



Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin

Früherkennung und Diagnose kognitiver Entwicklungsauffälligkeiten im Rahmen der Mutter- Kind-Pass Untersuchungen in Österreich

Graz, im November 2003

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage und Zielsetzung	2
2.	Begriffsdefinition "kognitive Entwicklung"	3
3.	Mutter Kind Pass (Stand 2003) und kognitive Entwicklungsdiagnostik - IST Stand	4
3.1	HNO Untersuchung	6
3.2	Augenuntersuchung.....	7
3.3	Sprachentwicklung.....	7
3.4	Kognitive Entwicklung (im engeren Sinn)	9
3.5	Zusammenfassung	10
4.	Methoden und Verfahren zur Diagnostik kognitiver Entwicklung im Vorschulalter.....	11
4.1	Allgemeine Entwicklungstests	11
4.2	Spezielle Tests.....	12
4.3	Verhaltensbeobachtung.....	13
4.4	Eltern/Erzieher Fragebögen	14
4.5	Computer gestützte Verfahren	14
4.6	Zusammenfassung Testverfahren	15
5.	Therapieangebote in der Steiermark und Vernetzung Arzt/Therapeut	16
5.1	Medizinische Versorgung.....	16
5.2	Pädagogische/Psychologische/Therapeutische Versorgung	16
5.3	Informationsfluss am Beispiel Heilpädagogischer Kindergarten und integrative Zusatzbetreuung im Kindergarten (IZB)	17
6.	Vorschläge für Optimierungsansätze zur Verbesserung der kognitiven Entwicklungsdiagnostik im Rahmen der MKP Untersuchungen	19
6.1	Ausführlichere, vollständige und einheitliche Dokumentation.....	19
6.2	Standardisierung der Untersuchungsmethoden. Vor allem sprachliche. Entwicklung und kognitive Entwicklung i. e. Sinn.	20
6.3	Optimales Timing bei den Planung der MKP Untersuchungstermine.....	20
6.4	Bessere Vernetzung von Ärzten und Therapeuten. Niedrigere Schwellen für Weiterüberweisungen an Experten (Fachärzte, Therapeuten).....	21
6.5	Stärkere Einbeziehung der Eltern als „Experten“ mit dem Hintergrund einer Stärkung der Arzt-Patienten Beziehung und ökonomischer Informationsgewinnung	22
6.6	Verwendung Computer unterstützter (bzw. vollelektronischer Verfahren) zur Diagnostik und Dokumentation der Entwicklung	22
6.7	Qualitätsstandards und Fortbildung der Ärzte (v.a. in Bezug auf kognitive und psychische Entwicklung).....	23
6.8	Zusammenfassung	23
7.	Aufmerksamkeits Defizit (Hyperaktivitäts) Störung AD(H)S.....	24
7.1	Woher kommen die Symptome, wie erfolgt die Diagnose?	24
7.2	Wie werden Kinder mit ADHS behandelt?	27
7.3	Zusammenfassung	28
7.4	Was bedeutet das für die MKP Untersuchungen?	28
7.4.1	Einrichtung einer Expertengruppe	29
7.4.2	Sonstige Maßnahmen.....	29
8.	Zum Hintergrund	31

1. Ausgangslage und Zielsetzung

Immer wieder gab es in den letzten Jahren Stimmen aus Expertenkreisen, die eine Adaptierung und Optimierung der Mutter-Kind-Pass (MKP) Vorsorgeuntersuchungen forderten (Österr. Ges. f. Kinder- und Jugendheilkunde ÖGJK, Österr. Ärztekammer ÖÄK, Vanura 1995). Es wurden umfangreiche Studien in Auftrag gegeben (z.B. beim Ludwig Boltzmann Institut 2001), die insgesamt dem Mutter Kind Pass als wichtiges Instrument zur präventiv-medizinischen Begleitung von Mutter und Kind von der Schwangerschaft bis ins Schulalter ein gutes Zeugnis ausstellen. Aber auch die Grenzen und Lücken der Mutter - Kind Vorsorge werden aufgezeigt, viele Änderungsvorschläge wurden diskutiert. Neben Vorschlägen zur Erweiterung der medizinischen Diagnostik (Kurz 1993, Pallasser 1993, Sedlak 1993) geht ein großer Teil der Verbesserungsvorschläge in Richtung Erweiterung des MKP um die psychosoziale Dimension und damit die Einbeziehung anderer Fachbereiche wie Psychologen/innen, Sozialpädagogen/innen, Hebammen etc. Ebenso wird häufig eine Adaptierung weg von einem Vorsorge- hinzu einem Betreuungssystem als notwendig erachtet (Vanura 1995, Gredler et al. 1998 zit. nach Wimmer-Puchinger 2000).

Die Umsetzung der in den letzten Jahren vorgeschlagenen Maßnahmen ist bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Neuroblastom-Screening, Schuleingangsuntersuchung im 5. Lebensjahr) – sicher auch aus finanziellen Gründen – bisher offen geblieben.

Bislang vergleichsweise wenig Beachtung fanden in den Studien die kognitiven Entwicklung (sieht man von der Sinneswahrnehmung ab) und die Früherkennung von Störungen dieser im Rahmen der MKP Untersuchungen. Die Gründe dafür liegen nahe: Kognition ist selten direkt beobachtbar, eine ausführliche Diagnostik mit standardisierten Verfahren ist zeitaufwändig und damit kostenintensiv und lässt sich im üblichen MKP Untersuchungssetting schwer durchführen (z.B. kann man keine Diagnostik der Sprachentwicklung durchführen, wenn das Kind in der Arztpraxis gerade nicht spricht). Vielfach ist man daher auf anamnestisch erhobene Aussagen der Mutter (Erziehungsberechtigten) sowie auf gute Beobachtungsgabe und Erfahrung der Ärztin/des Arztes angewiesen. Dass dies nicht immer ausreichend ist, zeigt die Praxis von im Vorschulbereich tätigen Therapeuten¹. Vor allem bei Kindern, die nicht auf Grund von körperlichen und/oder offensichtlich geistigen Defiziten als „behindert“ eingestuft werden, ist die frühzeitige Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Wahrnehmung und kognitive Entwicklung i. e. Sinn und die Einleitung entsprechender Interventionsmaßnahmen (Frühförderung, Logopädie,

¹ Der Autor ist als Psychologe in der integrativen Zusatzbetreuung im Kindergarten tätig.

Sprachheiltherapie, Integrative Zusatzbetreuung IZB) im Hinblick auf eine Erfolg versprechende Therapie von besonderer Bedeutung. Eine ausführlichere Diagnostik erst im 5. Lebensjahr, wie sie 2002 durch die zusätzliche MKP-Untersuchung („Schuleinstiegsuntersuchung“) realisiert wurde, ist zwar grundsätzlich positiv zu bewerten, für ein „Früherkennungssystem“ scheint der Zeitpunkt allerdings reichlich spät und nicht wirklich praktikabel. Ein weiterer wichtiger Punkt, der in die Betrachtungen einfließen wird, ist die Zusammenarbeit und Vernetzung der einzelnen diagnostizierenden und therapierenden Institutionen und Personen (am Beispiel Steiermark).

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist also zusammengefasst, auf Basis der derzeitigen Situation in die Praxis umsetzbare Optimierungsansätze zu erarbeiteten, die eine verbesserte Diagnostik und Früherkennung kognitiver Entwicklungsstörungen im Rahmen der (postnatalen) MKP-Untersuchungen durch FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen ermöglichen. Dabei soll auf größtmögliche Durchführungsökonomie einerseits und Kostenökonomie andererseits Bedacht genommen werden.

2. Begriffsdefinition “kognitive Entwicklung“

Bevor im Detail auf die Ausgangslage eingegangen wird (was derzeit schon im Rahmen des MKP im Hinblick auf die kognitive Entwicklung untersucht), ist eine Begriffsbestimmung von „kognitiv“ notwendig, da das Wort in unterschiedlichem Zusammenhang sehr uneindeutig verwendet wird. Der Begriff „kognitiv“ meint jeden psychischen Vorgang, durch den der Mensch Kenntnis von sich selbst oder seiner Umwelt erhält bzw. sich seiner selbst oder seiner Umwelt bewusst wird.“ (aus Hobmair „Psychologie“ S.106).

Kognitive Entwicklung beinhaltet alle Fähigkeiten und Funktionen, mit deren Hilfe jeder Mensch in der Lage ist, seine Umwelt und sich selbst zu erkennen und zu erfassen. Zu den Fähigkeiten werden Sprache, Intelligenz, Gedächtnis sowie die Lernfähigkeit gezählt. Die Funktionen umfassen die Wahrnehmung, das Denken, das Erkennen, das Urteilen, das Vorstellen und das Behalten.

In der allgemeinen Entwicklungsdiagnostik haben sich folgende Erfassungsbereiche für die (früh)kindliche Entwicklung etabliert (Kinderheilkunde 151: S. 6-13):

- Körpermotorik („Grobmotorik“)
- Handmotorik („Auge-Hand-Koordination“, „Visuomotorik“)

- Wahrnehmung
- kognitive Entwicklung
- Sprachentwicklung
- Sozialentwicklung
- emotionale Entwicklung
- adaptiver Bereich („persönlicher Bereich“, „Alltagsfertigkeiten“)

Diese Bereiche überschneiden sich z.T. mit der Definition von kognitiver Entwicklung oben, die Bereiche Wahrnehmung und Sprache werden neben der kognitiven Entwicklung i. e. S. hier als eigene Dimensionen geführt. Nachdem der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit sich mit Entwicklungsdiagnostik beschäftigt, scheint die obige Verwendung von Wahrnehmung und Sprache als eigenständige Entwicklungs-Bereiche sinnvoll und wird daher übernommen.

3. Mutter Kind Pass (Stand 2003) und kognitive Entwicklungsdiagnostik - IST Stand

Im ersten Schritt gilt es festzustellen, was zur Zeit schon im Rahmen der MKP Untersuchungen in Bezug auf die kognitive Entwicklung (inkl. Sprache und Wahrnehmung) erhoben wird, und v.a. mit welchen Mitteln die relevanten Merkmale erfasst, dokumentiert und interpretiert werden. In Tabelle 1 werden die derzeit (Stand 2003) vorgesehenen postnatalen MKP Untersuchungen und die in Bezug auf die kognitive Entwicklung relevanten Untersuchungsinhalte zusammengefasst. Eine eindeutige Zuordnung ist nicht immer möglich, die einzelnen Entwicklungsdimensionen verstehen sich ja nicht als voneinander unabhängige mehr oder weniger parallel verlaufende Prozesse auf der Zeitachse, sondern als „Hilfsgerüst“, um die komplexen biologischen, neurologischen und psychologischen Vorgänge der menschlichen Entwicklung zu beschreiben:

Tabelle 1: MKP Untersuchungen des Kindes (Stand 2003)

In der Klinik	Zeitpunkt von bis	Kinder-geld gebund.	relevant in Bezug auf kognitive Entwicklung ¹
1. Neugeborenen-untersuchung	1. LWO	Ja	Untersuchung der Sinnesorgane, Neugeborenen-Hörscreening
Hüftultraschall-untersuchung	1. Lebenstag	Ja	

¹ Quellen: Mutter Kind Pass (Version 2002), Leitfaden der österreichischen Gesellschaft f. Kinder- und Jugendheilkunde 1997 bzw. Leitfaden Mutter Kind Pass, Österreichische Ärztezeitung 2000, Sonderheft 17a

Bei Kinderfach- ärztin/-arzt oder. Allgemeinmed.	Zeitpunkt von bis	Kinder- geld gebund.	relevant in Bezug auf kognitive Entwicklung
2. Untersuchung inkl. Orthopädische Untersuchung	4. – 6. LWO	Ja	Kopfumfang: Wachstumskurvenvergleich Entwicklungsneurologische Untersuchung: Spastizität, Hypotonie, Asymetrie, Reflexe Augen: Inspektion, Fixieren, ständiges Tränen, Ohren: Inspektion, Reaktion auf Geräusch,
Hüftultraschall- untersuchung ¹	4. – 6. LWO	Nein	
3. Untersuchung	3. – 5. LMO	Ja	Kopfumfang: Wachstumskurvenvergleich Entwicklungsneurologische Untersuchung: Augen: Inspektion, Reaktion, Fixation, Nachschauen, Strabismus, Ohren: Inspektion, Reaktion auf Geräusch, im Idealfall apparative Hörprüfung, Lallen
4. Untersuchung	7. – 9. LMO	Ja	Anamnestisch: Schwerhörigkeit in Familie, stimmhaftes Lachen?, Interesse für Spielzeug Entwicklungsneurologische Untersuchung: Verfolgt Person mit Blick, wendet sich Geräuschquelle oder Stimme zu, plaudert bzw. lacht lebhaft. Augen: Fixation od. Blickverfolgung, Abdecktest, Strabismus, Hornhautreflex, Motilitätsstörung, Konstantes Schielen, Anomalien Ohren: Fehlbildungen, Kontrolle der bereits im 3- bis 5. LMO durchgeführten Untersuchung Kopfumfang: Wachstumskurven
HNO- Untersuchung	7. – 9. LMO ²	Ja	Details siehe unten
5. Untersuchung	10. –14. LMO	Ja	Kopfumfang: Wachstumskurven Sprachentwicklung: versteht einfache Aufforderungen („komm her“), produziert erste sinnvolle Wörter (Mama, Papa) übergibt Gegenstand nach Aufforderung Augen: siehe Augenärztliche Untersuchung Ohren: Trommelfelle, Gehör
Augenuntersuchung	10. – 14. LMO	Ja	Details siehe unten
6. Untersuchung	22. – 26. LMO	Nein	Kopfumfang: Wachstumskurven Anamnestisch: spricht mindestens 20 Wörter, Komb. von mindest. 2 Wörtern, befolgt 2 von 3 Aufforderungen, zeigt mind. 3 Körperteile, kindliches Kauderwelsch, auffälliges Artikulieren Konzentration im Spiel für 15 min, Nachahmen von Verhaltensweisen (Hände waschen etc), Objekttransfer, einfache Rollenspiele Ohren: Hörvermögen mit konditioniertem Orientierungsreflex Sprache, Gehörgang , Trommelfelle
Augenuntersuchung	22. – 26. LMO	Nein	Spezielle Untersuchung, meist beim Facharzt (siehe unten)
7. Untersuchung	34. – 38. LMO	Nein	Kopfumfang: Wachstumskurven Anamnestisch: sprachl. Entwicklung (siehe Sprachentwicklung unten), Kreis und Kreuz nachzeichnen, Brücke oder Turm aus Holzwürfeln bauen Ausdauer im Spiel, versteht Aufträge und Verbote Augen: Kontrolle ob Untersuch. im 2. LJ durchgeführt, Würfel nach Farben ordnen, Strabismus, brechende Medien, Brille Kontrolle Ohren: Hörvermögen, äußerer Gehörgang, Trommelfell

¹ Die Hüftultraschalluntersuchung wurde in der derzeit gültigen MuKiPass Verordnung vom 1. Jänner 2002 von der 12. bis 16 LWO in die 6. bis 8. LWO vorgezogen.

² Die HNO Untersuchung wurde in der aktuell gültigen Verordnung vom Jänner 2002 von der 3. Untersuchung wieder auf die 4. (7-9 LMO) verlegt.

Bei Kinderfach-ärztin/-arzt oder Allgemeinmed.	Zeitpunkt von bis	Kinder-geld gebund.	relevant in Bezug auf kognitive Entwicklung
8. Untersuchung	46. – 50. LMO	Nein	Kopfumfang: Wachstumskurven Anamnestisch: sprachl. Entwicklung (siehe Sprachentwicklung unten) Augen: Lichtreaktion, Parallelität der Bulbi, Trübungen, Sehtafeln, Farbtafeln Ohren: Inspektion Ohren und Trommelfelle, Hörprüfung mit Flüstersprache od. Babyraktometer
9. Untersuchung	58. – 62. LMO	Nein	Kopfumfang: Wachstumskurven Anamnestisch: sprachl. Entwicklung (siehe Sprachentwicklung unten), kognitive Entwicklung (Erkennen von Zusammenhängen, Übung mit Vorschulheften), soziale Entwicklung (Menschenzeichnung Kopffüßer, planvolles u. ausdauerndes Spiel, Rollenspiel) Aussprache, Wortschatz, Sprachverständnis mit Testbogen Jagersberger oder FEVEL-KV 3-6 Jahre ¹ Augen: Schielen, Sehvermögen (Sehtafeln z.B. Pflüger/E-Test Ohren: Weitenmessung mit Umgangssprache, Screening Audiometrie mögl., Mundatmung, Tonsillen, Aussprache, Wortschatz, Sprachverständnis

Die Untersuchung der optischen und akustischen Sinne beinhaltet den wichtigsten und – abgesehen von der meist anamnestisch erhobenen Sprachentwicklung des Kindes – auch den einzigen detailliert untersuchten Bereich der kognitiven Entwicklung im Rahmen des MKP.

Im Leitfaden zur Durchführung der Untersuchungen im Mutter Kind Pass der österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde (1997 bzw. 2000) wird u. a. speziell auf diese Untersuchungen eingegangen:

3.1 HNO Untersuchung

Während in den ersten Untersuchungen die Inspektion der Sinnesorgane und die Reaktion auf Geräusche zum Umfang der Untersuchung gehören, wird für die HNO Untersuchung im 7. bis 9. LMO (bzw. früher 3. bis 5. LMO) detailliert auf Vorgangsweise, Material und Geräte und Diagnosekriterien eingegangen. Es wird unter anderem darauf hingewiesen, dass spontane Verdachtsäußerungen der Eltern ernst genommen werden müssen, da bereits rund 70 Prozent der kindlichen Hörschäden von den Eltern vermutet werden, und die *Zeitspanne bis zur ärztlichen Diagnose* im mitteleuropäischen Raum *durchschnittlich 1, 5 bis 2 Jahre beträgt*. Als Mittel für die Diagnostik werden neben den Beobachtungen der Eltern eine exakte Anamnese sowie ein Hörscreening gefordert. Unterschieden wird zwischen subjektiver und objektiver Audiometrie in

¹ Die Testabkürzung FEVEL-KV 3-6 ist in keinem der bekannten Testbibliotheken (Hogrefe, ZPID) zu finden. Möglicherweise ist der VBV-EL 3-6 (Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder, Elternfragebogen, 1993) gemeint

Form von otoakustischen Potentialen (OAE) oder Hirnstammaudiometrie (BERA). Das Darbieten von Reizen mit einfachem Spielzeug (wie in der diagnostischen Praxis üblich) wird hinsichtlich der Reproduzierbarkeit als sehr unsicher beurteilt. Für die subjektive Audiometrie empfiehlt sich daher der Einsatz eines Screeningaudiometers. Ausführliche Durchführungsrichtlinien für ein Neugeborenen Hörscreening hat die Österreichische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausgearbeitet (www.hno.at/texte/hoerscreening.pdf), welches an bestimmten Kliniken bereits durchgeführt wird.

3.2 Augenuntersuchung

Bei der Diagnostik von organischen und funktionellen Störungen des visuellen Systems wird im Leitfaden der österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde ebenfalls die Früherkennung (möglichst vor dem 6. LMO) betont, da die zerebrale Plastizität im ersten Lebensjahr am größten ist, und danach deutlich abnimmt. Als Untersuchungshilfsmittel sind Stablampe, farbenkräftiges Stofftier, hochkontrastreiche Objekte (z.B. PL-Puppe wie in Sehfrühförderung verwendet), kleine bunte Kugeln oder Bausteine und der Fixationswürfel von Lang empfohlen. Die wichtigsten Diagnosekriterien sind Blickkontakt, Fixation und Folgebewegung, Hornhautreflexe, Inspektion von Lid, Hornhaut, Pupillen, Tränenwegen sowie eine manifeste Schielstellung (nach 6. LWO). Diese werden im Leitfaden speziell auf den jeweiligen Untersuchungszeitpunkt bezogen und im Mutter Kind Pass ausführlich dokumentiert.

Auffälligkeiten bedürfen einer raschen Zuweisung zum Facharzt.

Die Augenuntersuchung im 2. Lebensjahr wird bei einem Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie empfohlen, ist aber nicht an das Kindergeld gebunden (siehe Tabelle 1). Eine verpflichtende Untersuchung beim Facharzt ist weder für die Augen- noch für die HNO Untersuchung festgelegt. Die fakultative Augenuntersuchung (beim Facharzt) im 2. Lebensjahr wird nur von rd. 20 bis 25 Prozent der Eltern in Anspruch genommen (Evaluation MKP 2002, Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin).

3.3 Sprachentwicklung

Die Diagnostik der Sprachentwicklung gestaltet sich im Rahmen der MKP Untersuchungen besonders schwierig. Der Arzt kann sich häufig nicht auf beobachtbares Verhalten (vom Kind selbst produzierte Sprache) stützen, wenn die Arzt-Kind Situation für das Kind angstaussendend ist und damit (gerade bei sprachauffälligen Kindern (z.B. elektiv mutistischen Kindern) zur Sprachverweigerung führt. Damit bleibt in solchen Fällen nur die Möglichkeit der (meist nicht

standardisierten Befragung der Mutter (Begleitperson) über das Sprachverhalten des Kindes. Dass die Aussagen der Mutter nicht immer die tatsächliche Sprachentwicklung des Kindes abbilden, lässt sich leicht nachvollziehen (Verzerrung in Richtung soziale Erwünschtheit, unterschiedliche Items usw.).

Im Mutter Kind Pass beginnt die Dokumentation der sprachlichen Entwicklung (Sprachproduktion versus Reaktion auf Ansprache/Geräusche wie oben beschrieben) mit der Untersuchung im 3. bis 5. LMO mit dem Item „Bringt Ihr Kind lallende Geräusche hervor, wenn es zufrieden daliegt?“ Im 7. bis 9. LMO sollten die Eltern nach der Imitation von Sprachlauten gefragt werden. Von der 4. Untersuchung des Kindes (10. bis 14. LMO) bis zur letzten um das 5. LJ wird mit einem dichotomen Item („auffällig: ja/nein“) dokumentiert, ob die Sprachentwicklung altersgemäß ist. Der Leitfaden der österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde gibt als Kriterien für das 10. bis 14. LMO das Verstehen von einfachen Aufforderungen (z.B. „komm her“) und das produzieren erster sinnvoller Wörter wie „Mama“ oder „Papa“ vor und verweist auf den Denver Test. Erstmals genauere Diagnosekriterien werden für die Untersuchung im 2. Lebensjahr (22. bis 26. Monat) angeführt:

- ✓ Spricht mindestens 20 Wörter
- ✓ Kombiniert mindestens 2 Wörter
- ✓ Befolgt 2 von 3 Aufforderungen
- ✓ Zeigt wenigstens 3 Körperteile
- ✓ Perioden von Eigensprache (kindliches Kauderwelsch)
- ✓ Auffälliges Artikulieren
- ✓ Bei Auffälligkeit logopädische Beurteilung

Bei der Untersuchung im 3. LJ sind folgende Kriterien für altersgemäße Sprachentwicklung angeführt:

- ✓ Spricht verständlich
- ✓ Sätze mit mehr als 3 Wörtern
- ✓ Sagt vollen Namen
- ✓ Verwendet Mehrzahl
- ✓ Benennt ein Bild
- ✓ Sagt „ich“
- ✓ Fragt, „warum“
- ✓ Gelegentliches Stottern noch normal
- ✓ Bei Abweichungen Überweisung an HNO-Arzt, Logopäden, Frühförderung zu überlegen!

Im 4. Lebensjahr (46. bis 50. LMO) sollte lt. Leitfaden d. ÖGKJ die Sprachentwicklung abgeschlossen sein, alle Buchstaben müssen beherrscht, ganze grammatikalisch richtige Sätze gesprochen werden. Im 5. LJ soll auf Sprachfehler (Stammeln, Stottern, Aussprache) sowie Grammatik und Satzbildung geachtet werden.

3.4 Kognitive Entwicklung (im engeren Sinn)

Vorweg muss nochmals festgehalten werden, dass die hier vorgenommene kategorische Trennung der Entwicklungsbereiche nicht aus inhaltlich sinnvollen, sondern aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgte. Aspekte der psychomotorischen Entwicklung, der Wahrnehmung und Sprache (siehe oben), die inhaltlich eng mit der kognitiven Entwicklung verbunden sind, bleiben hier außer Betracht.

Der MKP enthält ab der Untersuchung im 1. Lebensjahr das Item „Psychische Entwicklung“ (auffällig-unauffällig). Spezielle Kriterien für die Beurteilung werden im Leitfaden der ÖGKJ nicht vorgegeben, es wird auf den Denver Test verwiesen. Hingewiesen wird auch auf die Bedeutung der Beobachtung der Eltern/Kind Interaktion, auf das Verständnis von Aufgaben (z.B. einen Gegenstand nach Aufforderung geben) und das Sozialverhalten (Nachahmen, „nein-nein“ Sagen). Erst ab dem 2. Lebensjahr werden konkret Kriterien für die Beurteilung der „psychischen“ Entwicklung vorgegeben:

- ✓ Psychosoziales Verhalten
- ✓ Konzentration im Spiel für 15 Minuten
- ✓ Trotzphase, kommunikativ, initiativ
- ✓ Interaktion Mutter-Kind

Im 3. Lebensjahr:

- ✓ Spielt längere Zeit mit Phantasie mit einem Gegenstand
- ✓ Versteht und führt einfache Aufträge aus
- ✓ Versteht Verbote
- ✓ Spielt mit Gleichaltrigen und teilt Spielzeug
- ✓ Trotzphase, Erziehungsprobleme

Als Testmaterial werden Zeichenblock, dicke Buntstifte oder Wachskreiden, Holzwürfel in verschiedenen Farben und evtl. Vorlagen zum Nachzeichnen (Kreis, Kreuz, Wellenlinie) genannt.

Für das 4. Lebensjahr:

- ✓ Ausdauer beim Spielen und Basteln
- ✓ Länger dauernde Trennung von Bezugsperson möglich

- ✓ Freude an Geschichten und Märchen
- ✓ „Warum“ Fragen

Die zum Zeitpunkt der Herausgabe des Leitfadens der ÖGKJ (1997 bzw. 2000) noch nicht im MKP Programm enthaltene Untersuchung im 5. Lebensjahr (58. bis 62. LMO) wurde 2002 ins MKP Programm aufgenommen. Für Kinder mit älteren Mutter Kind Pässen gibt es ein Beiblatt zur ergänzenden Dokumentation dieser Untersuchung. Für die Durchführung wurde die anamnestische Erhebung kognitiver Fähigkeiten wie

- ✓ Erkennen von Zusammenhängen
- ✓ Übung mit Vorschulheften
- ✓ Kommunikation

vorgeschlagen.

Unter dem Punkt Soziale Entwicklung werden

- ✓ An- und Ausziehen
- ✓ Selbstständiges Auf- und Abschließen
- ✓ Menschenzeichnungen in 3 Teilen (Kopffüßer) möglich
- ✓ Planvolles und ausdauerndes Spielen
- ✓ Rollenspiele

als Kriterien für eine altersgemäße Entwicklung genannt. Folgende Verfahren für die Diagnostik empfiehlt die ÖGKJ: „Testbogen für Vorschulkinder, Screening für Kinderärzte“ von Gerlinde Jagersberger oder FEVEL-KV 3-6 Testbogen (siehe Fußnote 1, Seite 6) .

3.5 Zusammenfassung

Die Ausgangslage der kognitiven Entwicklungsdiagnostik im Rahmen von MKP Untersuchungen ist differenziert zu beurteilen. Einerseits liegen Qualitätskriterien für die Durchführung der Untersuchungen von der ÖGKJ bzw. der Österr. Ges. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde vor (1997 bzw. 2000), andererseits gibt es kaum Evaluierungsansätze, die die Einhaltung dieser Qualitätskriterien überprüfen und damit die Qualität der Untersuchungen gewährleisten. Inhaltlich zeigt die Analyse des vorangegangenen Kapitels eine deutlich stärkere Gewichtung der Untersuchung der Wahrnehmung bzw. der Sinnesorgane im Vergleich zur sprachlichen Entwicklung oder kognitiven Entwicklung im engeren Sinn. Auf die Diagnosekriterien und Untersuchungsstandards der Sinne wird zum Teil sehr genau eingegangen, während man die kognitive (u.a. psychische) Entwicklung

meist nur grob anreißt. Auch im Hinblick auf die Dokumentation im Mutter Kind Pass findet man dieselbe Relation.

Damit stellt sich – nach der Frage, was bereits im Rahmen der MKP Untersuchungen bzgl. kognitiver Entwicklung festgestellt wird – die nächste Frage: Gibt es andere oder zusätzliche Möglichkeiten und Verfahren, Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung früher festzustellen?

4. Methoden und Verfahren zur Diagnostik kognitiver Entwicklung im Vorschulalter

„Der Einsatz eines entwicklungsdiagnostischen Verfahrens setzt eine entwicklungsbezogene Orientierung des Anwenders voraus. In der Regel sollen vielfältige normale und abweichende Entwicklungsverläufe erfasst und die Entwicklung psychischer Störungsbilder beschrieben werden.“ (Monatsschrift Kinderheilkunde, 2003).

Grundsätzlich kann bei Tests zwischen speziellen Entwicklungstests (Sprachtest, Motoriktest, Wahrnehmungstest) und allgemeinen Entwicklungstests (Stufenleitern, Testbatterien, Inventare), die ein möglichst breites Spektrum der Entwicklung abdecken sollten, unterschieden werden. Neben Tests kommen in der Entwicklungsdiagnostik auch Fragebögen (für Eltern oder Erzieher) und direkte, gezielte Beobachtung des Verhaltens zum Einsatz.

Das Problem der meisten dieser Verfahren (und dahin gehen auch die häufigsten Kritikpunkte) ist, dass sie Entwicklung nicht Prozess orientiert erfassen, sondern mit sog. Markern („Grenzsteinen“). D.h. es werden Merkmale und Fähigkeiten überprüft, die ein gewisser Anteil an Kindern einer bestimmten Altersstufe besitzt. Aus der Praxis der in der Diagnostik und Therapie von Kindern Tätigen (Mediziner, Psychologen, Pädagogen usw.) und v. a. als Basis interdisziplinärer Zusammenarbeit sind sie aber mangels alternativer Verfahren und Methoden nicht wegzudenken. Wichtig ist, dass sich der Anwender bei der Interpretation von Testergebnissen bewusst ist, dass Entwicklung nicht immer linear und mit teils großer interindividueller Variabilität verläuft.

4.1 Allgemeine Entwicklungstests

Tabelle 2 zeigt einen Überblick der gebräuchlichsten Entwicklungstests im deutschsprachigen Raum. Neben Angaben zum Altersbereich und erfassten Entwicklungsbereichen enthält die Tabelle Angaben zu Testform, Normierung und Standardisierung.

Tabelle 2. Auswahl gebräuchlicher allgemeiner Entwicklungstests im deutschen Sprachraum (Kinderheilkunde 2003).

Testname (Kürzel; Autoren; dt. Erstveröffentlichung; letzte Revision)	Altersbereich (Lebensmonate)	Erfassungsbereiche	Testform	Normen	Standardisierung*
Denver-Entwicklungsskalen (DES; Flehmig et al.; 1973;)	0-72	Sozialer Kontakt, Feinmotorik-Adaptation, Sprache, Grobmotorik	Stufenleiter	ja	teil
Allgemeiner Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahre (ET 6-6; Petermann & Stein; 2000;)	6-72	Körpermotorik, Handmotorik, Kognitive Entwicklung, Sprachentwicklung, Sozialentwicklung, emotionale Entwicklung (zusätzlich „Nachzeichnen“)	Inventar	ja	voll
Entwicklungsgitter (sensomotorisches und psychosoziales; Kiphard; 1975;)	1-48	Optische Wahrnehmung, Handgeschick, Körperkontrolle, Sprache, akustische Wahrnehmung; Sozialkontakt	Stufenleiter	nein	teil
Griffiths Entwicklungsskalen (GES; Brandt & Sticker; 1983; 2001)	1-24	Motorik, Persönlich-Sozial, Hören und Sprechen, Auge und Hand, Leistungen	Stufenleiter	ja	teil
Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (MFED 1; Hellbrügge et al.; 1978; MFED 2-3; Köhler & Egelkraut; 1984; 1994)	0-12;13-36	1. Lebensjahr: Krabbelalter, Sitzalter, Laufalter, Greifalter, Perzeptionsalter, Sprechalder, Sprachverständnisalter, Sozialalter; 2. und 3. Lebensjahr: Laufalter, Handgeschicklichkeitsalter, Perzeptionsalter, Sprechalder, Sprachverständnisalter, Sozialalter, Selbständigkeitsalter	Stufenleiter	nein	voll
Wiener Entwicklungstest (WET; Kastner-Koller & Deimann, 1998;)	37-72	Motorik, Visumotorik/Visuelle Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis, Kognitive Entwicklung, Sprache, sozial-emotionale Entwicklung	Testbatterie	ja	voll

Anmerkung: *: die Bewertungen beziehen sich auf die Aspekte „Testmaterial“ und „Durchführungsanweisungen“

4.2 Spezielle Tests

Neben den allgemeinen Entwicklungstests gibt es noch eine Reihe von speziellen Tests von denen hier nur die gebräuchlichsten erwähnt werden können:

Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)

Der Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET) (3-9 Jahre)

Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2, SETK 3-5) von Hannelore Grimm

Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET), M.J.W. Angermaier,
MOT 4-6 Motoriktest von R. Zimmer und M. Volkamer
Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest (S.O.N.-R 2 1/2-7)
Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC); enthält eine nonverbale Skala

Die Durchführung dieser Verfahren erfordert in der Regel relativ viel Zeit und Erfahrung im Umgang mit dem Testmaterial, so dass sie zur Früherkennung in der Diagnostik der MKP Untersuchungen weniger geeignet erscheinen (es können aber Teile der Tests oder Subtests verwendet werden).

Auf Grund der kürzeren Durchführungsdauer für Untersuchungen im Rahmen des MKP sicherlich eher in Frage kommen spezielle Screeningverfahren wie:

Screeningverfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV), M. Heinemann und C. Höpfner

Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV) (3;0 bis 5;11) als Kurzform des SETK (3-5), Grimm H.
Verhaltensfragebogen für Vorschulkinder VBV 3-6 von M. Döpfner, W. Berner, T. Fleischmann und M. Schmidt 1993

Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störung FBB-HKS, Birgit Brühl, Manfred Döpfner und Gerd Lehmkuhl, 2000

4.3 Verhaltensbeobachtung

Die Bedeutung der (gezielten) Verhaltensbeobachtung als diagnostisches Verfahren wird häufig unterschätzt. Nicht alles lässt sich über „Tests“ messen, und Tests erfassen ein bestimmtes Merkmal zu einem bestimmten Zeitpunkt (mit allen möglichen „Störvariablen“ wie Tagesverfassung, Testsituation, Testleitereffekte etc.) In der (heil)pädagogischen Praxis stützt sich ein großer Teil der Diagnosen auf die Beobachtung des Kindes in bestimmten Situationen (z.B. Spielsituation, Gruppensituation, Interaktion Mutter Kind). Für die Verhaltensbeobachtung ist daher eine bestimmte Situation und ein relativ hoher Zeitaufwand Voraussetzung, was in der Praxis der MKP Untersuchung wohl nicht gegeben ist. Sehr wohl können aber die Beobachtungen anderer (Eltern, Erzieher/innen, Tagesmütter oder Kindergärtnerinnen) verwertet werden.

4.4 Eltern/Erzieher Fragebögen

Ein in Deutschland von R. Michaelis und G. Nieman 1999 entwickeltes und dort vorwiegend in Kinderbetreuungseinrichtungen (KITA) verwendetes Verfahren sind „die (essentiellen) Grenzsteine der Entwicklung“ (siehe Anhang). Interessant ist dieses (stark an den ET6-6 Test angelehnte) Verfahren auch deshalb, weil angestrebt wird, es für die Untersuchungen U5-U9 in Deutschland nutzbar zu machen. Der Autor definiert das Grenzsteinprinzip folgendermaßen (Michaelis 2003) „Grenzsteine der Entwicklung sind Entwicklungsziele, die von etwa 90-95 Prozent einer definierten Population gesunder Kinder bis zu einem bestimmten Alter erreicht worden sind. Die ausgewählten Grenzsteine sind unerlässliche Durchgangsstadien der kindlichen Entwicklung in den westlichen Zivilisationen. Nicht alle sind verbindlich für Kinder, die in anderen Teilen der Welt aufwachsen. Grenzsteine müssen klar definiert sein, so dass sie von den Eltern leicht erfragt und von diesen auch leicht verstanden und sicher beantwortet werden können, oder in der kinderärztlichen Praxis leicht zu beobachten sind [...] Mit den Grenzsteinen selbst kann keine Diagnose gestellt werden. *Nicht erreichte Grenzsteine sollen vor allem eine Warnfunktion haben und dazu auffordern, ein Kind in seiner weiteren Entwicklung genau zu verfolgen oder eine Entwicklungsdiagnostik zu veranlassen.*“ (Hervorhebung des Verfassers)

Damit ist dieses Verfahren sicherlich in die Betrachtungen zur Optimierung der MKP Diagnostik mit einzubeziehen. Allerdings scheinen die Formulierungen der Aufgaben, wie sie derzeit vorliegen, dem von den Autoren festgelegten Kriterium „leichte Verständlichkeit für Eltern/Erzieher“ nur bedingt zu entsprechen. Einige Items müssten daher überarbeitet werden, um einen sinnvollen Einsatz in der MKP Untersuchungspraxis zu ermöglichen (vgl. auch Kap. Optimierungsansätze)

4.5 Computer gestützte Verfahren

Es gibt zwar inzwischen für sehr viele „Papier Bleistift Tests“ Computer gestützte Auswertungsmöglichkeiten, bei Vorschulkindern kommen aber vollelektronische Tests kaum zur Anwendung. Auf Grund der Durchführungsökonomie und des hohen Aufforderungscharakters wären computerisierte Verfahren aber gerade für die Erfassung von Störungen der visuellen Wahrnehmung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefiziten oder Gedächtnis- und Sprachauffälligkeiten geeignet. Differentialdiagnostisch interessant sind Verfahren wie TAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (ab 6 J.)
KVT-C Konzentrations-Verlaufs-Test (Computerfassung ab 14 J)
DAT Dortmunder Aufmerksamkeitstest (Computerfassung) 7-11J)

auch im Zusammenhang mit der Diagnostik der AD(H)S Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung, allerdings meist erst ab dem Schulalter einsetzbar.

Eine Praxissoftware für Ärzte, die auf die Dokumentation der MKP Untersuchungen (in Deutschland) zugeschnitten wurde, ist der „Kid2000“ (Infos unter www.ike-kindesentwicklung.de/). Im Leistungsumfang enthalten sind Somatogramme (Kopfumfang, Wachstum, Gewicht, Körpergröße), Berechnung der Früherkennungsuntersuchungen U2 - U9, J1 (in Deutschland), Denver Test in Originaldarstellung, Diagnostisches Vojta Verfahren in Originaldarstellung und MFED (Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik in Originaldarstellung). Die Module sind auch einzeln zu erwerben. Das System ist lt. Hersteller, unabhängig vom Praxiscomputersystem auf jedem System mit MS-Windows einsetzbar. Für den Arzt bringt es eine ökonomische Testauswertung und verbesserte Dokumentation. Er kann sich schnell einen Überblick über den Entwicklungsverlauf machen. Ausdrücke können den Patienten als Serviceleistung mitgegeben werden¹.

4.6 Zusammenfassung Testverfahren

Es gibt eine Reihe von Verfahren, die für die Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern im Vorschulalter zur Anwendung kommen. Angefangen von großen Testbatterien, die ein möglichst breites Spektrum der kindlichen Entwicklung abdecken sollen, über spezielle Verfahren für einzelne Entwicklungsbereiche (Wahrnehmung, Sprache, Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnis) bis hin zu Eltern/Erzieherfragebögen, mit denen die relevanten Merkmale indirekt erfasst werden. Auch Computer gestützte Tests und Auswertungsverfahren finden Verwendung, allerdings sind diese häufig erst für ältere Kinder anwendbar. Für die MKP Untersuchungspraxis geeignet sind möglichst ökonomische und leicht anwendbare Screeningverfahren. Solche sind aber spärlich vorhanden. Verhältnismäßig wenig Aufwand bedeutet die Erfassung der entwicklungsrelevanten Merkmale über die Eltern/Erzieher. Allerdings muss dafür eine meist geringere Validität in Kauf genommen werden.

¹ Erfahrungen von Anwendern über Praxistauglichkeit sind nicht bekannt, allerdings trat bei der Demoversion auf einem MS Windows XP System ein schwerwiegende Fehler = Absturz auf (vermutl. 16bit Anwendung).

5. Therapieangebote in der Steiermark und Vernetzung Arzt/Therapeut

Ein wichtiger Teil eines funktionierenden Gesundheitssystems ist die Zusammenarbeit und Vernetzung der einzelnen Disziplinen und deren öffentliche und private Einrichtungen. Eine detaillierte Analyse würde den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen, allerdings darf bei der Suche nach Optimierungsansätzen die Vernetzung nicht ganz außer Betracht gelassen werden. Im Folgenden wird daher kurz auf die Grundstruktur der Versorgung in der Steiermark eingegangen und beispielhaft auf den Informationsfluss zwischen den einzelnen Diagnose- und Therapieangeboten Bezug genommen.

„Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme und -aktivitäten werden in der Steiermark von einer größeren Zahl sehr unterschiedlicher öffentlicher und privater (Träger-) Organisationen durchgeführt. Das Spektrum reicht von großen klinischen Abteilungen über psychologisch und pädagogisch tätige Organisationen bis hin zu Beratungseinrichtungen für Lebenshilfe. Große Unterschiede finden sich in der Finanzierung. Die großen klinischen Abteilungen werden vollständig durch die öffentliche Hand finanziert, einzelne kleine Organisationen ausschließlich durch Spenden. Häufig ist eine Mischfinanzierung durch das Land, den Bund und aus anderen Quellen“ (Noack 1998).

Die wichtigsten Angebote für die Betreuung von Kindern im Vorschulalter zusammengefasst:

5.1 Medizinische Versorgung

Pädiatrische Abteilungen an den Kliniken, Niedergelassene Kinderfachärzte, Allgemeinmediziner/innen, HNO Fachärzte/innen, Fachärzte/innen für Augenheilkunde, Orthopädie, Kinderpsychiatrie

5.2 Pädagogische/Psychologische/Therapeutische Versorgung

Institutionen für Frühförderung (inkl. Hör- und Sehfrühförderung), mobile Frühförderstellen in den Bezirken, (Heilpädagogische) Kindergärten und integrative Zusatzbetreuung, Behinderteneinrichtungen, Heilpädagogische Station, psychosoziale Beratungszentren, sozialpädagogische Familienbetreuung, Erziehungsberatung, Kinderschutzzentren, niedergelassene Therapeuten (Psychotherapeuten, Physiotherapie, Logopädie und Sprachheiltherapie, Mototherapie/Motopädie, Ergotherapie, Musiktherapie, non direktive Spieltherapie, Hippotherapie usw.).

Die Zusammenarbeit zwischen den diversen Leistungsanbietern ist sehr unterschiedlich. Sie hängt von mehreren Faktoren ab:

Trägerorganisation

Große Träger (z.B. Landesregierung, Amt für Jugend und Familie, „Rettet das Kind“ etc.) bieten ein breites Leistungsspektrum an. Innerhalb dieses Leistungsspektrum ist die Zusammenarbeit durch die übergeordnete Organisation einfacher.

Zusammensetzung (multidisziplinär vs. singuläre Therapien) :

Vielfach sind innerhalb einer Organisation verschiedene Disziplinen vertreten (z.B. in Kinderabteilungen von Krankenhäusern, in allen größeren Institutionen der Jugendwohlfahrt, Heilpädagogische Kindergärten und IZB, private Institutionen wie Mosaik oder anderen Therapiezentren, Praxiszusammenschlüsse usw.) Damit wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit ebenfalls wesentlich vereinfacht.

Eigene Initiativen (aktive Zusammenarbeit, PR, persönliche Kontakte)

Vor allem für kleinere Organisationen und einzelne private Therapeuten ist der zeitliche und finanzielle Spielraum für Öffentlichkeitsarbeit häufig klein. Zusammenarbeit mit anderen hängt dann mehr von persönlichen Kontakten und „Mundpropaganda“ ab.

5.3 Informationsfluss am Beispiel Heilpädagogischer Kindergärten und integrative Zusatzbetreuung im Kindergarten (IZB)

Das Betreuungsangebot in den Heilpädagogischen Kindergärten setzt sich aus folgenden Therapeuten-Teams zusammen: Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde, Sonderkindergärtnerin/er, Psychologin/e, Logopädin/e oder Sprachheillehrerin/er, Physiotherapeut/in. Innerhalb der Teams funktioniert der Informationsfluss durch regelmäßige Teambesprechungen (vorgesehen sind einmal pro Monat 2 Stunden interdisziplinäre Zusammenarbeit).

Bei der Erfassung und Zuweisung potentieller Klienten (Kinder mit körperlichen, geistigen oder Mehrfachbehinderungen, Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten) sind folgenden Strukturen und Organisationen beteiligt:

Hausärzte und Kinderfachärzte, die Kinder insbesondere im Rahmen des MKP untersuchen. Ihnen kommt eine zentrale Rolle bei der Diagnostik zu. Sie kennen die Kinder (meist) von Geburt an, und sind sozusagen die ersten, die Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen feststellen

können. In der Praxis gibt es eine Zusammenarbeit mit den Heilpädagogischen Kindergärten bzw. der mobilen IZB häufig nur mit den Kinderfachärzten, die Teil des Teams sind.

Kinderabteilungen an Kliniken sind Zuweiser von auffälligen Kindern, die zuvor vom niedergelassenen Arzt an sie überwiesen wurden. Die Ärzte/Ärztinnen nehmen meist direkt mit dem Heilpädagogischen Kindergarten Kontakt auf.

Frühförderstellen sind häufig die ersten Ansprechpartner für therapeutische Interventionen. Bei Kindergarteneintritt erfolgt – wenn eine weitere Therapie notwendig ist – die Übergabe an den Heilpädagogischen Kindergarten bzw. die Integrative Zusatzbetreuung.

Allgemeine öffentliche und private Kindergärten: Viele Kinder fallen erst beim Eintritt in den Kindergarten auf. *Spätestens dann* sollte so rasch als möglich mit einer therapeutischen Intervention begonnen werden. Krabbelstuben und andere Kinderbetreuungsstätten (z.B. Tagesmütter) vor Kindergarteneintritt *sind ganz selten Zuweiser für den heilpädagogischen Kindergarten*. Inwieweit diese mit anderen Institutionen (z.B. Frühförderstellen, Kliniken, privaten Therapeuten) zusammenarbeiten, wurde hier nicht recherchiert.

Mobiler Beratungsdienst des Bundessozialamts (BSA): Ärztin/Arzt, Psychologin/e und Diplomierter/r Sozialarbeiter/in arbeiten als externe Gutachter mit Heilpädagogischen Kindergärten und IZB (aber auch anderen Institutionen wie Frühförderung zusammen).

Sozialreferate der Bezirkshauptmannschaften: Bearbeitung von Anträgen, Entscheidungen über Betreuungsbedarf und Ausstellung von Bescheiden, Finanzierung.

Eltern/Erziehungsberechtigte: Zwar noch selten, aber doch immer häufiger, kommt die Initiative von den Eltern selbst, d.h. sie wenden sich direkt an den heilpädagogischen Kindergarten oder die Therapeuten der mobilen Teams der IZB.

Genauere Zahlen sind leider nicht verfügbar. Der Anteil der Kinder, die erst bei Kindergarteneintritt durch Entwicklungsrückstände, Sprach- und Verhaltensdefizite auffallen und vorher keine Therapien erhalten haben, liegt aber bei rund 50 Prozent. Im Gegensatz dazu haben fast alle körperlich und/oder geistig behinderten Kinder schon eine „therapeutische Karriere“ hinter sich.

Für die Diagnostik im Rahmen der MKP Untersuchungen bedeutet dies, dass speziell bei kognitiven und psychischen Entwicklungsdefiziten Potential für Verbesserungen vorhanden ist. Welche Faktoren dafür in Betracht kommen, wird im folgenden Kapitel zusammengefasst.

6. Vorschläge für Optimierungsansätze zur Verbesserung der kognitiven Entwicklungsdiagnostik im Rahmen der MKP Untersuchungen

Welche Faktoren sind für eine verbesserte und frühere Erkennung kognitiver Entwicklungsauffälligkeiten relevant?

- Ausführlichere, vollständige und einheitliche **Dokumentation**
- **Standardisierung** der Untersuchungsmethoden. Vor allem **sprachliche** Entwicklung und **kognitive** Entwicklung i. e. Sinn.
- Optimales **Timing** bei den Planung der MKP Untersuchungstermine
- Bessere **Vernetzung** von Ärzten und Therapeuten. Niedrigere Schwellen für **Weiterüberweisungen** an Experten (Fachärzte, Therapeuten)
- Stärkere **Einbeziehung der Eltern** als „Experten“ mit dem Hintergrund einer Stärkung der Arzt-Patienten Beziehung und ökonomischer Informationsgewinnung.
- Verwendung **Computer** unterstützter Verfahren zur Diagnostik und Dokumentation der Entwicklung
- **Qualitätsstandards** und **Fortbildung** der Ärzte und aller mit diesen Kindern befassten Berufsgruppen

Auf Basis dieser Punkte und der bisherigen Ausführungen lassen sich folgende Optimierungsvorschläge ableiten:

6.1 Ausführlichere, vollständige und einheitliche Dokumentation

Die Dokumentation im Mutter Kind Pass ist, wie weiter oben ausgeführt, in Bezug auf die kognitive Entwicklung (wie für die gesamte nicht körperliche Entwicklung) spärlich, was sich bei (eindeutig) unauffälligen Kindern mit ökonomischen Gründen erklären lässt (außer dem Arzt und den Eltern selbst wird in diesem Fall auch niemand Einblick in den MKP nehmen).

Im Fall von Grenzfällen oder diagnostizierten Entwicklungsstörungen wäre es allerdings wichtig, dass auch für andere Experten (Psychologen, Frühförderer, Heilpädagogen, Logopäden und Sprachheillehrer etc) im MKP (oder zusätzlichen Dokumenten) bereits wichtige Informationen über den bisherigen Entwicklungsverlauf dokumentiert sind. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn darüber hinaus keine weitere Zusammenarbeit zwischen dem diagnostizierenden Arzt und den Therapeuten gegeben ist.

6.2 Standardisierung der Untersuchungsmethoden. Vor allem sprachliche. Entwicklung und kognitive Entwicklung i. e. Sinn.

Die Forderung nach standardisierten Untersuchungsmethoden ist einer der in den diversen Studien zur Evaluation des MKP am häufigsten genannten Punkte. Es werden zwar immer wieder verschiedenste Verfahren empfohlen, es gibt aber noch nicht *das Verfahren* für MKP Untersuchungen.

Wünschenswert wäre daher, dass eine Expertengruppe (ähnlich wie bei der Erstellung des Leitfadens der ÖGJK) unter Einbeziehung verschiedener Disziplinen aus verschiedenen Verfahren, die in der Praxis zur Anwendung kommen, ein „Untersuchungspaket“ zusammenstellt, das die entsprechenden Kriterien für die Verwendung im Rahmen der MKP Untersuchungen wie (geringer Aufwand, leichte Durchführbarkeit, zeitliche Ökonomie) erfüllt.

Für den kognitiven Bereich sind Subskalen aus dem Wiener Entwicklungstest, dem Snijders Oomen Nonverbal (S.O.N) oder dem ET 6-6 geeignet. Auch Marianne Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW) oder der Sprachentwicklungstest (SETK-2, SETK 3-5) von Hannelore Grimm sollten in Betracht gezogen werden. Eine ausführliche Darstellung der Entwicklung von Screenings aus verschiedenen bereits ausreichend validierten Verfahren findet man bei Ettrich (2000).

6.3 Optimales Timing bei den Planung der MKP Untersuchungstermine

Am Beispiel der HNO Untersuchung oder des Hüftultraschalls wird deutlich, dass auch unter Experten ein starker Diskurs besteht, zu welchen Zeitpunkt bestimmte Untersuchungen optimal sind (HNO wurde 2002 vom 3. bis 5. Monat wieder auf 7. bis 9. Monat nach hinten verlegt, Hüftultraschall auf 6. bis 8. Wo vorverlegt). Andererseits wird gerade von HNO Experten die

Früherkennung (vor dem 6. Lebensmonat) betont und vehement die flächendeckende Durchführung eines Neugeborenen Hörscreenings mit objektiven Verfahren gefordert.

Für die kognitive Entwicklung i.e. Sinn wäre der Zeitpunkt für detailliertere Diagnostik, wie in den Leitlinien der ÖGJK vorgeschlagen, die Untersuchung im 2. Lebensjahr.

Allerdings scheinen die vorgeschlagenen Verfahren (DENVER Test, etc), soweit sie überhaupt Anwendung finden (was genauer untersucht werden müsste) für die Untersuchungen im 3, 4. und 5. Lj m. E. nicht ausreichend.

Wenn erst kurz vor Schulbeginn (meist im Kindergarten) auffällt, dass Kinder Entwicklungsdefizite aufweisen, ist es häufig schon zu spät, um geeignete Fördermaßnahmen einzuleiten, die auch Erfolg versprechend sind. Spätestens zum vollendeten 3. Lebensjahr sollten gravierende Sprachentwicklungsstörungen (z.B. Mutismus, Agrammatismus, geringer aktiver Wortschatz, multiple Dyslalien oder myofunktionelle Störungen), Störungen der sensorischen und akustischen Wahrnehmung und Integration (AVWS), Aufmerksamkeitsstörungen (ADS) und andere kognitive Entwicklungsdefizite abgeklärt und entsprechende therapeutische Interventionen eingeleitet werden.

6.4 Bessere Vernetzung von Ärzten und Therapeuten. Niedrigere Schwellen für Weiterüberweisungen an Experten (Fachärzte, Therapeuten)

Im Kapitel 5.3 wurde am Beispiel der Heilpädagogischen Kindergärten gezeigt, dass die Vernetzung der an der Erfassung und Therapie von v.a. kognitiven Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten beteiligten Institutionen noch nicht ausreichend vorhanden ist. Neben **verstärkter Öffentlichkeitsarbeit** und Initiativen zu **verstärkter Zusammenarbeit** zwischen den zahlreichen Leistungsanbietern ist auch die einfache und **schnelle Verfügbarkeit von Informationen** über die einzelnen Angebote von Bedeutung. Gute Ansätze in diese Richtung bieten zur Zeit schon über das Internet verfügbare Datenbanken wie der Gesundheitsserver des Landes (www.gesundheit.steiermark.at) oder der Sozialserver (www.soziales.steiermark.at). Man kann über Suchfelder wie Art der Leistung und Region nach entsprechenden Angeboten suchen und dazu auch freie Texteingabefelder nutzen. Folder und Broschüren über Gesundheitsangebote liegen auch in den Bezirkshauptmannschaften auf.

Allein das Wissen um (andere) Therapieangebote reicht m. E. aber noch nicht aus. Es geht in weiterer Folge darum, die **Schwellen für eine Weiterüberweisung niedriger** zu machen.

Wenn ein persönlicher Kontakt zwischen Ärzten und anderen Institutionen/Therapeuten besteht, ist die Wahrscheinlichkeit, dass im Falle eines unklaren Befundes oder eines Verdachtes auf eine

Entwicklungsstörung eine Weiterüberweisung erfolgt, wesentlich größer. Es geht dabei auch um Transparenz, d. h. das Wissen darum, was in einer Institution/in einer bestimmten Therapie gemacht wird. Dazu sind verstärkt Events (z.B. Tag der offenen Tür, interdisziplinäre Meetings) notwendig, die anderen Therapeuten (aber auch den Eltern) einen Einblick in die Arbeit ermöglichen.

Es geht also darum, die regionalen Leistungsangebote zusammenzufassen und verstärkt an die entsprechenden Institutionen, Ärzte und Therapeuten zu verteilen, sodass jeder Arzt und Therapeut einen Überblick über die therapeutischen Angebote in seiner Region (und darüber hinaus) hat. Zusätzlich sollten persönliche Kontakte forciert werden, damit neue Kanäle der Zusammenarbeit geöffnet werden.

6.5 Stärkere Einbeziehung der Eltern als „Experten“ mit dem Hintergrund einer Stärkung der Arzt-Patienten Beziehung und ökonomischer Informationsgewinnung.

Der Hintergrund ist klar: Die Mutter/der Vater wissen am besten über ihr Kind Bescheid (siehe auch Kapitel Verhaltensbeobachtung), können aber ihre Beobachtungen häufig nicht so ausdrücken, dass Entwicklungsexperten diese Informationen für die Diagnostik verwerten können. Andererseits ist eine wichtige Motivation, überhaupt zu den MKP Untersuchungen zu gehen, die Arzt/Patienten Beziehung. Eltern verstärkt einzubeziehen und ihnen mehr Kompetenz zuzuschreiben, würde sich damit möglicherweise auch auf die Teilnahmefrequenzen positiv auswirken.

Denkbar wäre z.B. die Eltern im Wartezimmer einen einfachen Fragebogen (Entwicklungsgitter in der Art der „Grenzsteine“) ausfüllen zu lassen. Oder eine Art „Entwicklungstagebuch“ für Eltern, wo sie bestimmte Entwicklungsschritte eintragen können (die Motivation dafür wäre sicher vorhanden, man müsste es nur so gestalten, dass die Informationen auch verwertbar sind). Die Verteilung dieser Medien mit entsprechenden Informationen über die Handhabung könnte beispielsweise auch über das Mutter-Kind Informationsservice der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin erfolgen.

6.6 Verwendung Computer unterstützter (bzw. vollelektronischer Verfahren) zur Diagnostik und Dokumentation der Entwicklung

Siehe auch Kapitel computergestützte Verfahren. Hier gibt es m. E. großes Entwicklungspotential, allerdings müssen sich Systeme wie in Deutschland das „kid2000“ erst in der Praxis bewähren.

Man sollte auch – wie dies z.B. bei unseren deutschen Nachbarn mittels regelmäßig nach dem neuesten Stand der Forschung aktualisierten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften schon seit einigen Jahren gemacht wird – das World.Wide.Web verstärkt für Information und Qualitätssicherung nutzen.

6.7 Qualitätsstandards und Fortbildung der Ärzte (v.a. in Bezug auf kognitive und psychische Entwicklung)

Die Ärztekammern bieten eine Vielzahl an Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzte an. So nahmen 2002 lt. Jahresstatistik der Ärztekammer Steiermark in 14 Fortbildungsveranstaltungen 2039 Ärzte an DFP (Diplom-Fortbildungs-Programm) Fortbildungen im Fachbereich Kinder und Jugendheilkunde teil. Im Zusammenhang mit der Einführung der zusätzlichen Untersuchung im 5. Lebensjahr bot die Bundesfachgruppe für Kinder- und Jugendheilkunde im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung „Pädiatrischer Frühling in Graz“ am 26. und 27. April 2002 gemeinsam mit den Landesfachgruppen ein Praxisseminar für die neue MKP Untersuchung an.

Bei der Planung zukünftiger Fortbildungen wäre zu erwägen, ein speziell auf das MKP Untersuchungsprogramm abgestimmtes Fortbildungsdiplom anzubieten, eventuell in mehreren Modulen, ähnlich wie dies z.B. für das PSY Diplom bereits realisiert ist.

6.8 Zusammenfassung

Ausgehend vom derzeitigen Stand der kognitiven Entwicklungsdiagnostik im Rahmen der MKP Untersuchungen wurden in den vorangegangenen Abschnitten die „sensiblen“ Punkte für Optimierungsansätze identifiziert, und auf Basis der relevanten Faktoren Vorschläge für Verbesserungsmöglichkeiten herausgearbeitet.

Es wurde im Mutter Kind Pass ein deutliches Übergewicht an Diagnostik und Dokumentation der Sinneswahrnehmung im Vergleich zur kognitiven und psychischen Entwicklung festgestellt, das es auszugleichen gilt.

Die wichtigsten Ansatzmöglichkeiten liegen

- *in der optimalen zeitlichen Planung der Untersuchungen,*
- *der Verwendung von standardisierten Verfahren für Diagnostik und Dokumentation (inkl. Entwicklung von Screenings auf Basis von Verfahren, die sich bereits bewährt haben)*

- *sowie der verstärkten Einbeziehung von Eltern/ Erziehern als Experten.*

Als wesentlich für die Früherkennung und damit für die Prävention von Entwicklungsstörungen erwies sich auch die verstärkte Vernetzung und Zusammenarbeit der in diesem Bereich tätigen Personen und Institutionen.

Im nächsten Abschnitt wird am Beispiel der Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung (AD(H)S) die Umsetzung der erarbeiteten Optimierungsansätze dargestellt.

7. Aufmerksamkeits Defizit (Hyperaktivitäts) Störung AD(H)S

In den letzten Jahren sind Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und/oder hyperaktive Kinder in den Blickpunkt der Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychologie sowie v.a. der Schulpsychologie gerückt. Dies nicht zuletzt deshalb, weil die Betroffenen (Eltern, Erzieher, Lehrer) große Schwierigkeiten haben, mit diesen Kindern umzugehen und – wie kaum sonst – Kontroversen über Ätiologie, Diagnose und Therapie geführt werden. Dies zeigt sich auch in der regen Diskussion in den zahlreichen Internet Foren zum Thema AD(H)S.

D. Krowatschek & C. Grebe (2001) charakterisieren Kinder mit ADS (ADHS) folgendermaßen:

- Sie sind außerordentlich impulsiv, schwer zu kontrollieren und zu disziplinieren.
- Sie sprechen ungefragt dazwischen und unterbrechen die Unterhaltung anderer.
- Sie können kaum Aufmerksamkeit entwickeln und aufrechterhalten.
- Sie sind nicht in der Lage, Ablenkungen abzuwehren und Störreizen zu widerstehen.
- Sie haben Schwierigkeiten, mit Regeln umzugehen.
- Sie haben Probleme mit anderen Kindern.
- Sie sind motorisch unruhig und lernen nicht aus falschem Verhalten.
- Ihre Reaktionen sind nicht vorhersagbar.
- Ihr Selbstwertgefühl ist sehr gering.

7.1 Woher kommen die Symptome, wie erfolgt die Diagnose?

Es gibt zahlreiche Erklärungsansätze über die Ursachen von ADHS. Störungen des sozialen Umfelds (familiäre Situation, Erziehung), genetische Faktoren, biochemische und neurologische Faktoren

(Noradrenerges und dopaminerges System, Hirnschädigung) bis hin zu falscher Ernährung werden als Ursachen diskutiert. Einen guten Überblick findet man bei Krowatschek & Grebe (2001). Auch die Diagnose von ADS (ADHS) ist keineswegs einfach und sehr aufwändig, zumindest, wenn sie ausführlich und nach den anerkannten Kriterien des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, Saß et al. 1996) oder ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling u.a. 1994) durchgeführt wird. Die Hauptprobleme in der diagnostischen Praxis sind (Krowatschek & Grebe 2001):

- Bezogen auf die ADHS scheint es nachteilig, dass es umfassender Erfahrung bedarf, eine Diagnose auf der Basis der genannten Kriterien zu treffen. Zum einen werden Begriffe wie häufig und exzessiv zur Beschreibung des Ausprägungsgrades der Symptome verwendet, ohne genau zu definieren, wie oft ein Verhalten aufgetreten sein muss, um exzessiv zu sein. Und zum anderen wird vom Beurteiler Vorwissen darüber vorausgesetzt, welche Verhaltensausrprägung bei Kindern gleichen Alters und Intelligenz zu erwarten ist. Der individuelle Spielraum ist bei der Beurteilung recht hoch und die Gefahr von Fehleinschätzungen gegeben. Dazu fanden Liegl und Martinius (1991) heraus, dass der Begriff „Hyperkinetisches Syndrom (HKS)“ vermutlich auf Grund von Vereinfachungstendenzen in der Praxis undifferenziert und teils auch falsch angewendet wird. Außerdem vermuten sie, dass für die Beurteiler mit dieser Diagnose unmittelbar therapeutische Maßnahmen (vor allem medikamentöse oder diätetische) verbunden sind.
- Bei Eltern und Lehrern kann durch die Vergabe einer rein klassifikatorischen Diagnose der Eindruck entstehen, das Problem liege hauptsächlich bei dem Kind und sei auch am besten über dessen gezielte Behandlung zu lösen. Diese Sichtweise greift zu kurz. Viele unruhige Kinder scheinen sich nicht auf Grund ihrer ADHS krank zu fühlen. Sie fühlen sich eher durch Ausgrenzung und Kritik beeinträchtigt, die sie auf Grund ihres sozialen Verhaltens erfahren. Zum Problem für die Kinder werden eher herabgesetztes Selbstwertgefühl, ihre soziale Rolle in Gruppen und Konflikte mit den Erwachsenen.
- Hinzu kommt, dass „Aufmerksamkeitsstörung“ und „motorische Unruhe“ häufig Sammelbegriffe sind, die dazu dienen, Unzufriedenheit mit dem Kind und Probleme im Umgang mit ihm zu beschreiben. Sie weisen häufig mehr auf eine problematische Situation hin, als darauf, was genau eigentlich problematisch ist.

- Die aufgelisteten Kardinalsymptome (des DSM IV bzw. ICD 10) werden von aktuellen Lebensumständen (häufige Umzüge, häufige Klassenlehrerwechsel, Scheidung), Situationsvariablen (Neuheit der Situation, Unmittelbare Verstärkung, Interesse, Klassenklima) und Beziehungs- und Erziehungsvariablen (Konsequenz, Klarheit der Anweisungen, Positiver Kontakt, Vorbildwirkung) in hohem Maße beeinflusst.
- Zur Beurteilung der Häufigkeit und des Schweregrades der Symptome beim Kind werden sehr gern Fragebogenverfahren eingesetzt. Hier stellt sich zunehmend mehr die Frage nach der Objektivität der Aussagen. Eltern und Lehrer fühlen sich meist selbst durch die Probleme mit dem Kind beeinträchtigt und können wahrscheinlich trotz guten Willens keine objektiven Aussagen treffen. In Fragebogenurteilen und Interviews spielen zudem unterschiedliche Schwellen in der Wahrnehmung des problematischen Verhaltens, Beurteilungsverzerrungen, Verallgemeinerungstendenzen (aus „manchmal“ wird „immer“) und auch mangelnde Zeit oder Gelegenheit zur genauen Verhaltensbeobachtung hinein. Informationen aus „dritter“ Hand liefern folglich subjektive Daten, spielen aber wegen Mangels an objektiveren Verfahren eine zentrale Rolle in der Diagnosestellung.

Ein wesentlicher Punkt ist der Zeitpunkt der Diagnose. Meist werden ADHS Kinder erst in der Schule auffällig und zu sog. „Problemkindern“. Monika A. Vernooij (zusammengefasst von Anita Hohenegger 1997) schreibt dazu folgendes:

„Hyperkinetische Störungen treten immer früh in der Entwicklung auf (gewöhnlich in den ersten fünf Lebensjahren). Ihre Hauptmerkmale sind ein Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die einen kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Die charakteristischen Verhaltensprobleme sollen früh (vor dem 6. Lebensjahr) begonnen haben und von längerer Dauer sein. Wegen der breiten Variation der Norm ist Hyperaktivität vor dem Schulalter schwierig zu erkennen. Bei Vorschulkindern soll nur ein extremes Ausmaß zu dieser Diagnose führen.“

Meines Erachtens liegt der Hauptgrund für die meist späte Diagnose nicht so sehr darin, dass die Symptome vorher nicht zu erkennen wären, sondern darin, dass die Umgebung für das Auftreten des problematischen Verhaltens eine entscheidende Rolle spielt. So erfordert die im Schulunterricht im Vergleich zum Kindergarten oder anderen vorschulischen Einrichtungen meist viel stärker strukturierte und organisierte Situation ein besonders hohes

Maß an eigener Verhaltenskontrolle. Hyperaktiven Kindern fällt dies besonders schwer, und daher fallen sie gerade in diesen Situationen durch ihr Verhalten so massiv auf.

„Immer noch wird ein erheblicher Teil der Kinder mit für ADHS typischen Symptomen erst dann diagnostiziert, wenn die Defizite und Schwierigkeiten unter den Leistungsanforderungen der Schule so deutlich zu Tage treten, dass eine negative Schulkarriere befürchtet werden muss“ (Fydrich 2003).

In einem Literatur Review (Arrich, 2002) des 15th Congress of European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) zeigen sich die Symptome häufig schon mit 2 bis 3 Jahren, bei einem Drittel vor dem 5. Lebensjahr. Die Diagnose erfolgt hingegen im Allgemeinen erst mit 10 Jahren.

Eine frühere Diagnose und Einleitung geeigneter Interventionsmaßnahmen könnten also Eltern, Erziehern und vor allem den betroffenen Kindern selbst viel Leid und Sorgen ersparen.

7.2 Wie werden Kinder mit ADHS behandelt?

Zwei grundsätzliche Ansätze lassen sich unterscheiden: Medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka (vorwiegend Stimulantia, Methylphenidat Ritalin®) und psychotherapeutisch/psychologische Intervention (vorwiegend verhaltenstherapeutisch, kognitive Techniken), wobei sich diese Ansätze nicht ausschließen. In einer Stellungnahme der Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland zur Behandlung hyperkinetischer Störungen im Kindesalter mit Methylphenidat (1999) betont, dass eine medikamentöse Therapie – wenn indiziert – ein Teil psychotherapeutischer und spezifisch pädagogischer Betreuung des Kindes in Kooperation mit Familie und ggf. mit Kindergarten, Schule und anderen, das Kind betreuenden Einrichtungen sein muss. Die bloße Beschränkung auf die Pharmakotherapie missachtet elementare Bedürfnisse und Ansprüche der Kinder und widerspricht den Regeln guter klinischer Praxis ebenso wie das Diagnostizieren oder Rezeptieren ohne Untersuchung.

Ein wichtiger Bereich der Intervention, der m. E. oft zu kurz kommt, ist die Beratung der Familie der betroffenen Kinder sowie der Betreuungspersonen in Tagesstätten, Kindergärten und Schulen. Bereits durch ein besseres Verständnis des „problematischen“ Verhaltens der Kinder wird die Situation entschärft und bringt somit für das Kind selbst und das soziale Umfeld eine deutliche Erleichterung.

Über die Effektivität verschiedener Therapieansätze lassen sich schwer eindeutige Aussagen treffen, weil das Ergebnis der Evaluationsstudien meist stark davon abhängt aus welcher Disziplin „der Auftraggeber“ kommt. Für detaillierte Ausführungen zu Therapieansätzen sei auf die Leitlinien Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften verwiesen (<http://leitlinien.net/>).

7.3 Zusammenfassung

Kinder mit Störungen der Aufmerksamkeit und hyperaktive Kinder sind in den letzten Jahren ins Blickfeld von Erziehung und Schule gerückt. Die Anzahl der Kinder mit Symptomen, wie sie im DSM IV oder ICD 10 im Zusammenhang mit ADS/ADHS beschrieben werden, hat stark zugenommen. Unabhängig von der Ätiologie und davon, ob die Diagnose AD(H)S gestellt werden kann, stellt das Verhalten von Kindern mit diesen Symptomen für das gesamte soziale Umfeld (Familie, Schule..) eine große Belastung dar. Es gilt daher die Verhaltensauffälligkeit möglichst früh zu erkennen, das soziale Umfeld zu informieren, zu beraten, und wenn notwendig therapeutisch zu betreuen. Gleichzeitig sollten auch beim Kind selbst so früh als möglich therapeutische Maßnahmen initiiert werden, wobei eine Therapie mit Ritalin® unter 6 Jahren lt. Stellungnahme der Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland (2003) nicht ausreichend geprüft ist¹.

Damit könnte in vielen Fällen eine Eskalation (und damit zugleich meist auch das zu späte Erkennen) des Problems erst in der stark organisierten und strukturierten Schulsituation verhindert werden.

7.4 Was bedeutet das für die MKP Untersuchungen?

Einhellig wird in Fachpublikationen zum Thema AD(H)S betont, wie wichtig die Früherkennung und Einleitung einer multimodalen Therapie ist. Nachdem – wie in der diesjährigen Evaluation des Mutter-Kind-Informationsservice der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin gezeigt werden konnte – in der Steiermark ein Großteil der MKP Untersuchungen fast flächendeckend in Anspruch genommen wird, liegt es nahe, hier zusätzliche Maßnahmen einzusetzen, die eine

¹ Auch hier scheint keine Einstimmigkeit bei den Experten vorzuliegen. So besteht nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (1999) vielfach bereits im Vorschulalter ein Behandlungsbedarf, allerdings wird einschränkend auch auf den Stellenwert von Frühförderung, heilpädagogischen Maßnahmen und Ergotherapie hingewiesen. Die Deutsche Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2003) empfiehlt den Einsatz von Psychopharmaka vor dem 7. Lebensjahr erst, wenn andere Interventionen (Elternt raining, Interventionen im Kindergarten) nicht ausreichen.

frühere Erkennung und die Einleitung entsprechender Therapien ermöglichen. Solche Maßnahmen sind:

7.4.1 Einrichtung einer Expertengruppe

In dieser Expertengruppe sollten in jedem Fall verschiedene wissenschaftliche Disziplinen wie Ärzte, Psychotherapeuten, Pädagogen und Psychologen vertreten sein. Die Aufgaben und Zielsetzung sind:

1. Erarbeitung spezifischer ADHS Leitfäden, Checklisten, Empfehlungen
2. Erstellung eines Procedere für MKP Ärztinnen/e bei Anzeichen oder Verdacht auf AD(H)S.

Ein solches Procedere sollte in jedem Fall beinhalten:

- Genaue Verhaltensbeobachtung

Worauf soll der Arzt achten, welche Beobachtungen sind Indikatoren, wie und wo können sie am besten beobachtet werden.

- Anamnese und Exploration

Worauf soll bei der Anamnese besonders geachtet werden, welche zusätzlichen Informationsquellen (z.B. Erzieher, Kindergärtnerin) sollen einbezogen werden usw.

- Einsatz von Screeningfragebögen

Welche Fragebögen sollen verwendet werden, wann sollen sie eingesetzt werden, wer soll befragt werden¹.

- Weitere Schritte bei Verdacht oder Diagnose

Welche weiteren Schritte sind bei Verdacht oder unsicherer Diagnose zu tun, wo gibt es Anlaufstellen, Experten, wie und worüber müssen die Eltern informiert werden.

7.4.2 Sonstige Maßnahmen

- Spezifische Fortbildungsangebote für MKP Ärzte/innen in Form von Qualitätszirkeln
- Unterstützung, Förderung und Aufbau einer „Selbsthilfe Struktur“:

¹ Die Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Deutschland empfiehlt dafür den VBV (Verhaltensbeobachtungsbogen im Vorschulalter, M. Döpfner, W. Berner, T. Fleischmann und M. Schmidt 1993), der auch Computer unterstützt ausgewertet werden kann, und den FBB-HKS (Fremdbeurteilungsbogen Hyperkinetische Störung, B. Brühl, M. Döpfner und G. Lehmkuhl, 2000). Für die Fremdbeurteilung sollte unbedingt auch Kontakt mit Erziehern (Tagesmutter, Kindergärtnerin) aufgenommen werden, der Fragebogen eignet sich auch für Erzieher).

In Österreich (insbesondere in der Steiermark) gibt es bislang vergleichsweise wenig Initiativen, Anlaufstellen für Eltern, selbst betroffene Jugendliche und Erwachsene, aber auch Lehrer und Erzieher, zu schaffen. Aufklärung und Information (z.B. Elternratgeber, Internet- und Diskussionsforen) spielen bei der Behandlung von AD(H)S eine entscheidende Rolle.

8. Zum Hintergrund

Die Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin wurde im Sommer dieses Jahres von der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte beauftragt, Optimierungsansätze im Hinblick auf die kognitive Entwicklungsdiagnostik im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen zu erarbeiten. Ausgehend von einer Analyse des derzeitigen Standes, die zeigte, dass die MKP Untersuchungen im Hinblick auf Zeitpunkt und Methoden zur Erfassung der kognitiven Entwicklung nicht als optimal zu bewerten sind, wurden zahlreiche Verbesserungsvorschläge aufgezeigt, die eine frühere Erkennung und rechtzeitige Einleitung von therapeutischen Maßnahmen ermöglichen (Kapitel 6).

Im letzten Kapitel wurde am Beispiel der Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-) Störung (ADHS) gezeigt, wie die herausgearbeiteten Optimierungsansätze umgesetzt werden können und welche Strukturen dafür erforderlich sind.

Die **Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin** ist – im Auftrag des Landes Steiermark – seit 1999 im Rahmen des *Impf- und Mutter-Kind-Informationsservice* für die Abwicklung der Gratisimpfaktion mit dem *Scheckheft Gesundheit für Mutter und Kind* bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zuständig und unterstützt seit 2001 auch die Bezirksgesundheitsämter bei der Abwicklung und Dokumentation der Schulimpfaktion. Mit Hilfe des von der Wissenschaftlichen Akademie entwickelten und seit 1998 verwendeten *Recall-Systems für MKP-Untersuchungen* konnte in der Steiermark der drastische Rückgang der MKP Untersuchungsfrequenzen aufgefangen werden, zum Teil werden mittlerweile wieder ähnliche Teilnahmefrequenzen wie vor der Streichung der erhöhten Geburtenbeihilfe im Jahre 1997 erreicht. Die Tätigkeiten der Wissenschaftlichen Akademie reichen von der Durchführung von Studien über administrative Umsetzung und Evaluation bis zur Konzeption neuer Abläufe, die die Effizienz von MKP- und Impfprogrammen steigern können.

Autor: Mag Herbert Gschiel betreut als Projektkoordinator in der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin vor allem die Bereiche Logistik und Datenbanksysteme. Er arbeitet zudem seit vier Jahren als Psychologe innerhalb der integrativen Zusatzbetreuung in steirischen Kindergärten.

Literatur

- Arrich J. (2002). 15th Congress of European College of Neuropsychopharmacology (ECNP). ADHD Media Briefing. (veröffentlicht unter www.universimed.com)
- Deutsche Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag,
- Ettrich K. (2000). Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fydrich G. (2003). Vorwort Fachbeiträge zum Thema Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. (Homepage des Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.)
- Grimm H. (1999). Störungen der Sprachentwicklung. Göttingen: Hogrefe.
- Hobmair H. (Hrsg.) 1995. Psychologie. Köln-München: Stam Verlag.
- Hohenegger A. (1997). Hyperaktivität. Hintergründe und pädagogische Folgerungen eines Modethemas. (in der digitalen Volltextbibliothek (bidok) veröffentlichte Diplomarbeit der Universität Innsbruck, Institut für Erziehungswissenschaften).
- Jagersberger G. (1997). Testbogen für Vorschulkinder Screening für Kinderärzte. Wien: Bohmann Verlag.
- Krowatschek D. Grebe C. (2001). Aufmerksamkeitsgestörte und hyperaktive Kinder. Aus: Kowalzyk, W. & Häring, H.G. (Hrsg.) (2001). Schulpsychologie konkret. Köln: Luchterhand Verlag.
- Kurz R. (1993). Evaluierung von Erweiterungsvorschlägen zum Mutter-Kind-Pass (Abstract). Pädiatr. Pädiol. 28: 101
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2001). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 071/006 .
- Leitlinien zur hyperkinetischen Störung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen, 1999 Heft 1.
- Macha T (2003). Abschrift des Beitrags der Monatsschrift Kinderheilkunde (2003). 151 (1): S. 6-13 (veröffentlicht im Internet)
- Michaelis R. (2003). Validierte Grenzsteine der Entwicklung. Homepage des Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg
- Noack H. (1998). Gesundheitsförderung. Bericht vom 1. Gesundheitsförderungs-Gipfel, Graz, 15. April 1998. (veröffentlicht am Gesundheitsserver Steiermark)

- Novak J. Angerer A. Gschiel H. (2003). Evaluation 2002. Mutter-Kind-Pass MK-Informationsservice, Bundesländervergleich MKP-Untersuchungen Determinanten des Impfverhaltens bei Kleinkindimpfungen. Graz: Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin.
- Österreichische Ärztezeitung (2000). Leitfaden Mutter Kind Pass. 55: Sonderheft 17a
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (1997). Leitfaden zur Durchführung der Untersuchungen im Mutter Kind Pass. Pädiatr. Pädol. 32:151-192
- Pallasser H. (1993). Praktikabilität des Mutter-Kind-Passes (Abstract). Pädiatr. Pädol. 28: 102
- Saß H. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM IV, übersetzt nach der 4. Aufl. des Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe
- Sedlak W. (1993). Zwei Jahrzehnte Mutter-Kind-Pass: Kritische Anmerkungen aus der Praxis über Erfahrungen und Entwicklungen (Abstract). Pädiatr. Pädol. 28: 102
- Vanura H. (1995). 20 Jahre Mutter Kind Pass. Versuch einer kritischen Analyse. Pädiatr. Pädol. 30:A3-A10
- Vernooij M. A. (1992). Hampelliese - Zappelhans, Problemkinder mit Hyperkinetischem Syndrom Stuttgart: Paul Haupt Verlag.
- Wimmer-Puchinger B., Baldaszi E., Suchy M., Fenk R., Lackner R. (2001). Mutter Kind Pass Untersuchungen Bestandsaufnahme und Entwicklung von Optimierungsansätzen. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung