



Modellprojekt zur Umsetzung einer Inklusiven Frühförderung im Landkreis Göttingen

Ausgangsposition

Anlass für das vorliegende Konzept sind hohe Steigerungsraten bei den Kosten aller Rehabilitationsträger im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Veränderungsprozessen, die mit einer zunehmenden Individualisierung und der Auflösung allgemeingültiger Erziehungsvorstellungen zu einer Überforderung eines Teils der Familien führen. Die Folge sind zunehmende Entwicklungsrisiken und –störungen bei Kindern und Jugendlichen: Die Zahl der Frühförderkinder hat sich in den letzten Jahren ebenso stark erhöht wie die jährlichen Kosten der Jugendhilfe. Aber auch das Gesundheitswesen ist von dieser Entwicklung elementar betroffen: Inzwischen ist wissenschaftlich belegt (z.B. durch das Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey), dass sich die zunehmenden kindlichen Entwicklungsrisiken auch auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder auswirken („neue Morbidität“) - mit einem starken Bezug zu sozialen Herkunft der Familie („sozialer Gradient“). Hinzu kommt ein hoher Grad an medizinisch-therapeutischer Versorgung von Kindern im Vorschulalter; insgesamt erhält jedes dritte Kind bereits im Vorschulalter eine medizinisch-therapeutische Maßnahme.

Wissenschaftliche Untersuchungen vor allem aus den USA lassen an der Wirkung dieser therapeutischen Maßnahmen zweifeln, wenn sie nicht in ein responsives Angebot an das gesamte System Familie (und Kindertagesstätte) eingebunden sind. Auch die Hochschule Nordhausen bezweifelt die Wirksamkeit dieser isolierten Interventionen und sieht in der gängigen Praxis eine Abweichung von der Intention des Gesetzgebers, der eine verbindliche interdisziplinäre Abstimmung von Ärzten, Pädagogen und weiteren Disziplinen zu einem *gemeinsamen* Konzept (Komplexleistung) vorsieht, bei dem nicht automatisch beide Leistungen am Kind indiziert sind. Während sich die gängige Praxis durch eine Vielzahl parallel verlaufender Maßnahmen auszeichnet, sind nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Hilfen dann besonders wirkungsvoll, wenn weniger aber sehr qualifizierte und responsiv arbeitende Fachkräfte als Bezugspersonen der Familien akzeptiert werden. Diese transdisziplinär arbeitenden Fachkräfte brauchen jedoch eine kontinuierliche interdisziplinäre fachliche Absicherung. Den kindlichen Entwicklungsrisiken kann nur durch ein

umfassendes netzwerkorientiertes Konzept begegnet werden, bei dem eine ärztliche Früherkennung eng mit familienorientierten pädagogischen Hilfen verknüpft wird. Häufig unterbleibt diese gemeinsame Abstimmung bundesweit auch nach der Einführung der Komplexleistung und einer vorgegebenen doppelten Unterschrift unter die jeweiligen Förder- und Behandlungspläne.

Nicht nur bundesweite Erhebungen (v.a. die Kiggs-Studien in hier v.a. die Bella-Studie) sondern auch wissenschaftliche Untersuchungen und die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen und im Landkreis Göttingen belegen einen engen Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsstand von Kindern und deren gesundheitlichem Gesamtzustand. Zudem sind die Startchancen von Kindern bei Einschulung in die Grundschule stark abhängig vom Bildungsgrad ihrer Eltern. Während nahezu zwei Drittel aller Kinder aus einem Elternhaus mit einem hohen Bildungsgrad eine uneingeschränkte Einschulungsempfehlung erhalten, sind es bei Kindern aus einem Elternhaus mit niedrigem Bildungsgrad deutlich weniger als ein Drittel. Je früher präventive Leistungen zur Gesundheitsförderung der Gesundheitsförderung im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung des kindlichen Lebensumfeldes ansetzen, desto nachhaltiger können sie sich positiv auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern auswirken. Nicht zuletzt hat der Bundesgesetzgeber mit dem Präventionsgesetz diese Erkenntnisse nachvollzogen und Möglichkeiten zu einer stärkeren kommunalen Prävention bei der Gesundheitsförderung geschaffen. Die Akteure dieses Modellprojektes wollen daher nicht nur die enge Zusammenarbeit mit den Kinder- und Hausärztinnen und -ärzten suchen, sondern im Rahmen der Beratungs-, Eltern- und Netzwerkarbeit die Gesundheitsförderung durch Integration von Bewegung in den kindlichen, institutionellen und familiären Alltag, eine gesunde Ernährung und Sensibilisierung für die negativen Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens stärken. Hierzu ist das System der Frühförderung an einer intensiven Verzahnung mit präventiven Leistungen der Gesundheitsförderung interessiert.

Dieses System der Frühförderung greift auf eine lange Tradition mobiler familiennaher Hilfen zurück, die in den letzten beiden Jahrzehnten jedoch vielerorts zugunsten isolierter therapeutischer Interventionen beschnitten wurden. Anders als im Gesundheitswesen mit seinen niedrigschwelligen Zugängen zu einer ärztlichen und therapeutischen Versorgung beinhaltet der Zugang zur pädagogischen Frühförderung oftmals hohe Hemmschwellen im Zuge einer aufwendigen Antragstellung und behördlichen Überprüfung einer (drohenden) Behinderung. Dies schreckt insbesondere Familien aus benachteiligtem sozialem Milieu ab und führt zu einer Präferenzierung medizinisch-therapeutischer Leistungen und zu einer späten Ersterfassung durch die Frühförderstellen (im Durchschnitt mit fast 4 Jahren). Dann sind ein Großteil der kindlichen (hirnorganischen) Entwicklung jedoch bereits abgeschlossen und wesentliche Weichen für den künftigen Lebensweg gestellt.

Ansätze der Hochschule Nordhausen

Die Hochschule Nordhausen baut ein „Kompetenzzentrum Frühe Kindheit“ (KFK) auf und konnte diesen Schwerpunkt im Rahmen des Studienbereichs Gesundheit & Soziales (GuS) durch zahlreiche Lehrstühle (u.a. Heilpädagogik, Sozialmedizin, Sozialpädiatrie, Inklusive Pädagogik, Frühförderung, Klinische Rehabilitation, Soziale Arbeit, Sozialtherapie) ausbauen. Das KFK arbeitet unter dem Dach des In-Instituts für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung (ISRV), das überregional in vielfältigen Forschungs- und Praxisfeldern wirkt, u.a. mit einer eigenen

Stiftungsprofessur finanziert durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Das KFK bietet neben einem berufsbegleitenden Masterstudiengang „Transdisziplinäre Frühförderung“ spezifische Weiterbildungen (z.B. den Grund und Aufbaukurs „Entwicklungspsychologische Beratung“). Auf dem Campus wurde ein Gebäude für eine Institutsambulanz errichtet, in dem eine bereits anerkannte interdisziplinäre Frühförderstelle tätig werden kann.

Das KFK möchte die o.a. wissenschaftlichen Erkenntnisse in moderne praktische Konzepte überführen und die Wirkung von in die medizinisch-sozialen Netzwerke eingebundenen familienorientierten Unterstützungsprogrammen in Form eines regionalen Modellprojektes überprüfen. Orientierungspunkt ist das responsiv orientierte „Parenting-Model“ (Mahoney), das eine Sensibilisierung der zentralen Bezugspersonen des Kindes für die kindliche Bedürfnisse und seine Signale in den Mittelpunkt stellt. Dabei ist es Anliegen des Modellprojektes, zentrale Thesen zu untersuchen:

These I: Responsive Kompetenzen bei Fachpersonen sind wirkungsvoller und nachhaltiger und können in vielen Fällen einen therapeutischen oder späteren heilpädagogischen Behandlungsbedarf verhindern. Die Hilfen werden passgenauer. Sie tragen dazu bei, dass Fachpersonen der unterschiedlichen medizinischen und pädagogischen Systeme sich stärker aufeinander beziehen, innerhalb überschaubarer Sozialräume ein professionelles Vertrauensverhältnis aufbauen und sich vermehrt gegenseitig in der Umsetzung eines gemeinsamen Konzeptes unterstützen.

These II: Wenn die (Kinder-) Ärzte die von ihnen verschriebenen Therapiemaßnahmen in ein interdisziplinäres Gesamtsystem einbetten, tragen sie damit dazu bei, dass perspektivisch Entwicklungsstörungen (insbesondere Sprache, Motorik, Wahrnehmung) ebenso wie chronische Erkrankungen weniger kurativ im fortgeschrittenen Alter des Kindes behandelt werden, sondern stattdessen präventiv die Kompetenzen und Ressourcen im Elternhaus so gestärkt werden, dass einer kindlichen Entwicklungsgefährdung frühzeitig entgegengewirkt wird. Dies erscheint erfolgversprechender, wenn beide Systeme sich gegenseitig ergänzen und aufeinander abstimmen. Fachliche Ansätze mit niedrigschwelligem Zugang zu pädagogischen Hilfen und einem Fokus auf fallunspezifische präventive Arbeit im Rahmen der Frühförderung (z.B. Landkreis Nordfriesland) zeigen auf, dass eine frühe Prävention spätere Folgekosten einspart und die Kostenbelastung der Rehabilitationsträger insgesamt reduziert.

These III: Die präventive Ausrichtung und die Verbindung der Ärzte mit den pädagogischen Systemen führen mittelfristig auch zu einer Reduzierung der isoliert verschriebenen medizinisch-therapeutischen Leistungen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie). Zum einen, weil Entwicklungsstörungen (insbesondere im Bereich Sprache) nur zu einem Teil medizinisch bedingt, sondern häufig Folge fehlender Anregungen und Kommunikation sind, bei denen eine medizinisch-therapeutische Behandlung nur partiell greift. Zum anderen, weil ein abgestimmtes Gesamtsystem mit dem Fokus auf einer mobilen, familienorientierten Frühförderung bei der Abwägung anzubietender Hilfeleistungen nicht nur die isolierten Symptome einer Entwicklungsverzögerung sieht (denen mit einem jeweils kurativen Angebot begegnet werden soll), sondern die gegenseitigen Wechselwirkungen und die Belastungssituation der Familie. Von daher könnte ein Weniger an sehr qualifizierten ganzheitlichen Hilfen effektiver und effizienter sein als ein Nebeneinander von spezifischen Therapien oder heilpädagogische Übungsbehandlungen, die jeweils nur auf eine partielle Stärkung von Funktionsfähigkeiten in Teilbereichen abzielen.

Zielsetzung des Modellprojektes

Ziel ist es, diese Thesen näher zu untersuchen und neue Erkenntnisse zu gewinnen, die dann auch Auswirkungen auf die weitere praktische Ausgestaltung des Gesamtsystems der interdisziplinären Frühförderung und darüber hinaus haben können.

Die Träger des Modellprojektes gehen dabei von der Annahme aus, dass der zunehmenden Zahl kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig *präventive* Maßnahmen entgegenzusetzen sind. Entsprechend sind die Ansätze der Früherkennung und niedrigschwelligen Hilfeleistung zu verbessern. Das Modellprojekt soll darüber hinaus Erkenntnisse darüber liefern, wie die gesetzlichen Neuregelungen durch das Bundesteilhabegesetz in Einrichtungen der Frühförderung umfassend und effektiv umgesetzt werden können.

Ansatz des Modellprojektes

Der Landkreis Göttingen beabsichtigt, seine Angebote der Frühförderung unter Berücksichtigung o.a. fachlicher Ansätze umzustrukturieren. Die Hochschule Nordhausen begleitet seit vielen Jahren Prozesse zur sozialraumorientierten Umgestaltung und hat darüber hinaus ein eigenes Konzept für eine Lehrfrühförderstelle entwickelt. Dieses Konzept soll nun mit der heilpädagogischen Frühförderstelle des Altkreises Osterode/Harz zu einem neuen Gesamtkonzept einer interdisziplinären Lehrfrühförderstelle (LFS) verknüpft werden.

Hierzu notwendige grundlegende Parameter (fachliche Einbeziehung der Ärzte und Therapeuten, der Jugendhilfe einschließlich der Kindertagesstätten; offene Beratungsangebote im Sinne eines niedrigschwelligen Zugangs; präventive Ausrichtung der Hilfen) sind zwar gesetzlich vorgesehen, werden jedoch in weiten Teilen Deutschlands nicht umgesetzt. Das Modellprojekt setzt solche Abstimmungsprozesse zur Etablierung frühzeitige präventive Hilfen voraus. Eine wissenschaftliche Begleitung soll auch Rückschlüsse auf die künftige praktische Ausgestaltung der Rehabilitationsträger zulassen.

Gerade im Bereich der Frühförderung werden gesetzliche Neuregelungen im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (als künftiger Bestandteil des SGB IX) in den Bereichen der SGB V, VIII und XII mittelfristig zu grundlegenden Veränderungen führen. Die wissenschaftlichen Fachpersonen des Kompetenzzentrums sehen bislang einen Widerspruch zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur frühkindlichen Entwicklung und der praktischen Ausgestaltung der Frühförderung. Dadurch, dass bei der Ausgestaltung einer LFS angestrebt wird, über die Vereinbarungen der derzeitigen Landesrahmenvereinbarung Frühförderung hinausgehende fachliche Ansätze modellhaft zu erproben, sollen neue Erkenntnisse zur Effektivität fachlicher Interventionen gewonnen werden. Das Modellprojekt dient somit der Erprobung bislang nicht etablierter Parameter im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung als Bestandteil der Frühen Hilfen. Es ordnet sich somit bereichsübergreifend in die Bereiche Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und Gesundheitswesen ein.

Das Modellprojekt vereinigt dabei die verschiedenen Leistungen der Frühen Hilfen und der Frühförderung unter Standards, die im Bundesteilhabegesetz vorgesehen sind. Kernpunkt ist ein interdisziplinäres Gesamtsystem unter Einbeziehung der Kindertagesstätten und der

niedergelassenen medizinischen Therapeuten und Ärzte, die über Finanzmittel der Träger des Modellprojektes in eine verbindliche Kooperation einbezogen werden können.

Parallel zur Etablierung des Modellprojektes werden auch verbesserte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte des Gesundheitswesens und der Frühen Hilfen weiter erprobt und deren Einsatz in die Praxis begleitet. Auch hieraus sollen sich neue Erkenntnisse für eine künftige verbesserte Qualifikation der Fachpersonen und einer interdisziplinären Kooperation im Rahmen sozialer Netzwerke ergeben.

Mit einer LFS bietet sich die Möglichkeit, Lehre und Praxis systematisch miteinander zu verknüpfen und damit erheblich aufzuwerten. Studierende werden praxsnäher an ihre künftigen Arbeitsfelder herangeführt, die Praxis profitiert vom Engagement und aktuellen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen durch Studierende. Darüber hinaus können Synergieeffekte, die aus anderen Hochschulambulanzen bekannt sind, auch im Bereich der Forschung zu einer erheblichen Aufwertung der Qualität der Angebote und der Effektivität der Arbeitsabläufe führen.

Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung

Grundlage des Modellprojektes ist der Ausbau der Frühförderstelle Herzberg zu einer interdisziplinären Frühförderstelle im Sinne des SGB IX. Die LFS erbringt eine bedarfsgerechte Komplexleistung Frühförderung im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation von medizinischen, pädagogischen, psychologischen, ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Disziplinen auf der Grundlage des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) einschließlich der novellierten und künftig in das BTHG integrierten Frühförderungsverordnung. Dabei werden niedergelassene Fachpersonen fallbezogen in das interdisziplinäre Team integriert. Zielgruppe sind im Altkreis Osterode wohnende und noch nicht eingeschulte Kinder mit vermuteten Entwicklungsrisiken und ihre Bezugspersonen.

Zur Komplexleistung zählen insbesondere

- das offene Beratungsangebot für alle Eltern, die ein Entwicklungsrisiko bei ihrem Kind vor deren Einschulung vermuten,
- eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik,
- eine interdisziplinäre Abstimmung der jeweiligen Erkenntnisse der unterschiedlichen Institutionen und Berufsgruppen und die gemeinsame Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans,
- die Stärkung der Entwicklungspotenziale des Kindes sowie
- die Begleitung und Stärkung seiner zentralen Bezugspersonen.

Gemäß den Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes besteht ein Anspruch auf Beratung für alle Kinder, die noch nicht eingeschult sind und deren Eltern ein Entwicklungsrisiko vermuten. Besonderer Fokus wird auf die Kinder in den ersten drei Lebensjahren und insbesondere im ersten Lebensjahr gelegt, da hier die Entwicklungspotenziale und der Bedarf nach einem entwicklungsförderlichen Klima im Umfeld des Kindes am größten sind. Es wird von der These ausgegangen, dass insbesondere hier erfolgte Hilfen am nachhaltigsten wirken.

Können die vermuteten Entwicklungsrisiken im Rahmen des offenen Beratungsangebotes nicht ausgeräumt werden, erfolgt eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik unter Federführung der LFS, bei der die bestehenden diagnostischen Erkenntnisse zusammengetragen und gegebenenfalls um neue

erweitert werden. Die Familie erhält eine zentrale Bezugsperson als Ansprechpartnerin, zu der ein kontinuierliches Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann.

Kommen die beteiligten Fachpersonen nach Abschluss der Diagnostik zu der Erkenntnis, dass hier ein weiterer Hilfebedarf vorliegt, erfolgt eine interdisziplinäre Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans (FuB), an dem auch externe Fachkräfte (Kinderärzte, niedergelassenen Therapeuten, Kindertagesstätte, Jugendhilfe etc.), die das Kind und die Familie kennen, verbindlich beteiligt werden. Diese systematische Beteiligung wird durch die Fördermittel des Landes im Rahmen des Modellprojektes ermöglicht.

Begleitet wird das Team von leitenden und beratenden Fachpersonen der Hochschule Nordhausen, die hierfür anteilig von ihrem Lehrbetrieb freigestellt werden. Die Finanzierung erfolgt durch eine Pauschale für Leitungstätigkeiten durch Mittel des Modellprojektes. Hinzu kommen jeweils kooperierende Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Therapie, Pädagogik und Psychologie, die fallbezogen in die Teamabsprachen integriert werden. Die Sachleistungen werden aus einer Pauschale des Landkreises finanziert. Das Einwerben möglicher Drittmittel bleibt hiervon unberührt.

Der FuB fasst die diagnostischen Erkenntnisse zusammen und überführt sie in ein individuell abgestimmtes Gesamtkonzept der erforderlichen Hilfen. Er wird von der zuständigen pädagogisch-psychologischen Fachkraft und den/der beteiligtem/n Haus- oder Kinderärzt*in der Familie unterschrieben. Im Rahmen des Modellprojektes für die Begleitung und Beratung der Familien und die Förderung ihrer betroffenen Kinder bedarf es keiner Antragstellung für die Familien im Rahmen einer Einzelfallbewilligung. Fachvertreter der Rehabilitationsträger werden in die Abstimmungsprozesse einbezogen. Die einvernehmliche Abstimmung der beteiligten Fachpersonen begründet den Anspruch der Familie auf die jeweiligen Leistungen. Der FuB wird den jeweiligen Rehabilitationsträgern weitervermittelt

Die medizinisch-therapeutischen Leistungen werden durch die Krankenkassen gemäß der Landesrahmenvereinbarung Frühförderung gewährleistet. Die Fachpersonen werden in das interdisziplinäre Team der LFS integriert.

Die Leistungen des Modellprojektes beziehen sich auf alle Leistungen der interdisziplinären Frühförderung und werden als familienorientierte Leistungen im Sinne des SGB IX in unterschiedlichen Settings erbracht. Im Mittelpunkt der pädagogisch-psychologischen Leistungen steht hierbei die mobile Hausfrühförderung in der Lebenswelt des Kindes einschließlich einer Begleitung und Kooperation von Kindertagesstätten. Bei Bedarf können die Leistungen auch in den Räumen der interdisziplinären Frühförderstelle erbracht werden. Es gilt grundsätzlich das Freiwilligkeitsprinzip der Eltern, die auch ein Wahlrecht über die Art und den Ort der Hilfen besitzen.

Dauer des Modellprojektes

Zum Erreichen des Ziels, den Einsatz von präventiven Maßnahmen bezüglich der Einsparung möglicher Folgekosten im Bereich der Eingliederungs- und Jugendhilfe zu überprüfen, müssen wissenschaftlich belegbare Daten gesammelt und ausgewertet werden. Der Zugang und die Auswertung der Daten erfolgt in enger Kooperation mit den Rehabilitationsträgern.

Das KFK gewährleistet eine umfangreiche Dokumentation seiner vielfältigen Leistungen. Es erstellt in Zusammenarbeit mit der Frühförderstelle einen jährlichen Bericht, der der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Darüber hinaus wird im Rahmen des Modellprojektes eine wissenschaftliche Begleitung gewährleistet, die die Wirksamkeit der Hilfen aufarbeitet, kritisch reflektiert und publiziert (s.u.).

Um valides und belastbares Material zu erhalten ist hierfür ein Mindestzeitraum von drei Jahren mit der Option auf eine Verlängerung um weitere zwei Jahre vorgesehen.

Ausgestaltung des Modellprojektes

Das Modellprojekt umfasst insgesamt sechs Module, die nahtlos ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen:

- Die Gewährleistung des offenen Zugangs,
- die interdisziplinäre Diagnostik,
- die interdisziplinäre Erstellung des Förder- und Behandlungsplans,
- ein Präventions- und frühkindliches Bildungskonzept
- die softwaregestützte Dokumentation und überregionale Datenerhebung,
- die wissenschaftliche Begleitung.

1. Offener Zugang zur Frühförderung

Eine jahrelange Kooperation mit dem Landkreis Nordfriesland und eine Begleitung durch die Hochschule Nordhausen hat gezeigt, dass eine tiefgreifende Veränderung der Haltung, mit der der örtliche Rehabilitationsträger die Inhalte der Leistungen steuert, über veränderte Verwaltungspraktiken zu einer Verbesserung präventiver Angebote führen kann und gleichzeitig mittelfristig die Gesamtkosten für den kommunalen Rehabilitationsträger deutlich hinter denen vergleichbarer Landkreise zurückbleiben. Der zentrale Ansatz des Verwaltungshandelns lautet: „Die Einrichtungen sollen nicht mehr an den Problemen der Kinder (= bestehende Funktionsbeeinträchtigungen oder Behinderungen) Geld verdienen sondern an der Lösung der Probleme“. Entsprechend werden mehr Ressourcen in den Bereich einer offenen Frühförderung investiert. Während bundesweit etwa 3% der Kinder im Vorschulalter durch Frühförderung betreut werden, sind es in Nordfriesland über 10%. Gleichzeitig leisten die Frühförderstellen über eine garantierte Pauschale etwa je zur Hälfte fallspezifische und fallunspezifische Arbeit. Dafür liegen die Steigerungsraten bei den wesentlichen kostenintensiveren Leistungen der gesamten Jugendhilfe lediglich bei 1% gegenüber jährlich etwa 10% in vergleichbaren Landkreisen.

Die LFS in Nordhausen möchte an diesen Erfahrungen anknüpfen und die präventive Ausrichtung von Frühförderung verstärken. Dafür ist es notwendig, die Vernetzung mit der Frühförderung als offene Beratungs- und Diagnostikeinrichtung zu stärken und – analog zur Erziehungsberatung – einen offenen Zugang zu gewährleisten.

Das bedeutet in der Praxis, dass für alle Eltern, die sich unsicher sind, ob sich ihr Kind richtig entwickelt und ob sie den Anforderungen an eine entwicklungsfördernde Erziehung gerecht werden können, die LFS als Anlaufpunkt zur Verfügung steht. Hier kann in Kooperation mit den Eltern ein weiterer Diagnostik- und ggfs. Förder- und Unterstützungsbedarf erhoben werden unabhängig

davon, ob sich später ein weiterer dauerhafter Anspruch auf Frühförderung ergibt. Dies ist in bislang nicht in ausreichendem Maß gewährleistet.

Dieses offene Beratungsangebot ist unverzichtbar zur Senkung von Hemmschwellen für die Inanspruchnahme familienorientierter Hilfeangebote. Gleichzeitig ist sie aber auch eine Voraussetzung dafür, dass kooperierende Fachpersonen an die Frühförderung weitervermitteln. Die zentrale Rolle einer guten Früherkennung liegt bei den niedergelassenen Kinder- oder Hausärzten. Wenn sie sich nach einer Vorstellung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung unsicher über die Entwicklung des Kindes oder bezüglich einer Überforderung seines Elternhauses sind, werden sie nicht an die Frühförderstelle vermitteln, wenn dort vor den Eltern zunächst ein Antrag gestellt werden muss, dass ihr Kind „behindert oder von Behinderung bedroht ist“ und entsprechend vom Gesundheitsamt nochmals untersucht werden muss. Entsprechend sind Ärzte häufig motivierter, innerhalb des Systems der Krankenkassen zunächst eine medizinische Therapie zu verordnen. Das Modellprojekt bezieht die ärztlichen Kolleg*innen von Anfang an in ein gemeinsames System der Frühen Hilfen ein, das mobil in den Familien als verlängerter Arm der Diagnostik wirken kann.

Zur Finanzierung bietet sich eine Anlehnung an das saarländische Verfahren an. Dort rechnen alle Frühförderstellen mit dem Landessozialamt pauschal einen festen Satz für jedes offene Beratungsgespräch ab. Sollte sich danach ein weiterer Diagnostikbedarf ergeben, wird für vier Professionen und ihre interdisziplinären Tätigkeiten ebenfalls ein landesweit einheitlicher Pauschalbetrag vergütet. Erst danach wird gemeinsam mit einer Psychologin des Landesamtes entschieden, ob ein Bedarf an Frühförderung vorliegt.

Die aus diesem Modul finanzierten Tätigkeiten werden detailliert dokumentiert und die fachlichen Erfahrungen regelmäßig mit den begleitenden Institutionen und Fachpersonen über eingerichtete Beiräte reflektiert.

Die offene Anlaufstelle wird dabei eingebettet in ein Gesamtkonzept zur Prävention und frühkindlichen Bildung (vgl. Punkt 4). Um belastbare Erkenntnisse über die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zu gewinnen, erfolgen umfangreiche regelmäßige Dokumentationen und empirische Auswertungen zur Inanspruchnahme und den Erfahrungen der Bedarfe von Kindern und Familien, die in statistische Gesamterhebungen incl. der gestellten Indikationen und der Zusammenarbeit der Hilfe-Systeme überführt werden. Sie sind Bestandteil des wissenschaftlichen Begleitkonzepts (vgl. Punkt 6).

2. Interdisziplinäre Diagnostik

Es ist vorrangiges Ziel einer effizienten Frühförderung, die verschiedenen diagnostischen Erkenntnisse von Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen und Hilfesysteme zielgerichtet zu erfassen und aufzuarbeiten. Damit werden unnötige Doppeldiagnostiken und Kosten und Belastungen von Kind und Familie vermieden. Die Federführung für die gemeinsame Abstimmung obliegt laut Frühförderungsverordnung (FrühV) den Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF). Das Bündeln und die Koordinierung der vielfältigen diagnostischen Erkenntnisse der unterschiedlichen beteiligten Fachpersonen und Institutionen ist verbindlicher Bestandteil des Konzeptes der LFS. Entsprechend soll während der drei- bis fünfjährigen Modellphase erprobt werden, wie sich die verbindliche Umsetzung einer Koordinierungsfunktion durch die federführende Bezugsperson der LFS im Rahmen der Diagnostik auf die Effektivität der Hilfeleistung innerhalb der bestehenden Netzwerke

auswirkt. Es wird angestrebt, dass die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostiken der LFS primär durch die Rehabilitationsträger finanziert werden. Die Funktion der koordinierenden Bezugsperson, die die interdisziplinären Einzeldiagnostiken überblickt, mit den Eltern aufarbeitet und durch interdisziplinäre Absprache zwischen den einzelnen Fachpersonen und Institutionen verbindet, bedarf jedoch zusätzlicher Ressourcen. Obwohl dies wahrscheinlich schon kurzfristig zu einer höheren Effektivität beiträgt, gibt es hierfür bislang keine abgestimmte Finanzierung. Daher wird diese Funktion im Rahmen des Modellprojektes ausgeführt.

Die Diagnostikphase bietet die qualitative Grundlage für die weiteren Hilfeangebote, die anschließend im Rahmen der Förder- und Behandlungsplanerstellung abgestimmt und festgelegt werden.

3. Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanerstellung

Auch hier ist im Zuge der Ausgestaltung der FrühV eine interdisziplinäre Kooperation zwischen den verschiedenen fallbezogen involvierten Fachpersonen und Diensten zu gewährleisten, die in einer verbindlichen doppelten Unterschrift unter den gemeinsamen Förder- und Behandlungsplan (FuB) von zuständiger pädagogischer Bezugsperson und der/m behandelten (Kinder-) ÄrztIn ihren Ausdruck findet.

Leider ist in Niedersachsen bislang eine befriedigende Abstimmung nicht gelungen, da der Gesetzgeber für die Ausgestaltung dieses Anspruchs kein ausreichend verbindliches Finanzierungskonzept regelte. Hingegen wird bspw. in Hessen durch das Land den Frühförderstellen ein jährlicher Finanzierungstopf von 5,5 Mio. € zur Verfügung gestellt, aus das offene Beratungsangebot, Fachpersonen für eine (heilpädagogische) Kindertagesstättenfachberatung und Honorarmittel zur verbindlichen Einbeziehung externer Fachpersonen (Ärzt*innen und medizinische Therapeut*innen) in eine verbindliche interdisziplinäre Absprache gezahlt werden. Gleiches gewährt bspw. der Landkreis Nordfriesland aus Eigenmitteln des Kreises.

Das Modellprojekt geht davon aus, dass eine systematische interdisziplinäre Abstimmung nur mit diesen finanziellen Mitteln möglich ist, mit ihr jedoch gleichzeitig eine zielgerichtete effizientere Hilfe ermöglicht und ein aufwändiges und kostenintensives Nebeneinander unterschiedlicher Dienste vermieden werden kann. Mit Hilfe des Modellprojektes soll diese These wissenschaftlich geprüft werden. Auf der Grundlage vorliegender empirischer Erkenntnisse soll anschließend mit den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt werden, dass sie für die Übernahme der Kosten einer interdisziplinären Kooperation zuständig sind und daran beteiligt werden. Gegebenenfalls bieten sich analog einiger Landkreise in anderen Bundesländern auch Mischfinanzierungen zwischen Kommunen und Krankenkassen an.

4. Präventions- und frühkindliches Bildungskonzept

Die wissenschaftliche Forschung insbesondere der letzten zehn Jahre zeigt mit hoher Dringlichkeit auf, wie nachhaltig zentrale Weichen für die weitere kindliche Entwicklung bereits im Säuglings- und Kleinkindalter gestellt werden. Dies betrifft neurobiologische Erkenntnisse ebenso wie zentrale

Ergebnisse der Bindungs-, Resilienz- und Responsivitätsforschung. Sicher gebundene Kinder entwickeln ein signifikant anderes Explorationsverhalten, das sich wiederum auf seine weitere Gesamtentwicklung (incl. der hirnrorganischen) auswirkt. Unsichere, überforderte Eltern sind häufig weniger in der Lage, ein förderliches Milieu für das kindliche Explorationsverhalten zu schaffen. Pädagogische und medizinisch-therapeutische Frühförderung werden jedoch in der Regel erst auf der Grundlage gravierender kindlicher Entwicklungsstörungen, die als „drohende Behinderung“ messbar sind und einen Rechtsanspruch auslösen, ermöglicht. Das durchschnittliche Alter des Kindes bei einem Erstkontakt beträgt bundesweit fast vier Jahre. Wirksame Frühförderung muss jedoch bestrebt sein, bereits im Frühstadium oder Vorfeld manifestierter Funktionsstörungen beim Kind familienorientiert unterstützend im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes im Gesamtsystem Familie zu wirken. Hierzu gibt es bislang keine allgemein anerkannte Finanzierungsgrundlage. Die Frühförderstellen in Nordfriesland leisten inzwischen etwa 50% ihrer Gesamttätigkeiten als sogenannte „fallunspezifische Arbeit“ z.B. in Form von (Eltern-) Beratung in Kindertagesstätten, Psychomotorikgruppen in Gemeinden, ausgewählten Elternabenden, Gesprächskreisen, dem Verleih von Spiel- und kindgerechten Lesematerialien u.v.a.

Die LFS hält solche präventiven Angebote ebenfalls für sehr wirksam und möchte entsprechend in Absprache mit den Gemeinden und Institutionen vor Ort solche Angebote ausbauen. Dabei ist auch ein regelmäßiges Angebot zur „Entwicklungspsychologischen Beratung“ (EPB) geplant. Da jedoch zu Beginn noch nicht von einem Anteil von 50% der Leistungen ausgegangen werden kann, sollten während der Modellphase zunächst Einzelangebote konzipiert und erprobt werden.

5. Abgestimmte Dokumentation und überregionale Datenerhebung

Um den gestellten fachlichen und wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht werden zu können, bedarf es einer umfangreichen Dokumentation, die im Rahmen eines eigenen Konzeptes erfolgt. Um dies effizient gewährleisten zu können, wird auf das Software-Programm „Sofia“ zurückgegriffen, das inzwischen von ca. 400 Frühfördereinrichtungen im deutschsprachigen Raum genutzt wird. Damit hat Sofia die herausragende Position bei der EDV-Begleitung in der Frühförderung inne.

Gemeinsam mit den Betreibern von Sofia wird eine Weiterentwicklung angestrebt, die eine Harmonisierung der Dokumentation zwischen dem etablierten Bereich der Frühförderung (Eingliederungshilfe) und den Dokumentationen der anderen Systeme der frühen Hilfen (Jugendhilfe, Kindertagesstätten, niedergelassene Praxen u.a.) vereinfacht. Mit der Weiterentwicklung zu systemübergreifenden Dokumentationsinstrumenten wird ebenfalls Neuland betreten.

Ebenfalls soll das Dokumentationssystem eine zentrale Rolle bei der Erhebung der Daten für die wissenschaftliche Begleitung spielen. Durch die digitale Erfassung der Daten werden Auswertungen erleichtert und damit eine umfangreichere wissenschaftliche Bestandsaufnahme ermöglicht. Das ISRV verspricht sich hiervon nicht nur eine effektive Dokumentation der Daten der LFS, sondern auch bessere Zugangsmöglichkeiten zu den umfangreichen Daten, die durch ein solches Verbundsystem erfasst und ggfs. mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission und im Einklang mit dem Datenschutz ausgewertet werden können. Sollte die Möglichkeit bestehen, einen Teil der anonymisierten Daten einer solchen Vielzahl von Kindern und ihrer Familien für die Forschung zu nutzen, könnten hiermit neue Erkenntnisse auf hohem internationalem Niveau validiert werden.

6. Wissenschaftliches Begleitkonzept

Zur Auswertung eines Modellprojektes bedarf es einer validen umfassenden wissenschaftlichen Begleitung, die die LFS durch wissenschaftliche KollegInnen einer externen Hochschule, die sich im Feld der interdisziplinären Frühförderung profiliert hat, oder einem Verbund von Forschern aus diesem Feld gewährleisten will. Die Begleitforschung umfasst alle beschriebenen Felder des Modellprojektes, für die ein Forschungskonzept entwickelt, regelmäßige Erhebungen und Auswertungen durchgeführt und in Jahresberichte und einen wissenschaftlichen Zwischen- und Abschlussbericht überführt werden.

Dies umfasst neben den statistischen Grunddaten der Interdisziplinären Frühförderung auch die systematische Auswertung von Indikationen und Bedarfen an frühkindlichen Hilfen in Kooperation mit den Rehabilitationsträgern sowie deren gemeinsame Interpretation. Praxiseinrichtungen wie Rehabilitationsträger können somit frühzeitig auf Grundlage einer soliden Datenbasis auf neue Fragestellungen reagieren und ihre Konzepte modifizieren.

Hierzu wird ein eigenes Forschungsprofil erstellt, das sowohl Synergien zwischen Ausbildung und Praxisanwendung untersucht als auch die Wirksamkeit eines Ausbaus familienorientierter Ansätze im Rahmen individueller Bedarfsfeststellung und responsiver Konzepte. Das beinhaltet auch spezifische Angebote für Eltern wie „Entwicklungspsychologische Beratung“ (EPB) oder geleitete Elterngruppen. Schließlich soll auch die Anwendung neuer zukunftsweisender Fachansätze einer professionsübergreifenden Dokumentation wissenschaftlich begleitet und dabei untersucht werden, wie sich z.B. die Operationalisierung der ICF-CY für eine institutionenübergreifende Kooperation nutzen lässt.

Die im Rahmen des Modellprojekts vorgesehenen Mittel beinhalten eine gegenseitige Deckungsfähigkeit, die in Absprache mit den Auftraggebern erfolgen kann. Da es zentrales Ziel des Modellprojekts ist, die Möglichkeit effektiver fachlicher Konzepte zu überprüfen, mit deren Hilfe nicht nur eine höhere Fachlichkeit, sondern durch die netzwerkorientierte Bündelung der Hilfen auch eine größere Familienorientierung und eine höhere Effizienz professioneller Hilfeangebote gewährleistet werden, könnten den Ausgaben bereits mittelfristig verminderte Ausgaben der Rehabilitationsträger gegenüberstehen. Langfristig sollen die Rehabilitationsträger ressortübergreifend nicht mehr Geld ausgeben, sondern wirksamere Konzepte einsetzen können.

Durch die wissenschaftliche Begleitung wird neben den Jahresberichten der LFS nach 30 Monaten ein vorläufiger Bericht vorgelegt, auf dessen Grundlage eine Bilanz über den bisherigen Erfolg des Modellprojektes gezogen werden kann. Daraufhin kann entschieden werden, ob das Modellprojekt abgeschlossen werden kann oder verlängert werden soll.

Nordhausen, den 22. Mai 2020

Prof. Dr. Armin Sohns