

## Leitlinien zur Diagnostik in der Interdisziplinären Frühförderung

Marlene Schmid-Krammer, Monika Naggl

### 1. Ein Beitrag zur Qualität

Die Erarbeitung von Leitlinien gehört zum großen Kapitel Qualitätssicherung in der Frühförderung. Leitlinien formulieren einen Sollwert, an dem Handeln gemessen werden kann. In Verbindung mit der entsprechenden Dokumentation gibt ein **Standard** wie die Diagnostischen Leitlinien Frühförderung die Möglichkeit, die eigene Praxis zu evaluieren und zu verbessern -- ein in der Medizin, in der Pflege und in vielen anderen Bereichen übliches Verfahren, für das wiederum feste Regeln gelten (Straßburg 2005).

Fachlich bringen Standards im Sinne einer Festlegung und Vereinheitlichung diagnostischer Begriffe und des diagnostischen Vorgehens unbestreitbare Vorteile: Sie erleichtern den fachlichen Austausch durch eine gemeinsame Sprache und sie geben Sicherheit. Sie können die Genauigkeit der Diagnosen erhöhen und Fehler reduzieren -- immer vorausgesetzt, die Kodifizierungen bleiben erfahrungshaltig und verlieren sich nicht in scholastischem Begriffsklapper.

Für die Eltern entwicklungsverzögerter und behinderter Kinder und für die Kostenträger des Systems der frühen Förderung ist es wichtig zu wissen, dass dort, wo Interdisziplinäre Frühförderung draufsteht auch Interdisziplinäre Frühförderung drin ist.

Diagnostische Leitlinien erleichtern diese **Transparenz** und Kontrolle nach innen und nach außen. Sie tragen wesentlich bei, zu einer genaueren und besseren **Kursbestimmung** für Förderung und Therapie: Behandlungsentscheidungen werden begründbar und nachvollziehbar, Fehlentscheidungen lassen sich korrigieren und aus Fehlern kann gelernt werden.

### 2. Interdisziplinäre Kooperation in der Diagnostik

Der neue bayerische Rahmenvertrag Frühförderung formuliert mit dem von den Krankenkassen finanzierten **Modul "Eingangsdiagnostik"** die Diagnostik als einen kooperativen Prozess, der gemeinsam vom Arzt und der Frühförderung gestaltet wird. Diese Betonung der Kooperation in der Diagnostik ist eine sehr begrüßenswerte Neuerung im Sinne der Diagnostischen Leitlinien Frühförderung.

Als Standard innerhalb der Frühförderung versuchen die Leitlinien im wesentlichen die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen: den Ärzten in den Praxen und den übrigen Fachdisziplinen in den Frühförderstellen: Psychologinnen, Pädagoginnen und medizinische Therapeutinnen sinnvoll und effektiv zu gestalten, weil wir möchten, dass in den etwa vier Stunden (plus medizinischer Diagnostik), die wir bezahlt bekommen, etwas Vernünftiges für die Kinder und ihre Familien geschieht. Ein Nebeneinander her oder mehrfache Wiederholung von Diagnostiken können so vermieden werden.

Diagnostik in der Interdisziplinären Frühförderung basiert auf den professionellen Vorgehensweisen und Methoden mehrerer Disziplinen: Pädagogik, Medizin, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik und Audiologie.

Bei den Leitlinien für die Diagnostik der Interdisziplinären Frühförderung handelt es sich also um ein Ausformulieren der Interdisziplinarität, für den Bereich der Diagnostik. Oder anders gesagt: um die Formulierung einer multiprofessionell abgestimmten guten fachlichen Praxis, die auf den beteiligten Disziplinen aufbaut, und um deren Integration zu einer Gesamtdiagnostik.

Diagnostik nach den Leitlinien heißt: Wir sind alle Expertinnen für Entwicklung und im Prinzip können viele vieles, aber nicht jede **macht** alles, und wir stimmen uns darüber ab, wer wann was macht.

Im Wesentlichen beinhalten die Leitlinien daher die Strukturierung nach einem **Ablaufschema** als ein Beispiel für Prozesssteuerung. (*Arbeitspapier "Ablaufschema pdf"*)

### 3. Mehrdimensionales Diagnoseschema

Die frühkindliche Entwicklung ist ein weites Feld und der komplexe diagnostische Prozess, wie ihn die Leitlinien formulieren, ergibt fünf Dimensionen, die in ihrer Summe das Kind in seinen Entwicklungsbedingungen gut abbilden. Kernstück der Diagnostischen Leitlinien ist das mehrdimensionale Diagnoseschema (*Arbeitspapier "Fünf Dimensionen pdf"*) mit seinen fünf Dimensionen der Entwicklung. Siehe dazu das "Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens zur Erstellung des Behandlungsplanes" SPZ Altötting.

#### Fünf Dimensionen der Entwicklung

Dimension I: Allgemeine Entwicklung und Kognition

Die Dimension beschreibt Stärken und Schwächen in den kognitiven Fähigkeiten und die allgemeine Entwicklung im Vergleich mit der Altersgruppe.

Dimension II: körperlich-neurologischer Befund

Die Dimension erfasst, ob ein Kind organisch gesund ist oder durch Krankheit, Körperbehinderung, körperlich-neurologische Auffälligkeiten, Sinnesschädigungen oder Einschränkungen von Körperfunktionen Belastungen erlebt und sich damit auseinandersetzen muss.

Dimension III: Teilleistungen

Die Dimension beschreibt Lernschwächen in einem Teilbereich, der von der übrigen Entwicklung des Kindes deutlich abweicht oder spezifische Begabungen in Teilbereichen.

Dimension IV: Verhalten, soziale und emotionale Entwicklung

Die Dimension beschreibt die seelische Entwicklung und ihre Störungen: ob ein Kind psychisch stabil, emotional und sozial kompetent mit sich und seiner Umwelt umgehen kann, oder ob es darin eingeschränkt ist. Sie beschreibt die Bindungsentwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern.

Dimension V: Entwicklungsbedingungen

Die Entwicklungsbedingungen fassen die Bindungserfahrungen, die Erziehung, die Familiensituation und die soziale Situation des Kindes und der Familie zusammen; dazu Krippe und Kindergarten als erweiterte Kreise im Leben des Kindes. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Integration werden hier konkretisiert; sowohl die Belastungen wie auch Ressourcen im Leben des Kindes.

#### 4. Ressourcenorientierung

Die Diagnostik erfasst im Unterschied zur Multiaxialen Diagnostik der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Remschmidt et al. 2001) nicht nur Defizite und Auffälligkeiten. Sie erkundet mit der gleichen Aufmerksamkeit die Stärken und Ressourcen eines Kindes und seiner Familie. Ressourcenorientierung heißt im Übrigen immer auch Förderorientierung und Förderorientierung heißt Ressourcenorientierung. Das gilt für jeden Lernprozess -- gleich ob bei Kindern oder Erwachsenen -- und auch dann, wenn wir es mit Begrenzungen zu tun haben, wie in den Lernprozessen der pädagogischen Förderung und der medizinischen Therapien der Frühförderung.

#### 5. Verbesserung der Früherkennung

Eine kritische Sichtung von in der Frühförderung verwendeten Diagnosen führt zu einer substantiellen Verbesserung der Diagnostik, die mit dem Leitlinienprozess in Gang gesetzt wurde und mit seiner Implementierung fortgeführt wird.

Bei Problemen im Kindergarten führen bisher beliebte Modediagnosen und Großraumdiagnosen wie "ADS", Sprachentwicklungsstörung "SES" und "Wahrnehmungsstörung" mehr oder weniger direkt in eine oder gar zwei und drei Therapien oder Förderungen, eine oft beklagte "Bypass"-Praxis, die zu der ebenfalls beklagten Häufung von Therapien im Kindesalter beiträgt. Dieser "Bypass" umgeht in der Regel eine lege artis durchgeführte ausführliche Diagnostik von Allgemeiner Entwicklung und Kognition. Eine substantielle Verbesserung der Entwicklungsdiagnostik im frühen Bereich ist daher möglich, wenn wir die **Diagnostik von Allgemeiner Entwicklung und Kognition** obligatorisch machen und sie als Standard vorschreiben.

**Wer testet?** Zum Standard gehört, dass Allgemeine Entwicklungstests und Intelligenztests von qualifizierten Anwendern: klinisch erfahrene Psychologinnen, Sonderschullehrerinnen und Diplompädagoginnen mit nachgewiesener Qualifikation durchgeführt werden, die testtheoretisch geschult sind; dass valide Verfahren verwendet werden und die Tester ausgestattet sind mit ausreichend Zeit für eine kompetente Durchführung und Auswertung. Die Leitlinien bewirken hier eine erhebliche Verbesserung der Diagnostik und in der Folge eine gezieltere und effektivere Förderung bzw. Therapie.

**Valide Verfahren:** Der Leitlinien-Prozess verbessert die Diagnostik durch eine kritische Sichtung und Diskussion der in der Frühförderung verwendeten Methoden: Beobachtungsverfahren, Fragebogen, Tests und Screenings. Inwieweit sind diese aktuell und zuverlässig? Entsprechen sie dem wissenschaftlichen Stand? Bereits begonnen hat eine kritische Sichtung der standardisierten Entwicklungs- und Intelligenztests, um erstmals einen Kanon an guten, normierten und empirisch gesicherten Entwicklungs- und Intelligenztests zusammenzustellen. (s. "Tests und Screenings" auf dieser WebSite)

Was ebenso gar nicht hoch genug geschätzt werden kann ist die **medizinische Diagnostik** in der interdisziplinären Diagnostik der Frühförderung: eine solide körperliche und neurologische Diagnostik inklusive Sinnesprüfung und falls erforderlich weitere spezialisierte Diagnostik sind eine *conditio sine qua non*. Sie wird in ihrer Wichtigkeit oft nicht genügend gesehen. Es besteht fachlicher Konsens darüber, dass die medizinischen **U-Untersuchungen** keine gute Entwicklungsdiagnostik liefern. Dem gegenüber sind ELFRA 1, ELFRA 2 (Grimm, H., Doil, H., : ELFRA Göttingen, Hogrefe, 2006; Sachse et al. Monatsschrift Kinderheilkunde 2-2007) und die SBE-2-KT (Suchodoletz, W.v. & Sachse, S. 2009) wertvolle und auch in der Arztpraxis durchführbare Screenings für die Erkennung früher Entwicklungsrisiken.

Verbunden mit der Möglichkeit, bei einem festgestellten Risiko zu einer vertiefenden Entwicklungsdiagnostik an die Frühförderstelle zu überweisen, können ELFRA 1, ELFRA 2 und der SBE-2-KT wertvolle Beiträge leisten zur früheren Erkennung von Entwicklungsrisiken, nicht nur in der Sprachentwicklung, sondern auch bei allgemeiner Entwicklungsverzögerung, bei einem Verdacht auf Autismus und möglichen Gefährdungen des Kindeswohls. Wie wir aus der Forschung wissen, ist in der **frühen** Erkennung von Entwicklungsproblemen noch einiger Boden gutzumachen.

**Klassifikationssystem ICD 10:** Die internationale Klassifikation von Krankheiten ICD 10 ([www-dimdi.de](http://www.dimdi.de)) wird in der Frühförderung genutzt und sie bzw. Nachfolgeversionen sollen weiterhin genutzt werden. Die kritische Sichtung von Diagnosen aus der ICD 10 hat jedoch bereits deutlich gemacht, dass viele Kategorien erst ab dem Schulalter zutreffen. Wenn in der ICD 10 vom "Beginn der Kindheit" die Rede ist, dann ist damit in der Regel das Schulalter gemeint. Eine pauschale Ausweitung auf frühere Altersstufen -- bislang gängige Praxis -- erweist sich als durchaus problematisch.

Die ICD 10 wird ergänzt um fachspezifische Diagnosen. Die Leitlinien stützen sich dabei inhaltlich u. a. auf die "Leistungsbeschreibungen der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern" ([www-fruehfoerderung-bayern.de](http://www.fruehfoerderung-bayern.de)), in der die einzelnen Fachdisziplinen ihre diagnostischen Leistungen auflisten. Die Diagnosen sind ein "work in progress" und bedürfen weiterer Präzisierung, Sortierung und Vervollständigung, um die Entwicklungsdiagnostik von Kindern substantieller und präziser zu machen. (*Arbeitspapier "Diagnostik pdf"*)

## 6. Kritische Reflexion von Diagnosen

Diagnostik in der Frühförderung kann sich darüber hinaus auf eine sehr grundsätzliche Weise verbessern durch eine kritische Reflexion des Diagnostizierens selbst.

Wir beobachten heute eine starke Tendenz zur Medizinisierung von Entwicklungsproblemen unserer Kinder (Fegeler 2004, Schlack 2004, Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2006). Die klassischen Kinderkrankheiten gehen zurück, Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern nehmen zu. Damit einher geht eine Tendenz, medizinische Modelle auf die Beschreibung und Behandlung von Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern zu übertragen.

Schwierigkeiten, die wir als Gesellschaft haben, unsere Kultur, unsere Bildung und unsere Werte: Kultur zum Beispiel in der Esskultur, Werte in der moralischen Erziehung, Sprache in der sprachlichen Bildung, an die nächste Generation weiterzugeben, werden als

"Störungen" der Kinder diagnostiziert. Aus Kindern in Schwierigkeiten und aus schwierigen Kindern werden Kranke. Am Anfang dieses Prozesses steht immer eine Diagnose.

So wichtig präzise Diagnosen in der Interdisziplinären Frühförderung sind, bei Entwicklungsschwierigkeiten von Kindern können sie sich als kontraproduktiv für die Einleitung pädagogischer Prozesse erweisen. Aktuelles Beispiel dafür sind die schon erwähnten grassierenden Sprachentwicklungsstörungen oder die "Diagnose" ADS. Verstärkt wird diese Tendenz zusätzlich dadurch, dass über Diagnosen Marktsegmente abgesteckt werden. Die wenigen Evaluationsstudien zur Frühförderung (Weiß u. a. 2004) ergeben ein gespaltenes Bild von gleichzeitig bestehender Überversorgung mit Therapien einerseits und einer Unterversorgung bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien andererseits.

Dem medizinischen Denken nahe Begriffe wie "Risiko", "Risikokind" und neuerdings "Risikofamilie" und Frühwarnsysteme zur Erkennung solcher "Risiken" fixieren uns auf das, was wir vermeiden wollen, und lassen uns blank für eine positive Gestaltung von Bildungs- und Erziehungsprozessen in der Familie und in der Krippe und im Kindergarten.

Wir versuchen mit den Leitlinien für die Diagnostik in der Frühförderung die interdisziplinäre Sichtweise von **Pädagogik und Medizin** zu sichern. Wesentliche Teile dieser Leitlinien sind daher nicht im eigentlichen Sinne „diagnostisch“, sondern es sind Dialoge. Sie beschreiben hermeneutische Prozesse, das heißt sinnverstehende und sinnerzeugende Methoden, zum Beispiel das Erstgespräch und die Anamnese mit den Eltern, die Interaktionsbeobachtung mit dem Kind, die kollegiale Fallberatung und die Förderplanung mit den Eltern.

## **7. Kooperation und Vernetzung**

Es ist gewiss kein Zufall, dass Interdisziplinarität bei den kleinen Kindern erfunden wurde. Je kleiner Kinder sind, umso untrennbarer sind körperliche und seelische Vorgänge miteinander verbunden. Und umso mehr ist Interdisziplinarität fachlich geboten.

Die Diagnostischen Leitlinien Frühförderung werben daher vor allem bei den Ärzten und Kinderärzten darum, die entwicklungsdiagnostische Kompetenz der Frühförderstellen zu nutzen. Es ist unsere feste Überzeugung, dass wir die Früherkennung in diesem weiten Feld, das die Entwicklung von Kindern darstellt, nur über eine Vernetzung der Kräfte und über gute, sachdienliche Kooperationen verbessern können. Die Frühförderstellen sind hier ein Knotenpunkt. Sie arbeiten seit langem mit Kindergärten, Arztpraxen und Praxen von medizinischen Therapeutinnen zusammen und darüber hinaus auch mit dem System der Jugendhilfe. Sie sind bestens dafür geeignet, Lotsenfunktion in der Diagnostik und Förderung/Therapie entwicklungsauffälliger und behinderter Kinder zu übernehmen, wie sie das bislang schon nach Kräften -- und manchmal über ihre Kräfte hinaus -- getan haben.

Die Frühförderstellen in Bayern sind außerdem, was häufig übersehen wird, das einzige flächendeckend ausgebaute System, welches die Entwicklungsbedingungen der Kinder in der Familie, in der Krippe und im Kindergarten systematisch erfasst: In der Dimension fünf: Bindungserfahrungen, Erziehung, Familiensituation und soziale Situation. Ein System, welches nach einer Diagnostik nicht nur medizinische Hilfe sondern auch Entwicklungsförderung und Beratung anbieten kann.

## Literatur:

- Anamnese-Leitfaden der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern. [www.fruehfoerderung-bayern.de](http://www.fruehfoerderung-bayern.de)
- Basisdokumentation der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern In: Thurmair/ Naggl: Praxis der Frühförderung (Reinhardt) München 2010 4. Aufl. 260--286
- Bayerisches Gesetz zur Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und Tagespflege (BayKiBiG 2005)
- Bayerisches Landesjugendamt Hrg. Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen
- Biermann, A. Sonderpädagogik, Stuttgart, Kohlhammer, 2005,
- Brünig, Klaus-Peter (2005): Diagnostik, Förderplanung und Elternberatung in der Frühförderung. Sonderpädagogik in Bayern 3, 9--14
- Claus, Heidrun & Peter, Jochen (2005): Finger, Bilder, Rechnen Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Englert et al.(1998): Basisdokumentation Kinder und Jugendpsychiatrie In: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 27, 129-146. <[www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderpsychiatrie/Doku/index1.htm](http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderpsychiatrie/Doku/index1.htm)>
- Fegeler, Ulrich (2004): Pädagogik oder Therapie -- zum Problem zunehmender Entwicklungsstörungen von Klein- und Vorschulkindern in Berlin. Vortrag
- Grimm, H. (2003): Sprachscreening für das Vorschulalter. Hogrefe, Göttingen
- Grimm, H., Doil, H., (2006): ELFRA, Hogrefe, Göttingen
- Hartung, Peter und Kowalski, Hans-Michael: Fragebogen zur Elternzufriedenheit. Pädagogische Frühförderung Senden
- Hintermaier, Manfred (2006): Elterliches Belastungserleben, elterliche Ressourcen und psychische Entwicklung hörgeschädigter Kinder. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 1, 25--39
- Internationale Klassifikation von Krankheiten ICD -10 (2003) ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de))
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Februar 2006): Information für alle Heilmittelverordnenden Vertragsärzte in Bayern. Verordnungsmanagement
- Kindergarten heute Spezial (2004): Vom Säugling zum Schulkind -- Entwicklungspsychologische Grundlagen
- Kindergarten heute Spezial (2005): Kinder beobachten und ihre Entwicklung dokumentieren
- Krause, Matthias, Paul (2003): Zur Frage der Wirksamkeit von Frühförderung. Kindheit und Entwicklung 12, 35--43
- Irblich & Renner Hrsg. (2009): Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie. Hogrefe Göttingen
- Lösslein H., Deike-Beth C. (2000): Hirnfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Manual für Pädagogisch-Audiologische Beratungsstellen und Frühförderstellen. Hrsg: Berufsverband Bayerischer Hörgeschädigtenpädagogen (BBH) e.V. Bezugsadresse: Bernerstraße 16 97084 Würzburg
- Michaelis und Berger (2007): Neurologische Basisuntersuchung für das Alter von 0-2 Jahren. Ein Konsensusvorschlag Monatsschrift Kinderheilkunde 6/2007,506-513
- Papousek, Mechtild et al. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Huber, Bern
- Pretis, Manfred (1998): Frühförderung und Familienbegleitung bei Kindern mit Down-Syndrom. Frühförderung Interdisziplinär, 17, 49-63
- Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens zur Erstellung des Behandlungsplanes. unveröffentl. Papier SPZ Altötting
- Renschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema. Huber, Bern
- Schlack, H. G. (2001): Inflation funktioneller Therapien. Was wirkt.... ? Kinderärztliche Praxis (6--11)
- Schlack, H. G. (2004): Die neuen Kinderkrankheiten -- Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. Frühe Kindheit 6,18--21

Speck, Otto (2004): Offene Perspektiven der Frühförderung. Frühförderung Interdisziplinär 1, 16--24  
Straßburg, H.M.(2005): Indikationen zur Verordnung von Ergotherapie im Kindesalter. In: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.: Leitlinien [www.dgspj.de](http://www.dgspj.de)  
Suchodoletz, W. von (Hrsg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung Kohlhammer, Stuttgart  
Suchodoletz, W.v. & Sachse, S.: SBE-2-KT Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest für die U7 [www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/sprachentwicklung.php](http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/sprachentwicklung.php) Version vom 17.7.2009 in 25 Sprachen erhältlich  
Weiß, Hans (2005): Frühförderung: Woher und Wohin -- Entwicklungslinien und Perspektiven. Sonderpädagogische Förderung 1, 81--90  
Weiß, Hans, Neuhäuser, Gerhard, Sohns, Armin (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie Reinhardt, München, Basel

---

#### Danksagung:

Allen Arbeitsgruppen, Arbeitskreisen und Gremien und allen Kolleginnen und Kollegen, die an den Leitlinien mitgewirkt haben, sie diskutiert und sich damit befasst haben, möchten wir an dieser Stelle unseren herzlichen Dank aussprechen.

In ungeordneter Reihenfolge sind diese folgende:

Arbeitsgruppen der Leiterinnen und Leiter von Frühförderstellen in Schwaben, Oberbayern, Mittelfranken, Unterfranken, Oberfranken und Oberpfalz und die Fortbildungstagung der Regierung von Niederbayern für die Frühförderung in Raßbach, der Arbeitskreis der Leiter und Leiterinnen der Frühförderstelle der Caritas, der Arbeitskreis der Logopädinnen an der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, der Vorstand der ViFF in Köln, der VIFF LV Bayern, Frau Dr. Ohrt, Frau Dr. Höck, Frau Treml-Sieder und Frau Dr. Enders, Prof. Dr. Peterander, der Arbeitskreis der Psychologinnen in Mittelfranken und der Arbeitskreis der Psychologinnen an der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern.

Aktualisiert: Dezember 2010