

# **Symposium Frühförderung in Postdam (05. März 2005): Workshop „Organisationsmodelle interdisziplinärer Diagnostik“**

## *Einführung*

Um die Frage zu klären, welche Ansprüche an die Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung gestellt werden können, müssen als Ausgangslage drei Ebenen in den Blick genommen werden:

1. Der derzeitige Struktur der Frühförderangebote und ihre Finanzierung
2. Der Hilfebedarf an Frühförderung in seinen verschiedenen Facetten
3. Die gesetzlichen und fachlichen Ansprüche, die bei der Ausgestaltung einer „Komplexleistung“ zu erfüllen sind.

Diese Ausgangslage ist geprägt von einer flächendeckenden Struktur an Einrichtungen, die auf eine wohnortnahe Versorgung ausgerichtet ist; kaum ein Hilfesystem im deutschsprachigen Raum zeichnet sich als derart familiennah und familienzentriert aus wie das von den (pädagogischen) Frühförderstellen überwiegend mobil durchgeführte Angebot. Infolge der primären Zuständigkeit der örtlichen Sozial- und Jugendhilfeträger für die Frühförderstellen ist deren finanzielle Ausstattung regional völlig unterschiedlich, entsprechend unterscheiden sich auch Angebotsstrukturen und Qualifikationen der Fachpersonen erheblich. Parallel zu dem primär pädagogisch entstandenen System der Frühförderstellen fußt Frühförderung auch auf einem medizinisch-therapeutischen Standbein, das in Kostenträgerschaft und in seiner traditionellen Einbettung unter völlig anderen Bedingungen tätig ist. Beide Systeme haben traditionell keine systematischen Berührungspunkte und arbeiten noch immer häufig unvermittelt nebeneinander.

Dabei stellt der Bedarf an professionellen Hilfen für kleine Kinder mit Entwicklungsgefährdungen hohe und sich stetig verändernde Anforderungen an die fachliche Ausgestaltung. Wir müssen in den letzten 30 Jahren gravierende Steigerungsraten an Anmeldungen in Frühfördereinrichtungen und an (spätestens dann festgestellten) Entwicklungsstörungen zum Zeitpunkt der Schulaufnahme registrieren. Moderne fachgerechte Angebote mussten sich darauf einstellen, die spezifische Situation der Familien wahrzunehmen und als Teil der Frühförderung zu integrieren:

Familien, deren Kind eine Entwicklungsstörung oder -gefährdung zeigt, sind in hohem Maße sensibilisiert, häufig gekränkt und verletzt. Sie müssen eine höhere Alltagsbelastung bewältigen; gleichzeitig verkleinert sich jedoch oft gerade bei diesen Familien der Freundes- und Bekanntenkreis – dem einerseits höheren Hilfebedarf stehen andererseits höhere Hemmschwellen gegenüber, Außenstehende um Hilfen nachzusuchen. Zusätzlich steigen die Ansprüche an die Normalentwicklung der Kinder: je stärker Kinder nach Leistungsgesichtspunkten beurteilt werden, desto höher werden Diskrepanzen wahrgenommen. Wir müssen uns nicht wundern, dass zunehmend mehr Familien diesem Druck nicht gewachsen sind. Die Folge sind häufigere innerfamiliäre Konflikte und Trennungen (besonders bei einem Kind mit Behinderung) und stark anwachsende Auffälligkeiten (auch im Gesundheitsbereich) insbesondere bei sozial schwachen Familien, die von den bisherigen Früherkennungssystemen nur unzureichend erkannt werden.

Die Gesetzgeber (Bundestag und Bundesrat) haben dies zum Anlass genommen, moderne fachliche Ansprüche als Antwort auf neue Herausforderungen mit dem Rehabilitationsgesetz (SGB IX) und der weiterführenden Frühförderungsverordnung (FrühV) zu verstärken. Zentrale Einrichtungen der Frühförderung werden künftig einerseits Interdisziplinäre Frühförderstellen sein, die demnach Berufsgruppen unterschiedlicher Disziplinen unter ihrem Dach vereinen, sowie Sozialpädiatrische Zentren, die laut Gesetz überregional arbeiten und die Arbeit der regionalen Frühförderstellen und niedergelassenen Ärzte ergänzen. Fachlich hat der Gesetzgeber in den §§ 3 und 4 des SGB IX die Ansprüche an präventive Maßnahmen, einer möglichst weitgehenden Integration und an eine ganzheitliche Arbeitsweise vorgegeben. Diese Messlatte muss bei der künftigen Ausgestaltung der Komplexleistung Frühförderung berücksichtigt werden.

## *Die Präferenz der Frühfördereinrichtungen für eine interdisziplinäre Diagnostik*

Die Durchführung von Frühförderung lässt sich in verschiedene Arbeitsschritte unterteilen, in einer groben Einteilung unterscheiden wir die Bereiche Früherkennung, Interdisziplinäre Diagnostik, Interdisziplinäre Förderplanerstellung, Förderung und

Behandlung, Elternberatung und -begleitung und die Kooperation der beteiligten Fachkräfte. Gerade für die Interdisziplinäre Diagnostik hat sich das System der Frühförderung bereits in der Vergangenheit mit seiner mobilen Arbeitsweise und seinen interdisziplinären und familienorientierten Ansprüchen als besonders geeignet erwiesen. Es vereint mit seinem umfeldorientierten Blickwinkel unmittelbare Erkenntnisse aus den verschiedenen Sozialisationspunkten, besonders aus Elternhaus und der Kindertagesstätte, und trägt den zentralen Parametern Soziale Integration und Ganzheitlichkeit in besonderem Maße Rechnung.

## *Verschiedene Organisationsmodelle*

In der Umsetzung der Interdisziplinären Diagnostik durch Frühfördereinrichtungen haben sich in der Vergangenheit sehr verschiedene Modelle etabliert. Um einen groben Überblick zu bekommen haben wir die an einer Eingangsdiagnostik beteiligten Systeme in einem Schaubild zusammengefasst und sechs verschiedene Organisationsmodelle nebeneinander gestellt:

### Abb. 1: Beteiligte der Diagnostik

Im Mittelpunkt stehen Eltern und Kind, die sich einer Vielzahl zumeist anonymer Institutionen gegenüber sehen. Auf der einen Seite die Frühförderinstitutionen Interdisziplinäre (IFF) und schwerpunktmäßig pädagogische Frühförderstellen (FFST), in einigen Ländern besondere Diagnostikteams (hier als Beispiel die Früherkennungsteams aus Niedersachsen, FET) und schließlich Sozialpädiatrische Zentren (SPZ). Gerade in den Frühförderstellen besteht häufig der fachliche Anspruch, dass den Familien eine zentrale Bezugsperson als Ansprechpartner („case manager“) zu Erklärungen und dem Auffangen von Unsicherheiten zur Verfügung steht. Diese hält sowohl Kontakt zu den medizinisch-therapeutischen Fachkräften (Therapeuten, Ärzte) als auch zu den pädagogisch-psychologischen. Zudem werden die Eltern mit völlig unterschiedlichen Kostenträgerstrukturen konfrontiert: Zum einen dem System der Krankenkassen (die Leistungen auf ärztliches Rezept finanzieren), zum anderen pädagogischen Leistungen, für die die örtlichen Sozial- oder Jugendhilfeträger zuständig sind. Zumeist wird von diesen zusätzlich noch der Öffentliche Gesundheitsdienst einbezogen mit dem Ziel, den Anspruch auf Frühförderung aus ärztlicher Sicht nochmals zu überprüfen. Schließlich beeinflussen in manchen Ländern auch Landesregelungen oder ergänzende Finanzierungen die Organisationsstrukturen (neben den FET in Niedersachsen z.B. die sonderpädagogischen Beratungsstellen in Baden-Württemberg oder die Kindertagesstättenfachberater in Hessen).

### Abb. 2: additives Modell

Noch immer ist der Alltag von Frühförderung häufig durch „Multidisziplinarität“ gekennzeichnet, bei der verschiedene Fachkräfte von Eltern und Kind aufgesucht werden und eine professionelle Arbeit leisten, die additiv aufeinander folgt und nicht mit einander abgestimmt wird. Mitunter wissen die einzelnen Fachkräfte gar nicht von den Tätigkeiten der anderen. Die Finanzierung erfolgt über die Kommunen oder Krankenkasse je nach Rezept/Antrag und Zuständigkeit.

### Abb. 3: Früherkennungsteams

Bei diesem niedersächsischen Modell der FET arbeiten – angebunden an eine Frühförderstelle, jedoch als eigenständiges Team – Fachpersonen der ärztlichen, psychologischen, pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen zusammen mit dem Ziel, eine abgestimmte Eingangsdiagnostik zu erstellen. Die einzelnen Arbeitsabläufe (additive oder gleichzeitige Begutachtung durch alle Fachpersonen) sind hierbei regional unterschiedlich konzipiert. Verbindlich sind eine gemeinsame Abstimmung und ein einheitlicher Diagnostikbericht. Es besteht eine Mischfinanzierung zwischen Kommune und Krankenkasse, ergänzt durch Fördermittel des Landes.

### Abb. 4: Sozialpädiatrische Zentren

In den SPZ ist eine interdisziplinäre Diagnostik zentraler Bestandteil des Konzeptes. Hierzu arbeiten die verschiedenen Berufsgruppen unter einem Dach. Es gibt allerdings SPZ, in denen keine pädagogischen Fachpersonen tätig sind. Die gesamte Diagnostik erfolgt unter ärztlicher Leitung. Hauptkostenträger sind die Krankenkassen, in zahlreichen Regionen sind die Kommunen als ergänzender Kostenträger beteiligt.

### Abb 5: Modell Brandenburg

In Brandenburg ist die inhaltliche Diskussion um die Ausgestaltung der Komplexleistung relativ weit gediehen. Hier ist bislang vorgesehen, die verschiedenen Berufsgruppen in eine Interdisziplinäre Frühförderstelle zu integrieren. Die verbindliche ärztliche Beteiligung soll landesweit einheitlich durch das Einbeziehen der ÄrztInnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgen. Eine Anerkennung dieses Modells durch die Krankenkassen ist noch nicht abschließend geklärt.

#### Abb. 6: Externes Diagnostikmodell

Zahlreiche pädagogische Frühförderstellen streben an, eine interdisziplinäre Diagnostik durch das Einbeziehen externer – vorwiegend niedergelassener – Fachpersonen zu gewährleisten, um ein kooperatives Verhältnis zu den ärztlichen und therapeutischen Praxen zu erhalten und auszubauen. Die externen Fachpersonen wären dann nur für die Diagnostikphase einbezogen, eine fortlaufende Kooperation in einem Team wäre damit nicht gewährleistet.

#### Abb 7: Verschmelzungsmodell

In einigen Regionen wird ein Zusammenschluss von pädagogischen Frühförderstellen mit vorwiegend medizinisch-therapeutischen Behandlungszentren erwogen, die dann als interdisziplinäre Frühförderstelle im Sinne der FrühV fungiert. Nähere Details zur innerbetrieblichen Organisation und der Anerkennung von Standards durch die Kostenträger liegen noch nicht vor.

### *Perspektive*

Es gibt bislang kein Modell, auf das sich die Fachpersonen der Frühförderung einheitlich festlegen. Allerdings lassen sich einige Kriterien einvernehmlich bestimmen, die zur erfolgreichen Umsetzung einer Komplexleistung Frühförderung erfüllt sein müssen:

1. Der Zugang muss in Form einer „offenen Anlaufstelle“ möglich sein. Die Zugangsvoraussetzung „ärztliche Veranlassung“ kann insofern eine ärztliche Überweisung (des Hausarztes oder eines Facharztes) sein. Es muss aber auch möglich sein (z.B. bei einer Vermittlung durch eine Kindertagesstätte), dass die ärztliche Kompetenz erst durch die Frühförderstelle hinzugezogen wird (entweder als Arzt im Team oder durch Kontakt zum Haus- oder Kinderarzt). Mit dessen Zustimmung wird dann eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik eingeleitet.
2. Es muss die Mobilität der Fachpersonen (der Frühförderstelle) bei Bedarf gewährleistet sein. Anzustreben ist eine Wahlmöglichkeit für die Eltern, insbesondere beim Erstkontakt. Dies ist bei der Mehrzahl der deutschen Frühförderstellen gegeben.
3. Für die Familie ist eine zentrale AnsprechpartnerIn sinnvoll, die sich dafür verantwortlich weiß, bereits durchgeführte Diagnostiken zusammen zu tragen und interdisziplinär auszuwerten. Ziel ist es, belastende und kostenintensive Doppeldiagnostiken künftig zu vermeiden.
4. Je nach Fragestellung muss flexibel interdisziplinär abgesprochen werden, welche Diagnostiken noch notwendig sind, um gemeinsam mit der Familie einen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen.
5. Unabhängig von der (strittig diskutierten) Frage, welche Personen an einer Teambesprechung zur Förder- und Behandlungsplanerstellung teilzunehmen haben, bedarf es bedarf eines regional ausgestalteten Netzwerkes von Hilfeangeboten, aus denen individuell für jedes Kind und jede Familie notwendige Hilfen ausgewählt werden können.
6. Der abgestimmte Förder- und Behandlungsplan ist die Grundlage für die Entscheidung der Kostenträger. Wünschenswert ist auch bei einer Mischfinanzierung die Federführung eines Kostenträgers, der sich die Refinanzierung bei den übrigen Rehabilitationsträgern selbst organisiert. Eine Änderung des Förder- und Behandlungsplans sollte nur in Anstimmung mit dem zuständigen Fachgremium möglich sein. Ggf. sollten bei Unstimmigkeiten von hier weitere Diagnostiken ausgehen.