherung. Vertrieb: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentral, 3000 Bern.

## Internetseiten

[http://www.friedehorst.de/nrz/Assessment-Handbuch\\_-\\_korrigiert\\_2.pdf](http://www.friedehorst.de/nrz/Assessment-Handbuch_-_korrigiert_2.pdf): Assessments in der neurologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

[http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang\\_Handbuch-1.pdf](http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang_Handbuch-1.pdf): Assessments in der neurologischen Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Anhang C: ICF-Items und Assessments

<http://www.sav-pes.ch/>: Standardisiertes Abklärungsverfahren

## Tabellen

Tab. 1: Definitorische Abgrenzungen von Entwicklungsstörung, -verzögerung und -abweichung (nach Petermann; Niebank & Scheithauer 2004, 299-301)

Tab. 2: Bezeichnungen und Grenzwerte

Tab. 3: Zusammenhang zwischen Entwicklungsdiagnostik und Belastung

Tab. 4: Risikofaktoren in der Mannheimer Studie (Esser, Laucht & Schmidt 1995, 35)

Tab. 5: In entwicklungsdiagnostischen Verfahren abgedeckte ICF-Kriterien  
(aus: [http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang\\_Handbuch-1.pdf](http://www.friedehorst.de/nrz/downloads/Anhang_Handbuch-1.pdf))

Tab. 6: Auf ICF Kompatibilität geprüfte testdiagnostische Verfahren

Tab. 7: Übersicht möglicher kind- resp. umfeldorientierter Massnahmen

Tab. 8: Alter und Geschlecht der untersuchten Kinder

Tab. 9: Feststellung der Auffälligkeit

Tab. 10: Definition Gruppenzugehörigkeit nach Entwicklungsabklärung

Tab. 11: Kreuztabelle Verständigung mit Kind/Verständigung mit den Eltern

Tab. 12: Kreuztabelle Gruppenzugehörigkeit Sprache/Schul Ausbildung der Eltern

Tab. 13: Anzahl Kinder, welche durch x vorhandene Risikofaktoren oder x fehlende Schutzfaktoren belastet sind

Tab. 14: Anzahl Kinder mit und ohne Belastung

Tab. 15: Häufigkeiten Risiko- und Schutzfaktoren

Tab. 16: Kreuztabelle Altersgruppen/Summe Risikofaktoren

Tab. 17: Kreuztabelle Altersgruppen/Anzahl Schutzfaktoren

Tab. 18: Häufigkeiten Risiko- und Schutzfaktoren

Tab. 19: Verhältnis Schutzfaktoren/Risikofaktoren

Tab. 20: Idealtypische Massnahmenempfehlung

Tab. 21: Attestierung Förderbedarf durch TL

Tab. 22: Möglichkeiten zur Empfehlung der genauen (kind- oder umfeldorientierten) Massnahme(n)

Tab. 23: Anzahl Auffälligkeiten im Grenzbereich

Tab. 24: Muster von Auffälligkeiten

Tab. 25: Summe Risikofaktoren in Gruppe B  
 Tab. 26: Summe personaler RF in Gruppe B  
 Tab. 27: Summe psychosozialer RF in Gruppe B  
 Tab. 28: Anzahl Schutzfaktoren in Gruppe B  
 Tab. 29: Verhältnis Schutzfaktoren/Risikofaktoren in Gruppe B  
 Tab. 30: Anzahl Abklärungen der Kinder in Gruppe B  
 Tab. 31: Entwicklungsstandabklärung Sebastian  
 Tab. 32: Entwicklungsstandabklärung Cyrill  
 Tab. 33: Bezeichnungen und Grenzwerte  
 Tab. 34: Mögliche Überarbeitung des Verfahrens  
 Tab. 35: Übersicht Änderungsbedarf Verfahren

## Abbildungen

Abb. 1: Abgrenzung zwischen Entwicklungsverzögerung und -abweichung (nach Petermann; Niebank & Scheithauer 2004, 300)  
 Abb. 2: Entwicklungsverzögerung (nach Petermann; Niebank & Scheithauer 2004, 300)  
 Abb. 3: Risiko erhöhende und Risiko mildernde Faktoren in der kindlichen Entwicklung (Scheithauer & Petermann 1999)  
 Abb. 4: ICF Modell gemäss WHO (2001; 2005)  
 Abb. 5: Zusammenhang Entwicklungsdiagnostik – Ermittlung von Risiko- und Schutzfaktoren und abgeleiteter Förderbedarf  
 Abb. 6: Kind- und umfeldorientierte Massnahmen in Relation zu Risiko- oder Schutzfaktoren  
 Abb. 7: Grundlagen des Abklärungsverfahrens nach Hollenweger & Lienhard (2008, S.12)  
 Abb. 8: Anzahl abgeklärter Kinder pro Kanton  
 Abb. 9: Anzahl Abklärungen pro Person  
 Abb. 10: Gruppeneinteilung aufgrund der Entwicklungsstandabklärung  
 Abb. 11: Gruppenzugehörigkeit Kognition  
 Abb. 12: Gruppenzugehörigkeit Sprache  
 Abb. 13: Gruppenzugehörigkeit Motorik  
 Abb. 14: Gruppenzugehörigkeit Sozialverhalten  
 Abb. 15: Gruppenzugehörigkeit Gesamt  
 Abb. 16: Gruppenzugehörigkeit Gesamt mit Normalverteilung  
 Abb. 17: Anzahl betroffene Entwicklungsbereiche Gruppe C  
 Abb. 17: Anzahl betroffene Entwicklungsbereiche Gruppe B  
 Abb. 18: Anzahl Kinder – Förderbedarf  
 Abb. 19: Massnahmenorientierung: Anzahl Nennungen TL  
 Abb. 20: Massnahmenart: Anzahl Nennungen der TL  
 Abb. 21: Persönliche Landkarte (RF+SF) Sebastian  
 Abb. 22: Persönliche Landkarte (RF+SF) Cyrill  
 Abb. 23: Kreuz Massnahmenempfehlung

## 12. Projektorganisation

Das Projekt wurde an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik und in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Heilpädagogischen Früherzieherinnen und Früherziehern an Heilpädagogischen Diensten der deutschen Schweiz durchgeführt. Die Testleiterinnen der Projektphase 1 standen insbesondere bei der Überarbeitung des anamnestischen Gesprächsbogens und als Multiplikatorinnen bei Fragen der Durchführung der Projektphase 2 zur Verfügung.

Projektleitung: **Andrea Burgener Woeffray**, Dr. phil. Lehrbeauftragte Dozentin an der Universität Freiburg im Rahmen der Grundausbildung in Heilpädagogik (Entwicklung&Erziehung) und der Heilpädagogischen Früherziehung im Speziellen (Entwicklung&Erziehung im Vorschulalter).

Projektbearbeitung: **Simon Meier**, lic. phil. Wissenschaftlicher Assistent im Bereich Forschung und Entwicklung der HfH (seit Januar 2010)