

Workshop 1

ICF - Interprofessioneller Dialog: Diagnostik, Förder- und Behandlungsplan in der Frühförderung

Prof. Dr. med. Olaf Kraus de Camargo, McMaster University Hamilton, Canada

Liane Simon, Leiterin der Frühförderstelle Norderstedt

Die ICF-CY unterstützt und plädiert für die Zusammenarbeit der verschiedenen in der Frühförderung tätigen Fachleute. In der Praxis bedeutet das neben dem Angebot der Nutzung einer gemeinsamen Sprache auch die Herausforderung zum gemeinsamen Handeln. Dies kann verlockend aber auch verunsichernd wirken. In diesem Workshop beschäftigen wir uns mit den persönlichen und fachlichen Anforderungen an die einzelnen Disziplinenvertreter im interprofessionellen Dialog und zeigen praktische Beispiele, in denen die Vorzüge der Nutzung der ICF-CY bei gelingendem Dialog die Teilnehmer dazu verlocken sollen, die Herausforderungen anzunehmen.

Der Workshop erfolgt zweisprachig, in einem Wechsel englisch-deutsch

Einführung durch die Referenten:

Ziel der ICF ist es, die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachleute in der Frühförderung zu unterstützen. Sie ist eine große Herausforderung für die Praxis.

Die Frage an die Workshopteilnehmer danach, wie interdisziplinär sie bereits arbeiten, ergibt auf einer imaginären Skala vom 0 (schlecht) bis 10 (gut), dass die Mehrheit der Teilnehmer bei 6-8 liegt, die niedrigste Zahl war 1,9.

Nach demselben Schema wird gefragt, wie viele Erfahrungen die Teilnehmer schon mit ICF gemacht haben. Viele der Teilnehmer reihen sich bei 0-3 ein, sehr wenige bei 5-9.

Weiterhin sollen sich die Teilnehmer zu der Frage äußern „Wie viel Lust haben sie, mit der ICF zu arbeiten?“ Es zeigt sich, dass die Mehrheit Interesse hat, doch einige nicht wissen, was auf sie zukommt und sind unsicher.

Da interdisziplinäres Arbeiten nicht immer ohne Vorurteile gegenüber anderen Berufsgruppen erfolgt, sollten die Teilnehmer für ihre jeweilige Berufsgruppen (Psychologen, Ärzte, Therapeuten, Pädagogen und Sonstige) diese Vorurteile gegen andere Berufsgruppen sammeln und schriftlich formulieren.

Die Ergebnisse sahen folgendermaßen aus:

Psychologen:

- sind kompliziert
- zwei Psychologen haben zwei unterschiedliche Meinungen
- beziehen keine Stellung
- nehmen Pädagogen nicht ernst
- sprechen die Sprache der Eltern nicht
- führen stundenlange Gespräche
- dramatisieren alles
- haben selber alle Probleme

Pädagogen:

- sind wenig konkret
- reden zuviel, diskutieren

- spielen nur
- wissen alles besser
- sind schwammig und nicht präzise
- difficulties in goal-setting (haben Probleme, konkrete Zielstellungen zu finden)
- language too general (zu allgemeine Formulierungen)

Ärzte:

- nehmen sich wenig Zeit
- möchten das letzte Wort haben
- wollen immer Chef sein
- sind nicht einfühlsam Eltern gegenüber
- nehmen Pädagogen nicht als Fachdisziplin ernst
- einseitiges Krank-Gesund-Denken
- Behinderung wird mit Krankheit gleichgesetzt
- focus on their own goals (auf die eigenen Ziele fokussiert)
- don't share informations (teilen Informationen nicht mit)
- believe in diagnoses (glauben an Diagnosen)
- technical language (technische Sprache)
- earn money (Priorität bei der Bezahlung)

Sonstige:

- lassen sich nicht klar einordnen
- wissen nichts über unsere Arbeit und interessieren sich nicht dafür

Therapeuten:

- sind große Theoretiker
- halten sich nicht an Vorgaben
- sind defizitorientiert
- meinen reparieren zu können
- sind unglücklich ohne klare Ziele
- nehmen Eltern als Co-Therapeuten
- können Kind nicht lassen (erzeugen Therapiedruck)
- Therapie ohne Eltern
- an Funktionen orientiert
- arbeiten nicht gern mit Pädagogen zusammen, weil es nicht in ihren Plan passt (z.B. Vojta)
- technical language (technische Sprache)
- arbeiten nur in ihrem Gebiet

→ diese Ergebnisse zeigen eine Vielzahl gegenseitiger Vorurteile auf. Sie sollen aufzeigen wie wichtig eine gemeinsame Sprache (ICF) ist, um als Profession zusammen zu wachsen.

Im folgenden praktischen Teil sollen sich jeweils 6 Personen aus verschiedenen Fachdisziplinen in Gruppen darüber austauschen, mit welchen Methoden man Informationen (Partizipation, Motorik..) über ein Kind bekommen kann.

Dazu wird ein Video über ein Kind gezeigt, es sollen Informationen über das Kind gesammelt werden und dann in den Gruppen berichtet werden, danach erfolgt die Einbringung ins Plenum.

Die Auswertung ergibt, dass die Wünsche der Eltern ganz andere sind als die der anderen Beteiligten.

Die ICF als gemeinsame Sprache der verschiedenen Systeme

H. Amorosa

I.

Die kindliche Entwicklung wird von vielen Faktoren beeinflusst: der Hirnentwicklung, der Eigeninitiative des Kindes, den fördernden oder behindernden Einflüssen aus dem Umfeld. Wollen wir ein Kind mit einer auffälligen oder abweichenden Entwicklung unterstützen, dann ist es notwendig, dass auf Grund des Wissens über die normale Entwicklung und der Erfahrung mit Förder- und Behandlungsmöglichkeiten aus ganz unterschiedlichen Bereichen Förder- und Behandlungspläne erstellt werden. Dieses gemeinsame Handeln verschiedener Berufsgruppen in der Diagnostik, Förder- und Behandlungsplanung und der eigentlichen Förderung und Behandlung ist häufig erschwert, da jede Berufsgruppe und jede wissenschaftliche Disziplin ihre eigene Sprache und eigene Denkmodelle hat. Die ICF hat ein bio-psycho-soziales Modell entwickelt, das es den unterschiedlichen Berufsgruppen erlaubt, ihre Vorstellungen und Konzepte in einer gemeinsamen Sprache einzubringen. Im Workshop sollen die Möglichkeiten und Grenzen eines solchen interdisziplinären Dialogs mit Hilfe der ICF dargestellt und an Hand von Beispielen ausprobiert werden.

Workshop 3: ...beziehungsweise lernen... zu den neurobiologischen Grundlagen von Lernprozessen

Prof. Dr. Alexander Trost, Fachhochschule Mönchengladbach

Lernprozesse sind die Grundlage der menschlichen Entwicklung. Sie laufen meist unbewusst ab, werden aber auch zielgerichtet induziert. Lernen bei Kindern ist ein ganzheitliches, bio – psycho – soziales Geschehen:

- Lernen beginnt noch vor der Geburt, es strukturiert die Hirnentwicklung – ein Leben lang!
- Lernen wird durch Menschen motiviert, sie gestalten die Lern-Entwicklung durch frühe interpersonale Regulationsprozesse, in Bindungs- und Lösungs-Mustern, in sozialen Kontexten
- Lernen unterliegt auch gesellschaftlichen und umweltlichen Rahmenbedingungen. Sie beeinflussen die konkrete Arbeit mit Kindern und ihren Familien und damit den praktischen Alltag der integrativen Frühförderung.

Nach der Präsentation der theoretischen Grundlagen ist Gelegenheit zu konkreter Fallarbeit zum Thema.

Bei dem Thema des Workshops - die neurobiologischen Grundlagen von Lernprozessen - stellt sich zunächst die Frage, was genau unter Lernen zu verstehen ist. Angeführt wurde der Satz „Wir können nicht nicht lernen!“. Deutlich wird, dass es sich beim Lernen um einen lebenslangen Prozess und um die Grundlage der menschlichen Entwicklung handelt. Lernen läuft im Gehirn ab. Allerdings handelt es sich beim Lernen zumeist um unbewusste Prozesse. Vieles, was die Menschen gelernt haben, können sie anwenden ohne es jedoch bewusst formulieren und erklären zu können (z.B. sprechen, laufen). Weiter ist Lernen ein ganzheitliches bio-psycho-soziales Geschehen.

Lernprozesse können mittlerweile im Gehirn sichtbar gemacht werden. Entsprechend sind die Neurowissenschaften zur Zeit die wichtigsten Lieferanten von Informationen über die menschliche Psyche, ihre Entwicklungs- und Störungsbedingungen. Um die neurobiologischen Grundlagen des Lernens zu erklären, wurden im Workshop verschiedene Grundprinzipien des Gehirns beschrieben:

Funktionsprinzip 1: Prinzip der Entwicklungsfenster

Das Gehirn entwickelt sich in den ersten Lebensjahren extrem schnell und verändert sich drastisch. Es werden immerzu neue neuronale Vernetzungen geknüpft. Innerhalb des Entwicklungsprozesses des Gehirns gibt es bestimmte sensible Phasen. Bei der Entwicklung der Sprache liegt diese sensible Phase z.B. während der ersten 3 bis 4 Lebensjahre. Bei massiver sprachlicher Deprivation in dieser Zeit ist es sehr schwer, die Defizite nachzuholen.

Funktionsprinzip 2: Prinzip der Plastizität

Das Gehirn ist in erstaunlichem Maße in der Lage sich zu verändern, anzupassen und Schädigungen auszugleichen. Z.B. können nach Verletzungen oder anderen Hirnschädigungen

Workshop 5: Early Intervention in the Netherlands from 2000 - 2015

Noor van Loen, Elternvertreterin, Nijmegen / Niederlande

The influence, on parties involved in earlyintervention, work both ways. And in larger contexts.

Parents initiatives, reactions from professionals and vice-versa: an overview of history and the near future in Holland.

Workshop in Englisch – Studentisches Protokoll in deutsch:

Seit 1988 ist Noor van Loen Mitglied bei BOSK (Vereniging van en voor ouders van gehandicapte kinderen en (jong)volwassenen met een handicap, Elternorganisation für motorisch beeinträchtigte Kinder). Deren Ziel ist es, das Leben für die Kinder und ihre Eltern verbessern. Dazu organisiert BOSK Veranstaltungen wie bspw. Camping mit Eltern/Großeltern/ Kindern zusammen.

Ein vorgestelltes Beispiel ist das VTO (VTO-Vroeghulp staat voor: Het VroegTijdig Onderkennen van ontwikkelingsproblematiek en/of gedragsproblematiek bij kinderen van 0-7 jaar en in een zo vroeg mogelijk stadium hulp verlenen aan kind en ouder(s)/verzorgers.) – „Frühe Hilfen“ ist ein Projekt von BOSK für Kinder von 0-7 Jahren. Es soll einen leichteren Zugang für Eltern mit Fragen bzw. Problemen ermöglichen, d.h. VTO fungiert als Vermittler bzw. Berater bei Fragen von Eltern mit behinderten Kindern. Es werden allerdings keine Diagnosen erstellt.

Im Jahr 1986 fand die Dutch BOSK Konferenz in Rotterdam statt. Im gleichen Jahr startete die Zusammenarbeit mit Eurllyaid. Ziele waren z.B. gleiche Rechte für die Eltern innerhalb der EU. 1994/1997 startete BOSK ein neues nationales Projekt namens IVH. Intention war hier, Kinder mit Förderbedarf (zwischen 0-2 Jahren) früher zu erkennen. VTO und IVH wurden zusammengeführt zu MEE. MEE sollte die Teams von VTO und IVH leiten/organisieren

Weitere Meilensteine:

- 2006 Eurllyaid in den Niederlanden
- o Zusammenarbeit mit Dr. P. Vriesema. Noor von Loen lernte ihn in den 90er Jahren kennen und arbeitete mit ihm zusammen. Diese Zusammenarbeit stelle ein gutes Beispiel für eine gute Zusammenarbeit in der Praxis dar.

- 2008-2010 startete das nationale Dutch Projekt (early/integral/ongoing) (VVI)
- o Ziele:
 - Egal wo die Familie wohnt, ihre Bedürfnisse können gehört werden
 - Leichter Zugang für Eltern
 - Netzwerkarbeit
 - Verbesserung der Qualität der Mitarbeiter
 - Prävention
- o 7 „buildings stones“, u.a.
 - Multidisziplinäre Planerstellung
 - Früherkennung
 - Professionelle Unterstützung über einen längeren Zeitraum einer Fachperson

- Inzwischen gibt es für VVI in den Niederlanden 11 Pilotregionen. Wunsch ist eine Projektverlängerung bis ca. 2015.

Assessment of Competencies of Children in a Kindergarten - A Baseline in Interdisciplinary Exchange -

Prof. Dr. Jürgen Kühl, Bremen

In 2009 the „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ was ratified in Germany. The philosophy of “Inclusion” together with the ICF became an important issue for professionals in Early Intervention. – There are existing experiences how to organize participation of children with disabilities in the kindergarten since three decades. They have been continuously developed and represent today a “traditional background” how to translate inclusion into action. The workshop will present an example of interdisciplinary cooperation during two years by observing the development of competencies in children with disabilities in a Kindergarten. The leading principals were the following ones:

1. Educational theory is child-centered in the way that each child is supported on his individual stage of development and it's competencies of action.
2. Physiotherapeutic support should develop together with the child appropriate movements for the participation in the daily activities of the group and/or modify objects or material so that the child is enabled to deal with them.
3. The relationship of educational and therapeutic action is characterized by the common goal to accept the actual competencies of the child as a baseline to increase his control of action and reality.

The observation of competencies as a focus reveals to be a “common language” for professionals of different subjects.

Der Workshop fand nicht statt.

Workshop 7: Frühe Hilfen im Sozialraum - Verwaltungshandeln im Angesicht gesellschaftlicher Herausforderungen

Birgit Stephan, Jugendamt Nordfriesland

Wie kann ein Landkreis als Kostenträger der Sozialhilfe auf ständig steigende Fallzahlen in der Frühen Förderung und zunehmend viele entwicklungsauffällige Kinder bei den Schuleingangsuntersuchungen reagieren?

Im Kreis Nordfriesland entwickelte sich aus einer kleinen AG eine umfassende Umstrukturierung der Arbeit beim öffentlichen und den freien Trägern, eine eigene Form der Komplexleistung, neue Angebote für Eltern mit Kleinstkindern und die Überwindung der einzelfallbezogenen Finanzierungsstrukturen.

In einer Präsentation stellte die Referentin die Geschichte der Frühförderung in Nordfriesland dar und beschrieb konkrete Veränderungen, die seit 2006 eingeleitet wurden sind

- Bessere Vernetzung der Fachleute
- Bessere Elternarbeit
- Bessere Qualifizierung des Fachpersonals
- Ein anderes Finanzierungssystem in der EGH (Sozialraumbudgets)
- Eine bessere Fallbearbeitung beim öffentlichen Träger durch Einführung von HilfeplanerInnen
- Projekte zur Diskussion über die Umsetzung der Komplexleistung (inkl. einer pragmatischen Finanzierung, leider außerhalb der LRV und daher ohne Krankenkassen)
- Aufbau eines Netzwerkes als Anlaufstelle für besorgte Eltern

In jedem Sozialraumprojekt erhält ein Sozialraumträger ein bestimmtes Budget. In Nordfriesland wurden 5 Sozialräume definiert, die Sozialraumbudgets orientieren sich an den Ausgaben im Vorjahr und liegen zwischen 450.000 und 2.000.000 €. Der Sozialraumträger kann sein Budget frei und selbstständig einteilen. Er rechnet seine tatsächlichen Kosten (für Personal, stationäre Unterbringungen, Sachkosten usw.) mit dem Kreis ab. Wenn er am Ende des Jahres eine Einsparung erzielt hat, kann er davon 30% als Bonus behalten.

Wenn er keine Einsparung erzielen konnte, bekommt er keinen Bonus, aber all seine tatsächlichen Ausgaben sind gedeckt. Wenn das Budget nicht reicht, kann unter bestimmten, gemeinsam festgelegten Bedingungen nachfinanziert werden. Es werden keine Leistungen aus Kostengründen verwehrt.

Durch das Sozialraumbudget kann der freie Träger (Sozialraumträger) bei Hilfebedarf individuell zugeschnittene Maßnahmen entwickeln. Dies geschieht in enger Abstimmung mit den Hilfeplanerinnen des öffentlichen Trägers. Die Sozialraumverträge wurden nach einem Interessenbekundungsverfahren mit ausgewählten freien Trägern geschlossen.

Die Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen und den freien Trägern ist durch die Umstellung der Finanzierungslogik und die gemeinsamen Regionalteamsitzungen, in denen alle Fälle besprochen werden, wesentlich besser geworden. Auch mit der Jugendhilfe gibt es eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit, die es bspw. ermöglicht, dass die Frühförderfachkraft Aufgaben einer SPFH-Kraft übernimmt, um einen Wechsel des Personals zu vermeiden. Die Kosten werden dann aus dem Jugendhilfebudget getragen.

Workshop 8: Veränderungen kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten (und Konsequenzen für die Frühförderung)

Prof. Dr. phil. Hans Weiß

Das Spektrum kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten in der Frühförderung, aber auch in Kindergärten und (Sonder-)Schulen hat sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Die Zahl der Kinder mit „klassischen“ Behinderungsbildern wie Down-Syndrom, Spina bifida usw. ist nicht zuletzt im Kontext der Pränataldiagnostik deutlich kleiner geworden. Andererseits können dank des medizinischen Fortschritts heute extrem früh geborene, vor noch nicht allzu langer Zeit nicht überlebendefähige Kinder am Leben erhalten werden, zum Teil jedoch um den Preis spezieller Behinderungen, die einer besonderen, umfassenden Versorgung bedürfen. Vor allem aber infolge unterschiedlicher gesellschaftlicher, ökonomischer und kultureller Entwicklungen (Kinderarmut, neue psychosoziale Risiken ...) wachsen heute mehr Kinder bereits in frühesten Lebensjahren unter Bedingungen auf, die ihre Entwicklung in hohem Maße gefährden (Stichwort: neue Morbidität).

Ausgehend von den Erfahrungen der TeilnehmerInnen sollte der Workshop den Hintergründen dieser Entwicklungen genauer nachgehen, sich vor allem aber mit der Frage beschäftigen, welche Konsequenzen sich daraus für die Arbeit und Strukturen der Frühförderung ergeben.

Nach einer Begrüßung und Vorstellung des Referenten schloss sich eine Einführung in das Thema bzw. ein Fahrplan durch den Workshop an. Weiterhin wurden in einer kurzen Einstiegsrunde Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmer erfragt. Beispiele für die Teilnehmer-Statements:

- TN: 70 % der Kinder in der Frühförderung haben keine „echten“ Behinderungen mehr. Wie geht es anderen Teilnehmern damit? Was sagt die Politik?
- TN: Ein Wunsch wurde geäußert nach mehr Respekt für die Eltern, deren Kinder keine typischen Behinderungen haben, sowie mehr Akzeptanz für die Zuständigkeit der Frühförderung bezüglich dieser Kinder. Wie kann hier gegenüber Ämtern argumentiert werden?
- TN: Für welche Inhalte ist Frühförderung in Zukunft zuständig, d. h., welche Kinder sollen gefördert werden? Frühförderung kann nicht alles leisten, daher sind konzeptionelle Veränderungen in Kitas notwendig.
- TN: Elternkompetenzen verschwinden mehr und mehr; Elternbildung zur Förderung elterlicher Kompetenzen erreicht derzeit im Wesentlichen nur Eltern aus privilegierteren Verhältnissen. Dadurch gestaltet sich Elternarbeit sehr schwierig. Hieraus ergibt sich der Wunsch nach Kooperation aller beteiligten Institutionen.
- TN: Durch eine Veränderung der Behinderungen (Diagnosen) haben sich Bewilligungsverfahren geändert. Kinder mit drohender Behinderung fallen mitunter aus dem Raster, da das Kind mindestens 6 Monate in seiner Entwicklung verzögert sein muss.
- TN: Politische Probleme im Kontext der Frühförderung gibt es in Österreich nicht, inhaltliche Probleme dagegen ja. Kinder mit drohender Behinderung erhalten nur bedingt Frühförderung. Das Jugendamt hat Frühförderung „entdeckt“, es

vermittelt Klienten. Frühförderung wird als Ressource wahrgenommen, vielfach jedoch zu stark frequentiert mit der Folge, dass Familien abgewiesen werden müssen.

TN: Beziehungsarbeit ist notwendig und grundlegend, oft gibt es jedoch dafür zu kurze Betreuungszeiträume.

TN: Der Anteil der Kinder psychisch erkrankter Eltern nimmt zu. Hier müssen die Kinder selbst selten gefördert werden, jedoch benötigen die Eltern Unterstützung. Frühförderung wird mit dieser Anforderung überfordert, da sie die benötigte Intervention nicht leisten kann, obwohl oft andere Institutionen ihr „Gewissen beruhigen“ mit einer Zuweisung an die Frühförderung.

Inhaltliche Schwerpunkte/ informativer Input durch Referenten

- Spannende Frage: Wer bekommt in Zukunft die Krippenplätze? These: Eher werden es gut situierte Eltern sein und nicht Eltern aus prekären Lebenssituationen.
- Frühförderung bedeutet Beziehungsaufbau. Durch das entstandene Vertrauen kann es – ähnlich wie bei einem Placeboeffekt – schon zu positiven Verläufen kommen, wenn Kind(er) und Eltern Zutrauen und Sicherheit aus der Beziehung schöpfen können (eine tragfähige Beziehung ist eine wichtige Bedingung für nachhaltige Fördereffekte).
- Bei der Weiterentwicklung von Frühförderung ist konkret zu fragen: Wo sind Notsituationen? Wo sind die größten Bedarfe? Im Blick zu bleiben hat bei der Weiterentwicklung jedoch, dass die Rahmenbedingungen stimmen müssen.
- Bis zu drei Viertel aller Kinder in der Frühförderung haben in der Tat heute allgemeine Entwicklungsverzögerungen – diese Erkenntnis deckt sich mit den geschilderten Erfahrungen der Teilnehmer.
- Gründe für die Zunahme von Entwicklungsproblemen bei Kindern:
 - veränderte Lebens- und Sozialisationsbedingungen z. B. aufgrund steigender Anforderungen an die Flexibilität im Arbeitsleben, durch eine Zunahme prekärer Lebenslagen im Kontext von Armut, Benachteiligung und Migration, infolge struktureller Veränderungen der Familien (wachsende Anzahl von Ein-Eltern-Familien ...), aufgrund von Wertewandel und Wertpluralismus (was zu Verunsicherungen in Erziehungsfragen führt) und nicht zuletzt bedingt durch ein einseitiges Bild von K*indern, das Autonomie und Autokratie überbetont gegenüber dem Abhängigsein
 - Fortschritte der Pränatalen, Neonatalen und Intensivmedizin mit einer Zunahme schwerstbehinderter Menschen in ganz Europa
 - Verringerung klassischer Schädigungsformen (Erkenntnisse aus Studien zum Thema pränatale Diagnostik sowie aus Studien zu Abtreibungen)
 - Armut und Benachteiligung führen zu einem sozialen Ausgrenzungsverhältnis mit der „doppelten Konstellation von ökonomischer Marginalität und sozialer Isolation“ (Kronauer 2002), sowie zu einem Gefühl von Überflüssigkeit.
- Auf der Grundlage der AWO-ISS-Kinderarmutsstudie ist davon auszugehen, dass nahezu jedes 3. Kind, das in Armut aufwächst, durch seine vielfach prekäre Lebenssituation von Behinderung bedroht ist, dennoch bekommen diese Kinder,

die Frühförderung benötigen, und ihre Familien oftmals am wenigsten an für sie passender Förderung und Beratung (Matthäus-Prinzip).

Diskussion zur Frage: Stigmatisierung durch den Begriff „Frühförderung“?

TN: Es geschieht eine Stigmatisierung durch den Begriff „Frühförderung“, da sie von Eltern gleichgesetzt wird mit dem Begriff „Behinderung“. Die Folge ist, dass gerade Eltern aus der Unterschicht Frühförderung oder andere Integrationshilfen ablehnen (Integrationsklassen), weil sie die Stigmatisierung vermeiden wollen.

Weiß: 80–90 % der Kinder in Schulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen (Schulen für „Lernbehinderte“) stammen aus Familien der Unterschicht, die häufig eine Distanz zu mittelschichtlastigen Hilfeinstitutionen haben und daher zumindest anfänglich gegenüber der Frühförderung skeptisch sind.

Fachlich ist es bedenklich, Eltern trotz gesicherter bzw. eindeutiger Diagnosen vor möglicherweise schmerzvollen Informationen wie „geistige Behinderung“ (auch wenn sie etikettierende und stigmatisierende Wirkung haben können) zu verschonen. Vielmehr ist es eine wichtige Aufgabe von Frühförderung, Eltern während des Trauer- und Verarbeitungsprozesses sowie beim Umgang mit Diagnosen und Stigmatisierung zu unterstützen.

TN: Folgeeinrichtungen arbeiten oft (konzeptionell) anders als Frühförderung, für diese Folgeeinrichtungen erscheint die Arbeitsweise der Frühförderung oft nicht hinreichend transparent. Viele Ärzte wissen z. B. nicht, wie Frühförderung arbeitet.

Konsequenzen für die Arbeit in der Frühförderung

- Frühförderung ist in der Öffentlichkeit zu wenig bekannt, daher ist eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit notwendig.
- Netzwerktreffen von Frühen Hilfen mit Beteiligung der Frühförderstellen sollten regelmäßig erfolgen (wenn letztere nicht eingeladen werden, muss hier eine Eigeninitiative kommen).
- Frühförderstellen ziehen sich, z. B. aufgrund hoher Fallzahlen und restriktiver Finanzierungsbedingungen, allem Anschein nach nicht selten selbst aus der Öffentlichkeitsarbeit zurück; dies ist so nicht akzeptabel, da dadurch die rechtzeitige Erfassung frühförderbedürftiger Kinder erschwert wird.
- Vielfach gibt es „verengte Bilder“ über Frühförderung bei Kooperationspartnern (z. B. sie sei ausschließlich für behinderte Kinder zuständig; sie arbeite primär kind- und weniger familienorientiert). Hier ist langfristige Aufklärung notwendig, um professionelles Handeln zu sichern.
- Das Modell der Frühförderung unter dem Dach der Jugendhilfe, wie es der 13. Kinder- und Jugendbericht favorisiert, hat Vor- und Nachteile, die sorgsam abgewogen werden müssen.
- Eine Einbindung der Frühförderung in die Gesellschaft hängt vom Bild der Frühförderung in der Gesellschaft ab.
- Eine Vision könnte eine geteilte Arbeit zwischen Frühförderung und Frühen Hilfen als zwei sich ergänzenden Systemen sein: Ein niedrigschwelliger Zugang zu Familien wird gewährleistet durch die Frühen Hilfen, bei Bedarf kommt es zu einer Vermittlung an das Team der Frühförderstelle.

Diskussion zum Thema Komplexeleistungen

- Komplexeleistungen sind in der Praxis oftmals zu statisch und nicht flexibel, nicht auf den jeweiligen Bedarf eines Kindes abgestimmt (schematischer Umgang mit der sog. „Zwei-Kreuzchen-Lösung“ für pädagogisch-psychologische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen).
- Dadurch wird die an sich produktive Idee der Komplexeleistung als Finanzierungsgrundlage für interdisziplinäre Förder- bzw. Behandlungsangebote kontraproduktiv und kann in der Praxis sogar zu unnötiger Kostenausweitung führen.

Diskussion zur Finanzierung von Frühförderung

- Finanzierungsregelungen sind sehr unterschiedlich und vielfältig.
- Wichtig ist, dass auch die Arbeitsleistungen für die Kooperation und enge Vernetzung mit anderen Institutionen, Kooperationspartnern oder Modellprojekten den Frühförderstellen erstattet werden.
- Hemmnisse für die Entwicklung gut praktikabler Finanzierungsregelungen sind auch das „Schubladendenken“ von Kostenträgern.

Diskussion: Elternarbeit

- Oft scheitert die Zusammenarbeit mit den Eltern schon an der Sprache (vor allem in Familien mit Migrationshintergrund).
- „Unzuverlässigkeit“ der Eltern – vor allem bedingt durch eingeeengte Zeitvorstellungen von Eltern in deprivierten Lebensverhältnissen – erschwert die Arbeit der Frühförder-Fachkräfte.
- Bei einem Kontaktabbruch durch die Eltern werden Hilfen nicht weiter finanziert, da sie vom Geldgeber als gescheitert eingestuft werden, obwohl MitarbeiterInnen der Frühförderung Möglichkeiten sehen, diese Krise zu überstehen.
- Oft geht es um eine Gratwanderung zwischen „fürsorglicher Belagerung“ einerseits und Kontrolle durch eine Instanz andererseits. „Fürsorgliche Belagerung“ kann Eltern und Familien noch weiter in „gelernte Hilflosigkeit“ hineinführen, Kontrolle zur Bevormundung werden. Es käme hingegen darauf an, in und mit den Familien Empowermentprozesse anzustiften.

Gedanken bezüglich der Kooperation von Frühen Hilfen und Frühförderung

- Wichtig ist, sich gegenseitig nicht als Konkurrenz zu betrachten.
- Runde Tische sollten auch in Einrichtungen der Frühförderung veranstaltet werden (hierin liegt ein symbolischer Wert hinsichtlich der Bedeutung der Frühförderstellen für den präventiven Kinderschutz).
- Dennoch existiert ein Spannungsfeld Frühe Hilfen – Frühförderung mit der impliziten Fragestellung: Wer ist ein Teil von wem?
- Frühe Hilfen müssen aufklären bezüglich „Störungsbildern“ in den ersten 3 Lebensjahren, insbesondere bei Beantragungsbehörden.
- Notwendig ist eine Transparenz beider Instanzen und eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit.

Workshop 9: Ausbildungsperspektiven in der Frühförderung

Prof. Dr. phil. Manfred Pretis, Graz / Hamburg

Empirische Daten verweisen auf Zusammenhänge zwischen der Spezifität der Ausbildung im Bereich Frühförderung und der Qualität der Leistung. Dabei ist vor allem auf die Bedürfnisse der Eltern Bezug zu nehmen, die sowohl konkrete Hilfe als auch emotionelle Unterstützung wünschen.

Wie in Zukunft Ausbildungssysteme besser die Bedürfnisse der unterschiedlichen involvierten PartnernInnen (Kinder, Eltern, Trägerorganisation, Finanzverantwortliche, Forschung und Lehre) zur Passung bringen können und welche Kompetenzen in Zukunft von Fachkräften in der Frühhilfe erwartet werden, wird anhand einer eingehenden Analyse von unterschiedlichen Ausbildungsinhalten gemeinsam diskutiert. Auch wird auf Möglichkeiten verstärkten ODL (open distance learning) durch das Internet Bezug genommen.

Aktuell gibt es Bemühungen um einen einheitlichen Ausbildungsgang "Frühförderung" als Master-Abschluss. Sowohl schwedische Studien als auch eine Studie von Pretis et al. (1997) belegen: je spezifischer die Ausbildung der Frühförderer/innen, desto größer der Effekt für die betreute Familie.

Dabei sind zwei Tendenzen beobachtbar:

Einerseits gibt es das Bestreben um eine hohe Professionalisierung in der Arbeit mit Kindern und ihren Familien. Andererseits wird die Idee der „Nachbarschaftshilfe“, basierend auf ähnlichem Hintergrund der Familien (Opstapje etc.) insbesondere in Zeiten knapper Haushalte von Bund und Ländern angestrebt und gefördert.

Bei allen Bemühungen: Es kann nicht das Frühförder-Konzept geben, das für alle Länder gelten kann (und ihnen „übergestülpt“ werden kann). Denn allein die Qualifizierung der Fachkräfte sowie das berufliche Selbstverständnis ist von Land zu Land verschieden (z.B. in der Schweiz: Frühförderung gilt als spezifisches Berufsfeld; alle Mitarbeiter verstehen sich als „Früherzieher“, eben mit dem Unterschied der Grundausbildung und damit unterschiedlichen Schwerpunkten)

Dieses könnte auch eine Vision für Länder wie Deutschland sein...

Im noch neuen Bachelor-Studiengang Interdisziplinäre Frühförderung (seit 2007 in Gera, ab 2010 auch in Hamburg) sollen nicht alle Berufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pädagogik, Psychologie) in einem vereint werden, was in nur drei Jahren ja auch völlig unrealistisch wäre. Absolventen sollen aber über grundständige pädagogische und psychologische Kenntnisse sowie für die Frühförderung so wichtige „soft skills“ verfügen, bereichert durch einige Kenntnisse in medizinischen und therapeutischen Feldern. Somit sollen sie später als eine Art „Übersetzer“ fungieren.

*Mit „soft skills“ bzw. „personal skills“ in der Frühförderung sind bspw. Kommunikation, Beratung, Konfliktmanagement, Umgang mit Trauer, Selbstreflexion, ... gemeint. Viele Fachleute in der FF weisen diese nicht genügend auf!

Der geplante Master-Studiengang impliziert dagegen

- Management Skills (Absolventen für Leitungspositionen fit machen)
- Research Skills (Forschung im Bereich FF voranbringen; Absolventen, die in Praxis gehen, sollen befähigt werden, eigene Untersuchungen und Erhebungen durchzuführen)

Exkurs:

„Print-Out-Parents“ , d.h. Eltern, die sich via Internet umfassend über Störungsbilder / Einschränkungen ihres Kindes informiert haben und mit einem Stapel „Ausdrucke“ zu den Fachleuten kommen sind z.T. informierter als Frühförder-Fachkräfte selbst; es braucht aber die spezifischen Kompetenzen der Fachleute, mit diesen Informationen umzugehen, eventuell Eltern beratend und begleitend zur Seite zu stehen.

Exkurs:

Vorstellung/Diskussion des Bachelor-/Master-Systems (European Credit Transfer System etc.)

Die Vision sieht so aus: Möglich wird ein Fernstudium via Internet (Aufgaben werden an Studenten vergeben, diese müssen diese bearbeiten und erhalten anschließend ein Feedback; dazu gibt es regionale Studiengruppen („peer groups“). Eine Akkreditierung ist an einer „echten“ Hochschule (Gera, Nordhausen, Hamburg) geplant; Vorteile wären: kaum Reise-/Unterbringungskosten für Studenten, das Studium wäre noch flexibler mit dem bereits vorhandenen Beruf zu vereinbaren (Teilzeitmodell)

Exkurs:

Umsetzung der Komplexleistung in Thüringen könnte dazu führen, dass Ärzte Leiter der Frühförder-Teams werden sollen. Dies wäre gleichbedeutend mit der Schaffung von Mini-SPZ und stellt keinen Beitrag zu einer qualitativen Weiterentwicklung des originären Frühförderfeldes dar

Außerdem: Ärzte verfügen kaum über die (gerade in der Leitungsposition) so wichtigen soft skills (Teamführung, Management, Verwaltung)

Exkurs:

In Teamgesprächen geht oftmals viel Zeit verloren (Dinge werden „zerredet“, die Situation einer Familie wird viel zu lange analysiert) Es gibt innovative und wirksame Methoden zur Straffung (z.B. der Einsatz von Zeitplänen); weiterhin nützlich sind Videoaufnahmen des Kindes/der Eltern-Kind-Interaktion, um in der Diskussion zwischen Fachpersonen über gleiche Voraussetzungen zu verfügen.

Zusammenfassung

Hauptthema war Qualifizierung in der FF / Master-Abschluss

In Deutschland wird damit Neuland betreten, während bei europäischen Nachbarn bereits lange diskutiert und z.T. erfolgreich umgesetzt (Portugal, Spanien, Österreich, Schweiz).

Hintergrund ist vor allem die enorme Bedeutung sogenannter „soft skills“ für Frühförderung.

Ein Trend, der sich abzeichnet ist, dass die Sicht auf die Familie und ihr „Problem“ geweitet wird, somit wird eher allgemeine Unterstützung notwendig als nur die Fokussierung auf Behinderung per se („Es geht um eine Familie mit einer Frage zur Entwicklung und Erziehung ihres Kindes“ anstatt „Es geht um die Behinderung eines Kindes.“)

Workshop 10: ICF-CY – Qualität und Dokumentation

Dr. med. Andreas Seidel, Leiter des SPZ Celle

The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY, WHO 2007) is designed to record characteristics of the developing child and the influence of environments surrounding the child. The development of the ICF-CY was carried out in response to the request by WHO for a version of the ICF for universal use in health, education and social sectors for children and youth. It provides a common and universal language for clinical, public health and research applications to facilitate the documentation and measurement of health and disability in child and youth populations. The aim of this workshop is to focus on documentation and quality control using the ICF-CY in the different sectors. Present studies and the experience of the participants will be the background for the discussion.

In der Vorstellungsrunde stellte sich heraus, dass das vorhandene Wissen und die Vorstellungen über die ICF-CY größtenteils nicht auf praktischen Erfahrungen der Kursteilnehmer basierte sondern rein theoretischer Natur war.

Die ICF-CY wird auf Deutsch erst im Frühjahr 2011 veröffentlicht. Es wurde ein kurzer Überblick über die die ICF-CY, deren Einleitung sich ebenso wie die der ICF gestaltet, gegeben. Anschließend folgte eine Einführung in die Handhabung der ICF-CY Checkliste. In dieser nominalen Darstellung von 1-5 kreuzt man 1 an, wenn keine Beeinträchtigung besteht. Dies sei dennoch keine Qualitätsprüfung und bedeutet nicht von „stark nach schwach.“ Die Checkliste ist eine zusammen gefasste Vereinfachung der ICF-CY.

Es kam der Einwand, dass diese sehr defizitorientiert sei. Dem widersprach der Referent damit, dass der Fokus stärker auf Ressourcen gerichtet sei. Zu warnen sei auch vor der Gefahr, von einem Extrem ins andere zu geraten. Prof. Dr. Hans Weiß gab zu bedenken, dass auch die Ressourcenorientierung ihr Schattenseiten habe.

Die ICF solle vor allem für wissenschaftliches Arbeiten und Auswertungen und zur Qualitätssicherung gegenüber Kostenträgern dienen. Die Checkliste basiert nicht auf einer Codierung wie bei die ICF.

Anhand eines kleinen Fallbeispiels konnte anschließend die Checkliste und das neuerworbene Wissen getestet werden.

Workshop 11: Wings to fly – songwriting as emotional support and communication between parents and disabled child

Ingrid Irgens-Moeller, MA psychology, Ann Bygballe, MA musictherapy, Children and Youth Center Midtjylland / Dänemark

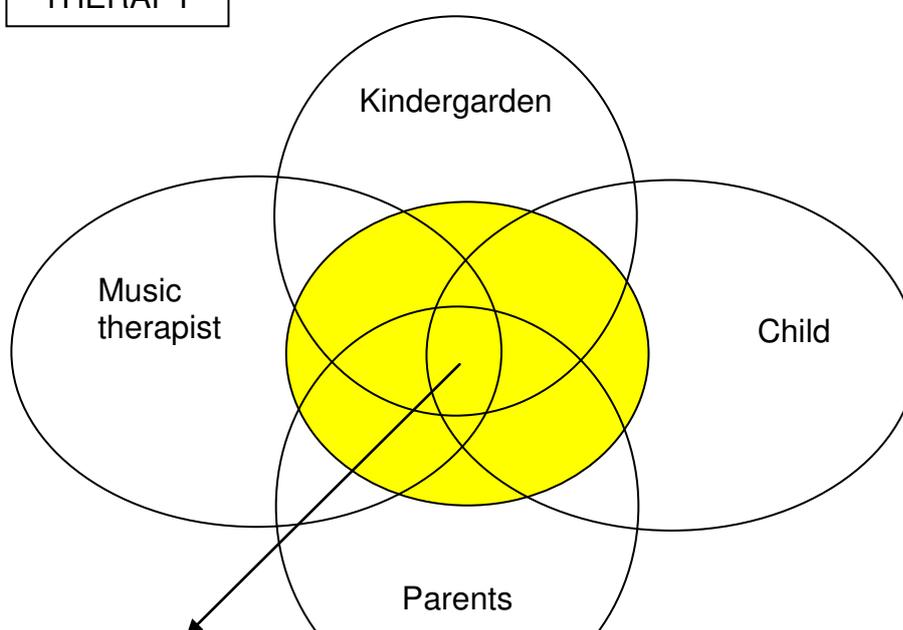
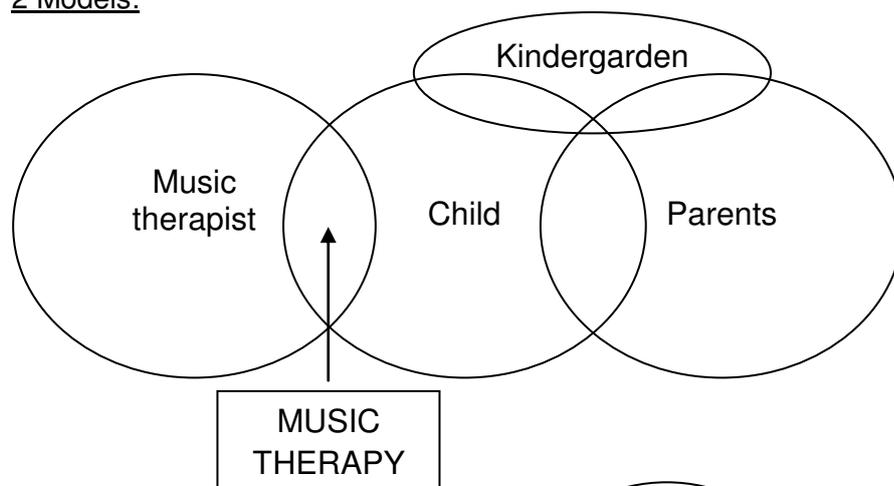
In this presentation we reflect on interdisciplinary partnership in a case of a mother and a child with Jansky-Bielschowsky disease, an inherited progressive disorder of the nervous system, ending in death between the ages 8-12. The partnership between music therapist and psychologist moves through several phases: initially as two parallel therapies – verbal therapy for the mother and individual music therapy for the child, with the mother sometimes attending. Music therapy with the child is aimed at giving the child experiences of communication, holding, comfort and sensory enjoyment, while the psychologist addresses the mother's emotional state, coping strategies, and relationship to her child. Here the partnership between the two therapists is based on consultation and sharing of responsibility for an emotionally demanding case. At the same time there are overlaps: the mother is 'reached' by the music therapist by sharing the musical experience with her child, and the child is affected by the relationship work done by her mother in verbal therapy. Later in the process, when the child has few functions left, the mother has difficulties attuning to this new situation and experiences hopelessness and meaninglessness. The music is brought into the verbal therapy situation in the shape of a song from mother to child, where the mother verbalizes with the psychologist what she wishes to express to her child, and the music therapist composes a song based on these words. The song becomes the vehicle ("the wings") that brings emotional issues out of the therapy room and into the daily life of the mother and child. It acts as a releaser for the mother, a transitional object aiding in separation, a new way of relating to her child, and a way of sharing her emotions with the community surrounding the child.

1. Children and Youth Rehabilitation Center, Denmark
 - newborns, 3-18 month
 - Model: transparent, user-friendly, connected
 - dialog between health service and regional-local service
 - principles:
 - the earlier the better
 - specialization
 - working with parents
 - work mobile and at the centre
 - children showing or being at risk for developmental delays
 - there are several possibilities to make the therapy

2. Case study: music therapy

- mother (Borderline personality disorder)
- daughter (Infantile autism)
- at the beginning of the therapy, the parents were deficit-oriented
- parents were included in the music therapy
- the parents have never seen something that the child was so excited
- the child learned very quickly
- it was a long hard path

2 Models:



- Because of the music therapy the parents understood their daughter a lot better and realized that music can be a good medium for communication. It helped them much in their everyday life better with her daughter and in order to cope with their situation better.

3. Songwriting

- interdisciplinarity
- relationship between parents and children
- children: Jansky-Bielschowsky disease (disorder of nervous system; ending in death between the age 8-12)
- verbal therapy for the mother
- music therapy for the child

Two parallel processes: Aims of the therapy:

MUSIC THERAPY	VERBAL THERAPY
<ul style="list-style-type: none"> - sensory stimulation and enjoyment - maintaining communication with surroundings - supporting memory and identity - comfort and relief - regulation 	<ul style="list-style-type: none"> - supporting grief and crisis work - support for coping with specific demands - support for separation / "saying goodbye"

MUSIC THERAPY



Interdisciplinary approach:

- connection
- support mothers messages to her daughter
- communication between mother and daughter



VERBAL THERAPY

Words on a piece of paper (mother's song for her daughter)

- I will respect when you don't want to be here anymore
- You should know that you are a gift to me
- You don't take up too much space
- You have always helped to bring out the positive side
- You've taught me the meaning of "now": "now is right now"
-

WORDS	MUSIC
<ul style="list-style-type: none"> - facilitate the progress - give structure - sustain the message - help to externalize 	<ul style="list-style-type: none"> - express and intensifies emotional content - room for ambivalence provides movement



SONG:

- substitute for mother's physical and emotions and presence
- help in the separation process
- container for emotions
- channel for communication

Workshop 12: Working with Parents in the Early Aid System

Dirk Mombarts, Leiter des Früh-Förderzentrums "Kangooroo" in Gent/ Belgien

Sharing information with parents in early intervention.

Parents surf frequently on the internet and they have a lot of information about the problems of their child. They don't depend anymore from the professionals to have informations, mostly they have more information than we have. But professionals can help to control and to manage this information. In which way the richness of both can be integrated?"

Exkurs: Internetplattform

Im Rahmen der Idee einer „Internetplattform“ wird für jedes Kind ein eigener Ordner („Map Alexander“ etc.) angelegt mit den Unterordnern „Allgemeines“, „Informationen für und von Eltern“, „Medizinische Informationen“. Jeder Frühförderer hat nur Zugang zu „seinen“ Klienten. Für jede Form von Dokumenten gibt es die Möglichkeit eines uploadings.

Die Vorteile dieser Plattform sind ein schnellerer und einfacherer Datenaustausch, möglich wird außerdem ein Austausch mit Eltern über Elternordner, die Plattform dient gleichzeitig zum Austausch der Eltern untereinander.

Ein möglicher Nachteil ist ein eventuelles „Mitarbeiter-Assessment“ durch die Eltern.

Kangooroo

Kangooroo ist ein pädagogisches Unterstützungsprogramm für (körperlich) behinderte bzw. motorisch beeinträchtigte Kinder und ihre Familien ausschließlich im häuslichen Umfeld („Hausfrühförderung“). Es wurde gestartet als Projekt 1981 und ist seit 1989 etabliert; der Träger ist der „Flemish Fund“. Im Rahmen des Programms ist inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig.

Nach der Statistik wurde 2009 mit 190 Kindern zwischen 0 und 3 Jahren sowie mit 80 Kindern zwischen 3 und 6 Jahren gearbeitet (zusätzlich mit 50 Erwachsenen mit posttraumatischen cerebralen Störungen).

Im Team sind 23 Mitarbeiter, je eine pädagogische und eine therapeutische Fachkraft ist für eine Familie zuständig. Ein Erstbesuch erfolgt gemeinsam, später kommt es zu einem wöchentlichen Wechsel oder vergleichbaren Vereinbarungen.

Für den Erstbesuch werden keine zusätzlichen Informationen über die Familie und das Kind eingeholt. Grund ist, dass der Familie bzw. dem Kind somit mit größtmöglicher Neutralität begegnet werden kann.

Diese Kooperationsform ist nicht immer einfach, bspw. wenn die Familie eine der beiden Frühförder-Fachkräfte wesentlich sympathischer findet als die andere – insbesondere ist dies für neue Kollegen eine große Herausforderung.

Alle 23 Teammitglieder können als „home trainers“, d.h. „Hausfrühförderer“ bezeichnet werden. Ein Unterschied kann lediglich in der Grundausbildung liegen (Qualifikationsniveau Bachelor/Master); dennoch gibt es gleiche Arbeitsverträge sowie Vergütung

Zentrale Ziele sind,

- die Kompetenzen von Kind und Familie zu steigern,

- ihre Lebensqualität zu verbessern,
- mögliche Einschränkungen zu Chancen zu verwandeln,
- an einem positiven „Image“ behinderter Kinder und ihrer Familien zu arbeiten.

Der „Kommunikationsrahmen“ bei der Arbeit mit den Familien umfasst die Ansatzpunkte:

- Was ist das Problem? (was sind die Einschränkungen des Kindes? Oder vielleicht Angst, Schuldgefühle, etc.?)
- Für wen ist dies ein Problem? Wer ist der/die Hilfesuchende?
- Warum wird gerade zum jetzigen Zeitpunkt Hilfe gesucht?
- Warum entschieden sich die Eltern für unser Angebot?

Exkurs: Offene Kommunikation

Wir sagen: „Wir Frühförderer haben gelernt zu verstehen.“ – Aber: Was verstehen wir schon von einem Leben mit einem behinderten Kind? Außerdem blockiert ein „Ja, ich verstehe Sie.“ eine weitere Kommunikation – Zu sagen „Nein, ich verstehe es nicht. Können Sie es mir erklären?“ öffnet dagegen Kommunikation und Interaktion, fördert viel mehr (wichtige) Informationen zu Tage. Familienbedürfnisse und –regeln müssen dabei immer beachtet werden.

Studien (McWilliams u.a) über hohe (eine hohe) Wirksamkeit von home training / Hausfrühförderung belegen ein erstaunliches Verhältnis: Einer Stunde herkömmlicher Therapie/Förderung des Kindes pro Woche durch den Frühförderer stehen 84 Stunden „Förderung“ pro Woche durch die Eltern gegenüber, wenn die Fördereinheit primär an sie gerichtet ist.

Zusammenfassung

Familienorientierte Frühförderung ist ohne Frage nützlich und notwendig, gleichzeitig allerdings sehr anspruchsvoll. Sie erfordert lebenslange Lernprozesse.

Workshop 13: Hörvermögen und Spracherwerb – Aktuelle Aspekte für Frühförderer

Prof. Dr. Raimund Böckler, Pforzheim / Gera

Ein intaktes Hörvermögen ist Voraussetzung für einen ungestörten Erwerb der Lautsprache.

Früherkennung und –behandlung von Hörstörungen kann der Entwicklung von Spracherwerbsstörungen vorbeugen. Dies gilt vor allem für Kinder mit Mehrfachbehinderungen und kognitiver Retardierung. Die Kenntnis der Symptomatik einer Hörstörung und der damit verbundenen Spracherwerbsauffälligkeiten ist für den Frühförderer von ebenso großer Bedeutung wie das Wissen über Grundlagen der Hördiagnostik und der fachspezifischen bzw. multidisziplinären Therapie. In dem Workshop werden an anschaulichen Beispielen Auswirkungen von Hörstörungen auf das Sprachverstehen und die Sprachproduktion dargestellt. Davon abgeleitet werden die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen einer hörverbessernden Behandlung erläutert und Wege der Kooperation zwischen Medizin und Frühförderung aufgezeigt.

In der Geschichte (und heute) wird das Sehen höher bewertet als die anderen Sinne. Der Sehfähigkeit wird zumeist eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Tatsächlich nehmen wir Menschen 70% der Reize durch das Sehen auf und nur 30% entfallen auf alle anderen Sinne.

Dennoch ist auch eine intakte Hörfähigkeit von fundamentaler Bedeutung. Hörstörungen beeinflussen vor allem den Spracherwerb in hohem Maße. Darüber hinaus wird, bei nicht-erkannten Hörstörungen, auch die kognitive und intellektuelle Entwicklung beeinflusst. Zum einen erschließt sich der Mensch seine Welt zum großen Teil über Worte und Sprache. Diese Kommunikationsfähigkeit ist bei Kindern mit Hör- und Sprachproblemen beeinträchtigt. Zum anderen benötigt man Worte, um bestimmte Dinge zu denken, sich vorzustellen, zu begreifen und zu lernen.

Früherkennung und –behandlung können Entwicklungsschwierigkeiten in diesen Bereichen entgegenwirken. Daraus ergibt sich die Bedeutung des Themas für die Frühförderung.

Um Grundlagen über die Thematik zu vermitteln, wurde im Workshop zuerst auf die Ursachen, dann auf die Diagnostik, Therapie und zum Schluss kurz auf Interventionsmöglichkeiten eingegangen.

Ursachen:

Um die Ursachen und die Entstehung von Hörstörungen zu verstehen, muss man Grundkenntnisse über den Prozess des Hörens besitzen.

Das Ohr entwickelt sich pränatal bereits ab der 6. Schwangerschaftswoche. Ab der 22. Woche kann davon ausgegangen werden, dass das Ungeborene akustische Reize wahrnehmen kann. Das Hörsystem entwickelt sich nach der Geburt sehr schnell weiter.

Hörstörungen können vielfältige Ursachen haben und im sichtbaren Außenohr (z.B. durch Missbildungen), dem Mittelohr und dem Innenohr lokalisiert sein. Sie können sowohl beidseitig als auch einseitig auftreten.

Als Ursache können sowohl genetische Faktoren als auch unterschiedliche Noxen (z.B. Medikamente, Traumata, Toxine) in Frage kommen. Hörstörungen können isoliert oder auch im Rahmen eines Syndroms auftreten. Als Risikofaktoren für eine persistierende frühkindliche Schwerhörigkeit gelten folgende Punkte:

A – Asphyxie perinatal mit Apgar 1-3

- B – Bakterielle Meningitis
- C – Kraniofaziale Fehlbildung oder Syndrom
- D – Schwangerschaftsinfektion
- E – Rhesus-Inkompatibilität mit Bilirubin über 20 mg/ml
- F – Familiäre Schwerhörigkeit bekannt
- G – Niedriges Geburtsgewicht unter 1000g (Frühchen).

Diagnostik:

Es können zwei Arten von Tests unterschieden werden:

1. Subjektiver Test

Der Patient hört und reagiert. Erwachsene Menschen geben bewusst an, was sie hören, kleine Kinder reagieren nonverbal eher unbewusst, z.B. durch ein Kopfdrehen.

2. Objektiver Test

Es werden verhaltensunabhängige Reaktionen des Hörsystems gemessen.

Den objektiven Tests kommt eine besondere Bedeutung bei der Früherkennung zu. Seit dem 01.01.2009 besteht ein Rechtsanspruch für ein universelles Neugeborenenhörscreening (Wird meist innerhalb der ersten drei Lebensstage im Krankenhaus durchgeführt). Hierbei werden vor allem zwei Verfahren eingesetzt.

- OAE = Otoakustische Emissionen

Hierbei wird dem Kind ein kleines Mikrofon in den Gehörgang eingelegt. Dieses Mikrofon erzeugt einen Ton. Beim Hören bewegen sich im Ohr Sinneshärchen und Membrane, die wiederum Schallwellen (OAE) erzeugen. Diese Schallwellen, die aus dem Ohr austreten, werden gemessen und geben Auskunft über die Hörfähigkeit. Da jedoch nur die Aktivität der äußeren Haarzellen gemessen wird, beweist es aber noch nicht, dass ein normales Hörvermögen vorliegt. Allerdings ist es bei vorhandenen OAE sehr unwahrscheinlich, dass spracherwerbsrelevante Hörstörungen vorliegen.

- BERA = Elektrische Hirnstammaudiometrie

Bei diesem Test wird die elektrische Antwort von Innenohr, Hörnerv, unterem und oberem Hirnstamm gemessen, d.h. es werden Hirnströme gemessen. Die BERA-Messung stellt derzeit das zuverlässigste Verfahren speziell in der Hördiagnostik von Säuglingen und Kindern dar. Die Messergebnisse werden als Basis zur Sicherung einer persistierenden Schwerhörigkeit und als Grundlage zur Anpassung von Hörgeräten benutzt.

Therapie:

Um weitergehende Entwicklungsauffälligkeiten, wie Sprachstörungen zu vermeiden, ist eine frühe Diagnostik und frühe Therapie von Nöten. Faktoren, welche die Abweichungen der Lautsprachentwicklung bei Hörstörungen und somit die Schwere der zu therapierenden Auffälligkeiten beeinflussen, sind:

- Entstehungszeitpunkt
- Schweregrad
- Typ der Hörstörung
- Diagnosealter
- Therapiebeginn
- Hörstatus und Kommunikationssystem der Eltern

- Nonverbale Intelligenz
- Komorbiditäten

Die Dringlichkeit, dass die Therapie frühestmöglich beginnen muss, ergibt sich aus Studien und Beobachtungen, wonach Sprachstörungen, die bei hörgestörten Kindern mit einem Therapiebeginn im Alter von über zwei Jahren auftreten, nicht immer vollständig beseitigt werden können. Dies beruht auf der zentralen Hörbahnreifung, die in den ersten zwei Lebensjahren eine sehr wichtige sensible Phase hat. Werden bestimmte Frequenzen nicht gehört, werden die entsprechenden Hörnervfasern nicht stimuliert und im weiteren Verlauf möglicherweise abgebaut. Diese Schädigung ist im Extremfall nicht reversibel.

Die Art der Therapie ergibt sich aus der Art der Störung. Beruht die Hörstörung auf einem Mittelohrerguss infolge einer chronischen Belüftungsstörung, kann dies meist durch eine Operation behoben werden. Hierbei wird durch die Entfernung der Rachenmandel und ggf. durch das Einsetzen eines Paukenröhrchens in das Trommelfell für eine Normalisierung der Mittelohrbelüftung gesorgt.

Bei Störungen, die inoperabel sind, z.B. weil sie auf Beeinträchtigungen des Innenohrs zurückzuführen sind, können Hörgeräte helfen. Heutzutage gibt es für fast jeden spezifischen Hörverlust eine ausreichende Auswahl von Geräten. Diese sitzen zumeist hinter dem Ohr und sind aus robusten Materialien und mit kinderspezifischem Zubehör, so dass sie bereits für die Therapie von Säuglingen verwendet werden können. Die Anpassung der Geräte ist jedoch aufgrund der eingeschränkten Kommunikations- und Reaktionsfähigkeit der Kinder komplex und beruht auf einer Beobachtung der Entwicklung des Kindes über einen längeren Zeitraum.

Bei extrem hochgradigen Hörstörungen oder Gehörlosigkeit reichen Hörgeräte nicht aus, um das Hörvermögen wieder herzustellen. Hier besteht die Möglichkeit zur Cochlea-Implantat (CI) -Operation. Voraussetzung ist, dass die Cochlea angelegt und nicht verknöchert und der Hörnerv funktionsfähig ist. In den vergangenen Jahren konnten viele Erfolge mit den Cochlea-Implantaten erzielt werden. Standard bei Kindern ist in der Regel eine beidseitige CI-Versorgung zum möglichst frühen Zeitpunkt. 50% der Kinder erleben nach der Operation eine normale Sprachentwicklung. Bei den anderen 50% treten trotz des Implantates Auffälligkeiten auf. Die Ursachen für diese Diskrepanz sind nicht bekannt. Unstrittig ist jedoch, dass trotz CI eine gezielte Förderung nötig ist. Eine kompetente Hör-Sprach-Erziehung sollte in Kooperation zwischen Elternhaus, CI-Zentrum, Frühförderung und Logopädie stattfinden.

Interventionen:

Eine gelingende Kommunikation zwischen den verschiedenen Förderbereichen ist Voraussetzung einer guten Intervention.

Nach der Diagnose „Hörbehinderung“ ändert sich das elterliche Verhalten meist stark. Hieraus ergeben sich oft Probleme im dialogischen Prozess zwischen Eltern und Kind. Oft sind Eltern verunsichert und suchen Hilfe bei Außenstehenden. Die Familie umgibt in Folge dessen ein Netz aus Fachleuten, Institutionen und auch Meinungen von Angehörigen. Wichtig ist es feste Kommunikationsstrukturen zu schaffen, um Kind und Familie bestmöglich zu helfen.

Entwicklungsziel ist in einer von Lautsprache geprägten Gesellschaft der hörgerichtete Spracherwerb. Ist dies nicht möglich, sollten den Kindern und Eltern Hilfestellungen, z.B. in Form der gebärdenergänzenden Lautsprache oder der Gebärdensprache, angeboten werden.

Workshop 14: Studium Interdisziplinäre Frühförderung – Erfahrungen der Studiengangsleitung und studentische Sicht

Prof. Dr. Annette Hartung, Studiengangsleiterin IFF an der SRH-FH Gera

Nelly Jourdan, Dozentin im Studiengang IFF an der SRH-FH Gera

Josephine Koch, Kirsten Lamschus, Studierende des Studiengangs im 6. Semester

Seit Oktober 2007 wird an einer deutschen Hochschule erstmalig mit dem Bachelor-Studiengang „Interdisziplinäre Frühförderung“ ein Studiengang angeboten, in dem Studierende unmittelbar als Fachpersonen für dieses Arbeitsfeld ausgebildet werden. Benötigt werden in der Frühförderung explizite Kenntnisse über Kinder im frühen Säuglings- und Kindesalter und eine gleichzeitige Familienbegleitung und -beratung. Die fachliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigte, dass Inhalte nur einer Disziplin für eine moderne Frühförderung nicht mehr ausreichen. Ziel ist demnach, durch eine verbesserte Ausbildung des Fachpersonals eine Qualitätsverbesserung der fachlichen Angebote der Förderung von Kindern und Begleitung ihrer Eltern zu bewirken. Mit dem Aufbau dieses Studiengangs setzt die SRH Fachhochschule für Gesundheit in Gera einen Impuls im wachsenden und notwendigen Akademisierungsprozess bei den Ausbildungsgängen aus dem Bereich der Frühkindpädagogik.

Die Studieninhalte umfassen neben berufsspezifischen Kompetenzen auch erweiterte Fachkompetenzen und Management-Knowhow. In disziplinübergreifenden Modulen erlangen die Studierenden spezifisches Wissen in den Kernbereichen interdisziplinärer Frühförderung – dazu zählen Kenntnisse über die Entstehung und den Aufbau des Systems Frühförderung, die Grundprinzipien Interdisziplinarität, Familienorientierung, Ganzheitlichkeit und soziale Integration, medizinisch-therapeutische Grundlagen, Pädagogik, Psychologie, Ethik und Recht. In Modulen mit selbstreflexivem Charakter lernen die Studierenden Fähigkeiten, die in allen pädagogischen Arbeitsfeldern unverzichtbarer Bestandteil sein sollten. Von Beginn werden sie darauf vorbereitet, systemorientiert und transdisziplinär zu arbeiten.

Welche Erfahrungen haben Lehrende und Studierende des ersten und zweiten Jahrgangs gemacht? Welche Rückmeldungen haben sie in ihren Praktika bekommen? Welche weiteren Wege schlagen sie jetzt ein?

Zu Beginn wird ein Überblick über den Studiengang gegeben, dabei der Entstehungshintergrund und das Alleinstellungsmerkmal benannt. Es folgt eine grobe Erläuterung der Inhalte.

Modul 1: Eine medizinisch-therapeutische Einführung (Grundlagen Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie sowie Sozialmedizin) in diesen beide Aspekte verbindende Studium bildet einen wesentlichen Inhaltsbereich

Modul 2: Methodenkompetenz I – hier handelt es sich um Wahlpflichtfächer wie z.B. Arbeit mit sozial benachteiligten Familien, Arbeit mit Migrationsfamilien, Spezielle Behinderungsformen, Sensorische Integrationstherapie, Basale Stimulation, Spiel als Methode, Hör- und Sprachstörungen, Kommunikation

Modul 3: Reflexion der eigenen Emotionen und Ressourcen – damit wird eine wesentliche Basis geschaffen, um in der Frühförderung auch belastende Situationen als professionelle Fachkraft verstehen und bewältigen zu können

M4: Inter- und transdisziplinäre Kommunikations- und Methodenkompetenz ist eine Voraussetzung für die moderne Frühförderung, gute Teamarbeit und verstehen von Team- sowie Kommunikations- und Interaktionsprozessen gelten als unverzichtbar

M5: Praktikum – in 20 Wochen Praxiserfahrung sammeln und dabei von den Dozenten in email-Foren und an Praxistagen fachlich begleitet zu werden, stellt einen zentralen Inhalt des Studiums dar

M6: Pädagogisch- psychologische Grundlagen als Pendant zum M1 verknüpft eine Einführung in die Pädagogik, zentrale Kenntnisse in Entwicklungspsychologie sowie im institutionellen Schwerpunkt detailliertes Wissen über zahlreiche Bereiche Sozialer Arbeit zu einem Kernbaustein im mittleren Abschnitt des Studiums

M7: Methodenkompetenz II vermittelt Beratungs- und Leitungskompetenzen sowie detaillierte weitere Kenntnisse über Krankheits- und Behinderungsformen

M8: Auftrag und Grundlagen - mit diesem Frühförderungs- Basismodul werden die Studierenden an das System Frühförderung in Deutschland herangeführt, lernen dabei gesetzliche und administrative Besonderheiten kennen und erleben die Arbeit in Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren vor Ort im Rahmen von Exkursionen

M9: Konzepte der Familienarbeit schaffen einen breiten Zugang zum Thema Kind und Familie über Themen wie kindliche Entwicklung, Bindung, Familiendynamiken, Resilienz, Eigenaktivität / Ko-Ontogenese u.v.a.m. Hier wird zunächst eine grundsätzliche Mentalität moderner Frühförderung erzeugt.

M10: Zugangs- und Arbeitsphasen in der Frühförderung wie Erst- und Anamnesegespräche, Diagnostik- und Testverfahren, Förder- und Behandlungsplanung werden hier thematisiert und anhand praktischer Übungen für die Studierenden verständlich

M11: Projekt- und Prozessmanagement ebenso wie Präsentation und Moderation gehören zum Handwerkszeug von Frühförderteams und –leitungskräften. In einem selbständig geplanten, durchgeführten und reflektierten Projekt erproben die Studierenden die zuvor in der Theorie erworbenen Kenntnisse

M12: Philosophisch-ethische Grundlagen sind unverzichtbar, da in der Praxis der Frühförderung viele Fragen von Pränataldiagnostik bis zum Behinderungsverständnis kompetent erfasst und in Gesprächen reflektiert werden müssen

M13: Qualitätsmanagement, Zertifizierung, Praxisprojekt – auch hier werden Projekte entwickelt, gleichzeitig erhalten die Studierenden einen Einblick in Qualitätszertifizierungsverfahren sowie die Bedeutung von Qualität generell

M14: Netzwerkarbeit und Kooperation geschieht auf vielen Ebenen und mit vielen Partnern. Ämtern, Ärzten und Therapeuten sowie Kindertagesstätten und Schulen als Kooperationspartnern sollte professionell und partnerschaftlich begegnet werden.

M15: Reflexion professionellen Handelns – ergänzend zu M3 werden hier weitere Reflexionskompetenzen vermittelt

M16: Hier wird für künftige akademische Fachpersonen ein grundsätzliches Verständnis für wissenschaftliche Prinzipien und Methoden vermittelt. Wissenschaftliches Arbeiten ist nicht zuletzt erforderlich, um im Rahmen des Studiums Literaturrecherchen betreiben zu können, Hausarbeiten anzufertigen sowie die Bachelor-Arbeit zu erstellen.

M17: Bachelorarbeit und Kolloquium als Abschluss und zum Erwerb des akademischen Grades schließt dieses innovative Studium ab

FRAGE: Sehr viel Inhalt in sehr kurzer Zeit, wie ist das machbar?

→ Innerhalb dieser Themenvielfalt werden sicher Inhalte z.T. auch nur angerissen, Studenten müssen dann für sich selbst entscheiden, mit was sie sich näher befassen möchten. Ein Masterstudiengang als Vertiefung ist gerade in Bearbeitung

FRAGE: Wie sieht die Teilzeit-Variante aus?

→ Studierende haben die Möglichkeit, sich analog zu ihren Berufserfahrungen in einer Prüfung Module anerkennen zu lassen. In jeweils 5 Block-Wochenenden pro Semester werden die übrigen Inhalte analog zur Vollzeit-Variante vermittelt

FRAGE: Welche Unterschiede gibt es zu den bisher in der Frühförderung vertretenen Qualifikationen?

→ Interdisziplinäre Frühförderer werden speziell für dieses hochanspruchsvolle Arbeitsfeld ausgebildet und erhalten somit ein breites Wissen über genau die Anforderungen, die ihnen in der Praxis begegnen werden. Spezialisierungen sind hier nicht möglich, die Absolventen sollen hier sich in Eigenverantwortung und nach Neigung weiterbilden.

FRAGE: Welche Praktischen Anteile gibt es?

→ Im Studium enthalten einige Module praktische Elemente und zudem ist das Praxissemester eine umfassende Vorbereitung auf das Berufsfeld

FRAGE: Welche Qualifikationen sind erforderlich?

→ Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife sowie die Fachhochschulreife gemäß § 67 ThürHG sowie ein 3-monatiges Praktikum. Teilzeit-Studierende weisen eine abgeschlossene Berufsausbildung und ein Jahr praktische Tätigkeit nach

FRAGE: Was ist die Besonderheit eines Studiums an dieser Hochschule?

→ Sicherlich ist es die persönliche und direkte Art des Umgangs miteinander. Es gibt kurze Wege und schnelle Lösungen bei Problemen.

FRAGE: Wie hoch sind die Studiengebühren für Vollzeit-Studierende?

→ 390 Euro pro Monat

Workshop 16 – The perspectives of Eurllyaid

Jacques Schloesser, Luxemburg – General Secretary of “Eurlly Aid”

Eurllyaid – the European Association on Early Childhood Intervention is an association of parents, practitioners and researchers in the field of early childhood intervention (e.c.i.) aiming at an increase of knowledge and expertise in the field of early childhood intervention, as well as stimulating the growth and development of early childhood intervention resources on a European level.

To achieve these goals, Eurllyaid is building a European network of interested parents and professionals to promote the exchange of experiences and good practices. Quality standards for a high value e.c.i. will be elaborated this way.

Network members have conducted and currently are involved in European projects on matters relevant to e.c.i.. Eurllyaid aims at initiating further projects on a bigger scale if possible, within the Grundtvig programme.

Der Workshop fand nicht statt.

Workshop 17: Specific Way of Networking with Language Training in Partnership with Parents and the Surroundings for Children with Special Needs

Monica Ingmarsson, Kristiansand, Norwegen

In late 80th a model of partnership in early language intervention was elaborated in Sweden. The model has been implemented in Norway and other countries. The structure and the realization of the model are done within the framework of empowerment. The social network of the child/family is used not only as a social support system but also as a pedagogical tool. The theoretical motivation of the model is theories talking about language development as a life-long creative process included in other activities and governed by social, cultural and historic factors. The child is the director of his own development but significant others can give vital support and mediate processes as good pedagogues in everyday settings. The social network group grows into an intentional system of communication and an organization of problem solving creating knowledge and skills relevant for the child/family. The key concepts are child and family centred, short- and long term continuity, participatory processes and change of power structures within the field of early language intervention.

The first aim of the model is communication and to prepare the child for the social use of spoken and written language. The second aim is to prepare the child for the cognitive use of language in order to facilitate problem-solving, and improve memory and thought processes. The third aim is to teach those around the child the specific way to communicate with them, and to facilitate inclusion of the child into the environment. On the way to spoken language, the Karlstad Model calls for the use of alternative and augmentative ways of communication.

For some children, expression and comprehension of spoken language is problematic. For children who have difficulties with spoken language, it is necessary to find an alternative and augmentative way to communicate. Some children will need AAC for both expression and comprehension of language. Supporting language with manual signs and written words is important and is integrated into all exercises in the intervention.

To be good models for the child the networking group has to be at least one step ahead the child when talking and communicating. This means that there is one goal for the child, but the most important goal is for the adults to be good communication partners with e.g. supporting language with manual signs.

Evaluations of the model make it plain that families are strengthened in their power. However, there are variations between families due to demographic factors, social support systems and the various types of disabilities of the children.

1. Das Karlstad- Modell

Das Karlstad- Modell ist ein Modell zur Sprachförderung u.a. bei Kindern mit Downsyndrom, Autismus oder anderen Entwicklungsverzögerungen. Dieses praxisorientierte Modell wurde von Irene Johansson, Professorin der Sonderpädagogik in Skandinavien entwickelt.

Es ist ein ganzheitlicher Therapieansatz, der die Einzigartigkeit, Eigeninitiative und Eigenaktivität des Kindes in den Mittelpunkt stellt. Ecksteine der skandinavischen Methode sind Struktur, Systematik, Konsequenz, Kontinuität und individuelle Anpassung.

Die Entwicklung von Sprache und Kommunikation wird als lebenslanger Prozess angesehen.

Die Kommunikation steht im Mittelpunkt des Modells, zum einen die Frage nach den Möglichkeiten der Kommunikation für das Kind und zum anderen die Frage nach den Möglichkeiten der Erwachsenen mit dem Kind zu kommunizieren. Die Professionellen haben demnach neben der Förderung des Kindes auch die Aufgabe, die Kompetenzen der nahen Bezugspersonen des Netzwerkes zu stärken und zu unterstützen und sie während des Prozesses sensibel für die Bedürfnisse ihres Kindes zu machen.

Eine weitere wichtige und passende Aussage ist „Übung macht den Meister.“ Durch Spiel und Motivation soll das Sprachtraining ein selbstverständlicher Teil der täglichen Aktivitäten werden. Das professionelle Training findet im Kindergarten statt, es ist aber von großer Bedeutung dass Mitglieder des Netzwerkes auch zu Hause mit dem Kind üben. Der Kindergarten hat in Norwegen eine besondere Bedeutung, insofern, dass der Kindergartenplatz die allererste Intervention bei auffälligen Kindern ist.

2. Netzwerkarbeit („Networking“)

Die Netzwerkarbeit ist ein Eckstein des Karlstad- Modells, es wird große Bedeutung auf die Kooperation mit allen Personen, die mit dem Kind zusammenleben und arbeiten gelegt. Die Eltern und andere Menschen aus dem Netzwerk spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Sprachfertigkeiten des Kindes, sie sollen dem Kind gute Gesprächspartner sein. Jeder aus der Netzwerkgruppe sollte dem Kind ein Vorbild sein. Die jeweilige Gruppe setzt sich ganz individuell zusammen, aus Familie, Freunden, Erziehern und andern Fachpersonen des Kindes und Professionellen. Alle sollen dazu beitragen, die sprachliche Kompetenz des Kindes durch Sprachtraining im täglichen Leben zu fördern. Die Netzwerkarbeit beruht auf Freiwilligkeit, Demokratie und Familienzentrierung. Die Netzwerkgruppe trifft sich zu regelmäßigen Meetings, um den derzeitigen Stand und die bisherigen Interventionen festzuhalten, aber auch um die nächsten Schritte zu planen.

Workshop 18: Anwendung der ICF-Checklist in Frühförderstellen

Sabine Scholz, Leiterin der Frühförderstelle Oschatz

In dem Workshop sollen Besonderheiten hinsichtlich der Keyworker-Kompetenzen einer Frühförderfachkraft erarbeitet werden, die unabdingbar für eine gute Netzwerkarbeit sind. Zudem werden die Themen Interdisziplinarität sowie die Herausforderung der Transdisziplinarität in der Frühförderung in den Vordergrund gestellt. Zu den direkten Erfahrungen der Frühförderstelle Oschatz in der Auseinandersetzung mit der ICF-Checkliste (Simon u.a.) wird es einen kurzen Einblick als Einstieg gegeben, in dem Erschwernisse und Stolpersteine dargestellt werden.

Eine Präsentation zu Beginn zeigt „den Frühförderer als Keyworker“

Schlüsselbegriffe sind hier: Soziale Systeme, Interdisziplinarität, Transdisziplinarität, Subsysteme, FF-Kraft als Systemvernetzer, reflektive Fähigkeiten, Keyworking als Brücke zu anderen Fachkräften

Interdisziplinär zusammen zu arbeiten kostet viel Zeit, da viele Disziplinen beteiligt sind, die alle unterschiedliche „Sprachen“ sprechen, es ist dazu ein finanziell sowie zeitlich ausreichendes Budget nötig.

Die Referentin stellt das ICF-Team in der Frühförderstelle Oschatz vor. Anschließend folgt eine Vorstellung der ICF-Checkliste für Kinder:

Formuliert werden die sechs Aspekte: Körperfunktion, Körperstrukturen, Aktivität, Partizipation, Kontextfaktoren, Umweltfaktoren

In einer praktischen Übung soll die Checkliste anhand einer Videosequenz angewendet werden.

Teilnehmer erfragen wie die Finanzierung von Videosequenzen geregelt ist. Die Referentin berichtet, dass in Oschatz eine 4-stündige Eingangsdagnostik erfolgt, Videos müssen mit Eltern abgesprochen werden, es ist auch möglich, die ICF Checkliste ohne Video anzuwenden.

In Kleingruppen werden die Informationen über das Kind ausgetauscht und in die Checkliste eingetragen

Im Plenum sollen nun Schwierigkeiten mit dem Umgang der Checkliste ausgetauscht werden

Folgende Probleme der Teilnehmer zur ICF-Checklist werden benannt:

- Maßstab der Einschätzung ist ungeklärt
- Es wird wenig über die Qualität ausgesagt
- Vielfach sind es unscharfe Begriffe
- Es wirkt willkürlich und ist keine gemeinsame Sprache
- Man bekommt keine direkte Aussage über das Kind
- Die Checkliste kann nur mit dem ICF-Buch zusammen angewendet werden
- Die Checkliste ist zu allgemein gehalten