

Aus der Kinderklinik und Kinderpoliklinik
der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. Ch. P. Speer

**Die Entwicklung des Verhaltens bei der Nahrungsaufnahme,
der Pflege und dem Spielen bei Kindern im 2. und 3. Lebensjahr
in Tageseinrichtungen**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Tobias Sporrer

aus Nürnberg

Würzburg, Januar 2013

Referent: Prof. Dr. med. H. M. Straßburg

Koreferent: Prof. Dr. med. M. Romanos

Dekan: Prof. Dr. med. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 25.10.2013

Der Promovend ist Arzt.

Meinen Eltern.

INHALTSVERZEICHNIS

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND DIAGRAMME

VORWORT

1. EINLEITUNG	1
1.1 Entwicklung	1
1.2 Methoden der Entwicklungsdiagnostik	2
1.2.1 Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation	2
1.2.2 Anamnese	3
1.2.3 Früherkennungsuntersuchungen	3
1.2.4 Entwicklungsdiagnostische Screeningverfahren	4
1.2.4.1 Das Denver Developmental Entwicklungs Screening (DES)	4
1.2.5 Entwicklungstest und Elternfragebogen	4
1.2.5.1 Griffiths-Entwicklungsskalen (GES)	4
1.2.5.2 Bayley Scales of Infant Development	5
1.2.5.3 Entwicklungstest 6 Monate – 6 Jahre	5
1.3 Außerhäusliche Betreuung	6
1.3.1 Betreuungsbedarf	6
1.3.2 Gesetzliche Regelungen	7
1.3.3 Betreuungsqualität	8
1.3.4 Das pädagogische Konzept von E. Pikler	9
1.3.4.1 Die selbstständige Aktivität und die bewusste Wahrnehmung seiner Selbst und seiner Umwelt	9
1.3.4.2 Eine privilegierte emotionale Beziehung und Gesundheit	11
1.3.5 Krippenkinder und Bindung	12
1.4 Fragestellung, Ziel und Grundlage der Arbeit	14

2. METHODIK UND PROBANDENKOLLEKTIV	16
2.1 Modifikationen am Lóczy-Beobachtungsbogen	16
2.2 Beschreibung des Vorgehens	16
2.3 Zusammensetzung des Probandenkollektivs	17
3. ERGEBNISSE DER EINZELNEN ITEMS	18
3.1 Bemerkungen zur Auswertung der Einzelitems	18
3.2 Die Auswertung der Einzelitems: Diagramme	20
3.2.1 Das Verhalten während der Pflege	20
3.2.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken	29
3.2.3 Sauberkeitsentwicklung	35
3.2.4 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit	37
3.3 Einteilung in stabile und variable Items	41
3.3.1 Das Verhalten während der Pflege	41
3.3.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken	41
3.3.3 Sauberkeitsentwicklung	42
3.3.4 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit	42
3.3.5 Zusammenfassung der Einteilung	42
3.4 Die Ergebnisse der Hauptbereiche in der Übersicht	43
3.4.1 Das Verhalten während der Pflege	43
3.4.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken	44
3.4.3 Sauberkeitsentwicklung	45
3.4.4 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit	46

4. DISKUSSION	47
4.1 Evaluierung des Entwicklungsbeobachtungsbogens	47
4.1.1 Güte des Verfahrens	47
4.1.2 Vergleich mit ähnlichen Studien	47
4.1.2.1 Das Verhalten während der Pflege	48
4.1.2.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken	49
4.1.2.3 Sauberkeitsentwicklung	50
4.1.2.4 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit	50
4.1.2.5 Bewertung der Ergebnisse der Hauptbereiche in der Übersicht	51
4.1.2.6 Der Vergleich der Medianwerte im Überblick	52
4.1.3 Einschränkungen der Vergleichbarkeit	53
4.1.3.1 Unterschiede im Aufbau der Studien	53
4.1.3.2 Das unterschiedliche Alter der Normwerte	54
4.1.3.3 Missverständliche Definitionen	54
4.1.4 Zusammenfassende Bewertung	55
4.2 Einsatz des Entwicklungsbeobachtungsbogens	56
5. ZUSAMMENFASSUNG	57
6. ANHANG	60
6.1 Der Lóczy Beobachtungsbogen	60
6.2 Anschreiben an die Betreuungseinrichtungen	61
6.3 Anschreiben an die Eltern	63
6.4 Einverständniserklärung	64

6.5 Anonymer Fragebogen	65
6.6 Anleitung zum Ausfüllen des Entwicklungsbeobachtungsbogens	66
6.7 Der Entwicklungsbeobachtungsbogen	67
6.8 Homepage www.entwicklungsdocumentation.de	69
7. LITERATURVERZEICHNIS	72

DANKSAGUNG

LEBENS LAUF

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND DIAGRAMME

Abbildung 1 Was ist erlernt, was ist angeboren?	1
Abbildung 2 Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten: Tibi an den Stufen, vorsichtig und umsichtig ausprobierend	10
Abbildung 3 Ausgewählte Spielmaterialien in einer vorbereiteten und sicheren Umgebung	10
Abbildung 4 Beziehungsvolle und kooperative Pflege	12
Diagramm 1 12 Regt ein Spiel an	20
Diagramm 2 13 Hilft beim Aus- und Anziehen	21
Diagramm 3 14 Zieht einige Kleidungsstücke aus	22
Diagramm 4 15 Fängt an sich zu waschen	23
Diagramm 5 16 Wäscht die Hände	24
Diagramm 6 17 Zieht einige Kleidungsstücke an	25
Diagramm 7 18 Knöpft auf	26
Diagramm 8 19 Zieht die Schuhe an	27
Diagramm 9 20 Putzt die Zähne	28
Diagramm 10 21 Kaut regelrecht und gründlich	29
Diagramm 11 22 Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden	30
Diagramm 12 23 Isst selbstständig mit dem Löffel	31
Diagramm 13 24 Benutzt Gabel	32
Diagramm 14 25 Hält das Glas und neigt es	33
Diagramm 15 26 Trinkt selbstständig	34
Diagramm 16 27 Benutzt den Topf/die Toilette	35
Diagramm 17 28 Ist trocken, während es wach ist	36
Diagramm 18 29 Baut Turm mit 2-3 Klötzen	37
Diagramm 19 30 Baut Turm mit >3 Klötzen	38
Diagramm 20 31 Spielt Rollenspiel allein	39
Diagramm 21 32 Spielt Rollenspiel mit anderen Kindern	40
Diagramm 22 Das Verhalten während der Pflege – Zusammenfassung	43
Diagramm 23 Das Verhalten bei Essen und Trinken – Zusammenfassung	44
Diagramm 24 Sauberkeitsentwicklung – Zusammenfassung	45
Diagramm 25 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit	46
Abbildung 5 Der Vergleich der Medianwerte WÜ/LO im Überblick	52

VORWORT

Die Zahl der Kinder unter 3 Jahren, die außerhäuslich betreut wird, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Ab dem 1.8.2013 besteht in Deutschland für diese Kinder ein gesetzlicher Anspruch auf einen außerhäuslichen Betreuungsplatz in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege.

Das Thema spaltet die Gesellschaft. Die Diskussion zwischen Befürwortern und Gegnern außerhäuslicher Betreuung wird kontrovers und teilweise emotional ausgetragen.

Der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) Dr. W. Hartmann hat in einer Pressemitteilung vom 26.02.2007 hierzu ausgeführt: „Als Kinder- und Jugendärzte sind wir nicht der Meinung, dass eine frühe Betreuung von Kleinkindern außerhalb des familiären Umfeldes unweigerlich zu seelischen Schäden und frühen Bindungsstörungen führt. Personell und räumlich gut ausgestattete Kindertagesstätten können im Gegenteil eine große Chance für junge Kinder sein. Wir sehen in unseren Praxen täglich Kinder, denen in der Familie keine adäquate Förderung zuteil wird, die vernachlässigt und misshandelt werden. Konservative Politikerinnen und Politiker müssen endlich erkennen, dass ihr Bild von der heilen Familienwelt für ca. 25% aller Kinder in Deutschland nicht mehr zutrifft. Diese Kinder brauchen die Hilfe des Staates, sie brauchen adäquate frühe Betreuung in Kindertagesstätten, die ihnen zu einem guten Start ins Leben verhelfen“ [45].

Erkenntnisse, welche die Bedeutung einer kontinuierlichen und liebevollen Beziehung zu Bezugspersonen gerade in den ersten Lebensjahren unterstreichen, werden in der seriösen Diskussion um außerhäusliche Betreuung von keiner Seite in Frage gestellt. Jedoch wächst eine zunehmende Zahl von Kindern in nicht-optimalen Bedingungen auf, die Gründe hierfür sind vielfältig und im Persönlichen wie auch Gesellschaftlichen zu finden: u.a. werden psycho-soziale Probleme in der Familie, finanzielle Gründe, die beide Elternteile zwingen einer Arbeit nachzugehen oder der persönliche Entschluss der Mutter, schon bald nach der Geburt des Kindes wieder in den Beruf einzusteigen, genannt.

Einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zufolge sollte das Ziel der Diskussion deshalb nicht sein, die von den Eltern in Anspruch genommene Form der Betreuung zu diffamieren. Viel mehr sollte allen

Diskussionspartnern daran liegen, eine echte Wahlmöglichkeit für die Betreuung der Kinder zu bieten und dabei sicherzustellen, dass durch eine qualitativ hochwertige Betreuung die Entwicklung der Kinder in den ersten Lebensjahren sinnvoll unterstützt wird [93].

Die „Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (NUBBEK)“ stellt in ihren Analysen große Wissensdefizite zum Einfluss der verschiedenen Bildungs- und Betreuungsformen für eine gelingende kindliche Entwicklung und Bildung fest. Die DGSPJ folgert aus den Untersuchungsergebnissen, „dass die institutionelle Betreuung von Kindern vor der Einschulung eine differenzierte Betrachtung verlangt“.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit einer Methode, mit der außerhäuslich betreute Kinder im 2. und 3. Lebensjahr in ihrer Entwicklung beobachtet und dokumentiert werden können. Das Ziel ist, differenzierte Aussagen zur Entwicklung der betreuten Kinder machen zu können.

Folgende Eigenschaften soll das hierbei verwendete Instrument bieten:

1. Die Möglichkeit einer kontinuierlichen Beobachtung, die die Entwicklung als einen dynamischen Prozess wiedergibt.
2. Die Ermöglichung der Beobachtung in alltäglichen Situationen, eine künstlich herbeigeführte prüfungsähnliche Situation soll vermieden werden.
3. Die Beobachtung soll möglichst objektiv erfolgen, daher wird diese durch die Erzieherinnen vorgenommen.
4. Die Beobachtung darf bei dem großen Zeitdruck für die Erzieherinnen in den Betreuungseinrichtungen nicht zeitintensiv sein.
5. Die Beobachtung und Dokumentation muss ohne ausführliche Anleitung durchführbar sein.
6. Die Auswertung muss einfach sein und sich weitgehend selbst erklären.
7. Beginnend mit der Art der Fragestellung soll die eigene Aktivität des Kindes gezielt gefördert werden.

Ein Instrument, das die gewünschten Punkte voll erfüllt, liegt in dieser Form bisher nicht vor. Unseren Vorstellungen ähnlich und damit Grundlage dieser Arbeit ist der Lóczy-Beobachtungsbogen.

Die Normierung des Bogens erfolgte erstmals in den 1960er Jahren [27]. Wir führen in dieser Arbeit daher eine Re-Evaluierung der Ergebnisse und eine Bewertung des Bogens an in Kindertagesstätten betreuten Kindern im 2. und 3. Lebensjahr durch.

1. EINLEITUNG

1.1 Entwicklung

Als Entwicklung wird das komplexe Zusammenwirken von genetischer Bestimmung, Organreifung, vielfältigen exogenen Einflüssen und selbständiger Aktivierung der eigenen Funktionen verstanden, welches durch verschiedenste Einwirkungen von außen – beispielsweise Krankheiten oder Beziehungsstörungen zur Umwelt - negativ beeinflusst werden kann [94].

Wohl wird die Frage nach der Abhängigkeit der mental-kognitiven Entwicklung von Umwelt oder Anlage seit jeher kontrovers diskutiert. Diese von einander zu trennen ist jedoch nicht möglich, vielmehr wird die geistige Entwicklung als Zusammenspiel aus beiden gesehen [83].

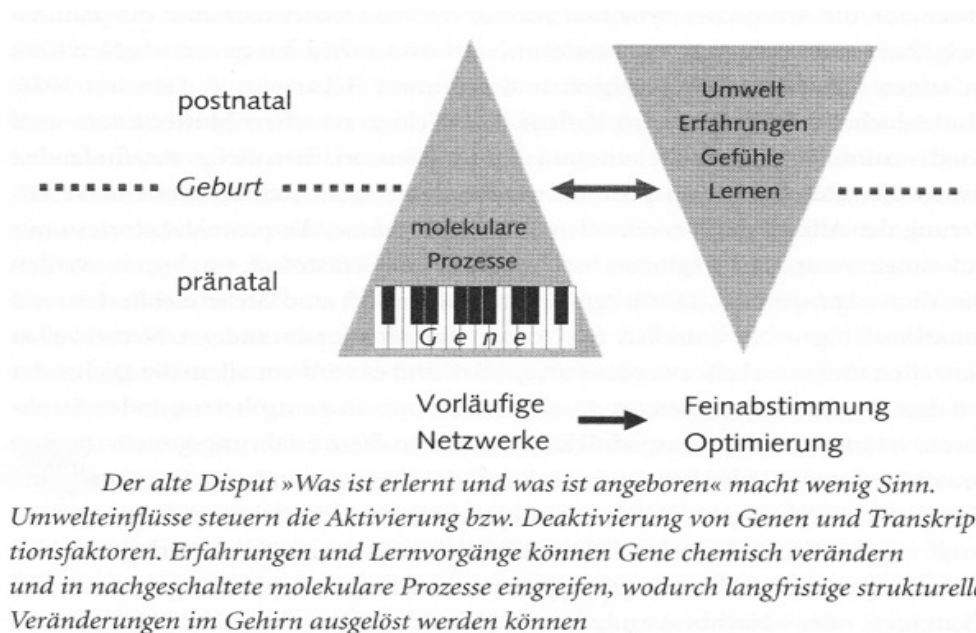


Abbildung 1: „Was ist erlernt, was ist angeboren?“ [21]

Schon 1951 zeigte Spitz an Beobachtungen in Waisenhäusern, dass für eine gelungene Entwicklung neben anlagebedingtem Verhalten auch mit der Umwelt gemachte Erfahrungen notwendig sind [88]. Brisch und Hellbrügge nennen die Umweltbedingungen, Erfahrungen, Gefühle und Lernmöglichkeiten „Feinabstimmung“, diese gilt es in der frühen

Kindheit zu optimieren [21,33). In diesem Zusammenhang weist u.a. Schore mit Blick auf die Hirnentwicklung auf die besondere Bedeutung der in den ersten Lebensjahren gemachten Erfahrungen hin [84,85].

1.2 Methoden der Entwicklungsdiagnostik

Die Entwicklungsdiagnostik befasst sich damit, den bisherigen Entwicklungsverlauf, den gegenwärtigen Status sowie die Voraussetzungen für die künftige Entwicklung festzustellen. Sie versucht dabei, die große Variabilität der Entwicklung im Sinne von durchschnittlich, unter- bzw. überdurchschnittlich und weit unterdurchschnittlich einzuordnen. Hierbei stehen verschiedene Methoden und Hilfsmittel zur Verfügung, wie die ausführliche Anamnese durch Befragung der Eltern und Kinder, standardisierte klinische Untersuchungen, Screeningtests sowie allgemeine und spezielle Entwicklungstests [60,61,94].

1.2.1 Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation

Eine kontinuierliche Dokumentation der Entwicklung kann ein wichtiger Baustein im Rahmen der ärztlichen oder therapeutischen Diagnostik sein. Fortschritte in der Entwicklung werden dokumentiert und es kann ein möglicher Hilfs- und Förderbedarf zielgerichtet festgestellt werden. Verschiedene Methoden können dabei helfen: das Formulieren des Entwicklungsstandes in freien Texten, standardisierte Bögen (z.B. das Denver-Entwicklungs-Screening) wie auch kommerziell erhältliche Vorlagen (z.B. die Entwicklungstabellen nach Kuno Beller [12], die Ages and Stages Questionnaires [4] oder Auswertungssoftware für den Computer [36]. Den Eltern bietet eine regelmäßige Dokumentation die Möglichkeit, sich aktiv mit der Entwicklung ihres Kindes auseinanderzusetzen und sie dabei gezielt und sinnvoll zu fördern [92].

Die Kinder können bei dieser Form der diagnostischen Beurteilung in ihrer gewohnten Umgebung von Eltern, pädagogischem oder medizinischem Personal beobachtet werden. Eine prüfungsähnliche Situation wird dadurch vermieden. Eine regelmäßig durchgeführte Beobachtung lässt die Dynamik der Entwicklung sichtbar und die Beurteilung des aktuellen

Entwicklungsstands unabhängig von der Tagesform des Kindes werden [92,94]. Zu beachten ist, dass Entwicklungsbeobachtung z.B. in Kindertagesstätten keine ausführliche Entwicklungsdiagnostik beim erfahrenen Spezialisten ersetzt, jedoch kann sie erste Hinweise auf Auffälligkeiten geben und ausführlichere Untersuchungen anstossen [46,66].

Im Rahmen der Entwicklungsbeurteilung zu einem definierten Zeitpunkt kommen neben Anamnese und ärztlicher Untersuchung auch Entwicklungstests und Elternfragebogen zur Anwendung. Den vielschichtigen Vorgang der Entwicklung mittels nur einer Methode zu erfassen, ist schwer möglich [41,83].

1.2.2 Anamnese

Bei entwicklungsdiagnostischen Fragestellungen wird in der Anamnese besonders auf die Familienvorgeschichte, Vorkommnisse in der Schwangerschaft, während und direkt nach der Geburt, Verhaltensauffälligkeiten bis zum jetzigen Zeitpunkt, therapeutische Interventionen und die aktuelle Betreuungssituation des Kindes geachtet. Aufgrund des Alters der zu betreuenden Patienten wird meist die Hilfe der Eltern benötigt, jedoch sollte das Kind, sobald es der Entwicklungsstand zulässt, mit einbezogen werden [6,7].

1.2.3 Früherkennungsuntersuchungen

1971 wurden in Deutschland für Kinder und Jugendliche Früherkennungsuntersuchungen eingeführt und sind heute nach §26, SGB V, Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Inhaltlich seitdem mehrmals erweitert und angepasst, erstrecken sich diese Untersuchungen von der U1 direkt nach der Geburt bis zu einer Jugendgesundheitsuntersuchung J1 mit 12-14 Jahren und versuchen u.a. frühestmöglich relevante Krankheiten oder Störungen vor allem der geistigen Entwicklung zu erkennen [91].

1.2.4 Entwicklungsdiagnostische Screeningverfahren

Mit Hilfe von Screeningtests können entwicklungsauffällige Kinder erfasst und mittels ausführlicher Entwicklungstests eingehend untersucht werden [33,41,54,60]. Da Screeningtests meist als Kurztest vorliegen, kann lediglich zwischen „auffälligen“ und „unauffälligen“ Entwicklungsverläufen unterschieden werden [63]. Beispiel für einen kostengünstigen und zeiteffektiven Screeningtest ist das Denver-Entwicklungsscreening (DES).

1.2.4.1 Das Denver Developmental Entwicklungs Screening (DES)

Der Denver Developmental Screening Test wurde 1967 von Frankenburg entwickelt und in den darauf folgenden Jahren mehrmals aktualisiert. Die deutsche Fassung (Denver Entwicklungs Screening, DES) wurde 1973 von Flehmig erarbeitet und anhand der Daten von 1455 Kindern standardisiert. Die Durchführung des DES dauert 15-25 Minuten und findet Anwendung für Kinder im Alter von 0-6 Jahren. Es umfasst die Bereiche Grobmotorik, Sprache, Feinmotorik/Adaptation und sozialer Kontakt. 1992 erfolgte eine Überarbeitung des DES mit stärkerer Gewichtung der Sprachentwicklung (Denver II). Obwohl der Denver II weltweit als eines der am besten standardisierten Screeninginstrumente gilt, wurde ihm eine geringe Sensitivität nachgewiesen. Die in Deutschland verwendeten Normen gelten als veraltet, die Neufassung der DES liegt nicht in deutscher Sprache vor [31,32,63,64,94].

1.2.5 Entwicklungstests und Elternfragebogen

Entwicklungstests werden in allgemeine und spezielle Tests unterteilt. Während allgemeine Tests die Entwicklung des Kindes in möglichst vielen Bereichen erfassen, widmen sich spezielle Tests Teilleistungsbereichen wie der Sprache oder der Motorik [3,40,60,63,94].

1.2.5.1 Griffiths-Entwicklungsskalen (GES)

Die Griffiths-Entwicklungsskalen wurden 1953 in England an 571 Kindern normiert und 1954 unter dem Titel „The Abilities of Babies“ erstmalig veröffentlicht [3,83]. Eine deutsche Normierung erfolgte durch I. Brandt in den Bonner Longitudinalstudien 1967-

1974 an 102 Kindern, Überarbeitungen fanden in den Jahren 1983 und 2001 statt [19]. Die GES können von 1-24 Monaten angewandt werden und erfassen mit 208 Items die 5 Entwicklungsbereiche Motorik, Auge und Hand, Hören und Sprechen, Leistungen im Umgang mit Gegenständen sowie die persönlich-soziale Entwicklung [3,34]. Aufgrund des sog. „ceiling-Effekts“ kann es jedoch passieren, dass die Leistungen von Kindern, die in Ihrer Entwicklung weit fortgeschritten sind, unterbewertet werden. Für die korrekte Durchführung der Tests ist eine ausgiebige Einarbeitung nötig. Obwohl die GES weit verbreitet sind, wird ihre Anwendung aufgrund methodischer Mängel und unzureichender Normierung nicht empfohlen. [41,57,94].

1.2.5.2 Bayley Scales of Infant Development

Nancy Bayley veröffentlichte 1969 die Bayley Scales of Infant Development (BSID), 1993 und 2006 erschienen überarbeitete Versionen [9]. Am häufigsten kommt international wie auch im deutschen Sprachraum die an 1700 amerikanischen Kindern normierte Version von 1993 zum Einsatz. Sie ist auch zur Beurteilung des Entwicklungsstandes deutscher Kinder einsetzbar [94]. Die BSID können bei Kindern im Alter von 1 bis 42 Monate angewandt werden und analysieren in 30-60 Minuten mit Hilfe von 289 Items und standardisierten Materialien auf einer kognitiven und motorischen Skala sowie einer allgemeinen Verhaltensbeurteilung Entwicklungsverzögerungen. Trotz der aufwändigen Einarbeitung werden die BSID-II im deutschsprachigen Raum und international als Goldstandard eingesetzt [7,34,60,83].

1.2.5.3 Entwicklungstest 6 Monate – 6 Jahre (ET 6-6)

Dem ET 6-6 liegt als Theorie die Variabilität der kindlichen Entwicklung zugrunde, seine Normbereiche orientieren sich weitgehend am Prinzip der Grenzsteine nach Michaelis. Mit ihm kann der Entwicklungsstand von Kindern im Alter von 6 Monaten bis 6 Jahren in 6 Bereichen beurteilt werden: Körpermotorik, Handmotorik, kognitive Entwicklung, Sprachentwicklung, Sozialentwicklung und emotionale Entwicklung. Er umfasst 180 Aufgaben, davon 113 Testaufgaben und 67 Elternfragen. Die Durchführung dauert altersabhängig zwischen 10 und 50 Minuten. Ab einem Alter von 42 Monaten wird

zusätzlich ein „Untertest Nachzeichnen“ durchgeführt. Der ET 6-6 wurde an 950 Kindern in Deutschland normiert, er gilt in Bezug auf Material, Instruktionen zur Durchführung, der Leistungsbewertung, den Regeln zur Auswertung und deren Interpretation als gut standardisiert. Eine graphische Darstellung der Testleistungen erfolgt mittels eines Entwicklungsprofils [62,68].

1.3 Außerhäusliche Betreuung

Die im Vorwort erwähnte Diskussion um den Besuch von Kinderkrippen durch Kinder unter 3 Jahren soll Anlass sein, Faktoren, die zu einer gelingenden Entwicklung beitragen, zu erarbeiten und Entwicklungsbedingungen zu optimieren. Die Betreuung und Begleitung von Kindern steht dabei vor neuen Herausforderungen, da zunehmend auch außerhäusliche Betreuungsformen in Anspruch genommen werden.

1.3.1 Betreuungsbedarf

Im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert wurden Kinderkrippen erstmalig „als notwendiges Übel“ gegründet, damit beide Elternteile einer Arbeit nachgehen können. Initiator der ersten Krippe war 1844 der Pariser Jurist Firmin Marbeau.

Heute erfreuen sie sich einer zunehmenden Beliebtheit. Gründe finden sich in einer sich verändernden Gesellschaft, in den Familien, der Wirtschaft und deren Verhältnis zueinander: eine steigende Lebenserwartung, Rückgang der Geburten, kleiner werdende Haushalte mit einer zunehmenden Zahl alleinerziehender Elternteile, einem veränderten Bild von Partnerschaft und Ehe sowie die häufig gewünschte Berufstätigkeit beider Elternteile sind Gründe für eine erhöhte Nachfrage nach außerhäuslicher Betreuung schon für Kinder unter 3 Jahren [67,74]. Das selten gewordene Zusammenleben in Großfamilien erhöht den Unterstützungsbedarf von außen zusätzlich.

Zahlen, entnommen dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) Zahlenspiegel 2007, zeigen, dass von insgesamt 2.100.000 Kindern zwischen 0 - 3 Jahren gut 290.000 Kinder dieser Altersgruppe eine Kindertageseinrichtung besuchen, was einer Besuchsquote von knapp 14% entspricht (mit großen Unterschieden zwischen Ost- und Westdeutschland).

Der Bedarf scheint hingegen höher zu sein: bei einer Krippenbesuchsquote von 8% gehen in Westdeutschland 30,6% der Mütter einer Beschäftigung nach [26]. 89% der Mütter von Kleinkindern stehen vor dem Problem, keine Betreuungsmöglichkeit für ihr Kind zu finden und gehen daher keiner Erwerbstätigkeit nach [15]. Daten der DJI-Kinderbetreuungsstudie zufolge, in der 8000 Mütter und Väter von 13700 Kinder befragt wurden, wünschen sich 31% der Eltern einen Betreuungsplatz für das zweite Lebensjahr, 60% für das dritte Lebensjahr [14].

Nicht zuletzt führt die Diskussion um die Bedeutung der ersten Jahre als Voraussetzung für hohe Bildung, geknüpft an die Forderung nach Chancengleichheit für Kinder aus allen gesellschaftlichen Schichten und aus Familien mit Migrationshintergrund, zu einem wachsenden Bedarf an qualitativ hochwertiger Kinderbetreuung. Groß angelegte Studien zur Grundlagenforschung wie die „Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit -NUBEKK“ oder eine Studie des amerikanischen „National Institute of Child Health and Human Development - NICHD“ präsentierten kürzlich umfassende Ergebnisse zu Chancen und Risiken [47,69,70].

1.3.2 Gesetzliche Regelungen

Mit dem Gesetz zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung (Tagesbetreuungsausbaugesetz, TAG) wurde eine rechtliche Grundlage zum Ausbau der Kindertagesbetreuung für Kinder unter 3 Jahren geschaffen. Bis 2013 sollen demnach Plätze für 750.000 Kinder zur Verfügung stehen. Im Kinderförderungsgesetz (KiföG) wurde schließlich das „Ausbauziel einer Betreuungsquote von 35 Prozent für unter Dreijährige bis zum Jahr 2013 sowie ein Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz ab dem 01.08.2013“ festgehalten [15]. Im 320 Seiten starken Bayerischen Kinderbildungs- und -betreuungsgesetz (BayKiBiG) werden Details zu den Erziehungs- und Bildungszielen genannt. Der Ausbau der Kinderkrippen ist aktuell im Gange, wobei sich der Stand der Umsetzung und die Summe der Investitionen in den Bundesländern gravierend unterscheidet [8,96]. Der Blick auf den europäischen Vergleich zeigt, dass Deutschland mit seiner aktuellen Betreuungsquote von 7% weit hinter dem europäischen Durchschnitt von 29% liegt. Spitzenreiter ist Belgien mit 81%, gefolgt von Dänemark (56%), Frankreich (43%) und Schweden (41%). Schlusslicht ist Italien mit 6% [15,70].

1.3.3 Betreuungsqualität

Frühpädagogische Forschungsarbeiten belegen, dass sich Kinder in qualitativ hochwertigen Krippen durchschnittlich positiver entwickeln, als in Krippen von geringer Qualität [98]. Wissenschaftlich wird die Qualität einer Kinderbetreuungseinrichtung anhand der Orientierungsqualität, Strukturqualität, Organisationsqualität, Prozessqualität sowie der Elternabstimmung und der Vernetzung mit externen Stellen gemessen [11]. Großen Einfluss auf eine gelingende sinnvolle Pädagogik hat zusätzlich der Erzieherinnen-Kind-Schlüssel und die Gruppengröße [98]. Angelehnt an aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung, der Kinder und Jugendpsychiatrie und den Zahlen des Kinderbetreuungsgesetzes der Europäischen Union, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) folgenden Betreuungsschlüssel: für Säuglinge von 9 bis 12 Monaten 1 Betreuerin für maximal 2 Kinder, für Kinder von 12 bis 24 Monaten 1 Betreuerin für maximal 3 Kinder und für Kinder von 24 bis 36 Monaten 1 Betreuerin für maximal 4 Kinder. Die Gruppengröße sollte möglichst klein gehalten werden, bei Kindern unter 3 Jahren maximal 12 Kinder [47,48]. Nur so ist eine fürsorgliche und an den Bedürfnissen der Kinder orientierte Betreuung gewährleistet. Weitere Merkmale einer qualitativ hochwertigen Betreuung sind Kontinuität und Vertrauen zwischen Kind und betreuender Person, aber auch zwischen den Eltern und den Erzieherinnen. Eine strukturierte Eingewöhnungsphase, ein geregelter Tagesablauf und eine kontinuierliche Betreuung durch eine Erzieherin werden hierfür empfohlen [1].

Vielfach wird die Professionalisierung des Erzieherinnenberufs durch ein Hochschulstudium gefordert. Spezifische Themen für die Altersgruppe der unter 3 Jahre alten Kinder könnten hier in einem größeren Umfang vermittelt werden, als das bisher im Rahmen der 2 bzw. 3 Jahre dauernden Ausbildung zur Kinderpflegerin/Erzieherin möglich ist: neben besonderen pädagogischen Qualifikationen sind dies Themen der Prävention, Risikobewertung, Beratung und Elternarbeit. Auch die Integration ausländischer Kinder und deren Familien stellt hohe Ansprüche an die Fähigkeiten der Erzieherinnen [26,72]. Aktuell bieten 24 Hochschulen in Deutschland ein Studium der „Frühkindlichen Pädagogik“ an, ein weiterer Ausbau wird angestrebt [37].

1.3.4 Das pädagogische Konzert von E. Pikler

Die ungarische Kinderärztin Emmi Pikler (1902-1984) hält 4 Punkte für bedeutend [24]:

1. Die selbstständige Aktivität
2. Die bewusste Wahrnehmung seiner selbst und seiner Umwelt
3. Eine privilegierte emotionale Beziehung
4. Gesundheit.

Als Leiterin der Kinderheims Lóczy in Budapest machte sie diese pädagogischen Prinzipien zu verbindlichen Grundsätzen für den Umgang mit den dort lebenden Kindern. Eine Langzeitstudie der Weltgesundheitsorganisation zeigt, dass die dort betreuten Kinder nicht an den typischen psycho-emotionalen Folgeerscheinungen einer Heimbetreuung litten [93]. Das Lóczy wurde daraufhin zu einem Fortbildungsinstitut und dient nun unter dem Namen ‚Pikler-Institut‘ als international anerkanntes methodologisches Institut mit Forschungsauftrag [78].

Prinzip der dort stattfindenden Forschungsarbeit zur kindlichen Entwicklung ist es, keine simulierten Situationen zu erstellen und auszuwerten. Forschungsgrundlage sind ausschließlich die Daten, die durch gründliche Beobachtung der Kinder und eine darauf aufbauende ausführliche Dokumentation gewonnen werden können [44]. In aktuellen wissenschaftlichen Arbeiten zur Kleinkindforschung finden sich die von Pikler genannten Grundsätze zur fürsorglichen Arbeit mit Kindern wieder [39,89].

1.3.4.1 Die selbstständige Aktivität und die bewusste Wahrnehmung seiner Selbst und seiner Umwelt

Vor allem die selbstständige Aktivität und eine liebevolle und kontinuierliche emotionale Beziehung stehen im Mittelpunkt des Konzepts. Eines der Prinzipien Piklers ist, Entwicklungsschritte nicht beschleunigen zu wollen. Kindern soll Zeit gegeben werden, sich ihrem eigenen Tempo entsprechend zu entwickeln. Wenn es selbst dazu bereit ist, wird sich das Kind ganz von selbst dem nächsten Entwicklungsschritt zuwenden. Sicherheit und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten sind die Konsequenz [76,77]. Sie empfiehlt, Zeit und Raum zum freien und eigenständigen Spiel zu geben. Die Kinder können dadurch

Erfahrungen sammeln und Entdeckungen machen. Ausgewählte Spielmaterialien und eine vorbereitete sichere Umgebung unterstützen sie dabei [29,75,77].



Abbildung 2: Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten: Tibi an den Stufen, vorsichtig und umsichtig ausprobierend, 19. LM [82]

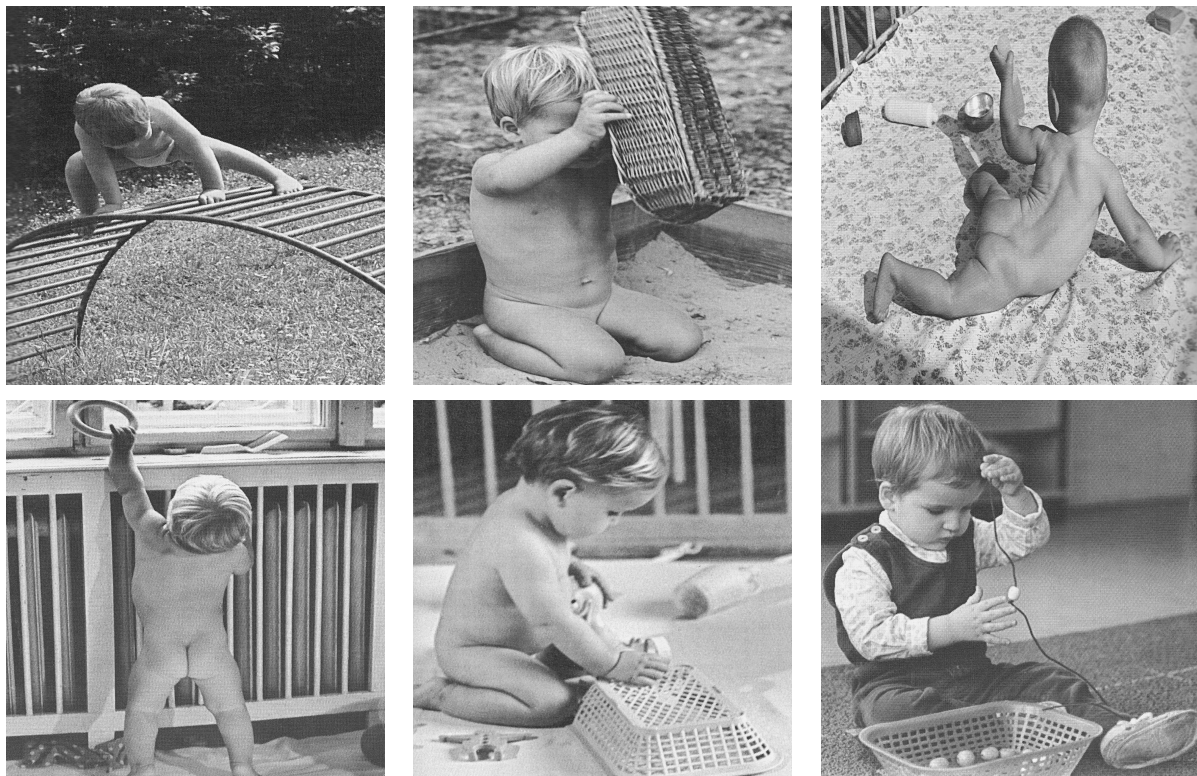


Abbildung 3: ausgewählte Spielmaterialien in einer vorbereiteten und sicheren Umgebung [82]

1.3.4.2 Eine privilegierte emotionale Beziehung und Gesundheit

Grundsatz von Piklers Arbeit ist ein aufmerksamer und respektvoller Umgang mit Kindern von Geburt an. Ihr zufolge eignet sich ganz besonders die Zeit der Pflege für den Aufbau einer sicheren Beziehung. Sie sieht den Säugling dabei als aktiv teilnehmenden Partner – gerade alltägliche und sich wiederholende Handlungen wie das Füttern, Waschen, An- und Ausziehen können Gelegenheit zur Kommunikation und Interaktion mit dem Säugling bieten [76,95]. Große Bedeutung sieht sie auch in der Erhaltung der Gesundheit. Sie betrachtet den Säugling als ein im Gleichgewicht stehendes Individuum, eine Störung dieses Zustandes macht sich ihr zufolge beispielsweise durch fremdeln, Schlafprobleme oder mangelnden Appetit bemerkbar [23,28]. J. Bowlby untersuchte in den 1950er Jahren intensiv wissenschaftlich die Entstehung und Auswirkung von Bindung [17]. Aktuelle Forschung auf dem Gebiet der Kleinkind- und Säuglingspsychiatrie beschäftigt sich mit epidemiologischen und therapeutischen Fragestellungen zu Störungsbildern in dieser frühen Entwicklungsphase [38].

Im Blickpunkt stehen dabei die Früherkennung von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Ess- und Fütterstörungen oder Bindungsstörungen [38]. Eine wichtige Quelle für diese Arbeiten sind u.a. Langzeituntersuchungen zur Entwicklung von rumänischen Waisenkindern nach deren Adoption [71]. Weitere Experimente und Studien belegen, dass die Art der Bindung auch weitreichende biologische Folgen haben kann, so auf die Sekretion von Stresshormonen [2,5,25,86,87,99,100] und global auf die Hirnentwicklung [20,21,35,39,42,43,49,50,51,74,84,85]. Eine sichere Bindung wird heute für die Bereitschaft des Kindes, sich offen für neue Erfahrungen und Entdeckungen zu zeigen, als Voraussetzung gesehen. Die Kinder bekommen dadurch die Möglichkeit, sich zu selbstbewussten und sozial kompetenten Persönlichkeiten zu entwickeln, positive Auswirkungen einer sicheren Bindung lassen sich bis in das Erwachsenenalter nachweisen [10,13,17,18,22,42,43,58]. Den Erfahrungen der ersten Lebensjahre kommt somit eine herausragende und prägende Bedeutung zu.

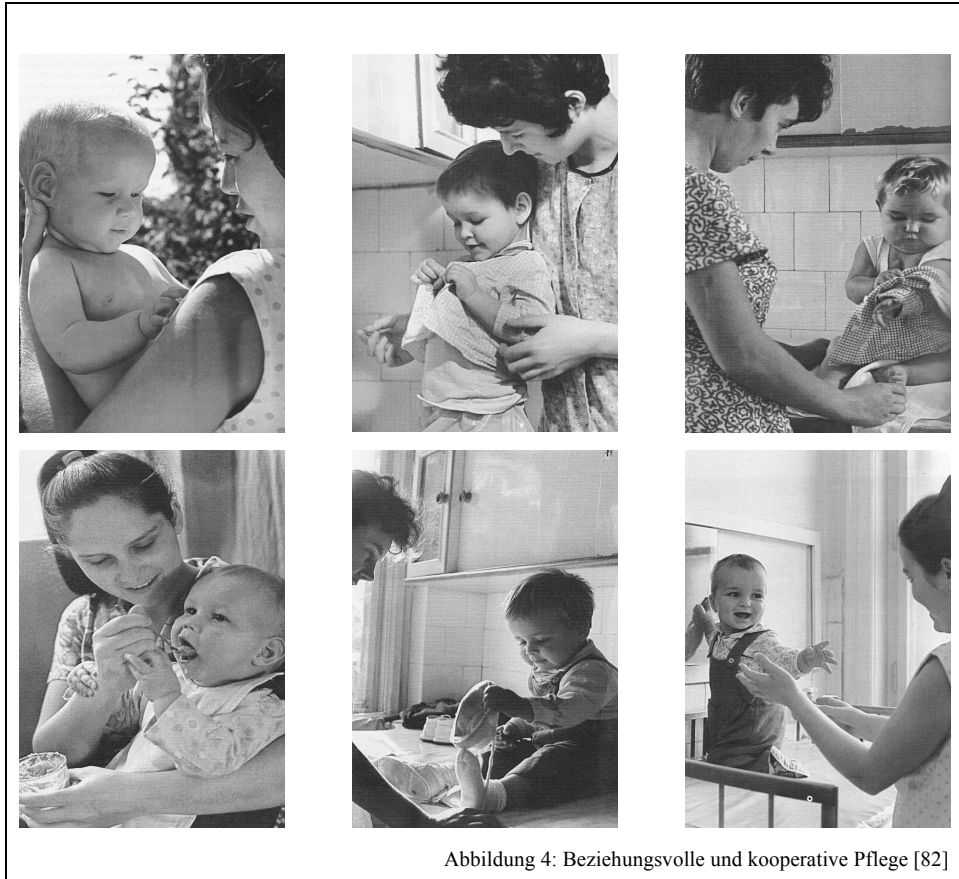


Abbildung 4: Beziehungsvolle und kooperative Pflege [82]

1.3.5 Krippenkinder und Bindung

Im Rahmen der Diskussion um außerhäusliche Betreuung wurde die Befürchtung vorgebracht, die so wichtige sichere Bindung im Kindesalter könne lediglich zu einer Person, der Mutter, aufgebaut werden. Der tschechische Kinderpsychologe Matejcek sprach sich ab den 1960er Jahren aufgrund der in seiner Heimat beobachteten Zustände in kollektiven Betreuungseinrichtungen für Kinder gegen eine außerhäusliche Betreuung in den ersten Lebensjahren aus und bezeichnete die „intensive und dauerhafte Gefühlsbindung zur Mutter als das, was ein kleines Kind am Nötigsten braucht“. Wird diese Bindung unterbrochen, so stellen sich seelische Schäden ein. Jedoch sei dies durch eine feinfühlig agierende Ersatzperson zu vermeiden [55]. Auch aktuelle Forschungsergebnisse lassen der Beziehung zur Mutter eine herausragende Bedeutung zukommen, jedoch kann es Kindern sehr wohl gelingen, gleichzeitig auch zu verschiedenen Personen eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Die Ansprüche an die jeweiligen Personen variieren dabei – von emotionaler Wärme über Stimulation bis hin zu Unterstützung des Erkundungsdranges.

Mutter, Vater, Großeltern, Tagesmutter oder der Erzieherin in der Kindertagesstätte kommt so eine jeweils spezifische und bedeutende Aufgabe zu [1,73]. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Beachtung der Persönlichkeit des Kindes sowie eine hohe Betreuungsqualität mit einer Kontinuität der betreuenden Personen (vgl. Kapitel 1.3.3).

In einem Anfang der 90er Jahre begonnenen amerikanischen Studie des National Institute of Child Health and Development (NICHD), der „Study of Early Child Care“, wurden mehr als 1300 Kinder über 15 Jahre lang begleitet und viele Faktoren ihrer Entwicklung dokumentiert und ausgewertet. Unter anderem gibt es aus diesem Datenmaterial Untersuchungen zur Bindungsqualität zwischen Krippenkindern und ihrer Mutter. Die Ergebnisse zeigen auch bei in Krippen betreuten Kindern im Alter von 15 Monaten eine unbeeinflusste Bindungsqualität zur Mutter [69]. Jedoch ist dies zum einen von einer qualitativ hochwertigen Betreuung und dem Kindesalter bei Krippeneintritt abhängig [16]. Eine Untersuchung an 76 in Berliner Tagesstätten betreuten Kindern kommt zu ähnlichen Ergebnissen [80,81,101].

Aus dem umfangreichen Datenmaterial der „NICHD Study of Early Child Care“ lassen sich jedoch auch unabhängig von anderen Faktoren negative Auswirkungen auf sozioemotionale Fähigkeiten der außerhäuslich betreuten Kindern ableiten. So beschreibt Böhm in einer Analyse, in der er sich auf Ergebnisse der NICHD-Studie bezieht, bei langer Zeit außerhäuslich betreuten Kindern auch im Jugendalter noch auffallend häufig „dissoziales Verhalten wie Streiten, Kämpfen, Sachbeschädigungen, Prahlen, Lügen, Schikanieren, Gemeinheiten begehen, Grausamkeit, Ungehorsam oder häufiges Schreien“.

Mit den Daten der Studie beschäftigen sich mehr als 300 wissenschaftliche Arbeiten, Ergebnisse und daraus abgeleitete Empfehlungen wurden jüngst vorgestellt [16,69].

1.4 Fragestellung, Ziel und Grundlage der Arbeit

Ziel unserer Untersuchung ist, mit Hilfe einer größeren Anzahl von beobachteten Kindern einen Entwicklungsbeobachtungsbogen für Kinder im 2. und 3. Lebensjahr zu überarbeiten und zu evaluieren, der von Eltern und in Krippen eingesetzt werden kann.

Grundlage der durchgeführten Untersuchung ist ein von der ungarischen Kinderärztin Emmi Pikler in Zusammenarbeit mit Judith Falk entworfener Beobachtungsbogen. Dieser Bogen wurde in den Jahren 1964-1968 an 150 im ungarischen Kinderheim Lóczy in Budapest betreuten Kindern normiert und seit 1971 obligatorisch in allen ungarischen Säuglings- und Kleinkindheimen zur Entwicklungsdokumentation eingesetzt [27].

Beobachtet werden insgesamt 73 Items in 4 Hauptgebieten der kindlichen Entwicklung [27,53,97]:

- I. Die Bewegungsentwicklung (18 Items)
- II. Das Verhalten während der Pflege und Sauberkeitsentwicklung (27 Items)
- III. Die Entwicklung der Augen-Handkoordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit (14 Items)
- IV. Die Entwicklung der Lautgebung und des Sprechens (14 Items)

Mit dem Bogen können Kinder von Geburt an bis zum Ende des 36. Lebensmonats kontinuierlich beobachtet werden. Es wird jeweils die erstmalige Beobachtung einer neuen Fähigkeit eingetragen. Im weiteren Verlauf wird markiert, ob die Fähigkeit weiterhin beherrscht wird. So wird es durch das regelmäßige Eintragen der beobachteten Fähigkeiten möglich, etwaige Entwicklungsstillstände oder Rückschritte zu erkennen.

Vom 1. bis zum 18. Lebensmonat werden die Beobachtungen monatlich eingetragen, ab dem 18. Lebensmonat in einem Abstand von 4 Monaten. Hierdurch wird der schnelle Entwicklungsverlauf in den ersten eineinhalb Jahren berücksichtigt. Der Bogen wird möglichst objektiv von den Betreuerinnen des Kindes ausgefüllt, zusätzlich liegt dem original Lóczy-Beobachtungsbogen eine ausführliche Beschreibung der Items vor.

Inhalt dieser Arbeit ist die Entwicklung des Sozial- und Spielverhaltens bei Kindern im 2. und 3. Lebensjahr. Beobachtet wird daher die Entwicklung in den Dimensionen „Das Verhalten während der Pflege“, „Das Verhalten bei Essen und Trinken“, „Sauberkeitsentwicklung“ und „Die Entwicklung der Augen-Handkoordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit“. Die weiteren Kategorien des Lóczy-Beobachtungsbogens „Die Bewegungsentwicklung“ und „Entwicklung der Lautgebung und des Sprechens“ werden in der Dissertation von B. Mäder behandelt [65]. Mit der Entwicklung der Kinder im 1. Lebensjahr und einer Evaluierung des Lóczy-Beobachtungsbogens für diesen Zeitraum befasste sich die Dissertation von Trede [97].

Der unserer Untersuchung zugrunde liegende Lóczy-Beobachtungsbogen soll nicht als Instrument zur spezifischen Entwicklungsdiagnostik verstanden werden. Jedoch kann er bei regelmäßiger Beobachtung und Dokumentation der kindlichen Fähigkeiten als Screeninginstrument dienen und durch seinen Aufbau die große Variabilität und Dynamik der kindlichen Entwicklung verdeutlichen [27]. Beginnend mit der Art der Fragestellung soll er die Aufmerksamkeit außerdem auf die selbstständige Aktivität des Kindes lenken und zu einem sinnvollen Umgang mit ihm führen.

Die lange zurückliegende Normierung und der vorgesehene Einsatz im 2. und 3. Lebensjahr macht es notwendig, den Bogen zu überarbeiten und neu zu evaluieren.

2. METHODIK UND PROBANDENKOLLEKTIV

2.1 Modifikationen am Lóczy-Beobachtungsbogen

Die Zielgruppe unserer Untersuchung sind Kinder im 2. und 3. Lebensjahr, einer Altersgruppe, die immer häufiger außerhäuslich betreut wird. Die Datengewinnung erfolgte in unserer Untersuchung daher fast ausschließlich in Kinderkrippen. Die Erzieherinnen sollten einmal im Monat in den Bogen eintragen, welche Fähigkeiten sie beobachten konnten. Wir wählten somit aus dem Beobachtungsbogen, der im Lóczy verwendet wurde, in den genannten Kategorien die Items aus, die von einem Großteil der Kinder im 2. und 3. Lebensjahr erstmalig beherrscht werden. Geringfügig erfolgten Präzisierungen, Ergänzungen sowie eine zeitgemäße Formulierung, beispielsweise Item 27 Benutzt den Topf/die Toilette, Item 29 Baut Turm mit 2-3 Klötzen oder Item 30 Baut Turm mit >3 Klötzen.

Der von uns erstellte Bogen umfasst somit insgesamt 40 Items, von denen 21 Items Bestandteil dieser Arbeit sind. Der Bogen wurde zur leichten Handhabung auf Vorder- und Rückseite eines farbigen Kartons gedruckt. Zusätzlich wurde eine kurze Anleitung zum Ausfüllen des Bogens verfasst, auf eine ausführliche Definition der einzelnen Items verzichteten wir bewusst.

2.2 Beschreibung des Vorgehens

Hierfür wurden nach positivem Votum durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg 30 Kindertagesstätten und Kindergärten mit Gruppen für Kinder unter drei Jahren in der Stadt und im Landkreis Würzburg per Post angeschrieben. Die Bitte um Mitarbeit wurde schließlich per e-Mail auf über 250 Einrichtungen im gesamten süddeutschen Raum ausgeweitet. Zusätzlich wurde mit der Einrichtung einer Homepage unter www.entwicklungsdokumentation.de die Möglichkeit gegeben, unverbindlich erste Informationen einzuholen und in Kontakt zu treten.

2.3 Zusammensetzung des Probandenkollektivs

Es haben sich 10 Einrichtungen bereit erklärt, über mehrere Monate den Entwicklungsstand der Kinder zu dokumentieren. 100 Kinder wurden beobachtet. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen, 51 Kinder sind männlich, 49 weiblich. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Beobachtung zwischen 9 und 36 Monaten alt (Mittelwert 23,25 Monate), das Alter bei Aufnahme lag zwischen 8 und 30 Monaten (im Mittel bei 15 Monaten). Die Zahl der Geschwister lag zwischen 0 und 5 (im Mittel bei 0,75).

Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder im ersten Lebensjahr wurden bei 17 Kindern angegeben, nähere Angaben zu Art und Schwere der Komplikation wurden nicht gemacht.

Über 50% der Väter und gut 40% der Mütter haben Abitur, 40% der Väter eine abgeschlossene Ausbildung und fast 60% der Mütter eine abgeschlossene Ausbildung (wobei keine weiteren Angaben zur Art der Ausbildung vorliegen und aufgrund ungenauer Angaben anzunehmen ist, dass hiervon auch einige Elternteile eine abgeschlossene Ausbildung mit Abitur haben). 90% der Mütter geben als Muttersprache Deutsch an.

3. ERGEBNISSE DER EINZELNEN ITEMS

3.1 Bemerkungen zur Auswertung der Einzelitems

Die Auswertung der Daten erfolgte zunächst über die Programme StatSoft STATISTICA 10 sowie IBM SPSS Statistics Version 20. Die Diagramme der Einzelitems wurden mit Microsoft Excel 2011, die zusammenfassenden Box-and-Whiskers-Diagramme mit StatSoft STATISTICA 10 erstellt.

Für jedes der beobachteten Items 12-32 liegt ein Einzeldiagramm vor.

Die x-Achse des Koordinatensystems zeigt den Lebensmonat, in dem die Fähigkeit zum ersten Mal beobachtet wurde. Hier sind die Monate 13 bis 36 sowie die Zeiträume <13 Lebensmonate und >36 Lebensmonate aufgetragen.

Die y_1 -Achse zeigt die absolute Anzahl an Kindern, welche die entsprechende Fähigkeit beherrscht in Form von Balken. Der maximale Achsenwert ist für alle Diagramme einheitlich entsprechend der größten vorkommenden Anzahl gewählt, lediglich die Diagramme der Items 21 und 22 besitzen eine abweichende Skalierung.

Auf der y_2 -Achse sind kumulativ die entsprechenden prozentualen Werte der Kinder, welche die Fähigkeit beherrschen, als Kurve ablesbar. Auf diese y_2 -Achse beziehen sich ebenfalls die Punkte (\bullet), welche die entsprechenden Werte aus dem Lóczy-Beobachtungsbogen darstellen.

In einem weiteren Schritt werden statistische Werte tabellarisch aufgeführt.

In der ersten Zeile die Zahl n der Kinder, die beobachtet wurde.

n_{gesamt} bezeichnet die Gesamtzahl an Kindern, für die auswertbare Werte in den Dokumentationsbögen eingetragen wurden.

$n_{LM < 13}$ bezeichnet die Anzahl an Kindern, welche die entsprechende Fähigkeit bereits vor dem 13. Lebensmonat (LM) beherrscht, $n_{LM > 36}$ entsprechend die Kinder, die hierzu erst nach dem 36. Lebensmonat in der Lage sind.

$n_{LM 13-36}$ gibt die Anzahl der Kinder wieder, die in dem beobachteten Zeitraum des 2. und 3. Lebensjahres die Fähigkeit zum ersten Mal zeigt.

Die entsprechenden Prozentwerte sind in Klammern angegeben, 100% entsprechen n_{gesamt} .

In der zweiten Zeile stehen als Spannbreite der erhobenen Werte der kleinste und größte markierte Lebensmonat.

In der dritten Zeile sind die Werte für die 16. Perzentile, die 50. Perzentile sowie die 84. Perzentile angegeben. Die 16. Perzentile entspricht hierbei dem Lebensmonat, in dem 16% der beobachteten Kinder die Fähigkeit zum ersten Mal zeigen, 84% der beobachteten Kinder sind hierzu noch nicht in der Lage (50. und 84. Perzentile entsprechend).

Da die gewonnenen Daten keiner Gaußschen Normalverteilung entsprechen, wird auf die Berechnung eines Mittelwertes verzichtet und stattdessen der Median (entspricht der 50. Perzentile) angegeben. Die Angabe der Werte für die 16. und 84. Perzentile wurde angelehnt an die einfache Standardabweichung des Mittelwertes gewählt, 68% der beobachteten Kinder zeigen zwischen diesen Monaten die entsprechende Fähigkeit zum ersten Mal.

Bei der Interpretation der berechneten statistischen Werte ist zu berücksichtigen, dass Monatsangaben wie beispielsweise 21,3 nicht gerundet, sondern dem jeweiligen Lebensmonat zugerechnet wurden, in diesem Fall dem 22. Lebensmonat. Ebenso befindet sich ein Kind im Alter von 17 Monaten bereits im 18. Lebensmonat. Bei der Erstellung der Diagramme und der Zuordnung des Alters/der Lebensmonate wurde ähnlich verfahren.

Im Anschluss erfolgt eine Beschreibung der erstellten Diagramme.

3.2 Die Auswertung der Einzelitems: Diagramme

3.2.1 Das Verhalten während der Pflege

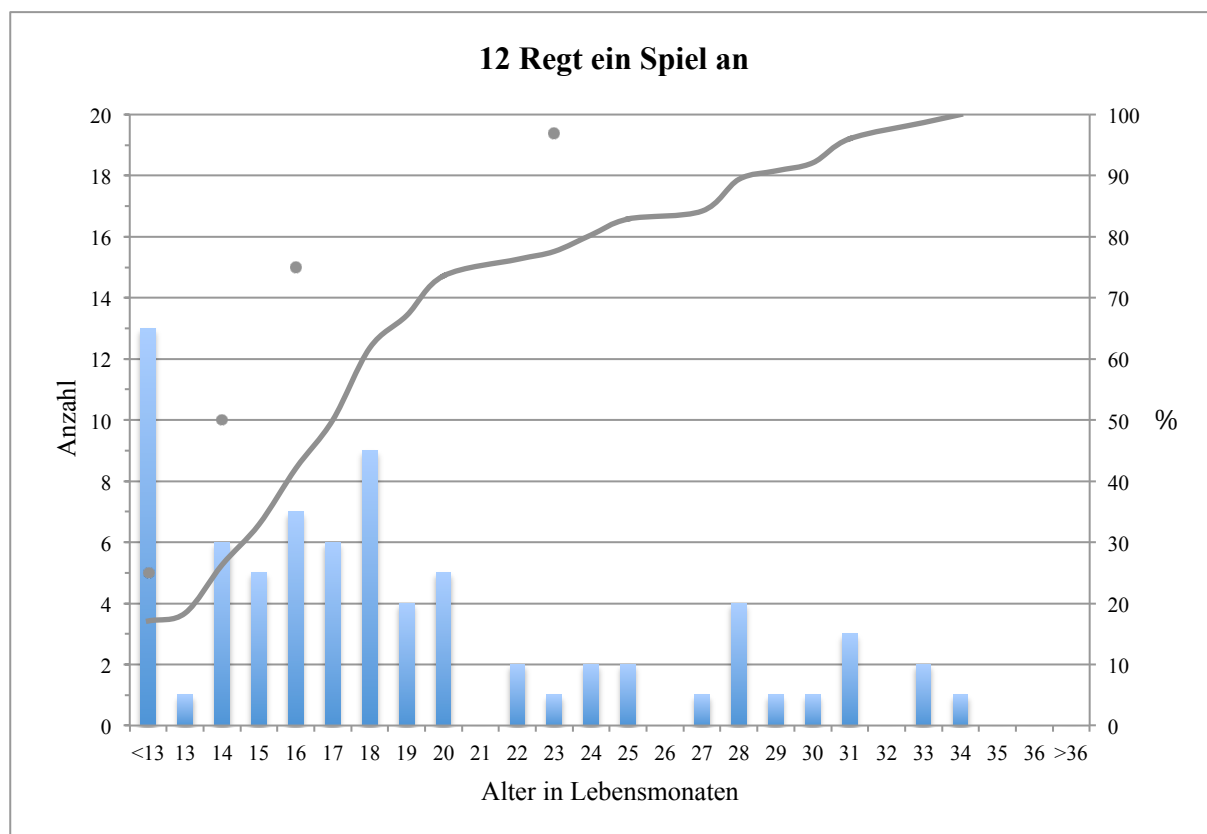


Diagramm 1: 12 Regt ein Spiel an

$n_{LM\ 13-36} = 63$ (89,2%)	$n_{LM\ <13} = 13$ (17,1%)	$n_{LM\ >36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 76$ (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: <13. Lebensmonat	50. Perzentile: 18. Lebensmonat	84. Perzentile: 28. Lebensmonat	

Bei insgesamt 76 Kindern wurde das Item *12 Regt ein Spiel an* im Untersuchungszeitraum beobachtet. 13 Kinder (entspricht 17,1%) regen bereits im ersten Lebensjahr ein Spiel an, 63 Kinder (entspricht 82,9%) zeigen diese Fähigkeit zwischen dem 13. und 36. Lebensmonat. Der Median liegt im 18. Lebensmonat, die 16. Perzentile vor dem 13. Lebensmonat, die 84. Perzentile im 28. Lebensmonat. Erkennbar ist eine stete Zunahme des erstmaligen Beherrschens der Fähigkeiten bis zum Alter von 18 Lebensmonaten, über 60% der Kinder regen bis zu diesem Zeitpunkt erstmalig ein Spiel an.

Die Werte der Kinder der ungarischen Vergleichsgruppe (•) liegen gut 3 Monate früher.

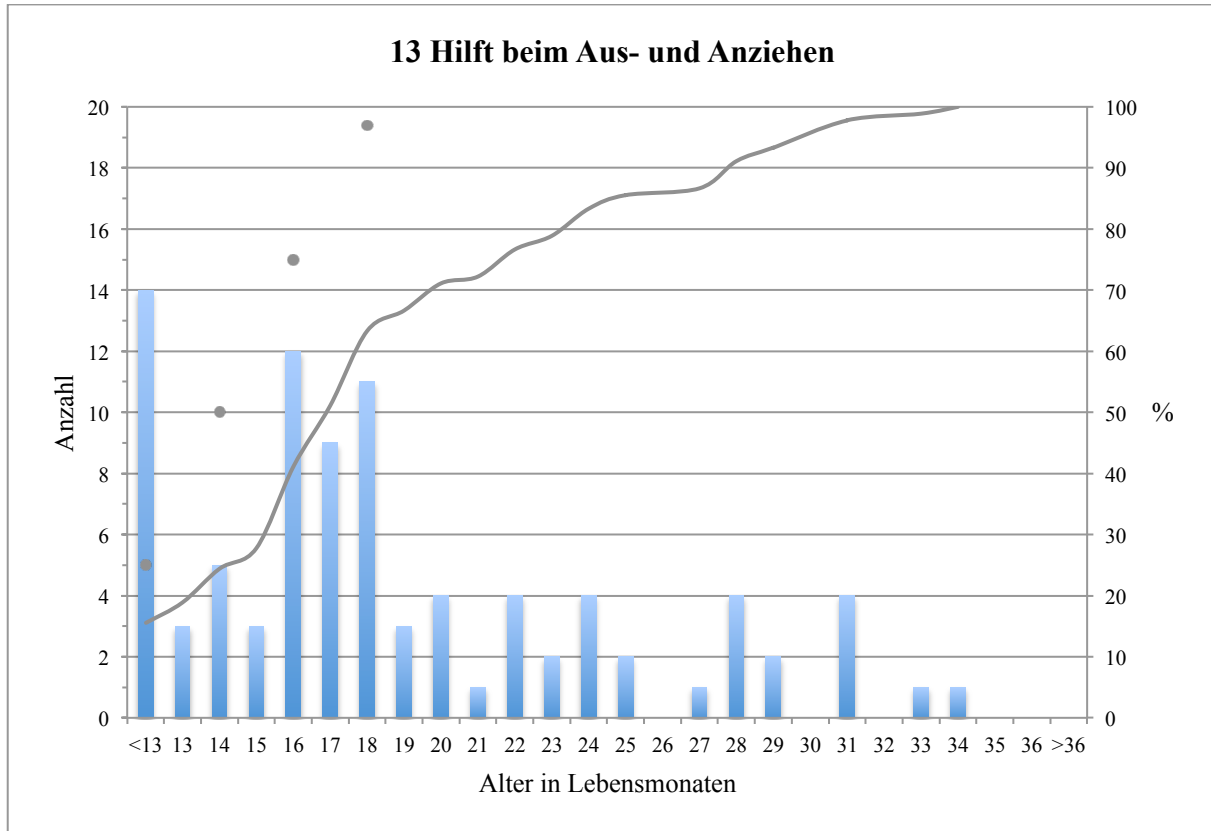


Diagramm 2: 13 Hilft beim Aus- und Anziehen

n _{LM 13-36} = 76 (84,4%)	n _{LM <13} = 14 (15,6%)	n _{LM >36} = 0 (0%)	n _{gesamt} = 90 (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 14. Lebensmonat	50. Perzentile: 18. Lebensmonat	84. Perzentile: 26. Lebensmonat	

Für das Item *13 Hilft beim Aus- und Anziehen* liegen Daten von insgesamt 90 Kindern vor. 14 Kinder (entspricht 15,6%) helfen bereits im ersten Lebensjahr, 76 Kinder (entspricht 84,4%) in den Lebensmonaten 13 bis 36.

Der Median liegt im 18. Lebensmonat, die Perzentilen 16 und 84 im 14. und 26. Lebensmonat.

Ein Anstieg ist in den Monaten 16, 17 und 18 zu erkennen, im Anschluss flacht der Kurvenverlauf bis zum Monat 34 ab.

Im Vergleich mit den Kindern aus Ungarn (•) helfen die Kinder unserer Studie gut 3 Monate später beim Aus- und Anziehen.

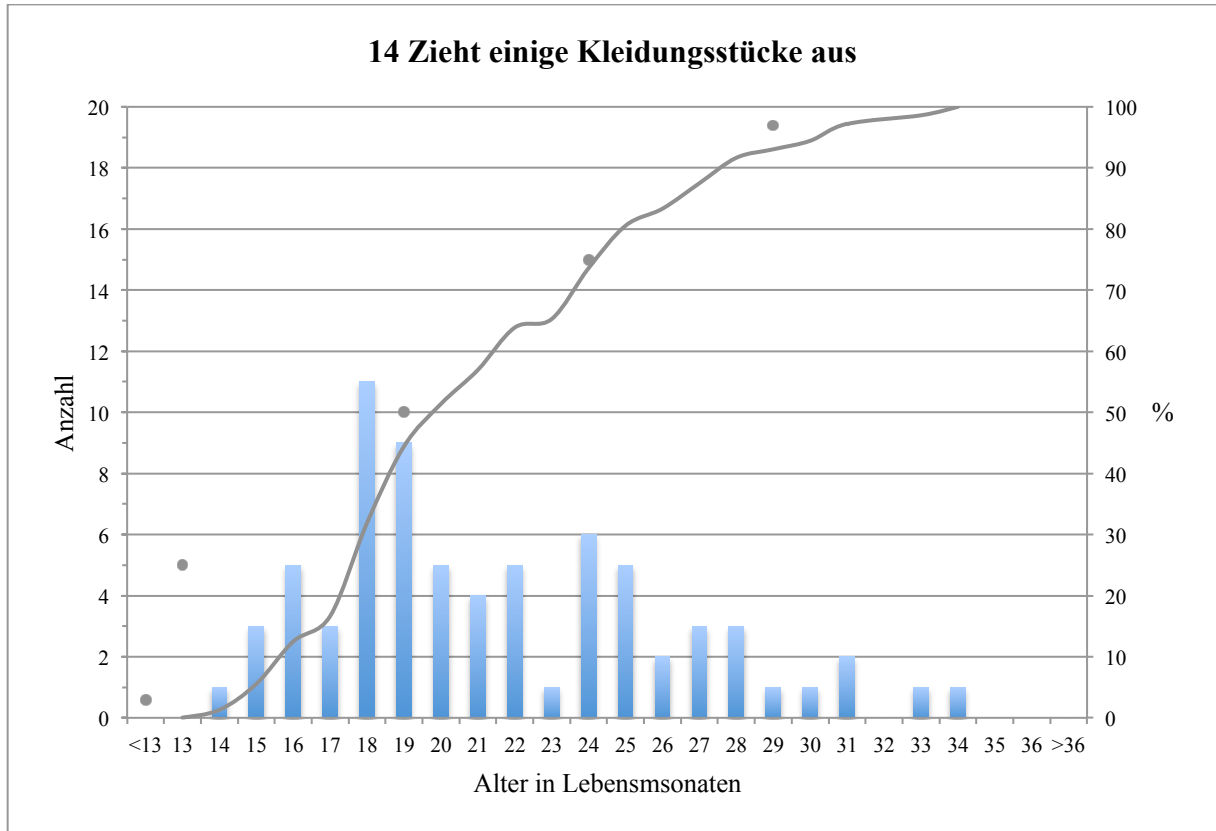


Diagramm 3: 14 Zieht einige Kleidungsstücke aus

$n_{LM\ 13-36} = 72\ (100\%)$	$n_{LM < 13} = 0\ (0\%)$	$n_{LM > 36} = 0\ (0\%)$	$n_{gesamt} = 72\ (100\%)$
Minimum: 15. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 18. Lebensmonat	50. Perzentile: 21. Lebensmonat	84. Perzentile: 28. Lebensmonat	

Für das Item *14 Zieht einige Kleidungsstücke aus* konnten 72 Kinder beobachtet werden. Bei allen liegt das erstmalige Auftreten dieser Fähigkeit im 2. und 3. Lebensjahr. Der Median liegt im 21. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 18. und die 84. Perzentile im 28. Lebensmonat.

In den Monaten 18 und 19 beginnen 20 Kinder (entspricht 27,8%) erstmalig einige Kleidungsstücke auszuziehen, was sich in einem steilen Kurvenverlauf niederschlägt. Bis zum 35. Lebensmonaten können letztendlich alle beobachteten Kinder einige Kleidungsstücke ausziehen.

Die ungarischen Kinder (•) beginnen zwar früher einige Kleidungsstücke auszuziehen, im weiteren Verlauf nähern sich die Kurven jedoch an.

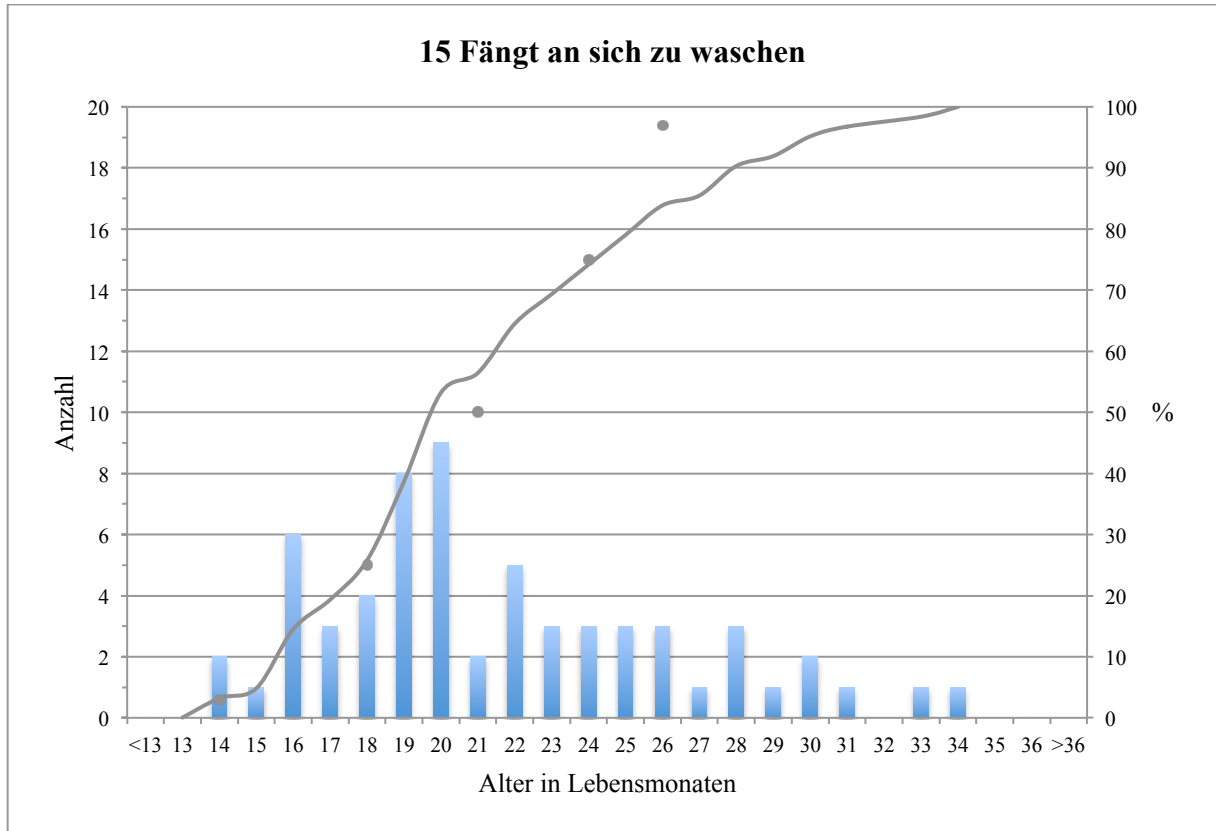


Diagramm 4: 15 Fängt an sich zu waschen

n _{LM 13-36} = 62 (100%)	n _{Lebensmonat <13} = 0 (0%)	n _{LM >36} = 0 (0%)	n _{gesamt} = 62 (100%)
Minimum: 15. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 18. Lebensmonat	50. Perzentile: 21. Lebensmonat	84. Perzentile: 28. Lebensmonat	

62 Kinder wurden für das Item *15 Fängt an sich zu waschen* beobachtet. Bei allen Kindern liegt das erstmalige Auftreten dieser Fähigkeit nach dem 13. Lebensmonat.

Der Median befindet sich im 21. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 18. Lebensmonat und die 84. Perzentile im 28. Lebensmonat.

Ein Kurvenanstieg findet sich in den Lebensmonaten 19 und 20, hier fangen 17 Kinder (entspricht 27,4%) an, sich zu waschen. Bis zum 35. Lebensmonat beherrschen dies alle beobachteten Kinder.

Der Vergleich mit der Gruppe aus Lóczy (•) zeigt große Ähnlichkeiten.

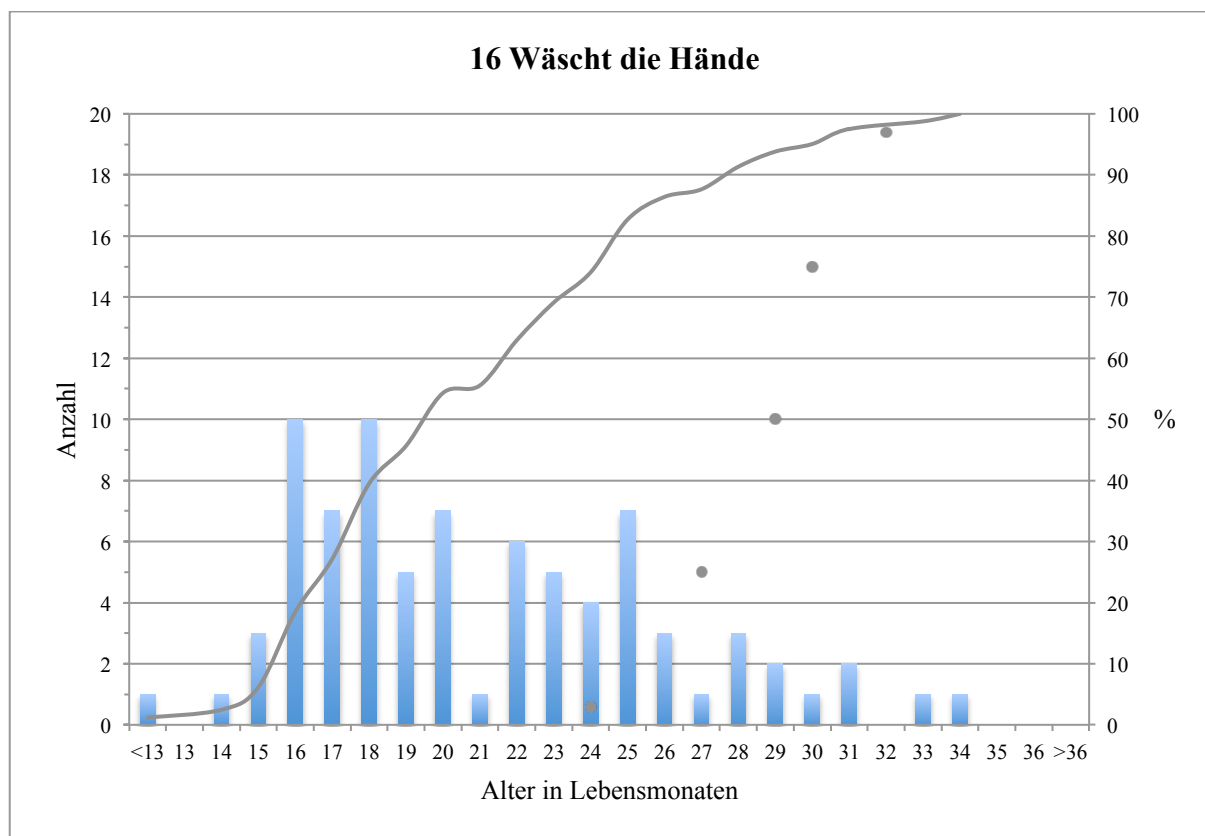


Diagramm 5: 16 Wäscht die Hände

$n_{LM\ 13-36} = 80$ (98,8%)	$n_{LM <13} = 1$ (1,2%)	$n_{LM >36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 81$ (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 17. Lebensmonat	50. Perzentile: 21. Lebensmonat	84. Perzentile: 27. Lebensmonat	

Datengrundlage für die Ergebnisse zum Item *16 Wäscht die Hände* sind Beobachtungen an 81 Kindern, hiervon wurde bei 80 (entspricht 98,8%) die Fähigkeit zum ersten Mal im 2. und 3. Lebensjahr dokumentiert.

Der Median liegt im 21. Lebensmonat, die Perzentilen 16 und 84 im 17. bzw. 27. Lebensmonat.

In der grafischen Auswertung ist erkennbar, dass beginnend mit dem Lebensmonat 15 eine Zunahme der Fähigkeiten zu verzeichnen ist. In der Folge flacht die Kurve ab, im 35. Lebensmonat waschen 100% der beobachteten Kinder die Hände.

Die Kinder aus Ungarn (•) beginnen im Vergleich zwar erst gut 10 Monate später die Hände zu waschen, bis zum Ende des dritten Lebensjahres beherrschen diese Fähigkeit jedoch in beiden Gruppen annähernd alle Kinder.

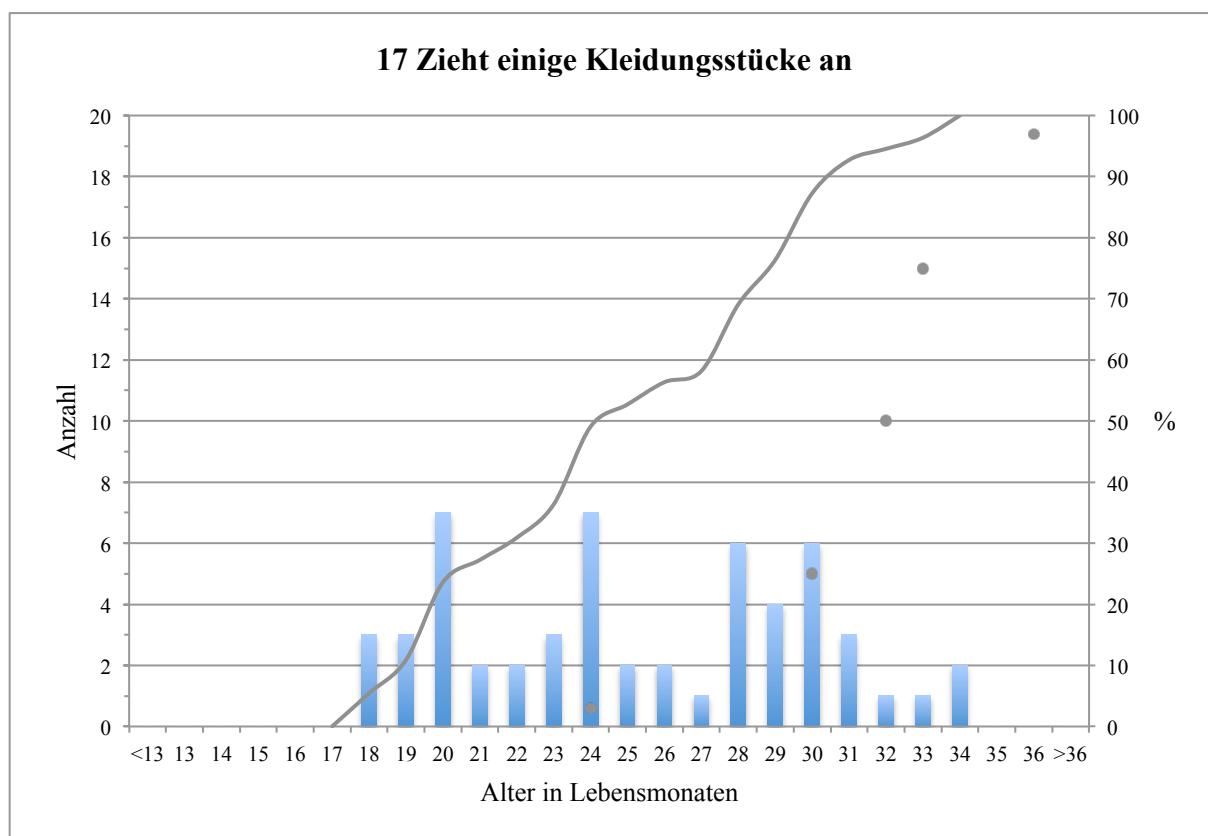


Diagramm 6: 17 Zieht einige Kleidungsstücke an

$n_{LM\ 13-36} = 55 (100\%)$	$n_{LM < 13} = 0 (0\%)$	$n_{LM > 36} = 0 (0\%)$	$n_{gesamt} = 55 (100\%)$
Minimum: 19. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 21. Lebensmonat	50. Perzentile: 26. Lebensmonat	84. Perzentile: 31. Lebensmonat	

Bei 55 Kindern konnte das Item *17 Zieht einige Kleidungsstücke an* beobachtet werden, bei allen beobachteten Kindern liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens zwischen dem 13. und 36. Lebensmonat. Der Median ist im 26. Lebensmonat, die 16. Perzentile liegt im 21. Lebensmonat, die 84. Perzentile im 31. Lebensmonat.

Der Kurvenverlauf zeigt einen kontinuierlichen Anstieg beginnend mit einem Alter von 18 Lebensmonaten bis zum 35. Lebensmonat, wobei im Alter von 20, 24 sowie im Alter von 28 bis 30 Lebensmonaten steilere Abschnitte erkennbar sind.

Im Vergleich mit der Gruppe der Kinder aus Ungarn (•) fällt auf, dass die Kinder unserer Gruppe gut ein halbes Jahr früher beginnen Kleidungsstücke auszuziehen. Im weiteren Verlauf nähern sich die Kurven jedoch an.

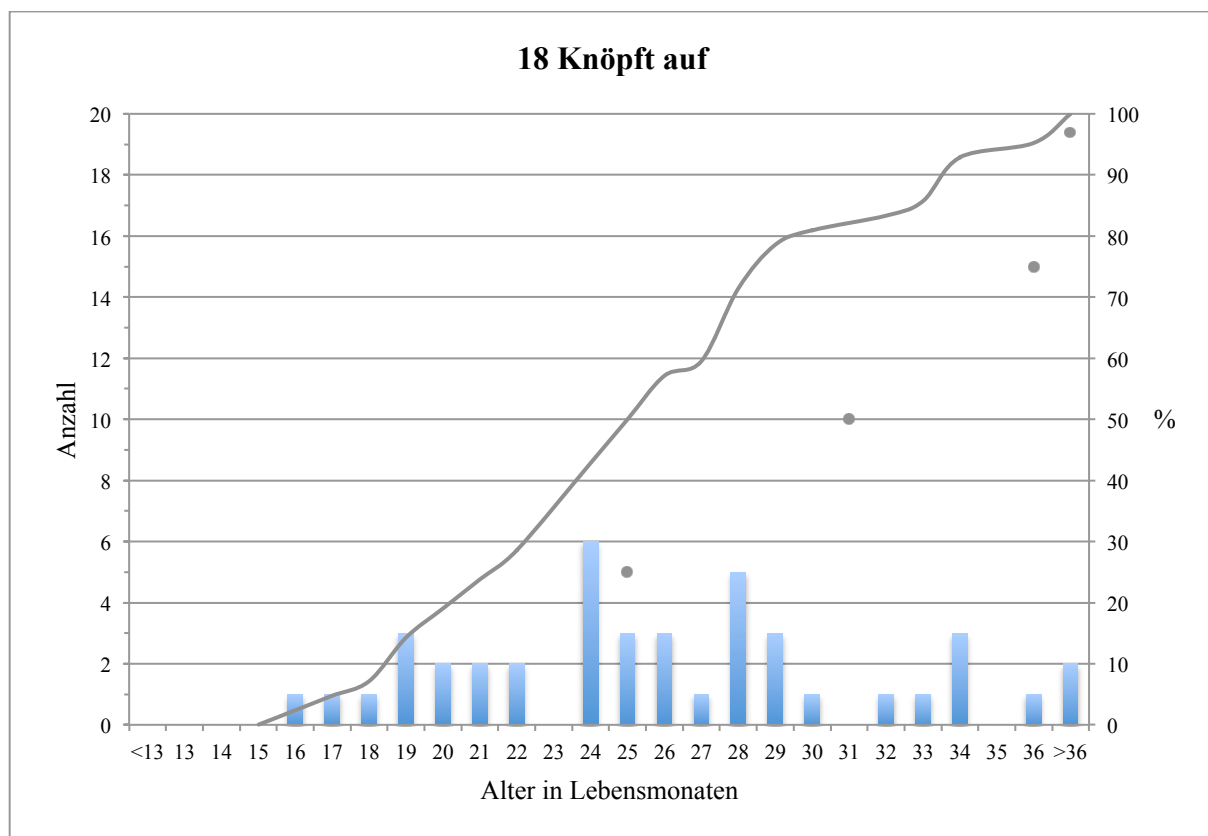


Diagramm 7: 18 Knöpft auf

$n_{LM\ 13-36} = 40$ (95,2%)	$n_{LM < 13} = 0$ (0%)	$n_{LM > 36} = 2$ (4,8%)	$n_{gesamt} = 42$ (100%)
Minimum: 17. Lebensmonat		Maximum: >36. Lebensmonat	
16. Perzentile: 21. Lebensmonat	50. Perzentile: 26. Lebensmonat	84. Perzentile: 34. Lebensmonat	

Datengrundlage für Item *18 Knöpft auf* sind Beobachtungen an 42 Kindern, wobei bei 2 Kindern (entspricht 4,8%) die Fähigkeit erstmals nach dem 3. Lebensjahr beobachtet wurde. Der Median liegt im 26. Lebensmonat, die Perzentilen 16 und 84 im 21. sowie im 34. Lebensmonat.

Bei einem kontinuierlichen Anstieg ist gegen Ende des zweiten und zu Beginn des dritten Lebensjahres ein steilerer Abschnitt mit einer Zunahme der Kinder, die aufknöpfen können, zu verzeichnen.

Der Vergleich der Kurven zeigt tendenziell einen ähnlichen Verlauf, jedoch beherrschen die Kinder unsere Studie die Fähigkeit früher als die Kinder aus Ungarn (•).

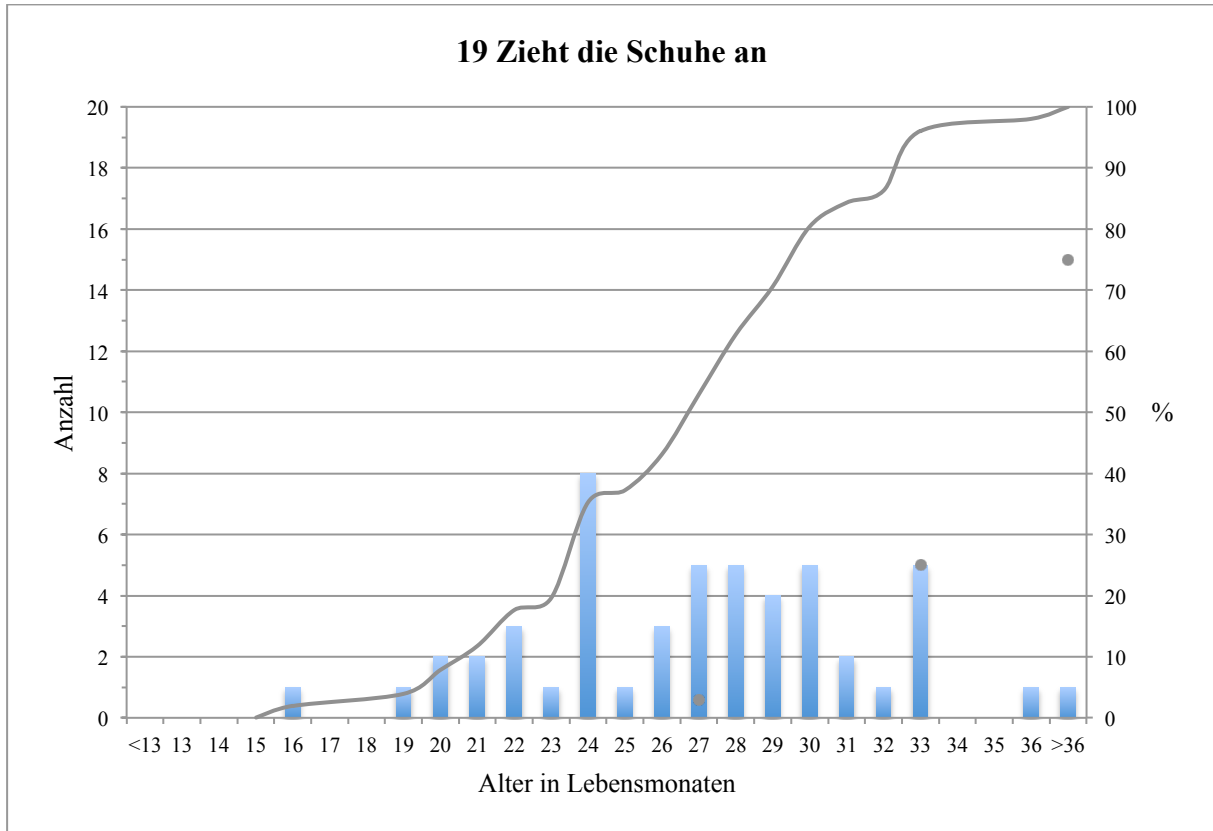


Diagramm 8: 19 Zieht die Schuhe an

n _{LM 13-36} = 50 (98,0%)	n _{LM <13} = 0 (0%)	n _{LM >36} = 1 (2,0%)	n _{gesamt} = 51 (100%)
Minimum: 17. Lebensmonat		Maximum: >36. Lebensmonat	
16. Perzentile: 23. Lebensmonat	50. Perzentile: 28. Lebensmonat	84. Perzentile: 32. Lebensmonat	

Für das Item *19 Zieht die Schuhe an* konnten insgesamt 51 Kinder beobachtet werden, 50 Kinder (entspricht 98%) zeigten die Fähigkeit im 2. und 3. Lebensjahr, 1 Kind (entspricht 2,0%) nach dem 36. Lebensmonat. Der Median befindet sich im 28. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 23. Lebensmonat, die 84. Perzentile im 32. Lebensmonat.

Ein gehäuftes Auftreten der Fähigkeit *Zieht die Schuhe an* kann mit 8 Kindern (entspricht 15,7%) im Alter von 28 Lebensmonaten beobachtet werden. Der Kurvenverlauf beschreibt im Anschluss bis zum 32./33. Lebensmonat die stetig zunehmende Anzahl der Kinder, welche die Schuhe anziehen können.

Der Vergleich mit Ungarn (•) zeigt, dass die Kinder unserer Untersuchung etwa 10 Monate früher Schuhe anziehen.

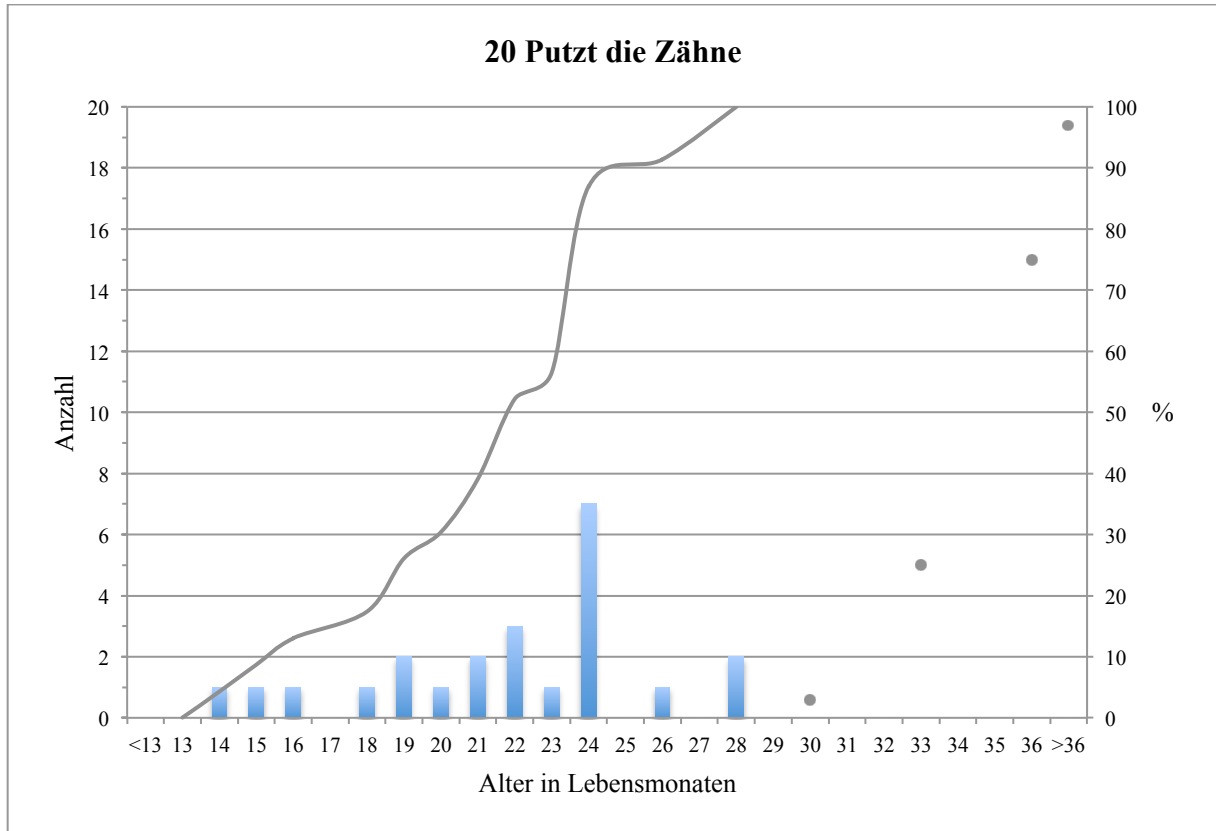


Diagramm 9: 20 Putzt die Zähne

n _{LM 13-36} = 24 (100%)	n _{LM <13} = 0 (0%)	n _{LM >36} = 0 (0%)	n _{gesamt} = 24 (100%)
Minimum: 15. Lebensmonat		Maximum: 29. Lebensmonat	
16. Perzentile: 19. Lebensmonat	50. Perzentile: 23. Lebensmonat	84. Perzentile: 26. Lebensmonat	

Für das Item *20 Putzt die Zähne* liegen Daten von 24 Kindern vor, alle beobachteten Kinder putzten ihre Zähne erstmals im 2. und 3. Lebensjahr.

Der Median liegt im 23. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 19. Lebensmonat und die 90. Perzentile im 26. Lebensmonat.

Ein Gipfel zeigt sich mit 7 Kindern (entspricht 29,2%) im 25. Lebensmonat. Das erstmalige Auftreten der Fähigkeit *20 Putzt die Zähne* der großen Mehrheit der Kinder erfolgt in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres.

Im Vergleich mit den Kindern aus Ungarn (•) fällt auf, dass die Kinder aus Würzburg über ein Jahr früher beginnen, die Zähne selbst zu putzen.

3.2.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken

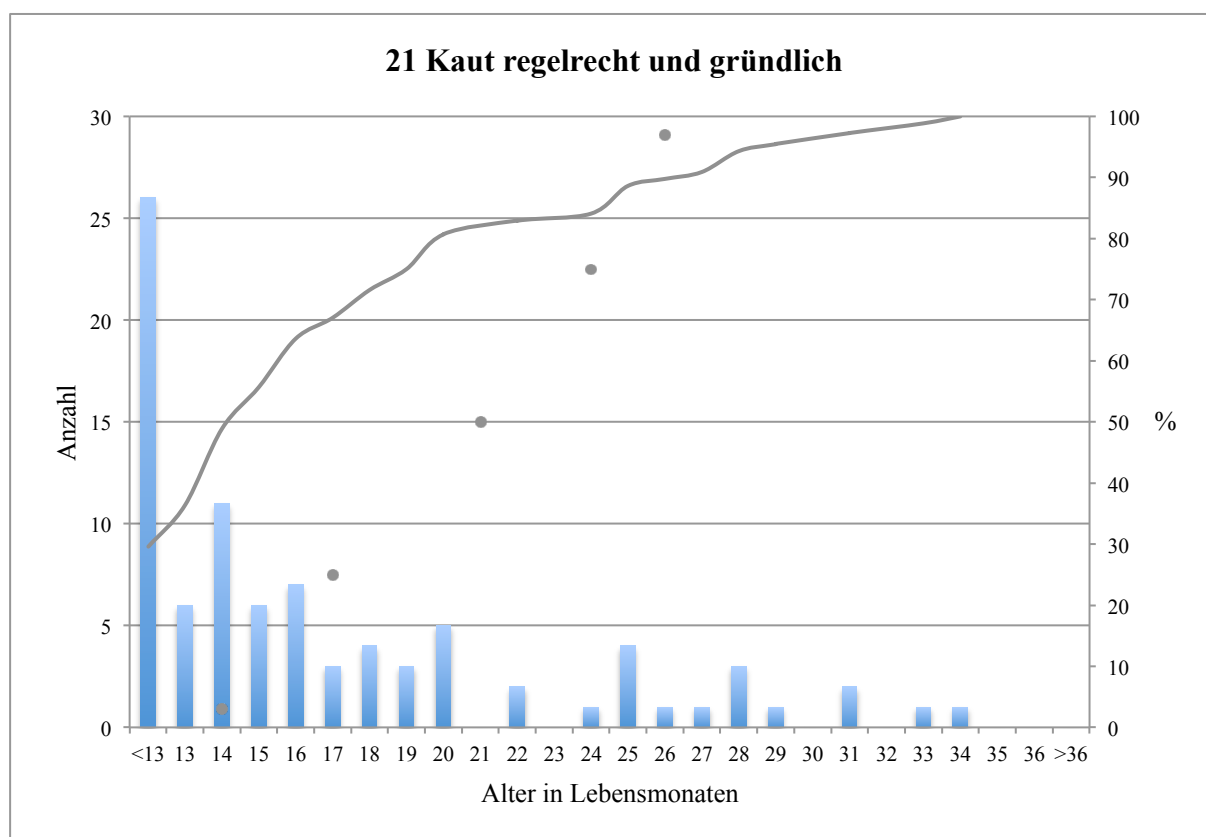


Diagramm 10: 21 Kaut regelrecht und gründlich

$n_{LM\ 13-36} = 62$ (70,5%)	$n_{LM < 13} = 26$ (29,5%)	$n_{LM > 36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 88$ (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 13. Lebensmonat	50. Perzentile: 16. Lebensmonat	84. Perzentile: 25. Lebensmonat	

Insgesamt 88 Kinder konnten für das Item *21 Kaut regelrecht und gründlich* beobachtet werden. 26 Kinder (entspricht 29,5%) kauen bereits im ersten Lebensjahr regelrecht und gründlich, 62 Kinder (entspricht 70,5%) im 2. und 3. Lebensjahr.

Der Median liegt im 16. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 13. Lebensmonat und die 84. Perzentile im 25. Lebensmonat. Auffallend ist, dass ein großer Teil der Kinder (26 Kinder, entspricht gut einem Drittel der Kinder) bereits vor Beginn des zweiten Lebensjahres regelrecht und gründlich kauen kann, bis zu einem Alter von 34 Monaten können dies 100% der beobachteten Kinder.

Die Kinder aus Ungarn (•) kauen erst gut 6 Monate später als die Kinder unsere Untersuchung regelrecht und gründlich.

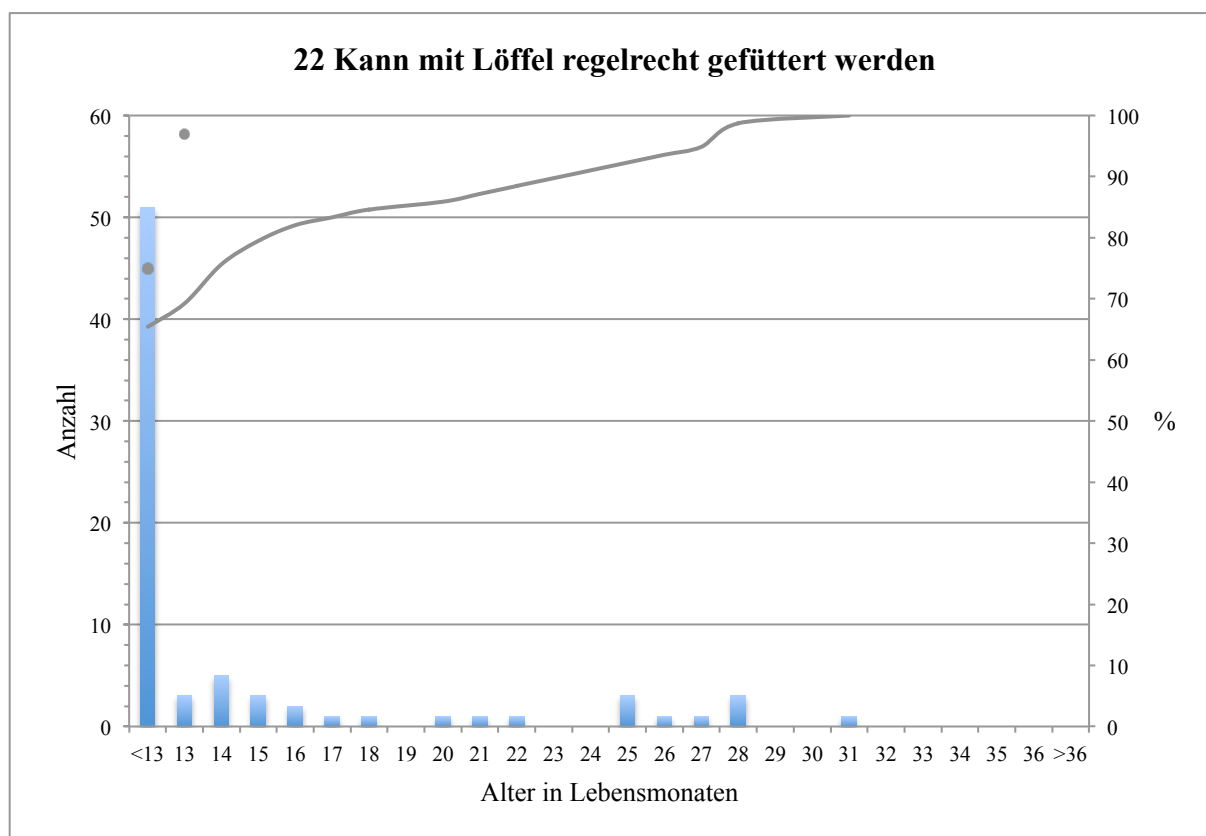


Diagramm 11: 22 Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden

$n_{LM\ 13-36} = 27$ (34,6%)	$n_{LM <13} = 51$ (65,4%)	$n_{LM >36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 78$ (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 32. Lebensmonat	
16. Perzentile: <13. Lebensmonat	50. Perzentile: <13. Lebensmonat	84. Perzentile: 19. Lebensmonat	

Grundlage der Ergebnisse für Item 22 *Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden* sind Beobachtungen an insgesamt 78 Kindern. Davon zeigen 51 Kinder (entspricht 65,4%) die Fähigkeit bereits vor dem 13. Lebensmonat.

Die 16. Perzentile sowie der Median liegen im ersten Lebensjahr, die 84. Perzentile im 19. Lebensmonat.

Deutlich zu erkennen ist, dass mit 51 Kindern (entspricht 65,4% von n_{gesamt}) der Großteil schon vor Beginn des zweiten Lebensjahres regelrecht gefüttert werden kann. Die restlichen Kinder können verteilt über den Zeitraum des zweiten und dritten Lebensjahres erstmals regelrecht mit Löffel gefüttert werden.

Sowohl die Kinder unserer Untersuchung als auch die Kinder aus Lóczy (•) können zum allergrößten Teil schon im ersten Lebensjahr mit dem Löffel regelrecht gefüttert werden.

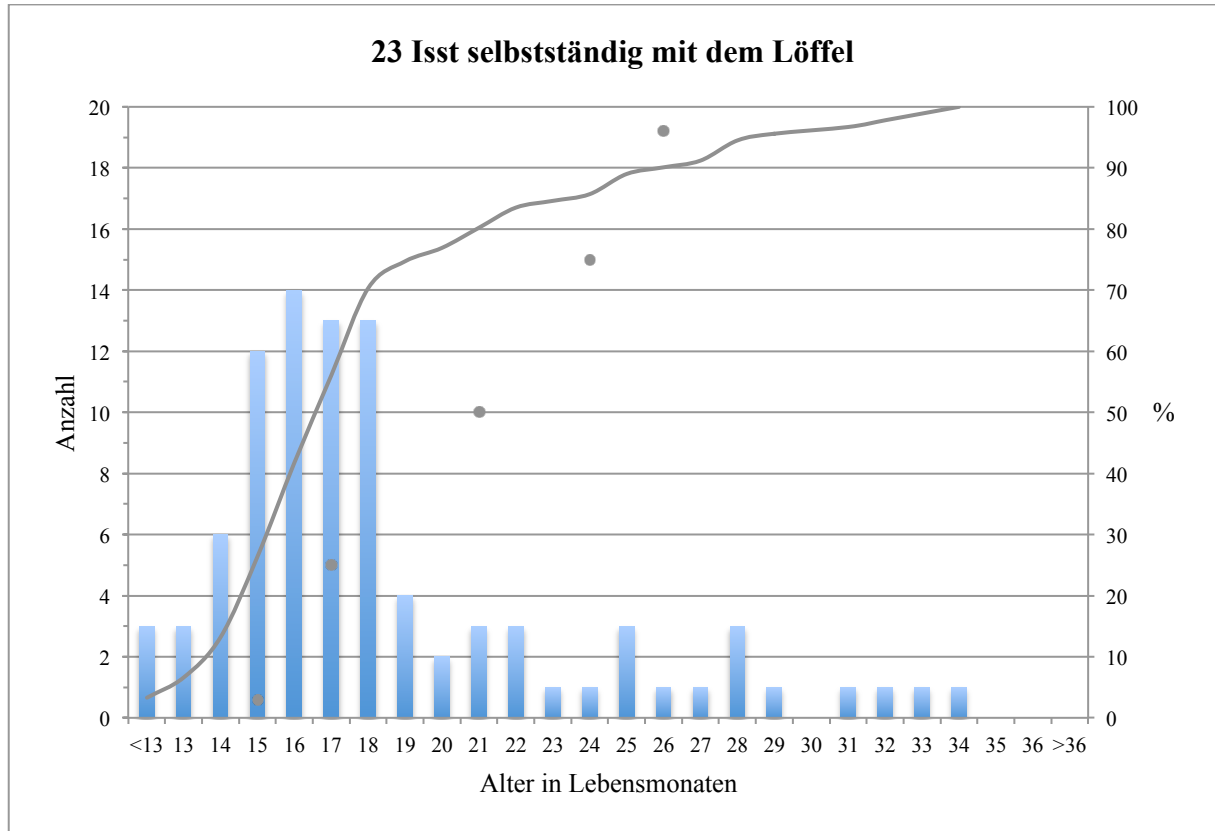


Diagramm 12: 23 Isst selbstständig mit dem Löffel

n _{LM 13-36} = 88 (96,7%)	n _{LM <13} = 3 (3,3%)	n _{LM >36} = 0 (0%)	n _{gesamt} = 91 (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 16. Lebensmonat	50. Perzentile: 18. Lebensmonat	84. Perzentile: 24. Lebensmonat	

Basis der Ergebnisse zu Item *23 Isst selbstständig mit dem Löffel* sind Beobachtungen an insgesamt 91 Kindern. 3 Kinder (entspricht 3,3%) können bereits vor dem 13. Lebensmonat selbstständig mit dem Löffel essen.

Der Median liegt im 18. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 16. Lebensmonat, die 84. Perzentile im 24. Lebensmonat.

In der Häufigkeitsverteilung ist ein kontinuierlicher Anstieg bis zum Alter von 18 Lebensmonaten mit einem steilen Kurvenverlauf beginnend um Monat 14 zu erkennen. Die Kurve flacht im Anschluss ab, in den ersten eineinhalb Lebensjahren essen bereits gut 75% der beobachteten Kinder selbstständig mit dem Löffel.

Im Vergleich mit den Kindern aus Ungarn (•) beginnen die Kinder unsere Studie mehrere Monate früher selbstständig mit dem Löffel zu essen.

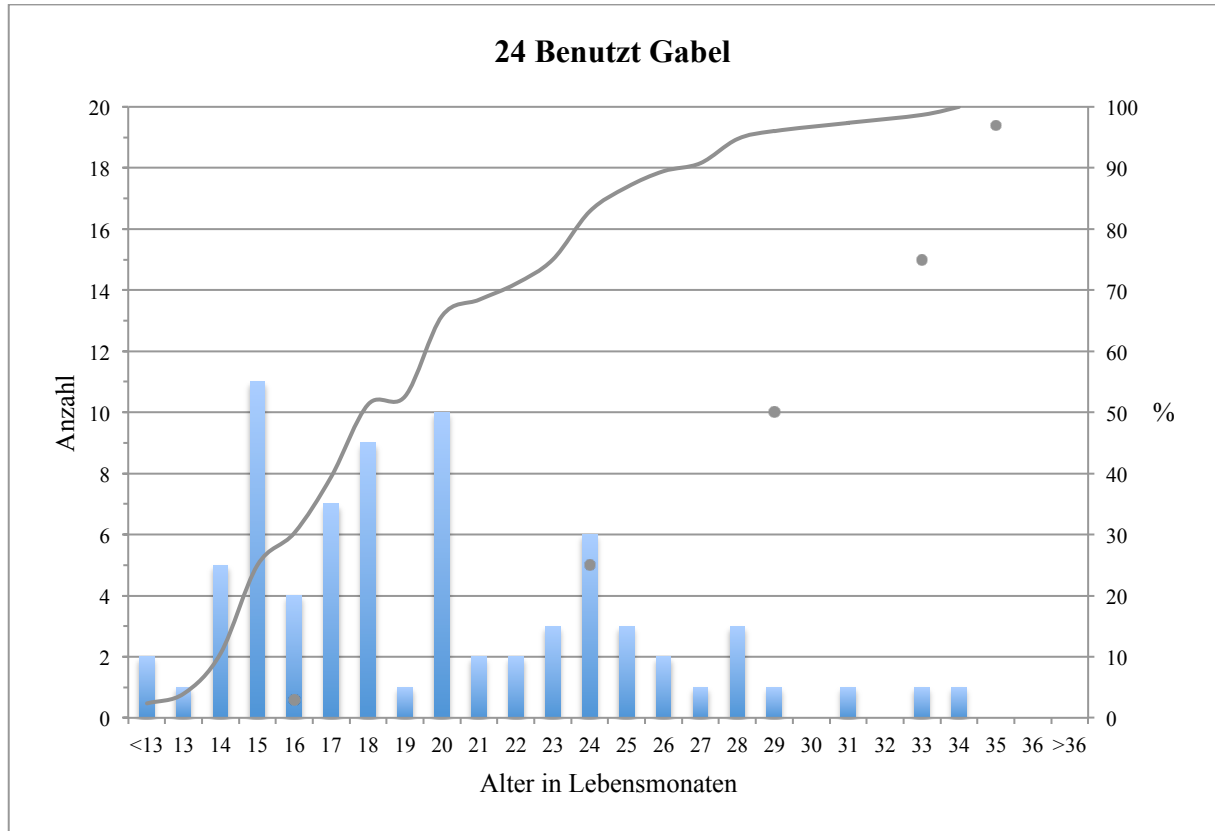


Diagramm 13: 24 Benutzt Gabel

$n_{LM\ 13-36} = 74$ (97,4%)	$n_{LM < 13} = 2$ (2,6%)	$n_{LM > 36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 76$ (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 16. Lebensmonat	50. Perzentile: 19. Lebensmonat	84. Perzentile: 26. Lebensmonat	

Für das Item *24 Benutzt Gabel* können 76 Kinder beobachtet werden. Hiervon benutzen 2 Kinder (entspricht 2,6%) bereits vor dem 13. Lebensmonat eine Gabel.

Der Median liegt im 19. Lebensmonat, die 16 Perzentile im 16. Lebensmonat und die 84. Perzentile im 26. Lebensmonat.

In der graphischen Darstellung fällt eine Zunahme der Kinder, die eine Gabel benutzen, besonders im zweiten Lebensjahr auf. Bis zum Ende des zweiten Lebensjahres benutzen über 80% der beobachteten Kinder eine Gabel.

Im Vergleich mit den Kindern aus Ungarn (•) fällt auf, dass diese erst etwa ein Jahr später beginnen eine Gabel zum Essen zu benutzen.

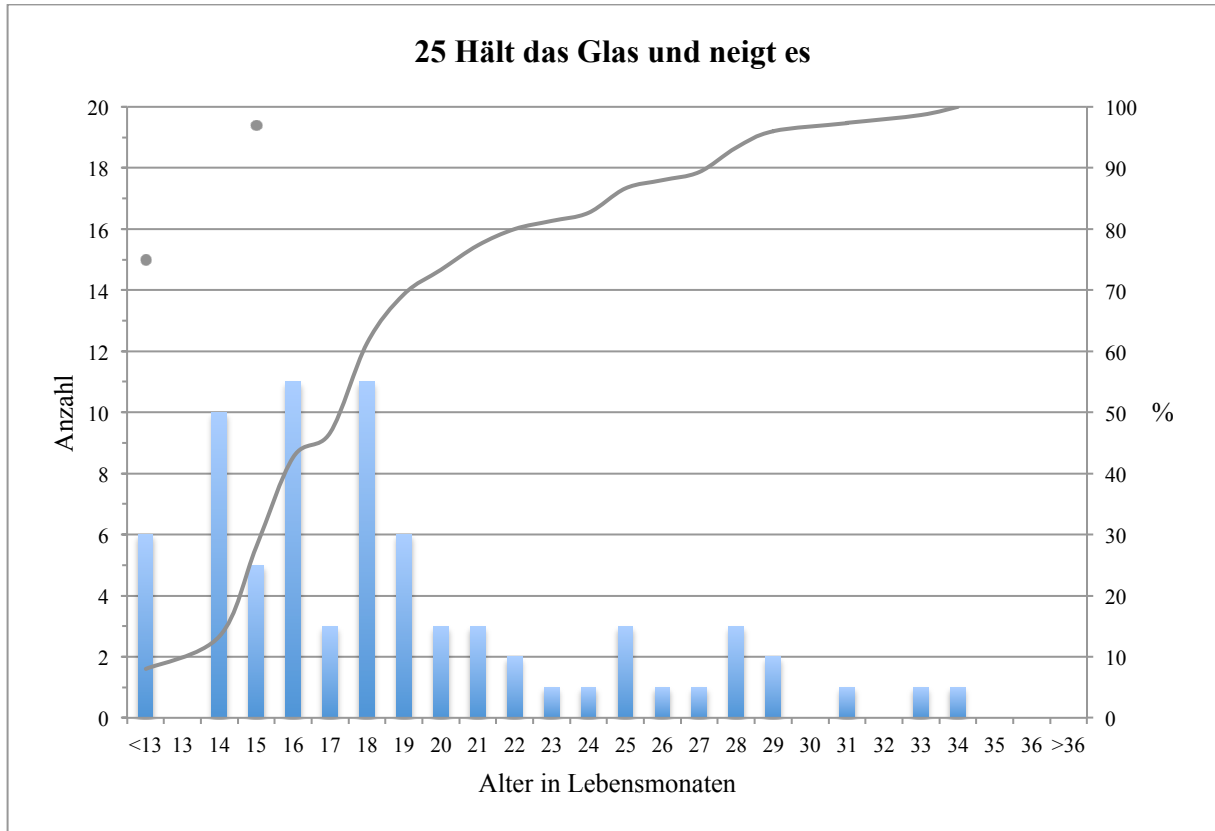


Diagramm 14: 25 Hält das Glas und neigt es

n _{LM 13-36} = 69 (82,0%)	n _{LM <13} = 6 (8,0%)	n _{LM >36} = 0 (0%)	n _{gesamt} = 75 (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: 15. Lebensmonat	50. Perzentile: 19. Lebensmonat	84. Perzentile: 26. Lebensmonat	

Zum untersuchten Item *25 Hält das Glas und neigt es* liegen Daten von 75 Kindern vor.

Die Fähigkeit wird bei 6 Kindern (entspricht 8%) zum ersten Mal bereits im

1. Lebensjahr beobachtet. Der Median liegt im 19. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 15. und die 84. Perzentile im 26. Lebensmonat.

Ein Anstieg der Zahl der Kinder, die ein Glas halten und neigen können, wird in den ersten eineinhalb Lebensjahren beobachtet. Der Kurvenverlauf wird im Anschluss flacher, bis zum Ende des 3. Lebensjahres können schließlich 100% der beobachteten Kinder ein Glas halten und neigen.

Der Vergleich mit den Kindern aus Ungarn (•) zeigt, dass diese mehrere Monate früher als die Kinder unserer Untersuchung ein Glas halten und neigen.

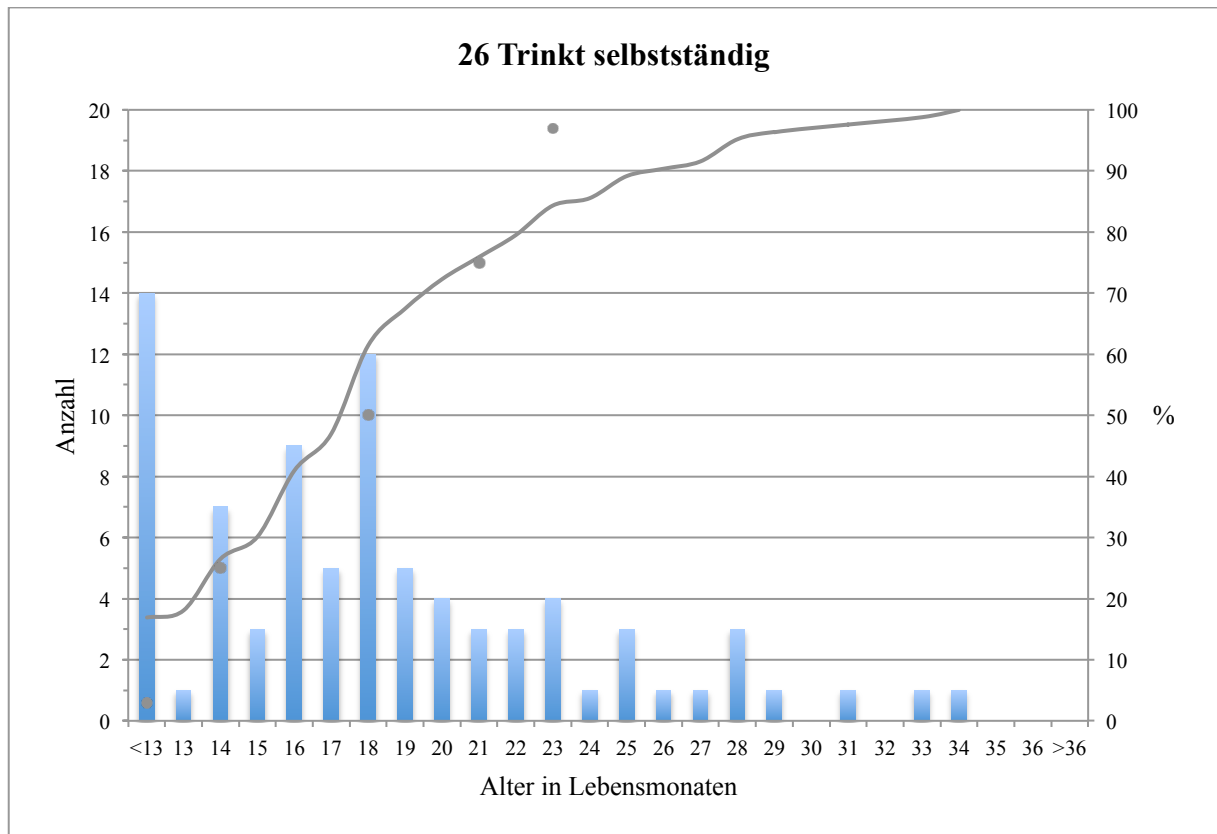


Diagramm 15: 26 Trinkt selbstständig

n _{LM 13-36} = 69 (83,1%)	n _{LM <13} = 14 (16,9%)	n _{LM >36} = 0 (0%)	n _{gesamt} = 83 (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 35. Lebensmonat	
16. Perzentile: <13. Lebensmonat	50. Perzentile: 19. Lebensmonat	84. Perzentile: 24. Lebensmonat	

Für das Item *26 Trinkt selbstständig* liegen Daten von insgesamt 83 Kindern vor. 14 dieser Kinder (entspricht 16,9%) zeigen die Fähigkeit bereits im ersten Lebensjahr.

Der Median liegt im 19. Lebensmonat, die Perzentilen 16 und 84 in den Lebensmonaten <13 und 24.

In der grafischen Darstellung fällt ein steiler Kurvenverlauf bis zur Mitte des zweiten Lebensjahres und ein Abflachen zu dessen Ende auf. Über 80% der beobachteten Kinder trinken zu diesem Zeitpunkt selbständig.

Der Vergleich unserer Ergebnisse mit den Werten aus Ungarn (•) zeigt schließlich große Ähnlichkeiten.

3.2.3 Sauberkeitsentwicklung

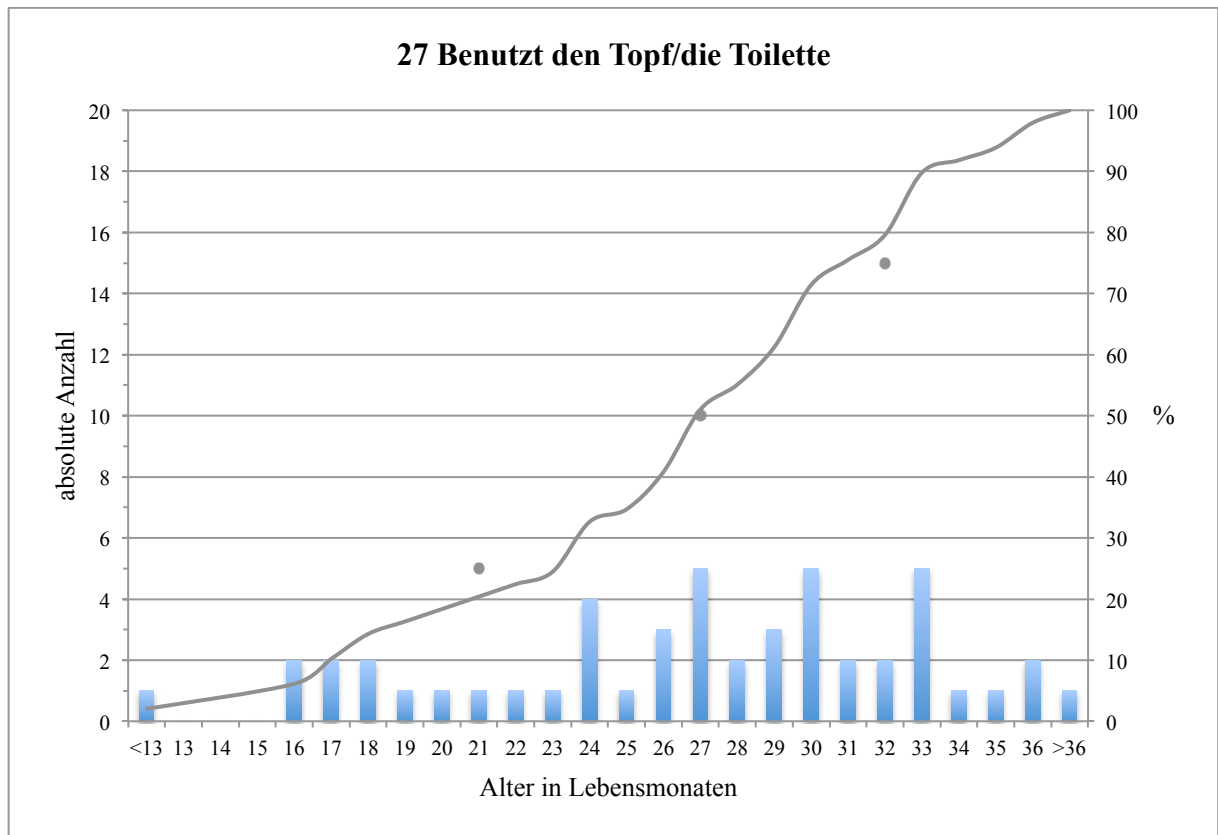


Diagramm 16: 27 Benutzt den Topf/die Toilette

n _{LM 13-36} = 47 (96,0%)	n _{LM 13} = 1 (2,0%)	n _{LM >36} = 1 (2,0%)	n _{gesamt} = 49 (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: >36. Lebensmonat	
16. Perzentile: 20. Lebensmonat	50. Perzentile: 28. Lebensmonat	84. Perzentile: 34. Lebensmonat	

Datengrundlage für die Ergebnisse zu Item *27 Benutzt den Topf/die Toilette* sind Beobachtungen von insgesamt 49 Kindern. Hiervon zeigt ein Kind das erstmalige Auftreten der Fähigkeit vor dem 13. Lebensmonat, ein weiteres Kind nach dem 36. Lebensmonat (entspricht jeweils 2,0%). Der Median liegt im 28. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 20. Lebensmonat, die 84. Perzentile im 34. Lebensmonat.

Im Diagramm fällt mit Beginn des dritten Lebensjahres eine stete Zunahme der Anzahl der Kinder, die einen Topf/die Toilette benutzen, auf.

Im Vergleich mit den Kindern aus Ungarn (•) benutzen die Kinder in unserer Untersuchung zu ähnlichen Zeitpunkten zum ersten Mal einen Topf/eine Toilette.

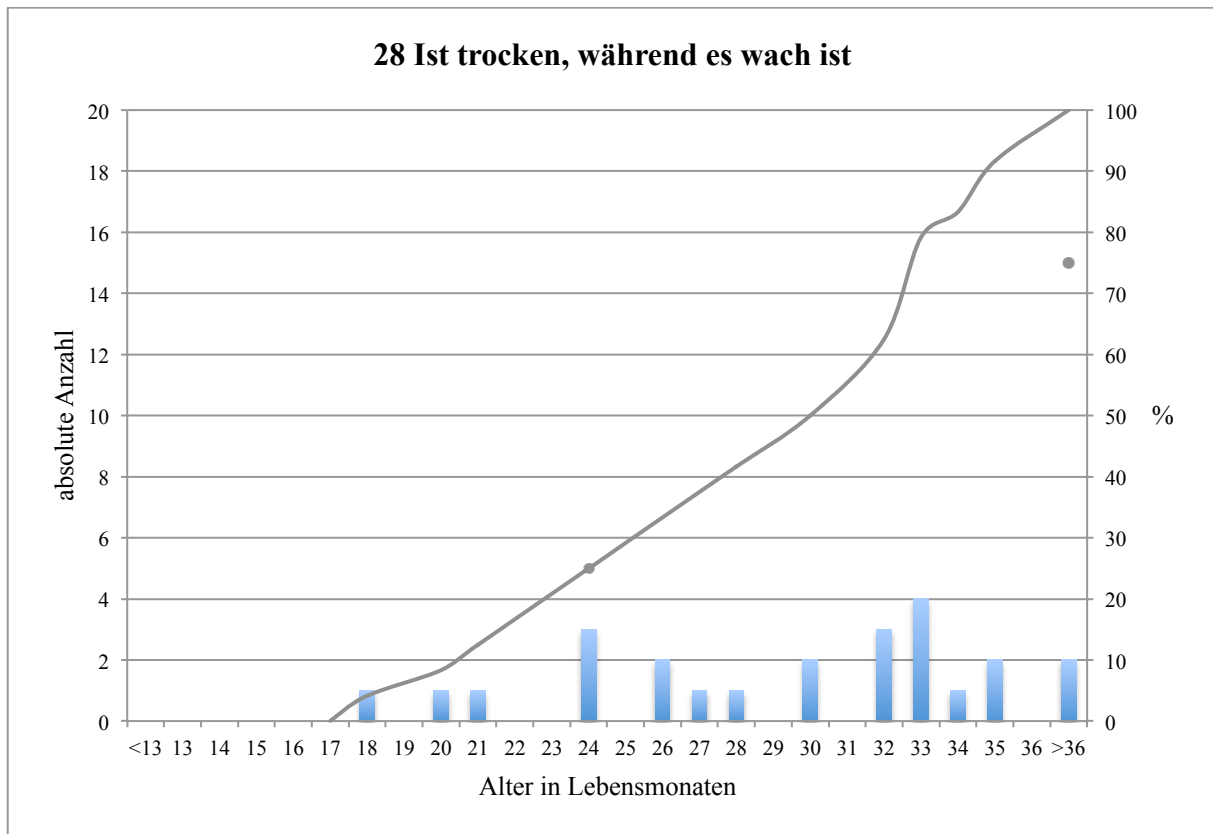


Diagramm 17: 28 Ist trocken, während es wach ist

$n_{LM\ 13-36} = 22$ (91,7%)	$n_{LM < 13} = 0$ (0%)	$n_{LM > 36} = 2$ (8,3%)	$n_{gesamt} = 24$ (100%)
Minimum: 19. Lebensmonat		Maximum: >36. Lebensmonat	
16. Perzentile: 25. Lebensmonat	50. Perzentile: 32. Lebensmonat	84. Perzentile: 36. Lebensmonat	

Für das Item *28 Ist trocken, während es wach ist* konnten Daten von 24 Kindern gewonnen werden. 2 Kinder (entspricht 8,3%) sind erst nach Ende des 3. Lebensjahres trocken.

Der Median liegt im 32. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 25. Lebensmonat und die 84. Perzentile im 36. Lebensmonat.

Die gewonnenen Ergebnisse liegen verteilt über einen Zeitraum vom 18. Lebensmonat bis in das dritte Lebensjahr, der Kurvenverlauf zeigt einen kontinuierlichen und gleichmäßigen Anstieg.

Die Kinder unserer Untersuchung sind demnach zu ähnlichen Zeitpunkten trocken, wie die Kinder aus Ungarn (•).

3.2.4 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit

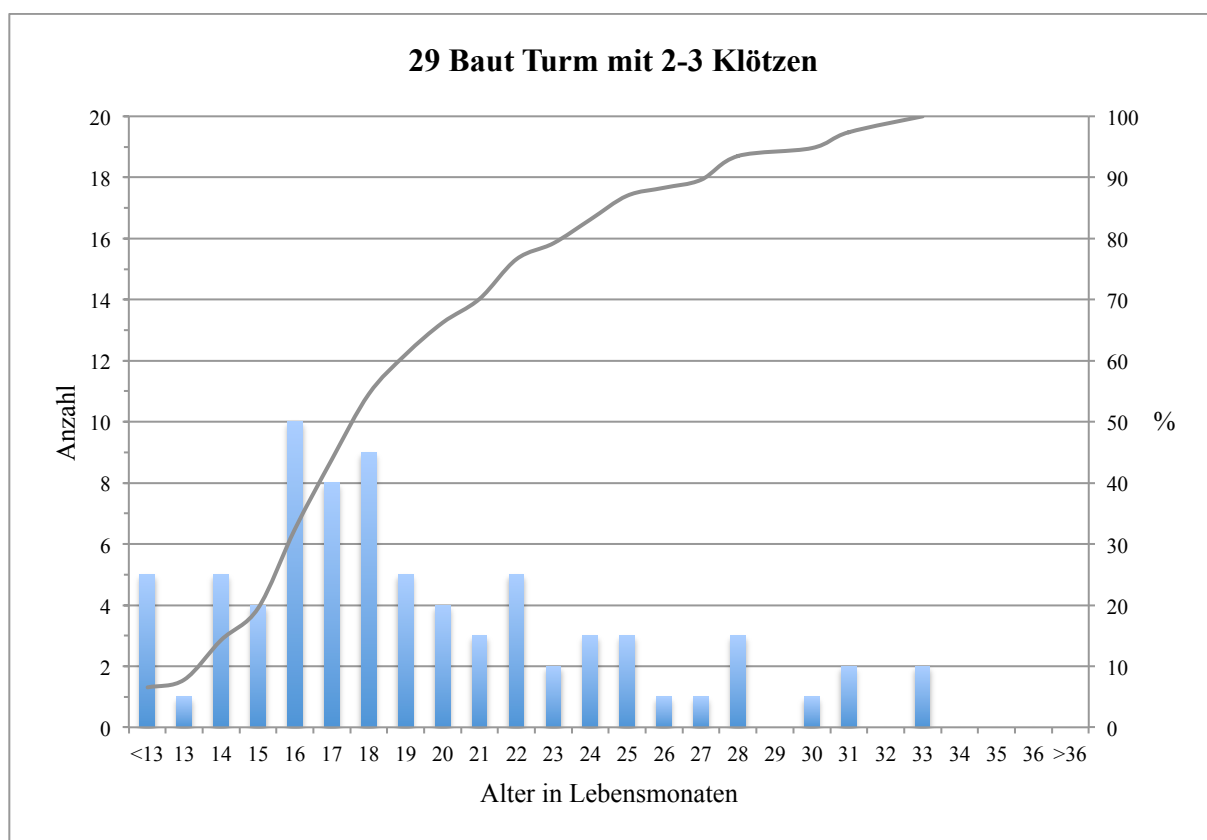


Diagramm 18: 29 Baut Turm mit 2-3 Klötzen

$n_{LM\ 13-36} = 71$ (93,5%)	$n_{LM < 13} = 5$ (6,5%)	$n_{LM > 36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 77$ (100%)
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 34. Lebensmonat	
16. Perzentile: 16. Lebensmonat	50. Perzentile: 19. Lebensmonat	84. Perzentile: 26. Lebensmonat	

Für das Item *29 Baut Turm mit 2-3 Klötzen* wurden Daten von insgesamt 77 Kindern erhoben. 5 Kinder (entspricht 6,5%) können bereits vor dem 13. Lebensmonat einen Turm mit Klötzen bauen. Der Median liegt im 19. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 16. Lebensmonat, die 84. Perzentile im 26. Lebensmonat. In der grafischen Auswertung fällt eine kontinuierliche Zunahme der Fähigkeiten auf, ein Gipfel ist um den 17. Lebensmonat erkennbar. Vor allem in der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres beginnen die beobachteten Kinder, einen Turm mit 2-3 Klötzen zu bauen. Bis zum Ende des zweiten Lebensjahres können dies über 80% der Kinder.

In der ungarischen Arbeit wird lediglich nach der Fähigkeit „Baut“ gefragt, eine Unterscheidung in 2-3 bzw. >3 Klötze wird nicht getroffen, ein Vergleich lässt sich daher nicht direkt durchführen.

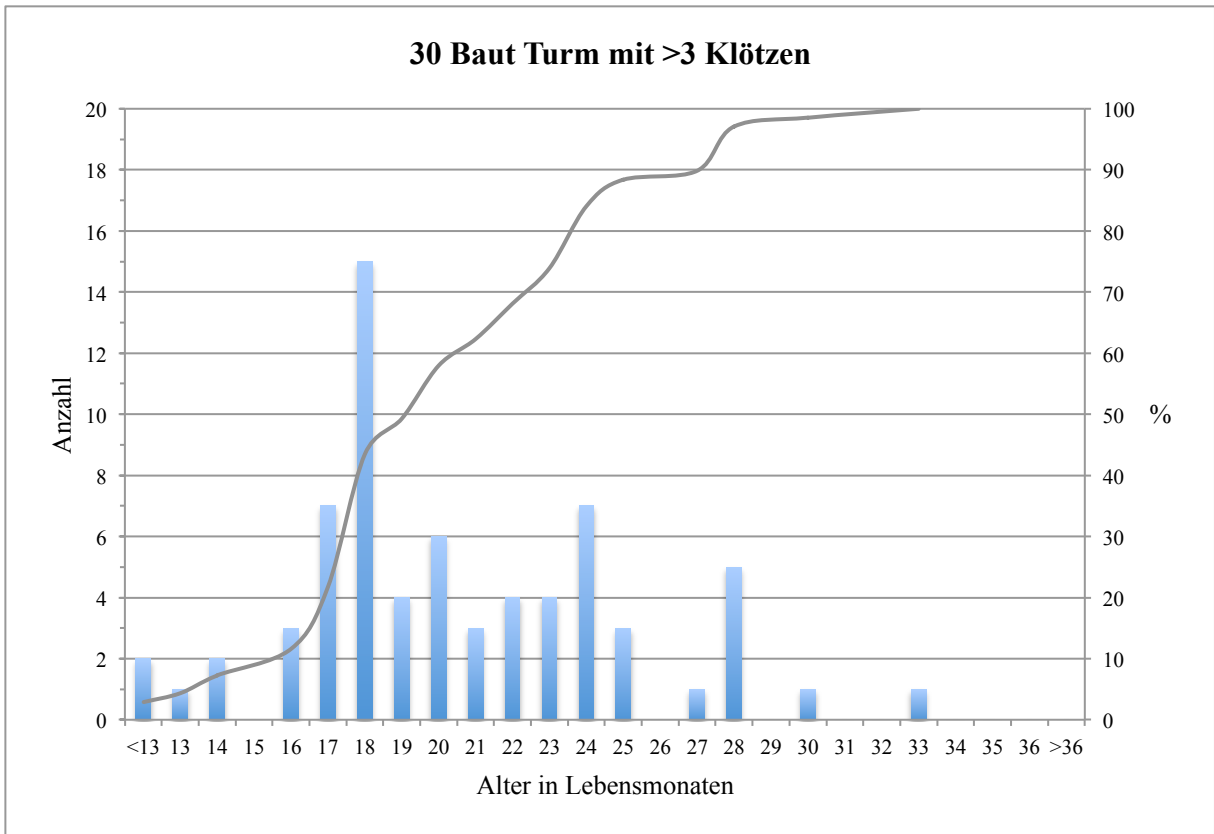


Diagramm 19: 30 Baut Turm mit >3 Klötzen

$n_{LM\ 13-36} = 67 (97,1\%)$	$n_{LM <13} = 2 (2,9\%)$	$n_{LM >36} = 0 (0\%)$	$n_{gesamt} = 69 (100\%)$
Minimum: <13. Lebensmonat		Maximum: 34. Lebensmonat	
16. Perzentile: 18. Lebensmonat	50. Perzentile: 21. Lebensmonat	84. Perzentile: 25. Lebensmonat	

Für das Item *30 Baut Turm mit > 3 Klötzen* konnten Daten von insgesamt 69 Kindern gewonnen werden. 2 dieser Kinder (entspricht 2,9%) bauen bereits im ersten Lebensjahr einen Turm mit > 3 Klötzen.

Der Median liegt im 21. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 18. Lebensmonat und die 84. Perzentile im 25. Lebensmonat.

Die Zahl der Kinder, die einen Turm mit >3 Klötzen baut nimmt mit rund eineinhalb Jahren stark zu, mit Ende des zweiten Lebensjahres flacht der Kurvenverlauf ab. Gut 85% der beobachteten Kinder bauen zu diesem Zeitpunkt einen Turm mit >3 Klötzen.

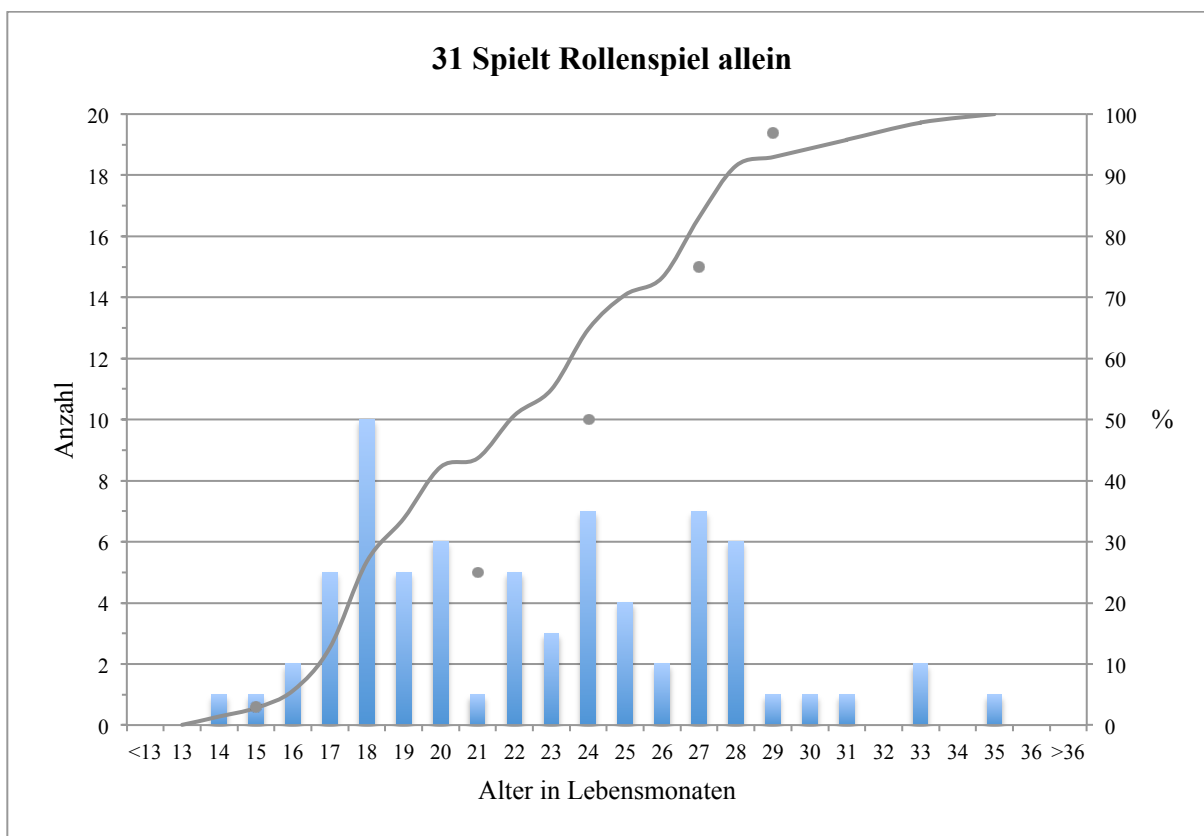


Diagramm 20: 31 Spielt Rollenspiel allein

$n_{LM\ 13-36} = 71$ (100%)	$n_{LM < 13} = 0$ (0%)	$n_{LM > 36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 71$ (100%)
Minimum: 15. Lebensmonat		Maximum: 36. Lebensmonat	
16. Perzentile: 19. Lebensmonat	50. Perzentile: 23. Lebensmonat	84. Perzentile: 29. Lebensmonat	

Datengrundlage für Item *31 Spielt Rollenspiel allein* sind Beobachtungen an 71 Kindern. Alle beobachteten Kinder spielen ein Rollenspiel allein erstmalig im zweiten Lebensjahr.

Der Median liegt im 23. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 17. Lebensmonat und die 84. Perzentile im 29. Lebensmonat. Im Diagramm fällt ein Kurvenanstieg um Monat 18 auf, in der zweiten Hälfte des dritten Lebensjahres flacht die Kurve ab. Die beobachteten Kinder spielen über einen weiten Zeitraum vom 14. bis zum 35. Lebensmonat erstmals alleine ein Rollenspiel.

Betrachtet man die Daten aus Ungarn (•) mit den Ergebnissen unserer Untersuchung, so zeigt sich ein ähnlicher Kurvenverlauf.

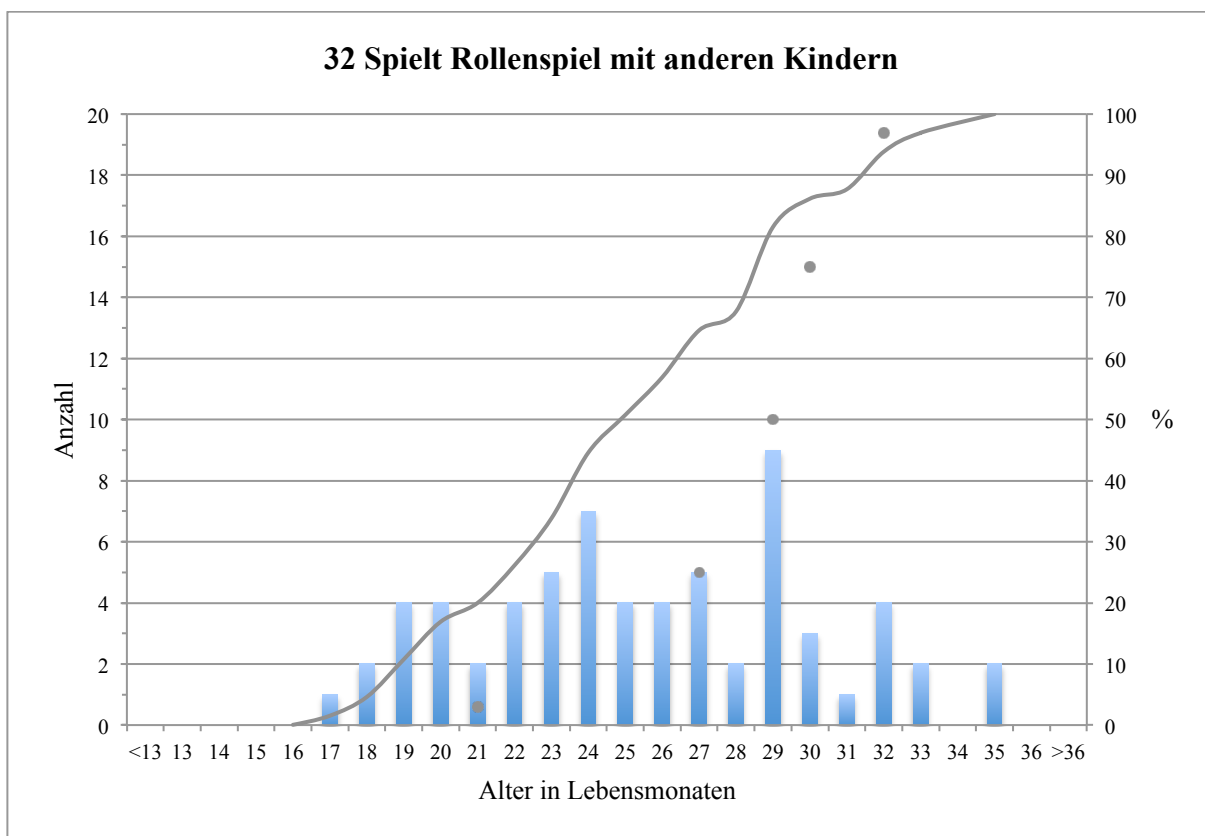


Diagramm 21: 32 Spielt Rollenspiel mit anderen Kindern

$n_{LM\ 13-36} = 65$ (100%)	$n_{LM < 13} = 0$ (0%)	$n_{LM > 36} = 0$ (0%)	$n_{gesamt} = 65$ (100%)
Minimum: 18. Lebensmonat		Maximum: 36. Lebensmonat	
16. Perzentile: 21. Lebensmonat	50. Perzentile: 26. Lebensmonat	84. Perzentile: 31. Lebensmonat	

Für das Item *32 Spielt Rollenspiel mit anderen Kindern* konnten insgesamt 65 Kinder beobachtet werden. Alle Kinder zeigten diese Fähigkeit zum ersten Mal im 2. und 3. Lebensjahr.

Der Median liegt im 26. Lebensmonat, die 16. Perzentile im 21. Lebensmonat und die 84. Perzentile im 31. Lebensmonat.

In der grafischen Häufigkeitsdarstellung zeigt sich ab gut eineinhalb Jahren ein kontinuierlicher Kurvenanstieg. Erst gegen Ende des dritten Lebensjahres wird der Kurvenverlauf flacher, im 35. Lebensmonat haben schließlich alle beobachteten Kinder mit anderen Kindern ein Rollenspiel gespielt.

Verglichen mit den Kindern aus Ungarn (•) spielen die Kinder unserer Studie wenige Monate früher ein Rollenspiel mit anderen Kindern.

3.3 Einteilung in stabile und variable Items

Die Entwicklung beschreibende Items können in stabile und variable Items eingeteilt werden. Der Sinn der Einteilung liegt darin, die Parameter zu finden, die stabil in einem definierten Zeitraum auftreten. Als stabil bezeichnen wir die Items, die in der grafischen Darstellung annähernd einen Gauß'schen Kurvenverlauf zeigen. Fähigkeiten, die diesem nicht ähneln, werden als variabel bezeichnet, auch wenn diese dennoch oftmals eine Häufung des erstmaligen Auftretens in einem bestimmten Zeitraum aufweisen. Zu betonen ist, dass die Bezeichnung als variables Item nicht deren Stellenwert herabsetzen soll. Auch durch die Beobachtung und Dokumentation der variablen Items werden die Eltern bzw. Betreuer erinnert, sinnvoll mit dem Kind zu interagieren, was einen ein ziellosen und blinden Aktionismus vermeiden lässt.

Letztlich kann durch die gemeinsame Beobachtung sowohl stabiler als auch variabler Items die Gesamtentwicklung des Kindes positiv beeinflusst werden [90].

Im Folgenden die Einteilung in stabile und variable Items.

3.3.1 Das Verhalten während der Pflege

Es werden insgesamt 9 Items beobachtet, diese Items können insgesamt eher als variabel angesehen werden: *12 Regt ein Spiel an, 13 Hilft beim Aus- und Anziehen, 14 Zieht einige Kleidungsstücke aus, 15 Fängt an sich zu waschen, 16 Wäscht die Hände, 17 Zieht einige Kleidungsstücke an, 18 Knöpft auf, 19 Zieht die Schuhe an sowie 20 Putzt die Zähne.*

3.3.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken

Hier werden insgesamt 6 Items beobachtet, 3 dieser Items können als stabil angesehen werden: *23 Isst selbstständig mit dem Löffel, 25 Hält das Glas und neigt es, 26 Trinkt selbstständig.*

3 Items zeigen sich variabel: *21 Kaut regelrecht und gründlich, 22 Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden, 24 Benutzt Gabel,.*

3.3.3 Sauberkeitsentwicklung

Die Items dieser Kategorie *27 Benutzt den Topf/die Toilette* und *28 Ist trocken, während es wach ist* zeigen beide einen variablen Verlauf.

3.3.4 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit

2 der insgesamt 4 beobachteten Items können als stabil auftretend bezeichnet werden:

29 Baut Turm mit Klötzen und *30 Baut Turm mit >3 Klötzen*.

Die Items *31 Spielt Rollenspiel alleine* und *32 Spielt Rollenspiel mit anderen Kindern* treten in einem variablen Zeitraum auf.

3.3.5 Zusammenfassung der Einteilung

Im Verhalten während der Pflege finden sich für das zweite und dritte Lebensjahr vor allem variable Items, das Verhalten bei Essen und Trinken zeigt hingegen auch stabile Items (3 stabile Items, 3 variable Items). Der Bereich der Sauberkeitsentwicklung zeigt sich wiederum als äußerst variabel, wohingegen die Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit sowohl stabile als auch variable Items aufweist.

Die Einteilung in stabile und variable Entwicklungsparameter ist nicht immer eindeutig. Nicht immer findet sich ein eindeutiger Gauß'scher Kurvenverlauf, bei den von uns als stabil bezeichneten Items liegt ein solcher jedoch tendenziell vor. Bei weiteren Items fallen in der graphischen Auswertung trotzdem ein kontinuierlicher Anstieg der Häufigkeiten und ein Auftreten in einem definierten Zeitraum auf, aufgrund der graphischen Auswertung werden diese hier dennoch als variabel bezeichnet.

3.4 Die Ergebnisse der Hauptbereiche in der Übersicht

In den folgenden Diagrammen werden die Ergebnisse in Form von Box-and-Whiskers-Diagrammen in den Hauptbereichen zusammengefasst dargestellt. Mit einem Kreuz wird der Median gekennzeichnet, d.h. der Zeitpunkt, an dem 50% der beobachteten Kinder die jeweilige Fähigkeit beherrschen. Die Mediane sind mit einer Linie verbunden. Um jeden Median wird mit einer Box der entsprechende Bereich der ± 1 Standardabweichung markiert. Minimum und Maximum als Zeichen der Spannweite werden durch die entsprechenden senkrechten Linien (Whiskers) gekennzeichnet.

3.4.1 Das Verhalten während der Pflege

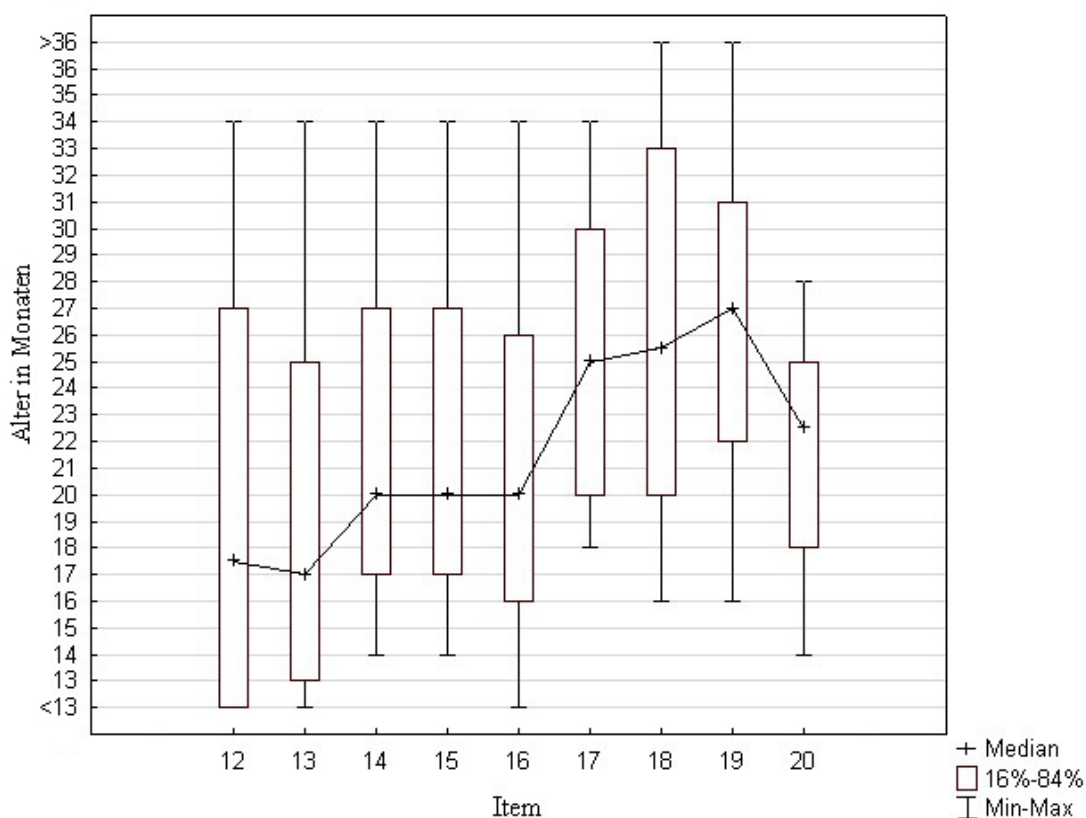


Diagramm 22: Das Verhalten während der Pflege – Zusammenfassung

Beispiel: Die frühesten Angaben zu Item 14 *Zieht einige Kleidungsstücke aus* liegt für das Alter von 14 Monaten vor, die späteste für ein Alter von 34 Monaten. Der Median liegt im Alter von 20 Monaten, der entsprechende ± 1 S-Bereich zwischen den Monaten 17-27.

3.4.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken

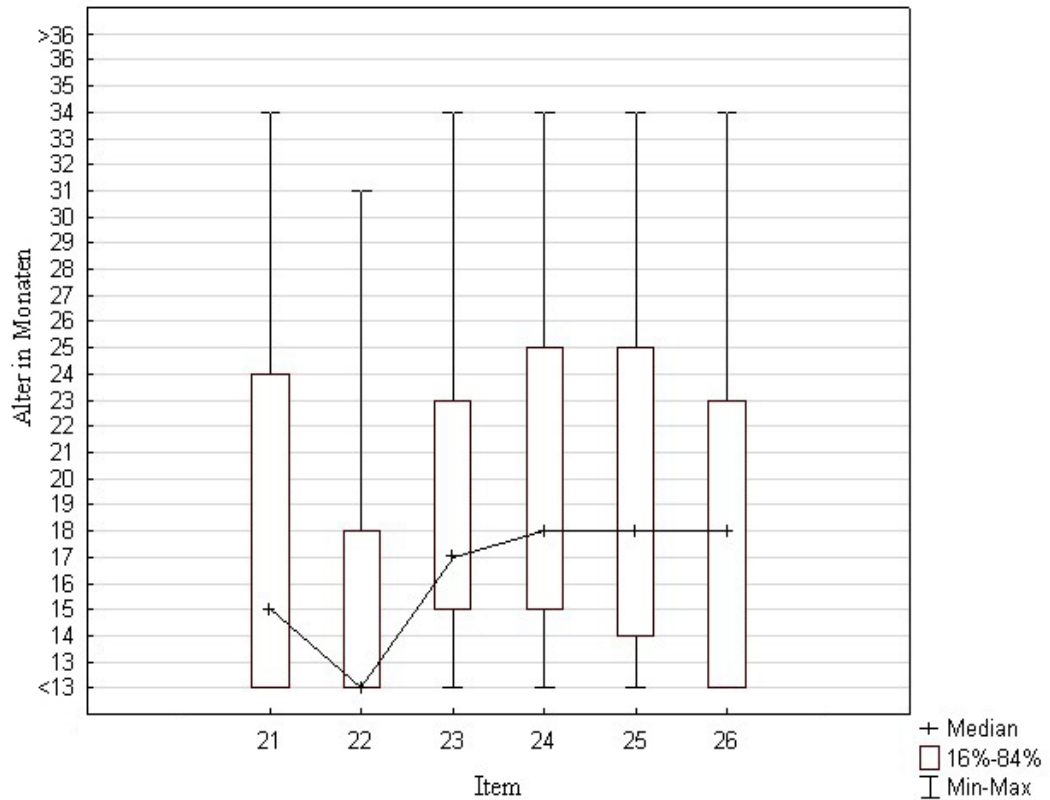


Diagramm 23: Das Verhalten bei Essen und Trinken - Zusammenfassung

Beispiel: Für Item 21 *Kaut regelrecht und gründlich* liegt die erste Beobachtung vor dem 13. Lebensmonat, die späteste im Alter von 34 Monaten. Der Median befindet sich im Alter von 15 Monaten. Der Zeitpunkt, an dem 16% regelrecht und gründlich kauen liegt vor dem 13. Lebensmonat, der Zeitpunkt, an dem 84% dazu in der Lage sind im Alter von 24 Monaten.

3.4.3 Sauberkeitsentwicklung

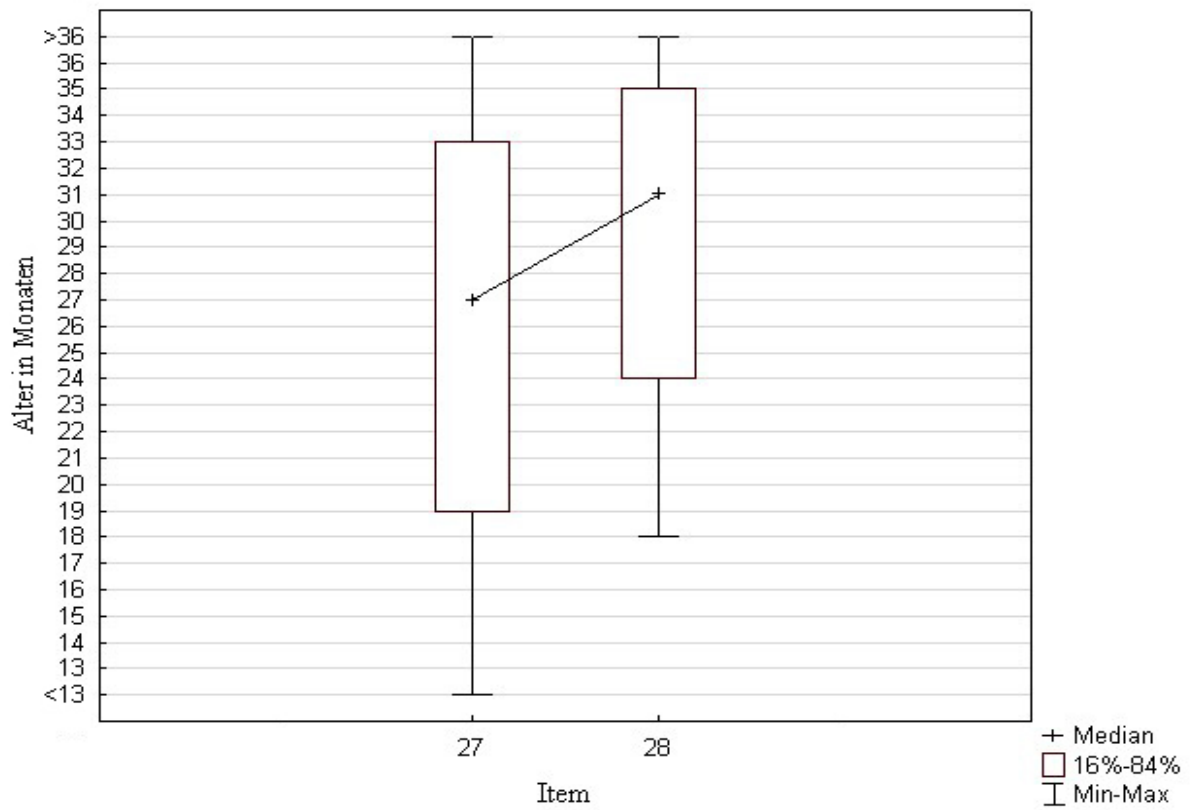


Diagramm 24: Sauberkeitsentwicklung - Zusammenfassung

Beispiel: Die ersten Kinder benutzen den Topf/die Toilette (Item 27) bereits vor Beginn des zweiten, die letzten nach Vollendung des dritten Lebensjahres. Bei 50% wird dies im Alter von 27 Monaten erstmals beobachtet. Der entsprechende $\pm 1S$ -Bereich befindet sich zwischen dem Alter von 19 bis 33 Monaten.

3.4.4 Entwicklung der Augen- Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit

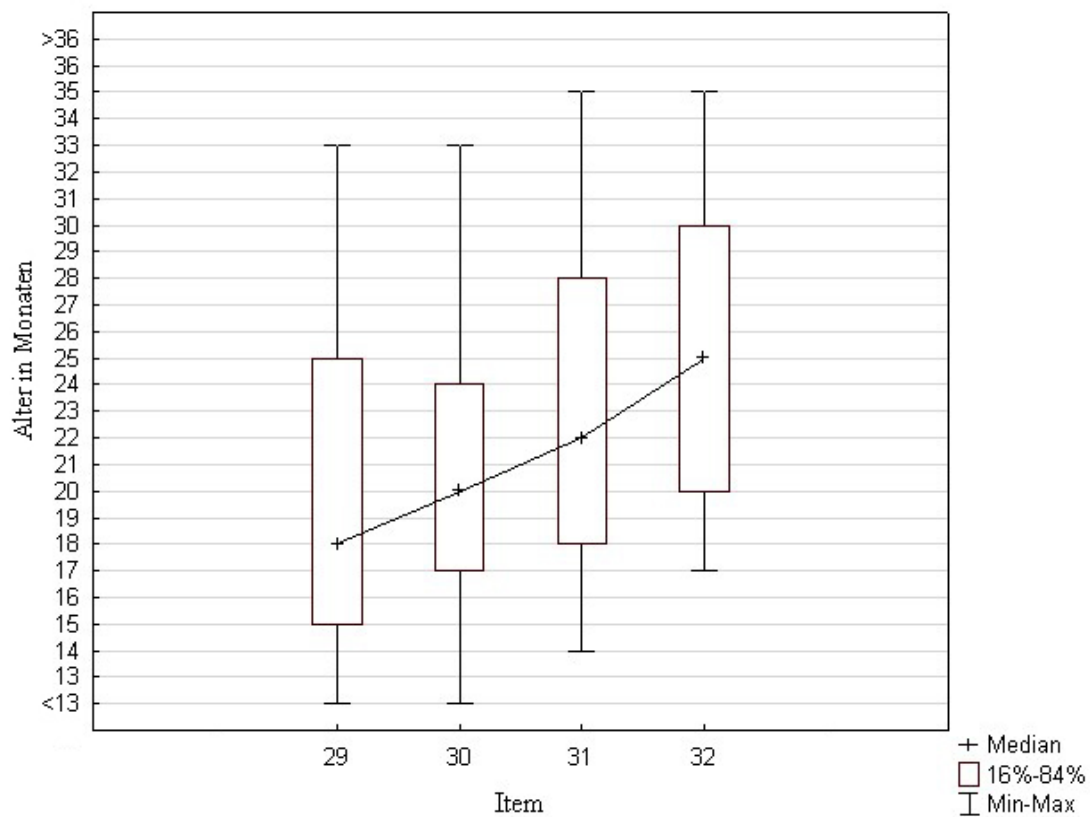


Diagramm 25: Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit - Zusammenfassung

Beispiel: Bereits im ersten Lebensjahr bauen die ersten Kinder einen Turm mit 2-3 Klötzen (Item 29). Im Alter von 18 Monaten beherrschen dies 50% der beobachteten Kinder. Der entsprechende $\pm 1S$ -Bereich findet sich zwischen den Monaten 15 und 25. 100% der beobachteten Kinder bauen schließlich im Alter von 33 Monaten einen Turm mit 2-3 Klötzen.

4. DISKUSSION

4.1 Evaluierung des Entwicklungsbeobachtungsbogens

In unserer Arbeit evaluieren wir anhand einer empirischen Untersuchung an in Kindertagesstätten betreuten Kindern einen Entwicklungsbeobachtungsbogen für das 2. und 3. Lebensjahr. Grundlage hierfür ist der Lóczy-Beobachtungsbogen (vgl. Kapitel 1. EINLEITUNG).

4.1.1 Güte des Verfahrens

Die vorliegende Arbeit hat den Charakter einer Pilotstudie. Zu den Werten der Objektivität, Reliabilität und Validität des Lóczy-Beobachtungsbogens liegen bisher keine Angaben vor. Es wurde jedoch im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO eine Langzeituntersuchung zur Entwicklung von im Lóczy betreuten Kindern durchgeführt [27]. Bei der Evaluierung der vorliegenden Untersuchung ist zu beachten, dass die Teilnahme an der Studie an keine besonderen Voraussetzungen geknüpft war und die Zusammensetzung des Probandenkollektivs zu Verzerrungen führen kann. So betrachten wir sicherlich ein ausgewähltes Kollektiv, unter anderem haben über 50% der Väter und mehr als 40% der Mütter als höchsten Schulabschluss Abitur angegeben. Einzelheiten finden sich hier im Kapitel 2.3.

4.1.2 Vergleich mit ähnlichen Studien

Im Folgenden vergleichen wir die in unserer Studie gewonnenen Daten (WÜ) mit den Ergebnissen und Normwerten

- des original Lóczy-Beobachtungsbogens (LO) [27]
- einer Freiburger Pilotstudie von Kosmalla (FR) [53]
- den Denver-Entwicklung-Skalen (DES) [33]
- Ergebnissen aus den Zürcher Longitudinalstudien (ZL) [52,58,59].

Der graphische Vergleich unserer Daten mit den Daten des Kollektivs des original Lóczy-Beobachtungsbogens ist in die Diagramme im vorangehenden Ergebnisteil eingearbeitet.

Es finden sich nicht für alle in unserem Bogen verwendeten Items Entsprechungen bei den anderen Untersuchungen, daher erfolgt der Vergleich teilweise exemplarisch und tendenziell.

4.1.2.1 Das Verhalten während der Pflege

Der 25%-Bereich des Items *12 Regt ein Spiel an* wird in den Studien WÜ und LO mit den Monaten 15 bzw. 9 angegeben, auch der Wert für P75 liegt mit Lebensmonat (LM) 23 bzw. 16 auseinander, die in Ungarn beobachteten Kinder beherrschen diese Fähigkeit im Schnitt gut ein halbes Jahr früher als die Kinder unserer Studie. Auch die Mediane unterscheiden sich dementsprechend.

Bei Item *13 Hilft bei Aus- und Anziehen* ist das Ergebnis ähnlich, der Wert für den 25-75% Bereich liegt in WÜ zwischen den Monaten 16 und 22, in LO beobachteten die Erzieherinnen die Fähigkeit bereits zwischen den Monaten 11 und 16. Während in unserer Untersuchung erst 25% der Kinder bei Aus- und Anziehen helfen, können dies in Ungarn bereits 75% der Kinder. Auch der Median unterscheidet sich mit den Monaten 14 (LO) und 18 (WÜ).

Ein Vergleich der Items 12 und 13 mit den anderen Untersuchungen ist aufgrund unterschiedlicher Definitionen der Items schwierig.

Die Ergebnisse zu Item *14 Zieht einige Kleidungsstücke aus* unterscheiden sich in den Studien WÜ, LO und DES: der Zeitraum, in dem 25-75% der Kinder einige Kleidungsstücke ausziehen ist in unserer Untersuchung kleiner (8 Monate) als in der ungarischen (12 Monate) und eher am Ende des zweiten Lebensjahres angesiedelt, während in Lóczy das Auftreten über das gesamte zweite Lebensjahr beobachtet wird. Der Median ist mit den Lebensmonaten 19 (LO) und 21 (WÜ) annähernd gleich. ZL gibt als Zeitraum für diesen Meilenstein ein Alter von 18 bis 30 Monate an. Abweichend hiervon findet sich in den DES der Bereich 25-75% in der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres.

Die Daten zum 25 - 75% Bereich des Item *15 Fängt an sich zu waschen* zeigen zwischen WÜ und LO eine große Übereinstimmung. Er beginnt jeweils im 18./19. Lebensmonat und erstreckt sich bis zum Ende des 25. (WÜ) bzw. 24. (LO) Lebensmonat. Auch für den Median finden sich gleiche Angaben (Lebensmonat 21).

Bei den Ergebnissen zu Item *16 Wäscht die Hände* finden sich Übereinstimmungen im 25-75% Bereich zwischen WÜ und DES (18.-26. LM vs. 20.-23. LM), wohingegen die Kinder in LO mit dem Händewaschen erst zu dem Zeitpunkt beginnen, an dem in unserer Studie dies fast 75% der Kinder bereits beherrschen. Auch der Median in unserer Untersuchung unterscheidet sich von dem in Lóczy um mehr als 6 Monate (21. Lebensmonat bzw. 29. Lebensmonat im Lóczy).

Bei Item 17 zeigen sich ebenfalls Übereinstimmungen zwischen WÜ und DES, hier befindet sich der 25-75%-Bereich zwischen den Lebensmonaten 22 bis 30 bzw. 22 bis 31. Auch ZL sieht als Zeitraum für diesen Meilenstein ein Alter von 18 bis 30 Monaten. Hingegen liegt der 25-75%-Bereich bei LO zwischen 30. und 33. Lebensmonat. Auch der Median unterscheidet sich zwischen LO (31. LM) von dem in unserer Untersuchung (26. LM).

Bei den Items *18 Knöpft auf*, *19 Zieht die Schuhe an*, *20 Putzt Zähne* liegen unsere 25-75% Ergebnisse WÜ allesamt früher als LO (18: LM 23-30 vs. LM 27-36; 19: LM 25-31 vs. 33->36; 20: LM 20-25 vs. 33->36). Für Item 19 könnte eine Erklärung für das späte Auftreten bei LO darin liegen, dass es im Lóczy üblich ist, die Kinder möglichst viel Zeit unbedeckt und auch ohne Schuhe spielen zu lassen.

4.1.2.2 Das Verhalten bei Essen und Trinken

Bei Item 21 Kaut regelrecht und gründlich fällt die sich ähnelnde weite Zeitspanne der ersten Beobachtung in den Untersuchungen WÜ und LO auf, der 25-75% Bereich überschneidet sich jedoch nur gering (WÜ: LM <13-20; LO: LM 17-24). Der Medianwert wird in LO im 21. Lebensmonat angegeben, in unserer Untersuchung liegt er im 16. Lebensmonat.

Auch bei *Item 22 Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden* unterscheiden sich die Werte, im 13. LM 97% (LO) bzw. 75% im 15. LM (WÜ). Die Medianwerte liegen mit Lebensmonat 10 (LO) und Lebensmonat 13 (WÜ) hingegen nahe zusammen.

Ähnliche Werte für den 25-75%-Bereich finden sich bei Item *23 Isst selbstständig mit dem Löffel* zwischen WÜ und DES (LM 15-20 vs. LM 14-17), LO (LM 17-24) liegt später. Auch ZL sieht den Zeitraum für diesen Meilenstein erst in einem Alter von 18-30 Monaten. Die Mediane von WÜ (18. Lebensmonat) und LO (21. Lebensmonat) liegen nahe zusammen.

Die Definitionen zu Item 24 *Benutzt Gabel* (LO: Ißt selbstständig und sauber) unterscheiden sich stark, so dass die Ergebnisse nicht vergleichbar sind.

Bei Item 25 *Hält das Glas und neigt es* könnte ein unterschiedlicher Gebrauch von gläsernen Trinkgefäßen Erklärung für die weit auseinanderliegenden 75%-Werte sein (WÜ: LM 22, LO LM <13). Auch die Mediane unterscheiden sich deutlich (WÜ Lebensmonat 19, LO Lebensmonat 9).

Sich ähnelnde Ergebnisse finden sich bei Item 26 *Trinkt selbstständig*: 25-75% können dies in den Lebensmonaten 15 bis 22 bzw. 14 bis 21 (WÜ und LO). Auch die Mediane stimmen mit dem 19. bzw. 18. Lebensmonat (WÜ bzw. LO) gut überein. ZL nennt als Zeitraum für diesen Meilenstein ein Alter von 18 bis 30 Monaten.

4.1.2.3 Sauberkeitsentwicklung

Bei Item 27 *Benutzt den Topf/die Toilette* ist in den Studien WÜ und LO der Zeitraum der ersten Beobachtung weit, in beiden Untersuchungen benutzen 75% der Kinder im 32 (WÜ) bzw. im 32. Lebensmonat (LO) den Topf/die Toilette. Der 25%-Wert liegt bei den Kindern aus Ungarn 4 Monate früher als bei den Kindern unserer Untersuchung (21. Lebensmonat bzw. 25. Lebensmonat). Die Medianwerte ähneln sich mit Lebensmonat 27 und 28 (LO und WÜ).

Auch bei Item 28 *Ist trocken, während es wach ist* ist die Zeitspanne des ersten Auftretens weit (WÜ vom 19. bis >36. Lebensmonat). In den Studien WÜ und LO sind 25% der Kinder im 26 bzw. im 24. Lebensmonat trocken, 75% sind es im 34. Lebensmonat (WÜ) bzw. im >36. Lebensmonat (LO).

4.1.2.4 Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit

Bei Item 29 *Baut Turm mit 2-3 Klötzen* zeigen die Ergebnisse unserer Studie den 25-75%-Bereich zwischen 17. und 23. Lebensmonat. In den DES liegen diese Werte zwischen 13. und 16. Lebensmonat. Die ZL sehen den 10-90%-Bereich zwischen den Lebensmonaten 12/13-18/19, der Median liegt im 16. Lebensmonat und somit 3 Monate früher als in unserer

Untersuchung. Aufgrund der gewählten Definitionen des Items kann mit LO nicht verglichen werden.

Bei *Item 30 Baut Turm mit > 3 Klötzen* zeigen unsere Ergebnisse, die Daten aus Ungarn und die der DES Überschneidungen. Der 25-75% Bereich findet sich in unserer Studie zwischen 19. und 25. Lebensmonat, in Ungarn zwischen 14. und 23. Lebensmonat und in den DES zwischen 17. und 20. Lebensmonat. ZL nennt als 10. und 90. Perzentile die Lebensmonate 14 und 24, als Median den 18-19. Lebensmonat. Dieser liegt somit gut drei Monate vor dem Median unserer Untersuchung. Ein Vergleich unserer Ergebnisse mit LO ist aufgrund der Item-Definition nicht sicher möglich.

Einen vergleichbaren 3 bis 97% Bereich zeigen bei *Item 31 Spielt Rollenspiel allein* die Studien WÜ und LO mit den Lebensmonaten 15 bis 30 bzw. 29. Auch die Medianwerte sind mit dem 23. Lebensmonat bzw. 24. Lebensmonat (WÜ bzw. LO) vergleichbar. Der 25-75% Bereich in den beiden Untersuchungen überschneidet sich in den Monaten 21, 22, 23, 24, 25 und 26. Bei ZL liegen die 10. und 90. Perzentile in den Lebensmonaten 19 und 37, der Median im 31. Lebensmonat. Dieser liegt in unserer Studie somit mehr als ein halbes Jahr früher.

Item 32 Spielt Rollenspiel mit anderen zeigt bei WÜ und LO Gemeinsamkeiten im Bereich der 25 bis 75% (Lebensmonat 27, 28 und 29). Die Werte 3% liegen gering auseinander (WÜ: LM 18; LO: LM 21), während die 97%-Marke vergleichbar ist (WÜ: LM 33, LO: LM 32). Der Median in WÜ (26. Lebensmonat) ist dem Median in LO (29. Lebensmonat) ähnlich. Die 25 bis 75% Werte der DES sind mit dem Bereich vom 21. bis 27. Lebensmonat denen von WÜ ähnlich (WÜ: LM 23-30). Der Median von ZL liegt im 41. Lebensmonat und somit viel später als in unserer Erhebung (LM 26).

4.1.2.5 Bewertung der Ergebnisse der Hauptbereiche in der Übersicht

Im Rahmen der graphischen Auswertung werden in Kapitel 3.4 die Items nach Kategorien zusammengefasst. Da der Schwierigkeitsgrad der Items innerhalb der Kategorie zunimmt, ist auch ein Ansteigen der Medianwerte zu erwarten.

Beim *Verhalten während der Pflege* (Items 12-20) steigt der Median kontinuierlich vom 17. bzw. 18. Lebensmonat bis zum 27. Lebensmonat an. Das entspricht dem erwarteten Verlauf. Lediglich bei Item 20 Putzt die Zähne liegt der Median im 23. Lebensmonat und damit unter dem Wert für Item 19. Grund hierfür kann die mit nur 24 Kindern vergleichsweise kleine Probandengruppe sein.

In der Kategorie *Das Verhalten bei Essen und Trinken* zeigt sich mit Ausnahme des Items 22 ebenfalls der erwartete Anstieg der Medianwerte, ebenso in der Kategorie *Sauberkeitsentwicklung*. Auch die Items der Kategorie *Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit* (Items 29-32) zeigen einen steten Anstieg der Medianwerte.

4.1.2.6 Der Vergleich der Medianwerte im Überblick

	Median unserer Untersuchung (WÜ)	Median Lóczy-Beobachtungsbogen (LO) *
Regt ein Spiel an	18. LM	13. LM
Hilft beim Aus- und Anziehen	18. LM	14. LM
Zieht einige Kleidungsstücke aus	21. LM	19. LM
Fängt an sich zu waschen	21. LM	21. LM
Wäscht die Hände	21. LM	29. LM
Zieht einige Kleidungsstücke an	26. LM	32. LM
Knöpft auf	26. LM	31. LM
Zieht die Schuhe an	28. LM	**
Putzt die Zähne	23. LM	**
Kaut regelrecht und gründlich	16. LM	21. LM
Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden	13. LM	10. LM
Isst selbstständig mit dem Löffel	18. LM	21. LM
Benutzt Gabel	19. LM	**
Hält das Glas und neigt es	19. LM	9. LM
Trinkt selbstständig	19. LM	18. LM
Benutzt den Topf/die Toilette	28. LM	27. LM
Ist trocken, während es wach ist	32. LM	**
Baut Turm mit 2-3 Klötzen	19. LM	***
Baut Turm mit >3 Klötzen	21. LM	***
Spielt Rollenspiel allein	23. LM	23. LM
Spielt Rollenspiel mit anderen Kindern	26. LM	29. LM

Abbildung 5: Der Vergleich der Medianwerte WÜ/LO im Überblick

*: dieser wurde bei fehlenden Eintragungen für P50 im Lóczy-Beobachtungsbogen teilweise aus den vorliegenden Werten berechnet.

** : für diese Items werden im original Lóczy-Beobachtungsbogen keine konkreten Monatsangaben für das Erreichen der 97/100% genannt, ein exakter Median kann daher nicht angegeben werden.

***: gleich definierte Items fehlen im original Lóczy-Beobachtungsbogen, ein Vergleich kann daher nicht gezogen werden.

4.1.3 Einschränkungen der Vergleichbarkeit

4.1.3.1 Unterschiede im Aufbau der Studien

Die herangezogenen Vergleichsstudien unterscheiden sich teilweise deutlich voneinander, unter anderem

- in der untersuchenden Person: Eltern, Betreuer oder Arzt und anderes geschultes Fachpersonal,
- in der Zusammensetzung des Probandenkollektivs,
- im Durchführungszeitpunkt: einmalig festgelegt vs. regelmäßig kontinuierlich,
- in der Testsituation: Prüfungsatmosphäre vs. gewohnte Umgebung.

Unsere Studie (WÜ) betrachtet Kinder im 2. und 3. Lebensjahr, die in Kindertagesstätten betreut werden. Entwicklungsdaten mit der Angabe von Monatswerten liegen für den Zeitraum des 13. bis 36. Lebensmonaten vor und werden so in der folgenden Beschreibung verwendet. Die Zahl beobachteter Kinder variiert je nach Item zwischen 24 und 91. Die Kinder kommen aus 10 verschiedenen Kindertagesstätten im süddeutschen Raum. Die Bögen wurden von den Betreuerinnen in den Einrichtungen durch Beobachtung in alltäglichen Situationen ausgefüllt. Hierzu erhielten sie zusätzlich eine Anleitung zum Ausfüllen der Bögen, auf detaillierte Definitionen zu den einzelnen Items wurde bewusst verzichtet.

Den Werten des Lóczy-Beobachtungsbogen (LO), so wie wir sie hier verwenden, liegen Beobachtungen an 150 ungarischen Heimkindern fortlaufend über 3 Jahre zugrunde [27,97]. Die Beobachtung erfolgte kontinuierlich durch erfahrene Betreuerinnen, die das jeweilige Kind über einen langen Zeitraum als Bezugsperson begleiteten.

Die Pilotstudie in Freiburg (FR) untersuchte 20 Kinder über einen Zeitraum von 1,5 Jahren, wobei die Kinder zu Beginn der Studie nicht älter als 6 Monate waren. Die Eltern erhielten

den Beobachtungsbogen nach Pikler vom Kinderarzt und trugen ihre Beobachtungen kontinuierlich zu Hause ein. Zusätzlich wurde dem Bogen eine Anleitung zum korrekten Ausfüllen, sowie eine Definition der jeweiligen Items beigelegt [53].

Mit den Denver Entwicklungs-Skalen (DES) werden Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren im Rahmen einer Screenings vom Kinderarzt oder psychologischem Fachpersonal untersucht. Für die Normierung der deutschen Version liegen Daten von 1455 Kindern vor [79]. Für eine ausführlichere Beschreibung der DES sei auf das entsprechende Kapitel 1.2.4.1 verwiesen.

Den Daten der Züricher Longitudinalstudien (ZL) liegen Untersuchungen an etwa 800 gesunden Schweizer Kindern zu Grunde. Die Kinder wurden zwischen 1954 und 1998 von der Geburt an bis ins Erwachsenenalter begleitet und ihre Entwicklung analysiert. Der langjährige Leiter der Longitudinalstudien R. Largo ergänzte die Ergebnisse durch zahlreiche empirische Untersuchungen und veröffentlichte die Ergebnisse unter anderem in den Büchern „Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht“ und „Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung“ [58,59].

4.1.3.2 Das unterschiedliche Alter der Normwerte

Die Daten unserer Studie wurden in den Jahren 2010 und 2011 erhoben. Wenn die Ergebnisse nun mit den Daten weiterer Untersuchungen verglichen werden, müssen wir wissen, dass die Grundlage der Daten aus Lóczy Beobachtungen an Kindern u.a. in den Jahren 1964-1968 sind [27,97]. Die Pilotstudie in Freiburg wurde 1993 vorgelegt, die Normwerte der DES stammen aus den frühen 70er Jahren. Die Züricher Longitudinalstudien beruhen auf Daten der Jahre 1954 bis 1998. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse insofern von Bedeutung, da sich die Ansichten einer gelungenen Kindererziehung und Betreuung – mit all ihren Konsequenzen für die Entwicklung der Kinder - in den vergangenen 40 Jahren teilweise grundlegend geändert haben.

4.1.3.3 Missverständliche Definitionen

In unserer Untersuchung wurde danach gefragt, in welchem Lebensmonat gewisse Fähigkeiten das erste Mal beobachtet werden. Der Beobachtungsbogen ist demnach so aufgebaut, dass der entsprechende Lebensmonat markiert werden kann. In Gesprächen und Rückfragen der Erzieherinnen herrschte oft Unsicherheit darin, wie der Zeitpunkt korrekt

markiert werden soll. Die Definition „Lebensmonat“ birgt die Gefahr von Missverständnissen, da sich z.B. ein Kind kurz nach seinem ersten Geburtstag ein Jahr bzw. 12 Monate alt ist, sich aber schon im 13. Lebensmonat bzw. im 2. Lebensjahr befindet.

Die gewonnenen Ergebnisse sind somit sicher teilweise um 1 Monat variabel, die absoluten Werte zu vergleichen daher nur bedingt sinnvoll. Vielmehr sollte auf die entsprechenden Zeiträume und die Dynamik der Entwicklung Wert gelegt werden, was auch dem Konzept der Entwicklungsbeobachtung im Lóczy näher kommt.

Für zukünftige Untersuchungen sollte die Definition des Alters dennoch eindeutiger angegeben werden, beispielsweise könnte nach dem Alter des Kindes gefragt werden, welches in Wochen oder Monaten angegeben werden kann.

4.1.4 Zusammenfassende Bewertung

Ein Instrument, das wir uns für eine kontinuierliche Entwicklungsdokumentation vorstellen, liegt nicht vor, abweichende Ergebnisse im Vergleich mit anderen Tests sollten daher nicht verwundern. Selbst der Vergleich der etablierten Tests Denver-Entwicklungs-Skalen (DES) mit den Ergebnissen aus den Zürcher Longitudinalstudien sowie den Untersuchungen von Remo Largo (ZL) bringt unterschiedliche Zeiträume für das Erreichen gleicher Fähigkeiten. Ein Grund kann in der inter- und intraindividuellen Variabilität der kindlichen Entwicklung gesehen werden. Vor allem im Bereich der Motorik zeigen Untersuchungen an gesunden Kindern, dass die Entwicklungsverläufe vielfältiger sind, als bisher angenommen. Ob das auch auf die hier untersuchten Fähigkeiten des Sozial- und Spielverhaltens zutrifft, ist anzunehmen, wurde wissenschaftlich aber bisher nur wenig untersucht. Largo betont, dass „das Ausmaß der Vielfalt, wie es in Entwicklungsstudien zu beobachten ist, (...) unvereinbar [ist] mit irgendwelchen Normvorstellungen“ [56,59,77].

Die Auswertung der von uns erhobenen Einzelwerte in der Analyse über die Box-and-Whiskers-Diagramme zeigt sich jedoch äußerst stimmig, was für realistische Ergebnisse und eine gute Anwendbarkeit des Beobachtungsbogens zur kontinuierlichen Entwicklungsdokumentation spricht.

4.2 Einsatz des Entwicklungsbeobachtungsbogens

Die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse wurden im Rahmen einer Pilotstudie erhoben. Der darauf basierende Bogen kann im Rahmen einer kontinuierlichen Entwicklungsdokumentation eingesetzt werden, die Kinder in ihrer Entwicklung begleiten und bei stockendem oder gar rückläufigem Entwicklungsverlauf erste Hinweise auf Entwicklungsauffälligkeiten geben. Diese können dann in einem weiteren Schritt vom erfahrenen Therapeuten mit Hilfe geeigneter diagnostischer Tests intensiver betrachtet werden.

Als weiteres Einsatzgebiet stellen wir uns vor, es Eltern durch die kontinuierliche Beobachtung ihres Kindes einfacher und verständlich zu machen, die Entwicklung als voranschreitenden Prozess zu betrachten. Die Variabilität, Individualität und Dynamik der kindlichen Entwicklung wurde in der vorliegenden Arbeit betont. Den Kindern kann für ihre Entwicklung Zeit gegeben und sorgenvolle Blicke auf Momentaufnahmen vermieden werden. Beginnend mit der Art der Fragestellung kann die kindliche Entwicklung durch die Anwendung des Lóczy-Beobachtungsbogens sinnvoll beeinflusst werden. So wird z.B. gezielt nach aktiven Tätigkeiten wie „Regt ein Spiel an“, „Spielt Rollenspiel mit anderen Kindern“ oder im Bereich der Bewegungsentwicklung z.B. gezielt nach „selbstständigen aufrichten zum Sitzen“ gefragt. Der Blick der Eltern auf die eigene Aktivität ihres Kindes wird so gezielt gefördert [92].

Wir wünschen uns, mit dem Entwicklungsbeobachtungsbogen Hilfestellung bei der Beurteilung kindlicher Entwicklung und Hinweise zu ihrer sinnvollen Begleitung geben zu können.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Zahl der Kinder unter 3 Jahren, die außerhäuslich betreut wird, ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, das Thema wird aber nach wie vor kontrovers diskutiert. Erkenntnisse, welche die Bedeutung einer kontinuierlichen und liebevollen Beziehung zu den Bezugspersonen in der Familie gerade in den ersten Lebensjahren unterstreichen, werden in der Diskussion um außerhäusliche Betreuung jedoch von keiner Seite in Frage gestellt. Die Aktualität der Diskussion ist offensichtlich, wächst doch eine zunehmende Zahl von Kindern in nicht-optimalen Bedingungen auf, die Gründe hierfür sind vielfältig und im Persönlichen wie auch Gesellschaftlichen zu finden.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem Teil des Dokumentationsbogens der kindlichen Entwicklung, der im Lóczy-Institut in Budapest erarbeitet wurde. Mit ihm können außerhäuslich betreute Kinder im 2. und 3. Lebensjahr in ihrer Entwicklung beobachtet und diese dokumentiert werden. Das Ziel ist, differenzierte Aussagen zur Entwicklung der betreuten Kinder machen zu können.

Folgende Eigenschaften zeichnen den Dokumentationsbogen aus:

1. Die Möglichkeit einer kontinuierlichen Beobachtung, die die Entwicklung als einen dynamischen Prozess wiedergibt.
2. Die Ermöglichung der Beobachtung in alltäglichen Situationen, eine künstlich herbeigeführte prüfungsähnliche Situation soll vermieden werden.
3. Die Beobachtung soll möglichst objektiv erfolgen, daher wird diese durch die Erzieherinnen vorgenommen.
4. Die Beobachtung darf bei bestehendem großem Zeitdruck in den Betreuungseinrichtungen nicht zeitintensiv sein.
5. Die Beobachtung und Dokumentation muss ohne ausführliche Anleitung durchführbar sein.
6. Die Auswertung muss einfach sein und sich weitgehend selbst erklären.
7. Beginnend mit der Art der Fragestellung soll die eigene Aktivität des Kindes gezielt gefördert werden.

Die Normierung des Bogens erfolgte erstmals in den 1960er Jahren an in einem Kinderheim betreuten Kindern in Ungarn [24,92].

Wir führen in dieser Arbeit im Rahmen einer Pilotstudie eine Re-Evaluierung der Ergebnisse und eine Bewertung des Bogens an in Kindertagesstätten betreuten Kindern im 2. und 3. Lebensjahr durch.

Zwischen Frühjahr 2009 und Januar wurden insgesamt über 250 Betreuungseinrichtungen für Kinder unter 3 Jahren per Email und Post angeschrieben sowie unter www.entwicklungsdocumentation.de eine Homepage zur Kontaktaufnahme eingerichtet. Letztlich konnte die Entwicklung von 100 Kindern im Alter von 12-36 Monaten aus 10 Einrichtungen beobachtet und dokumentiert werden.

Es wurden aus den Bereichen des Verhaltens während der Pflege und beim Essen sowie zur Manipulation und Spieltätigkeit insgesamt 40 Items beobachtet. Items der Bewegungs- und Sprachentwicklung sind Inhalt der Dissertationsarbeit von B. Mäder.

Die Ergebnisse wurden regelmäßig von den Erzieherinnen in den Einrichtungen in einen einfach auszufüllenden Bogen eingetragen.

Es ist das Anliegen der Arbeit, sich auf die individuelle, kontinuierliche und dynamische Entwicklung der Kinder zu fokussieren. Die Ergebnisse werden daher in stabile Items mit relativ gleichmäßiger, sowie instabile Items mit einer weit gestreuten Altersverteilung unterschieden.

Stabil beobachtet und damit besser zur Beurteilung der Entwicklung geeignet waren beispielsweise die Items „Isst selbstständig mit dem Löffel“, „Hält das Glas und neigt es“, oder „Baut Turm mit Klötzen“. Beispiele für instabile und damit Ausdruck der Entwicklungsvariabilität sind die Items „Regt ein Spiel an“, „Hilft beim Aus- und Anziehen“, „Benutzt den Topf/die Toilette“. Wir sind der Meinung, dass dennoch gerade durch die Beobachtung beider Gruppen die Gesamtentwicklung der Kinder positiv beeinflusst werden kann.

Die Arbeit hat den Charakter einer Pilotstudie und stellt keine Entwicklung eines Normalkollektives dar, hierfür ist die Anzahl der beobachteten Kinder zu gering und die Verteilung nach sozialer Herkunft nicht repräsentativ.

Die beteiligten Erzieherinnen bestätigten jedoch die leichte Anwendbarkeit des Bogens, so dass wir uns wünschen, Hilfestellung bei der Beurteilung kindlicher Entwicklung und Hinweise zu ihrer sinnvollen Begleitung geben zu können.

6. ANHANG

6.1 Lóczy-Beobachtungsbogen

		Geburtsdatum:	Geburtsgewicht:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	21	24	27	30	33	36		
Bewegungsentwicklung	14II	Steigt Treppen mit Schrittwechsel																											
	13	Steigt Treppen mit Nachstellschritt																											
	12	Geht sicher																											
	11	Unkennnt erste freie Schritte																											
	10	Steht frei auf																											
	9	Sich festhaltend unternimmt es Schritte																											
	8	Sich festhaltend steht es auf																											
	7	Kniert auf																											
	6	Krabbelt auf Knie und Händen																											
	d	Setzt sich auf ein Stühlchen																											
	c	Spielt sitzend																											
	b	Setzt sich auf																											
	a	Erhebt sich in halbsitzende Positionen																											
	5	Kriecht auf dem Bauch																											
4	Rollt sich																												
3	Dreht sich auf den Bauch und zurück																												
2	Dreht sich auf den Bauch																												
1	Dreht sich auf die Seite																												
A Essen Essen mit dem Löffel	4II	Trinkt selbständig II																											
	3	Trinkt selbständig I																											
	2	Hält das Glas und neigt es																											
	1	Legt die Hände aufs Glas																											
	6II	Isst selbständig und sauber																											
5	Isst selbständig mit dem Löffel																												
4	Versucht selbständig zu essen																												
3	Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden																												
2	Öffnet den Mund beim Anblick des Löffels																												
1	Öffnet den Mund bei Berührung mit dem Löffel																												
B An- und Ausziehen	2II	Kann regelrecht und gründlich anziehen																											
	1	Knüpft																											
	13II	Putzt die Zähne																											
	12	Zieht die Schuhe an																											
	11	Knüpft auf																											
C Spiel Benutzten	10	Zieht einige Kleidungsstücke an																											
	9	Wäscht die Hände																											
	8	Fängt an sich zu waschen																											
	7	Zieht einige Kleidungsstücke aus																											
	6	Schlüpfpt mit Armen und Beinen hinein und heraus																											
	5	Reagt ein Spiel an																											
	4	Hilft																											
	3	Plätschert und planscht																											
	2	Wirkt mit																											
	1	Entspannt sich																											
	D Handhabung	2II	Ist sauber während es wach ist																										
1		Benutzt den Topf																											
E Handhabung und Spieltätigkeit	14II	Organisiert Rollenspiele																											
	13	Spielt Rollenspiel II																											
	12	Spielt Rollenspiel I																											
	11	Baut																											
	10	Handliert mit mehreren Gegenständen																											
	9	Handliert mit zwei Gegenständen II																											
	8	Handliert mit zwei Gegenständen I																											
	7	Handliert mit einem Gegenstand II																											
	6	Handliert mit einem Gegenstand I																											
	5	Greift zielsicher, fasst an																											
	4	Versucht Gegenstände zu streichen																											
3	Spielt mit seinen Händen																												
2	Betrachtet seine Hand																												
1	Folgt mit den Augen																												
F Reagieren auf Ansprache	4II	Ist mit Worten zu leiten																											
	5	Versteht Worte ausserhalb der Pflege																											
	4	Versteht Worte während der Pflege																											
	3	Antwortet fortlaufend																											
	2	Reißt den Mund auf Ansprache, lächelt, gibt Laute																											
G Sprachliche Initiative	1	Achtet auf den Sprechenden																											
	4II	Spricht fließend und verständlich																											
	7	Gebraucht zusammengesetzte Sätze																											
	6	Gebraucht erweiterte Sätze																											
	5	Gebraucht Zwei-Wort-Sätze																											
	4	Gebraucht Worte																											
	3	Lallt mit Silben																											
2	Lallt																												
1	Gibt Laute																												

6.2 Anschreiben an die Betreuungseinrichtungen

Frühdiagnosezentrum Würzburg Sozialpädiatrisches Zentrum

Frühdiagnosezentrum Josef-Schneider-Str. 2 97080 Würzburg

Ambulanz für Kinder und
Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten
und Behinderungen

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H.M. Straßburg
Träger: Verein Frühdiagnosezentrum Würzburg e.V.

Josef-Schneider-Str. 2
Im Luitpoldkrankenhaus, Haus C 5
97080 Würzburg
Tel. 0931/ 28 08 24
Fax 0931/ 201-2 78 58

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den vergangenen Jahren ist die Zahl von Kindern unter 3 Jahren, die eine Krippe oder einen Kindergarten besuchen, deutlich angestiegen. Es ist der politische Wille der derzeitigen Regierung, diese Betreuungsangebote weiter auszubauen. Hierzu gibt es auch kritische Stimmen, die aus unterschiedlichen Gründen die außerfamiliäre Betreuung von Kindern unter 3 Jahren ablehnen.

Im Rahmen eines umfangreichen Forschungsprojektes möchte ich mich mit mehreren Mitarbeitern, insbesondere Doktoranden, mit den sich hieraus ergebenden Fragen intensiver beschäftigen.

Im Frühdiagnosezentrum Würzburg beschäftigen wir uns vor allem mit Fragen der Entwicklung von Kindern, insbesondere der Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und der Unterstützung von sinnvollen Maßnahmen zur Entwicklungsförderung. Zusammen mit den beiden Doktoranden, Frau Mäder und Herrn Sporrer, versuchen wir, die Entwicklung von Kindern, die auch außerhäuslich betreut werden, mit Hilfe eines Beobachtungsbogens zu dokumentieren.

Dabei möchten wir vor allem Methoden zur Dokumentation der kindlichen Entwicklung erarbeiten und aktuell standardisieren, die Sie auch in Ihren Einrichtungen ohne großen Aufwand einsetzen können.

Als Grundlage verwenden wir einen Bogen zur kontinuierlichen Dokumentation der kindlichen Entwicklung, der in dem von Emmi Pikler geleiteten Kleinkinderheim Lozcy in Budapest vor über 30 Jahren erarbeitet wurde. Außerdem wollen wir eine einfache Dokumentation der Sprachentwicklung am Ende des zweiten Lebensjahres mit dem Kurztest zur Sprachbeurteilung von Herrn von Suchodoletz durchführen.

Deshalb möchte ich Sie, auch im Namen meiner beiden Mitarbeiter Britta Mäder und Tobias Sporrer fragen, ob Sie prinzipiell bereit sind,

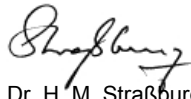
- die Entwicklungsdokumentation nach E. Pikler zu überprüfen und Ihre Meinung hierzu in einem Fragebogen zu äußern und
- Eltern von Kindern im 2. und 3 Lebensjahr zu fragen, ob sie erlauben, dass sie allein durch Beobachtung die Entwicklung des Kindes über mehrere (ca. sechs) Monate dokumentieren. Dabei geht es vor allem darum, einzutragen, wann bestimmte Fähigkeiten des Kindes erstmals beobachtet wurden.

Nach Abschluss der Studie erhalten alle Projektteilnehmer eine Zusammenfassung und Auswertung der Ergebnisse sowie eine den Ergebnissen angepasste Version des Entwicklungsdokumentationsbogens zur weiteren Anwendung in ihrer Einrichtung.

Sobald Sie uns Ihr Interesse an dem Projekt mitgeteilt haben, werden sich meine Mitarbeiter mit Ihnen in Verbindung setzen und weitere Einzelheiten besprechen.

Bereits im voraus bedanke ich mich herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. H. M. Straßburg
Ärztlicher Leiter des
Frühdiagnosezentrums

Bei Fragen, Kritik oder Anregungen stehen wir Ihnen unter
entwicklungsdokumentation@googlemail.com sowie www.entwicklungsdokumentation.de
gerne zur Verfügung.

6.3 Anschreiben an die Eltern

Frühdiagnosezentrum Würzburg Sozialpädiatrisches Zentrum

Frühdiagnosezentrum Josef-Schneider-Str. 2 97080 Würzburg

Ambulanz für Kinder und
Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten
und Behinderungen

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H.M. Straßburg
Träger: Verein Frühdiagnosezentrum Würzburg e.V.

Josef-Schneider-Str. 2
Im Luitpoldkrankenhaus, Haus C 5
97080 Würzburg
Tel. 0931/ 28 08 24
Fax 0931/ 201-2 78 58

Elterninformation zur Studie über die Entwicklungsdokumentation von Kindern im 2. und 3. Lebensjahr in öffentlichen Kinderbetreuungseinrichtungen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Eltern,

Ihr Kind mit einem Alter unter 3 Jahren wird in einer öffentlichen Einrichtung, z.B. einer Krippe oder einem Kindergarten, betreut.

Wir, das sind Professor Straßburg, der langjährige Leiter des Frühdiagnosezentrums Würzburg und die beiden Doktoranden Frau Mäder und Herr Sporrer, wollen versuchen, die Entwicklung von Kindern, die auch außerhäuslich betreut werden, mit Hilfe eines Beobachtungsbogens zu dokumentieren. Dabei geht es vor allem darum festzustellen, wann bestimmte Fähigkeiten Ihres Kindes, z.B. das Übereinanderstellen von Bauklötzen, im normalen Tagesablauf erstmals beobachtet werden.

Wir orientieren uns dabei zum einen an der Entwicklungsdokumentation für das 2. und 3. Lebensjahr der ungarischen Kinderärztin Dr. Emmi Pikler, zum anderen an dem weltweit am häufigsten eingesetzten Erhebungsbogen zur kindlichen Entwicklung, dem sog. Denver-Test und an dem Kurztest zur Sprachentwicklung nach Professor von Suchodoletz.

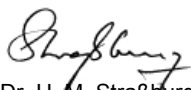
Ihr Kind kann jederzeit nach dem 1. Geburtstag bis zum Ende des 3. Lebensjahres in die Studie aufgenommen werden. Sinnvoll wäre es, wenn das Kind möglichst über 6 Monate teilnimmt. Es ist vorgesehen, dass im Abstand von 4 Wochen von der zuständigen Erzieherin/ dem Erzieher die beobachteten Fähigkeiten Ihres Kindes in einen normierten Bogen eingetragen werden.

Die Teilnahme an dieser Studie ist absolut freiwillig. Jederzeit können Sie ohne Mitteilung von Gründen oder irgendwelche Nachteile für Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme zurückziehen.

Die Dokumentationsbögen werden mit den Geburtsdaten (nur Tag und Monat) und dem Geschlecht Ihres Kindes, nicht aber mit seinem Namen gekennzeichnet. Spätere wissenschaftliche Auswertungen werden anonym, d.h. ohne Namensnennung und ohne dass eine Erkennung Ihres Kindes möglich ist, entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen, vorgenommen.

Dankbar sind wir Ihnen, wenn wir nach Beendigung der Entwicklungsbeobachtung einen Einblick in das gelbe Früherkennungs-Untersuchungsheft haben können. Außerdem bitten wir Sie bei dieser Gelegenheit, einen kurzen Fragebogen – ohne Namensnennung – auszufüllen.

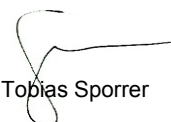
Mit herzlichem Dank für Ihre Mitarbeit und freundlichen Grüßen



Prof. Dr. H. M. Straßburg
Univ.-Kinderklinik
Ärztlicher Leiter des Frühdiagnosezentrums



Britta Mäder



Tobias Sporrer

6.4 Einverständniserklärung

Frühdiagnosezentrum Würzburg Sozialpädiatrisches Zentrum

Frühdiagnosezentrum Josef-Schneider-Str. 2 97080 Würzburg

Ambulanz für Kinder und
Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten
und Behinderungen

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H.M. Straßburg
Träger: Verein Frühdiagnosezentrum Würzburg e.V.

Josef-Schneider-Str. 2
Im Luitpoldkrankenhaus, Haus C 5
97080 Würzburg
Tel. 0931/ 28 08 24
Fax 0931/ 201-2 78 58

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass von unserem Kind

.....

Angaben zur Entwicklung im 2. und 3. Lebensjahr, die in der Kindertagesstätte beobachtet wurden, anonym, d.h. ohne Nennung des Namens, in einem Dokumentationsbogen eingetragen und wissenschaftlich ausgewertet werden. Diese Dokumentation kann jederzeit ohne Nachteile für unser Kind beendet werden.

Vater.....

Mutter.....

6.5 Anonymer Fragebogen

**Frühdiagnosezentrum Würzburg
Sozialpädiatrisches Zentrum**

Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen

Frühdiagnosezentrum Josef-Schneider-Str. 2 97080 Würzburg

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H.M. Straßburg
Träger: Verein Frühdiagnosezentrum Würzburg e.V.

Josef-Schneider-Str. 2
Im Luitpoldkrankenhaus, Haus C 5
97080 Würzburg
Tel. 0931/ 28 08 24
Fax 0931/ 201-2 78 58

**Anonymer Fragebogen für Eltern, deren Kinder an der
Entwicklungs-Dokumentation im 2.-3. Lebensjahr teilnehmen**

Kindergarten	Monatstag	Monat		

Alter des Kindes in Monaten		
Geschlecht		
Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im 1. Lebensjahr	Ja	Nein
Schulbildung und Beruf des Vaters		
Schulbildung und Beruf der Mutter		
Zahl der Geschwister		
Ursprüngliche Sprache der Mutter		
Alter bei Aufnahme in Kindergarten / Kinderkrippe		

6.6 Anleitung zum Ausfüllen des Entwicklungsbeobachtungsbogens

Frühdiagnosezentrum Würzburg Sozialpädiatrisches Zentrum

Ambulanz für Kinder und
Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten
und Behinderungen

Frühdiagnosezentrum Josef-Schneider-Str. 2 97080 Würzburg

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. H.M. Straßburg
Träger: Verein Frühdiagnosezentrum Würzburg e.V.

Josef-Schneider-Str. 2
Im Luitpoldkrankenhaus, Haus C 5
97080 Würzburg
Tel. 0931/ 28 08 24
Fax 0931/ 201-2 78 58

Wie soll der Entwicklungsbeobachtungsbogen ausgefüllt werden?

Allgemeines

Im oberen kleinen Kasten steht in der ersten Spalte bereits eine Nummer.

Wir bitten Sie, hinter diese Nummer - im Rahmen der Anonymisierung - nur das Geburtsdatum des jeweiligen Kindes mit Tag und Monat einzutragen (wenn das Kind z.B. am 2. Januar geboren ist, die Zahl 0201).

Diese Zahl bitte auch auf dem beiliegenden „Anonymen Fragebogen für die Eltern“ oben eintragen. Diesen lassen sie bitte von den Eltern der Kinder ausfüllen.

In den Feldern, in denen „Ja“ bzw. „Nein“ steht, soll lediglich angekreuzt werden.

Zum Entwicklungsbogen selber

Jede Tätigkeit, die das Kind erlernen soll, ist eingeteilt nach Bewegungsentwicklung, Verhalten während der Pflege, Verhalten bei Essen und Trinken, Sauberkeit, Augen-Hand-Koordination bzw. Spieltätigkeit und Lautgebung und Sprechen.

Jeder einzelne Punkt, wie z.B. „1. setzt sich hin“ ist **ein Mal anzukreuzen**.

Grundsätzlich soll das Kreuz zu dem Zeitpunkt eingetragen werden, bei dem die Tätigkeit **zum ersten Mal** beobachtet wird.

Wenn das Kind diese Tätigkeit schon vor dem 13. Lebensmonaten zum ersten Mal erlernt hat, ist das Kreuz in die Spalte <13 zu setzen.

Bei älteren Kindern dem Alter entsprechend zwischen dem 13. und 36. Monat.

Alle Tätigkeiten, die bei einem Kind bis zum abgeschlossenen 3.Lebensjahr nicht beobachtet wurden, werden in der letzte Spalte >36 angekreuzt.

Der Entwicklungsbogen kann in jedem Lebensmonat begonnen werden.

Die Beobachtung muss nicht zwingend mit dem 13. Monat beginnen.

Sprachtest SBE-2-KT

Bei der Entwicklung für den SBE-2-KT wurden in einem mehrstufigen Ausleseprozess aus einem großen Pool von Wörtern diejenigen extrahiert, die am besten zwischen sprachlich altersgerecht und verzögert entwickelten Kindern unterschieden.

Der SBE-2-KT soll - um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten - im 21. bis 24. Lebensmonat ausgefüllt werden und besteht aus einer Liste mit 57 Wörtern und einer Frage zu Mehrwortäußerungen.

Bei diesem Sprachtest sollen – als Sonderfall in unserer Studie um objektive vergleichbare Ergebnisse zu erhalten - die **Erzieher/innen** ankreuzen, welches der Wörter die von ihnen betreuten Kinder schon sprechen und ob bereits Mehrwortäußerungen benutzt werden.

Für weiterführende Informationen empfehlen wir die Homepage der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität München (<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/SBE-2-KT.php>)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Britta Mäder und Tobias Sporrer

Bei Fragen, Kritik oder Anregungen stehen Ihnen Tobias Sporrer (tobias.sporrer@googlemail.com)
und Britta Mäder (britta-maeder@arcor.de) gerne zur Verfügung.

6.7 Der Entwicklungsbeobachtungsbogen

Entwicklungsbeobachtungsbogen für Kleinkinder im 2. und 3. Lebensjahr,
modifiziert nach E. Pikler

	<13	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	>36	
Die Bewegungsentwicklung																											
1	Setzt sich auf																										
2	Spielt sitzend																										
3	Setzt sich auf ein Stühlchen																										
4	Krabbelt auf Knie und Händen																										
5	Sich festhaltend steht es auf																										
6	Sich festhaltend unternimmt es Schritte																										
7	Steht frei auf																										
8	Unternimmt erste freie Schritt																										
9	Geht sicher																										
10	Steigt Treppen mit Nachstellschritt																										
11	Steigt Treppen mit Schrittwechsel																										
Das Verhalten während der Pflege																											
12	Regt ein Spiel an																										
13	Hilft beim Aus- und Anziehen																										
14	Zieht einige Kleidungsstücke aus																										
15	Fängt an sich zu waschen																										
16	Wäscht die Hände																										
17	Zieht einige Kleidungsstücke an																										
18	Knöpft auf																										
19	Zieht die Schuhe an																										
20	Putzt die Zähne																										
Das Verhalten bei Essen und Trinken																											
21	Kaut regelrecht und gründlich																										
22	Kann mit Löffel regelrecht gefüttert werden																										
23	Isst selbstständig mit dem Löffel																										
24	Benutzt Gabel																										
25	Hält das Glas und neigt es																										
26	Trinkt selbstständig																										

	<13	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	>36	
Sauberkeitsentwicklung																											
27																											
28																											
Entwicklung der Augen-Hand-Koordination sowie der Manipulations- und Spieltätigkeit																											
29																											
30																											
31																											
32																											
Entwicklung der Lautgebung und des Sprechens																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											


Sprachbeurteilung durch Eltern - Kurztest für die U7 im 21. - 24. Lebensmonat (SBE-2-KT, Version vom 01.08.2008)					
W. v. Suchodoletz & S. Sachse					
O hallo	O ja	O nein	O Auge	O Bauch	O Hand
O auto	O opa	O ball	O ohr	O mund	O nase
O danke	O mein	O bitte	O baden	O essen	O malen
O boot	O buch	O zug	O licht	O kalt	O nass
O apfel	O banane	O gurke	O raus	O runter	O weg
O brot	O butter	O milch	O bett	O stuhl	O schnuller
O kuchen	O keks	O eier	O brille	O haare	O schlüssel
O fisch	O maus	O baum	O tür	O uhr	O wasser
O katze	O pferd	O hase	O hose	O jacke	O schuhe
O affe	O bär	O ente	O wortverbindungen wie z.B. Mama Buch, Baby spielen...		

6.8 Homepage www.entwicklungsdokumentation.de

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://entwicklungsdokumentation.de/>. The page title is "Entwicklungsdokumentation nach Emmi Pikler". Below the title is a navigation menu with three items: "Über das Projekt", "Weitere Informationen und Dokumente", and "Kontakt". The main content area features a photograph of a child's legs in green pants standing on a large pile of white, spherical objects. Below the image is the heading "Über das Projekt" followed by several paragraphs of text. At the bottom right, there is a small logo for the Frühdiagnosezentrum Würzburg.

Entwicklungsdokumentation nach Emmi Pikler

Über das Projekt Weitere Informationen und Dokumente Kontakt



Über das Projekt

In den vergangenen Jahren ist die Zahl von Kindern unter 3 Jahren, die eine Krippe oder einen Kindergarten besuchen, deutlich angestiegen.

Im Rahmen eines umfangreichen Forschungsprojektes möchten wir am Frühdiagnosezentrum Würzburg Methoden zur Dokumentation der kindlichen Entwicklung bei außerhäuslicher Betreuung erarbeiten und aktuell standardisieren, die Sie auch in Ihren Einrichtungen ohne großen Aufwand einsetzen können.


Als Grundlage verwenden wir einen Bogen zur kontinuierlichen Dokumentation der kindlichen Entwicklung, der in dem von Emmi Pikler geleiteten Kinderheim Lóczy in Budapest vor über 30 Jahren erarbeitet wurde.

Damit unsere Studie aussagekräftige Ergebnisse hervorbringen kann, bitten wir Sie um Ihre Unterstützung.

Nach Abschluss der Studie erhalten alle Projektteilnehmer eine Zusammenfassung und Auswertung der Ergebnisse sowie eine den Ergebnissen angepasste Version des Entwicklungsdokumentationsbogens zur weiteren Anwendung in ihrer Einrichtung.


Genauere Informationen finden Sie [hier](#).

Wir freuen uns, wenn Sie unser Projekt unterstützen.


in Zusammenarbeit mit dem Frühdiagnosezentrum Würzburg 


Entwicklungsdocumentation nach Emmi Pikler

Über das Projekt Weitere Informationen und Dokumente Kontakt








Weitere Informationen und Dokumente

 Informationen für Erzieherinnen und Erzieher
[Download File](#)

 Informationen für Eltern
[Download File](#)


Bei Interesse an unserem Projekt senden wir Ihnen folgende Dokumente gerne unverbindlich zu:

-  Einverständniserklärung
-  Beobachtungsbogen
-  Anleitung zum Ausfüllen des Beobachtungsbogens
-  Anonymer Fragebogen

in Zusammenarbeit mit dem Frühdiagnosezentrum Würzburg 

Entwicklungsdokumentation nach Emmi Pikler

Über das Projekt Weitere Informationen und Dokumente Kontakt



Kontakt

Bei Interesse an unserem Projekt bitten wir Sie um eine Nachricht über unten stehendes Kontaktformular bzw. an entwicklungsdokumentation@googlemail.com - wir schicken Ihnen gerne den Entwicklungsdokumentationsbogen sowie weitere Informationen zu.

Ebenso stehen wir Ihnen hier bei Fragen, Kritik oder Anregungen gerne zur Verfügung.


Ansprechpartner *

First Last

Anschrift der Einrichtung

Email *

Nachricht *

Tobias Sporrer, Nürnberg
in Zusammenarbeit mit dem [Frühdiagnosezentrum Würzburg](#) 

Unsere Website enthält Verweise zu fremden Internetanbietern. Auf die aktuellen oder zukünftigen Inhalte der gelinkten Seiten haben wir keinerlei Einfluß. Sie unterliegen der Haftung der jeweiligen Anbieter. Diese Erklärung gilt für alle auf unserer Website angezeigten Links. Desweiteren gelten für unsere Website die unter <http://www.disclaimer.de> aufgeführten Haftungsausschlüsse.

7. LITERATURVERZEICHNIS

1. Ahnert L. (2010). **Bindung und Bildung bei multiplen Betreuungserfahrungen.** In: Wach, neugierig, klug - Kinder unter 3: Ein Medienpaket für Kitas, Tagespflege und Spielgruppen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh und Staatsinstitut für Frühpädagogik, München.
2. Ahnert L, Gunnar MR, Lamb ME, Barthel M. (2004). **Transition to child care: associations with infant-mother attachment, infant negative emotion, and cortisol elevations.** Child Dev 75, S. 639-650.
3. Amelang M, Schmidt-Atzert L. (2006). **Psychologische Diagnostik und Intervention.** Springer, Berlin. S. 181-365.
4. ASQ. (2012). **Ages and Stages Questionnaires.** Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. Abrufbar unter www.agesandstages.com
5. Baker M, Gruber J, Milligan K. (2008). **Universal Childcare, Maternal Labor Supply and Family Well-Being.** Journal of Political Economy, Vol. 116, No. 4, S. 709-745.
6. Baumann T, Joss E. (2004). **Prävention in der Pädiatrie. Ein Manual.** Forum Praxis Pädiatrie und Société Swiss de Pédiatrie.
7. Baumann T. (2009). **Entwicklungspädiatrische Säuglingsuntersuchung.** Pädiatrie up2date 2009 1:51–67. Thieme Verlag Stuttgart.
8. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. (2011). **Bildungs- und Erziehungsplan.** Abrufbar unter: <http://www.stmas.bayern.de/kinderbetreuung/bep/>
9. Bayley N. (1969). **Manual for the Bayley Scales of Infant Development.** Psychological Corporation. New York.
10. Becker-Stoll F. (2008). **Bindung als Voraussetzung für Bildung.** Abrufbar unter: http://www.landkreis-wuerzburg.de/media/custom/1755_334_1.PDF?1289272240
11. Becker-Stoll F. (2009). **Die Bedeutung der Qualität in der Kindertagesbetreuung für Kinder in den ersten drei Lebensjahren.** Abrufbar unter: www.kindergartenpaedagogik.de/1990.pdf
12. Beller K. (2011). **Entwicklungstabelle - Forschung und Fortbildung in der Kleinkindpädagogik.** Abrufbar unter: <http://www.beller-und-beller.de/entwicklungstabelle.html>
13. Berkic J. (2010). **Bindung als Voraussetzung für Bildung.** In: Geiger G, Spindler A (Hrsg.). Frühkindliche Bildung. Von der Notwendigkeit frühkindliche Bildung zum Thema zu machen. Verlag Barbara Budrich, Leverkusen-Opladen.

14. Bien W, Rauschenbach T, Riedel B. (2006). **Pädagogische Ansätze: Wer betreut Deutschlands Kinder? DJI-Kinderbetreuungstudie.** Cornelsen Verlag Scriptor, Berlin.
15. BMFSFJ. (2008). **Dossier: Ausbau der Kinderbetreuung - Kosten, Nutzen, Finanzierung.** Abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Dossier-Ausbau-der-Kinderbetreuung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
16. Böhm R. (2012). **Die dunkle Seite der Kindheit.** Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 4.4.2012, S. 7.
17. Bowlby J. (2003). **Bindungen**, S. 22-26. In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.), Bindungen und menschliche Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart.
18. Boyle E, Friedmann SL. (2009). **Kind-Mutter-Bindung in der NICHD-Studie "Early Child Care and Youth Development": Methoden, Erkenntnisse und zukünftige Ausrichtungen.** S. 94-152. In: Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft: Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
19. Brandt I, Sticker EJ. (2001). **GES Griffiths Entwicklungsskalen zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren.** Beltz Test, Göttingen.
20. Braun AK, Bock J, Gruss M, Helmeke C. (2002). **Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen.** In: Strauss B, Bade U (Hrsg.). Klinische Bindungsforschung: Theorien- Methoden- Ergebnisse. Schattauer Verlag, Stuttgart.
21. Braun K, Helmeke C, Bock J. (2009). **Bindung und der Einfluss der Eltern-Kind-Interaktion auf die neuronale Entwicklung präfrontaler und limbischer Regionen: Tierexperimentelle Befunde**, S. 52–78. In: Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg.), Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft: Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
22. Brisch KH. (2010). **Bindung und frühe Störung der Entwicklung.** Klett-Cotta, Stuttgart.
23. Czimmek A. (2007). **Emmi Pikler - eine "pädagogische" Kinderärztin - Aspekte ihrer medizinischen Arbeit damals und heute.** Abrufbar unter: www.w-ev.de/downloads/Pikler_Vortrag_05_07_de.pdf
24. David M, Appell G. (1995). **"Lóczy" - Mütterliche Betreuung ohne Mutter.** Verlag Kramer-Klett und Zeitler, München.
25. Dettling AC, Parker SW, Lane S, Sebanc A, Gunnar MR. (2000). **Quality of care and temperament determine changes in cortisol concentrations over the day for young children in childcare.** Psychoneuroendocrinology 25. S. 819–836.
26. DJI. (2007). **Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik.** Abrufbar unter: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/zahlenspiegel2007/root.html>

27. Falk J. (1986). **Vorträge-Veröffentlichungen-Dokumente. XXXV. Der Lóczy-Beobachtungsbogen.** Staatliches Methodologisches Institut für Säuglingsheime Budapest/Ungarn.
28. Falk J. (o.J). **Von den Anfängen.** Abrufbar unter: <http://www.pikler-hengstenberg.at/pdf/anfaenge.pdf>
29. Falk J, Aly M. (2008). **Beobachten, Verstehen und Begleiten. Entwicklungsdiagnostik nach Emmi Pikler.** Pikler Gesellschaft Berlin, Berlin.
30. Flehmig I. (2007). **Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen: Früherkennung und Frühbehandlung.** Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
31. Frankenburg WK. (1969). **The Denver developmental screening test.** Dev Med Child Neurol 11:260–262.
32. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. (1992). **The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test.** Pediatrics 89:91–97.
33. Frankenburg WK. (1992). **Entwicklungsdiagnostik bei Kindern.** Thieme, Stuttgart. S. 15-21.
34. Fuiko R. **Neonatologie-Nachsorge. Entwicklungstests im Vergleich. Ergebnisse und Erfahrungen aus der Frühgeborenen-Nachsorge.** Abrufbar unter: http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/kinderklinik/kinderneurologie/PDF/Fuiko_Methodenvergleich_Follow-Up_Wien2.pdf
35. Fuster J. (2001). **The Prefrontal Cortex—An Update. Time Is of the Essence.** Neuron 30. S. 319–333.
36. GABIP. (2011). **GABIP - Ganzheitliches Bildungsdokumentations-Programm.** Abrufbar unter: <https://www.gabip.de>
37. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. (2011). **Erzieherinnen an Hochschulen.** Abrufbar unter: http://www.gew.de/ErzieherInnen_an_Hochschulen.html
38. Gontard A. (2010). **Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie.** Kohlhammer, Stuttgart.
39. Greenspan S, Brazelton T. 2008. **Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern: Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein.** Beltz, Weinheim.
40. Grob A. (2003). **Entwicklungsdiagnostik.** In: Margraf J. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Berlin.
41. Grob A. (2008). **Intelligenz- und Entwicklungsdiagnostik im deutschen Sprachraum.** Kindheit und Entwicklung 17:232–242.

42. Grossmann KE, Grossmann K. (2008). **Fünzig Jahre Bindungstheorie. Der lange Weg der Bindungsforschung zu neuem Wissen über klinische und praktische Anwendungen**, S. 12–51. In: Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg.), Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft: Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
43. Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) (2009). **Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie**. Klett-Cotta, Stuttgart.
44. Gründler E. (2004). **Den Zirkel der Gewalt unterbrechen. Emmi Piklers Praxis der Salutogenese in der Frühsozialisation**. Abrufbar unter: <http://www.pikler-spielraum.de/Pikler.pdf>
45. Hartmann W. (2007). **Betreuung für Kinder unter 3 nötig und richtig**. Pressemitteilung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. Abrufbar unter: <http://www.verbaende.com/news.php?m=44772>
46. Hillenbrand M. (2009). **Entwicklung beobachten und fachlich begleiten. Ein Entwicklungsansatz als Grundlage für fachliche Kooperationen über die Kindertageseinrichtung hinaus**. In: Werkstattbuch Familienzentrum. Springer Verlag für Sozialwissenschaften, Heidelberg. S. 43-50.
47. Hollmann H, Fricke Ch, Horacek U, Straßburg H.M., Wurst C. (2012). **Die frühe außerfamiliäre Kinderbetreuung. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin aus Anlass der ersten Studienergebnisse der Nationalen Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (Nubbek-Studie)**. Abrufbar unter: http://www.dgspj.de/media/Memorandum_Die_fruhe_ausserfamiliaere_Kinderbetreuung.pdf
48. Horacek U, Böhm R, Thyen U, Wagner F. (2008). **Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen)**. Abrufbar unter: <http://www.dgspj.de/media/Stellungnahme-Krippenpapier-Lang.pdf>
49. Jäncke L. (2006). **Das Gehirn: “use it or lose it”**. Abrufbar unter: <http://www.uzh.ch/news/articles/2006/1822.html>
50. Kasten H. (2005). **0 - 3 Jahre: Entwicklungspsychologische Grundlagen**. Beltz, Weinheim.
51. Kasten H. (2011). **Entwicklung sozialer Kompetenzen. Entwicklungspsychologische Grundlagen und frühpädagogische Konsequenzen**. Abrufbar unter: <http://www.hartmut-kasten.de/Downloads/Entwicklung%20sozialer%20Kompetenzen.ppt>
52. Kinderspital Zürich, Abteilung Entwicklungspädiatrie (Hrsg.). (2010). **Entwicklungsperzentilen Spiel**. Abrufbar unter: <http://www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Medizin/Medizin/AWE/Downloads/Spiel.pdf>

53. Kosmalla C. (1993). **Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter mit dem Dokumentationsbogen nach Emmi Pikler. Eine Pilotstudie an 20 Freiburger Kindern.** Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.
54. Kries R, Reinehr T, Kersting M, Nennstiel-Ratzel U, Ensenaer R, Krüger H, Dörr HG, Szczepanski R, Ihme N. (2009). **Prävention und Früherkennung von Krankheiten.** In: Schlack HG, Thyen U, Kries R (Hrsg.), Sozialpädiatrie. Springer Berlin, Heidelberg. S. 75–129.
55. Langmeier J, Matejcek Z. (1983). **Psychische Deprivation im Kindesalter. Kinder ohne Liebe.** Urban und Fischer Verlag, München.
56. Largo RH, Molinari L, Weber M, Comenale Pinto L, Duc G. (1985). **Early development of locomotion: significance of prematurity, cerebral palsy and sex.** Dev Med Child Neurol 27:183–191.
57. Largo RH. (2007). **Wachstum und Entwicklung.** In: Lentze M, Schaub J, Schulte FJ, Spranger J (Hrsg.), Pädiatrie (S. 8-62). Springer, Heidelberg.
58. Largo RH. (2003). **Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht.** Piper Verlag, München.
59. Largo RH. (2000). **Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung.** Piper Verlag, München.
60. Lohaus A, Vierhaus M, Maass A. (2010). **Diagnose des Entwicklungsstandes.** In : Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Springer, Berlin. S. 59-67.
61. Macha T. (2008). **Entwicklungsdiagnostik. Frühdiagnostik. Vorlesung 2008.** Abrufbar unter: www.zrf.uni-bremen.de/zkpr/base/top_r05/sub1/v5.pdf
62. Macha T. (2011). **Der ET 6-6.** Abrufbar unter: http://entwicklungsdiagnostik.de/download/01a_ET_6-6_Einfuehrung_lang.ppt
63. Macha T. (2006). **Psychologische Tests für Kinderärzte.** Abrufbar unter: http://entwicklungsdiagnostik.de/download/05_Psychologische_Tests_fuer_Kinderaerzte.ppt
64. Macha T, Proske A, Petermann F. (2005). **Validität von Entwicklungstests.** Kindheit und Entwicklung 14:150–162.
65. Mäder B. (2011). **Die Entwicklung von Motorik und Sprache: Evaluation eines Entwicklungsbeobachtungsbogens für Kinder im 2. und 3. Lebensjahr.** Dissertation, Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
66. Mayr T. (1998). **Beobachtungsbogen zur Erfassung von Entwicklungsrückständen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindergartenkindern.** Staatsinstitut für Föhpädagogik, München. Abrufbar unter: http://www.ifp.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifp/beobachtungsbogen_bek.pdf

67. Maywald J. (2008). **Krippenerziehung in Deutschland - eine Bestandsaufnahme.** In: Maywald J, Schön B (Hrsg.), Krippen: Wie frühe Betreuung gelingt. Fundierter Rat zu einem umstrittenen Thema. Beltz Verlag, Weinheim.
68. Michaelis R. **Entwicklung, Entwicklungsstörungen und Risikofaktoren im Säuglings- und Vorschulalter.** In: Pädiatrie. Springer Verlag, Berlin. S. 21-34.
69. NICHD. (2006). **The NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. Findings for Children up to Age 4 1/2 Years.** Abrufbar unter: www.nichd.nih.gov/publications/pubs/upload/seccyd_051206.pdf
70. NUBBEK. (2012). **Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit.** Abrufbar unter www.nubbek.de
71. O'Connor T, Rutter M. (2000). **Attachment Disorder Behavior Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow-up.** Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 39:703–712.
72. Oberhuemer P, Schreyer I. (2010). **Kita-Fachpersonal in Europa: Ausbildungen und Professionsprofile.** Verlag Barbara Budrich, Leverkusen.
73. Oerter R, Montada L. (2008). **Entwicklungspsychologie.** Beltz Verlag, Weinheim.
74. Petersen G. (1995). **Kinder unter 3 Jahren in Tageseinrichtungen, Grundfragen der pädagogischen Arbeit in altersgemischten Gruppen, Band 1.** W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
75. Pikler E. (1978). **Die Kompetenz des Säuglings.** Abrufbar unter: <http://www.pikler-hengstenberg.at/pdf/EmmiPikler-KompetenzDesSaeuglings.pdf>
76. Pikler E. (2008). **Friedliche Babys, zufriedene Mütter. Pädagogische Ratschläge einer Kinderärztin.** Herder, Freiburg.
77. Pikler E. (2001). **Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen.** 4. Auflage. Pflaum Vlg GmbH.
78. Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich. (2011). **Das Pikler-Institut (Lóczy). Die Aufgaben des Instituts - Betreuen, Forschen, Ausbilden und seine aktuelle Situation.** Abrufbar unter: http://www.pikler-hengstenberg.at/emmi_pikler/institut.htm
79. Rauchfleisch U. (2001). **Kinderpsychologische Tests: ein Kompendium für Kinderärzte.** Georg Thieme Verlag.
80. Rauh H, Ziegenhain U, Müller B, Wijnroks L. (2000). **Stability and change in infant-mother attachment in the second year of life: Relations to parenting quality and varying degrees of daycare experience,** S. 251–276. In: Crittenden PM, and Claussen AH (Hrsg.), The organization of attachment relationships: maturation, culture, and context. Cambridge University Press.

81. Rauh H. (1996). **Day-Care Experience and Infant-Mother Attachment**. Abrufbar unter:<http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/servlet/ERICServlet?acno=ED407090>
82. Reismann MV. (o.J.). **Fotoserien**. In: Pikler E (Hrsg.) *Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen*. Richard Pflaum Vlg GmbH.
83. Reuner G, Pietz J. (2006). **Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter**. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 154:305–313.
84. Schore AN. (2001). **Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health**. *Infant Mental Health Journal* 22. S. 7–66.
85. Schore AN. (2001). **The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health**. *Infant Mental Health Journal* 22. S. 201–269.
86. Sims M, Guilfoyle A, Parry TS. (2006). **Children’s cortisol levels and quality of child care provision**. *Child Care Health Dev* 32. S. 453–466.
87. Sims M, Guilfoyle A, Parry T. (2005). **What Children’s Cortisol Levels Tell Us About the Quality in Childcare Centres**. *Australian Journal of Early Childhood* 30(2). S. 29–39.
88. Spitz R. (1951). **The Psychogenic Diseases of Infancy: An Attempt at their Etiological Classification**. *Psychoanalytic Study of the Child* 6: 255-275.
89. Stieve C. (2009). **Bildung von Anfang an. Kommunale Kooperation für Kinder in der Zeit rund um die Geburt**. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
90. Strassburg HM, Bretthauer Y, Küstermann W. (2006). **Continuous documentation of the development of infants by means of a questionnaire for the parents**. *Early Child Development and Care* 176:493–504.
91. Strassburg HM. (2009). **Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Schulkind**. In: Bitzer E. (Hrsg.), *Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Springer, Berlin, Heidelberg. S. 148–153.
92. Strassburg HM, Küstermann W, Bretthauer Y. (2004). **Sollen nur stabile Entwicklungsparameter von Eltern dokumentiert werden?** *pädiat. prax.* 65, S. 173-182.
93. Straßburg HM, Zeitler P. 2007. **Die ganztägige Fremdbetreuung von Säuglingen und Kleinkindern - eine Stellungnahme zur aktuellen Krippendiskussion. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin**. Abrufbar unter: <http://www.dgspj.de/media/Stellungnahme-Krippen.pdf>

94. Straßburg HM, Dacheneder W, Kress W. (2008). **Entwicklungsstörungen bei Kindern: Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung**. Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München. S. 5-11, 246ff.
95. Strub U. (2004). **Miteinander vertraut werden. Über die Bedeutung der Körperpflege für die seelische Entwicklung**. Abrufbar unter: <http://www.pikler-hengstenberg.at/pdf/vertraut.pdf>
96. Textor MR. (2004). **Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung**. Abrufbar unter: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1097.html>
97. Trede Y. (2002). **Evaluation eines Beobachtungsbogens für Kinder im ersten Lebensjahr**. Dissertation, Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
98. Viernickel S. (2008). **Was ist gute Krippenqualität und wie ist sie zu messen?** In: Maywald J, Schön B (Hrsg.), *Krippen: Wie frühe Betreuung gelingt*. Fundierter Rat zu einem umstrittenen Thema. Beltz Verlag, Weinheim.
99. Watamura SE, Donzella B, Alwin J, Gunnar MR. (2003). **Morning-to-Afternoon Increases in Cortisol Concentrations for Infants and Toddlers at Child Care: Age Differences and Behavioral Correlates**. *Child Development* 74, S. 1006–1020.
100. Wettig J. (2008). **John Bowlbys Bindungstheorie**. Schicksal Kindheit. Springer, Berlin. S. 95-107.
101. Ziegenhain U, Rauh H, Müller B. (1998). **Emotionale Anpassung von Kleinkindern an die Krippenbetreuung**. In: Ahnert L (Hrsg.), *Tagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren. Theorien und Tatsachen*. Huber Verlag, Bern.

DANKSAGUNG

Besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. H. M. Straßburg, der mir jederzeit mit Rat zur Seite stand. Sein Engagement war eine große Unterstützung.

Außerdem möchte ich Herrn Professor Dr. M. Romanos für die Übernahme und Erstellung des Zweitgutachtens danken.

Die Arbeit wäre ohne die Mitarbeit der Eltern und Erzieherinnen in den Betreuungseinrichtungen nicht möglich gewesen, vielen Dank dafür!