

## **Bericht**

zum Modellprojekt der Stadt Neubrandenburg:

*„Die frühestmögliche Erfassung und Förderung von Kindern im Alter von 0 bis 7 Jahren, insbesondere aus sozial benachteiligten Familien, mit dem Ziel der Verminderung der Chancengleichheit zum Zeitpunkt der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung“.*

### **1. Einleitung**

Im Februar 2001 startete das Modellprojekt der Stadt Neubrandenburg mit dem Ziel, die Bildungschancen für Kinder, besonders aus Familien mit geringem sozio-ökonomischen Status, zu verbessern. Anlass des Projektes waren insbesondere

1. dramatische Steigerungsraten bei den Sonderschulaufnahmen<sup>1</sup> und
2. die Erkenntnis, dass die in die Förderschule eingewiesenen Kinder vorwiegend aus einem sozial benachteiligten Umfeld stammen und
3. zum großen Teil zuvor nicht durch Frühfördereinrichtungen betreut wurden<sup>2</sup>.

Vertreter aus Politik und Verwaltung der Stadt Neubrandenburg haben daher bereits vor der allgemeinen Diskussion um Bildung in den Kindertagesstätten in Folge der Pisa-Studie ihr Augenmerk auf einen vermuteten Zusammenhang zwischen Armut und geringeren Bildungschancen gerichtet und nach neuen Wegen einer Verbesserung der Chancengleichheit gesucht.

Diese Suche mündete in eine bundesweit einzigartige Konzeption mit dem Fokus einer möglichst frühzeitigen Erfassung und Förderung der betroffenen Kinder, insbesondere aus Armutsfamilien. Besonderes Augenmerk wurde auf eine verbesserte Früherkennung bei Familien, die "Hilfe zum Lebensunterhalt" beantragen, und auf deren Vermittlung an die regionale Frühförderstelle gelegt, bei der mit dem Ziel eines unverbindlichen Kennenlernens hierzu "Schnupperkurse" angeboten werden sollten. Die Konzeption führte zu einem städtischen Modellprojekt, in deren Mittelpunkt ein "Mobiler Sozialpädagogischer Dienst" (MSPD) geschaffen wurde, der wohnortnah bedürftigen Familien zur Verfügung stehen soll. Das Modellprojekt wurde zunächst zeitlich befristet (auf vier Jahre) in die Praxis umgesetzt. Insgesamt sind an diesem Modell verschiedene Behörden maßgeblich beteiligt:

- Sozialamt (Auswegberater)
- Jugendamt als Gesamtabteilung und in Form des ihm zugeordneten Mobilen Sozialpädagogischen Dienstes (MSPD)
- Interdisziplinäres Team ("I-Team", bestehend aus Mitarbeiterinnen der drei beteiligten Ämter)
- Gesundheitsamt (Kinder- und Jugendärztin und Kinderpsychologin)

Die Fachhochschule Neubrandenburg wurde gebeten, das Projekt wissenschaftlich zu begleiten. Trotz der hierzu fehlenden Ressourcen traf das Projekt an der Fachhochschule auf

---

<sup>1</sup> Die Konzeption des städtischen Modells weist hierzu kontinuierliche Steigerungsraten des Anteils der Kinder, die in Neubrandenburg zum Zeitpunkt der Einschulung nicht in die Regel-Grundschulen aufgenommen wurden, auf: Von 2% im Schuljahr 1990/91 bis zu 11,8% im Schuljahr 2000/01 (S. 3).

<sup>2</sup> Die Quote von Kindern der 1. – 3. Klassen mit sonderpädagogischem Förderbedarf ohne besondere Fördermaßnahme vor Schulbeginn lag 2003 im Durchschnitt bei knapp 25 %. Dabei war die Quote in der Allgemeinen Förderschule mit 14,3 % am niedrigsten von allen Arten der Förderschulen. Dabei sind teilweise deutliche Differenzen (von etwa 35%) zwischen Kindern mit Förder- oder Therapieempfehlungen und der Inanspruchnahme der empfohlenen Maßnahmen sichtbar (vgl. Anlage 9).

großes Interesse, so dass unter Leitung von Prof. Dr. Sohns während der vier Jahre verschiedene studentische Arbeitsgruppen eingerichtet wurden, die sich mit dem Projekt auseinandersetzen, Befragungen von Betroffenen und schließlich auch der fünf am Projekt beteiligten Institutionen durchführten und im Austausch mit Vertreterinnen der Stadtverwaltung Stärken und Schwächen des Projektes diskutierten. Ergänzend wurde auch mit dem Förderausschuss Neubrandenburg Kontakt aufgenommen, um mehr über die spezifischen Bedürfnisse der Einschulungskinder aus Sicht der Schule zu erfahren (vgl. Anlage 1). Im Januar 2003 wurde als Grundlage für die weitere Diskussion Vertreterinnen der verschiedenen Ämter im Rathaus Neubrandenburg ein Zwischenbericht übergeben, der auch die Grundlage dieses Berichtes darstellt.

## **2. Zielsetzung und Vorgehensweise**

Zielsetzung dieses Berichtes ist es, einen Vergleich zwischen der Konzeption und ihrer praktischen Umsetzung in Form einer Bestandsaufnahme zu ziehen und damit eine Basis für eine mögliche Fortschreibung der Konzeption zu bilden. Dabei werden mögliche Veränderungsvorschläge des Projektes lediglich angedeutet und auf Möglichkeiten hingewiesen. Sie sind ohne eine ausführliche wissenschaftliche Reflexion zum jetzigen Zeitpunkt ausdrücklich nicht Ziel dieses Berichtes, sollen jedoch Erwähnung finden, um künftige Möglichkeiten oder fachliche Risiken transparenter zu machen und Anstöße für eine inhaltliche Ausgestaltung der Konzeption zu bieten.

Die Konzeption sieht vor, dass sozial benachteiligte Familien mit Kindern im Vorschulalter bei der Beantragung von „Hilfe zum Lebensunterhalt“ (HLU) vom zuständigen Sozialamt an einen mobilen Dienst vermittelt werden, der vor Ort frühzeitig mögliche Entwicklungsfährdungen erkennen und weitere Hilfeangebote – insbesondere eine frühzeitige Betreuung durch die Frühförderstelle – anregen kann. Die praktische Umsetzung des Modellprojektes unterscheidet sich in ihrer Ausgestaltung von den theoretischen Grundlagen dieser Konzeption. Bei einem Vergleich und der Darstellung der formalen Abläufe wurde bewusst die Perspektive gewählt, aus der die Familien dem Projekt chronologisch begegnen. Bis zum Erreichen der in der Konzeption im Mittelpunkt stehenden Zieleinrichtung "Frühförderstelle" durchlaufen Kind und Familie verschiedene institutionelle Stationen. Diese Anlaufstellen wurden bzgl. ihrer Einbindung in das Projekt und deren praktischer Ausgestaltung befragt. Dabei wurden Beobachtungsfelder auf sechs verschiedenen Ebenen eröffnet:

- Auswertung der Aktenlage des Mobilen Sozialpädagogischen Dienstes (Anlage 3)
- Elterngespräche mit Hilfe eines Leitfadens (vgl. Anlage 2)
- Befragung zur Diagnostik im Gesundheitsamt mit Hilfe eines Kriterienkatalogs (vgl. Anlage 10)
- Auswertung der Protokolle des Fachteams (vgl. Anlage 4)
- Befragung der Frühförderstelle Neubrandenburg
- Befragung des Förderausschusses der Stadt Neubrandenburg<sup>3</sup>

Somit sollen die Arbeitsabläufe und Kooperationsstrukturen, aber auch mögliche Abstimmungsprobleme und Hemmschwellen transparent werden. Entsprechend wurden ausgewählte Eltern bzgl. ihrer Erfahrungen befragt. Die verschiedenen studentischen Arbeitsgruppen (mit teilweiser personeller Kontinuität) reflektierten ihre Erkenntnisse regelmäßig

---

<sup>3</sup> Hierzu wurden von einer Studentin neben der Befragung des Förderausschusses (vgl. Anlage 1) auch weitere Akten des Gesundheitsamtes über Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf (1. –3. Klasse) untersucht (vgl. Anlage 9)

und erarbeiteten parallel ergänzende Vorlagen zur praktischen Ausgestaltung, die mit den ausführenden Behörden regelmäßig besprochen wurden.<sup>4</sup>

Schließlich reflektierten die Arbeitsgruppen der Fachhochschule auch aktuelle gesetzliche und fachliche Grundlagen mit dem Ziel, bei einer Fortschreibung der Konzeption weitere Anregungen für ein fachlich fundiertes und zwischen den beteiligten Institutionen ineinandergreifendes Gesamtangebot zu liefern.

### **3. Aufgabenverteilung auf die verschiedenen Dienste**

#### **3.1. Überblick über die einzelnen Anlaufstationen für die Familien**

Der erste Kontakt mit dem Projekt findet im *Sozialamt* statt. Hier erfolgt durch die Auswegberater eine kurze Vorstellung des Modellprojektes. Wird eine weitere Beratung gewünscht, erfolgt eine Schweigepflichtsentbindung, die ein Weiterleiten der persönlichen Daten an das Jugendamt und eine Koordination der Ämter ermöglicht.

Die Daten werden an den *Mobilen Sozialpädagogischen Dienst* des Jugendamtes weitergeleitet. Dieser sucht die Familien auf. Der Hausbesuch bietet für die betreffenden Familien die Möglichkeit einer ersten Beratung und für die Sozialpädagoginnen einen Einblick in möglicherweise vorhandene Problemfelder in der Familie. Die hier erhobenen Eindrücke von der Familie des Kindes werden durch den Sozialpädagogischen Dienst im *Interdisziplinären Team* vorgestellt. Die Eltern sind hieran ebenso wenig beteiligt wie behördenexterne Fachkräfte<sup>5</sup>.

Wenn im *Interdisziplinären Team* Auffälligkeiten vermutet werden bekommt das Kind einen Termin zur weiteren Diagnostik im *Gesundheitsamt*. Hier findet zunächst eine Untersuchung durch eine *Jugendärztin* statt. Bestätigt auch diese den Verdacht einer Entwicklungsauffälligkeit beim Kind, vermittelt sie zu einem neuen Termin an die *Psychologin* des Gesundheitsamtes weiter, die eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik durchführt.

Die Psychologin berät die Eltern nach abgeschlossener Diagnostik und schlägt, soweit es erforderlich erscheint, eine Förderung je nach individuellem Bedarf in einer Kindertagesstätte, bei niedergelassenen Therapeuten oder durch die Frühförderstelle vor.

#### **3.2 Auswegberater im Sozialamt**

Im Sozialamt findet der Erstkontakt mit dem Projekt mit einer der vier Auswegberaterinnen statt, die regional aufgeteilte Zuständigkeitsbereiche für das Stadtgebiet haben.

Laut Konzeption ist es die Aufgabe des Sozialamtes, bei sämtlichen Antragstellern von Hilfe zum Lebensunterhalt zu überprüfen, ob und wie viele Kinder im Haushalt leben. Die Familien mit Kindern bis sieben Jahre, deren Kind noch keine Kindertagesstätte besucht, sollen dann über das Projekt informiert werden. Bei Interesse soll eine Schweigepflichtsentbindung unterschrieben werden, die zur Weitergabe der persönlichen Daten an das Jugendamt berechtigt.

Dabei musste von einer steigenden Zahl anzusprechender Familien ausgegangen werden: Die Zahl der Empfänger von Sozialhilfe zeigte in den Jahren vor Beginn des Projektes hohe Steigerungsraten, sie ist zwischen 1994 und 2000 um 264% gestiegen (von 1.136 auf 4.144), der Anteil der Kinder bis zu 7 Jahren, die von Sozialhilfe leben, im gleichen Zeitraum um 124% (von 313 auf 702). Noch drastischer ist die Steigerung des Anteils der So-

---

<sup>4</sup> Hierbei handelt sich bspw. um Leitfaden für Teamgespräche, Vorlagen für ein Faltblatt zur öffentlichen Darstellung, eine überarbeitete Schweigepflichtsentbindung, eine Beschreibung notwendiger Aufgaben- und Kompetenzen für die Fachpersonen des MSPD oder ein Anamneseschema für die Dokumentation des Erstkontaktes (vgl. Anlagen 4-8).

<sup>5</sup> Alternativ wird auch direkt vom MSPD ein Besuch im Gesundheitsamt vorgeschlagen, (der einer Absprache im I-Team vorangestellt wird). ...dem dann eine spätere Fallbesprechung im I-Team folgt.

zialhilfe beziehenden 0-7jährigen Kinder gegenüber den Gleichaltrigen, die keiner Sozialhilfe bedürfen (von 6,2% auf 21,8%)<sup>6</sup>.

Im Zuge der praktischen Ausgestaltung des Projektes wurde die Altersgrenze auf 10 Jahre angehoben. Familien, die schon einmal Sozialhilfe beantragt hatten und nach einer Unterbrechung ein weiteres Mal einen Hilfeantrag stellen, werden zumeist nicht berücksichtigt. Ansonsten werden nach Aussage der Auswegberaterinnen in der Regel alle Familien informiert.<sup>7</sup>

Eine inhaltliche Einführung zu dem Projekt haben alle Auswegberaterinnen von dem seinerzeitigen Sozialamtsleiter erhalten, der an der Konzeptionierung und Etablierung des Projektes wesentlich beteiligt war. Alle Auswegberaterinnen zeigten sich gut über das Projekt und die ihm zugrundeliegende Konzeption informiert.

Eine statistische Erhebung über die Anzahl der Familien mit Kindern bis sieben bzw. zehn Jahren, die einen Antrag auf Sozialhilfe stellten, die Anzahl derer, die über das Projekt informiert wurden und wie viele davon es nutzten, wird nicht geführt. Nach dem Eindruck der Auswegberaterinnen variiert die Anzahl der Familien, die das Angebot wahrnehmen wollen und eine Schweigepflichtsentbindung unterschreiben, zwischen 50% und 90%. Ihrer Einschätzung nach hängt eine hohe Ablehnung mit schlechten Erfahrungen mit Ämtern und Angst vor Kontrolle zusammen. Aus diesem Grund wird auch bei der Information über das Projekt bewusst nicht erwähnt, daß der mobile Sozialpädagogische Dienst, der Hausbesuche durchführt und die Familien berät, Teil des Jugendamtes ist.<sup>8</sup>

Bei einer späteren Befragung des Sozialamtes wurde durch die Sachgebietsleiterin ergänzt, ein späterer Rückgang der anfänglich sehr hohen Raten an ausgefüllten Schweigepflichtsentbindungen (von ca. 90% auf 50%) liege auch darin begründet, dass zu Beginn vorwiegend Langzeitempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt befragt wurden, bei den später erfassten Neuanträgen zeichneten sich die Antragsteller häufiger durch einen höheren Bildungsstand und eine Kurzfristigkeit des Sozialhilfebezugs (z.B. bei Studentinnen mit Kindern am Ende ihres Studiums) aus. Diese lehnten häufiger einen weiteren Kontakt mit dem MSPD und das Entbindungen von der Schweigepflicht ab.

Eine direkte Rückmeldung bezüglich des Projektes erhielten die Auswegberaterinnen nur, wenn weitere Aufgaben im Bereich des Sozialamtes zu erledigen sind, wie zum Beispiel der Umzug in eine größere Wohnung.

Die Auswegberaterinnen schätzten den Sinn des Projektes so ein, dass das Modellprojekt "gut ist, wenn es sein Ziel erreicht". Jedoch würden nicht alle Fälle über diesen Weg erreicht. Trotzdem würden sich Aufwand und Nutzen die Waage halten. „Selbst wenn durch dieses Projekt nur einem Kind geholfen wird, lohnt sich der Aufwand!“. Außerdem bringe das Projekt keinen großen Arbeitsaufwand mit sich, da das Ausfüllen des Formulars zur Schweigepflichtsentbindung nur wenige Minuten dauere.

Die Auswegberaterinnen sehen das Projekt nicht mit dem primären Ziel einer möglichen Frühförderung. Hauptsächlich gehe es ihnen darum, dass die betroffenen Kinder genauso aufwachsen könnten wie andere. Dieses beinhalte z.B. Hilfe bei der Erziehung, bei zu kleinem Wohnraum oder einem fehlenden Kitaplatz.

Weitere Initiativen zur früheren "Erfassung" betreuungsbedürftiger Familien bereits nach der Geburt im Klinikum, wie bspw. das Auslegen eines Flyers, Besuche am Wochenbett

---

<sup>6</sup> Ergebnis der Befragung einer empirischen Datenbefragung im städtischen Sozialamt durch eine studentische Arbeitsgruppe 2002

<sup>7</sup> Durch den MSPD wurde dies in Zweifel gezogen. Ihm gegenüber hätten die Auswegberaterinnen zeitweise argumentiert, dieser Zusatzanforderung nicht mehr gerecht werden zu können

<sup>8</sup> Diese Sichtweise stimmt mit der des mobilen Sozialpädagogischen Dienstes selbst überein. Auch dieser gibt sich in der Regel nicht als Einrichtung des Jugendamtes zu erkennen. Entsprechend wurde auch bei den Elternbefragungen deutlich, dass zahlreiche Eltern den MSPD und „das Jugendamt“ nicht miteinander in Verbindung bringen, diesen sogar in Einzelfällen als Interessenvertretung gegen das Amt begrüßen.

oder Informationsveranstaltungen vor Ort, seien von Seiten des Klinikums abgelehnt worden.

### **3.3 Mobiler Sozialpädagogischer Dienst (MSPD)**

Der mobile Sozialpädagogische Dienst ist die zentrale und einzige neu geschaffene Institution des Modellprojektes. Für ihn wurde eine neue Personalstelle, angegliedert an das städtische Jugendamt, jedoch räumlich ausgegliedert mit einem eigenen Büro in einem sozialen Brennpunkt, bereit gestellt und mit einer Fachperson mit sozialpädagogischer Zusatzausbildung besetzt. Zwischenzeitlich (2002) wurde die Personalkapazität um eine zweite Stelle (Heilerzieherin) erweitert, diese Erweiterung wurde jedoch 2004 wieder zurück genommen.

Nach der Entbindung von der Schweigepflicht gibt das Sozialamt die Adressen der Familie weiter. Der MSPD nimmt daraufhin Kontakt mit den Familien auf, teils meldet er sich telefonisch an, teils sucht er auch die Familien sofort (unangemeldet) zu Hause auf.

Bei ihrem Hausbesuch stellt die Mitarbeiterin sich vor und versucht, einen Eindruck über mögliche Problemlagen in der Familie zu gewinnen; dabei informiert sie über mögliche Hilfeangebote (z.B. Kleiderkammer, Möbelbörse, Schuldnerberatungsstelle, Frühförderstelle, Logopädie). Die Konzeption sieht an dieser Stelle eine umfassende Hilfe für die Familie mit Blick auf den Entwicklungsstand der Kinder vor. Die meisten Familien gingen nach Aussage des Mobilen sozialpädagogischen Dienstes auf dieses Angebot gerne ein. Es gäbe aber auch Familien, die nach mehrmaligen, vergeblichen Besuchen nicht erreicht würden. Dann würden die Adressen der Familien zur weiteren Überprüfung an das Gesundheitsamt weitergegeben, welches dann als Behörde nochmals den Kontakt suche<sup>9</sup>.

Zwischen Beginn des Projektes im Februar 2001 und Oktober 2004 haben die Sozialarbeiterinnen über 400 Familien mit insgesamt 644 Kindern zwischen 0-10 Jahren aufgesucht. Der Dienst hat dabei den Status einer "offenen Anlaufstelle" inne, d.h., er ist nicht ausschließlich auf Anmeldungen durch das Sozialamt begrenzt, sondern nimmt auch unbürokratisch Anmeldungen durch andere Fachpersonen oder die Bedürftigen selbst auf. Als Erfolg wird dabei die steigende Zahl der Familien gewertet (insgesamt ca. 10%), die von sich aus den Kontakt zum mobilen Sozialpädagogischen Dienst suchen, nachdem sie vorwiegend durch Mund-zu-Mund-Propaganda in den Stadtteilen davon erfahren hätten. Dies wird als Indiz dafür gewertet, dass diese Familien wenig Angst vor Kontrolle durch den Mobilen Sozialpädagogischen Dienst hätten, offen gegenüber seinen Angeboten seien und letztlich die Zusammenarbeit vertrauensvoll und effektiv verlaufe. Entsprechend hielten es die Mitarbeiterinnen für wichtig, im Rahmen eines sehr niedrigschwelligen Angebots als "neutraler" Dienst in Erscheinung zu treten und nicht als Mitarbeiterin des Jugendamtes wahrgenommen zu werden. Nach Einschätzung der beiden befragten Fachpersonen würden durch das Projekt viele Familien erreicht, die sonst keine Hilfe bekommen hätten.

Da die besuchten Familien und ihre Kinder oftmals in sozialer Isolation lebten, würden Schwerpunkte in dem Bemühen gesetzt, ihnen einerseits Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten und gleichzeitig eine bessere Integration in ihren Sozialraum zu ermöglichen. Ein Beispiel dafür kann die Beantragung eines Kitaplatzes sein.

Die Arbeit des Dienstes soll nach eigener Aussage keine Kontrolle sein, sondern freiwillig in Anspruch genommen werden. So meldeten sich auch etliche der einmal besuchten Familien bei neuen oder wieder auftauchenden Problemen und baten um Unterstützung. Bei größeren Problemen in der Familie hielten die Sozialarbeiterinnen von sich aus den Kontakt über mehrere Besuche, auch wenn dies von den konzeptionellen Vorgaben abweiche.

---

<sup>9</sup> Demnach wird die grundsätzliche Freiwilligkeit des Projektes ggf. durch eine nachträgliche Kontrolle des Gesundheitsamtes ergänzt. Möglich wurde dieses Verfahren durch eine sehr allgemein formulierte Schweigepflichtsentbindung, die sich nicht nur auf eine Weitergabe der Daten an den Mobilen Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes beschränkte. Im Zuge der Begleitung des Projektes wurde 2003 eine Änderung der Schweigepflichtsentbindung und eine Aufteilung in zwei Zustimmungphasen vorgeschlagen (vgl. Anlage 6).

Nach dem gescheiterten Versuch, über das Klinikum weitere Familien zu erreichen und einem ebenfalls nicht erfolgreichen Kooperationsversuch mit Hebammen, wurde Kontakt zu niedergelassenen Gynäkologen und Kinderärzten aufgenommen,. Das Modellprojekt sei z.T. sehr positiv begrüßt worden und eine weitere Zusammenarbeit werde aufgebaut, scheitere jedoch auch in vielen Fällen daran, dass der Dienst bei niedergelassenen Ärzten wieder in Vergessenheit gerate.

Im Rahmen der Dokumentation der Fälle finde keine systematische Erfassung detaillierter Daten statt. Die Dokumentation erfolge besonders im Hinblick auf die Präsentation im I-Team oder die Weitergabe an das Gesundheitsamt. Persönliche Informationen über die Familien würden bewusst nicht in den Akten vermerkt, um mögliche Stigmatisierungen und Kontrolle zu vermeiden.

Dennoch wurde im Mai 2002 eine Auswertung einzelner Akten versucht. Hierbei wurden 41 Familien mit 76 Kindern erfasst, die zum großen Teil (32%) bereits über 6 Jahre alt waren. Hingegen war nur 1 Kind unter einem Jahr. Auffälligkeiten waren zuvor lediglich bei 10 Kindern bekannt geworden, bei 18 Kindern wurden in den Akten Auffälligkeiten festgehalten, überwiegend im Bereich der „sozialen Entwicklung“. Etwa die Hälfte der Kinder war im Kita-Alter, davon besuchten jedoch 36% keine Kita.<sup>10</sup> Nur bei 19% der Familien lag das Sorgerecht für die Kinder bei beiden Eltern, bei allen anderen (81%) oblag das Sorgerecht allein der Mutter. Fast alle hiervon waren ledig, nur jeweils ein Elternteil war geschieden oder lebte vom Ehepartner getrennt. Die Staatsangehörigkeit wurde bei 78% der Familien dokumentiert, bis auf eine Ausnahme waren alles deutsche Familien. Über den Bildungsstand (Schulabschluss, Ausbildung etc.) fanden sich nur vereinzelte Angaben ohne Aussagekraft. Bei 83% der Familien wurde die Vermittlung dokumentiert, demnach kommen hiervon 71% über die Auswegberater, 24% meldeten sich selbst an und 6% über andere Vermittler (z.B. dem Jugendamt).

Änderungswünsche bestanden zur Zeit der ersten Erfassung 2002 auf Seite des mobilen Sozialpädagogischen Dienstes zum einen im Bezug auf die Konzeption, die der praktischen Umsetzung anzupassen sei, zum anderen sollte auch das Formblatt zur Schweigepflichtsentbindung und der Flyer zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit überarbeitet werden. Die beiden letzteren Überarbeitungen sind nach 2002 unter Mitwirkung der Fachhochschule Neubrandenburg erfolgt (Anlagen 5 und 6).

### **3.3 Interdisziplinäres-Team (I-Team)**

Im I-Team kommen eine Vertreterin des Sozialamtes, die Mitarbeiterin(nen) des mobilen Sozialpädagogischen Dienstes, (zeitweise) eine weitere Vertreterin des Jugendamtes, eine Kinder-und Jugendärztin und die Kinderpsychologin (beide vom Gesundheitsamt) zusammen, um über alle besuchten Familien zu beraten. Ziel ist es, aus verschiedenen Blickwinkeln und professionellen Hintergründen eine Fallanalyse vorzunehmen und über den weiteren Betreuungsbedarf der Familien zu beraten.

Hierzu werden die neuen Familien durch die Mitarbeiterin(nen) des MSPD vorgestellt. Zielstellung ist, bei Bedarf abgestimmte Hilfeangebote vorschlagen zu können. Bei bereits bekannten Familien werde gemeinsam festgestellt, was an Hilfen und empfohlenen Maßnahmen angeboten wurde, ob diese Erfolg hatten und ob weiterer Handlungsbedarf vorliege.

Im Zeitraum von Mai 2002 bis November 2002 wurde durch StudentInnen der Fachhochschule eine detaillierte Sichtung von Protokollen vorgenommen. In dieser Zeit wurden 108 Familien besprochen, wovon neun einmalige Wiederholungen und drei mehrfache Wiederholungen waren. Das bedeutet, dass im Durchschnitt ungefähr zehn Minuten für eine Familie und ihre Kinder zur Verfügung standen.

---

<sup>10</sup> Dies bestätigte eine generelle Vermutung, wonach zunehmend die Kinder vieler arbeitsloser Eltern keine Kindertagesstätte mehr besuchen

Bei der Durchsicht der Protokolle, die der Koordinierung der weiteren Arbeit dienen sollen, fiel auf, dass diese zwar noch handschriftlich verfasst wurden, aber nach einer ersten Absprache mit der Arbeitsgruppe der Fachhochschule ab Mai 2002 die Kontinuität einer festen Protokollantin und damit eine durchgängigere Dokumentationsstruktur gewährleistet war.

Ein einheitliches Schema für die Dokumentation der Fallbesprechungen gibt es nicht. Teilweise überwogen Angaben über die Familie, deren Lebensraum und soziale Problemlagen. Dem standen dann an anderer Stelle ausschließliche Angaben über das Kind, medizinisch-therapeutische Beobachtungen und geplante Maßnahmen gegenüber. Während bei einigen Familien die Adresse oder der Stadtteil erkennbar war, fehlten diese Angaben bei anderen.

Von den 108 besprochenen Familien wurden bei etwa 80 Familien allgemeine Auffälligkeiten festgestellt. In der Mehrzahl der Fälle (70) wurden die Auffälligkeiten bei den Eltern beschrieben, in etwa 30 Fällen bei den Kindern. Die häufigsten Auffälligkeiten bildeten zu knapp einem Drittel "Erziehungsprobleme", an zweiter Stelle folgt als genannte Auffälligkeit eine "unsaubere Wohnung" (in etwa einem Viertel der Fälle). Weitere Problemlagen (in etwa bei jedem achten Kind) waren "Sprachschwierigkeiten", "Koordinations- oder Bewegungsauffälligkeiten" oder äußerten sich durch den Bedarf an Betreuung der Familie durch die "sozialpädagogische Familienhilfe". Die am häufigsten vertretenen Problemlagen der Eltern waren "finanzielle Probleme" und "Arbeitslosigkeit".

### 3.4. Gesundheitsamt

Wenn innerhalb des I-Teams oder bereits bei einem Erstkontakt durch den MSPD deutlich wird, dass bei einem Kind möglicherweise Störungen oder Verzögerungen in der Entwicklung aufgetreten sein könnten, werden die Eltern mit ihrem Kind zu einem Termin in das Gesundheitsamt eingeladen. Bei Bedarf finden auch Hausbesuche statt.

Hier wird dann das Kind von der Jugendärztin untersucht. Werden in dieser Untersuchung Entwicklungsschwierigkeiten oder –rückstände festgestellt, so vermittelt die Ärztin die Familie mit ihrem Kind an die Kinderpsychologin des Gesundheitsamtes weiter. Die Kinderpsychologin erstellt dann eine Diagnose und empfiehlt gegebenenfalls weitere Maßnahmen.

Im Zeitraum von Februar 2001 bis November 2004 (2002) wurden von 664 (443)<sup>11</sup> vom Projekt erfassten Kindern (von 0-10 Jahren) 151 (87) im Gesundheitsamt vorgestellt, das entspricht 23,4% und damit einer Steigerung gegenüber der ersten Modellphase (19,6 %).

Von diesen 151 vorgestellten Kindern wurden 101 Kinder (15,7%) der Psychologin vorgestellt (zuvor waren dies 8,3 %, damit muss sich der Anteil in der zweiten Hälfte der Modellphase fast verdreifacht haben).

Betrachtet man die regionale Verteilung der Wohnorte dieser Kinder, so zeigt sich eine außerordentlich einseitige Verteilung mit einer Konzentration auf wenige Stadtteile, während andere Stadtteile von dem Projekt überhaupt nicht berührt werden:

Datzeberg	26,7%
Oststadt	36,0%
Reitbahnviertel	15,1%
Industrieviertel	3,5%
Südstadt,	8,1%
Katharinviertel und Lindenberg	je 4,6%

<sup>11</sup> Um auf mögliche Veränderungstendenzen im Projekt während der 4 Jahre der Modellphase hinzuweisen sind im Folgenden in Klammern die erhobenen Zahlen nach knapp 2 Jahren (bis November 2002) der Modellphase aufgeführt

Innenstadt	1,2%
Weststadt, Vogelviertel	Keine Kinder

Damit konzentrieren sich die Hilfen des Projektes in der Tat sehr auffällig auf Familien in sozialen Brennpunkten, während in anderen Stadtteilen während der gesamten vier Jahre z.T. überhaupt kein Bedarf erfasst wurde.

Bei der Diagnostik orientiert sich die Psychologin an der ICD 10, wobei keine Doppeldiagnosen gestellt werden. Das bedeutet, dass bei mehreren Störungsbildern bei einem Kind eine Schwerpunktdiagnose gestellt wird:

*Diagnosen der 99 (37) psychologisch untersuchten Kinder:*

[F 70] Intelligenzminderung, allg. Entwicklungsverzögerung	33,7% (16,1 %)
[F 80] Entwicklungsstörung, z.B. der Sprache	28,7% (51,3 %)
[F 90] Verhaltens – und emotionale Störungen	14,8% ( 8.1 %)
Statomotorik	7,9% (10,8 %)
Ohne pathologischen Befund	14,8% (13,5 %)

Für die Kinder, bei denen Auffälligkeiten diagnostiziert wurden, wurden insgesamt 155 (49) Maßnahmen empfohlen. Davon wurden 99 (32) auch tatsächlich wahrgenommen, das entspricht 63,9% (65 %).

*Empfohlene Maßnahmen (insgesamt 155 [49]):<sup>12</sup>*

Frühförderung	5,9%	(3,2 %)
Logopädie	3,4%	(2,0%)
Kitaplatz	1,4%	(1,6 %)
Sonstige <sup>13</sup>	2,5%	(1,35 %)
Ergotherapie / Physiotherapie	4,2%	(1,12 %)
Integrationsplatz	3,7%	(1,12 %)
Sonderschule	2,9%	(0,67 %) <sup>14</sup>

Die in der Konzeption avisierte Vermittlung zur Frühförderstelle ist demnach nur eine von mehreren Möglichkeiten der weiteren Hilfen. Besteht Bedarf an Frühförderung wird auch nicht – wie in der Konzeption vorgesehen - auf einen Schnupperkurs hingewiesen, sondern den Eltern empfohlen, sofort einen Antrag zur Kostenbewilligung für Frühförderung zu stellen. Um Berührungsängsten mit einer neuen Einrichtung entgegenzuwirken, vereinbart die Psychologin einen ersten Termin mit der Frühförderstelle.

Den Schnupperkurs lehnt die Psychologin nicht ab, sondern sie ist der Auffassung, dass damit zu viel Zeit verloren geht, bis mit der kontinuierlichen Frühförderarbeit begonnen werden kann. Außerdem ist sie der Meinung, dass es für die Eltern, die teilweise über wenig

<sup>12</sup> Die Angaben in Prozent beziehen sich auf die Gesamtzahl der erfaßten Kinder (669 [443])

<sup>13</sup> z.B. Erziehungsberatung, andere Fachärzte, Schulpsychologe

<sup>14</sup> Es ist davon auszugehen, dass weitere Hilfeangebote (v.a. im familiären Umfeld, bspw. auch der noch aufgeführte Bedarf an Kita-Aufnahmen) bereits im Vorfeld der weiteren Diagnostik durch den MSPD vermittelt wurden. Hier steht also primär die unmittelbare Förderung des Kindes im Vordergrund.



Motivation und Eigeninitiative verfügen, mit geringerem Aufwand verbunden ist, gleich einen Antrag zu stellen, ohne vorher den Weg über den Schnupperkurs zu gehen.

Medizinische Therapien (z.B. Logopädie oder Ergotherapie), können weder von der Jugendärztin noch von der Psychologin verschrieben werden, da sie als Amtspersonen nicht dazu befugt sind. Hierzu bedarf es eines Rezeptes des zuständigen Arztes (HNO-, Kinder- oder Hausarzt). Manche Ärzte verweigerten jedoch zunächst die Ausstellung des benötigten Rezeptes<sup>15</sup>. Die Psychologin steht bei Bedarf den Eltern beratend zur Verfügung. Eine sich partnerschaftlich ergänzende Kooperationsform erscheint hier zumindest mit einzelnen externen Fachpersonen offensichtlich noch nicht gefunden, vielmehr sind fachliche oder strukturelle Spannungen bei der Umsetzung einer sich ergänzenden Kooperationsstruktur zu erwarten.

Die Daten, die im Rahmen der Untersuchungen ermittelt wurden, werden in Form eines psychologischen Befundes festgehalten. Bestandteil dieses Befundes sind unter anderem anamnestische Daten, Verhaltensbeobachtungen, Ergebnisse der psychologischen Untersuchung, die empfohlenen Maßnahmen und eine Einschätzung der Kooperationsbereitschaft der Eltern. Der psychologische Befund, aus dem die Kriterien für als notwendig erachtete Maßnahmen ersichtlich werden, wird zur Unterstützung ihrer Fachdiagnostik und der daraus resultierenden Vorschläge an den jeweiligen Arzt geschickt. Sowohl die Kinderpsychologin als auch die Jugendärztin(nen) verfügen über diese Informationen. Mit Einverständnis der Eltern können erhobene Daten auch zum Beispiel an Erzieherinnen in Kitas weitergeleitet werden, allerdings erfolgt dies stets mündlich.

Ob mit den empfohlenen Maßnahmen bei dem betreffenden Kind Veränderungen eintreten, werde mit Hilfe einer Verlaufskontrolle festgestellt. Die Verlaufskontrolle gestaltet sich so, dass die Kinder einmal bzw. zweimal jährlich der Psychologin erneut vorgestellt werden, um den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes zu ermitteln. Hat sich dieser verändert, könne eventuell eine neue Diagnose gestellt und/oder eine andere Maßnahme empfohlen werden. Die Verlaufskontrolle ende mit dem Schuleintritt oder wenn keine Auffälligkeiten mehr vorhanden seien. Mit dem Schuleintritt ändere sich die Zuständigkeit für das Kind, die dann auf den Schulpsychologen übergehe.

Insgesamt betonen die Fachkräfte im Gesundheitsamt übereinstimmend mit der Frühförderstelle, dass das in der Konzeption erklärte Ziel, mit dem Früherkennungsprojekt Einschulungen in Förderschulen zu vermeiden, sehr hochgesteckt erscheine.

### **3.5 Frühförderstelle**

Seit Beginn des Projektes wurden bis Mai 2002 insgesamt 15 Kinder an die Frühförderstelle weitergeleitet. Neuere Daten liegen uns bislang nicht vor. Davon kamen zehn Kinder (3 – 8 Jahre alt) über das Gesundheitsamt und fünf Kinder (1 – 4 Jahre alt) direkt über den mobilen Sozialpädagogischen Dienst. Auch diese fünf Kinder wurden im Rahmen der Antragstellung zur Frühförderung anschließend im Gesundheitsamt vorgestellt.

Die in der Konzeption vorgesehenen Schnupperkurse der Frühförderstelle sind inhaltlich nicht definiert worden. Von der Leiterin der Frühförderstelle werden sie alternativ durch Elterngespräche mit gleichzeitiger Begutachtung des Kindes ersetzt. Damit passen sie sich dem Verfahren zu Beginn einer jeden neuen Frühförderbetreuung an. Die durch die Stadt seit Januar 2001 vorgesehene halbe Stelle (20 Stunden) für eine Sozialpädagogin wurde nie umgesetzt, es erfolgte lediglich eine geringfügige Anhebung der Freistellung für Leitungskapazität, die für Aufnahmegespräche bedürftiger Familien genutzt werde.

Eine Häufung der Kinder aus „sozialen Brennpunkten“ werde bei den Vermittlungen aus Sicht der Frühförderstelle nicht erkennbar.

---

<sup>15</sup> Dabei ist unklar, ob hierbei fachlich unterschiedliche Auffassungen, Konkurrenzgefühle oder die Angst, das ärztliche Budget zu überziehen, ursächlich sind.

Zwischen der Frühförderstelle und dem Gesundheitsamt besteht regelmäßiger Kontakt in Form von gemeinsamen Sitzungen, die alle vier bis sechs Wochen stattfinden. Eine bereits bestehende Grundlage für die Vermittlung von Kindern durch das Gesundheitsamt an die Frühförderstelle bildeten die Vorschuluntersuchungen des Gesundheitsamtes, die in Neu-Brandenburg bereits bei Kindern ab drei Jahren in Kitas durchgeführt wurden. Kinder, bei denen eine Förderbedürftigkeit auffällt, wurden mit Befunden an die Frühförderstelle weitergeleitet.

Auch die Frühförderstelle kritisiert wie das Gesundheitsamt das zu hohe Anliegen, generell die Einschulung in die Regelschule zum Ziel zu erheben. Sonderbeschulung sei durch die Frühförderstelle nicht in jedem Fall zu vermeiden. Ebenfalls auf Kritik stößt der lange Vermittlungsweg durch die verschiedenen behördlichen Institutionen (im Schnitt vier Monate). Er enthielte zu viele bürokratische Hürden und Zeitverzögerungen, die sonst schon für die Förderung genutzt werden könnten. Dem in der Konzeption erhobenen ganzheitlichen Anspruch an eine fachgerechte Frühförderung könne die Frühförderstelle aufgrund finanzieller und zeitlicher Beschränkungen in Beratungsgesprächen nicht entsprechen.

Im Vordergrund der Verbesserungswünsche steht für die Frühförderstelle

- eine intensive Kooperation mit dem Jugendamt,
- deutlich mehr personelle und finanzielle Kapazitäten für eine gezieltere Öffentlichkeitsarbeit, z.B. durch mehr Veranstaltungen oder mehr „Werbung“ in Kindertagesstätten und Familienbildungsstätten,
- eine bessere Kooperation mit Erziehungsberatungsstellen,
- Innerhalb der Frühförderung der Elternarbeit einen höheren Stellenwert einzuräumen und mit den Eltern am Erziehungs- und Beziehungsverhalten zu arbeiten, die Eltern- Kind-Beziehung zu verbessern, zu festigen und zu fördern.

#### **4. Elternbefragungen**

Um einen näheren Einblick in die Erfahrungen von Eltern, die den MSPD in Anspruch genommen haben, und deren Sichtweisen zu erhalten, wurden von einer Studentengruppe Interviews mit verschiedenen Eltern geführt. Hierzu wurden von der Mitarbeiterin des MSPD 18 Familien selektiv ausgewählt und vorbefragt; daraufhin wurden den StudentInnen die Adressen weiter gegeben. Im Anschluss erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme, und falls die Familien mit einem Gespräch zustimmten, ein Hausbesuch.

Bei vier der 18 Familien kam auch nach mehrmaligen Versuchen der Kontaktaufnahme kein Besuch zu Stande. Die übrigen 14 Familien wurden von einer Studentengruppe (je 2 Personen) zwischen Dezember 2001 und Februar 2002 aufgesucht und nach einem zuvor erstellten Leitfaden (Anlage 2) zu dem Mobilien Sozialpädagogischen Dienst befragt. Dabei bestätigten sich im Wesentlichen die später aus der Aktenlage entnommenen (vgl. Kap. 3.2.) Tendenzen: Knapp 2/3 der befragten Familien wurden durch die Auswegberater des Sozialamtes an den MSPD verwiesen, ca. 20% nahmen bei einer persönlichen Begegnung im Bürgerhaus Kontakt auf, je eine Familie wurde vom Jugendamt oder Verwandtschaft vermittelt. Bis auf zwei Ausnahmen lebten alle Kinder bei alleinerziehenden Müttern. Die angetroffenen Kinder im Schulalter besuchten überwiegend Sonderschulen, einige Kinder waren auch schwerbehindert.

Im Mittelpunkt der Bedürfnisse der Familien standen dennoch soziale Probleme, Fragen zur besseren Förderung der Kinder spielten bei den Wünschen der Familien nur eine untergeordnete Rolle. Auffallend war das große Vertrauensverhältnis zu den (bzw. der) Mitarbeiterin(nen). Meist wird ein großes Misstrauen zu Beginn geschildert (v.a. gegenüber Behörden), das jedoch fast durchgängig nach einem kurzen Kontakt abgebaut wurde. Auffallend war (wie von den Fachkräften beschrieben), dass – mit einer Ausnahme – die befragten Familien nicht wahrgenommen hatten, dass die Mitarbeiterinnen Angestellte des Jugend-

amtes sind – im Gegenteil wurde mehrfach betont, bei Problemen würden die Mitarbeiterinnen „dem Jugendamt ordentlich die Meinung sagen“.

Die Beratungsschwerpunkte der Fachpersonen haben sich zumeist an deren Bedürfnissen orientiert: Am häufigsten werden Hilfen bei der Vermittlung finanzieller Unterstützung und sonstiger materieller Hilfen (z.B. der Kleiderkammer) erwähnt, häufig auch die Vermittlung organisatorischer Hilfen (v.a. Kitaplätze) und weitere Beratungsangebote.

## **5. Fazit**

Mit dem beschriebenen Projekt zeigt sich eine in mehrerer Hinsicht bemerkenswerte Konstellation. Ist es in der heutigen Zeit außergewöhnlich, gerade im Sozialbereich und besonders in ausgewiesenen sozialen Brennpunkten neue Konzeptionen zu erproben und zu finanzieren, so hebt sich die Konzentration auf die Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei kleinen Kindern, die in Armutsverhältnissen leben, nochmals ab. Dass sich diesem Bereich bereits vor der allgemeinen Pisa-Diskussion gewidmet und hierzu ein eigener mobiler und wohnortnaher Dienst neu geschaffen wurde, erschien nach unserem Überblick bundesweit ohne Beispiel. Es liegt auf der Hand, dass der Ansatzpunkt Sozialamt für eine Früherkennung nicht unumstritten blieb. Von zahlreichen fachlichen und administrativen Seiten waren Bedenken zu hören, wesentliches Argument war eine mögliche zusätzliche Stigmatisierung von Sozialhilfeempfängern mit der Verknüpfung „entwicklungsauffällige Kinder“. Die Initiatoren des Projektes verwiesen hingegen auf die seit Jahrzehnten belegbare hohe Korrelation gerade in den Förderschulen (ehemalige Schule für Lernbehinderte) und darauf, dass gerade ein fortwährendes Nicht-Erfassen von Hilfebedarfen zu möglichen Entwicklungsauffälligkeiten, unnötigen Sonderschulaufnahmen und damit zu vermehrten Stigmatisierungen führe.

Wir haben ein Projekt vorgefunden, in dem sich zahlreiche Fachpersonen mit großem Engagement darum bemühen, Entwicklungsgefährdungen frühzeitig zu erkennen und diesen mit gezielten Förderungen zu begegnen. Wir haben aber auch gerade bei dem Mobilien Sozialpädagogischen Dienst ein starkes Bemühen um Hilfen bei strukturellen und finanziellen Problemen der Eltern feststellen können. Darüber hinaus fanden wir in den einzelnen Institutionen eine stetige Gesprächs- und Kooperationsbereitschaft.

Mit dem Projekt ist es gelungen, (innerbehördlich) verschiedene fachliche und administrative Ansätze miteinander zu verknüpfen und somit Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen zu einem permanenten Austausch zusammen zu führen. Dies wurde gegenüber dem genehmigenden Kostenträger mit primär zwei Argumenten vermittelt:

- Zum einen wurde ein dringender Bedarf nachgewiesen, den in den Jahren zuvor z.T. dramatisch gestiegenen Sonderschulaufnahmen entgegen zu wirken; damit verbunden war die Hoffnung, für die öffentliche Hand insgesamt könne dies zu einer Kostenneutralität führen.
- Zum anderen wurde dargelegt, dass präventive Angebote möglichst im Vorfeld sich zeigender Entwicklungsstörungen wesentlich effektiver greifen als verspätet ansetzende therapeutische oder (heil)pädagogische Maßnahmen.

Die dargestellten Beschreibungen zeigen auf, dass es dem MSPD sehr bald und umfangreich gelungen ist, sich mit seiner Wohnortnähe in sozialen Brennpunkten zu etablieren und von einem Großteil der Familien angenommen zu werden. Diese überraschend deutlichen Erfolge mit einer Konzentration auf soziale Brennpunkte zeigen sich auch dadurch als bemerkenswert, dass ein mindestens 10%iger Anteil an Selbstmeldern bei professionellen Diensten in einem schwierigen sozialen Umfeld als Erfolg zu werten ist.

Demgegenüber ist es dem Projekt nicht gelungen, eine umfassende interdisziplinäre Kooperation unter Einbindung behördenexterner Fachpersonen und Institutionen mit nahtlosen Übergängen zu fördern. Noch immer sind Akzeptanzprobleme bei professionellen Kooperati-

onspartnern spürbar, eine effektive Integration der verschiedenen diagnostischen Schritte zu einem transdisziplinären Gesamtangebot zeichnet sich bislang nicht ab.

Unklarheiten und Gesprächsbedarf blieben auch noch bzgl. mancher diagnostischer Bewertungskriterien, bspw. wenn zu den am häufigsten protokollierten Auffälligkeiten in den Familien der Status „unsaubere Wohnung“ gehört. Hier bleiben Fragen insbesondere nach dem pädagogischen Verständnis der Hilfen offen, die sich in dem Spannungsverhältnis der helfenden Angebote zwischen autonom bleibenden Familien und dem Respekt vor ihrer individuellen Lebensführung und einem traditionellen behördlichen Kontrollbedürfnis zum Wohle der erfassten Kinder fokussieren.

Die Arbeitsgruppe der Fachhochschule hat mit dem vorliegenden Bericht lediglich Ergebnisse einer groben Bestandsaufnahme zusammen gefasst. Bereits nach einer ersten Gesprächsrunde im Mai 2002 wurden Details innerhalb der Abläufe (v.a. im Bereich der Dokumentation) verändert. Dabei wurde der Wille der durchführenden Fachpersonen deutlich, die ursprüngliche Konzeption in erheblichen Punkten zu modifizieren.

Das Projekt ist inzwischen von zahlreichen Neuregelungen betroffen, die das Gesamtkonzept in ihrer Ausgestaltung verändern werden. Dies birgt neue Gefährdungen für ein mutiges Projekt (gerade in einer Zeit finanzieller Engpässe bei der öffentlichen Hand), gleichzeitig ergeben sich hierdurch aber auch Chancen, moderne fachliche Ansätze zu intensivieren und auszubreiten.

## **6. Perspektive**

Die Stadt Neubrandenburg hat zwischenzeitlich beschlossen, das Projekt mit dem „Mobilen Sozialpädagogischen Dienst“ über die vierjährige Modellphase hinaus fortzuführen und als Bestandteil des Jugendamtes in seine Angebote fest zu integrieren. Angesichts des in der Konzeption beschriebenen hohen Anteils an Kindern mit „sonderpädagogischem Förderbedarf“ zum Zeitpunkt der Einschulung (19% aller Kinder, vgl. Anlage 1) erscheint ein fachlicher Ausbau von familienorientierten Förderhilfen bereits im Vorfeld der Schulaufnahme für dringend geboten.

Von den sich unabhängig von der derzeitigen praktischen Umsetzung des Modellprojektes im Zuge gesetzlicher Neuregelungen ergebenden weiteren Modifizierungsnotwendigkeiten, die die bisherigen Abläufe in Frage stellen, gleichzeitig aber auch Ansatzpunkte für eine fachliche und strukturelle Weiterentwicklung darstellen können, möchten wir nachfolgend zwei Aspekte hervorheben:

- Mit Inkrafttreten von Hartz IV am 1.1.2005 ist die Rolle der Auswegberater auf die Fallmanager der Bundesagentur übertragen worden. Soll dieser – bislang primäre - Zugangsweg in das Projekt über die Beantragung von Sozialleistungen erhalten bleiben, müssen die dortigen Berater in das Projekt eingebunden werden. Ihnen wird es künftig obliegen, Familien mit kleinen Kindern das Angebot des MSPD darzulegen, das Interesse zu erfragen und ggf. persönliche Daten an das städtische Jugendamt weiter zu leiten. Unabhängig hiervon wird der Dienst als offene Anlaufstelle insbesondere in sozialen Brennpunkten als zweiter Zugangsweg weiter auszubauen sein.
- Mit Inkrafttreten des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) am 1.7.2001 und der sie konkretisierenden Frühförderverordnung (FrühV) am 1.7.2003 nach der Verabschiedung von Bundestag und Bundesrat besteht die Notwendigkeit der fachlichen Ausgestaltung der Frühförderangebote zu einer interdisziplinär abgestimmten *Komplexleistung* und der Ausbau der Frühförderstellen zu „interdisziplinären Frühförderstellen“ (IFF). Damit sind umfassende Kooperationsstrukturen zwischen verschiedenen (pädagogischen, psychologischen und medizinischen) Systemen auf- und auszubauen. Es erscheint sinnvoll, auch die fachlichen Angebote der Ämter in dieses Gesamtsystem zu integrieren.

Die damit sich neu ergebenden oder umverteilten Ressourcen eröffnen die Möglichkeit einer fachlich fundierten Umgestaltung. Dies könnte den weiteren Ausbau von Kooperationsstruk-

turen mit Kindertagesstätten und niedergelassenen Fachpersonen, infolge der Ausweitung des Zielgruppenalters auf 10 Jahre auch mit den Schulen, forcieren. Gleichzeitig könnte die Umgestaltung genutzt werden, derzeitige noch bestehende Problembereiche des Projektes zu analysieren und ihnen im Zuge einer konzeptionellen Weiterentwicklung entgegen zu wirken. Für die Arbeitsgruppe bieten sich hier vier Bereiche an:

- Das Projekt zeichnet sich durch zahlreiche wechselnde Anlaufstellen und Ansprechpartner für die Familien aus. Die Umsetzung der derzeitigen Konzeption führt einschließlich der Aufnahme durch eine Frühförderstelle (oder eine andere fördernde Einrichtung) zum Anlegen von 6 verschiedenen Akten von Kind und Familie (beim Sozialamt, dem MSPD, ärztlicher Bereich im Gesundheitsamt, psychologischer Bereich, Protokollakte des I-Teams, Interdisziplinäre Frühförderstelle). Jede neue Anlaufstelle birgt – unabhängig von ihrer Fachkompetenz – eine zusätzliche emotionale Belastung für die Familie und eine erhöhte Zugangsschwelle. Dies ist den Familien aber auch im Interesse einer effektiven Ausgestaltung eines niedrigschwelligen Früherkennungsangebotes nicht zumutbar. Von Seiten der Frühförderstelle wird zudem auch das hierdurch zeitlich verzögerte Aufnahmeverfahren (von ca. 4 Monaten) kritisiert.
- Gleichzeitig beschränken sich diese Instanzen ausschließlich auf behördeninterne Angebote. Es sind Anzeichen erkennbar, die eine gegenseitige Abgrenzung zu externen Institutionen und Fachpersonen vermuten lassen. Diese Tendenzen müssen im Rahmen einer konzeptionellen Weiterentwicklung zu einer Gesamtkonzeption überwunden werden.
- Auch die interdisziplinäre Kooperation ist nur auf behördeninterne Fachbereiche (Sozialamt, Gesundheitsamt, Jugendamt einschließlich MSPD) beschränkt. Externe Kompetenzen werden in die Fallbesprechungen auch dann nicht einbezogen, wenn sie unmittelbar an der Behandlung oder Betreuung des Kindes beteiligt sind - weder niedergelassene Fachkräfte, noch Institutionen wie Kliniken oder Frühförderstelle, auch nicht betreuende Kindertagesstätten. Dies schränkt die Substanz und Verbindlichkeit der durchgeführten Fallbesprechungen ein. Deren Ausgestaltung entspricht bislang weder im I-Team noch in der Frühförderstelle den Ansprüchen an eine interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanerstellung – wie sie in der FrühV gefordert wird. Aus unserer Sicht bietet es sich an, eine engere Verflechtung und Koordination der verschiedenen Instanzen herbeizuführen, die im Zuge einer fachlich abgestimmten Gesamtsituation klare Zuständigkeiten und möglichst niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten gewährleisten.
- Zu denken gibt, dass die Frühförderstelle angibt, aufgrund der zu knappen (finanziellen) Ressourcen kein „ganzheitliches“ Angebot – wie es das SGB IX vorschreibt – vorhalten zu können. Dies ist aus unserer Sicht nachvollziehbar. Zur Umsetzung bestehender gesetzlicher Vorgaben ist eine Verlagerung von Ressourcen und Kompetenzen notwendig, um ein abgestimmtes Angebot zu stärken. Dies betrifft die Diagnostikphase ebenso wie die Notwendigkeit eines klaren Schemas für eine interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanerstellung und die entsprechenden fallbezogenen Absprachen. Diese sollten von festen Bezugspersonen für die Familien i.S.v. „case-managern“ koordiniert werden, dabei sollten alle beteiligten Fachpersonen inhaltlich eingebunden werden (ggf. unter Einbeziehung der Erziehungsberechtigten, zumindest in enger Kooperation).

Eine bessere Koordinierung von bisherigen Einzelleistungen im Rahmen von Komplexleistungen birgt in vielen Bereichen Chancen für fachliche Verbesserungen, bspw.

- könnten die ärztlichen und psychologischen Kompetenzen des Gesundheitsamtes stärker in die Interdisziplinäre Frühförderung eingebunden werden und damit zu einer fachlichen Aufwertung führen,
- stellt sich die Frage, ob die bislang unabgestimmten Teambesprechungen (I-Team, Frühförderstelle, Hilfeplanungen etc.) oder Einzeldiagnostiken (z.B. bei niedergelassenen Fachkräften) koordiniert und in *einer* Absprache zusammengefasst werden können,
- erscheint ein offener Zugang – wie beim MSPD gewährleistet – nicht nur für sozial benachteiligte Familien wesentlich, sondern für alle Eltern von Kindern mit Entwicklungsauf-

fälligkeiten oder Behinderungen. Insbesondere ist dies in der sensiblen Kontaktphase zu einer IFF notwendig, bislang jedoch administrativ nicht gewährleistet. Eine Koordination oder ein Zusammenführen der beiden Angebote könnte dem abhelfen.

Unabhängig von der organisatorischen Einbettung kommt es der Effektivität der gesamten Struktur von Früherkennung und Frühförderung zu Gute, wenn es gelingt, den MSPD zu einem hochqualifizierten Dienst auszugestalten, der unterschiedliche Kompetenzen transdisziplinär vereint und bereits im Rahmen des Erstkontaktes möglichst umfassend ansetzen kann. Es war Ziel der Arbeitsgruppe, hierzu einen Beitrag zu leisten, indem sie eine Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung der dort tätigen Fachperson(en) sowie ein gezieltes Erhebungs- und Dokumentationsschema für eine Anamneseerhebung konzipiert hat (Anlagen 7 und 8). Zu dessen Umsetzung bedarf es einer fortlaufenden Qualifizierung und Supervision der Fachkräfte. Wie die Umsetzung eines solchen Kompetenzprofils erfolgt (und ob hierbei ggf. ergänzend auf Kompetenzen anderer Institutionen zugegriffen werden kann), ist abhängig von der weiteren organisatorischen Ausgestaltung.

Ziel einer wegweisenden Perspektive muss die möglichst weitgehende Integration aller kooperierenden Dienste in eine allgemeinverbindliche und umfassend anerkannte Gesamtkonzeption sein, die nicht nur separierende Einzelangebote addiert, sondern alle Angebote der öffentlichen und freien Träger und der niedergelassenen Fachpersonen integriert und bündelt.

Mögliche Perspektive könnte hierbei ein Kompetenzzentrum für Vorschulkinder sein, das außer für Diagnostik-, Beratungs- und Therapieinstitutionen auch für Kindertagesstätten nutzbar wäre.

Neubrandenburg, den 12. Februar 2005

Prof. Dr. Armin Sohns