

## **Inhaltsverzeichnis**

*Helga Kelle*

Einleitung: Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als  
entwicklungsdiagnostische Verfahren ..... 7

*Helga Kelle*

Theoretische und methodologische Grundlagen einer Praxis- und  
Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik ..... 23

### **I. Instrumentierung der Entwicklungsdiagnostik und Repräsentation von „Entwicklung“**

*Helga Kelle und Rhea Seehaus*

Die Konzeption elterlicher Aufgaben in pädiatrischen  
Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten  
aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz ..... 41

*Sabine Bollig*

Die Eigenzeiten der Entwicklung(sdiagnostik) ..... 95

### **II. Praktiken des Testens**

*Katharina Stoklas und Anna Schweda*

Kinder unter Assistenz. Hilfestellungen in visuomotorischen Tests ..... 133

*Anna Schweda*

Als-ob-Spiele als informelle Form des Testens ..... 157

### **III. Ausdifferenzierung einzelner „Kompetenzen“ und Entwicklungsaufgaben**

*Marion Ott*

„Messen“ und „sich messen“ – zur diagnostischen Überprüfung motorischer Leistungen ..... 179

*Helga Kelle*

Verfahren der Überprüfung von Sprachkompetenzen im Kontext medizinischer Früherkennung und Schuleingangsdiagnostik ..... 207

#### **Anhang**

Abbildungsverzeichnis ..... 255

Literaturverzeichnis ..... 259

Samplingstrategien und Datenbasis des DFG-Projekts „Kinderkörper in der Praxis“ ..... 277

Begriffsregister ..... 283

*Helga Kelle*

## Einleitung: Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als entwicklungsdiagnostische Verfahren

In den letzten Jahrzehnten haben Entwicklungsbeeinträchtigungen im Kindesalter laut den einschlägigen Statistiken sowohl international wie auch in Deutschland stark zugenommen. Diagnostische Kriterien und Verfahren wurden ausdifferenziert, und die Befundzahlen für Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung, der motorischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung im Vorschulalter sind gestiegen (vgl. z.B. Bayern 2006; Berlin 2006; Hessen 2006; RKI 2007). Maßnahmen der Entwicklungsdiagnostik und der Früherkennung von Entwicklungsrisiken und -störungen werden deshalb unter pädiatrischen, psychologischen, sprachwissenschaftlichen und pädagogischen Zuständigkeiten ausgebaut und professionalisiert.

Solche Maßnahmen basieren auf Normvorstellungen „altersgemäßer“ (Kelle 2007a) Entwicklung, welche nicht nur der Relationierung und Beurteilung der je individuellen Entwicklung dienen, sondern auch maßgeblich die gesellschaftliche Organisation des Lebenslaufs und des Aufwachsens von Kindern in Institutionen regulieren. Entwicklungsnormen prägen – soziologisch betrachtet – die Formen der Institutionalisierung von Kindheit. Ein maßgebliches Merkmal des „altersgradierten Kindheitsregimes“ (Zeiher 2009: 114) ist es, dass Differenzen zwischen Alterszugehörigkeit und Entwicklungsstatus, die man in entwicklungsdiagnostischen Verfahren feststellt, institutionell bearbeitet werden.

Zu diesen Verfahren gehören auch die beiden Formen einer staatlich institutionalisierten medizinischen Entwicklungsbeobachtung in Deutschland, die im Zentrum der empirischen Studien dieses Bandes stehen: die Kindervorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9), die bei Kindern von der Geburt bis zum Alter von fünf Jahren fortlaufend von niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizinern durchgeführt werden, und die schulärztlichen Schuleingangsuntersuchungen, die durch angestellte Medizinerinnen der kinder- und jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter vor dem Schuleintritt der Kinder erfolgen. Beide Verfahren sind Gegenstand des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Forschungsprojektes „Kinderkörper in der Praxis“, das von 2006 bis 2011 unter der Mitwirkung der Autorinnen und der Leitung der Herausgeberin dieses Bandes an der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt wird.

Den Befund einer Zunahme von Entwicklungsbeeinträchtigungen und -störungen deuten wir als Wandel der Kindheit als ‚Entwicklungskindheit‘:

Verändert haben sich nicht nur die Kinder, sondern v.a. auch die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für ihre Entwicklung und die Konzepte, Diagnosen und Verfahren der Entwicklungsbeobachtung und -beurteilung. In wissenssoziologischer Perspektive fragen wir nach der diskursiven und praktischen Verfasstheit der Entwicklungs-kindheit. Ziel des Projekts ist es zu erforschen, wie sich in beiden Varianten entwicklungsdiagnostischer Verfahren die Logik ihrer praktischen Durchführung darstellt; wie in diesen Verfahren kulturelle Normen kindlicher Entwicklung prozessiert werden; welches Wissen, welche Wissensordnungen und welche Versatzstücke von Theorien der kindlichen Entwicklung dafür in Anspruch genommen werden und schließlich, wie in den Untersuchungen die Aufteilung der Zuständigkeiten für die kindliche Entwicklung zwischen medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Professionen sowie den Eltern konzipiert wird.

Einleitend sollen die beiden Untersuchungsformen erstens mit Blick auf die Form und den Wandel ihrer Institutionalisierungsform eingeführt und zweitens im Feld der vorschulischen Entwicklungsdiagnostik verortet werden. Beide Abschnitte dienen dazu, die beiden Untersuchungsformen zunächst als Gegenstände einer Kultur- und Praxisanalyse der Entwicklungsdiagnostik zu plausibilisieren, deren theoretische und methodologische Voraussetzungen dann im folgenden Beitrag geklärt werden.

## **1. Institutionalisierung der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen**

Beide Untersuchungsformen stehen aktuell im Fokus gesundheits- und bildungspolitischer Debatten: In dem einen Fall, dem der Vorsorgeuntersuchungen, kreisen diese Debatten um den Grad der Verbindlichkeit und die Einbindung der Vorsorgen in sogenannte Frühwarnsysteme zur frühen Prävention von Entwicklungsstörungen. In dem anderen Fall beziehen sie sich auf den Struktur- und Bedeutungswandel des Schulanfangs, der auch für die Schuleingangsuntersuchungen neue Funktionen mit sich bringt. In beiden Bereichen spielt ein gesellschaftlicher Konsens, dass Gefährdungen der gesunden Entwicklung von Kindern unbedingt vorgebeugt werden sollte, eine maßgebliche und dynamisierende Rolle.

### *Kindervorsorgeuntersuchungen*

Die U1 bis U9 (G-BA 2009) bestehen inzwischen aus zehn Untersuchungen, von denen die U1 bis U6 im ersten Lebensjahr sowie die U7 mit zwei Jahren, U7a mit drei, U8 mit vier und die U9 mit fünf Jahren durchgeführt werden. Gefordert wurden solche Untersuchungen schon 1964 auf dem Deutschen Ärztetag mit dem Ziel, frühzeitig Fehlentwicklungen der Kinder feststellen

zu können (vgl. Wolf 2005: 5). Seit dem 1.4.1971 sind die Vorsorgen gesetzlich vorgesehen und seit dem 1.1.1977 im 5. Buch des Sozialgesetzbuches als eine kassenärztliche Leistung verankert, die bis vor kurzem in allen Bundesländern freiwillig in Anspruch genommen werden konnte. Seit 1977 sind die Uen mehrfach um einzelne Untersuchungselemente (wie z.B. 1996 die Hüftsonografie) ergänzt worden; 1990 kam die U9, 2008 die U7a zu den ursprünglich acht Untersuchungen hinzu. Gesundheitspolitisches Ziel ist eine Einbeziehung aller Kinder, dieses Ziel wurde in der Vergangenheit bei einer durchschnittlich recht hohen Akzeptanz jedoch noch nicht erreicht. Es waren eher Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder mit Migrationshintergrund, die Vorsorgeuntersuchungen versäumten und die Gesamtnahmequoten bei den späteren Untersuchungen (U8 und U9) auf etwa 75 bis 80% absinken ließen (vgl. Langness 2006). Einige Fälle von extremer Kindesvernachlässigung, zum Teil mit Todesfolge, haben die öffentliche Debatte zusätzlich dynamisiert. Vor diesem Hintergrund sind die Vorsorgen in jüngster Zeit in einigen Bundesländern mit hohem Durchsetzungstempo verpflichtend ausgestaltet worden. Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, das Saarland und Schleswig-Holstein haben seit 2007 Gesetze novelliert, die den U1 bis U9 staatliche Kontrollfunktionen zuschreiben, welche zuvor nicht in die Zuständigkeit von Kindermedizinerinnen fielen. In Hessen z.B.<sup>1</sup> regelt das Kindergesundheitsschutzgesetz vom 1.1.2008, dass Ärzte dem neu eingerichteten, zentralen Hessischen Kindervorsorgezentrum durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen mittels Formularen bestätigen. Erfolgt diese Mitteilung für einzelne Kinder nicht, schaltet sich nach zweimaliger Aufforderung an die Eltern, die anstehende Vorsorgeuntersuchung bei ihrem Kind durchführen zu lassen, auf Veranlassung des Kindervorsorgezentrums das Jugendamt mit Angeboten aufsuchender Hilfe ein.<sup>2</sup>

Der Zweck der Untersuchungen wird in den so genannten „Kinder-Richtlinien“ (G-BA 2009: 1) als „Früherkennung von Krankheiten, die die normale körperliche oder geistige Entwicklung Ihres Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“, beschrieben. Die „Kinder-Richtlinien“ werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen herausgegeben

---

1 Da die empirischen Erhebungen des DFG-Forschungsprojekts schwerpunktmäßig in Hessen erfolgten, wird hier wie auch in folgenden Beispielen bevorzugt auf die Regelungen des Landes Hessen eingegangen; in der Regel beziehen sich diese Beispiele jedoch auf Sachverhalte, die bundesweiten oder mindestens länderübergreifenden Trends entsprechen.

2 Zwar werden Kindermediziner wie andere Professionelle auch in § 8a KJHG (staatlicher Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) als „andere Fachkräfte“ und „Leistungsträger“ mitadressiert, es kam aber im Zuge der verpflichtenden Ausgestaltung der Uen zu keiner weiteren Novellierung des KJHG (nach 2005). Rechtssystematisch betrachtet werden die Uen allerdings durch die Gesundheitsgesetzgebung in den Ländern und die Einführung von Meldesystemen für die Abschätzung des Gefährdungsrisikos von Kindern zunehmend in die Kooperation unterschiedlicher Fachkräfte eingebunden, wie sie auch im KJHG vorgesehen ist.

und legen Art, Umfang und Inhalt der Untersuchungen fest. Die Untersuchungen werden in der Regel von einem Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin durchgeführt. Zur Dokumentation der Ergebnisse der Untersuchungen steht das „Kinder-Untersuchungsheft“ zur Verfügung, welches in der Praxis häufig „Gelbes Heft“ (Brüggemann 1991) genannt wird und 2005 in der neuesten Auflage erschienen ist.

Neben der ursprünglich vorgesehenen Fokussierung auf die Früherkennung entwicklungsgefährdender Krankheiten umfassen die Vorsorgen zunehmend auch eine allgemeine Beobachtung der körperlichen, kognitiven, sprachlichen, psychischen und sozialen Entwicklung sowie eine Früherkennung „umschriebener Entwicklungsstörungen“ (z.B. Esser/Schlack 2003).<sup>3</sup> Dieser Prozess einer Ausweitung der Untersuchungsinhalte zeigt sich z.B. in der Veränderung der Dokumentationsinstrumente. In den Kinder-Untersuchungsheften, die bis Oktober 2005 gedruckt wurden, lautete die standardisierte Formulierung des zusammenfassenden Befundes für den Fall, dass in der Untersuchung keine Auffälligkeiten festgestellt wurden: „Jetzige Früherkennungsuntersuchung: kein Anhalt für eine entwicklungsgefährdende Gesundheitsstörung“. In der neuen Druckauflage des Kinder-Untersuchungsheftes heißt der entsprechende Befund seitdem: „Gesamteindruck: Kind altersgemäß entwickelt“.

Das Spannungsverhältnis zwischen dem expliziten Krankheitsbezug früherkennender Maßnahmen und der (neuen) Aufgabe, „altersgemäße Entwicklung“ zu beobachten, lässt sich auf der institutionellen Ebene an dem seit 2005 laufenden Prozess einer „Komplettüberarbeitung“ der U1 bis U9 ablesen. Dieser umfasst neben der „allgemeinen Organisation des Programms“ auch die „Standardisierung der klinischen Untersuchung“ und die „Nutzbewertung für spezifische Screeningmaßnahmen“ (G-BA 2007). Zum Juli 2008 wurden die Vorsorgen um eine Untersuchung – die U7a im Alter von 3 Jahren – erweitert. Zwar heißt es zur Begründung ihrer Einführung ganz in der Logik der krankheitsbezogenen Früherkennung: „Ziel der U7a ist u.a. die frühzeitige Entdeckung visueller Entwicklungsstörungen (insbesondere Amblyopie) bzw. deren Risikofaktoren“ (G-BA 2008: 3); gleichzeitig wird aber – unter Bezug auf internationale Gepflogenheiten – dargelegt, dass die Vorsorgen „wichtige primärpräventive Aufgaben“ (ebd.) übernehmen. Im Kontext dieser Aufgabenbestimmung wird die Einführung der U7a als Strategie zur engeren Taktung der Untersuchungsfrequenz verstanden, die es ermöglicht, „frühzeitig kindliche Gefährdungen durch die unmittelbare Umwelt und

---

3 „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ bezeichnen solche Störungen, die als Abweichungen vom Gesamtleistungsvermögen gelten und nicht durch neurologische bzw. körperliche Beeinträchtigungen verursacht werden. Konkret werden unter dem Begriff Schwierigkeiten in der Informationsverarbeitung, der Handlungsorganisation und im (schulischen) Lernprozess wie z.B. Artikulationsstörungen, Sprachstörungen, Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS), Rechenstörungen und Störungen der motorischen Funktionen subsumiert.

durch veränderte Lebensstile erkennen und entsprechend intervenieren zu können“ (G-BA 2008: 5). Mit einem solchen Gefährdungskonzept werden die Beobachtungsgegenstände der Vorsorgeuntersuchungen entgrenzt (vgl. ausführlicher dazu Bollig/Kelle 2009).

Daneben stehen die Kindervorsorgeuntersuchungen im Überarbeitungsprozess in Hinblick auf ihre bisherigen Aufgaben in der fachlichen Kritik, ihre Früherkennungs- und Präventionsleistungen (noch) nicht ausreichend zu erfüllen (Kratzsch 2000), zu wenig standardisierte und evidenzbasierte Screenings einzusetzen (Altenhofen 2002; IQWiG 2008) und nur geringe Aussagen über den Nutzen und die Wirksamkeit der „Frühdiagnostik“ zu ermöglichen (G-BA 2007). Die institutionelle Ausweitung bzw. verbindlichere Gestaltung der Vorsorgen erfolgt also, obwohl ihre wissenschaftliche Zertifizierung in Form des Etiketts evidenzbasiert (noch) keineswegs unstrittig ist.

#### *Schuleingangsuntersuchungen*

Die Schuleingangsuntersuchungen werden durch angestellte Mediziner der kinder- und jugendärztlichen Dienste der unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) durchgeführt und sind in den Schulgesetzen der Bundesländer als verbindliche Untersuchungen geregelt. Sie sind als einmalige Untersuchungen konzipiert, bei denen der Stand der Entwicklung der Kinder vor ihrem Schuleintritt erhoben werden soll und für den Schulbesuch gegebenenfalls relevante Beeinträchtigungen erkannt werden sollen.

Seit Ende der 1960er Jahre setzte sich der Begriff der „Schulfähigkeit“ als Konzept durch, das angemessener als der ältere Begriff der „Schulreife“ zum Ausdruck brachte, dass Kinder sich nicht einfach von selbst entwickeln, sondern schon vor der Schule gefördert werden können (vgl. Kelle 2007a). Andererseits normierte auch das jüngere Konzept Fähigkeiten, von denen man annahm, dass Kinder sie vor Schulbeginn ausgebildet haben müssen, um die Anforderungen der Schule erfolgreich bewältigen zu können. Beiden Konzepten ist gemeinsam, dass sie eine Selektion bereits vor Schulbeginn begründen halfen und zu Rückstellungsquoten führten, die in den meisten Bundesländern bis vor wenigen Jahren noch bei ca. 10% lagen. In jüngster Zeit werden immer stärker auch pädagogische Schuleingangsdiagnostiken ausformuliert und eingesetzt (vgl. z.B. Kammermeyer 2000), vor diesem Hintergrund zeichnen sich die ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen dadurch aus, dass sie insbesondere die körperlichen und medizinischen Voraussetzungen für die Ausbildung der schulrelevanten Fertigkeiten erheben sollen.

Im Zuge der Debatten um eine Flexibilisierung und Neugestaltung des Schulanfangs (vgl. z.B. Burk et al. 1998) sind die ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen wegen ihrer selektiven Funktion in die schulpädagogische Kritik geraten. Statt der „Schulfähigkeit des Kindes“ gelte es vielmehr, die „Kindfähigkeit der Schule“ (Richter 1999) zu thematisieren und in förder-

pädagogischem Interesse alle Kinder im schulpflichtigen Alter einzuschulen. Schulfähigkeit, sofern das Konzept weiter Verwendung findet, wird in diesen Debatten allenfalls als in der Schule zu entwickelnde begriffen. Da die Eingangsselektion Kindern bereits vor Beginn ihrer Schullaufbahn Misserfolgs-erlebnisse vermitteln kann, die bildungsbiografisch nachwirken, sichert sie langfristig auch nicht, wie man sich früher erhoffte, den bruchlosen Schulerfolg (letzteres zeigen Längsschnittstudien zu Schulkarrieren: Roßbach/Tietze 1996; Bellenberg/Klemm 1998).

Die ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen haben auf der Basis dieser Kritik in den letzten Jahren einen Bedeutungswandel erfahren, der in einer Befragung der für den Schulanfang zuständigen Referentinnen und Referenten in den Landesministerien zum Ausdruck kommt (vgl. ausführlicher dazu Kelle 2006a). Auf die Frage, ob die Schuleingangsuntersuchungen die Schulfähigkeit der Kinder feststellen, antworteten sieben von 15 ministeriellen Referenten mit „nein“ (sechs mit „ja“, zwei gaben keine Auskunft); auf die Frage, ob bei den Schuleingangsuntersuchungen Förderbedarf festgestellt wird, antworteten zehn Informanten mit „ja“, fünf gaben keine Antwort. Dass die Untersuchungen nicht mehr in erster Linie zur Feststellung der Schulfähigkeit und Eingangsselektion dienen sollen, ist auch z.B. an der Auskunft abzulesen, die das Stadtgesundheitsamt Frankfurt (2010b) auf seiner *homepage* zu den Schuleingangsuntersuchungen gibt:

„Das Aussondern und Zurückstellen ‚schulunreifer‘ Kinder gehört der Vergangenheit an; heute geht es um die zeitgerechte Begleitung aller Kinder in die ihnen gemäße Form der schulischen Betreuung und Förderung, gleich ob in Regelunterricht, Integrationsmodell, Vorklasse, Schuleingangsstufe, integriertem Schulbeginn oder primärer sonderpädagogischer Förderung.“

Im Zuge des Strukturwandels des Schulanfangs, der auch in integrierten Bildungsplänen für die Elementar- und Primarstufe seinen Ausdruck findet, und im Zuge der neuen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsdienste erleben die ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen demnach gegenwärtig einen Prozess der politischen und pädagogischen Neubestimmung ihrer Funktion. Nicht mehr Selektion und Rückstellung, sondern die gezielte Feststellung von Frühförderbedarf motivieren neben anderen neueren Verfahren im Elementarbereich die Schuleingangsuntersuchungen. Die Debatten um eine evidenzbasierte Medizin betreffen ebenso wie die Vorsorge- auch die Schuleingangsuntersuchungen; letztere unterliegen in stärkerem Maß einem Prozess der Standardisierung. In Hessen ist seit dem Schuljahr 2006/2007 das standardisierte und normierte *Screening des Entwicklungsstandes* (S-SENS; Döpfner et al. 2004) zum Einsatz in den Schuleingangsuntersuchungen landesweit vorgesehen.<sup>4</sup>

---

4 Die Einführung erfolgte zunächst verbindlich für mindestens 50% der Kinder mit dem Ziel, in den Folgejahren den flächendeckenden Einsatz für 100% der Kinder zu etablieren.



Zieht man Zusammenhang und Differenz von Schuleingangsuntersuchungen und Kindervorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) in Betracht, lässt sich feststellen, dass das Ziel beider Maßnahmen in individualmedizinischer Hinsicht die Früherkennung von Entwicklungsbeeinträchtigungen sowie Feststellung von Frühförderbedarf und in epidemiologischer Hinsicht eine Erfassung möglichst aller Kinder der je untersuchten Altersgruppe ist. Beide Untersuchungsformen fokussieren gleiche oder mindestens ähnliche Entwicklungsaspekte und -dimensionen, die von einiger Relevanz für den Schulbesuch von Kindern sind. Aus diesem Grund wurde in einigen Bundesländern diskutiert, ob nicht die U9 die Schuleingangsuntersuchung ersetzen kann und soll, da sie zudem circa ein Jahr vor Schulbeginn durchgeführt wird und damit noch genügend Zeit lässt, eventuell gegebenem Förderbedarf bis zum Schuleintritt nachzukommen. Während in Bayern die U9 und sozialmedizinische Untersuchungen in Kindergärten die Schuleingangsuntersuchung weitgehend ersetzen, gehen die anderen Bundesländer diesen Weg nicht. Die Schuleingangsuntersuchungen erbringen als Pflichtuntersuchungen bisher die einzige Totalerfassung einer Altersgruppe im deutschen Gesundheitswesen und sind damit in gesundheitsstatistischer Hinsicht von großem Wert. Seit den 1990er Jahren verpflichten die Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) die Bundesländer zur kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung, dieser Verpflichtung kommen die meisten Bundesländer mittels einer zentralen Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen nach und legen auf dieser Basis ausgesprochene „Kindergesundheitsberichte“ (vgl. Berlin 2006; Hessen 2006; vgl. auch Weßling 2000) vor. In diesem Kontext haben sich alle Länder bis auf Bayern entschieden, an den schulärztlichen Eingangsuntersuchungen festzuhalten (vgl. ausführlicher dazu Kelle 2008).

Die Beiträge des Bandes beanspruchen nicht, eine Analyse der Praktiken des gesamten Untersuchungsspektrums beider Formen zu präsentieren. Sie fokussieren in ihren Analysen vor dem skizzierten Hintergrund vielmehr die allgemeinen entwicklungsdiagnostischen Anteile der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen. Sie interessieren sich weniger für die medizinische Früherkennung spezifischer Krankheiten, als vielmehr für die Einbindung der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in die interdisziplinären Diskurse um die Frühdiagnostik von (umschriebenen) Entwicklungsstörungen.

## **2. Formen der Entwicklungsdiagnostik**

Um die Kulturen der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zu kontextualisieren, werden im Folgenden Formen der Entwicklungsdiagnostik skizzenhaft differenziert. Das Feld der Entwicklungsdiagnostik (in der frühen Kindheit) stellt sich als ein überaus heterogenes dar, welches in der Fachdis-

kussion über zentrale Unterscheidungen systematisiert wird. In Hinblick darauf, welche Funktionen sie erfüllen sollen, wird etwa zwischen Klassifikations- oder Selektionsdiagnostik einerseits und Förderdiagnostik andererseits unterschieden (vgl. z.B. Ingenkamp/Lissmann 2005).

In diesem heterogenen Feld klassifiziert die klinische Kinderpsychologie Verfahren der Entwicklungsdiagnostik grob in *erstens* Kurztestverfahren (häufig als Screenings bezeichnet), die in 15 bis 30 Minuten eine erste Unterscheidung in entwicklungsauffällige und -unauffällige Kinder ermöglichen sollen, und zwar entweder bezogen auf einzelne Entwicklungsdimensionen oder bereits auf ein Spektrum an Entwicklungsdimensionen, wie z.B. bei den Denver-Entwicklungsskalen (DES), die neben der sprachlichen auch die grob- und feinmotorische sowie die soziale Entwicklung erfassen sollen; *zweitens* allgemeine Entwicklungstests, die eine differenziertere Einschätzung des Standes der kindlichen Entwicklung mit Bezug auf ein breites Spektrum an Dimensionen liefern sollen; sowie *drittens* spezifische Entwicklungstests zu umschriebenen Leistungsbereichen wie z.B. dem der Sprache im Sinne einer Differenzialdiagnostik (vgl. Macha/Petermann 2006). Diese Klassifizierung impliziert eine idealtypische Konstruktion des Aufbaus diagnostischer Prozesse: Werden im Rahmen eines Kurztests Kinder als auffällig erfasst, sollen differenzialdiagnostische Verfahren zur weiteren Abklärung des Förder- oder Therapiebedarfs zum Einsatz kommen. Neben der immanenten Plausibilität dieser Stufung diagnostischer Prozesse spielt für deren breite Akzeptanz und Institutionalisierung eine maßgebliche Rolle, dass gestufte Verfahren einen ökonomischen Einsatz von Ressourcen versprechen.

Die so genannten Tests bilden aber nur einen Teil der in der entwicklungsdiagnostischen Praxis in unterschiedlichen Kontexten angewandten Verfahren (vgl. Reuner/Pietz 2006). Um die Spannbreite an Methoden zu beschreiben, ist deshalb die klassifizierende Unterscheidung von status- und prozessorientierten Verfahren üblich: Es werden einerseits (normierte) Testverfahren eingesetzt, die zu einem gegebenen Zeitpunkt den Stand der Entwicklung möglichst valide und zuverlässig messen sollen, und prozessorientierte „Assessments“ (vgl. z.B. Fried 2004), bei denen Entwicklungs- und Bildungsprozesse von Kindern systematisch und längerfristig von pädagogischen Fachkräften in Betreuungseinrichtungen beobachtet werden. Zusätzlich können Verfahren durch Bezug auf den Grad ihrer Formalisierung und Standardisierung qualifiziert werden. Allerdings ist der Begriff der Entwicklungsdiagnostik als solcher vor allem von der pädagogischen Psychologie und der Pädiatrie besetzt worden. Leu (2008) dagegen verzichtet in seiner Darstellung von Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren in der Frühpädagogik darauf, den Begriff der Diagnostik zu beanspruchen – er konzipiert demnach die ‚unterscheidende Beurteilung‘ (griechisch *diágnōsis*), die Klassifikation, gerade nicht als Aufgabe der frühpädagogischen Beobachtungsverfahren.

In diesem Band nun wird der Begriff der Entwicklungsdiagnostik nicht definitorisch streng oder aus der Perspektive einer einzelnen Fachwissenschaft benutzt, sondern – unter dem Anspruch der kulturalanalytischen Beobachtung eines uneinheitlichen und an seinen Rändern unscharfen frühdiagnostischen Feldes – als inklusives Konzept, das bisweilen auch solche Verfahren als ‚diagnostische‘ einschließen mag, die nicht von allen diversen Fachwissenschaften als gültige oder zu(ver)lässige Verfahren anerkannt werden würden.<sup>5</sup> Entscheidend für ihre Berücksichtigung im vorliegenden Band ist nicht in erster Linie ihre breite fachliche und interdisziplinäre Wertschätzung, sondern dass sie in den erforschten Feldern *praktisch* zur Anwendung kommen und deshalb für die Forschungsgruppe als solche Verfahren empirisch vorfindbar waren, die mindestens von den Teilnehmern dieser Felder anerkannt werden. Entsprechend zitieren die Beiträge des Bandes einerseits an vielen Stellen den entwicklungsdiagnostischen Sprachgebrauch in den Untersuchungsfeldern, der sich auch in weiteren Einzelkonzepten als nicht immer deckungsgleich mit der fachwissenschaftlichen Literatur erweist. Andererseits werden selbstverständlich viele konzeptuelle Bezüge auf die fachwissenschaftliche Literatur hergestellt. Die praxisanalytischen Beiträge beziehen sich auf beide Sorten Terminologien reflexiv: Sie werden nicht ‚naiv‘ aufgegriffen, sondern mit beobachtet.

Dieser ethnografische Zugang zur Entwicklungsdiagnostik vermeidet es auch, vorab einzelne Verfahren eindeutig als ‚medizinische‘ oder ‚pädiatrische‘ zu reifizieren; die Tatsache, dass es Mediziner sind, die bestimmte diagnostische Verfahren einsetzen, sollte nicht vorschnell zu dem Schluss verleiten, dass die Verfahren als medizinische anzusehen sind. Vielmehr zeichnet sich das Feld der Entwicklungsdiagnostik in der frühen Kindheit in den Bereichen körperlicher, motorischer, kognitiver, sprachlicher, emotionaler und sozialer Entwicklung durch interdisziplinäre Zuständigkeiten und Vernetzungen von Professionen und damit tendenziell durch eine Hybridisierung fachlicher Perspektiven aus (vgl. Bollig/Kelle 2009). Angesichts der empirisch vorfindbaren Überschneidungen sollte auch die kulturalanalytische Forschung ihre Objekte – die Praktiken in bestimmten Feldern – nicht vorab eindeutig zu qualifizieren suchen.

Dennoch lässt sich in der Summe der beobachteten Untersuchungen feststellen, dass die entwicklungsdiagnostischen Anteile an den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in diesem uneinheitlichen Feld und in ihren spezifischen Formen besondere praktische Funktionen erfüllen. Die Mediziner beschränken sich in diesem Rahmen auf den Einsatz von entwicklungsdiagnostischen Kurztestverfahren oder auch informellen Verfahren, und zwar bezogen auf ein breites Spektrum an Entwicklungsdimensionen. Im Falle von auffälligen Befunden treffen sie dann weitere Entscheidungen: die Kinder zu

---

5 Entsprechend gehen die Beiträge des Bandes auch mit dem Begriff des „Testens“ um.

behandeln, zur Differenzialdiagnostik an entsprechende Experten weiterzuverweisen, die Beobachtungsfrequenz zu erhöhen oder auch einfach abzuwarten. Die Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zeichnen sich in praktischer Hinsicht durch eine fallbezogene diagnostische Expertise, eine flexible Kombination unterschiedlicher diagnostischer Verfahren, eine diagnostisch-prognostische Abwägung sehr unterschiedlicher Datenquellen und insgesamt durch einen hohen Grad an situierten, individuell entwickelten professionellen Strategien aus.

### **3. Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen im Fokus einer Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik**

Beide Untersuchungsformen stehen wie beschrieben in der politischen und fachwissenschaftlichen Diskussion und unterliegen im Hinblick auf ihre präventiven und förderdiagnostischen Funktionen vielfältigen Reformbestrebungen. Trotz des Umstands jedoch, dass die zuständigen (Gesundheits-)Politiker, Gremien und Fachwissenschaftler kontinuierlich mit der Verbesserung der beiden Untersuchungsformen befasst sind, fehlt bisher weitgehend eine qualitative kulturanalytische Exploration der praktischen Durchführung solcher Untersuchungen (mit wenigen Ausnahmen wie Olin Lauritzen/Sachs 2001 für schwedische Vorsorgeuntersuchungen). Die Studien, die konkret zu den Kindervorsorgeuntersuchungen vorliegen (vgl. Wendt 1999; Langness 2007), interessieren sich – ähnlich wie die Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen für die Gesundheitsberichterstattung – in quantifizierender Perspektive vor allem für die Quoten der Inanspruchnahme und der diagnostizierten Entwicklungsstörungen.

Im Bereich der weiteren gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Forschung lässt sich zudem im Anschluss an Überlegungen zu einer Sozial- und Gesundheitsberichterstattung (Joos 2001; Leu 2002; Betz 2008) ebenfalls ein deutlicher Anstieg an Panel- und Survey-Forschung erkennen. Mit Bezug auf das Vorschul- und Grundschulalter wurde in den vergangenen Jahren etwa am Deutschen Jugendinstitut ein „Kinderpanel“ zu „Entwicklungsressourcen und -risiken in der Lebenswelt von Kindern“ (Kohortenstichproben: Kinder im letzten Kindergartenjahr und Drittklässler) erarbeitet (Alt/Schneider/Steinhübl 2004)<sup>6</sup>; Nürnberger Sozialforscher erarbeiten das „Nürnberger Kinderpanel“, eine Langzeitstudie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden von Kindern, in die schulärztliche Einschulungsuntersuchungsbögen in einer Totalerfassung eingegangen sind (Dees/Wenzig 2003; Wenzig 2005). In jüngster Zeit ist in diesem Bereich vor allem der großangelegte Kinder- und

---

6 Weitere Publikationen zum Kinderpanel sind Alt (2005a, 2005b, 2006 und 2007).

Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI 2007) zu nennen, der mit 17641 Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen neue Maßstäbe der nationalen Surveyforschung gesetzt hat. Diese quantitativen, sozial-epidemiologisch ausgerichteten Forschungen stellen in ihren Ergebnissen den Bedarf an Präventionsmaßnahmen heraus; sie liefern aber keine Analysen der praktischen Prozesse, die Diagnosen von Entwicklungsstörungen und (fehlender) Schulfähigkeit überhaupt erst hervorbringen. Die Vermutung, dass nicht nur vielfältig veränderte Kindheitsbedingungen die Zunahme an Entwicklungsstörungen erklären, sondern auch die Ausweitung und Differenzierung der Maßnahmen zu ihrer Erkennung und Behandlung, wird im aktuellen gesundheits- und kindheitswissenschaftlichen Diskurs vernachlässigt und ist bisher nicht zum Anlass für entsprechende praxis- und kulturanalytische Forschungen genommen worden. Das Forschungsprojekt, das mit diesem Band einen Teil seiner Ergebnisse vorlegt, betrat für den deutschsprachigen Kontext demnach Neuland.

Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen bieten sich für eine kulturanalytische Exploration an, da sie eine zwar nicht bundesweit identische, aber doch bundesweit institutionalisierte kulturelle Praxis der Beobachtung von Entwicklungsprozessen konstituieren. Diese Verfahren durchlaufen (fast) alle Kinder, und sie basieren, ihren individualmedizinischen und präventiven Zweck betreffend, auf einem rechtlich kodifizierten gesellschaftlichen Konsens. Beide Untersuchungsformen zielen darauf, *alle* Kinder einzubeziehen und damit Totalerhebungen von Entwicklungsdaten der jeweiligen Alterskohorten hervorzubringen – sie sind *die* beiden medizinischen Verfahren einer flächendeckenden Entwicklungsbeobachtung und -begutachtung. Beide stehen auch in einem praktischen Vernetzungszusammenhang, denn das Kinderuntersuchungsheft der Vorsorgen soll als Dokument der vorgängigen Entwicklungsbeobachtung zur Schuleingangsuntersuchung mitgebracht werden.<sup>7</sup>

Die beiden Felder geben aber auch kontrastierende Fälle in Bezug auf die praktische Umsetzung der (staatlich) institutionalisierten Entwicklungsbeobachtung ab – die U1 bis U9 als eine Serie von fortlaufend aufeinander bezogenen Vorsorgen beim Kinderarzt des Vertrauens der Eltern auf der einen Seite, die einmalige verpflichtende Schuleingangsuntersuchung bei der Schulärztin auf der anderen Seite. Die Unterschiedlichkeit der Konzeptionen beider Untersuchungsformen bietet den Rahmen für professionelle Auseinandersetzungen um ihre spezifischen Leistungen und die Frage der ‚besseren‘ Entwicklungsdiagnostik; beide profilieren sich an- und gegeneinander. Methodologisch eröffnet die Kontrastierung (vgl. Strauss 1998) dieser beiden

---

7 Auch diese Vernetzung bietet Möglichkeiten einer flexiblen Ausgestaltung der Untersuchungspraxis. In Hessen verzichten z.B. einige Gesundheitsämter auf die körperliche Untersuchung bei den Schuleingangsuntersuchungen, wenn der U9-Status des Kindes keine Auffälligkeiten aufweist.

Formen spezifische Erkenntnismöglichkeiten für voneinander abweichende Praktiken, Handlungs- und Legitimierungsstrategien der Entwicklungsbeobachtung.

Unter der Perspektive der „Normalisierung“ (Link 2008) sind Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zentrale Instrumente, welche die Masse der Eltern und Kinder mit den Normalitätserwartungen von (medizinischen) Professionellen an die Entwicklung von Kindern konfrontieren. Gleichzeitig reagieren Eltern und Kinder aber auch als Akteure in den Untersuchungen auf die Normalitätsanmutungen; die Untersuchungen werden damit zu Orten der interaktiven Aushandlung von normaler und abweichender Entwicklung in je konkreten Fällen. Es sind diese Aushandlungen und die situierte Prozessierung von Entwicklungswissen und -normen sowie ihre Varianzen, für die sich die Studien dieses Bandes im Kern interessieren. Sie klammern den Befund der erhöhten Entwicklungsrisiken heutiger Kinder damit in wissenssoziologischer Perspektive ein: Sie untersuchen die Konstruktion von „normalen“ und „entwicklungsauffälligen“ Kindern zuallererst im Kontext derjenigen Verfahren, die zentral auf eine Beobachtung und Begutachtung der kindlichen Entwicklung zielen.

#### 4. Die Beiträge des Bandes

Der Beitrag, der sich an diese Einleitung anschließt, führt in die theoretischen und methodologischen Grundlagen einer Praxis- und Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik ein, auf die alle Beiträge des Bandes referieren. Das Buch gliedert sich im Weiteren in drei Abteilungen mit jeweils mehreren Einzelstudien: I. Instrumentierung der Entwicklungsdiagnostik, II. Praktiken des Testens und III. Entwicklungsdiagnostische Ausdifferenzierung einzelner Kompetenzen.<sup>8</sup>

Die erste Abteilung ist den analytischen Fragen gewidmet, wie die entwicklungsdiagnostischen Verfahren der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen „instrumentiert“ (Bollig 2008b) sind und wie sie es praktisch bewerkstelligen, die Entwicklung der untersuchten Kinder – die für sich genommen nicht beobachtbar ist – *in situ* zu repräsentieren. *Helga Kelle* und *Rhea Seehaus* analysieren Dokumente der Kindervorsorgeuntersuchungen aus vier verschiedenen Ländern – Schweiz, England, Österreich und Deutschland – in vergleichender Perspektive. Die in Deutschland so genannten „Kinder-Untersuchungshefte“ sind ebenso wie die vergleichbaren Doku-

---

<sup>8</sup> Im Anhang dieses Bandes finden sich ein Verzeichnis der Abbildungen, ein gemeinsames Literaturverzeichnis für alle Beiträge, eine Darstellung des Samples des DFG-Projekts sowie ein Begriffsregister.

mente in den weiteren untersuchten Ländern *die* zentralen Instrumente in den Vorsorgeuntersuchungen: Sie inkorporieren spezifische Konzepte der pädiatrischen Vorsorge und (vor)strukturieren die praktische Durchführung der Untersuchungen durch die Kindermediziner. Daneben richten sie sich auch zentral an Eltern als Adressaten: Die Analyse entwickelt die These, dass die Untersuchungshefte die funktionale Überschneidung und Differenzierung von ärztlichen und elterlichen Aufgaben in der Vorsorge markieren. Gemeinsamkeiten und Differenzen in den jeweiligen inhärenten Konzeptionen von vorsorgenden elterlichen Aufgaben, die sich methodisch aus der Gestalt der Dokumente rekonstruieren lassen, stehen im Fokus der vergleichenden Analyse. Für diesen Band leistet die Studie eine Einführung des zentralen Instruments der Vorsorgeuntersuchungen und außerdem eine Kontextualisierung der deutschen Antwort auf das praktische Problem, Eltern in Vorsorgeuntersuchungen als Akteure zu inkludieren sowie eine Arbeitsteilung zwischen Medizinerinnen und Eltern zu organisieren. Die weiteren Beiträge des Bandes konzentrieren sich dann auf eine Praxisanalyse der deutschen Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen.

Ausgehend von der kontroversen Debatte um die Angemessenheit entwicklungsdiagnostischer Modelle für die Erfassung individueller Entwicklungsprozesse fokussiert der Beitrag von *Sabine Bollig* die ‚einheimischen‘ Entwicklungsbegriffe der diagnostischen Praxis selbst. Anhand von Szenen aus Beobachtungsprotokollen, Felddokumenten und Interviews mit Ärzten und Eltern rekonstruiert die Autorin, wie in den Praktiken der Entwicklungsdiagnostik der Beobachtungsgegenstand ‚Entwicklung‘ mittels der lokalen Ressourcen vor Ort situativ entfaltet wird und welche Bedeutung dabei den spezifischen Zeitordnungen der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zukommt. Die entwicklungsdiagnostische Praxis der beiden Untersuchungsformen wird als eine Beobachtungspraxis rekonstruiert, die Auffälligkeiten und Abweichungen in vielfältiger Weise produziert, um sie dann in der Darstellung individueller Entwicklungsverläufe wieder zu ‚normalisieren‘ – und dies heißt in Bezug auf Entwicklungsverläufe vor allem zu temporalisieren. Die individualisierende Beurteilung kindlicher Entwicklungsprozesse wird hier vor allem durch die wechselseitige Projektion von Beobachtungszeiträumen und Entwicklungsverläufen praktiziert. In der analytischen Perspektive des Beitrags unterscheiden sich die Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in ihrer Entwicklungsdiagnostik weniger hinsichtlich differenter Überzeugungen, Programmatiken oder Verfahren, sondern vor allem hinsichtlich der unterschiedlichen Zeitpraktiken vor Ort, mittels derer unterschiedliche ‚Entwicklungen‘ beobachtet und beurteilt werden.

Die zweite Abteilung des Bandes versammelt Detailanalysen zu *Praktiken des Testens*. *Katharina Stoklas* und *Anna Schweda* analysieren in ihrem Beitrag anhand von Beobachtungsprotokollen die visuomotorischen Tests, die Bestandteil des in den Schuleingangsuntersuchungen eingesetzten stan-

standardisierten S-ENS (Döpfner et al. 2004) sind. Standardisierte und normierte Screenings und Testverfahren beanspruchen ihre Reliabilität dadurch zu sichern, dass Testergebnisse eindeutig den zu testenden Personen zugeschrieben werden können. Trotz dieser Qualitätsanforderung sind in der Praxis der Durchführung von Tests immer wieder Hilfestellungen durch das medizinische Personal zu beobachten. Diesem Phänomen geht der Beitrag in detaillierten Interaktionsanalysen nach und fragt nach der Bedeutung von solchen Hilfestellungen für die praktizierte Logik des Testens.

*Anna Schweda* beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit entwicklungsdiagnostischen Praktiken, die fast in jeder Vorsorgeuntersuchung zu beobachten sind, insofern sie vielfältige Referenzen auf spielerische Interaktionen implizieren. In dem Beitrag wird die These entwickelt, dass ‚Spiele‘ durch das medizinische Personal im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen als flexibel handhabbare, informelle entwicklungsdiagnostische Tests genutzt werden, die sich gegenüber anderen Formen des Testens durch eine spezifische Interaktionsdynamik auszeichnen. Um Kindern eine bestimmte körperliche Performance abzugewinnen, werden sie z.B. in (vermeintliche) Ballspiele, Lauf- und Hüpfwettkämpfe oder Rollenspiele verwickelt, die ihnen daneben auch komplexe Fertigkeiten der Rahmenunterscheidung (Goffman) und der Metakommunikation (Bateson) abverlangen. Die Analyse der Einbindung von ‚Spielen‘ in die Früherkennung ermöglicht demnach eine Reflexion über die Frage, *wie* diese informellen Formen des Testens untersuchen, was sie zu untersuchen beanspruchen – und welchen diagnostischen ‚Mehrwert‘ ihre Durchführung hervorbringt.

Die dritte Abteilung des Bandes führt die detaillierten Praxisanalysen fort, ihre Beiträge widmen sich dabei noch einmal fokussierter der *entwicklungsdiagnostischen Ausdifferenzierung einzelner Kompetenzen* in den Praktiken der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen. In dem Beitrag ‚Messen‘ und ‚sich messen‘ – zur diagnostischen Überprüfung motorischer Leistungen“ richtet *Marion Ott* ihr Augenmerk darauf, wie und wozu die Bedeutungen des Untersuchungsgegenstandes ‚grobmotorische Fertigkeiten‘ situativ mit denen sportlich konnotierter Leistungen überblendet werden. Ausgehend von einem diskurstheoretisch begründeten Verständnis von Praktiken fokussiert der Beitrag die komplexe und inkonsistente Konstitution der Grobmotorik(normen) in den beiden Untersuchungsformen U9 und SEU. Er nimmt dazu die Ebene der in spezifischen Untersuchungsinstrumenten inkorporierten Programmatiken und die Ebene der situierten Praktiken in den Blick. Kontrastierend betrachtet die Autorin Formen der Grobmotorikuntersuchung, wie sie in den teilstandardisierten Uen einerseits und den mit einem standardisierten Screening durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen andererseits realisiert werden. Sie rekonstruiert dabei insbesondere die situativen Effekte der unterschiedlichen Grobmotorikuntersuchungen im Verhältnis zu deren jeweiligen programmatischen Implikationen.



*Helga Kelle* analysiert in ihrem Beitrag differente Formen von Sprachüberprüfungen in den beiden Untersuchungsformen. Sprachüberprüfungen sind im Programm der Vorsorgen nur mit wenigen Fragen an die Eltern vorgesehen, fast alle Kinder- und Jugendmediziner des Samples führen aber weitere Formen der Überprüfung sprachlicher Kompetenzen der Kinder durch, und die Vielfalt an in der Praxis eingesetzten Methoden und Verfahren ist in diesem diagnostischen Bereich besonders groß. Die Unterschiede betreffen die sprachwerbtheoretischen Grundlagen, die überprüften sprachlichen Teilkompetenzen sowie den Grad der Standardisierung und Normierung der Verfahren. In den (hessischen) Schuleingangsuntersuchungen ist dagegen seit 2006 ein standardisiertes Verfahren (S-ENS) vorgesehen, das verschiedene Untertests zum Kompetenzbereich Sprache vorsieht. Der Fokus der sowohl instrumenten- wie auch interaktionsanalytisch ausgerichteten Studie liegt auf den Unterschieden in Hinblick auf die Logik der Instrumente und auf ihrer spezifischen programmatischen und praktischen Einbindung in die weiteren Verfahren der Uen und SEUen. Die doppelte Orientierung der Mediziner auf die Individualdiagnostik einerseits sowie die Rezeption und Produktion epidemiologischer Daten andererseits produziert besonders im Fall der SEUen eine Hybridisierung von Methoden und Verfahren *in situ*, die eigenwillige praktische Effekte zeitigt, und zwar insbesondere für die Fälle der mehrsprachigen Kindern, welche die Methoden- und Verfahrensdurchführung im Bereich der Sprachkompetenzüberprüfung herausfordern.

Eine kultur- und praxisanalytische Rekonstruktion der situierten interaktiven Prozesse und der Anwendungen von entwicklungsdiagnostischen Methoden und Instrumenten in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen steht demnach im Zentrum der empirischen Studien des Bandes. In diesen diagnostischen Prozessen kommt es zur Zuschreibung von ‚normaler‘ und ‚auffälliger‘ Entwicklung, häufig aber auch zu einer Normalisierung von (zunächst) auffälligen Beobachtungen.

In diesem Kontext reflektieren beide Beiträge der ersten Abteilung, so lässt es sich noch einmal zuspitzen, auch die Konzeptualisierung und Begrenzung des Zuständigkeitsbereichs der Mediziner in der Entwicklungsbeobachtung und -diagnostik. Die Studie von Kelle und Seehaus verweist dabei auf die Schulung des elterlichen Blicks für ‚normale‘ Entwicklung durch staatliche Vorsorgeprogramme und auf die den Instrumenten inhärenten Konzeptionen der Arbeitsteilung zwischen Eltern und Mediziner. Die praktische Notwendigkeit einer solchen Arbeitsteilung spiegelt sich auch in der Studie von Bollig: Sie reflektiert die praktischen und für die Uen und SEUen unterschiedlichen Lösungen des Problems, dass Entwicklung als prozessuales Phänomen in den diagnostischen Situationen – unter Zuhilfenahme von spezifischen Temporalisierungspraktiken, aber auch von Eltern als Informanten – erst repräsentiert werden muss, um für Mediziner beobachtbar zu werden.

Die beiden interaktionsanalytischen Beiträge der zweiten Abteilung entfalten mit den Themen der Hilfestellungen durch medizinisches Personal einerseits und der (scheinbaren) spielerischen Rahmung vieler Testsituationen andererseits notwendige Differenzierungen für das Verständnis von entwicklungsdiagnostischen Tests im praktischen Sinne. Beide – testtheoretisch bisher nicht hinreichend reflektierten – diagnostisch-kulturellen Phänomene fließen wiederum in die Hervorbringung von ‚auffälligen‘ und ‚unauffälligen‘ Entwicklungsbefunden in spezifischen Weisen ein.

Die beiden Beiträge der dritten Abteilung schließlich liefern differenzierte Analysen zu der Varianz an praktischen Handhabungen der Diagnostik in einzelnen Kompetenzbereichen – Motorik und Sprache –, die allerdings sowohl in den Uen wie in den SEUen in allgemeine Entwicklungsbeobachtungen eingebettet sind. Die praktische Konstruktion von ‚auffälliger‘ und ‚unauffälliger‘ Entwicklung zeichnet sich auf diese Weise, so zeigen die beiden Studien auf, durch eine Ambivalenz aus, die von der diagnostischen Fokussierung einzelner Entwicklungsdimensionen auf der einen Seite und ihrer immer wieder vorgenommenen Kontextualisierung in der Gesamtentwicklung auf der anderen Seite ausgeht. Diese Ambivalenz wird praktisch vielfach durch situative Relationierungen von beobachteten Auffälligkeiten bearbeitet.

Die einzelnen entwicklungsdiagnostischen Befunde sind vor dem Hintergrund der in diesem Band versammelten Analysen nicht etwa als kontextfrei ‚gültige‘ zu betrachten, sondern vielmehr als mehrfach und fallspezifisch relationierte Ergebnisse interaktiver diagnostischer Prozesse, an denen neben dem medizinischen Personal Kinder und Eltern als Akteure mitwirken.

Dieser Band ist unter der Mitwirkung weiterer Personen, denen die Autorinnen und die Herausgeberin zu Dank verpflichtet sind, entstanden. Wir danken den Kindern, Eltern und Ärzten, die es uns erlaubten, ihre Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zu beobachten und die für Interviews zur Verfügung standen. Praxismitarbeiterinnen, Assistentinnen in den kinder- und jugendärztlichen Diensten und Schulsekretärinnen unterstützten die Forscherinnen darüber hinaus tatkräftig in der Organisation des Zugangs zu Eltern und Kindern. Julia Jancsó und Anja Tervooren gehör(t)en neben den Autorinnen der Forscherinnengruppe an und stellten dem Kollektiv ihr empirisches Material zur Auswertung zur Verfügung. Neben diesen beiden war auch Christina Huf an einer Vielzahl von anregenden Kolloquien zu den Forschungsarbeiten beteiligt. Im Rahmen eines wissenschaftlichen Beirats haben Klaus Amann, Georg Breidenstein, Michael-Sebastian Honig, Antje Langer und Jutta Wiesemann Vorfassungen der Beiträge des Bandes mit uns diskutiert, sie übten freundschaftliche Kritik und gaben maßgebliche Anregungen. Daniel Kettler und Corinna Zahrt-Omar erbrachten in der Phase der Buchproduktion vielfältige Unterstützungsleistungen. Barbara Voet Cornelli hat schließlich sehr professionell die Beiträge redaktionell betreut und die Formatierung besorgt. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt.