

## **Abschlussbericht - Kurzfassung**

### **Projekt des Kreises Gütersloh „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tagesein- richtung für Kinder“ (MEZ-5)**

## TEIL A Modul Entwicklungspsychologie: Kognitive, sprachliche und sozial-emotionale Entwicklung

### 1. Einleitung

- **Ausgangspunkt – Situation der Frühförderung im Kreis Gütersloh:** Im Kreis Gütersloh erhielten im Jahr 2007 etwa 5% der Kinder im Alter von 0 – 6 Jahren Frühförderleistungen. Zum Vergleich: In den *Empfehlungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention* (Klemm & Preuss-Lausitz, 2011) liegt in NRW der prozentuale Anteil von Schülern mit diagnostiziertem sonderpädagogischen Förderbedarf bei 6,5 % und damit leicht oberhalb des deutschen Durchschnittes.
- **Ausgangspunkt – Erzieherinneneinschätzung:** Nach der Einschätzung der Erzieherinnen in den Tageseinrichtungen und anderer Fachpersonen gab und gibt es darüber hinaus noch **weitere Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten, die eine individuelle Förderung benötigen und die von der derzeitigen Versorgungsstruktur nicht erfasst werden.**

→ Konsequenz: Projekt zur „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ (MEZ-5)

### 2. Projektbeschreibung

#### Die Zielsetzung des Projektes

- **Erstellen und Validieren eines Screenings,** das Risikokinder für Entwicklungsverzögerungen im **sprachlichen** und/oder **kognitiven** Bereich identifizieren soll.
- **Ergänzung:** Einsatz eines Fragebogens zur Erfassung von Auffälligkeiten im **sozial-emotionalen** Bereich.
- **Projektstandorte:** Steinhagen (3 Kitas), Versmold (2 Kitas), Rietberg (9 Kitas)

#### Der Projektablauf

1. Informationsveranstaltungen	Für Kindertageseinrichtungen	Juni 2010 und September 2010
	Für Eltern	Oktober bis Dezember 2010
2. Datenerhebung / Untersuchungen	Fragebögen	Januar 2011
	Screening	Januar bis April 2011
	Validierung	Februar bis Juni 2011
3. Rückmeldungen	Eltern	Juni 2011
	Teams der Kindertageseinrichtungen	Juli bis Oktober 2011

## Die Untersuchungsmethoden und –ergebnisse

### Die Untersuchungsmaterialien

- Anamnesebogen
- Fragebogen zur sozial-emotionalen Entwicklung: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman, 1997)
- Testverfahren zur Überprüfung des nicht-sprachlichen kognitiven Entwicklungsstandes (SON-R 2 ½-7)
- Testverfahren zur Überprüfung des sprachlichen Entwicklungsstandes (SETK 3-5), das nur bei Kindern mit deutscher Muttersprache und simultan zweisprachigen Kindern eingesetzt wurde.

### Das Untersuchungsdesign

- Zerteilung in **Screeningphase** und **Validierungsphase**, um zu überprüfen, ob und wie gut das Verfahren tatsächlich geeignet ist, Kinder mit Förderbedarf von Kindern ohne Förderbedarf zu unterscheiden
- Das Ergebnis des ersten (Screening-)Durchlaufs (Risikokind versus kein Risikokind) sollte möglichst weitgehend den Ergebnissen der Gesamttests, die im Rahmen der Validierung durchgeführt wurden, entsprechen (Förderbedarf versus kein Förderbedarf).

	Kognition	Sprache
<b>Screening</b>	SON-R 2 ½-7 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kategorien</li> <li>• Zeichenmuster</li> </ul> WET Untertest: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilderlotto</li> </ul>	SETK 3-5 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstehen von Sätzen (VS)</li> <li>• Morphologische Regelbildung (MR)</li> <li>• Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter (PGN)</li> </ul> WET Untertest: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiz</li> </ul>
<b>Validierung</b>	SON-R 2 ½-7 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mosaik</li> <li>• Puzzles</li> <li>• Analogien</li> <li>• Situationen</li> </ul>	SETK 3-5 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkodierung semantischer Relationen (ESR) bei dreijährigen Kindern</li> <li>• Satzgedächtnis (SG) bei vierjährigen Kindern</li> </ul>

### Die Stichprobe

#### Aufnahmekriterien für das Projekt:

- Entweder: Kinder, die seit August 2010 die Kindertageseinrichtung besuchen und die im Untersuchungszeitraum drei oder vier Jahre alt sind.

- Oder: Kinder, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt als U3-Kinder in die Kindertageseinrichtung gekommen sind und im Untersuchungszeitraum drei Jahre alt sind.

#### Anzahl der untersuchten Kinder:

- Insgesamt 250 Eltern erteilten ihr Einverständnis, dass ihre Kinder an den Projektuntersuchungen teilnehmen durften, damit lag die **Teilnahmequote** bei 86.8%. In den einzelnen Einrichtungen lag die Teilnahmequote zwischen 70 und 100%.
- **246 Kinder** nahmen an der **Screeningphase** teil
- **169 Kinder** nahmen an der **Validierungsphase** teil

#### Ein- bzw. mehrsprachiges Aufwachsen

	Anzahl
Deutsch als Muttersprache (einsprachig)	195
Deutsch und eine weitere Sprache als Muttersprache (simultan bilingual)	13
Deutsch als Zweitsprache (sukzessiv bilingual)	41
Fehlende Angaben	1*
Gesamt	250

\* Dieses Kind ist noch vor Beginn der Untersuchungen verzogen.

#### Bildungsabschlüsse der Eltern

	Mutter		Vater	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kein Schulabschluss	12	5.7	6	3.4
Hauptschulabschluss	41	19.6	52	29.4
Realschulabschluss	81	38.8	62	35.0
Fachhochschulreife/Abitur	50	23.9	33	18.6
(Fach-)Hochschulabschluss	25	12.0	24	13.6
Gesamt	209*	100*	177*	100*

\* Es liegen hier nicht von allen 250 Kindern Elternangaben vor. Die prozentualen Angaben beziehen sich jeweils auf die Anzahl der Eltern, die Angaben gemacht haben.

## Die Untersuchungsergebnisse

- **Screeninguntersuchung** der Stichprobe von 246 Kindern: Die Leistungen der von uns untersuchten Gruppe sind normalverteilt sind bzw. dass es sich um eine Gruppe von Kindern mit einem „normalen“ Leistungsspektrum handelt, die insgesamt weder besonders gute noch besonders schwache Leistungen erbracht hat.

### Überblick über Risikokinder und Nicht-Risikokinder – Kognition

Unterdurchschnittliche Leistung Risikokinder (Prozentrang < 15)				Im Normalbereich liegende Leistung (Prozentrang > 15)
SON-R 2 ½-7 ,nur' Kategorien	SON-R 2 ½-7 ,nur' Zeichenmuster	SON-R 2 ½-7 Kategorien <u>und</u> Zeichenmuster	SON-R 2 ½-7 Kategorien <u>und/oder</u> Zei- chenmuster	SON-R 2 ½-7 Zeichenmuster und Kate- gorien
22	27	4	53	191
9%	11%	2%	22%	78%

Anmerkung: Vollständige Daten liegen hier von 244 Kindern vor.

### Überblick über Risikokinder und Nicht-Risikokinder – Sprache

SETK 3-5	Risikokind	Kein Risikokind
kein Untertest unterdurchschnittlich	--	150 (75%)
1, 2 oder 3 Untertests unterdurchschnittlich	50 (25%)	--

Anmerkung: Vollständige Daten liegen hier von insgesamt 200 Kindern vor (173 dreijährige und 27 vierjährige Kinder)

Nach Auswertung des Screenings galten insgesamt 80 Kinder von 242 Kindern mit verwertbaren Datensätzen als Risikokinder in den Bereichen Sprache und/oder Kognition, 162 Kinder galten nach Auswertung des Screenings als unauffällig. Dieser relativ hohe Anteil von 33.1% Risikokindern hängt natürlich unmittelbar mit dem sehr strengen Risikokriterium zusammen, das sicherstellen sollte, möglichst keine Kinder mit Förderbedarf(en) zu ‚verpassen‘.

- **Validierungsphase:** Insgesamt wurden 169 Kinder im Rahmen der Validierungsphase nachuntersucht. Diese Gruppe setzt sich aus den 80 Risikokindern und einer genauso großen Kontrollgruppe von Kindern mit unauffälligen Screeningergebnissen zusammen.
- Insgesamt **51 Kinder** weisen einen **Förderbedarf im Bereich Sprache und/oder Kognition** auf, während die Validierung bei **118 Kindern keinen Förderbedarf** ergeben hat. Insgesamt sind es **8 Kinder**, die **in beiden untersuchten Bereichen einen Förderbedarf** aufweisen, während die anderen Kinder einen Förderbedarf entweder im sprachlichen oder im kognitiven Bereich aufweisen. Dabei ist es wichtig darauf hin-

zuweisen, dass unter den Kindern, die mit Deutsch als Zweitsprache aufwachsen, auch Kinder mit Spracherwerbsproblemen in ihrer Muttersprache zu vermuten sind, die jedoch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersucht werden konnten.

*Übersicht über die Ergebnisse der Validierung*

Screeninguntersuchungen mit <b>246</b> Kindern			<b>51</b> Kinder mit Förderbedarf	<b>118</b> Kinder ohne Förderbedarf
↳ Validierungsuntersuchungen mit <b>169</b> Kindern				
<b>Kinder mit Deutsch als Erstsprache</b>				
<b>144</b> Kinder	Förderbedarf Sprache und Kognition	8	→	39 Kinder 105 Kinder
	Therapiebedarf Sprache (Kognition im Normalbereich)	16	→	
	Förderbedarf Kognition (Sprache nicht therapiebedürftig)	10	→	
	Förderbedarf Kognition (fehlende Daten im Sprachtest)	5	→	
	Kein Förderbedarf Kognition (fehlende Daten im Sprachtest)	8	→	
	Kein Förderbedarf Sprache und Kognition	97	→	
<b>Kinder mit Deutsch als Zweitsprache</b>				
<b>25</b> Kinder	Förderbedarf Kognition	12	→	12 Kinder 13 Kinder
	Kein Förderbedarf Kognition	13	→	

**Gütekriterien für Screeningverfahren: Gute Werte in der Sensitivität und Spezifität**

- **Sensitivität:** Der prozentuale Anteil der Kinder mit Förderbedarf, die durch das Screening richtig vorhergesagt werden.
  - **Für den Bereich der Kognition:** 85.7%
  - **Für den Bereich der Sprache:** 100%
- **Spezifität:** Der prozentuale Anteil der Kinder ohne Förderbedarf, die durch das Screening richtig vorhergesagt werden.
  - **Für den Bereich der Kognition:** 82.8%
  - **Für den Bereich der Sprache:** 80.0%

**Einschätzung des Förderbedarfes durch die Erzieherinnen:** Die Erzieherinnen wurden gebeten einzuschätzen, bei welchen der von ihnen betreuten Kindern Förderbedarfe vorliegen.

- Bei insgesamt 46% der 237 Kinder, für die Angaben vorliegen, nehmen die Erzieherinnen einen zusätzlichen Förderbedarf an, bei 54% wird kein zusätzlicher Förderbedarf angenommen.
- 33 der Kinder, bei denen in der Validierungsuntersuchung ein Förderbedarf im kognitiven und/oder sprachlichen Bereich festgestellt wurde, wurden auch von den Erzieherinnen als förderbedürftig eingeschätzt.
- 11 Kinder, die laut Validierungsuntersuchung einen Förderbedarf aufweisen, werden von den Erzieherinnen als nicht förderbedürftig eingeschätzt.
- Bei 76 weiteren Kindern wird ein Förderbedarf angenommen, der sich in der Validierungsuntersuchung nicht bestätigt hat.

*Förderbedarfe in der Erzieherinneneinschätzung und in der Validierungsuntersuchung*

Erzieherinneneinschätzung	Förderbedarf	Kein Förderbedarf	Gesamt
<b>Validierungsuntersuchung</b>			
<b>Förderbedarf</b>	33	11	44
<b>Kein Förderbedarf</b>	76	117	193
<b>Gesamt</b>	109	128	237

## Die sozial-emotionalen Kompetenzen

*Ergebnisse im SDQ*

	Auffälliges Gesamtergebnis (Rückmeldung notwendig)	Unauffälliges Gesamtergebnis (keine Rückmeldung)	Gesamt
<b>SDQ-Eltern</b>	28 (11.5%)	216 (88.5%)	244
<b>SDQ-Erzieherin</b>	61 (24.8%)	185 (75.2%)	246

*Auffälliges Ergebnis im SDQ in Relation zu sprachlichen und kognitiven Leistungen*

SDQ	SDQ-Eltern auffällig	SDQ-Erzieherin auffällig	SDQ-Eltern und SDQ-Erzieherin auffällig
<b>Screening bzw. Validierung Sprache und Kognition</b>			
<b>Förderbedarf Sprache und/oder Kognition in der Validierung</b>	8	17	6
<b>Kein Förderbedarf in der Validierung bzw. kein Risikokind im Screening</b>	20	44	3
	28	61	9

### 3. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

#### Frage: Was sagen die Daten aus – was können sie nicht aussagen?

- Anhand der vorliegenden Daten können keine generellen Aussagen darüber gemacht werden, wie viel Prozent der drei- bis vierjährigen Kinder im gesamten Kreis Gütersloh unterdurchschnittliche Kompetenzen in den untersuchten Bereichen Auffälligkeiten zeigen.
- Die Daten geben Auskunft darüber, wie hoch der Prozentsatz der Kinder in der untersuchten Stichprobe ist, die Auffälligkeiten zeigen.
- Aber: Es gibt in den Daten deutliche Hinweise darauf, dass die **Gesamtstichprobe** dennoch in wichtigen Punkten „**die Normalität abbildet**“. Die Verteilung der Testwerte, die die Kinder in den untersuchten Kompetenzen Sprache und Kognition erreichten, entspricht der Normalverteilung (s.o.).
- Wichtig: In die Untersuchung wurden keine heilpädagogischen Kindertageseinrichtungen und auch keine Kindertageseinrichtungen für hör- oder sehgeschädigte Kinder aufgenommen.

#### Frage: Was sagen die berichteten Daten im Hinblick auf die Hauptfragestellungen der Untersuchung aus und welche möglichen Konsequenzen lassen sich daraus ableiten?

→ Die Sensitivität und die Spezifität des eingesetzten Screenings sind gut, d.h. das Screening ist dazu geeignet, Risikokinder für Entwicklungsauffälligkeiten zuverlässig zu identifizieren.

#### Frage: Was ist bei Förderempfehlungen zu berücksichtigen?

- Bei Kindern mit unterdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten ist danach zu differenzieren,
  - **Wie groß der Entwicklungsrückstand im kognitiven Bereich ist**
    - IQ < 70: heilpädagogischer Förderbedarf bzw. Indikation für (interdisziplinäre) Frühförderung
    - IQ im Bereich von 70 bis 79: heilpädagogischer Förderbedarf bzw. Indikation für (interdisziplinäre) Frühförderung.
    - IQ eines Kindes mit *Deutsch als Muttersprache* im Bereich von 80 bis 84: liegt (d.h. einem Prozentrang von 9 bis <15 entspricht) und die Leistungen des Kindes **in allen Untertests des SETK 3-5 im Normalbereich** liegen, kann zunächst gemeinsam mit Eltern und Erzieherinnen besprochen werden, worin genau die Stärken und Schwächen des Kindes im SON-R 2 ½-7 liegen und wie die Bereiche, in denen das Kind Defizite aufweist, **im häuslichen Alltag und im Kindergartenalltag gefördert** werden können. Eine **erneute Überprüfung des allgemeinen kognitiven Entwicklungsstandes** sollte nach ca. 6 Monaten erfolgen, um dann über einen heilpädagogischen Förderbedarf bzw. Frühförderbedarf zu entscheiden.
  - Im IQ-Bereich von 80 bis 84 sollte in die Förderempfehlung einfließen, ob das Kind **mit Deutsch als Erst- oder als Zweitsprache** aufwächst.



### **Frage: Wie sinnvoll und hilfreich ist eine Untersuchung des sozial-emotionalen Bereichs bei Kindergartenanfängern?**

- Die Rückmeldung über auffällige SDQ-Ergebnisse führte in der überwiegenden Zahl der Fälle, bei denen nicht auch ein Förderbedarf im sprachlichen und/oder kognitiven Bereich vorlag, nicht dazu, dass Verhaltensprobleme aufgedeckt wurden, die nicht schon von Eltern und/oder Erzieherinnen beobachtet und besprochen worden waren bzw. dass neue Wege des Umgangs mit diesen Verhaltensprobleme angeregt wurden.
- Der routinemäßige Einsatz des SDQ im Rahmen eines Screenings bei Kindergartenanfängern ist wenig sinnvoll. ~~ist~~ Im Rahmen einer sich an ein Screening sprachlicher und kognitiver Kompetenzen anschließenden umfassenden Diagnostik ist der Einsatz des SDQ dagegen sehr sinnvoll, weil hiermit auf ökonomische Weise Informationen über die sozialen und emotionalen Kompetenzen und ggf. Schwierigkeiten eines Kindes gewonnen werden können, was sich unter Umständen auf die Therapieempfehlung auswirken könnte.

### **Frage: Entsprechen die Testergebnisse den Einschätzungen der Erzieherinnen?**

**Erstens:** In der Stichprobe gab es einige Kinder, bei denen Förderbedarf vorlag, den die Erzieherinnen (noch) nicht erkannt hatten, was in der Regel auch sehr gut nachvollziehbar war. Es handelte sich dabei nicht selten um Kinder, deren kognitive und/oder sprachliche Kompetenzen zwar unterdurchschnittlich waren, deren Entwicklungsrückstand aber nicht so gravierend war wie bei anderen Kindern. Wenn ein Kind mit einem vergleichsweise geringen Entwicklungsrückstand sich darüber hinaus gut an den Kindergartenalltag anpassen kann, dann kann es sehr schwer sein, den Förderbedarf dieses Kindes im normalen Tagesablauf zu erkennen. Gerade bei diesen leicht entwicklungsverzögerten Kindern könnte aber eine früh einsetzende und effiziente Förderung besonders erfolgreich sein und die Wahrscheinlichkeit verringern, dass ein solches Kind im Regelschulsystem zum Schulversager wird.

**Zweitens:** Nach unseren Erfahrungen war die Anzahl der Kinder, bei denen die Erzieherinnen Förderbedarf vermuteten, deutlich höher als die Anzahl der durch die Testuntersuchungen als förderbedürftig identifizierten Kinder. In Gesprächen mit den Teams und mit einzelnen Erzieherinnen haben wir versucht herauszuarbeiten, warum die Erzieherinnen ein Kind für förderbedürftig hielten, das es gar nicht war. Grob zusammengefasst lässt sich sagen, dass den Erzieherinnen bei diesen Kindern etwas aufgefallen war, was „nicht passte“. Damit hatten sie oft auch Recht, nur lagen die Gründe dafür nicht unbedingt in mangelnden kognitiven und/oder sprachlichen Kompetenzen.

Unter den aus Erzieherinnensicht „auffälligen“ Kindern waren zum Beispiel Kinder mit einem überdurchschnittlich hohen IQ. Diese Kinder hatten und verursachten Schwierigkeiten im Kindergartenalltag, weil sie wahrscheinlich unterfordert waren. Sie benötigten keine Frühförderung, sondern vielmehr ein pädagogisches Angebot, das stärker auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten war. Wie wir beobachten konnten, führte die Klarstellung dieses Tatbestandes sowohl bei den Erzieherinnen als auch bei den Eltern (die sich teilweise auch bereits Sorgen um ihre Kinder gemacht hatten) zu einer deutlichen Entlastung, weil nun geklärt war, in welche Richtung die pädagogische Arbeit gehen musste.

In anderen Fällen beruhten die Fehleinschätzungen der Erzieherinnen auf Beobachtungen in einer Teilkompetenz. So handelte es sich zum Beispiel in einem Fall um ein Kind, das große

Probleme beim Legen eines Puzzles hatte. Auch nonverbale Intelligenztests setzen das Legen von Puzzles nicht selten ein, um einen Aspekt der Fähigkeit zur visuell-räumliche Verarbeitung und Koordination zu überprüfen. Die kognitive Kompetenz eines Kindes, die wir generell als Intelligenz bezeichnen, setzt sich aber aus mehreren kognitiven Fähigkeitsbereichen zusammen. Entsprechend bedeutet eine isolierte Schwäche in nur einem Bereich nicht notwendigerweise, dass ein Kind insgesamt kognitiv retardiert ist und eine Förderung außerhalb des Kindergartens benötigt.

**Drittens:** Auch dann, wenn die Erzieherinnen zu Recht den Verdacht haben, dass bei einem Kind Förderbedarf besteht, kann auf der Beobachtungsebene oft nicht geklärt werden, ob das Kind kognitiv und sprachlich retardiert ist oder ob „nur“ die Sprache bzw. die Kognition betroffen ist. Entsprechend sind die Einschätzungen der Erzieherinnen notwendigerweise deutlich weniger differenziert als die Testergebnisse. So kann es zum Beispiel vorkommen, dass bei einem Kind seitens der Erzieherin ein allgemeiner Entwicklungsrückstand vermutet wird, was in der Regel zu der Empfehlung „Frühförderung“ führt. In Wirklichkeit liegt aber bei dem Kind „nur“ eine Sprachentwicklungsverzögerung vor, d.h. es wäre zu erwägen, ob statt einer umfassenden Frühförderung nicht auch eine sprachtherapeutische Behandlung ausreichen würde. Eine Äußerung, die wir in diesem Zusammenhang des Öfteren hörten, war: „Wir wussten, dass mit diesem Kind etwas nicht stimmt bzw. dass dieses Kind Förderbedarf hat, konnten aber nicht genau sagen, wo genau der Förderbedarf besteht“.

Ein weiteres Argument, das für den Einsatz objektiver Verfahren (Screening bzw. Test) spricht, wurde häufig von den Erzieherinnen vorgebracht. Diese wiesen darauf hin, dass ein objektives Screeningergebnis es ihnen deutlich erleichtern würde, die Eltern auf die Entwicklungsprobleme ihres Kindes aufmerksam zu machen. Denn so lange ein Verdacht auf Entwicklungsverzögerung ausschließlich auf subjektiven Eindrücken beruht, zögert man einfach länger, diesen den Eltern zu kommunizieren.

### **Empfehlungen für eine routinemäßige Untersuchung der Kindergartenanfänger auf der Basis der Projektergebnisse.**

Eine bisher noch offene Frage ist, ob das Screening der Kindergartenanfänger zu einer Standardmaßnahme in den Tageseinrichtungen des Kreises Gütersloh werden könnte bzw. sollte. Es gibt viele Aspekte, die bei der Beantwortung dieser Frage eine Rolle spielen. Ein Aspekt, zu dem dieses Projekt etwas beitragen kann, ist, wie eine solche Standarduntersuchung aussehen sollte, wobei sicher ist, dass der damit verbundene Aufwand deutlich geringer wäre, als es bei der Projektmaßnahme der Fall war.

Vorschlag für eine Reihenuntersuchung bei Kindergartenanfängern

	Kognition	Sprache
<b>Screening</b>	SON-R 2 ½-7 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kategorien</li> <li>• Zeichenmuster</li> </ul>	SETK 3-5 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstehen von Sätzen (VS)</li> <li>• Morphologische Regelbildung (MR)</li> </ul>
<b>Testpsychologische Untersuchung</b>	SON-R 2 ½-7 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mosaik</li> <li>• Puzzles</li> <li>• Analogien</li> <li>• Situationen</li> </ul>	SETK 3-5 Untertests: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter (PGN)</li> <li>• Enkodierung semantischer Relationen (ESR) bei dreijährigen Kindern</li> <li>• Satzgedächtnis (SG) bei vierjährigen Kindern</li> </ul>

Des Weiteren schlagen wir vor, bei den Kindern, bei denen sich der Verdacht auf Förder- bzw. Therapiebedarf bestätigt, zusätzlich den SDQ von Eltern und Bezugserzieherin ausfüllen zu lassen. Denn es ist bekannt, dass Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven und sprachlichen Bereich ein erhöhtes Risiko tragen, auch im sozial-emotionalen Bereich auffällig zu werden.

#### 4. Abschließende Bemerkungen

Ausgangspunkt des Projektes „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ (MEZ-5) war die Fragestellung, ob die Vermutung zutrifft, dass nicht alle Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten, die einer individuellen Förderung bedürfen, die über die Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten des Kindergartenalltags hinausgeht, diese notwendige individuelle Förderung auch erhalten. Diese grundlegende Vermutung hat sich im Rahmen der durchgeführten Untersuchung voll bestätigt.

Die sich hieran anschließende Frage war, ob es möglich ist, Kinder mit einem Risiko für diese Entwicklungsauffälligkeiten zu einem relativ frühen Zeitpunkt, d.h. beim Eintritt eines Kindes in eine Tageseinrichtung für Kinder mit drei bis vier Jahren, durch den Einsatz eines Screeningverfahrens zu erkennen.

Natürlich kann ein Screening niemals eine hundertprozentige Sicherheit liefern, d.h. es kann weder alle Kinder mit tatsächlichem Förderbedarf korrekt identifizieren, noch Fälle von „falschem Alarm“ gänzlich vermeiden. Die Vorhersagegüte des eingesetzten Screenings war im Rahmen der durchgeführten Untersuchung jedoch sehr gut. Der Einsatz der standardisierten Testverfahren liefert zudem klare und spezifische Hinweise dafür, worin genau der Förderbedarf eines Kindes besteht.

Die durchgeführten Untersuchungen haben gezeigt: Die Chance ist sehr groß, den überwiegenden Teil der Kinder mit individuellem Förderbedarf durch das oben beschriebene zwei-

stufige Vorgehen – Screening mit anschließender vollständiger testpsychologischer Untersuchung bei den im Screening ermittelten Risikokindern – zu identifizieren.

Wünschenswert ist, dass Kinder mit individuellem Förderbedarf möglichst frühzeitig erkannt werden, damit diese so früh wie möglich individuelle und spezifische Fördermaßnahmen erhalten, um auf diese Weise kumulativen Entwicklungsstörungen vorzubeugen.

## TEIL B Modul Medizinische Basisuntersuchungen und Motorik-Screening

### 5. Einleitung

Die bisher beschriebenen Untersuchungsbereiche Sprache, Kognition und sozial-emotionale Entwicklung des MEZ-5-Projektes wurden ergänzt um die Module medizinische Diagnostik und Erhebung motorischer Kompetenzen. Diese Module sind eingebettet in das Gesamtprojekt. Eine tabellarische Auflistung der eingesetzten Verfahren mit Untersuchungszeiten findet sich in der folgenden Tabelle 20.

Tabelle 20: Eingesetzte Verfahren und Untersuchungszeiten

<b>Medizinische Basisuntersuchungen</b>		
	<b>Verfahren</b>	<b>Dauer</b>
Wiegen, Messen, Berechnung BMI	Messlatte, Waage, Taschenrechner, Perzentilenkurven BMI	5 Minuten
Sehscreening	Lea-Rädertest	5 Minuten
Hörscreening	Echoscreen OAE	5 Minuten
Sehtest bei auffälligem Screening	Sehtest	10 Minuten
Hörtest bei auffälligem Screening	Audiometrie	10 Minuten
<b>Motorische Kompetenzen</b>		
Körpermotorik Treppengang – Parcourlauf	Essentielle Grenzsteine der Entwicklung nach Michaelis	10 Minuten
Handmotorik Münzen einstecken		

Die Projektziele, der Untersuchungszeitraum und die Stichprobe der Untersuchungen entsprechen daher weitgehend den Angaben in Teil A dieses Abschlussberichtes (Modul Entwicklungspsychologie). Die medizinisch-motorische Datenerhebung erfolgte im Abstand von ein bis vier Wochen zur entwicklungspsychologischen Untersuchung.

Die Stichprobe umfasste 250 Kinder. Bei vier Kindern konnten nur die medizinische Basisuntersuchungen und die Motorikprüfung durchgeführt werden, da die Kinder wegen Umzugs bzw. Kindergartenwechsels nicht in die Untersuchungsgruppe für die Entwicklungsbereiche Kognition, Sprache, sozial-emotionale Entwicklung aufgenommen werden konnten.

Zum Zeitpunkt der medizinischen/motorischen Untersuchungen waren sieben Kinder unter drei Jahren alt (ein Kind 2 Jahre und 10 Monate, sechs Kinder 2 Jahre und 11 Monate). 214 Kinder waren 3;0 bis 4;0 Jahre und 29 Kinder 4;1 bis 4;11 Jahre alt.

## 6. Untersuchungsmethoden

### 6.1 Medizinische Basis-Untersuchungen

Die medizinischen Basis-Untersuchungen umfassten zum einen das Messen, das Wiegen und die Berechnung des Body-Mass-Index, sowie zum zweiten die Erfassung der Basis-Sinnesfunktionen, d.h. es wurden ein Sehscreening und ein Hörscreening mit den Kindern durchgeführt.

Für die Bestimmung des Body-Mass-Index (Gewicht in kg/Körperlänge in  $m^2$ ) wurden die BMI-Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild (2001) verwendet. Diese entsprechen dem aktuellen Stand der in 2011 veröffentlichten Referenzwerte der KiGGS-Studie (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung, 2011).

Als Sehscreening wurde der Lea-Räder-Test eingesetzt (vgl. Abbildung 1). Dieses Screening wurde von der finnischen Neuroophthalmologin Lea-Hyvarinnen entwickelt und hat sich als kindgerechtes Sehscreeningverfahren (auch bekannt als broken wheel test) etabliert (vgl. Richman, Petito & Cron, 1984). Der Rädertest kann bereits mit sehr jungen Kindern durchgeführt werden. Als Testfiguren werden Landoltringe verwendet, die in einer leicht verständlichen Anordnung als Räder dargeboten werden. Testkriterium ist das Erkennen des geöffneten Rades: „Welches Auto hat kaputte Räder?“ Dargeboten werden immer zwei Karten, wobei nur in einer Karte Landoltringe als kaputte Räder dargestellt sind. Die Prüferentfernung liegt bei 3 Metern. Es werden Visusstufen von 0,16 bis 1,0 bestimmt. Jedes Auge wird mit Hilfe einer Augenklappe separat getestet (monokulare Testung).



Abbildung 1: Lea-Räder-Test

Das Hörscreening erfolgte durch die Bestimmung transitorisch evozierter otoakustischer Emissionen (TEOAE). Otoakustische Emissionen (OAE) sind im äußeren Gehörgang messbare akustische Signale, die in der Hörschnecke gebildet werden. Die OAE entstehen sowohl spontan als auch nach akustischer Stimulation. Die nach akustischer Stimulation auftretenden Emissionen können als transitorisch evozierte Emissionen (TEOAE) gemessen werden.

Der Existenznachweis der OAE bestätigt einen intakten Biomechanismus der Hörschnecke, der für ein normales Hörvermögen erforderlich ist. Eine Hörschwellenbestimmung ist jedoch mit Hilfe der OAE nicht möglich. Wegen der einfachen Durchführbarkeit und des geringen Zeitaufwandes haben die OAE eine besondere Bedeutung bei der Hörprüfung von Säuglingen und Kleinkindern. Eine aktive Mitarbeit des Kindes ist dabei nicht erforderlich. Oto-

kustische Emissionen werden in Deutschland fast flächendeckend als sogenanntes Neugeborenenhörscreening zur frühen Identifikation von Hörstörungen eingesetzt (vgl. Abbildung 2).



Abbildung 2: Hörscreening

Beide Screeningverfahren (Sehen und Hören) sind also bereits bei sehr jungen Kindern ab dem Alter von zwei bis drei Jahren (OAE ab dem Neugeborenenalter) einsetzbar.

Wenn bei einem Kind ein Sehscreening oder ein Hörscreening auffällig war, wurde zeitnah – meist am selben Tag – ein apparativer Sehtest (H-Test) bzw. eine audiometrische Untersuchung durchgeführt.

Bei dann wiederum auffälligem Ergebnis wurde eine fachärztliche Untersuchung eingeleitet, d.h. die Eltern erhielten einen schriftlichen Befund der Seh- und/oder Hörprüfung mit der Bitte um eine fachärztliche Diagnostik, Befundung und Rücksendung der Untersuchungsergebnisse an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Wenn der Rücklauf bei fachärztlicher Überweisung nicht erfolgte, wurde telefonisch Kontakt mit den Eltern aufgenommen und es wurde erneut die fachärztliche Überprüfung empfohlen.

## 6.2 Motorische Kompetenzen

Um wesentliche motorische Basiskompetenzen zu erfassen, wurden die Items „Grenzsteine der Körpermotorik“ und „Grenzsteine der Handmotorik“ der sogenannten „Essentiellen Grenzsteine der Entwicklung“ nach Michaelis (1995) als motorisches Screeningverfahren eingesetzt.

Für Kinder im Alter von drei Jahren wird als Grenzstein der Körpermotorik (Grobmotorik – Körperkoordination) definiert:

- Beidbeiniges Abhüpfen von einer untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle
- Rennen mit deutlichem Armschwung und Umsteuern von Hindernissen. Plötzliches, promptes Anhalten möglich

Der Grenzstein der Handmotorik (Feinmotorik) für Kinder im Alter von drei Jahren ist definiert:

- Buch – oder Journalseiten werden einzeln korrekt umgeblättert
- Benutzung eines präzisen Dreifingergriffes (Daumen, Zeige-Mittelfinger) zur Manipulation kleiner Gegenstände möglich

Der Grundgedanke der „essentiellen Grenzsteine“ besteht darin, einen Zeitpunkt für das Erlernen einer bestimmten Fähigkeit anzugeben, zu dem etwa 90 bis 95 Prozent der gesunden Kinder einer möglichst definierten Population diese spätestens erworben haben. Dieses Prinzip baut auf der Vorstellung auf, dass die Entwicklung, gleichgültig wie variabel und vielfältig sie beim einzelnen Kind verläuft, bestimmte Knotenpunkte zu absolvieren hat, die für den Erwerb bestimmter Entwicklungsqualitäten notwendig sind. Das Nichterreichen eines solchen „Grenzsteines“ (in Anlehnung an die im angelsächsischen Raum übliche Bezeichnung „milestone“/Meilenstein der Entwicklung) zu einer bestimmten Zeit bei einem betreffenden Kind muss also weitere diagnostische Aktivitäten auslösen. Die Entwicklung und Validierung dieses Screeningsverfahrens erfolgte durch die Arbeitsgruppe um Michaelis an der Universitäts-Kinderklinik Tübingen. Sie entspricht den Daten der Züricher Wachstumsstudie (Arbeitsgruppe Largo) für die motorische Entwicklung.

Der Einsatz eines wissenschaftlich überprüften motorischen Testverfahrens anstelle eines Screenings war aufgrund des jungen Untersuchungsalters der Kinder nicht möglich. Etablierte gesicherte motorische Tests sind bei Kindern erst ab dem Alter von vier bis fünf Jahren einsetzbar (z.B. der MOT 4-6/ Motoriktest, das Motorik-Modul aus der KiGGS-Studie (ab vier Jahren oder die Züricher Neuromotorik (ab fünf Jahren)). Zu dem seit 2008 eingesetzten Movement-ABC (Petermann, 2008) liegen im deutschsprachigen Raum in der Altersgruppe unter vier Jahren keine ausreichenden Daten vor.

Die Durchführung der medizinischen Basisuntersuchungen und des motorischen Screenings erfolgte im MEZ-5-Projekt durch eine Arzthelferin der Abteilung Gesundheit, die über eine motorische Zusatzausbildung verfügt (Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter und für Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen). Alle eingesetzten Untersuchungsverfahren sind seit mehreren Jahren in der Abteilung Gesundheit im Einsatz.

Die Konzeption der angegebenen Module, die ärztliche Überprüfung und Durchsicht der Untersuchungsergebnisse und ggf. die Einleitung weiterer diagnostischer Schritte erfolgte durch eine Fachärztin für Kinderheilkunde der Abteilung Gesundheit.

## **7. Ergebnisse**

### **7.1 Medizinische Basisuntersuchungen**

#### **7.1.1 Body-Mass-Index**

Die Bestimmung der Körpermaße, d.h. das Wiegen und Messen zur Bestimmung des Body-Mass-Index (Gewicht/Länge<sup>2</sup>) war bei allen 250 Kindern möglich. Da sich bei Kindern altersabhängig starke Veränderungen der BMI-Werte ergeben, wurden die Werte, wie in der Kinderheilkunde üblich, mit sogenannten Perzentilkurven verglichen. Hierbei sagt eine Perzentile 50 aus, dass 50 Prozent der Kinder höhere und 50 Prozent der Kinder niedrigere BMI-Werte haben, bei einem Wert auf Perzentile 3 haben 3 Prozent niedrigere Werte und 97 Prozent höhere Werte, bei Perzentile 97 ist das umgekehrt. Ein Perzentilwert von unter 3 wird als sehr untergewichtig, ein Perzentilwert von über 97 als sehr übergewichtig/adipös bezeichnet. Dabei gibt es leichte geschlechtsabhängige Unterschiede.

Bei Mädchen liegt im Alter von drei bis vier Jahren die BMI-Perzentile 97 bei 17,5kg/m<sup>2</sup>, bei Jungen liegt sie bei 17kg/m<sup>2</sup>. Die Perzentile 3 liegt bei drei- bis vierjährigen Mädchen bei 13,5kg/m<sup>2</sup>, bei Jungen bei 14kg/m<sup>2</sup>.



Von den 250 Kindern hatten 3 Kinder einen BMI-Wert über Perzentile 97, waren also adipös, 8 Kinder hatten einen BMI-Wert unter Perzentile 3, waren also sehr untergewichtig (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Body-Mass-Indizes

BMI-Perzentilbereich	Klassifikation	Anzahl Kinder	Prozentualer Anteil
< 3. Perzentile	Deutliches Untergewicht	8	3.2
3. Perzentile > BMI < 97. Perzentile	Normalgewicht	239	95.6
> 97. Perzentile	Deutliches Übergewicht (Adipositas)	3	1.2

### 7.1.2 Sehprüfung

Von den 250 untersuchten Kindern war bei 243 Kindern (entsprechend 97.2%) eine Sehprüfung möglich, sieben Kinder (2.8%) verweigerten das Sehscreening bzw. den Sehtest. Da das Sehscreening eine aktive Mitarbeit der Kinder erfordert, ist dies als sehr gutes Ergebnis hinsichtlich der kindgerechten Durchführung und Mitarbeit zu werten.

Der Beurteilung der Ergebnisse wurden folgende Scores zu Grunde gelegt:

0=	Unauffällig
1=	auffällig und Befund augenärztlich bestätigt
2=	auffällig und kein augenärztlicher Befund zurück
3=	auffällig und augenärztlich nicht bestätigt
4=	keine behandlungsbedürftige Hyperopie <i>(wurde im Screening nicht erfasst)</i>
5=	Verweigert
6=	Sehtest mit Brille unauffällig
7=	Sehtest mit Brille auffällig

Die Ergebnisse des Sehscreenings/-tests sind in Tabelle 22 aufgeführt. Von den Kindern der Stichprobe, die zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Brille trugen, war das Sehscreening bei 184 Kindern (73.6%) unauffällig. Von den 250 Kindern trugen zum Zeitpunkt der Untersuchung 13 Kinder (5.2%) eine Brille; bei 10 dieser Kinder (4%) war der Sehtest mit der aktuellen Brille unauffällig, bei 3 Kindern (1.2%) war der Sehtest mit Brille auffällig.

Insgesamt war das Sehscreening bei 49 Kindern (19.6%) auffällig (Score 1, 2, 3, 4, 7). Bei 12 Kindern (4.8%) wurde das Ergebnis des Sehscreenings durch eine anschließende augenärztliche Untersuchung bestätigt. Von diesen 12 Kindern mit augenärztlich bestätigter Sehminde- rung wurde vom Augenarzt nachfolgend bei 6 Kindern eine Brille verordnet. Bei weiteren 21 Kindern (8.4%) mit auffälligem Sehscreening liegen keine augenärztlichen Befunde vor. Bei 4 Kindern (1.6%) wurde vom Augenarzt eine nicht behandlungsbedürftige Hyperopie diagnosti- ziert. Bei 9 Kindern (3.6%) wurde das auffällige Sehscreening im Rahmen der augenärztli- chen Untersuchung nicht bestätigt.

Tabelle 22: Ergebnisse der Sehprüfung

	<b>Anzahl Kinder</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
0= <b>Unauffällig</b>	184	73.6
1= <b>auffällig und Befund augenärztlich bestätigt</b>	12	4.8
2= <b>auffällig und kein augenärztlicher Befund zurück</b>	21	8.4
3= <b>auffällig und augenärztlich nicht bestätigt</b>	9	3.6
4= <b>keine behandlungsbedürftige Hyperopie</b>	4	1.6
5= <b>Verweigert</b>	7	2.8
6= <b>Sehtest mit Brille unauffällig</b>	10	4.0
7= <b>Sehtest mit Brille auffällig</b>	3	1.2

### 7.1.3 Überprüfung des Hörens

Von den 250 untersuchten Kindern war bei 239 (entsprechend 95,6%) eine Hörprüfung möglich. Elf Kinder verweigerten das Hörscreening oder auch einen nachgeschalteten Hörtest. Beim Hörscreening wird den Kindern vorsichtig eine Sonde in den Gehörgang geschoben. Der eigentliche Messvorgang dauert ca. 20 Sekunden; das Kind hört dabei Knattergeräusche. Eine Verweigerungsrate von nur 4.4% kann als sehr gutes Ergebnis hinsichtlich der kindgerechten Durchführung und Akzeptanz gewertet werden.

Der Beurteilung der Ergebnisse wurden folgende Scores zu Grunde gelegt:

0=	Unauffällig
1=	auffällig und Befund HNO-ärztlich bestätigt
2=	auffällig und kein HNO-ärztlicher Befund zurück
3=	auffällig und HNO-ärztlich nicht bestätigt
5=	Verweigert

Die Ergebnisse des Hörscreenings sind in Tabelle 23 zusammengestellt.

Bei insgesamt 173 der 250 Kinder (69.2%) war das Hörscreening unauffällig. Im auffälliges Screeningergebnis (Score 1, 2, 3) ergab sich bei 66 Kindern (26.4%). Bei 39 Kindern (15.6%) wurde das auffällige Ergebnis des Hörscreenings im Rahmen einer HNO-ärztlichen Untersuchung bestätigt. Bei weiteren 22 Kindern (8.8%) liegt kein HNO-ärztlicher Befund vor, bei nur 5 Kindern (2.0%) hat sich das auffällige Ergebnis des Hörscreenings bei der HNO-ärztlichen Untersuchung nicht bestätigt.

Von den 39 Kindern mit HNO-ärztlich bestätigter Hörminderung wurde HNO-ärztlich bei 17 Kindern (6.8%) die Indikation für eine operative Maßnahme (Adenotomie/sog. Polypenentfernung, Paukendrainage, Einlage von Paukenröhrchen) gestellt.

Tabelle 23: Ergebnisse der Hörprüfung

	<b>Anzahl Kinder</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
0= <b>Unauffällig</b>	173	69.2
1= <b>auffällig und Befund HNO-ärztlich bestätigt</b>	39	15.6
2= <b>auffällig und kein HNO-ärztlicher Befund zurück</b>	22	8.8
3= <b>auffällig und HNO-ärztlich nicht bestätigt</b>	5	2.0
5= <b>Verweigert</b>	11	4.4

## 7.2 Motorische Kompetenzen

### 7.2.1 Grobmotorik und Körperkoordination

Die Überprüfung der Grobmotorik und der Körperkoordination (Essentieller Grenzstein Körpermotorik: Treppensprung, Slalom – Parcourlauf) war bei 245 der 250 Kinder möglich. Fünf Kinder (2.0%) verweigerten diese Aufgabe. Kinder mit einem motorischen Handicap z.B. Geheinschränkung aufgrund einer Cerebralparese oder anderen neurologischen Grunderkrankung befanden sich nicht in der Untersuchungsgruppe.

Die Beurteilung erfolgte nach den folgenden Scores:

0=	Unauffällig
1=	Auffällig
5=	Verweigert

Die Ergebnisse der Überprüfung der Grobmotorik und Körperkoordination sind Tabelle 24 zu entnehmen.

Bei insgesamt 172 Kindern (68.8%) ergab sich ein unauffälliges Ergebnis hinsichtlich der Grobmotorik und der Körperkoordination. 67 Kinder, d.h. 26.8% erfüllen die Kriterien des essentiellen Grenzsteines nicht und gelten damit im Bereich Grobmotorik/Körperkoordination im Screening als auffällig.

Ergänzend hierzu zeigt sich, dass die drei Kinder mit einem Body-Mass-Index über der 97. Perzentile (Adipositas) im Bereich der Grobmotorik/Körperkoordination auffällig waren. Drei der acht Kinder mit deutlichem Untergewicht (BMI unter der 3. Perzentile) waren ebenfalls grobmotorisch auffällig.

Tabelle 24: Ergebnisse Grobmotorik und Körperkoordination

	Anzahl Kinder	Prozentualer Anteil
0= <b>Unauffällig</b>	172	68.8
1= <b>Auffällig</b>	67	26.8
5= <b>Verweigert</b>	11	4.4

### 7.2.2 Feinmotorik und Hand-Auge-Koordination

Die Überprüfung der Feinmotorik/Hand-Auge-Koordination (Essentieller Grenzstein Handmotorik für dreijährige Kinder: „Benutzung eines präzisen Dreifingerspitzgriffes zur Manipulation kleiner Gegenstände“) war bei 248 der 250 Kinder möglich. Zur Überprüfung der Feinmotorik/Hand-Auge-Koordination wurde eine Sparbüchse benutzt, in die die Kinder kleine Gegenstände einstecken sollten. Zwei Kinder (0.8%) verweigerten diese Aufgabe. Kinder mit einem handmotorischen Handicap befanden sich nicht in der Untersuchungsgruppe.

Die Beurteilung der Feinmotorik/Hand-Auge-Koordination erfolgte nach den folgenden Scores:

0=	Unauffällig
1=	Auffällig
5=	Verweigert

Die Ergebnisse der Überprüfung der Feinmotorik/Hand-Auge-Koordination sind in Tabelle 25 aufgeführt.

Tabelle 25: Ergebnisse Feinmotorik/Hand-Auge-Koordination

	Anzahl Kinder	Prozentualer Anteil
0= <b>Unauffällig</b>	233	93.2
1= <b>Auffällig</b>	15	6.0
5= <b>Verweigert</b>	2	0.8

Insgesamt 233 Kinder (93.2%) erreichen den essentiellen Grenzstein der Feinmotorik/Hand-Auge-Koordination und gelten damit als feinmotorisch unauffällig. 15 der 250 Kinder ( 6.0%) wurden im Screening als feinmotorisch auffällig klassifiziert.

Werden die Ergebnisse der Überprüfung der **Grob- und der Feinmotorik zusammengefasst**, so zeigt sich, dass insgesamt 11 der 250 untersuchten Kinder, d.h. 4.4 Prozent, grob- und feinmotorische Auffälligkeiten zeigten.

## 8. Diskussion der Ergebnisse

### Wie wurden die auffälligen Screeningbefunde (Hören/Sehen) kontrolliert?

Ein auffälliges Hörscreening mit otoakustischen Emissionen wurde, sofern das Kind kooperierte, mit einer audiometrischen Hörprüfung – seitengetrennter Hörtest über Kopfhörer mit unterschiedlichen Lautstärken und Tonfrequenzen - überprüft. Wenn dies nicht möglich war oder sich wiederum ein auffälliger Befund ergab, wurde eine HNO-ärztliche Überprüfung eingeleitet.

Ein auffälliges Sehscreening wurde mit einem Sehtestgerät (H-Test) kontrolliert. Im Screening wurde der Fernvisus überprüft, nicht der Nahvisus. D.h. es wurde überprüft, ob eine Myopie (Kurzsichtigkeit) vorliegt. Eine augenärztliche Untersuchung beinhaltet eine Untersuchung nach Weitstellung der Pupillen, sowie die Überprüfung, ob eine Weitsichtigkeit (Hyperopie) vorliegt. Bei einigen Kindern wurden im Rahmen der augenärztlichen Untersuchung eine in diesem Alter noch nicht behandlungsbedürftige Weitsichtigkeit, eine Stabsichtigkeit oder ein Schiefhfehler festgestellt.

Wenn eine fachärztliche Untersuchung (Augenarzt, HNO-Arzt) erfolgen sollte, erhielten die Eltern einen schriftlichen Befund der Seh- oder Hörprüfung mit der Bitte um fachärztliche Diagnostik, Befundung und Rücksendung des Befundes an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Bei fehlendem Rücklauf wurde telefonisch Kontakt mit den Eltern aufgenommen und erneut die fachärztliche Überprüfung empfohlen.

Nach auffälligem Hörscreening/Hörtest vergingen zwei bis acht Wochen bis zur HNO-ärztlichen Untersuchung, nach auffälligem Sehscreening/Sehtest bis zur augenärztlichen Untersuchung vier bis acht Wochen. Diese Zeitspanne zwischen Screeninguntersuchung im Rahmen des Projektes und fachärztlicher Untersuchung in der ärztlichen Praxis erklärt möglicherweise einen Teil der auffälligen Hörscreeningbefunde, bei denen die im Screening festgestellte Hörminderung wahrscheinlich im Rahmen eines Infektes bestand, der bei der HNO-ärztlichen Überprüfung bereits wieder abgeklungen war.

### War Übergewicht die Ursache für grobmotorische Auffälligkeiten?

Drei der 250 Kinder hatten einen Body-Mass-Index über der 97. Altersperzentile, diese drei Kinder hatten zudem auch grobmotorische Auffälligkeiten. 61 der grobmotorisch auffälligen

Kinder hatten einen BMI zwischen der 3. und der 97. Altersperzentile, d.h. ihr BMI lag im Normalbereich. Drei der acht untergewichtigen Kinder (BMI unter 3. Altersperzentile) zeigten ebenfalls grobmotorische Auffälligkeiten. Möglicherweise sind mangelnde Bewegungserfahrungen die Ursache für die häufigen grobmotorischen Auffälligkeiten.

### **Wie viele der Kinder mit motorischen Auffälligkeiten hatten ein Problem mit dem Sehen?**

Von den 15 Kindern mit feinmotorischen Auffälligkeiten wiesen vier Kinder (davon zwei Brillenträger) ein auffälliges Sehscreening auf, eines der Kinder mit feinmotorischen Auffälligkeiten hat die Sehprüfung verweigert. Von den 67 Kindern mit grobmotorischen Auffälligkeiten hatten 16 Kinder (23%) Auffälligkeiten in der Sehprüfung.

### **Hatten die Kinder mit auffälligem Hör- oder Sehtest normale Vorsorgeuntersuchungen?**

Im Rahmen des Projektes wurde das gelbe Untersuchungsheft – Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen – nicht vorgelegt und überprüft. Die Eltern wurden im Anamnesebogen/Elternfragebogen dahingehend befragt, ob im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Besonderheiten festgestellt wurden und ob das Kind bereits beim HNO-Arzt oder Augenarzt untersucht und ggf. behandelt wurde.

Eine HNO-ärztliche Untersuchung/Behandlung vor Beginn der Projektuntersuchungen war bei 109 der 250 Kinder, d.h. bei 43.6 Prozent erfolgt, bei 33 der 250 Kinder, d.h. bei 13.2 Prozent, war bis zum Untersuchungszeitpunkt bereits eine operative Behandlung (Adenotomie/Polypentfernung und/oder eine Paukendrainage/Einlage von Paukenröhrchen) erfolgt.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse des Projektes wurde nach HNO-ärztlicher Diagnostik bei weiteren 17 Kindern die Indikation für eine operative Maßnahme (Adenotomie/Polypentfernung, Paukendrainage, Einlage von Paukenröhrchen) gestellt.

Nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften für Augenheilkunde und Kinderheilkunde sollten alle Kleinkinder möglichst bis zum Alter von zwei Jahren augenfachärztlich untersucht werden. Den Angaben der Eltern zufolge waren 168 der 250 untersuchten Kinder, d.h. 67.2 Prozent, bereits augenärztlich untersucht worden. Dreizehn der Kinder trugen zum Untersuchungszeitpunkt eine Brille.

Von den zwölf Kindern, bei denen im Rahmen des Projektes augenärztlich eine Sehinderung bestätigt wurde, wurde bei weiteren sechs Kindern eine Brille verordnet.

### **Wie viele der Kinder waren bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gewesen?**

In den letzten Jahren lag die Inanspruchnahme der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung mit zwei Jahren (U7) im Kreis Gütersloh bei über 95 Prozent (95.1% in 2010). Diese Zahlen werden im Rahmen der flächendeckenden Einschulungsuntersuchungen erhoben.

### **Ist bei den sprachlich auffälligen Kindern eine Hörminderung ein beeinflussender Faktor?**

Bei keinem der untersuchten Kinder lag nach Angaben der Eltern eine ausgeprägte Hörminderung mit Hörgeräteversorgung oder eine Taubheit vor. Die Ergebnisse der Sprachprüfung und der Hörprüfung im Zusammenhang sind hier tabellarisch aufgeführt (Tabelle 26). Als

sprachauffällig wurden hier die Kinder bezeichnet, die nach Abschluss der Validierungsphase des Projektes einen klaren *Therapiebedarf* im Bereich der Sprache aufwiesen (unterdurchschnittliche Ergebnisse in drei oder vier Untertests des durchgeführten Sprachentwicklungstests SETK 3-5). Auffälligkeiten in lediglich ein oder zwei Untertests, die auf einen *Sprachförderbedarf* verweisen, und Kinder, die mit Deutsch als Zweitsprache aufwachsen, fallen dementsprechend nicht unter das strenge Therapiekriterium und werden auch in Tabelle 26 nicht berücksichtigt.

Tabelle 26: Überblick über die Ergebnisse der Hörüberprüfung und des Sprachentwicklungstests

<b>Sprachentwicklungstest</b>	<b>Auffällig: Therapiebedarf im Bereich Sprache (n=24)</b>	<b>Unauffällig: Kein Therapiebedarf im Bereich Sprache (n=175)</b>
<b>Hörtest</b>		
<b>Unauffällig</b>	18	120
<b>Auffällig, HNO-ärztlich bestätigt</b>	1	30
<b>Auffällig, kein Befundrücklauf</b>	3	13
<b>Auffällig, HNO-ärztlich nicht bestätigt</b>	0	5
<b>Verweigert</b>	2	7
<b>Adenotomie und/oder Paukendrainage vor der Testung</b>	5	25

Aus Tabelle 26 geht hervor, dass lediglich bei einem der sprachauffälligen Kinder eine gesicherte Hörminderung zum Zeitpunkt der sprachlichen Testung die Beurteilung der Sprachprüfung einschränkt. Bei fünf der 24 Kinder mit auffälliger Sprache war bereits wegen häufig mit Hörminderung einhergehender Erkrankungen (wiederkehrende Mittelohrentzündungen mit Erguss, eingeschränkte Nasenatmung durch Adenoidhyperplasie/ vergrößerte Polypen) ein HNO-ärztlicher operativer Eingriff wie eine Entfernung der Polypen (Adenotomie), ein Schnitt ins Trommelfell (Paukendrainage) oder eine Einlage von Paukenröhrchen zur Paukendrainage erfolgt.

Bei acht Kindern, bei denen bereits eine HNO-ärztliche Operation erfolgt war, war das Hörscreening im Rahmen der Projektuntersuchungen auffällig, diese Kinder wiesen jedoch keinen Sprachtherapiebedarf auf.

### **Beeinflusst eine Hörminderung das Testergebnis der kognitiv auffälligen Kinder?**

Als kognitiv auffällig werden Kinder mit einem Intelligenzquotienten (IQ) unter 85 in der kognitiven Überprüfung nach Validierungsphase bezeichnet. Da es sich bei dem zur Überprüfung der Kognition eingesetzten Test SON-R 2 ½-7 um ein Verfahren handelt, das ursprünglich für hörgeschädigte Kinder entwickelt wurde, woraus folgt, dass die Anweisungen an das Kind überwiegend nonverbal vermittelt werden, ist ein Einfluss einer Hörminderung auf die Ergebnisse nicht anzunehmen. Wie Tabelle 27 zeigt, war der Anteil der Kinder mit auffälliger Hörprüfung in der Untersuchungsgruppe bei kognitiv auffälligen Kindern und kognitiv unauffälligen Kindern nicht unterschiedlich (68% versus 69% im Hörscreening, 14% versus 16% der bestätigten Befunde).

Tabelle 27: Überblick über die Ergebnisse der Hörüberprüfung und der nonverbalen Kognition

<b>Nonverbaler kognitiver Test Hörtest</b>	<b>Auffällig: Therapiebedarf im Bereich Kognition (n=35)</b>	<b>Unauffällig: Kein Therapiebe- darf im Bereich Kognition (n=210)</b>
<b>Unauffällig</b>	24	146
<b>Auffällig, HNO-ärztlich bestätigt</b>	5	34
<b>Auffällig, kein Befundrücklauf</b>	4	18
<b>Auffällig, HNO-ärztlich nicht bes- tätigt</b>	0	5
<b>Verweigert</b>	2	7
<b>Adenotomie und/oder Pauken- drainage vor der Testung</b>	6	27

#### **Ist bei den kognitiv auffälligen Kindern eine Sehminderung ein beeinflussender Faktor?**

Eine augenärztlich bestätigte Sehminderung fand sich bei zwei der 35 kognitiv auffälligen Kinder und bei zehn der 210 kognitiv unauffälligen Kindern, entsprechend 5.7 Prozent versus 4.7 Prozent, d.h. ohne Unterschied zwischen den beiden Gruppen der kognitiv auffälligen bzw. unauffälligen Kinder (vgl. Tabelle 28). Im Sehscreeing, dem Lea-Rädertest, muss das Kind zwei ähnliche Bilder unterscheiden werden, es werden also kognitive Kompetenzen voraussetzt. Auffällig ist, dass in der Gruppe der kognitiv auffälligen Kinder fünf Kinder das Sehscreeing verweigerten.

Tabelle 28: Überblick über die Ergebnisse der Sehprüfung und der nonverbalen Kognition

<b>Nonverbaler kognitiver Test Sehscreeing</b>	<b>Auffällig: Therapiebedarf im Bereich Kognition (n=35)</b>	<b>Unauffällig: Kein Therapiebe- darf im Bereich Kognition (n=210)</b>
<b>Unauffällig</b>	18	162
<b>Auffällig, augenärztlich bestätigt</b>	2	10
<b>Auffällig, kein Befundrücklauf</b>	6	15
<b>Auffällig, augenärztlich nicht bes- tätigt</b>	3	6
<b>Hyperopie</b>	0	4
<b>Verweigert</b>	5	1
<b>Kind trägt Brille, Sehscreeing unauffällig</b>	0	10
<b>Kind trägt Brille, Sehscreeing auffällig</b>	1	2

**Wie viele der Kinder mit grobmotorischen Auffälligkeiten haben kognitive und/oder sprachliche Auffälligkeiten?**

Zwölf der kognitiv auffälligen und 55 der kognitiv unauffälligen Kinder haben Auffälligkeiten im grobmotorischen Screening. Dies entspricht 34% versus 26%, d.h. kognitiv auffällige Kinder zeigen gegenüber kognitiv unauffälligen Kindern etwas häufiger motorische Auffälligkeiten. Andererseits sind unter den kognitiv auffälligen Kindern 21 von 35, d.h. 60 Prozent grobmotorisch unauffällig, unter den kognitiv unauffälligen Kindern sind 70 Prozent grobmotorisch unauffällig (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29: Überblick über die Ergebnisse der Grobmotorik und der nonverbalen Kognition

<b>Nonverbaler kognitiver Test</b>	<b>Auffällig: Therapiebedarf im Bereich Kognition (n=35)</b>	<b>Unauffällig: Kein Therapiebedarf im Bereich Kognition (n=210)</b>
<b>Grobmotorik</b>		
<b>Unauffällig</b>	21	147
<b>Auffällig</b>	12	55
<b>Verweigert</b>	2	8

Wie Tabelle 30 zu entnehmen ist, hatten sechs der sprachlich auffälligen und 46 der sprachlich unauffälligen Kinder Auffälligkeiten im grobmotorischen Screening. Dies entspricht 25 Prozent versus 26 Prozent, d.h. sprachlich auffällige Kinder zeigen genauso häufig motorische Auffälligkeiten wie sprachlich unauffällige Kinder.

Tabelle 30: Überblick über die Ergebnisse der Grobmotorik und des Sprachentwicklungstests

<b>Sprachentwicklungstest</b>	<b>Auffällig: Therapiebedarf im Bereich Sprache (n=24)</b>	<b>Unauffällig: Kein Therapiebedarf im Bereich Sprache (n=175)</b>
<b>Grobmotorik</b>		
<b>Unauffällig</b>	17	123
<b>Auffällig</b>	6	46
<b>Verweigert</b>	1	6



## 9. Literaturverzeichnis (Teil A und Teil B)

- Aktas, M. & Doil, H. (2009). Diagnostik der Sprachentwicklung. In D. Irblich & G. Renner (Hrsg.), *Diagnostik in der klinischen Kinderpsychologie* (S. 152-166). Göttingen: Hogrefe.
- Bös, K., Heel, J. & Romahn, N. (2002). Untersuchungen zur Motorik im Rahmen des Kindergesundheits surveys. *Gesundheitswesen*, 64, Sonderheft 1.
- Cohen, D. & Lipsett, L. (1991). Recognized and unrecognized language impairment in psychologically disturbed children: Child symptomatology, maternal depression, and family function. Preliminary report. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23, 376-389.
- Goodman, R. (1997). The Strength and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 381-586. ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com))
- Grimm, H. (2003). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H. (2001/2010) (unter Mitarbeit von M. Aktas & S. Frevert). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H., Aktas, M. & Kießig, U. (2003). *Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Im-Bolter, N. & Cohen, N.J. (2007). Language impairment and psychiatric comorbidities. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 525-542.
- Jansen, H., Mannhaupt, G., Marx, H. & Skowronek, H. (2003). *Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kastner-Koller, U. & Deimann, P. (1998/2002). *Wiener Entwicklungstest (WET)*. Göttingen: Hogrefe.
- Klemm, K. & Preuss-Lausitz, U. (2011). *Auf dem Weg zur schulischen Inklusion in Nordrhein-Westfalen. Empfehlungen zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention im Bereich der allgemeinen Schulen*.  
[http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Inklusion Gemeinsames Lernen/Gutachten\\_Auf\\_dem\\_Weg\\_zur\\_Inklusion /NRW Inklusionskonzept 2011 - neue Version 08 07 11.pdf](http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Inklusion_Gemeinsames_Lernen/Gutachten_Auf_dem_Weg_zur_Inklusion_NRW_Inklusionskonzept_2011_-_neue_Version_08_07_11.pdf)
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al (2001). *Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben*.
- Marx, P. & Lenhard, W. (2010). Diagnostische Merkmale von Screeningverfahren. In M. Haselhorn & W. Schneider (Hrsg), *Frühprognose schulischer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Latal Hajnal, B., Caflisch, J. & Largo, R.H. (2006). Neuromotorische Entwicklung vom Kindergartenalter bis in die Adoleszenz. In: Kaufmann et al. *Entwicklungspsychologie*.
- Largo, R. (1993). *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. Hamburg: Carlsen.
- Marx, H. (1992). Methodische und inhaltliche Argumente für und wider eine frühe Identifikation und Prädiktion von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. *Diagnostica*, 38 (3), 249-268.

- Michaelis, R. & Niemann, G.W. (1995). Das Prinzip der essentiellen Grenzsteine. In Dies., *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Petermann, F. (2008). *Movement Assessment Battery for Children-2 (Movement ABC-2)*. Frankfurt: Pearson PLC.
- Richman, J.E., Petito, G.T. & Cron, M.T. (1984). Broken wheel acuity test: a new and valid test for preschool and exceptional children. *Journal of the American Ophthalmologic Association*.
- Snowling, M.J., Bishop, D.V.M., Stothard, S.E., Chipchase, B., & Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 759-765.
- Robert Koch-Institut (2011). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung: Referenzperzentilen für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2003-2006*. RKI: Berlin.
- Schönweiler, R., Tioutou, E., Tolloczko, R., Pankau, R. & Ptok, M. (2002). *HNO: Hearing screening with automatic evaluation of TEOAE and a new method of automatic evaluation of early auditory evoked potentials*.
- Tellegen, P.J., Laros, J.A. & Petermann, F. (2007). *Non-verbaler Intelligenztest SON-R 2 ½ -7*. Göttingen: Hogrefe.
- University Children's Hospital, Zurich– growth and development center (2007). *Züricher Neuromotorik – Zurich Neuromotor Assessment*. Zürich: AWE Verlag
- Weinert, S., Doil, H. & Frevert, S. (2008). Kompetenzmessungen im Vorschulalter. Eine Analyse vorliegender Verfahren. In H.-G. Rossbach & S. Weinert (Hrsg.), *Kindliche Kompetenzen im Elementarbereich: Förderbarkeit, Bedeutung und Messung* (S. 89-209). Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Berlin.
- Zimmer, R. & Volkamer, M. (1987). *MOT 4--6 Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

## 10. Anhang (Teil A und Teil B)

- Anlage 1: Elterninformation und Einverständniserklärung
- Anlage 2: Rückmeldung an die Eltern nach der Screeninguntersuchung (Kind mit Deutsch als Muttersprache)
- Anlage 3: Rückmeldung an die Eltern nach der Screeninguntersuchung (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)
- Anlage 4: Rückmeldung bei unauffälligem Gesamtergebnis (Kind mit Deutsch als Muttersprache)
- Anlage 5: Rückmeldung bei unauffälligem Gesamtergebnis (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)
- Anlage 6: Einladung zum Beratungsgespräch (Kind mit Deutsch als Muttersprache)
- Anlage 7: Einladung zum Beratungsgespräch (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)
- Anlage 8: Beispiel für einen Ergebnisbericht bei Förderbedarf (Kind mit Deutsch als Muttersprache)
- Anlage 9: Beispiel für einen Ergebnisbericht bei Förderbedarf (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)
- Anlage 10: Anamnesebogen
- Anlage 11: Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ-Eltern)
- Anlage 12: Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ-Erzieherin)

## **Anlage 1**

### **Informationsblatt zum Pilot-/Modellprojekt des Kreises Gütersloh für Kinder zum Beginn der Kindergartenzeit**

#### **Worum geht es in diesem Pilot-/Modellprojekt?**

Kinder haben unterschiedliche Begabungen und damit auch unterschiedliche Bedürfnisse und es gehört zu den Aufgaben der Kindertageseinrichtungen, diese Unterschiede in der frühen Förderung zu beachten und in ihre Bildungsangebote einzubeziehen. Damit dies geschehen kann, ist es zunächst einmal wichtig, dass die Erzieherinnen möglichst bald einen möglichst guten Überblick über die Stärken und Schwächen der ihnen anvertrauten Kinder haben, um diese in Zusammenarbeit mit den Eltern noch besser als bisher fördern zu können.

Aus diesem Grund hat der Kreis Gütersloh Entwicklungspsychologinnen des Bielefelder Instituts für frühkindliche Entwicklung e.V. beauftragt, ein Untersuchungsverfahren zusammenzustellen, mit dem für die kindliche Entwicklung bedeutsame Fähigkeiten in einer Art von Reihenuntersuchung überprüft werden können. Dieses wurde erweitert durch Aufgaben und Untersuchungen, die von Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Kreises Gütersloh ausgewählt wurden. Ein solches Untersuchungsverfahren bezeichnet man als Screening.

Im Rahmen eines Pilotprojektes sollen in Zusammenarbeit mit 14 Kindertageseinrichtungen im Kreis Gütersloh alle Kindergartenkinder untersucht werden, die im Jahr 2010 im Alter von drei Jahren in die Kindertageseinrichtung gekommen sind. Hinzu kommen die Kinder, die bereits als U3-Kinder die Kindertageseinrichtung besucht haben und bis zum Untersuchungszeitpunkt drei Jahre alt geworden sind. Ihre Kindertageseinrichtung gehört zu diesen 14 Kindertageseinrichtungen, die an diesem Modellprojekt teilnehmen möchten.

Die Untersuchungen mit den Kindern werden während des Kindergartenvormittages im Kindergarten stattfinden. Es ist selbstverständlich möglich, dass eine dem Kind vertraute Erzieherin dabei anwesend ist.

#### **Wie werden die Untersuchungen aussehen?**

##### **1. Vom Kinder- und Jugendmedizinischen Dienst werden folgende Bereiche untersucht:**

###### *a) Motorische Fähigkeiten*

Im Bereich der motorischen Fähigkeiten werden die Handmotorik und die Körpermotorik (z.B. Treppensteigen oder von einer Treppenstufe herunterspringen) der Kinder überprüft.

### *b) Hören und Sehen*

Zudem werden mit jedem Kind ein Hörtest und ein Sehtest durchgeführt. Bei dem Hör- und dem Sehtest handelt es sich jeweils um ein Screening, das natürlich die Untersuchung bei einem Facharzt ersetzen kann, mit dem jedoch Schwierigkeiten im Bereich des Hörens und Sehens erkannt werden können.

Diese medizinischen Untersuchungen werden vor der entwicklungspsychologischen Untersuchung stattfinden. Dabei werden die medizinischen und die entwicklungspsychologischen Untersuchungen nicht an einem Tag stattfinden, sondern es wird eine zeitliche Trennung geben.

## **2. Von den Psychologinnen des Bielefelder Instituts werden folgende Entwicklungsbereiche untersucht:**

### *a) Die geistige (kognitive) Entwicklung (Denk- und Merkfähigkeiten).*

Die Denk- und Merkfähigkeiten der Kinder werden mit drei Untertests aus bekannten und bewährten allgemeinen Entwicklungstests durchgeführt. Hierbei handelt es sich um spielerisch gestaltete Aufgaben, die man auch mit Kindern durchführen kann, die erst beim Kindergarteneintritt damit begonnen haben, die deutsche Sprache zu lernen. Die Testaufgaben sind nämlich sehr anschaulich und es ist nicht schwer, den Kindern anhand des Spielmaterials klarzumachen, was sie damit tun sollen.

### *b) Die sprachliche Entwicklung*

Auch hier kommen drei Untertests bzw. Aufgaben aus einem bekannten Sprachentwicklungstest zur Anwendung, mit denen sowohl das Sprachverständnis der Kinder als auch die gesprochene Sprache überprüft werden.

Mit diesen Sprachaufgaben werden nur Kinder untersucht, die bereits in der Familie die deutsche Sprache erworben haben.

### *c) Sozial-emotionale Entwicklung*

Zur Untersuchung der sozial-emotionalen Entwicklung werden Eltern und Erzieherinnen gebeten, unabhängig voneinander einen kurzen Fragebogen zum Verhalten des Kindes auszufüllen. Darin wird z.B. gefragt, ob das Kind einen guten Freund hat, ob es eher ängstlich ist, ob es sich gut konzentrieren kann usw. Dieser Fragebogen liegt als Übersetzung in vielen Sprachen vor.

## **Was ist noch wichtig?**

Die Untersuchungen mit dem Kind (kognitive und sprachliche Entwicklung) werden maximal eine Stunde dauern. Bei dieser Zeitangabe ist bereits einkalkuliert, dass Kinder sich während solcher Untersuchungen manchmal „eine Auszeit“ nehmen. Kinder, die durchgehend mitmachen, sind eher fertig.

Bitte bedenken Sie, dass diese Untersuchung für das Kind keine „Prüfung“ sein soll. Das Kind soll sie so erleben, dass es in dieser Zeit die volle Zuwendung eines Erwachsenen hat, der mit ihm spielt und ihm unabhängig von seinen Leistungen immer nur positive Rückmeldungen gibt und es lobt.

Mit einem Teil der Kinder wird über das Screening hinaus eine vollständige Entwicklungsdiagnostik durchgeführt. Dies ist notwendig um zu überprüfen, ob man mit diesem Screening, d.h. den von uns ausgewählten Spielen und Aufgaben tatsächlich die Stärken und Schwächen der untersuchten Kinder gut erfassen kann.

### **Wann finden die Untersuchungen statt?**

Die Untersuchungen finden von Anfang Januar bis voraussichtlich Ende März statt.

### **Welche Rückmeldungen gibt es für die Eltern?**

Alle Eltern erhalten sofort nach der medizinischen Untersuchung eine Rückmeldung, wenn ihr Kind Anzeichen für Hör- bzw. Sehprobleme zeigt, damit sie gegebenenfalls möglichst bald ihr Kind einem Hals-Nasen-Ohren- bzw. Augenarzt vorstellen können. Bei den Kindern, bei denen der Hör- und der Sehtest unauffällig sind, wird es keine gesonderte Rückmeldung geben.

Im Hinblick auf die entwicklungspsychologischen Untersuchungen und Aufgaben werden wir folgendermaßen vorgehen: Alle Eltern, deren Kinder nur an der Screening-Untersuchung teilnehmen, erhalten eine schriftliche Rückmeldung. Dies kann nicht unmittelbar nach der Untersuchung erfolgen, da die Auswertung der Screeningergebnisse Zeit erfordert.

Die Kinder, die an der kompletten Entwicklungsdiagnostik teilnehmen, erhalten einen zweiten Untersuchungstermin. Welche Kinder das sein werden, wissen wir zunächst noch nicht. Es werden alle Kinder sein, die in irgendeinem der untersuchten Bereiche Auffälligkeiten gezeigt haben. Darüber hinaus wird aber auch eine Gruppe völlig unauffälliger Kinder, die nach einem Zufallsprinzip ausgewählt werden, eine vollständige Entwicklungsdiagnostik erhalten. Bei diesen Kindern kann die Rückmeldung natürlich erst erfolgen, wenn alle Ergebnisse komplett ausgewertet sind. Dies wird bei völlig unauffälligen Kindern ebenfalls schriftlich erfolgen.

Sollten die Testergebnisse zeigen, dass bei einem Kind in irgendeinem Bereich ein Mehr an Förderbedarf besteht, wird den Eltern von den Psychologinnen des Bielefelder Instituts ein ausführliches Beratungsgespräch angeboten. Es wäre gut, wenn an diesem Gespräch auch die für das Kind zuständige Erzieherin teilnehmen könnte. Dies ist aber selbstverständlich abhängig von der Zustimmung der Eltern.

Wir würden uns freuen, wenn möglichst viele Kinder an unserem Projekt teilnehmen können.

Bei weiteren Nachfragen wenden Sie sich bitte an uns:

Dr. Hildegard Doil und Sabine Frevert  
Bielefelder Institut für frühkindliche  
Entwicklung e.V.  
(Standorte Bielefeld und Gütersloh)  
Marienstr. 12  
33332 Gütersloh  
(05241) 2115688 oder (0521) 3297581  
[h.doil@bielefelder-institut.de](mailto:h.doil@bielefelder-institut.de)  
[s.frevert@bielefelder-institut.de](mailto:s.frevert@bielefelder-institut.de)  
[www.bielefelder-institut.de](http://www.bielefelder-institut.de)

Dr. Sabine Kloß  
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst  
Abteilung Gesundheit  
Kreis Gütersloh  
Herzebrocker Str. 140  
33324 Gütersloh  
(05241) 851613  
[sabine.kloss@gt-net.de](mailto:sabine.kloss@gt-net.de)

\*\*\*\*\*

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

Ich/wir sind damit einverstanden,  
dass unsere Tochter/unsere Sohn \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_

an dem Modellprojekt des Kreises Gütersloh teilnimmt.

- JA
- NEIN

\*\*\*\*\*

Ich/wir möchten, dass eine unserem Kind vertraute Erzieherin bei der Untersuchung  
unseres Kindes anwesend ist.

- JA
- NEIN

\*\*\*\*\*

Ich/wir sind damit einverstanden, dass auch die Erzieherinnen der Kindertageseinrichtung  
über die Untersuchungsergebnisse informiert werden.

- JA
- NEIN

\*\*\*\*\*

Ich/wir sind damit einverstanden, dass eine Erzieherin der Kindertageseinrichtung an  
einem möglichen Beratungsgespräch teilnimmt.

- JA
- NEIN



## Anlage 2: Rückmeldung an die Eltern nach der Screeninguntersuchung (Kind mit Deutsch als Muttersprache)



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.

Bielefeld, den .....

Liebe Eltern,

Ihre Tochter/Ihr Sohn ..... hat im Rahmen des Modellprojektes „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ an einem Screening teilgenommen.

Wir möchten Ihnen nun die Rückmeldung über den entwicklungspsychologischen Teil der Projektuntersuchungen geben.

Mit den Untertests *Kategorien* und *Zeichenmuster* des SON-R 2 ½ - 7 (Tellegen et al., 2007) wurden sprachfreie kognitive bzw. geistige Fähigkeiten untersucht. Mit den Untertest *Verstehen von Sätzen (VS)*, *Morphologische Regelbildung (MR)* und *Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter (PGN)* aus dem SETK 3-5 (Grimm, 2001) wurden sprachliche Fähigkeiten überprüft.

Die Werte Ihres Kindes liegen in allen Untertests im Normalbereich. Es zeigen sich demnach zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf der Basis der durchgeführten Screeninguntersuchung keine Hinweise auf zusätzlichen Förderbedarf.

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass bei der sprachlichen Diagnostik zu unterscheiden ist zwischen *Artikulation* einerseits und Sprachfähigkeiten wie *Wortschatz* und *Grammatik* andererseits. Im Rahmen unseres Projektes wurden ausschließlich letztere untersucht und berücksichtigt, weil Kinder, die beim Wortschatzaufbau und beim Erwerb erster grammatischer Kompetenzen Schwierigkeiten haben, möglichst bereits im Alter von drei Jahren eine professionelle Sprachförderung erhalten sollten. Bei Kindern, die ausschließlich durch Artikulationsprobleme (schwer verständliches Sprechen, Lautvertauschungen) auffallen, kann dagegen in der Regel gewartet werden, bis das Kind vier Jahre alt ist. Wenn allerdings bei einem dreijährigen Kind die Sprache auch für die Menschen in seinem näheren Umfeld (Eltern, Erzieherinnen, andere Kinder in der Kindergartengruppe) weitgehend unverständlich ist, kann es, um sozialen Folgeproblemen vorzubeugen, sinnvoll sein, bereits dreijährige Kinder logopädisch behandeln zu lassen.

Ganz herzlich möchten wir uns bei Ihnen dafür bedanken, dass Ihr Kind an dieser Untersuchung teilnehmen konnte.

Wie bereits auf dem Elternabend im vergangenen Herbst besprochen, wird Ihnen natürlich auch der vollständige Projektbericht zur Verfügung gestellt werden

Mit freundlichen Grüßen

### Verwendete Verfahren:

Grimm, H. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder – Diagnose von Sprachverarbeitungs-fähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (SETK 3-5)*. Göttingen: Hogrefe.

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½ - 7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

### Anlage 3: Rückmeldung an die Eltern nach der Screeninguntersuchung (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.

Bielefeld, den .....

Liebe Eltern,

Ihre Tochter/Ihr Sohn ..... hat im Rahmen des Modellprojektes „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ an einem Screening teilgenommen.

Wir möchten Ihnen nun die Rückmeldung über den entwicklungspsychologischen Teil der Projektuntersuchungen geben.

Mit den Untertests *Kategorien* und *Zeichenmuster* des SON-R 2 ½ - 7 (Tellegen et al., 2007) wurden sprachunabhängig kognitive bzw. geistige Fähigkeiten untersucht.

Die Werte Ihres Kindes in den beiden Subtests liegen im Normalbereich. Es zeigen sich also auf der Basis der durchgeführten Screeninguntersuchung zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Hinweise auf zusätzlichen Förderbedarf.

Eine Untersuchung des *sprachlichen Entwicklungsstandes* Ihres Kindes war nicht möglich bzw. nicht sinnvoll, da Ihr Kind mit einer anderen Muttersprache als Deutsch aufgewachsen ist. Hinsichtlich der Frage, wie gut die deutschen Sprachkenntnisse Ihres Kindes inzwischen sind, verweisen wir auf die Untersuchung mit Delfin-4.

Ganz herzlich möchten wir uns bei Ihnen dafür bedanken, dass Ihr Kind an dieser Untersuchung teilnehmen konnte.

Wie bereits auf dem Elternabend im vergangenen Herbst besprochen, wird Ihnen natürlich auch der vollständige Projektbericht zur Verfügung gestellt werden

Mit freundlichen Grüßen

#### **Verwendetes Verfahren:**

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½ - 7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

## Anlage 4: Rückmeldung bei unauffälligem Gesamtergebnis (Kind mit Deutsch als Muttersprache)



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.

Bielefeld, den .....

Liebe Eltern,

Ihre Tochter/Ihr Sohn .....hat an dem Modellprojekt „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ teilgenommen. Wir möchten Ihnen nun die Rückmeldung über den entwicklungspsychologischen Teil der Projektuntersuchungen geben.

Ihr Kind wurde im Rahmen des Projektes mit zwei vollständigen Entwicklungstests untersucht. Dabei handelte es sich um den SON-R 2 ½-7 (Tellegen et al., 2007), der mit insgesamt 6 Untertests den sprachfreien kognitiven bzw. geistigen Entwicklungsstand erfasst. Zur Einschätzung des sprachlichen Entwicklungsstandes wurde der Sprachentwicklungstest für 3- bis 5jährige Kinder (SETK 3-5; Grimm, 2001) eingesetzt, der sowohl das Sprachverstehen als auch die Sprachproduktion misst.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Untersuchung bei Ihrem Kind zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Hinweise auf zusätzlichen Förderbedarf (Frühförderung und/oder Sprachtherapie) ergab.

Der mit dem SON-R 2 ½ - 7 ermittelte Gesamtwert lag im ..... Bereich

Beim Sprachentwicklungstest SETK 3-5 sind die Kompetenzen Ihres Kindes folgendermaßen einzuschätzen:

Satzverstehen: .....

Satzbildung (Syntax): .....

Grammatik (Morphologie): .....

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass bei der sprachlichen Diagnostik zu unterscheiden ist zwischen *Artikulation* einerseits und Sprachfähigkeiten wie *Wortschatz* und *Grammatik* andererseits. Im Rahmen dieses Projektes wurden ausschließlich letztere untersucht und berücksichtigt, weil Kinder, die beim Wortschatzaufbau und beim Erwerb erster grammatischer Kompetenzen Schwierigkeiten haben, möglichst bereits im Alter von drei Jahren eine professionelle Förderung erhalten sollten. Bei Kindern, die ausschließlich durch Artikulationsprobleme (schwer verständliches Sprechen, Lautvertauschungen) auffallen, kann dagegen gewartet werden, bis das Kind vier Jahre alt ist. Wenn allerdings bei einem dreijährigen Kind die Sprache auch für die Menschen in seinem näheren Umfeld (Eltern, Erzieherinnen, andere Kinder in der Kindergartengruppe) weitgehend unverständlich ist, kann es, um sozialen Folgeproblemen vorzubeugen, sinnvoll sein, bereits dreijährige Kinder logopädisch behandeln zu lassen.

Ganz herzlich möchten wir uns bei Ihnen dafür bedanken, dass Ihr Kind an dieser Untersuchung teilnehmen konnte.

Wie bereits auf dem Elternabend im vergangenen Herbst besprochen, wird Ihnen natürlich auch der vollständige Projektbericht zur Verfügung gestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

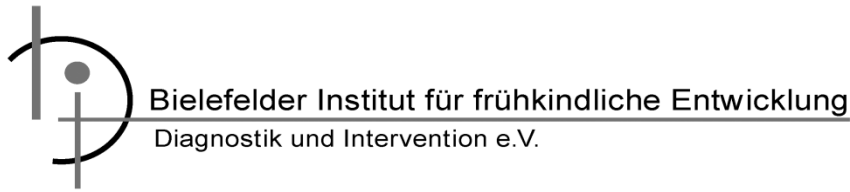
---

### Verwendete Verfahren:

Grimm, H. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder – Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (SETK 3-5)*. Göttingen: Hogrefe.

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½ - 7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

## Anlage 5: Rückmeldung bei unauffälligem Gesamtergebnis (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)



Bielefeld, den .....

Liebe Eltern,

Ihre Tochter/Ihr Sohn ..... hat an dem Modellprojekt „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ teilgenommen.

Wir möchten Ihnen nun die Rückmeldung über den entwicklungspsychologischen Teil der Projektuntersuchungen geben.

Ihr Kind wurde im Rahmen des Projektes mit einem vollständigen Entwicklungstest untersucht. Dabei handelte es sich um den SON-R 2 ½-7 (Tellegen et al., 2007), der mit insgesamt 6 Untertests sprachunabhängig den kognitiven bzw. geistigen Entwicklungsstand erfasst.

Eine Untersuchung des *sprachlichen Entwicklungsstandes* Ihres Kindes war nicht möglich bzw. nicht sinnvoll, da Ihr Kind mit einer anderen Muttersprache als Deutsch aufgewachsen ist. Hinsichtlich der Frage, wie gut die deutschen Sprachkenntnisse Ihres Kindes inzwischen sind, verweisen wir auf die Untersuchung mit Delfin-4.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Untersuchung bei Ihrem Kind zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Hinweise auf zusätzlichen Förderbedarf (Frühförderung) ergab. Der mit dem SON-R 2 ½ - 7 ermittelte Gesamtwert lag im ..... Bereich

Ganz herzlich möchten wir uns bei Ihnen dafür bedanken, dass Ihr Kind an dieser Untersuchung teilnehmen konnte.

Wie bereits auf dem Elternabend im vergangenen Herbst besprochen, wird Ihnen natürlich auch der vollständige Projektbericht zur Verfügung gestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

### Verwendetes Verfahren:

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½-7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

## Anlage 6: Einladung zum Beratungsgespräch (Kind mit Deutsch als Muttersprache)



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.

Bielefeld, den .....

Liebe Eltern,

Ihre Tochter/Ihr Sohn ..... hat an dem Modellprojekt „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ teilgenommen.

Wir haben inzwischen alle mit den Kindern durchgeführten Untersuchungen ausgewertet und möchten Ihnen nun die Rückmeldung über den entwicklungspsychologischen Teil der Projektuntersuchungen geben.

Ihr Kind wurde im Rahmen des Projektes mit zwei vollständigen Entwicklungstests untersucht. Dabei handelte es sich um den SON-R 2 ½-7 (Tellegen et al., 2007), der mit insgesamt 6 Untertests sprachunabhängig den kognitiven bzw. geistigen Entwicklungsstand erfasst. Zur Einschätzung des sprachlichen Entwicklungsstandes wurde der Sprachentwicklungstest für 3- bis 5jährige Kinder (SETK 3-5; Grimm, 2001) eingesetzt, der sowohl das Sprachverstehen als auch die Sprachproduktion misst.

Da Ihr Kind nicht in allen Aufgaben, die wir mit ihm durchgeführt haben, Ergebnisse im Durchschnittsbereich erzielt hat und wir entsprechend eine zusätzliche Förderung (Sprachförderung bzw. Logopädie und/oder Frühförderung) für sinnvoll halten, möchten wir Ihnen die Untersuchungsergebnisse Ihres Kindes und unsere Förderempfehlungen gerne in einem Elterngespräch erläutern.

Für dieses Elterngespräch können wir uns in Ihrem Kindergarten treffen. Hier wird uns ein ruhiger Raum zur Verfügung gestellt werden. Wenn Sie dies wünschen, kann auch eine Erzieherin Ihres Kindes bei dem Gespräch anwesend sein.

Wir werden Ihrem Kindergarten in den nächsten Tagen einen Terminvorschlag für die anstehenden Elterngespräche machen, den Sie, falls Sie ein Beratungsgespräch wünschen, von den Erzieherinnen erfragen können.

Ganz herzlich möchten wir uns bereits heute bei Ihnen dafür bedanken, dass Ihr Kind an dieser Untersuchung teilnehmen konnte.

Wie bereits auf dem Elternabend im vergangenen Herbst besprochen, wird Ihnen natürlich auch der vollständige Projektbericht zur Verfügung gestellt werden

Mit freundlichen Grüßen

### **Verwendete Verfahren:**

Grimm, H. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder – Diagnose von Sprachverarbeitungs-fähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (SETK 3-5)*. Göttingen: Hogrefe.

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½ - 7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

## Anlage 7: Einladung zum Beratungsgespräch (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.

Bielefeld, den .....

Liebe Eltern,

Ihre Tochter/Ihr Sohn ..... hat an dem Modellprojekt „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ teilgenommen.

Wir haben inzwischen alle mit den Kindern durchgeführten Untersuchungen ausgewertet und möchten Ihnen nun die Rückmeldung über den entwicklungspsychologischen Teil der Projektuntersuchungen geben.

Ihr Kind wurde im Rahmen des Projektes mit einem vollständigen Entwicklungstest untersucht. Dabei handelte es sich um den SON-R 2 ½-7 (Tellegen et al., 2007), der mit insgesamt 6 Untertests sprachunabhängig den kognitiven bzw. geistigen Entwicklungsstand erfasst.

Eine Untersuchung des *sprachlichen Entwicklungsstandes* Ihres Kindes war nicht möglich bzw. nicht sinnvoll, da Ihr Kind mit einer anderen Muttersprache als Deutsch aufgewachsen ist. Hinsichtlich der Frage, wie gut die deutschen Sprachkenntnisse Ihres Kindes inzwischen sind, verweisen wir auf die Untersuchung mit Delfin-4.

Da Ihr Kind nicht in allen Aufgaben, die wir mit ihm durchgeführt haben, Ergebnisse im Durchschnittsbereich erzielt hat und wir entsprechend eine zusätzliche Förderung (Sprachförderung bzw. Logopädie und/oder Frühförderung) für sinnvoll halten, möchten wir Ihnen die Untersuchungsergebnisse Ihres Kindes und unsere Förderempfehlungen gerne in einem Elterngespräch erläutern.

Für dieses Elterngespräch können wir uns in Ihrem Kindergarten treffen. Hier wird uns ein ruhiger Raum zur Verfügung gestellt werden. Wenn Sie dies wünschen, kann auch eine Erzieherin Ihres Kindes bei dem Gespräch anwesend sein.

Wir werden Ihrem Kindergarten in den nächsten Tagen einen Terminvorschlag für die anstehenden Elterngespräche machen, den Sie, falls Sie ein Beratungsgespräch wünschen, von den Erzieherinnen erfragen können.

Ganz herzlich möchten wir uns bereits heute bei Ihnen dafür bedanken, dass Ihr Kind an dieser Untersuchung teilnehmen konnte.

Wie bereits auf dem Elternabend im vergangenen Herbst besprochen, wird Ihnen natürlich auch der vollständige Projektbericht zur Verfügung gestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

### Verwendetes Verfahren:

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½ - 7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

## Anlage 8: Beispiel für einen Ergebnisbericht bei Förderbedarf (Kind mit Deutsch als Muttersprache)



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.

### KURZBERICHT

#### Testpsychologische Untersuchung von NN , geb. am ..... hinsichtlich ihres/seines kognitiven und sprachlichen Entwicklungsstandes

NN hat am Projekt „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ teilgenommen, das vom Kreis Gütersloh in Kooperation mit dem *Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung* durchgeführt wird. Im Rahmen dieses Projektes wurde ihr/sein kognitiver und sprachlicher Entwicklungsstand testpsychologisch untersucht.

Testzeitpunkte: XX.XX.2011  
XX.XX.2011

Alter zu den Testzeitpunkten: X;X Jahre  
X;X Jahre

#### **1. Kognitiver Entwicklungsstand:**

NNs kognitiver Entwicklungsstand wurde mit dem *Snijders-Oomen nonverbaler Intelligenztest für Kinder (SON-R 2 ½-7)* überprüft. Der *SON-R 2 ½-7* ist ein sprachfrei durchführbarer Intelligenztest mit Normen für den Altersbereich von 2 ½ bis 7 Jahren. Der Test besteht aus 6 Untertests. 3 Subtests (*Mosaik, Puzzles, Zeichenmuster*) erfassen v.a. das räumliche Vorstellungsvermögen (*Handlungsskala*), während die übrigen Aufgaben (*Kategorien, Analogien, Situationen*) logisches Denken erfordern (*Denkskala*). Alle Aufgaben sind so konzipiert, dass sie ohne verbale Instruktion verstanden und gelöst werden können.

NNs nonverbaler kognitiver Entwicklungsstand liegt dem Testergebnis zufolge mit einem Gesamtwert/IQ von XX (Vertrauensintervall zwischen XX -XX, Prozentrang XX) im Bereich durchschnittlichen Leistungsvermögens.

#### **2. Sprachlicher Entwicklungsstand**

NNs sprachlicher Entwicklungsstand wurde mit dem *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5)* untersucht. Dieser überprüft bei dreijährigen Kindern in vier Untertests das Satzverständnis (Untertest *Verstehen von Sätzen, VS*), die Satzbildung (Untertest *Enkodierung semantischer Relationen, ESR*), die Fähigkeit zur Pluralbildung (Untertest *Morphologische Regelbildung, MR*) und sprachliche Arbeitsgedächtnisleistungen (Untertest *Phonologische Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter, PGN*).

## **Anlage 8: Beispiel für einen Ergebnisbericht bei Förderbedarf (Kind mit Deutsch als Muttersprache)**

NN erreichte in den Untertests VS, MR und PGN jeweils unterhalb des Normalbereichs liegende Ergebnisse. Das Ergebnis im Untertest ESR ist am unteren Grenzwert angesiedelt (Untertestergebnisse im Anhang).

### **3. Sozial-emotionale Entwicklung**

NNs Eltern sowie seine Erzieherin füllten unabhängig voneinander den *Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)* aus. Dieser Fragebogen erfasst mögliches Problemverhalten des Kindes auf vier Skalen (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität sowie Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen). Außerdem gibt es eine Skala, die das prosoziale Verhalten misst.

Die **Eltern** sowie die **Erzieherin** schätzten NN im Hinblick auf alle Skalen des Fragebogens insgesamt als unauffällig ein.

Allerdings berichtet die Erzieherin, dass NN Schwierigkeiten hat, mit den anderen Kindern der Gruppe zu interagieren. Sie beobachtet ihn als Einzelgänger, der meist alleine spielt. Dies könnte mit seinen Sprachproblemen zusammenhängen. Da es für Kinder mit Sprachproblemen schwierig ist, mit anderen erfolgreich zu kommunizieren, bleiben ihre sozialen Interaktionen oft eingeschränkt (Grimm, 2003). Entsprechend gelten sie als Risikokinder für Störungen im sozialen Bereich sind.

### **4. Empfehlung**

Die Ergebnisse der durchgeführten entwicklungspsychologischen Diagnostik zeigen, dass bei NN ein sprachtherapeutischer Förderbedarf vorliegt.

Auf der Basis der vorliegenden diagnostischen Ergebnisse wird empfohlen, dass die Eltern Rücksprache mit dem behandelnden Kinderarzt halten, damit dieser gegebenenfalls weitere therapeutische (z.B. Logopädie/Sprachtherapie/Frühförderung) Maßnahmen einleiten kann.

Bielefeld, den .....

### **Verwendete Verfahren/Literatur:**

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com))

Grimm, H. (2001). *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder – Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen (SETK 3-5)*. Göttingen: Hogrefe.

Grimm, H. (2002). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½ - 7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.



**Anlage 8: Beispiel für einen Ergebnisbericht bei Förderbedarf (Kind mit Deutsch als Muttersprache)**

**Anhang**

**SON 2 ½ - 7: Subtestwerte**

<b>Subtests</b>	<b>Aufgabe/überprüfte Fähigkeit</b>	<b>Skalenwert</b>	<b>Einschätzung/ Beurteilung</b>
Mosaik	Nachlegen von Mosaiken → visuell-räumliche Verarbeitung abstrakter Reize		
Kategorien	Einteilen von Bildern in Kategorien (z.B. Teddys vs. Puppen) → Kategorienbildung		
Puzzles	Nachlegen von Puzzles → visuell-räumliche Verarbeitung konkreter Reize		
Analogien	Sortieren von Spielsteinen nach Form, Farbe und/oder Größe → Analogiebildung		
Situationen	Sinnvolle Ergänzung unvollständiger Bilder → schlussfolgerndes situationsbezogenes Denken		
Zeichenmuster	Nachzeichnen visuell-räumlich präsentierter Vorlagen → visuell-räumliche Informationsverarbeitung		

**SETK 3-5: Subtestwerte**

<b>Subtests</b>	<b>T-Wert</b>	<b>Prozentrang</b>	<b>Beurteilung/ Einschätzung</b>
Verstehen von Sätzen (VS)			
Enkodierung semantischer Relationen(ESR)			
Morphologische Regelbildung (MR)			
Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter (PGN)			

## Anlage 9: Beispiel für einen Ergebnisbericht bei Förderbedarf (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.

### KURZBERICHT

#### Testpsychologische Untersuchung von NN, geb. am....., hinsichtlich ihres/seines kognitiven Entwicklungsstandes

NN hat am Projekt „Feststellung individueller Förderbedarfe von Kindern bei Eintritt in eine Tageseinrichtung für Kinder“ teilgenommen, das vom Kreis Gütersloh in Kooperation mit dem *Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung* durchgeführt wird. Im Rahmen dieses Projektes wurde ihr/sein kognitiver Entwicklungsstand testpsychologisch untersucht.

Testzeitpunkte: XX.XX.2011  
XX.XX.2011

Alter zu den Testzeitpunkten: X;X Jahre  
X;X Jahre

#### **1. Kognitiver Entwicklungsstand:**

NNs kognitiver Entwicklungsstand wurde mit dem *Snijders-Oomen nonverbaler Intelligenztest für Kinder (SON-R 2 ½-7)* überprüft. Der *SON-R 2 ½-7* ist ein sprachfrei durchführbarer Intelligenztest mit Normen für den Altersbereich von 2 ½ bis 7 Jahren, der auch mit anderssprachigen, sprachgestörten und gehörlosen Kindern durchgeführt werden kann. Der Test besteht aus 6 Untertests. 3 Subtests (*Mosaik, Puzzles, Zeichenmuster*) erfassen v.a. das räumliche Vorstellungsvermögen (*Handlungsskala*), während die übrigen Aufgaben (*Kategorien, Analogien, Situationen*) logisches Denken erfordern (*Denkskala*). Alle Aufgaben sind so konzipiert, dass sie ohne verbale Instruktion verstanden und gelöst werden können.

NNs nonverbaler kognitiver Entwicklungsstand liegt dem Testergebnis zufolge mit einem Gesamtwert/IQ von XX (Vertrauensintervall zwischen XX-XX, Prozentrang X) im Bereich unterdurchschnittlichen Leistungsvermögens. (Untertestergebnisse im Anhang).

#### **2. Sozial-emotionale Entwicklung**

NNs Eltern sowie seine Erzieherin füllten unabhängig voneinander den *Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)* aus. Dieser Fragebogen erfasst mögliches Problemverhalten des Kindes auf vier Skalen (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität sowie Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen). Außerdem gibt es eine Skala, die das prosoziale Verhalten misst.

Die **Eltern** schätzten NN im Hinblick auf den *Gesamtproblemwert* und auf alle Skalen als auffällig ein.

Die **Erzieherin** schätzt NN im Hinblick auf die Skalen *Emotionale Probleme* und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* als auffällig ein.

## Anlage 9: Beispiel für einen Ergebnisbericht bei Förderbedarf (Kind mit Deutsch als Zweitsprache)

Nach Einschätzung der **Erzieherin** leidet NN deutlich unter seinen Schwierigkeiten und ist dadurch in einigen Bereichen des Alltagslebens beeinträchtigt. Es ergibt sich dadurch für ihn ein **erhöhter Belastungsfaktor**. Für die Kindergartengruppe stellen NNs Probleme keine Belastung dar.

### 3. Empfehlung

Die Ergebnisse der durchgeführten entwicklungspsychologischen Diagnostik zeigen, dass bei NN ein heilpädagogischer Förderbedarf vorliegt.

Auf der Basis der vorliegenden diagnostischen Ergebnisse wird empfohlen, dass die Eltern Rücksprache mit dem behandelnden Kinderarzt halten, damit dieser gegebenenfalls weitere diagnostische Maßnahmen (z.B. Eingangsdiagnostik für die Komplexleistung Frühförderung) einleiten kann.

Bielefeld, den.....

### Verwendete Verfahren:

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com))

Tellegen, T., Laros, J. & Petermann, F. (2007). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2 ½ - 7)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

## Anhang

### SON 2 ½ - 7: Subtestwerte

Subtests	Aufgabe/überprüfte Fähigkeit	Skalenwert	Einschätzung/ Beurteilung
Mosaik	Nachlegen von Mosaiken → visuell-räumliche Verarbeitung abstrakter Reize		
Kategorien	Einteilen von Bildern in Kategorien (z.B. Teddys vs. Puppen) → Kategorienbildung		
Puzzles	Nachlegen von Puzzles → visuell-räumliche Verarbeitung konkreter Reize		
Analogien	Sortieren von Spielsteinen nach Form, Farbe und/oder Größe → Analogiebildung		
Situationen	Sinnvolle Ergänzung unvollständiger Bilder → schlussfolgerndes situationsbezogenes Denken		
Zeichenmuster	Nachzeichnen visuell-räumlich präsentierter Vorlagen → visuell-räumliche Informationsverarbeitung		

## Anlage 10: Anamnesebogen



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.



### Angaben zum Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen
Telefon	Geburtsort	
Adresse		
<b>Wer hat das Sorgerecht?</b>		
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater oder _____		

### Angaben zur Familie des Kindes

Name, Vorname der <b>Mutter</b>		Telefon – Nr.	
Geburtsdatum	Geburtsort	Beruf	Schul-/Bildungsabschluss
Adresse (falls das Kind nicht bei der Mutter wohnt):			

Name, Vorname des <b>Vaters</b>		Telefon – Nr.	
Geburtsdatum	Geburtsort	Beruf	Schul-/Bildungsabschluss
Adresse (falls das Kind nicht bei dem Vater wohnt):			

<b>Hat das Kind Geschwister?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Alter der Geschwister

### Fragen zum Kind

<b>Gab es Besonderheiten oder Komplikationen während der Schwangerschaft ?</b>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte angeben, welche:

<b>Erfolgte die Geburt am Termin?</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, nämlich in der _____ Schwangerschaftswoche
Geburtsgewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm
<b>Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?</b>

Alle Angaben sind freiwillig, unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt

## Anlage 10: Anamnesebogen



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.



nein  ja bitte angeben, welche

### Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?

nein  ja bitte Kinderklinik angeben: \_\_\_\_\_

Wie lange war das Kind nach der Geburt in der Kinderklinik? \_\_\_\_\_ Wochen

### Ist Ihnen etwas Besonderes bei Ihrem Kind in den ersten Lebensmonaten aufgefallen?

### In welchem Alter konnte Ihr Kind

frei laufen \_\_\_\_\_ Monate

erste Worte sprechen \_\_\_\_\_ Monate

### Haben bzw. hatten Sie den Eindruck, dass die Sprachentwicklung Ihres Kindes langsamer verläuft bzw. verlief als bei gleichaltrigen Kindern?

nein  ja

Wenn ja: Wie alt war Ihr Kind, als Ihnen dies auffiel? Ca. \_\_\_\_\_ Jahre.

### Wie spricht Ihr Kind heute?

besser als oder in etwa so gut wie Gleichaltrige  nicht so gut wie Gleichaltrige

### Welche Sprache bzw. welche Sprachen werden bei Ihnen zuhause gesprochen?

### Welche Sprache(n) ist/sind die Erst- bzw. Muttersprache(n) Ihres Kindes?

### Wenn Ihr Kind mit einer anderen Erst-/Muttersprache als Deutsch aufgewachsen ist:

#### Seit wann lernt Ihr Kind die deutsche Sprache?

Seit: \_\_\_\_\_

#### Was schätzen Sie, wie viele Stunden am Tag Ihr Kind die deutsche Sprache hört?

Ca. \_\_\_\_\_ Stunden

### Wie schätzen Sie selbst die Entwicklung Ihres Kindes ein?

#### im Bereich motorische Entwicklung

altersgemäß  nicht altersgemäß

#### im Bereich geistige Entwicklung

altersgemäß  nicht altersgemäß

## Anlage 10: Anamnesebogen



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.



Kreis Gütersloh  
weltgewandt & bodenständig

### Seit wann besucht Ihr Kind einen Kindergarten?

seit \_\_\_\_\_ Name/Ort des Kindergartens \_\_\_\_\_.

vormittags       ganztags       Regelplatz       Integrationsplatz

### Hat Ihr Kind besondere gesundheitliche Probleme, Krankheiten, Operationen oder Unfälle bzw. Krankenhausaufenthalte erlebt?

nein  ja    bitte angeben, welche bzw. wann und wo das Kind behandelt wurde:

### Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

nein  ja, nämlich folgende:

### Name des Haus-/Kinderarztes:

#### Sind im Rahmen der kinderärztlichen U-Untersuchungen Besonderheiten festgestellt worden?

nein       ja    bitte angeben, wann und welche:

#### Ist das Kind von anderen Ärzten untersucht worden oder in Behandlung?

Falls ja, geben Sie bitte den Namen an und wann ihr Kind zuletzt dort untersucht wurde

**Augenarzt** \_\_\_\_\_

Wann fand die letzte Kontrolle statt? \_\_\_\_\_

Wie regelmäßig geht Ihr Kind zum Augenarzt? \_\_\_\_\_

Trägt Ihr Kind eine Brille?       nein     ja

Wenn ja, seit wann trägt Ihr Kind eine Brille?    seit \_\_\_\_\_

Wenn ja, warum trägt Ihr Kind eine Brille? \_\_\_\_\_

**Hals-Nasen-Ohren-Arzt** \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihrem Kind ein Hörtest durchgeführt?       nein     ja

Wenn ja, wann fand der letzte Hörtest statt? \_\_\_\_\_

Wer führte den Hörtest durch?

- Kinderarzt
- HNO-Arzt
- Pädaudiologe
- andere

Hat Ihr Kind häufiger Probleme mit dem Hören?  nein     ja

Ist Ihr Kind häufig erkältet?       nein     ja

Fand eine Ohrenoperation statt?       nein     ja

Wenn ja, wann fand die OP statt? \_\_\_\_\_

Wenn ja, aus welchem Grund?       Paukenröhrchen

Polypen

andere, nämlich \_\_\_\_\_

Trägt Ihr Kind ein Hörgerät?       nein     ja

**Orthopäde** \_\_\_\_\_

Alle Angaben sind freiwillig, unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt

## Anlage 10: Anamnesebogen



Bielefelder Institut für frühkindliche Entwicklung  
Diagnostik und Intervention e.V.



Sozialpädiatrisches Zentrum \_\_\_\_\_

Pädaudiologe \_\_\_\_\_

andere .....

**Ist Ihr Kind wegen Entwicklungsproblemen bereits bei anderen Fachleuten vorgestellt worden?**

z.B. Psychologen, Beratungsstellen, Frühförderstelle, Heilpädagogen

nein       ja    bitte geben Sie an bei wem/wo und wann  
sowie das Ergebnis der Vorstellung bzw. eventuelle Diagnosen:

**Hat Ihr Kind bereits besondere Therapien oder Förderangebote erhalten? Bei wem?**

nein

ja

Krankengymnastik      von .....bis .....bei .....

Ergotherapie      von .....bis .....bei .....

Sprachtherapie      von .....bis .....bei .....

Frühförderung/Heilpädagogik    von .....bis .....bei .....

.....      von .....bis .....bei .....

**Fragebogen wurde ausgefüllt von:**     Vater       Mutter       andere Person

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit**

## Anlage 11: SDQ-Eltern

### Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Eltern <sup>3/4</sup>

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Name des Kindes .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhält sich gegenüber Erwachsenen oft widerwillig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Erzieherinnen oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überlegt bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann gegenüber anderen boshaft sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

**Bitte umblättern**



## Anlage 11: SDQ-Eltern

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Erlernen neuer Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:..... Datum: .....

Vater/Mutter/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen)

.....  
**Vielen Dank für Ihre Hilfe**

## Anlage 12: SDQ-Erzieherin

### Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Erzieher/in<sup>3/4</sup>

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in den letzten sechs Monaten.

Name des Kindes .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhält sich gegenüber Erwachsenen oft widerwillig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Erzieherinnen oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überlegt bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann gegenüber anderen boshaft sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

**Bitte umblättern**

## Anlage 12: SDQ-Erzieherin

Würden Sie sagen, dass das Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird das Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Erlernen neuer Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Kindergartengruppe dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:..... Datum: .....

Name der Erzieherin in Druckbuchstaben (Bezug zum Kind, d.h. Bezugserzieherin/Gruppenleitung/Sonstiges, bitte angeben):

.....

**Vielen Dank für Ihre Hilfe**

### **Danksagung**

Wir bedanken uns ganz herzlich bei den Kindern und ihren Eltern, die an den Untersuchungen dieses Projektes teilgenommen haben.

Ebenfalls möchten wir uns herzlich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Trägern der beteiligten Kindertageseinrichtungen für ihr Interesse bedanken und für die Unterstützung, die wir bei den Untersuchungen in den Kindertageseinrichtungen erhielten.

**Dr. Hildegard Doil**  
**Sabine Frevert**  
**Dr. Sabine Kloß**  
**Bielefeld und Gütersloh, 2012**