

Helmut Hollmann

Wirkung der Kooperation von Frühförder- und Beratungsstellen und Sozialpädiatrischen Zentren

Fachvortrag beim 11. Forum Frühförderung, überregionale Arbeitsstelle Frühförderung
Brandenburg

Potsdam 09. September 2009

Frühförder- und Beratungsstellen bilden mit den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) ein komplementäres System der Hilfe für Familien mit jungen Kindern, die von gravierenden Entwicklungsstörungen oder Behinderungen betroffen sind. Demzufolge sind die Institutionen nicht nur vom gesetzlichen Auftrag her, sondern auch in ihrer funktionellen Ausrichtung unabdingbar Kooperationspartner. Nur dabei können sich die teilweise spezialisierten diagnostischen Möglichkeiten der im Gesundheitssystem verankerten SPZ mit den heilpädagogischen/ therapeutischen Aspekten der Frühförder- und Beratungsstellen zum Nutzen und im Interesse der Betroffenen verbinden. Eine besondere Bedeutung kommt hier dem Aspekt der mobil-aufsuchenden Frühförderung zu. Eine gelingende Kooperation kann jedoch nur dann entstehen, wenn bei allen Beteiligten die Bereitschaft hierzu da ist: „Es passiert nichts Gutes – außer man tut es!“.

Der Fachvortrag stellt verschiedene Grundlagen für die erfolgreiche Zusammenarbeit vor, die insbesondere zu einer Überwindung der Systemgrenzen geeignet sind. Abschließend wird das Bonner Modell für Frühe Entwicklungsförderung als Möglichkeit einer ressourcenschonenden Kooperation erläutert.

Grundlagen der Entwicklungsförderung und Therapie

Es bestehen sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie Entwicklungsförderung und Therapiemaßnahmen zu gestalten sind. Dies beginnt mit weit differierenden Erwartungshaltungen zwischen Eltern, Kinder- und Jugendärzten, Therapeuten und der Gesellschaft. Während die Eltern ausschließlich das Wohl des eigenen Kindes und eine klare Diagnosestellung sowie rasche Hilfe bei Problemen vor Augen haben, spielt für die professionellen Helfer der ökonomische Aspekt eine zunehmend wichtige Rolle. Dies betrifft sowohl die eigene Einkommenssicherung als auch den Umgang mit Grenzsetzungen, die durch die jeweiligen Finanzierungssysteme Gesundheit bzw. Soziales vorgegeben sind. Die Gesellschaft erwartet eine Vielzahl gesunder Kinder als Stütze der Zukunftssicherung und wünscht gleichzeitig möglichst geringe Aufwendungen für solche Kinder, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung diese Anforderung zumindest primär nicht erfüllen können.

Aus diesen teilweise diametral entgegengesetzten Positionen heraus entwickeln sich unterschiedliche Ängste, die das Vorgehen sowie die Beziehung der Beteiligten untereinander erheblich beeinflussen. Gleichzeitig ist zu attestieren, dass die vorhandenen Möglichkeiten ebenso wie die hierfür vorgehaltenen finanziellen Mittel ausgezeichnet sind. Somit stellt sich die Frage nach einer Optimierung des Einsatzes. Um zu einer Annäherung zu gelangen, ist es hilfreich, einige Bedarfszahlen abzusichern. Nach übereinstimmenden Erhebungen in den Einschulungsuntersuchungen, die bundesweit mit einigen Einschränkungen, aber noch etwa flächendeckend systematisch durchgeführt werden, ist davon auszugehen, dass gut 5% aller Kinder eines Jahrgangs von Behinderung betroffen sind. Maßstab hierfür ist die Notwendigkeit einer unmittelbaren sonderpädagogischen Förderung. Weitere 11-12% weisen deutliche Entwicklungsstörungen auf, die einer zusätzlichen Abklärung und therapeutischer Maßnahmen bedürfen. Diese Zahlen am Ende der Lebensspanne, die vom Gesetzgeber als Zuständigkeitsbereich der Frühförderung „bis zum Schuleintritt“ definiert worden ist, bestimmen von der Größenordnung her die Gruppe der jungen Kinder, die in den ersten Lebensjahren besonders gefördert werden sollten. Hierzu zählt unabdingbar die Beratung und Anleitung der Bezugspersonen.

Wenn etwa 15% der Kinder eines jeden Jahrgangs von Entwicklungsabweichungen im Sinne der Störung bis hin zu Behinderungen betroffen sind, stellt sich unmittelbar die Frage nach Art und Umfang der notwendigen Interventionen. Hier ist in den vergangenen Jahren im wissenschaftlichen Bereich eine grundlegende Änderung der Auffassungen eingetreten; dieser „Paradigmenwechsel“ hat aber noch keinen entsprechenden Niederschlag bei Ärzten,

Therapeuten und Pädagogen sowie den Kostenträgern und in der Politik gefunden. Traditionelle Überzeugungen bis etwa in die Jahre um 1970 bis 1980 gingen davon aus, dass Kinder gezielt gefördert werden müssten, dieses Ziel von Fachleuten definierbar sei und somit das Ergebnis der Früh-Förderung entscheidend von den Fähigkeiten und dem Engagement der Fachleute bestimmt werde. Spezifische Methoden seien erforderlich, und die Therapie müsse so früh und intensiv einsetzen wie möglich. Diese Sichtweisen haben sich seither in der Therapieforschung und Evaluation nicht bestätigen lassen. In der Cochrane Bibliothek zur evidenzbasierten Medizin existieren keine hochwertigen Studien zu Physiotherapie und Ergotherapie in der frühen Entwicklungsförderung; die Metaanalyse von Law et al. (2004) zeigt eine sichere Wirksamkeit für die logopädische Behandlung nur hinsichtlich Artikulation und Wortschatz-Erweiterung, gering bei Störungen der Grammatik und kaum Möglichkeiten zur Beeinflussung des Verständnisses. Spittle et al. (2007) haben darüber hinaus in der Metaanalyse zur Auswirkung von frühen Entwicklungsprogrammen für die Vermeidung motorischer oder kognitiver Einschränkungen bei ehemaligen Frühgeborenen festgestellt, dass zwar die entsprechend betreuten Kinder zunächst einen Vorsprung in der kognitiven Entwicklung aufwiesen, diese sich aber im Schuljahr wieder angeglichen und damit verloren hat. Im Gegensatz zu diesen ernüchternden Befunden stehe eine Vielzahl von Untersuchungen, die Effekte von Interventionen bei Berücksichtigung des Umfeldes belegen. Bereits Dunst et al. haben in ihrer Metaanalyse zur Effektivität früher Interventionen allgemein 1989 belegen können, dass Lernprogramme wirksam sind bei jungen, psychosozial deprivierten Kindern in Hinblick auf die Situation der Familie und insbesondere die Interaktion. Kernaussage der bis heute fortgeschriebenen Befunde ist die Auffassung, dass es nur durch eine geeignete Anregung der Eigenaktivität des Kindes als zentralem „Entwicklungs-Motor“ zu positiven Effekten sowohl hinsichtlich der verschiedenen funktionellen Bereiche als auch der Kognition kommt, da das Kind über die Selbstwirksamkeit entsprechende Erfahrungen macht und lernt. Voraussetzung hierfür ist die Gestaltung des Umfeldes durch die zentralen Bezugspersonen im Sinne eines „fördernden Milieus“. Erst hierdurch gelingt die Einübung und Ausgestaltung neuer Fähigkeiten auf der Basis der Bereitstellung von Grundlagen hierfür durch die organische Differenzierung des Gehirns auf der Ebene neuronaler Netzwerke. Die prozentuale Verteilung zwischen organischer Disposition und Beeinflussung durch die Umwelt ist dabei unterschiedlich ausgeprägt, nach den Daten der hierzu vorliegenden Publikationen aber mit einer erheblichen Ausprägung der Umgebungseinflüsse. Umgekehrt bedeutet dies, dass Kinder aus einem anregungsarmen oder belasteten Milieu grundlegend in ihrer Entwicklung benachteiligt sind. Dies ist eine der Kernaussagen, die sich aus dem 1. Deutschen Kinder- und Jugendgesundheits-Survey KiGGS 2007 ableiten.

In der Umsetzung dieser Kenntnisse für die Praxis von Frühförderung und SPZ bedeutet dies, dass stets ein mehrdimensionaler Diagnostik- wie Interventionsansatz befolgt werden muss. Die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie MBS erfasst deshalb die Bereiche Entwicklung/ Intelligenz, Körperlich-neurologische Befunde, Psychische Befunde, Soziale Begleitumstände und Abklärung der Ätiologie. Dieses EKPSA-Schema wird zukünftig systematisch um den Aspekt der Teilhabe auf der Basis von ICF-Kriterien erweitert. Abgeleitet von den Fähigkeiten und Einschränkungen des Kindes sowie den Ressourcen des Umfeldes, insbesondere der Familie, muss die Behandlungsstrategie auch bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes darauf abzielen, langfristige Perspektiven zu eröffnen, ohne der Versuchung zu erliegen, kurzfristige Erfolgs- oder gar Heilungsversprechen zu vermitteln. Je stärker die organische Läsion mit Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist, desto weniger sind Aufholentwicklungen möglich. Andererseits können Kompensationsmechanismen im Sinne der neuronalen Plastizität nur dann optimal eröffnet werden, wenn dem Kind die entsprechenden Möglichkeiten zur eigenen Erfahrung eröffnet werden. Die Rolle von Therapeuten, Erziehern und Pädagogen kann am besten als die eines kompetenten Partners und fachkundigen Beraters beschrieben werden. Die Einbeziehung der Eltern sowie anderer Bezugspersonen ist konzeptioneller Schwerpunkt eines solchen Vorgehens, das dem vorliegenden Wissen über Entwicklungsbedingungen entspricht. Übergeordnetes Ziel der einzuleitenden Maßnahmen ist es, dem Kind im Rahmen seines

individuellen Entwicklungskorridors die optimale Ausschöpfung des vorhandenen Entwicklungspotenzials zu ermöglichen.

In Hinblick auf die Bezugspersonen ist die vorausschauende Gesundheitsberatung ein bisher vernachlässigter Bereich. Es obliegt der besonderen Verantwortung von Ärzten, Therapeuten und Pädagogen in den Institutionen von Frühförderung und SPZ, Eltern auf den individuellen Entwicklungsverlauf ihres Kindes vorzubereiten. Dies umfasst die Vorbereitung auf mit hinlänglicher Sicherheit zu erwartenden Verhaltensmuster in der nächsten Entwicklungszeit ebenso wie die kontinuierliche Heranführung an die realistische Einschätzung des eigenen Kindes, um so einerseits auftretende schwierige Phasen in ihren negativen Auswirkungen durch Vorbereitung möglichst gering zu halten, andererseits die Grundlage zu schaffen für den notwendigen Bewältigungsprozess bei einem sich manifestierenden ungünstigen Verlauf. Empathie, Koordination, Professionalität, Strategie des Vorgehens, Ausdauer und Toleranz sind somit Kernbegriffe, die sich in diesem Sinne ebenfalls zum EKPSA +T-Schema verbinden lassen.

Vom Nebeneinander zum Miteinander: das System der frühen Entwicklungsförderung

Frühe Hilfen werden in ganz unterschiedlicher Form und aus verschiedenen gesetzlichen Systemen geleistet. Beginnend mit der Schwangerschaftsberatung nach dem soeben im August 2009 neu verabschiedeten Schwangerschaftskonfliktgesetz setzen sich die Interventionen fort über die Maßnahmen der Frühförderung und IFF (SGB IX, §§30+56) und über sämtliche Maßnahmen des Gesundheitswesens (SGB V), wo auch die SPZ (§§ 119, 43a) verankert sind. Schließlich kommen Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII als Hilfe zur Erziehung, Abwehr von drohender seelischer Behinderung sowie im Rahmen des staatlichen Wächteramtes auch familienersetzend bei Kindeswohlgefährdung hinzu. Die besondere Herausforderung besteht darin, aus dieser unstrittig großen Palette der Möglichkeiten für das einzelne Kind und seine Familie ein überschaubares System der „Frühen Entwicklungsförderung“ zu konstruieren und dabei die Notwendigkeiten entsprechend der Bedarfslage, aber auch die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der zuständigen Systeme zu beachten. Basis- und Steuerungsfunktion kommt dem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt zu, der als sozialpädiatrischer Primärarzt handeln muss. Ihm obliegt die Entscheidung zur Einleitung von Therapie- und Fördermaßnahmen, die über niedergelassene Therapeuten als Heilmittelerbringer, (interdisziplinäre) Frühförderung oder SPZ durchgeführt werden können. Ergänzungen erfolgen durch die institutionelle Betreuung in Krippen, Kindergärten und Heilpädagogischen Tageseinrichtungen als familienergänzenden Einrichtungen. Im Gesamtsystem bis zur Einschulung haben die Untersuchungen der Fachärzte im Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine zentrale Bedeutung, da sie flächendeckend (Ausnahme: Bayern) spätestens bei der Einschulung alle Kinder eines Jahrganges sehen und hier nicht nur regelmäßig bedeutsame epidemiologische Daten erstellen, sondern auch insbesondere diejenigen Kinder erfassen, die bei den Vorsorgeuntersuchungen in der späteren Kindheit (U8 und U9 mit 4 bzw. 5 Jahren) von den Eltern nicht vorgestellt wurden. Nicht zu vergessen im System Früher Hilfen sind sonstige ärztliche und nichtärztliche Beratungsstellen sowie insbesondere für Familien mit behinderten Kindern die entsprechenden Selbsthilfe-Organisationen.

Die Kooperation von SPZ und Frühförderstellen bzw. Einrichtungen der IFF sind gesetzlich zur Kooperation verpflichtet. Dieses ist sinnvoll, da sich beide Institutionsformen in den diagnostischen, vor allem aber therapeutischen und beratenden Angeboten ergänzen. Während die SPZ von der personellen Ausstattung her und im Selbstverständnis stärker eine medizinisch-diagnostische Position vertreten, sind die Institutionen der Frühförderung mehr (heil-)pädagogisch ausgerichtet und haben insbesondere die Möglichkeit der mobil-aufsuchenden Familienbetreuung. Dies ist ein entscheidender Aspekt, wenn gerade für Kinder aus sozial benachteiligten Familien effektive Maßnahmen installiert werden sollen und das eigenständige aktive Aufsuchen entsprechender Angebote die Eltern mitunter überfordert. Während bei der interdisziplinären Frühförderung mit ärztlicher Verantwortung in der Diagnostik laut gesetzlichem Auftrag diese Funktion eine ideale Anknüpfungsmöglichkeit

darstellt, um mit dem regionalen SPZ zu kooperieren, fordert die konventionelle institutionelle Form der Frühförderung unabdingbar die Bereitschaft auf beiden Seiten, sinnvolle Ergänzungen zu vereinbaren. Das System von FIT und MISSFIT, welches gut dazu geeignet ist, die Beziehungen von Kind und Umwelt zu charakterisieren und so die Grundlage von Wohlbefinden und Selbstwertgefühl abzubilden, lässt sich im übertragenen Sinne auch auf die Kooperation zwischen Frühförderung und SPZ übertragen. In einer sozialen Umgebungssituation, wo Belastungen bei auseinanderdriftenden Gesellschaftsschichten für eine erhebliche Anzahl der Kinder ständig zunehmen, bedeutet die Etablierung eines Hilfesystems in vielen Fällen eine entscheidende Chance auf Entwicklung überhaupt. Im politischen Rahmen wird nach vielen Jahren der Negierung solcher Zusammenhänge unter den erdrückenden Zahlen in allen einschlägigen Publikationen, wie insbesondere zuletzt auch dem KiGGS endlich mit entsprechenden Maßnahmen reagiert. Die Etablierung von Familienzentren, angeschlossen an Kindertageseinrichtungen, und das Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern (Kinderbildungsgesetz, KiBiZ) aus Nordrhein-Westfalen sind Beispiele für entsprechende gute Ansätze, die in der Umsetzung und insbesondere personellen Ausstattung noch deutlich verbesserungsfähig sind.

Miteinander zu kooperieren bedeutet, auf Teamarbeit zu setzen, die Verbindung von Kliniken und Fachärzten sowie Therapeuten zu optimieren sowie insbesondere aus den „Schnittstellen“ echte Scharnierfunktionen der Systeme Gesundheit, Jugendhilfe und Bildung herzustellen. Im Mittelpunkt steht das Kind mit seiner Familie, auf die fachlich, human und transkulturell eingegangen werden muss. Nur da, wo die beteiligten Akteure mit Offenheit und Respekt miteinander umgehen und eine gemeinsame Sprache finden, kann Entwicklung gelingen. Dies betrifft die Kooperation ebenso wie das Kind im eigentlichen Ziel.

Zum Stand der Dinge in der Frühförderung: Der ISG-Forschungsbericht 2008

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales BMAS hat das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik ISG in Köln beauftragt, eine „Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ zu erstellen. Diese erste umfassende Erhebung wurde von September 2006 bis Dezember 2007 durchgeführt. Der Abschlussbericht liegt seit Mai 2008 vor (http://www.bmas.de/portal/26928/property=pdf/f380__forschungsbericht.pdf).

Insgesamt existieren demnach zum Erhebungszeitpunkt in Deutschland rund 750 Frühförderstellen sowie 128 SPZ. Am Jahresende 2005 wurden offiziell 29000 Kinder als schwerbehindert registriert, entsprechend 0,7% der Kinder unter 6 Jahren. Damit liegt diese Quote deutlich unter den Daten, die im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen (5%) erhoben werden, entspricht aber dem dabei festzustellenden Versorgungsgrad mit einem Schwerbehinderten-Ausweis (0,5%). Insgesamt wurden im Jahr 2006 in der Zusammenfassung von vorliegenden, teilweise ungenauen Daten und ergänzenden Schätzungen Finanzmittel in Höhe von 1 Milliarde Euro für die gesamte Altersgruppe ausgegeben, wobei hier die Leistungen der Krankenversicherungen für die SPZ-Patienten bis zum Alter von 18 Jahren eingeschlossen sind. Die offiziellen Zahlen lauten: SPZ 126,8 Millionen Euro (0 bis 18 Jahre!), Heilmittel 312 Millionen Euro (0 bis 14 Jahre).

Die Erhebungsdaten verweisen auf erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich Versorgungsgrad und Einzugsbereich bei den SPZ. Durchschnittlich kommen auf ein SPZ etwas mehr als 30000 Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren. Die Quartals-Behandlungspauschalen in 2006 differieren extrem und reichen von minimal 115 Euro bis maximal 590 Euro. Ein ähnliches Bild ergibt sich für Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung, die allerdings bis zu rund 1500 Euro reichen. Dementsprechend sind auch die Zeiten für direkte und indirekte Leistungen am Kind unterschiedlich. In den Sozialpädiatrischen Zentren werden im Median 65 Minuten je Woche und Kind erbracht, davon 46 Minuten direkte und 14 Minuten indirekte Leistungen. Für die Frühförderstellen liegt der Median bei 130 Minuten je Woche und Kind, davon 60 Minuten direkte und ebenfalls 60 Minuten indirekte Leistungen. Hier schlägt sich insbesondere der Fahrzeiten-Anteil nieder.

Die weiteren Daten des ISG-Forschungsberichtes belegen die relativ spät einsetzenden Fördermaßnahmen bei den Kindern, die nicht schon bei Geburt auffällig sind, und die große

Bedeutung von den Eltern als primären Beobachtern, gefolgt von den niedergelassenen Kinderärzten, aber auch Erzieherinnen in den Kindertagesstätten. Sprache, Motorik und Verhalten sind die führenden Bereiche bei Entwicklungsabweichungen.

Aus Sicht der Eltern wird beiden Institutionsformen ein ausgezeichnetes Zufriedenheitsurteil ausgestellt. Es gibt nur wenige Hinweise auf grundlegende Kritik, bspw. hinsichtlich der Wartezeiten.

Auf der Basis einer Hochrechnung wurde kalkuliert, wie die Gesamtzahl der Kinder mit Leistungen der Frühförderung in Deutschland 2006 lag. Dabei ergaben sich etwa 107000 Kinder, die in Frühförder-Institutionen betreut wurden. Bezogen auf alle Kinder unter 7 Jahren entspricht dies einer Versorgungsquote von 2,1%.

Die abschließenden Klarstellungen und Empfehlungen des Forschungsberichtes sind mittlerweile in einigen Eckpunkten von den beteiligten Bundesministerien für Gesundheit bzw. Arbeit und Soziales nachvollzogen worden. Es ist anerkannt, dass die Beratungstätigkeit für Eltern elementarer Bestandteil jedweder frühen Entwicklungsförderung ist. Dementsprechend sind Beratungsgespräche mit den Eltern auch leistungsauslösend. Auch ist inzwischen gesichert, dass neben einer laufenden Behandlung in einer Einrichtung der Interdisziplinären Frühförderung auch eine Überweisung zur ergänzenden Diagnostik (nicht: Behandlung!) in ein SPZ zulässig ist. Teilweise anders lautende Vereinbarungen in Einzelverträgen entsprechen nicht der rechtlichen Grundlage. Diese Inhalte wurden in einem gemeinsamen Schreiben der beteiligten Bundesministerien an die Gesetzlichen Krankenversicherungen sowie den Deutschen Städtetag und Deutschen Landkreistag als Kostenträger vom 24.06.2009 festgehalten. Hierbei ist ebenfalls nochmals hervorgehoben, dass die Heilmittel-Erbringung in den Institutionen nicht nach Heilmittel-Richtlinie erfolgen muss, sondern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes. Sie liegt damit außerhalb des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen für Heilmittel.

Bei aller Unklarheit und Unausgewogenheit der ursprünglichen Gesetzestexte im 2001 verabschiedeten SGB IX ist somit doch mittlerweile eine ausreichend geklärte Arbeitsgrundlage entstanden, um auf der Basis der landesbezogenen Rahmenempfehlungen durch die jeweilige Frühförder-Verordnung die entsprechenden Maßnahmen umzusetzen. Allerdings sind solche Verordnungen auch mehr als acht Jahre nach Verkündung des Gesetzes noch nicht in allen Bundesländern existent. Im Gegensatz zur interdisziplinären Frühförderung ist die Finanzierungsgrundlage für die SPZ weiterhin nicht hinsichtlich des Kostenanteils für die Sozialhilfeträger geklärt, was nicht nur zu einer völlig inadäquaten Gesamtvergütung der SPZ-Leistungen im Vergleich zur IFF führt, sondern darüber hinaus noch zunehmende Einschränkungen für diesen Leistungsbereich zur Folge hat.

Das Bonner Modell der Frühen Entwicklungsförderung

Nordrhein-Westfalen hat als erstes Bundesland die notwendige Frühförder-Verordnung erlassen. Seit 2006 wurden deshalb zwischen den Bonner Institutionen der Frühförderung in Trägerschaft der Lebenshilfe und des Kinderneurologischen Zentrums der LVR-Kliniken intensive Vorbereitungen getroffen, um gemeinsam die Anforderungen hinsichtlich der Interdisziplinarität in der Frühförderung umzusetzen. Aufgrund der langjährigen Kooperation beider Einrichtungen bestand von vorne herein die Überlegung, die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen als Chance für eine Intensivierung der Zusammenarbeit zu verstehen. Deshalb sollte die erforderliche ärztliche Verantwortung für die Diagnostik in der Frühförderung von einer in der Sozialpädiatrie und Entwicklungsneurologie erfahrenen Fachärztin aus dem Kinderneurologischen Zentrum wahrgenommen werden, die ihrerseits in das Ärzteteam dort eingebunden bleibt. Neben dem hohen qualitativen Standard war auch eine Ökonomisierung des Vorgehens in der Betreuung von behinderten bzw. durch Behinderung bedrohten jungen Kindern und ihren Familien das Ziel, da durch die Personalunion Doppeluntersuchungen zuverlässig vermieden werden können. Als weiterer Gesichtspunkt wurde angestrebt, die Kombination von heilpädagogischen Maßnahmen mit funktionell orientierten medizinischen Therapien im Rahmen der Heilmittel-Erbringung entsprechend dem wissenschaftlichen Kenntnisstand umzusetzen. Bewusst sollte damit die unterstützende und beratende, nicht jedoch kurierende Funktion aller Interventionen gewürdigt werden. Insbesondere wurde angestrebt, eine Ausweitung der

Leistungserbringung zu vermeiden. Das gesamte Handlungskonzept wurde unter Würdigung der zentralen Position der Familie und der unterstützenden Funktion aller fachlichen Professionen auf Kriterien der ICF unter dem Aspekt der Teilhabe aufgestellt. Um sich von konventionellen Auffassungen abzusetzen und auch die unglückliche Terminologie „Frühförderung“ zu vermeiden, die synonym für den Inhalt wie die erbringende Institution verwendet wird, wurde der Begriff „Frühe Entwicklungsförderung“ (FEF) eingeführt.

In der Folge wurden unter der Federführung von Oliver Tibussek als Leiter der Frühförderung akribisch Konzepte, Flussdiagramme und Formulare erarbeitet, die Punkt für Punkt die Frühförder-Verordnung NRW umsetzten. Entstanden ist ein kompletter Aktenordner mit diesen gesammelten Inhalten, die darüber hinaus entsprechend den Vorgaben der Kostenträger wiederholt umgearbeitet und ergänzt werden mussten. Die Umsetzung in der Praxis konnte schließlich zum 01.04.2009 erfolgen.

Neben der Verbindungsfunktion der Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, die in beiden Institutionsbereichen tätig ist, ist herausragendes Merkmal des Modells der Verzicht auf die Neueinstellung von Therapeutinnen. Stattdessen wurden verteilt über das Stadtgebiet Bonn Kooperationspraxen von niedergelassenen Heilmittelerbringern vertraglich eingebunden. Damit ist ergänzend zum auch weiterhin vertretenen und von der Stadt finanzierten Schwerpunkt einer mobil-aufsuchenden Tätigkeit die Wohnortnähe für die Heilmittel-Erbringung gewährleistet, aber in dafür adäquat ausgestatteten Therapieräumen. Die Einbindung geschieht über ein definiertes und kontrolliertes System der Erstellung von Kurz- und Verlaufsberichten sowie regelmäßiger Teilnahme an den Team-Besprechungen. Diese Konzeption wurde namentlich von den Vertretern der Krankenkassen zunächst mit Argwohn und Skepsis betrachtet, hat in der schlüssigen Ausarbeitung dann aber überzeugt. Es ist allerdings paradox, dass diesen intensiven Bemühungen um ein ressourcenschonendes und ökonomisch effizientes Vorgehen gleichzeitig die Zulassung einer neuen Einrichtung der interdisziplinären Frühförderung gegenüberstand, was der Gesetzgeber versäumt hat, in Analogie zum Gesundheitssystem durch Kriterien wie bei einer Ermächtigung für die SPZ zu verhindern. Der sehr konkret für Bonn zu definierende Bedarf an Versorgungsleistungen wird nunmehr also durch eine Verdoppelung der Angebotsstrukturen abgegriffen, was zwangsläufig zu Mehrbehandlungen und damit Kostensteigerung führen muss obwohl bis dahin für Bonn von keiner Seite eine Unterversorgung konstatiert worden war. Es ist bemerkenswert und für das aktuelle Gesundheitssystem in Deutschland charakteristisch, dass unter dem Stichwort der Konkurrenz, die angeblich zu Qualitätssteigerung führen soll, solche Doppelversorgungen möglich sind, die letztlich über Preisdumping entweder bei der Entlohnung der Mitarbeiter oder über Kontingentierung der Zuwendungszeit zum Patienten nur zu einer Qualitätsverschlechterung für die Betroffenen führen können.

Nicht durchzusetzen war die Begriffsänderung der „Frühen Entwicklungsförderung“, die dem aktuellen Wissensstand besser Rechnung getragen hätte. Hier bestand die Sorge der Kostenträger vor juristischen Konflikten wegen fehlender Konformität mit den im Gesetz verankerten Begriffen. Hervorgehoben werden muss das Engagement der Stadt Bonn, die neben der Unterstützung einer weiterhin auf mobil-aufsuchende Umsetzung ausgerichteten Tätigkeit auch das Angebot der offenen Sprechstunde als primärer Zugangsmöglichkeit weiterhin finanziell trägt. Ansonsten ist für den Zugang zur IFF die Verordnung des niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich.

Nach den ersten wenigen Monaten der konkreten Tätigkeit lässt sich festhalten, dass in der Realisierung des Konzeptes keine grundlegenden Fehler festgestellt werden mussten. Der Aufwand bei der Kooperation insbesondere mit den niedergelassenen Heilmittelerbringern ist erwartungsgemäß erheblich, führt gleichzeitig aber auch genau zum erwünschten Effekt zunehmender Netzwerkstrukturen im Stadtgebiet. Sehr gut gelingt die Koordination bei Doppelanmeldungen, die ggf. auch mit dem behandelnden Kinder- und Jugendarzt geklärt wird. Die Indikation für die konkrete Umsetzung von interdisziplinären Therapie- und Fördermaßnahmen ergibt sich nach der Eingangsdiagnostik bei gut der Hälfte der vorgestellten Kinder.

Es ist somit abschließend festzuhalten, dass sich der konzeptionelle Ansatz bewährt hat. Die Weiterschreibung und Modifikation in den Folgejahren wird allen Beteiligten zusätzliche Sicherheit vermitteln und langfristig zu einer besseren und tatsächlich frühen Betreuung von gravierend entwicklungsgefährdeten Kindern führen.