

## Frühgeborene als Schüler – Eine Schullaufbahn unter besonderen Voraussetzungen?

von Dr. Nina Gawehn

Dipl. Psychologin, Leiterin der Entwicklungsneuropsychologischen Ambulanz im SPZ der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klinikum Dortmund gGmbH

„Neuropsychologische Folgen einer Frühgeburt offenbaren sich oftmals erst in späteren Lebensjahren und können dann die Ursachen für Lern- und Leistungsstörungen sowie auch für nachfolgende emotionale und Verhaltensstörungen darstellen.“

(Müller, 1998, zit. n. Heubrock & Petermann, 2000. S. 94)

Etwa 7-10% aller Kinder kommen zu früh, d.h. vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) zur Welt. In Abhängigkeit von der Unreife des jeweiligen Kindes bedeutet dies zunächst mit höchster Priorität, das **Überleben** des manchmal noch sehr unreifen Kindes durch intensivmedizinische Betreuung zu sichern. Im weiteren Verlauf beobachten Ärzte, Therapeuten und vor allem die Eltern die Entwicklung ihres Kindes. Manchmal werden dabei **Störungen oder Abweichungen in der kindlichen Entwicklung** erkennbar, die bei Frühgeborenen

von leichten sensorischen, motorischen oder kognitiven Defiziten bis zu deutlichen Behinderungen reichen können.

Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass mögliche **Defizite** in der Entwicklung eines zu früh geborenen Kindes **keineswegs determiniert** sind, sondern es sich um erhöhte Wahrscheinlichkeiten für abweichende Verläufe handelt. So haben Ergebnisse verschiedener nationaler und internationaler Studien, welche die Resilienz, also die individuelle kindliche Widerstandsfähigkeit ge-



entnommen aus:

Karin Jäkel u.a. „Frühgeborene und Schule - Ermutigt oder ausgebremst? Erfahrungen, Hilfen, Tipps“

Herausgeber: Landesverband „Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz“ e. V.

gen Risikofaktoren, untersuchten, eindrucksvoll dokumentieren können, dass sich *ca. 1/3 der Kinder, die aus verschiedenen Gründen als „Risikokinder“ bezeichnet werden können, später ganz unauffällig entwickeln* (Werner, 1993). Eine **Entwicklungsprognose** lässt sich also immer erst in der Zusammenschau personaler und sozialer Ressourcen und Risiken ableiten und muss **für jedes Kind ganz individuell** geschehen.



Dennoch belegt die wissenschaftliche Forschungslage, dass **frühgeborene Kinder einem erhöhten Risiko für Entwicklungsabweichungen unterliegen**. In diesem Zusammenhang wurde z.B. von einem sogenannten „doppelten Entwicklungsrisiko“ gesprochen, welches neben biologisch-medizinischen Abweichungen auch die daraus potenziell resultierenden sozialen Besonderheiten für die soziale Interaktion (z.B. Bindungsverhalten und Bindungsqualität, sozial-emotionale Auffälligkeiten, innerfamiliäre Belastungen) umfasst (Jungmann, 2006). Diese möglichen primären und sekundären Abweichungen können sich wiederum negativ darauf auswirken, wie spätere, darauf aufbauende Aufgaben bewältigt werden, und manchmal auch in einer Überforderungen der individuellen kindlichen Kompetenzen münden, wenn die Anforderungen, z.B. der schulischen Umwelt, nicht durch vorhandene individuelle Ressourcen ausgeglichen werden können. Wenn sich z.B. ein Kind im Vorschulalter sehr anstrengen muss, einen Stift im Erwachsenen-

griff in der Hand zu halten und erste Formen nachzuzeichnen, kann es ein nahezu unüberwindbares Hindernis werden, Aufgaben mit „höherem Schwierigkeitsgrad“ wie das Schreibenlernen von Buchstaben oder das Abschreiben von einer Tafel zu bewältigen, weil eine grundlegende Fertigkeit noch nicht abschließend erworben wurde.

Die für Frühgeborene überzufällig häufig beschriebenen **Defizite in der kognitiven Entwicklung** (Schneider, Wolke, Schlagmüller & Meyer, 2004; Escobar et al., 1991) **führen bei einem Teil der frühgeborenen Schulkinder dazu, dass Förderbeschulungen, Rückstellungen oder auch Klassenwiederholungen notwendig werden**. Insgesamt erhalten circa 45% der risikogeborenen Kinder besondere pädagogische Unterstützung im Schulalter (Saigal et al. 2003; Taylor et al., 2000), welche von einer Klassenwiederholung, Förderunterricht oder Integration im Regelschulsystem auch bis zur Notwendigkeit eines Förderschulbesuchs reichen kann. Zwischen 38% (Stjernqvist & Svenningsen, 1999) und 60% (Wolke & Mey-

entnommen aus:

Karin Jäkel u.a. „Frühgeborene und Schule - Ermutigt oder ausgebremst? Erfahrungen, Hilfen, Tipps“

Herausgeber: Landesverband „Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz“ e. V.

er, 1999) der sehr frühgeborenen Kinder besuchen nicht die altersentsprechende Grundschulklasse. 20-25% der extrem frühgeborenen Kinder wiederholen eine Schulklasse (Anderson & Doyle, 2004; Wolke & Meyer, 1999). Mit einer Prävalenz von 22,8% besuchen Frühgeborene häufiger als ihre reifgeborenen Gleichaltrigen (7,1%) Förderschulen (Wolke & Meyer, 1999). Die Forschungslage belegt außerdem, dass sich *schulbezogene Probleme Frühgeborener über die Zeit nicht verringern, sondern andauern* (Botting et al., 1998; Cohen et al., 1993; Saigal et al., 2000; Taylor et al., 2000), was darauf hindeutet, dass *keine „Aufholentwicklung“* stattfin-



det, sondern eher stabile Defizite in einigen Entwicklungsbereichen zu vermuten sind, die eine gezielte und individuelle Förderung notwendig machen und sich *keinesfalls über die Zeit „auswachsen“*.

*Auch Frühgeborene, die keine manifeste Behinderung oder Entwicklungsstörung aufweisen, sollten in*

*ihrem schulischen Lern- und Leistungsfortschritt beobachtet und bei Bedarf unterstützt werden.* So zeigt z.B. eine Studie von Cooke (2004), dass selbst Frühgeborene mit zunächst offenbar unauffälliger kognitiver Entwicklung diejenigen Schul- und Ausbildungsziele, die ihrem Entwicklungspotenzial entsprechen hätten, im Vergleich zu Reifgeborenen überzufällig häufig nicht erreichen konnten. Dieses Ergebnis begründet und verdeutlicht, dass das *schulische Lernen im Kontext des Regelschulsystems für frühgeborene Kinder selbst dann eine besondere Herausforderung darstellen kann, wenn keine manifeste Entwicklungsstörung oder Behinderung eine sonderpädagogische Unterstützung notwendig machen.*

*Besonders häufig* finden sich bei Frühgeborenen Defizite und *Störungen in der Aufmerksamkeit*, die mit einer Prävalenz von über 20% beschrieben werden (Johnson, 2007; Botting, 1997). Aufmerksamkeitsleistungen beinhalten wichtige Basisfunktionen für die Bewältigung alltäglicher Aufgaben, so dass eine Störung dieser ein weiteres Risiko für sekundär abweichende Entwicklungs- und Lernverläufe darstellen kann. In einigen Studien werden Aufmerksamkeitsstörungen nach Frühgeburt als *subklinisch* beschrieben, das heißt, dass sie *nicht dem sogenannten „Vollbild“ einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) entsprechen*, welches Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperkinese umfasst, sondern gehäuft keine Hyperkinese (Indredavik; 2004) und nicht

entnommen aus:

Karin Jäkel u.a. „Frühgeborene und Schule - Ermutigt oder ausgebremst? Erfahrungen, Hilfen, Tipps“

Herausgeber: Landesverband „Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz“ e. V.



die für ADHS typischen Komorbiditäten wie z.B. weitere Verhaltensstörungen oder Ticstörungen umfassen (Botting, 1997; Gardner, 2004), sondern sich eher als *„umschriebene“ Aufmerksamkeitsstörungen* (Johnson, 2007; Wolke & Meyer, 1999) darstellen. Dieses spezifische Symptombild von Aufmerksamkeitsstörungen nach Frühgeburt birgt *ein erhöhtes Risiko, dass bestehende Defizite gar nicht oder erst verspätet diagnostiziert werden.*

Zusammenfassend bergen die steigende Prävalenz von Frühgeburten und die, trotz fortschreitender Verbesserungen in der neonatalen Intensivmedizin, weiterhin überzufällig häufig damit verbundenen psychologischen Folgen wie *Entwicklungsstörungen und Störungen schulischer Fertigkeiten* (Schneider, Wolke, Schlagmüller & Meyer, 2004; The Victorian Infant Collaborative Study Group, 1997; Wolke & Meyer, 1999) *eine sehr hohe bildungspraktische und -politische Relevanz und stellen eine große Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen dar* (Paneth, 1992).

*tische und -politische Relevanz und stellen eine große Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen dar* (Paneth, 1992).

Die Entwicklung neuer theoretischer und praktischer, vor allem didaktisch-methodischer Wissens- und Handlungskonzepte zur schulischen Förderung Frühgeborener und auch anderer Kinder mit Störungen in Teilleistungen stellt eine *zentrale Aufgabe für pädagogische und auch therapeutische Professionen* dar. Dabei bieten die Berücksichtigung und Förderung grundlegender neuropsychologischer Teilleistungen sinnvolle Anknüpfungspunkte für die vorschulische und schulische Entwicklungsförderung. Nicht zuletzt gilt für Frühgeborene – wie auch für alle anderen Kinder –, dass *am ehesten schulische und außerschulische Umwelten, die weder unter- noch überfordern, entwicklungsstimulierend wirken können.* „Passende“ Umwelten, welche durchaus auch im Regelschulsystem

entnommen aus:

Karin Jäkel u.a. „Frühgeborene und Schule - Ermutigt oder ausgebremst? Erfahrungen, Hilfen, Tipps“

Herausgeber: Landesverband „Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz“ e. V.



zu finden oder zu implementieren sind, rücken die Berücksichtigung individueller Besonderheiten eines Kindes in das Zentrum pädagogischer oder auch sonderpädagogischer Arbeit, richten sich also auf die jeweiligen kindlichen Stärken und Schwächen aus, so dass sich - unabhängig vom Ausmaß einer

individuellen Behinderung oder Störung - **Erfolge, Akzeptanz und positive Zugewandtheit als Entwicklungserfahrungen** einstellen können und dass sich „Risikokinder“ späteren Aufgaben in ihrem Leben gewachsen fühlen können – und es auch wirklich sind!



#### Literatur:

**Anderson, P.J. & Doyle, L.W. (2004):**

Executive Functioning in school-aged children who were born very preterm or with extremely low birth weight in the 1990s. In: *Pediatrics*, 114, 50-57.

**Botting, N., Powls, A., Cooke, W.I. & Marlow, N. (1997):**

Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (8), 931-941.

**Botting, N., Powls, A., Cooke, W.I. & Marlow, N. (1998):**

Cognitive and educational outcome of very-low-birthweight children in early adolescence. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40 (10), 652-660.

**Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, D., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E.L. (1993):**

An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I: age and gender specific prevalence. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.

**Cooke, R.W.I. (2004):**

Health, lifestyle, and quality of life for young adults born very preterm. In: *Archives of Disease in Childhood*, 89 (3), 201-206.

entnommen aus:

**Karin Jäkel u.a. „Frühgeborene und Schule - Ermutigt oder ausgebremst? Erfahrungen, Hilfen, Tipps“**

Herausgeber: Landesverband „Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz“ e. V.

**Gardner, F., Johnsons, A., Yudkin, P., Bowler, U., Hocley, C., Mutch, L. (2004):**

Behavioral and emotional adjustment of teenagers in mainstream school who were born before 29 weeks' gestation. In: *Pediatrics*, 114, 676-682.

**Heubrock, D. & Petermann, F. (2000):**

Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention. Göttingen: Hogrefe.

**Indredavik, M.S., Vik, T., Heyerdahl, S., Kulseng, S., Fayers, P. & Brubakk, A.M. (2004):**

Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. In: *Archives of Disease in Childhood fetal & Neonatal Edition*, 89, F445-450.

**Johnson, S. (2007):**

Cognitive and behavioral outcomes following preterm birth. In: *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12, 363-373.

**Jungmann, T. (2006):**

Unreife bei der Geburt. Ein Risikofaktor für Sprachentwicklungsstörungen? In: *Kindheit und Entwicklung*, 15 (3), 182-194.

**Müller, M. (1998):**

Langzeitentwicklung frühgeborener Kinder. Ein Beitrag zur integrativen Entwicklungstheorie. In: *Integrative Therapie*, 24, 3-4, 253-282.

**Paneth, N. (1992):**

Neonatal care and patterns of disability in the community. In: *Clinics in developmental medicine*, 124, 232-241.

**Saigal, S., Pinelli, J., Hoult, L., Kim, M.M. & Boyle, M. (2003):**

Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. In: *Pediatrics*, 111, 969-975.

**Schneider, W., Wolke, D., Schlagmüller, M. & Meyer, R. (2004):**

Pathways to school achievement in very preterm and full term children. In: *European Journal of Psychology of Education*, 19 (4), 385-406.

**Stjernqvist, K. & Svenningsen, N.W. (1999):**

Ten-year follow up of children born before 29 weeks gestational weeks: health, cognitive development, behavior and school achievement. In: *Acta Paediatrica*, 88 (5), 557-562.

**Taylor, H.G., Klein, N., Minich, N.M. & Hack, M. (2000):**

Middle-school age outcomes in children with very low birth weight. In: *Child Development*, 71, 1495-1511.

**The Victorian Infant Collaborative Study Group (1997):**

Improved outcome into the 1990s for infants weighing 500-999 g. In: *Archives of Disease in Childhood*, 77, 91-94.

**Werner, E. (1993):**

Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.

**Wolke, D. & Meyer, R. (1999):**

Cognitive status, language attainment, and prereading skills of 6-year-old very preterm children and their peer: The Bavarian Longitudinal Study. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41(2), 94-109.



entnommen aus:

**Karin Jäkel u.a. „Frühgeborene und Schule - Ermutigt oder ausgebremst? Erfahrungen, Hilfen, Tipps“**

Herausgeber: Landesverband „Früh- und Risikogeborene Kinder Rheinland-Pfalz“ e. V.