

Einblick in die Situation im Land Brandenburg

**Vortrag beim „Runden Tisch“
zum Thema
“Familienpolitik und frühe Hilfen – Frühförderung als Chance für Familien”
am 30. April 2008 in Potsdam**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anknüpfend an den Vortrag von Herrn Prof. Dr. Weiß möchte ich zunächst auf die Erfassung der „seelischen Gesundheit“ von Brandenburger Kindern eingehen.

Nutzen konnte ich dafür einige Daten, die auf Grundlage der *Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)* durch das Landesgesundheitsamt jährlich erhoben und ausgewertet werden.

Wie ich übrigens auf dem Münchner Symposium für Frühförderung von Herrn Prof. Schlack hörte, ist Brandenburg mit diesen Leitlinien beispielhaft in der Erfassung sozialer Daten zur seelischen Gesundheit von Kindern und familiären Bedingungen. Diese sind u. a. in der KICK-Studie integriert.

So führt das Landesgesundheitsamt (LGA) aus, dass eine vollständige Inanspruchnahme der U8 und U9 von dem Sozialstatus der Eltern abhängig ist und ein weiterer Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus der Eltern und der Erstüberweisung zur Frühförderung besteht. (Anlage 1 und 2)

Auch ist deutlich erkennbar, dass es mehr „Hauskinder“ aus sozial schwachen Elternhäusern gibt und damit diesen Kindern wichtige soziale Erfahrungen im Vorschulalter mit gleichaltrigen Kindern fehlen. (Anlage 3)

Zur seelischen Gesundheit der Kinder werden standardisierte Verhaltensfragen in der Anamnese erfasst (Anlage 4 und 5) und entsprechend dokumentiert (Anlage 6).

Frau Dr. Ellsäßer zog in einem vor kurzen gehaltenen Bericht folgende Schlussfolgerung:

1. Die Leitlinien und ihre Umsetzung setzen einen hohen Qualitätsstandard zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen.
2. Wichtig ist eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärzten, anderen Fachkräften, **Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)** und **Frühförder- und Beratungsstellen (FFB)** für das „Tracking“ von Risikokindern bzw. der eingeleiteten Maßnahmen.

Diese Kooperation des ÖGD mit den Brandenburger Frühförder- und Beratungsstellen und Sozialpädiatrischen Zentren hat sich u. a. aufgrund der gewachsenen *Arbeitsprinzipien* der 43 Frühförder- und Beratungsstellen in Haupt- und Zweigstellen und der 4 Sozialpädiatrischen Zentren (Anlage 7) kontinuierlich entwickelt.

Auf die Arbeitsprinzipien der FFB´s möchte ich kurz eingehen, da sie für unser heutiges Tagesthema wichtig sind:

- Die Möglichkeit der Mobilität der Frühförderung – wie sie der Deutsche Bildungsrat bereits 1974 forderte – wird in allen Frühförder- und Beratungsstellen umgesetzt. Aufsuchende Frühförderung unter Einbeziehung der Familien bildet (noch) den Schwerpunkt der Frühförderarbeit.
 - Die Familienorientierung bindet die Eltern in den direkten Förderprozess ein, zu 88% durch mobile Angebote in der Häuslichkeit, bei Bedarf in der Kita des Kindes oder in der Frühförder- und Beratungsstelle. (Anlage 8)
 - Ein großes Augenmerk der Frühförderung liegt dabei auf der Gestaltung von familiär anregenden Situationen, die entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Interaktion zwischen Eltern/Bezugspersonen und ihrem Kind haben und die durch ein angepasstes Agieren der Eltern die Weiterentwicklung der Eigenaktivität des Kindes ermöglichen. Dafür müssen Rahmenbedingungen, die Rollenverteilung in der Familie, Abläufe und familiäre Situationen von der Frühförderin „erspürt“ werden. Das Erspüren / Wahrnehmen / Beobachten beginnt in der Erstberatung und setzt sich in der interdisziplinären Diagnostik und im Förderprozess selbst fort. Ein Dokumentationsvorschlag befindet sich in den „Praktischen Handreichungen für die interdisziplinäre Frühförderung“. Die darin enthaltene Anamnese ist inhaltlich mit dem Landesgesundheitsamt Brandenburg abgestimmt.
 - Die Ganzheitlichkeit meint, dass im *frühen* Lebensabschnitt eines Kindes motorische, geistige, soziale, emotionale und sprachliche Dimensionen seiner Entwicklung in besonders intensiver Wechselwirkung zueinander stehen und in den Frühförder- und Beratungsstellen im Förderungsprozess berücksichtigt werden, die berufspraktischen Kompetenzen, theoretische Konzepte und die Methodenvielfalt der Fachkräfte darauf ausgerichtet sein müssen.
 - Die Bestandsaufnahme der Frühförder- und Beratungsstellen in 2006 bestätigte, dass behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder zu spät finanziert in der Frühförderung sind. (Anlage 9)
Psychische Auffälligkeiten und Wahrnehmungsstörungen sind prozentual häufig vertreten. (Anlage 10)
3. Das Wissen über die frühe Entwicklung ist inzwischen sehr hoch, so dass eine einzelne Berufsgruppe alle Aspekte, die für die Förderung und Behandlung eines Kindes und die Beratung seiner Eltern wichtig sind, nicht allein überblicken kann. Die Frühförderungsverordnung (FrühV) hat erstmals die notwendige, teilweise schon vorhandene Interdisziplinarität als Komplexleistung beschrieben und in ein Gesetz gegossen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Professionen innerhalb der Brandenburger Frühförder- und Beratungsstellen mit Schwerpunkt im heilpädagogischen Bereich wird bisher, wie in der Übersicht erkennbar, umgesetzt. Somit bestehen in allen Frühförder- und Beratungsstellen interdisziplinäre Strukturen als Voraussetzung zur Weiterentwicklung Richtung Komplexleistung. (wobei Begriffe „Institutionsbezogen“ und „Leistungsbezogen“ unterschiedlich verstanden werden) (Anlage 11)
Zusatzqualifikationen wurden und werden vom Personal u. a. zur Umsetzung der interdisziplinären Diagnostik absolviert. (Anlage 12)

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass die Brandenburger Frühförder- und Beratungsstellen mit ihren vorhandenen Rahmenbedingungen - wie die hohe mobile Arbeitsweise, einem Pool an verschiedenen Fachkräften und Kooperationspartnern (Anlage 13) - gerade in sozial benachteiligte Familien mit entwicklungsverzögerten Kindern hineinwirken können.

Wie Prof. Dr. Weiß ausführte, gibt es Statistiken die aussagen, dass 90 % vernachlässigter Kinder aus Armutslagen stammen und die „unteren sozialen Schichten“ nahezu in allen Behinderungsarten überproportional betroffen sind. Ein enger Zusammenhang besteht zwischen Armut und Lebensqualität.

Die Frühförder- und Beratungsstellen leisten durch ihre aufsuchende Familienarbeit neben ihrem Förder- und Beratungsauftrag einen großen Beitrag, schwierige familiäre Situationen zu erkennen und notwendige Kooperationen mit Jugendämtern, Gesundheitsämtern und Weiteren anzuregen. Dieses Wissen macht eine Vernetzung aller „Frühen Hilfen“ notwendig.

Angebote von „Frühen Hilfen“ gibt es im Land Brandenburg einige: Familienhebammen, Familienbildung, Steep, Bauspielplatz, Eltern-Kind-Gruppen, Bildungsangebote, etc...

Ob alle voneinander wissen und abgestimmt arbeiten, hängt oft von der Initiative Einzelner ab. Der Leitfaden „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ zeigt beispielhaft die Notwendigkeit gut funktionierender Vernetzungsstrukturen zum Kinderschutz auf.

Ein *Landtagsbeschluss zu „Lokalen Netzwerken Gesunde Kinder“*, in dem u. a. die Kooperation zwischen den Netzwerken, den Hebammen, den Frühförder- und Beratungsstellen und den Sozialpädiatrischen Zentren benannt ist, wird aus meiner Sicht durch die aufsuchende Familienarbeit dazu beitragen, die Unterstützung der Entwicklung von Kindern in prekären Lagen auf mehreren Ebenen und nur in Vernetzung der verschiedenen Hilfssysteme sinnvoll und effektiv – frühzeitiger als bisher – sicherzustellen.

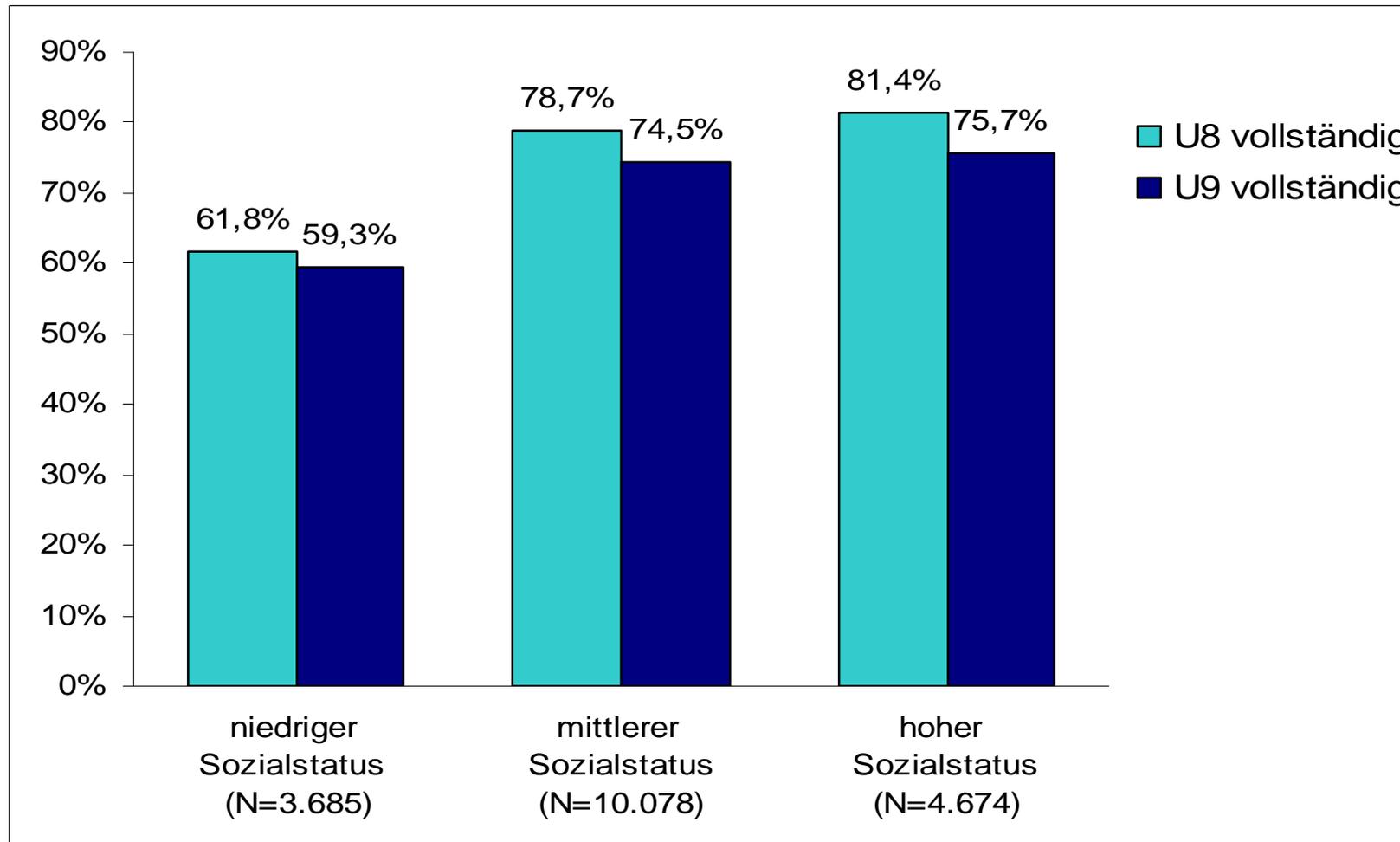
Über die Einbindung der Netzwerkkoordinatorinnen in *regionalen Arbeitskreisen zur Frühförderung* wird die Zusammenarbeit bereits in einigen Regionen konkretisiert. Eine Checkliste zur Frühförderung für Familienhebammen und Paten wird in 2 „regionalen Arbeitskreisen Frühförderung“ aktuell entwickelt (Wann vermittele ich an die Frühförder- und Beratungsstelle weiter?). Im Landkreis Dahme-Spreewald wird das Thema „Kinderschutz und frühe Hilfen“ im „Arbeitskreis Frühförderung“ vertieft. Der „Blick über den Tellerrand“ aller Beteiligten ist dabei wichtig. Ein wesentlicher Punkt ist auch die Begriffsdefinition „Frühe Hilfen“.

Im alt hergesehenen Sinne entstand Frühförderung unter diesem Begriff. Seither gibt es unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ viele Konzepte und Initiativen, die nur in Kenntnis voneinander mit und in Familien abgestimmt tätig werden sollten.

Aus Meiner Sicht bildet das heutige erste Round-Table-Gespräch der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (VIFF) und der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrische Zentren Brandenburg einen guten Rahmen, um die Frage der Vernetzung „Früher Hilfen“ und die Rolle der Frühförderung darin zu vertiefen. Vielleicht kann dieses Round-Table-Gespräch der kontinuierliche Beginn einer Veranstaltungsreihe sein, um miteinander im Gespräch zu bleiben und wichtige Inhalte gemeinsam zu klären.

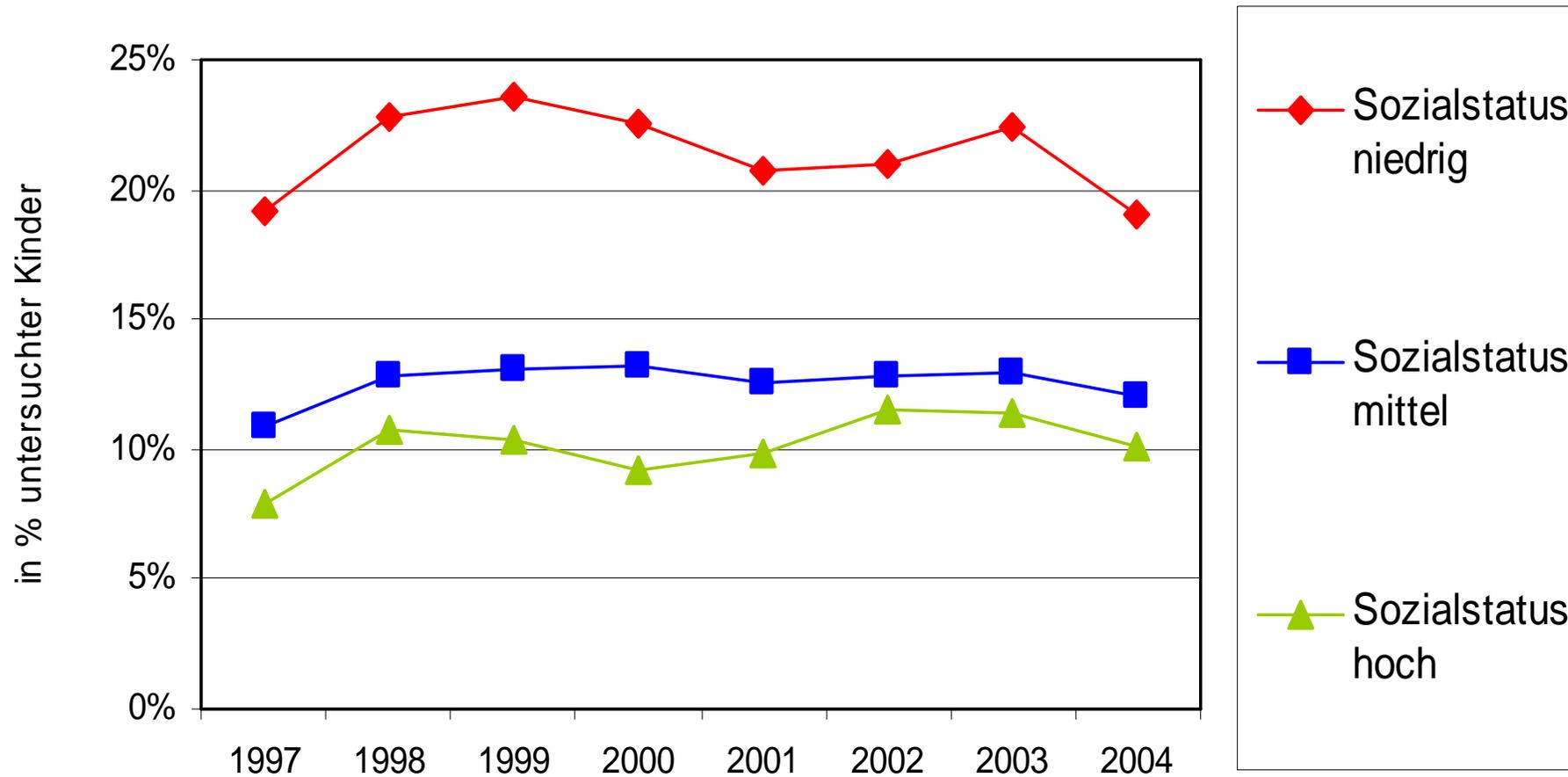
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vollständige Inanspruchnahme der U8 und U9 nach Sozialstatus - Einschulungskinder 2004

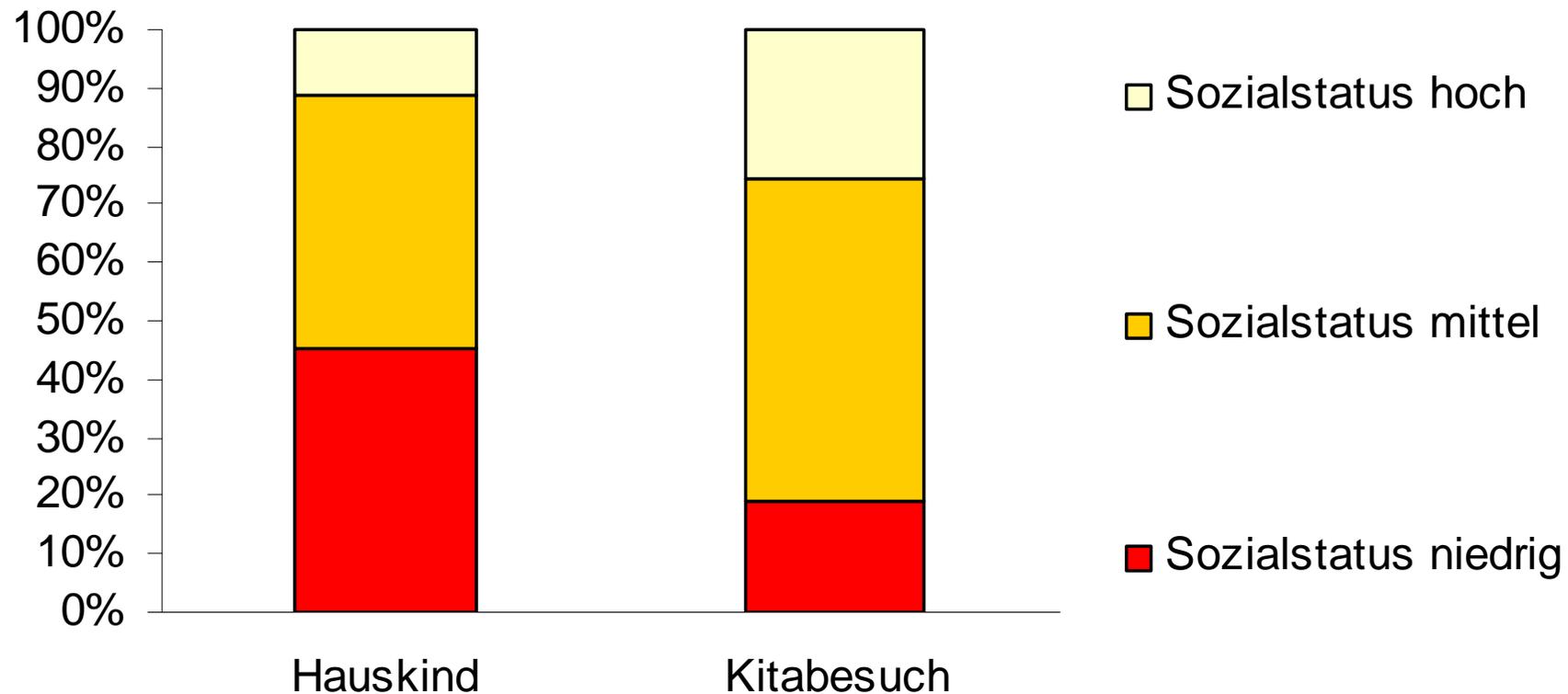


Quelle: LGA Brandenburg, Einschulungsuntersuchungen

Erstüberweisungen bei medizinisch relevanten Befunden von Einschülern nach dem Sozialstatus - Trend



Sozialstatus der Eltern von Kindern, die eine Kita bzw. keine Kita besucht haben - Einschüler 2004 (n = 17.221)



Seelische Gesundheit

Standardisierte Verhaltensfragen in der Anamnese zu psychischen und sozialen Auffälligkeiten sowie ein mögliches Suchtpotential

	Anamnesebögen			
	Kita	Einschulung	5./6. Klasse	10. Klasse
Emot./soziale Störung				
- Angststörung	x	x	x	x
- soziale Störung	x	x	x	(x)
- Depressive Störung			x	x
- Essstörung			x	x
- Tabakabhängigkeit			x	x
- Alkoholmissbrauch			x	x
ADHS/Hyperaktivität	x	x	x	x
Enuresis		x	x	

IT-gestützte ärztliche Dokumentation der Gesundheit der Kinder

Zur Gesundheit

Zur Versorgung

Teilnahme an der U1-U7, U8,U9

- Dauer des Kitabesuches
- Impfstatus
- Handlungsbedarf (diagnostisch, medizinisch-therapeutisch und Frühförderbedarf)

Zur sozialen Lage

Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Anzahl der Kinder

Funktionsbefunde

- Konzept der funktionalen Gesundheit im Sinne der ICF
 - Funktionsbefunde erfassen aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf den Alltag des Kindes in Familie, Kita und Schule
- Gesundheitliche Risiken, die eine künftige Beeinträchtigung wahrscheinlich werden lassen

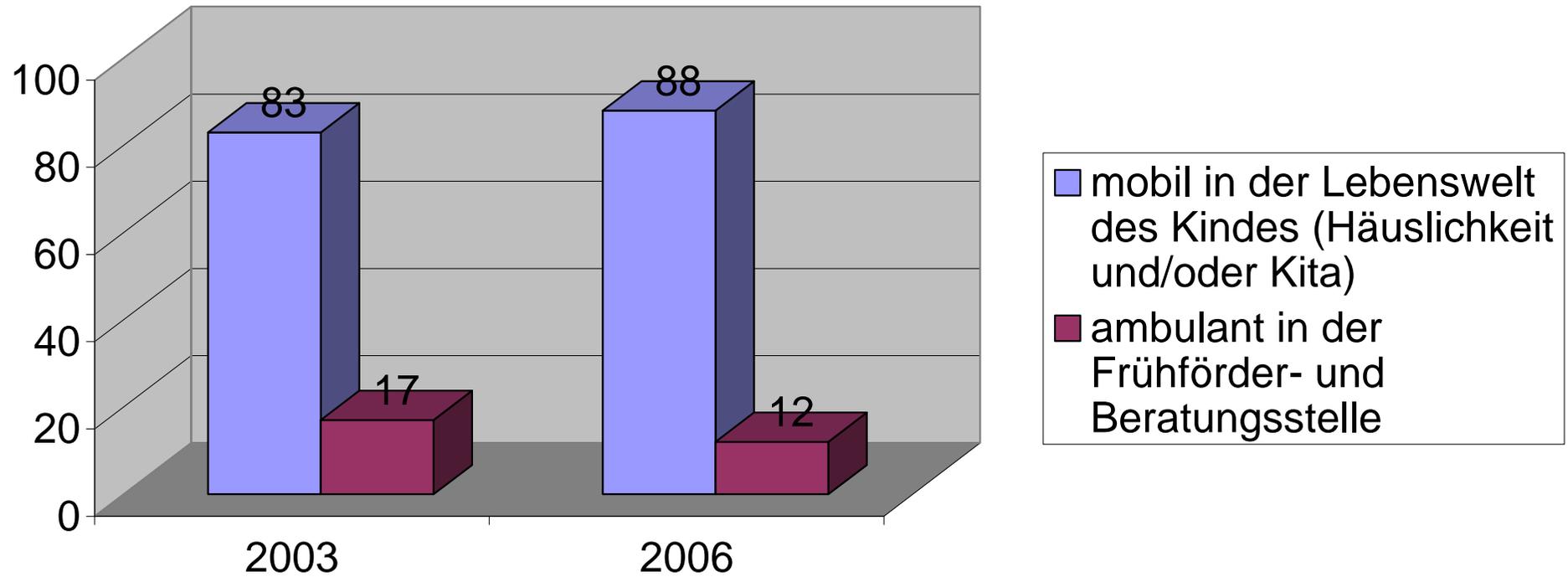
Land Brandenburg

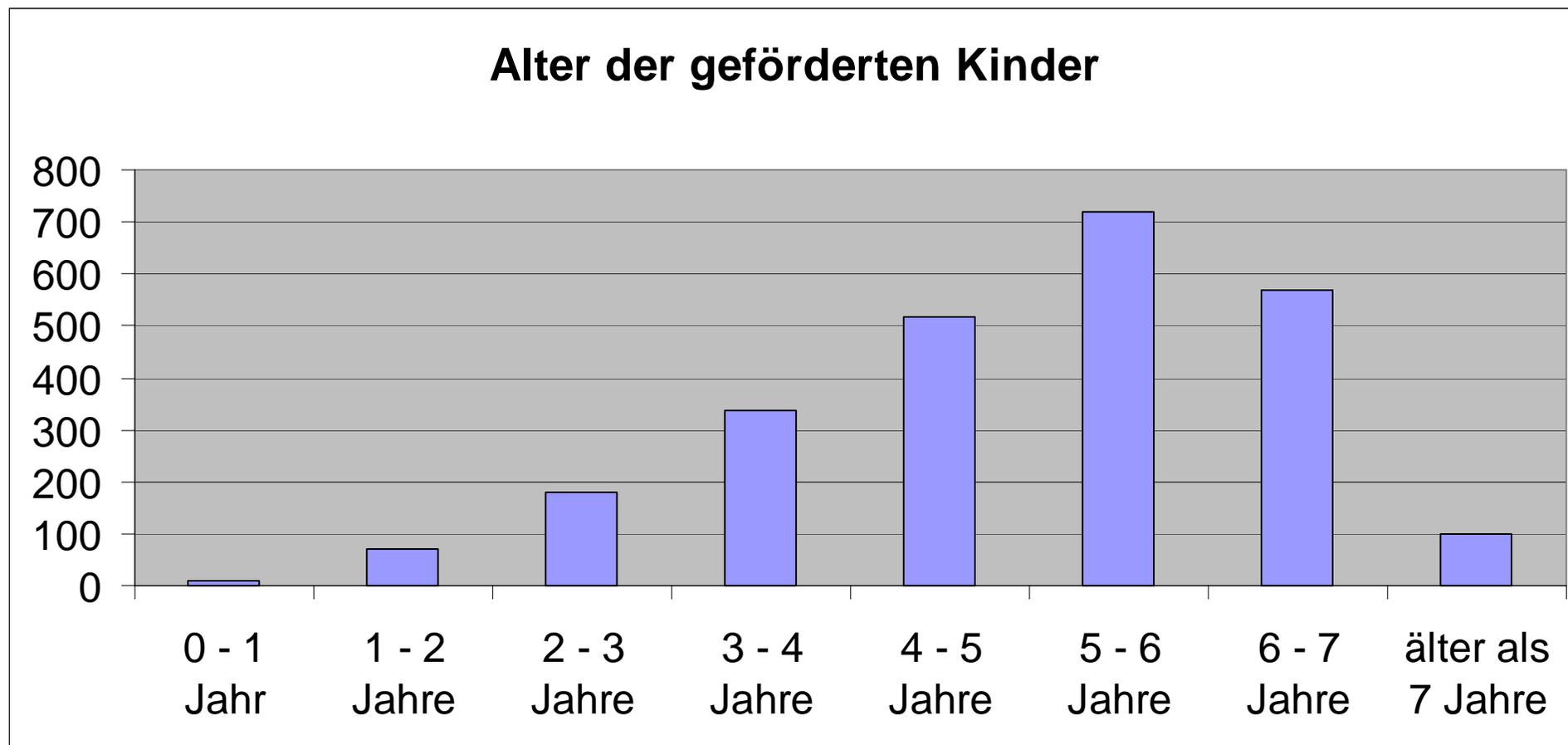
- regionale Frühförder- und Beratungsstellen
- Nebenstellen
- überreg. Frühförder- u. Beratungsstellen für Hör- u. Sehgeschädigte
- Sozialpädiatrische Zentren



- 1 = Brandenburg
- 2 = Potsdam
- 3 = Frankfurt / Oder
- 4 = Cottbus

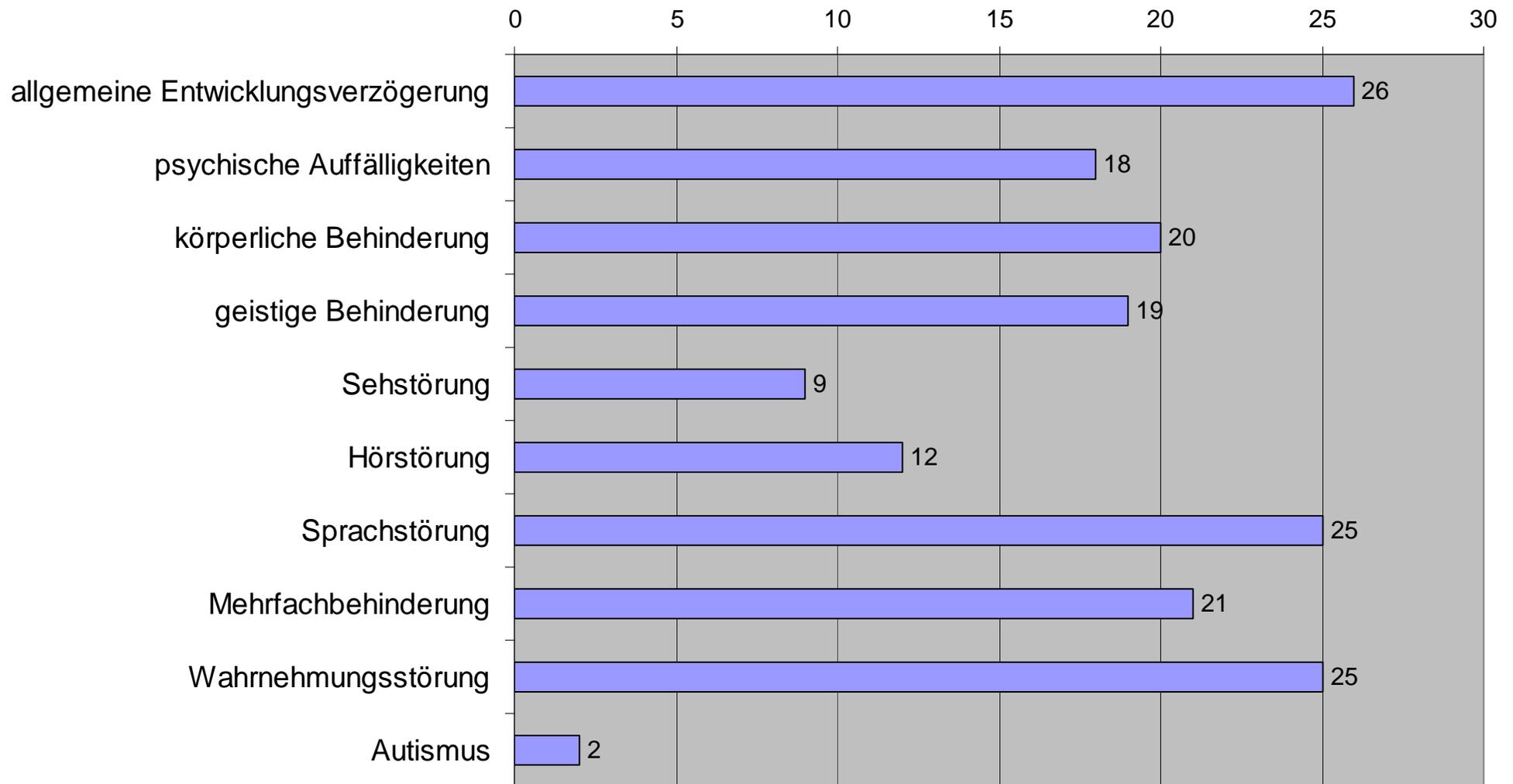
Durchschnittlicher Anteil mobiler und ambulanter Frühförderung 2003 und 2006



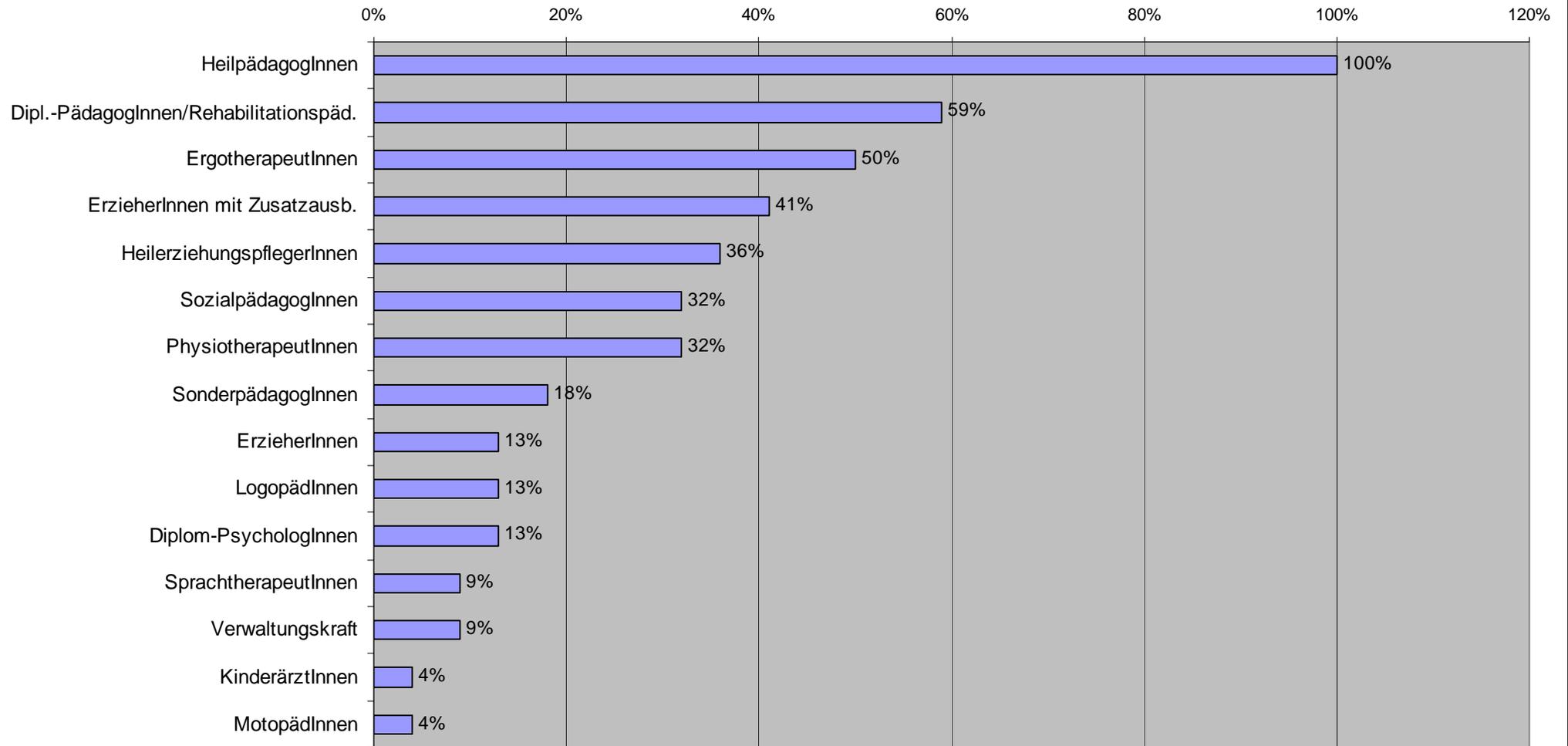


Bildet man den Durchschnitt dieser Antworten, sind die in den Brandenburger Frühförder- und Beratungsstellen geförderten Kinder im Jahr 2006 im **Durchschnitt 4,5 Jahre** alt. Durch den Vergleich mit den Vorjahren 1999 – 4,7 Jahre, 2003 – 4,5 Jahre lässt sich vermuten, dass die Kinder zu spät in der Frühförderung ankommen.

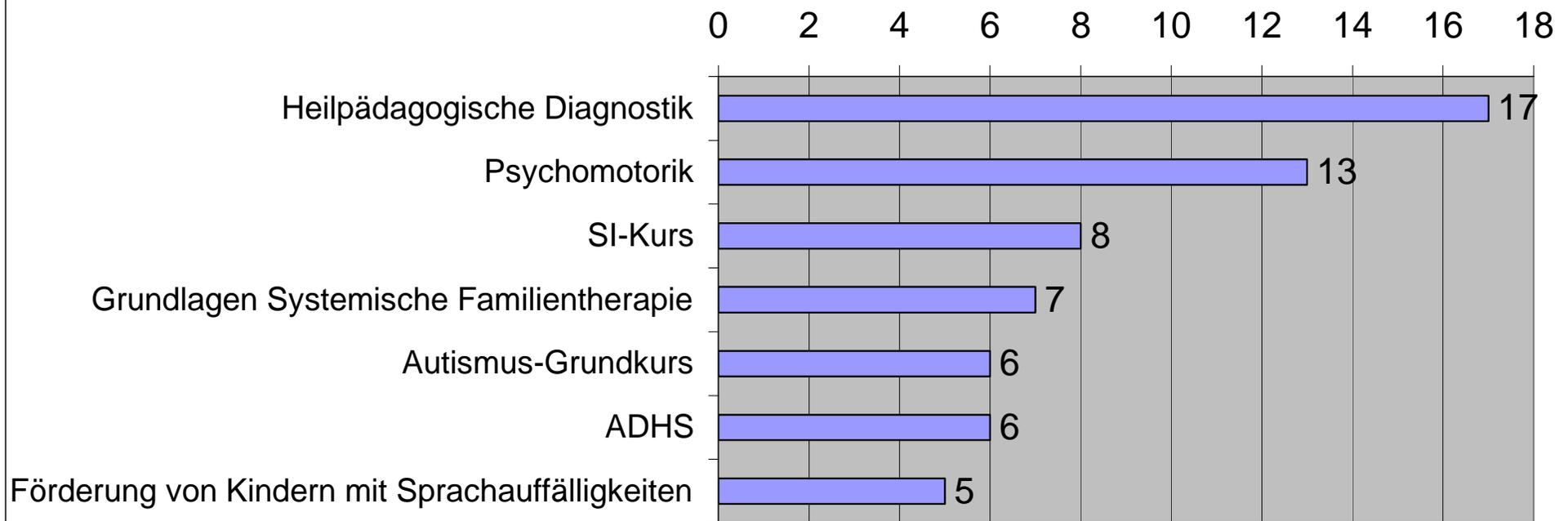
Diagnosen / Auffälligkeiten der Kinder mit Frühförderbeginn



Berufsgruppen in den Frühförder- und Beratungsstellen



Zusatzqualifikationen des Personals



Kooperationspartner

