

# **Projektbeschreibung: "Früherkennung von Kindern mit Entwicklungsrisiken durch Optimierung der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen"**

[Ziel des Projektes](#)

[Warum ist die Früherkennung von Entwicklungsstörungen wichtig?](#)

[Woran kann man Risikokinder für eine Entwicklungsstörung erkennen?](#)

[Wie können die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen verbessert werden?](#)

[Die konkrete Durchführung des Projekts](#)

[Literaturverzeichnis](#)

## **Ziel des Projektes**

Ziel des Projektes ist es, die Früherkennung von Kindern, die von einer Entwicklungsstörung oder Behinderung bedroht sind, durch eine Verbesserung der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zu verbessern. Dabei soll gezeigt werden, dass und wie entwicklungspsychologisches Wissen praktisch innerhalb der bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems zum Wohle der betroffenen Kinder eingesetzt werden kann. Es soll gezeigt werden, dass bereits bei 24 Monate alten Kindern mit verzögerter Wortschatzentwicklung eine relativ sichere Prognose darüber erfolgen kann, ob das Kind therapiebedürftig ist oder nicht. Außerdem soll gezeigt werden, dass zu diesem Zeitpunkt auch eine Einschätzung darüber möglich ist, ob die Verzögerung auf die Sprache begrenzt ist (Spezifische Sprachentwicklungsstörung) oder ob auch andere Fähigkeitsbereiche betroffen sind (allgemeine mentale Retardierung).

In enger Zusammenarbeit mit Bielefelder Kinderärzten wird das *Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung e.V.* ein diagnostisches Modell zur Früherkennung von Kindern mit Entwicklungsrisiken im Rahmen der U-Untersuchungen U6 und U7 überprüfen. Insbesondere geht es darum, die Effizienz neuer diagnostischer Verfahren sowie deren Praktikabilität beim systematischen Einsatz im Praxisalltag zu überprüfen.

## **Warum ist die Früherkennung von Entwicklungsstörungen wichtig?**

Nach wie vor werden entwicklungsverzögerte Kinder in unserem Gesundheitssystem häufig sehr spät erkannt, oft mit 4 bis 5 Jahren und nicht selten erst im Grundschulalter. Ein frühzeitiges Erkennen von Kindern mit Entwicklungsrisiken würde die Möglichkeiten einer erfolgreichen Intervention und damit die Prognose dieser Kinder deutlich verbessern. Denn es gilt: Das frühe Erkennen von Entwicklungsstörungen ermöglicht eine frühe Intervention. Darüber hinaus sind frühe Interventionen tendenziell weniger aufwändig und damit wahrscheinlich auch ökonomisch sinnvoll.

Für den deutschsprachigen Raum liegen inzwischen diagnostische Verfahren vor, die es ermöglichen, Kinder mit Entwicklungsrisiken früher als bisher zu erkennen, und zwar bereits im 2. und 3. Lebensjahr. In diesem Projekt geht es darum, die verbesserten Möglichkeiten der Früherkennung daraufhin zu überprüfen, inwieweit sich die entwickelten Verfahren im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen einsetzen lassen. Im Zentrum steht dabei die kinderärztliche U-Untersuchung mit 24 Monaten (U7).

## **Woran kann man Risikokinder für eine Entwicklungsstörung erkennen?**

Die Sprachentwicklung ist der Schlüssel zur Früherkennung von Entwicklungsrisiken. Entwicklungsschritte in der Sprache sind immer auch an Entwicklungsschritte im kognitiven Fähigkeitsbereich gebunden (Bates et al., 1991; Grimm & Wilde, 1999). Damit das Kind die Sprache erwerben kann, müssen sowohl kognitive Fähigkeiten wie Wahrnehmungsfähigkeiten, Denk- und Merkfähigkeiten als auch soziale Fähigkeiten mit sprachspezifischen Fähigkeiten zusammenwirken und entsprechend wirken sich sowohl spezifische Sprachentwicklungsstörungen als auch mentale Retardierungen und schwere soziale Störungen wie der frühkindliche Autismus auf den frühen Spracherwerb im Sinne einer deutlichen Verzögerung aus.

Durch eine umfangreiche amerikanische Forschung (Rescorla, 1989; Paul & Elwood, 1991; Paul & Shiffer, 1991; Paul & Alforde, 1993) aber auch durch Forschungsarbeiten im deutschsprachigen Raum (Grimm et al., 1996; Grimm & Doil, 2000; Doil, 2002) wissen wir heute, dass die Zeitpunkte, an denen dem Sprachentwicklungsstand eines Kindes für die weitere Entwicklung eine hohe prognostische Bedeutung zukommt, am Ende des zweiten und dritten Lebensjahres liegen. Um den 2. Geburtstag herum haben Kinder in der Regel einen Wortschatz von weit über hundert Wörtern und bilden die ersten Zwei- und Mehrwortsätze. Aber etwa 14 bis 20% dieser Altersgruppe entwickeln sich in sprachlicher Hinsicht sehr langsam und sprechen im Alter von 24 Monaten noch gar keine oder nur weniger als 50 Wörter. Sie werden in der Fachliteratur "Späte Sprecher" genannt (Rescorla, 1989; Paul & Elwood, 1991; Paul & Shiffer, 1991; Paul & Alforde, 1993; Grimm & Doil, 2000; Doil, 2002).

Zahlreiche Untersuchungen (z.B. Thal, Tobias et al., 1991; Grimm & Doil, 2000; Doil, 2002) haben gezeigt, dass die Hälfte dieser Kinder nach einem Jahr diese Verzögerung sozusagen "von selbst" aufholt. Die andere Hälfte aber, also 7 bis 10% aller dreijährigen Kinder, holt den Entwicklungsrückstand nicht von selbst auf und diese Kinder sind nachweislich (Doil, 2002) als Risikokinder für eine dauerhafte Entwicklungsstörung zu betrachten.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass die meisten Kinder, die im Alter von 36 Monaten nicht zu den Aufholern gehören, bereits im Alter von 12 Monaten bei bestimmten sogenannten Vorausläuferfähigkeiten des Spracherwerbs (d.h. bei der frühen Laut- und Wortentwicklung, bei der Gestenentwicklung und/oder beim frühen Sprachverständnis) zu den unteren 20% ihrer Altersgruppe gehörten (Doil, 2002).

Darüber hinaus ließ sich nachweisen, dass bei fast allen Kindern der Risikogruppe, die im zweiten Lebensjahr deutliche Rückstände beim Sprachverständnis gezeigt hatten, im Vorschulalter eine Lernbehinderung oder sogar eine geistige Behinderung diagnostiziert wurde (Doil, 2002).

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass sich praktisch alle sprachlichen und kognitiven Entwicklungsstörungen bereits frühzeitig an einer verzögerten vorsprachlichen und sprachlichen Entwicklung erkennen lassen.

### **Wie können die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen verbessert werden?**

Das Gesundheitssystem in Deutschland sieht für alle Kinder von der Geburt bis zur Einschulung regelmäßige pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen vor und bietet damit einen im Großen und Ganzen geeigneten Rahmen für die frühe Identifikation von Risikokindern, d.h.: Früherkennung ist in bestehende Strukturen integrierbar. Leider sind die durch das sogenannte gelbe Untersuchungsheft vorgegebenen entwicklungspsychologischen Inhalte dieser Untersuchungen unzureichend. Wenn die U-Untersuchungen ihrem Auftrag, Risikokinder für schwerwiegende Entwicklungsstörungen früh zu identifizieren, gerecht werden sollen, dann

müssen die Untersuchungsmethoden, die der Kinderärztin / dem Kinderarzt zur Früherkennung zur Verfügung stehen, optimiert werden. Dabei ist es, ausgehend von der im vorigen Abschnitt berichteten Befundlage, möglich, einen einzelnen Entwicklungsbereich, nämlich die vorsprachliche und frühe sprachliche Entwicklung, als Risikoindikator zu benutzen.

Da es bei Vorsorgeuntersuchungen immer darum geht, aus einer großen Zahl unauffälliger Personen Risikopersonen zu identifizieren, unterliegen die dabei verwendeten Verfahren besonderen ökonomischen Restriktionen. Entsprechend sind einfach durchzuführende Screeningverfahren, die den Untersuchungsbedingungen in der kinderärztlichen Praxis gerecht werden, die Methode der Wahl. Hier gilt es, geeignete Verfahren auszuwählen, die nicht nur einfach handhabbar sind, sondern auch dem Anspruch, Risikokinder zu identifizieren, gerecht werden.

### **Die konkrete Durchführung des Projekts**

Bei einer ausreichend großen Anzahl von Kindern - geplant sind etwa 300 Kinder - werden im Alter von 12 Monaten (U6) die Vorausläuferfähigkeiten des Spracherwerbs und im Alter von 24 Monaten (U7) der produktive Wortschatz mit Hilfe von Elternfragebögen erfasst. Alle Kinder, die bei der U7 einen produktiven Wortschatz von 50 und weniger Wörtern haben und damit zu den Späten Sprechern gehören, werden im Alter von 36 Monaten erneut in die kinderärztliche Praxis einbestellt. Dort wird mit einem Sprachscreening überprüft, ob die Kinder ihren Entwicklungsrückstand aufgeholt haben oder ob sie in ihrer Sprachentwicklung weiterhin verzögert zu sein scheinen. Wenn das der Fall ist, werden die Kinder zur weiteren Abklärung an entsprechende Fachleute überwiesen. Bei Vorliegen einer genauen Diagnose werden entsprechende Fördermaßnahmen eingeleitet.

Des Weiteren werden bei allen Späten Sprechern die bei der U6 erhobenen Daten zu den Vorausläuferfähigkeiten des Spracherwerbs reanalysiert. In einer Untersuchung von Doil (2002) hatte sich gezeigt, dass bei den meisten Kindern, die im Alter von 36 Monaten nicht zu den Aufholern gehört hatten, bereits bei der U6 Defizite sichtbar waren. Lässt sich dieser Befund replizieren, wäre dies ein deutlicher Hinweis darauf, dass es möglich ist, bereits bei 24 Monate alten Kindern die Kinder mit ernst zu nehmenden Entwicklungsproblemen (Risikogruppe) zu erkennen, um gegebenenfalls eine entsprechende Förderung einzuleiten. Innerhalb der Risikogruppe soll darüber hinaus überprüft werden, wie zuverlässig Defizite beim Sprachverständnis im zweiten Lebensjahr ein deutlicher Hinweis auf eine allgemeine kognitive Retardierung sind (vergl. Doil, 2002).

### **Literaturverzeichnis**

Bates, E., Thal, D. & Marchman, V. (1991). Symbols and syntax: A Darwinian approach to language development. In N. Krasnegor, D. Rumbaugh, R. Schiefelbusch & M. Studdert-Kennedy (Eds.), *Biological and behavioral determinants of language development* (p.29-65). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.

Doil, H. (2002). *Die Sprachentwicklung ist der Schlüssel. Die frühe Identifikation von Risikokindern im Rahmen kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen*. Universität Bielefeld: Unveröffentlichte Dissertation.

Grimm, H. (2003). *Störungen der Sprachentwicklung. Grundlagen - Ursachen - Diagnose - Intervention - Prävention*. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, H. & Wilde, S. (1998). Sprachentwicklung: Im Zentrum steht das Wort. In H. Keller (Hrsg.), *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (S. 445-473.). Bern: Huber.

Grimm, H., Doil, H., Müller, C. & Wilde, S. (1996). Elternfragebogen für die differentielle Erfassung früher sprachlicher Fähigkeiten. *Sprache und Kognition*, 15, 32-45.

Paul, R. & Alforde, S. (1993). Grammatical morpheme acquisition in 4 - year - olds with normal, impaired and late developing language. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 1271-1275.

Paul, R. & Elwood, T. (1991). Maternal linguistic input to toddlers with slow expressive language development. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 982-988.

Paul, R. & Shiffer (1991). Communicative initiations in normal and late developing toddlers. *Applied Psycholinguistics*, 12, 419-431.

Rescorla, L. (1989). The language development survey: A screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 587-599.

Thal, D., Tobias, S. & Morrison, D. (1991). Language and gesture in late talkers. A 1-year follow-up. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 604-612.