

Interdisziplinäre Intervention im Kindergarten zur Früherkennung und Frühförderung im Landkreis Hildesheim

Zwischenbericht PiAF – erste Ergebnisse

1. Ausgangslage und Zielrichtung

Mit Beschluss des Kreisausschusses vom 19. Juni 2006 ist in der Region Alfeld-Freden das Modellprojekt „Interdisziplinäre Intervention im Kindergarten zur Früherkennung und Frühförderung“ gestartet, das unter seinem Kürzel „PiAF“ (Prävention in Alfeld – Freden) über die Landkreisgrenzen hinaus Bekanntheit wie Beachtung gefunden hat. PiAF ist vor „Kevin“ und den nachfolgend veröffentlichten Lebensschicksalen anderer Kinder entstanden und hat primär nicht „Kinderschutz“ im Fokus. PiAF ist auch vor dem „13. Kinder- und Jugendbericht“ entstanden, wengleich dieser in seinen Intentionen wie Inhalten einen hohen Verwandtschaftsgrad aufweist.

PiAF hat seine Wurzeln in zwei banalen Erkenntnissen: nicht - erkannte Entwicklungsbeeinträchtigungen kleiner Kinder führen zu Lebensbeeinträchtigungen von großen Kindern/Erwachsenen einerseits und der großmütterlichen Lebensweisheit „was Hänschen nicht lernt, lernt Hannes nimmermehr!“ andererseits. Dokumentiert sind diese Erkenntnisse in auffälligen Befunden der Schul-Eingangs-Untersuchungen (SEU), in explodierenden Zahlen der Eingliederungshilfen (§ 35a SGB VIII) sowie in anderen Jugendhilfekarrieren, an deren Ursprung nicht erkannte oder verspätet geförderte Entwicklungsbeeinträchtigungen entscheidenden Anteil hatten.

PiAF will Entwicklungsschwierigkeiten von Kindern im 4.Lebensjahr erkennen und Fördermaßnahmen einleiten, ihren Vorsorge- wie Impfstatus erhöhen, die Kooperation von medizinischen und pädagogischen Fachkräften verbessern und die Eltern in Präventions- wie Fördermaßnahmen einbeziehen.

Nach dem Ende des Modellprojektes PiAF sollen die hier gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse gemäß der Beschlüsse des JHA vom 18.06.2009 resp. des Ausschusses 4 vom 13.08.2009 Grundlage für ein landkreisweites Gesamtkonzept der „Interdisziplinären Intervention im Kindergarten zur Früherkennung und Frühförderung im Landkreis Hildesheim“ werden, gleiches gilt für die ersten Ergebnisse des mit Beginn 2010 startenden Präventions-Projektes in der Region Elze-Gronau (Kreistagsbeschluss vom 01.10.2008)

2. Aktuelle Bezüge, Qualitätsmerkmale, Messinstrumente

Die Entwicklung und Gesundheit unserer Kinder sind zu Recht von großem allgemeinem Interesse. Einen gewichtigen, aktuellen Impuls hat das Thema durch den im Jahr 2009 veröffentlichten 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (s.o.) erhalten. Dort wird explizit die bessere Zusammenarbeit von pädagogischen und medizinischen Fachkräften, von Jugend- und Gesundheitshilfe eingefordert. Dass hierzu auch die entsprechenden Strukturen erforderlich sind, wird von den Autoren sehr deutlich gemacht.

Auch das Niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NGöGD von 2007 formuliert im Absatz 1 des §5, Kinder- und Jugendgesundheit: „Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.“

Im 13. Kinder – und Jugendbericht von 2009 werden für die verschiedenen Altersgruppen der Kinder die jeweils wichtigsten Gesundheits- und Entwicklungsziele genannt. Für die 3-6jährigen sind es acht Themen, von denen sechs bereits 2006 quasi antizipierend als PiAF-Ziele definiert worden waren. Es sind dies die Bereiche Impfstatus, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Versorgungsbedarf bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen, psychische Gesundheit, Entwicklungsauffälligkeiten in Motorik, Sprache, Verhalten und die Sprachkompetenz bei Kindern mit Migrationshintergrund, vor allem vor dem Hintergrund schwieriger Begleitumstände. Die Grundlagen und definierten Ziele des Projektes PiAF befinden sich somit in großer Übereinstimmung mit den wesentlichen aktuellen Grundsatzempfehlungen zur Förderung gelingender kindlicher Entwicklung.

Um diese ehrgeizigen Ziele erreichen zu können, müssen die Akteure wichtige Grundprinzipien umsetzen. Dazu zählen die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit, ein niedrighwelliger bzw. aufsuchender Ansatz, Beteiligung aller für das Kind wichtigen Personen, Transparenz und Verlässlichkeit im System, aber auch ständige (datenbasierte) Kontrolle und Reflexion der eigenen Vorgehensweisen.

Die Qualität eines Präventionsprojektes resultiert sicher zum Einen aus der Güte der Planungen und Strukturen sowie aus der Kompetenz der Handelnden, muss sich aber letztlich, soweit Messinstrumente vorhanden sind, nach den „messbaren“ Ergebnissen beurteilen lassen. Dazu sind seinerzeit im Projektkonzept von 2006 (Abschnitt 5) die Ziele und Erwartungen formuliert und, wo möglich, sogar mit konkreten Zahlenvorgaben belegt worden.

Die Daten und Zahlen, die wir im konkreten PiAF-Alltag erheben, lassen Aussagen über die generelle Akzeptanz des Projektes einerseits und die Gruppe der untersuchten Kinder andererseits zu. Von besonderem Interesse sind außerdem in Hinblick auf die „Zielerreichung“ die Ergebnisse der SEU 2009 unserer ersten PiAF-Kinder von 2007. Die wichtigsten Zahlen und Fakten sollen hier zusammengefasst dargestellt werden, eine umfassende Berichterstattung wird sich nach Ende der Projektlaufzeit anschließen.

Da „Messungen“ im systemischen Anteil (Verbesserung der Kooperation der verschiedenen Professionen und Systeme, Unterstützung und gemeinsame Fortentwicklung der Beobachtungskompetenz der Erzieherinnen, Einbindung der Eltern u.a.) mit hauseigenen Mitteln nicht sinnvoll und möglich schien, wurde die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation dieser konzeptionellen Anteile nach entsprechender Erweiterung des Projektauftrags dem „Kompetenzzentrum Frühe Kindheit Niedersachsen“, Herrn Prof. Dr. Cloos und Mitarbeiterinnen an der Uni Hildesheim übertragen. Der Zwischenbericht von Dezember 2009 liegt vor und in Form einer Zusammenfassung der Tischvorlage beigefügt. Diese Evaluation erfolgt im Sinne eines stetigen Diskussionsprozesses und beteiligt so die pädagogische Fachöffentlichkeit an der Fortschreibung des Projektes.

3. Ergebnisse

3.1 Akzeptanz und Teilnahme

Die Mitwirkung bei PiAF ist für alle freiwillig – für den Landkreis Hildesheim, für die KiTas und für Eltern und Kinder. Die Teilnahme der Kitas zu erzielen, war Aufgabe des PiAF-Teams: Von den 15 Einrichtungen in Alfeld und Freden waren im ersten Jahr einige zurückhaltend und skeptisch, seit Sommer 2007 jedoch machen alle Kitas (inklusive Heilpädagogischer Kindergarten) mit. Die Teilnahmerate der KiTas beträgt somit **100%**.

Die Eltern, und insbesondere diejenigen mit eigenen Schwierigkeiten oder schwierigen Kindern, zur Teilnahme zu motivieren, ist ohne die fachlich und menschlich kompetente Mitwirkung der Erzieherinnen nicht möglich, denen (nicht nur) an dieser Stelle Respekt und Dank gebührt.

Von den Kindern im PiAF-Zieljahrgang besuchten im Durchschnitt etwa 95% den Kindergarten. Von diesen Kindern haben **96 - 98%** an PiAF teilgenommen.

Die sogenannten „Hauskinder“ sind für unser Angebot deutlich schwerer zu erreichen: Bei den 10 - 15 Kindern pro Jahr lag die Teilnahmerate zwischen 15 und 75%.

Tab. 1-3: Teilnahme am PiAF-Projekt 2007-2009

| 2007 (Teiljahrgang) | | KiTa-Kinder | Hauskinder |
|-------------------------------|----------|----------------------|--------------------|
| Zieljahrgang n= (117*) | n | 113 | 4 |
| | davon US | 111 (entspr. 98%) | 2 (entspr. 50%) |
| anderer Jahrgang | n | 26 | |
| US gesamt | | 137 | 2 |

| 2008 | | KiTa-Kinder | Hauskinder |
|------------------------|----------|----------------------|---------------------|
| Zieljahrgang n= 192 | n | 179 | 13 |
| | davon US | 172 (entspr. 96%) | 10 (entspr. 76%) |
| anderer Jahrgang | n | 35 | 0 |
| US gesamt | | 207 | 10 |

| 2009 | | KiTa-Kinder | Hauskinder |
|------------------------|----------|----------------------|--------------------|
| Zieljahrgang n= 188 | n | 176 | 12 |
| | davon US | 171 (entspr. 97%) | 2 (entspr. 16%) |
| anderer Jahrgang | n | 24 | 0 |
| US gesamt | | 195 | 2 |

3.2 Vorlageraten Impfpass, U-Heft, Zustimmung Sozialdatenerhebung

Selbstverständlich ist nicht nur die Teilnahme am PIAF-Projekt freiwillig. Insbesondere für die EDV-gestützte Sozialdatenerhebung wird eine gesonderte Einverständniserklärung der Eltern eingeholt. Weil sowohl diese Zustimmung als auch die Vorla-

ge von Kinder-Untersuchungsheft und Impfpass am Untersuchungstag aus unserer Erfahrung als Marker für die Akzeptanz des gesamten Projektes bei den Eltern gelten dürfen, sind die entsprechenden Werte von besonderem Interesse. Umso erfreulicher sind die Ergebnisse:

Sowohl die Zustimmungsraten zur Sozialdatenerfassung mit **93-98%** als auch die Vorlagerate der Impfbücher und Untersuchungshefte mit **94-98%** bzw. **96-98%** sind extrem hoch und sicherlich auch auf die gute Mitwirkung der Fachkräfte aus den Kindertageseinrichtungen zurückzuführen. Zum Vergleich: Bei der SEU, bei der die Eltern qua Gesetz zur Mitwirkung verpflichtet sind, und die seit Jahren gut etabliert ist, liegen die Hildesheimer Werte im niedersächsischen Vergleich im obersten Bereich, aber immer nur zwischen 90 und 92%.

Tab. 4: Vorlageraten Impfpass, U-Heft, Zustimmung Sozialdaten PiAF 2007-2009

| | PiAF 2007 (n=139) | | PiAF 2008 (n=217) | | PiAF 2009 (n=197) | | Vergleich SEU (n=19.419) |
|------------------------------------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------|------|--------------------------------|
| | n | % | n | % | n | % | % |
| Zustimmung zur Sozialdatenerhebung | 136 | 97,8 | 210 | 96,8 | 184 | 93,4 | 91,1 |
| Vorlage Impfpass | 136 | 97,8 | 205 | 94,5 | 190 | 96,4 | 91,9 |
| Vorlage U-Heft | 136 | 97,8 | 211 | 97,2 | 189 | 95,9 | 90,5 |

3.3 Gruppe der untersuchten Kinder (2007 - 2009) und Empfehlungen bei PiAF-US

Neben den Kindern des jeweiligen „Zieljahrganges“ (Schulpflicht zwei Jahre später) werden regelmäßig von den Einrichtungen in Absprache mit den Eltern Untersuchung und Beratung für Kinder mit besonderen Problemen erbeten (12 - 15% der jeweils durchgeführten Untersuchungen, s.o.: „anderer Jahrgang“). Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund lag im Durchschnitt mit 17 - 20% höher als im Landkreis-Mittel (SEU: relativ konstant 15%). Das Durchschnittsalter bei Untersuchungen sinkt (von 4,5 Jahren 2007 auf 4,1 Jahre 2009). Das hat mit den veränderten Eckdaten für die Schulpflicht zu tun und bedeutet für Erzieherinnen wie PiAF-Team besonders bei den kleinen, eben drei Jahre alten Kindern manche echte Herausforderung (für die Kinder gilt dies natürlich genauso).

Tab. 5: Alter und Nationalität der untersuchten Kinder

| | PiAF 2007 (n=139) | | PiAF 2008 (n=217) | | PiAF 2009 (n=197) | | Vergleich SEU (n=19.419) |
|--|----------------------|----------|----------------------|---------|----------------------|---------|--------------------------------|
| | MW | Spanne | MW | Spanne | MW | Spanne | |
| Alter in Jahren | 4,5 | 3,5– 5,6 | 4,2 | 3,3-5,8 | 4,1 | 3,2-5,7 | |
| | n | % | n | % | n | % | % |
| Kinder mit Migrations- hintergrund | 23 | 16,5 | 43 | 19,8 | 33 | 17,0 | 15,0 |

Im Anschluss an die Untersuchung wird in einem gemeinsamen Beratungsgespräch mit anwesendem Elternteil und Erzieherin das weitere Vorgehen besprochen (schriftliches Protokoll auch für den/die behandelnde/n Kinder-bzw. Hausarzt/Ärztin). Je nach Bedarf empfehlen wir den Eltern ggf. auch, den Rat und die Unterstützung externer Fachleute einzuholen. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über diese Empfehlungen in den drei PiAF-Jahren:

Tab. 6: Empfehlungen bei PiAF 2007-2009

| | PiAF 2007 (n=139) | | PiAF 2008 (n=217) | | PiAF 2009 (n=197) | | Kostenträger |
|---|------------------------------|------|------------------------------|------|------------------------------|------|---------------------|
| 1. Empfehlungen nach Kindern: | n | % | n | % | n | % | |
| Keine spez. Maßnahmen (MN) erforderlich | 20 | 14,4 | 45 | 20,7 | 46 | 23,4 | - |
| Gezielte Förderung zu- hause und in der KiTa | 49 | 35,5 | 93 | 42,9 | 76 | 38,6 | - |
| Ärztliche MN | 29 | 20,9 | 39 | 18,0 | 35 | 17,8 | SGB V |

| | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|--------------------------|
| Erziehungsberatung | 10 | 7,2 | 11 | 5,1 | 7 | 3,6 | SGB VIII |
| Heilpädagogische MN | 9 | 20,9 | 8 | 3,7 | 4 | 2,0 | SGB XII |
| MN der JuHi i.e.S. | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | SGB VIII |
| Ärztliche und heilpädagogische MN | 9 | 6,5 | 6 | 2,8 | 14 | 7,1 | SGB V und XII |
| Ärztliche und JuHi-MN | 1 | 0,7 | 2 | 0,9 | 5 | 2,5 | SGB V und VIII |
| Heilpädagogische und JuHi-MN | 3 | 2,2 | 2 | 0,9 | 0 | 0 | SGB VIII und XII |
| Ärztliche, heilpädagogische und JuHi-MN | 7 | 5,0 | 5 | 2,3 | 3 | 1,5 | SGB V, VIII und XII |
| 2. Empfehlungen nach Kostenträgern: | | | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | 2007-2009 (n=553) |
| Empfehlungen von MN nach SGB V | 46 | 33,0 | 52 | 23,9 | 57 | 28,9 | 28% |
| Empfehlungen von MN nach SGB VIII (JuHi i.e.S. und EB) | 21 | 15,1 | 21 | 9,6 | 16 | 8,1 | 5,5 + 5,0% |
| Empfehlungen von MN nach SGB XII | 28 | 20,1 | 21 | 9,6 | 21 | 10,6 | 12,6% |

3.4 Ergebnisse bei Schulbeginn

Im ersten PiAF-(Halb)-Jahr wurden von Januar bis Juli 2007 139 Kinder untersucht. Ein Teil dieser Kinder war schon älter als vier Jahre, aber 105 PiAF-Kinder sahen wir termingerecht bei der SEU 2009 wieder. Insgesamt kamen 2009 in Alfeld und Freden 204 Kinder zur SEU. Die 99 „Nicht- PiAFs“ werden für die folgenden Bewertungen der Ergebnisse als (nicht geplante, aber adäquate) Kontrollgruppe betrachtet; außerdem

erfolgt der Vergleich mit den Gesamtwerten des Jahrgangs 2009 vor dem Hintergrund der im Projektkonzept formulierten Erwartungen.

3.4.1 Verbesserung der Teilnehmerate an der Vorsorge U9 (s. Projekt-Konzept Abschnitt 5.4)

Die Teilnahme an der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung U9 (5 Jahre) zeigt, dass die Eltern für ihr Kind die vorhandenen medizinischen Angebote nutzen. Leider ist die Teilnehmerate an der U9 zwar im LK HI, wie in allen Regionen Niedersachsens, in den letzten Jahren leicht gestiegen. Sie liegt aber nach wie vor trotz aller Werbung nur bei etwa 80% (Daten aus SEU, Landkreis-Kinder etwas besser versorgt als Stadt-Hildesheim-Kinder).

In Alfeld und Freden hatte dieser Anteil bei knapp 75% der Kinder gelegen. Bei der SEU 2009 fanden wir eine Teilnehmerate bei den Nicht-PiAF-Kindern von 81%, bei den PiAF-Kindern jedoch von 92,4%! Statt der geforderten Steigerung um fünf Prozentpunkte wurde eine Steigerung um 17 Punkte erreicht, und auch verglichen mit dem Landkreis-Niveau liegt jetzt die gesamte Region Alfeld-Freden deutlich über dem geforderten Durchschnitt (Alfeld-Freden: 87,3 % vs. 82,2% Landkreis).

Abb. 1: Teilnahme U9 (Daten SEU 2001-2006 Gesamt HI)

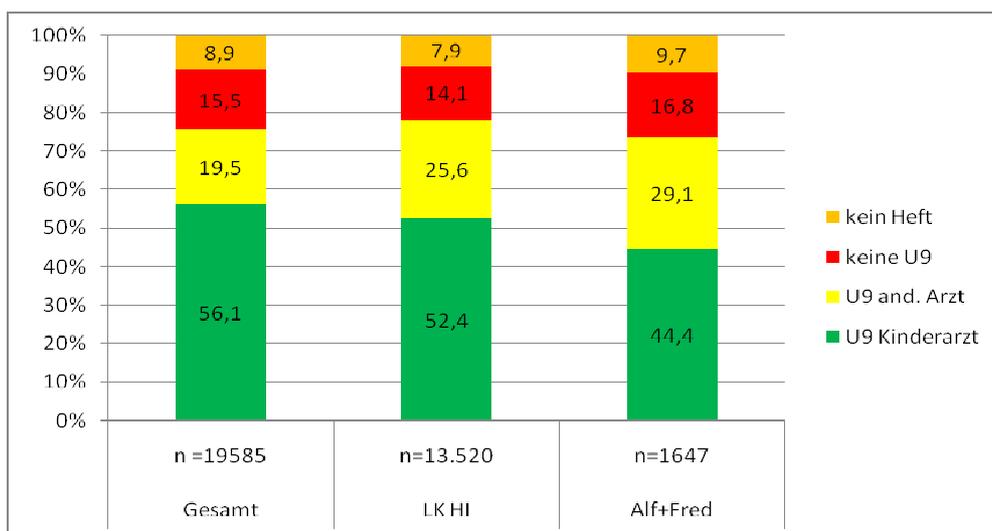


Abb. 2: Teilnahme U9 (SEU 2009)

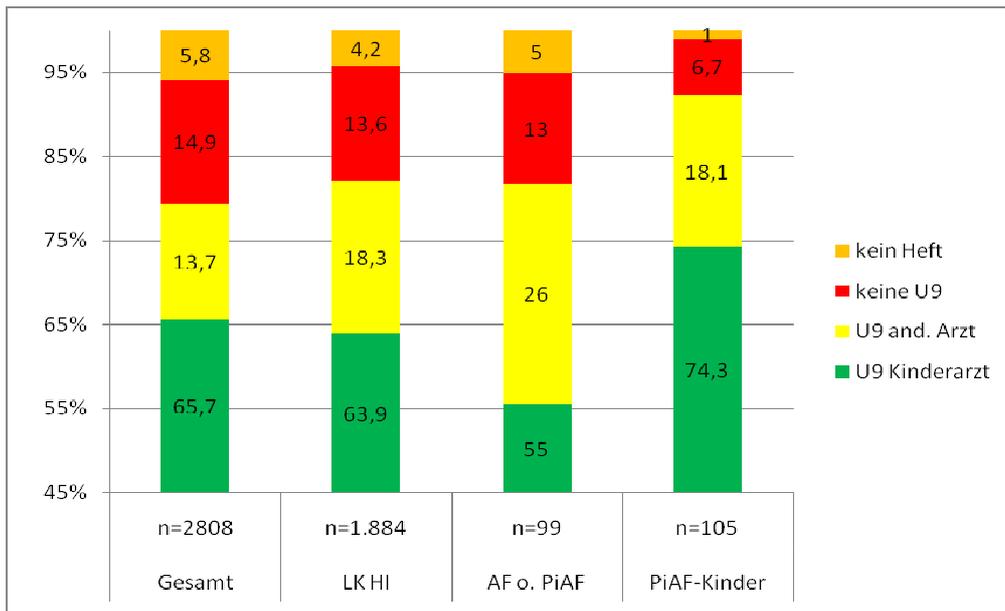
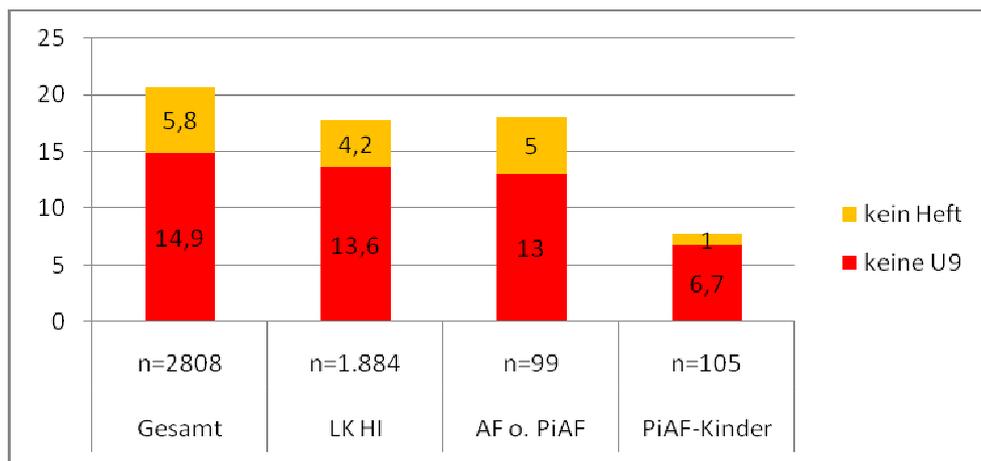


Abb. 3: Teilnahmelücken U9 (SEU 2009)



3.4.2 Verbesserung des Impfschutzes (s. Projekt-Konzept Abschnitt 5.4)

Die Tatsache, dass unsere Kinder gemäß den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Standards geimpft sind, ist zunächst wie die Teilnahme an der U9 ein Indikator für elterliche Kompetenz und Nutzung der vorhandenen medizinischen Angebote, zudem für das einzelne Kind eine Verbesserung der medizinischen Grundversorgung und letztlich ein Beitrag zum Gesundheitsschutz in der Altersgruppe. Daher ist die Verbesserung des Impfschutzes eines der PiAF-Ziele.

Die Daten aus der SEU 2009 zeigen: Auch der Impfschutz ist bei den PiAF-Kindern deutlich besser als bei ihren Altersgenossen. Mit 89,5% altersgerecht vollständig geimpften Kindern ist in dieser Gruppe die Versorgung deutlich besser als bei ihren Altersgenossen. Im gesamten Gebiet des Landkreises Hildesheim waren bei der SEU 2009 83,4% der Kinder vollständig geimpft; in Alfeld und Freden lag diese Quote bei den „Kontroll-Gruppe“ gar nur bei 80%. Statt der geforderten Steigerung um 5 Prozentpunkte lag der Zuwachs bei 15 Punkten und damit auch für dieses Ziel deutlich über den Erwartungen. Mit der Durchimpfungsrate von 89,5% (bezogen auf vorgelegte Impfpässe) für Polio, Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B **und** HIB wurde erstmals annähernd die von der WHO für eine „Hordenimmunität“ geforderte Marke von 90% erreicht, ab derer auch einzelne Kinder, die aus medizinischen Gründen tatsächlich nicht geimpft werden dürfen, in der Gruppe als sicher geschützt gelten. Hier konnte durch die Summe der individuellen Präventionsmaßnahmen auch der Gesundheitsschutz der Kindergruppe definitiv verbessert werden.

Abb. 4: Impfstatus altersgerecht vollständig (Daten SEU 2001-2006 Gesamt HI)

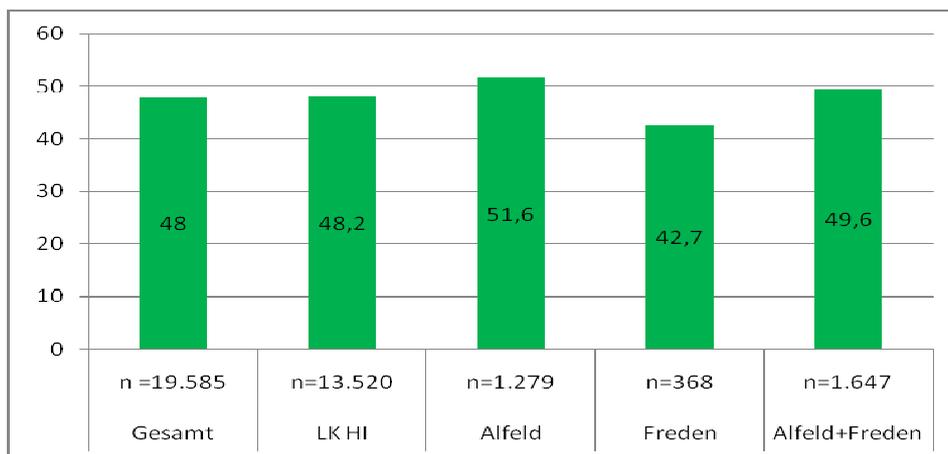
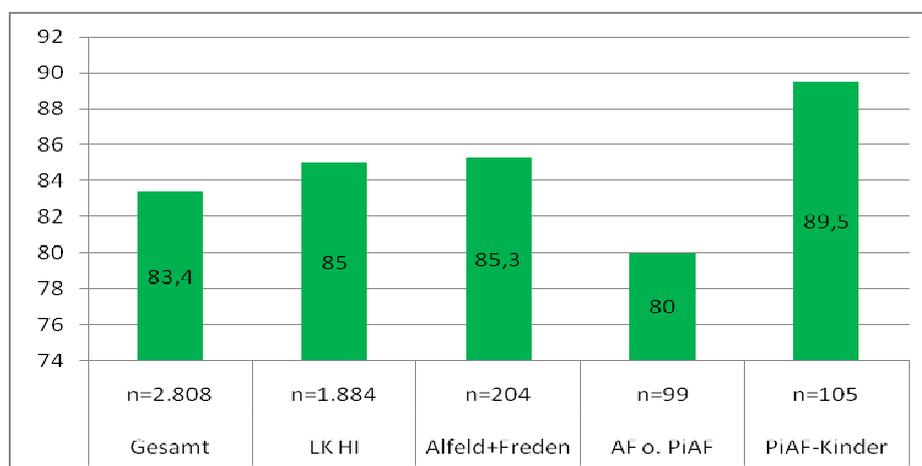


Abb. 5: Impfstatus altersgerecht vollständig (Daten SEU 2009)

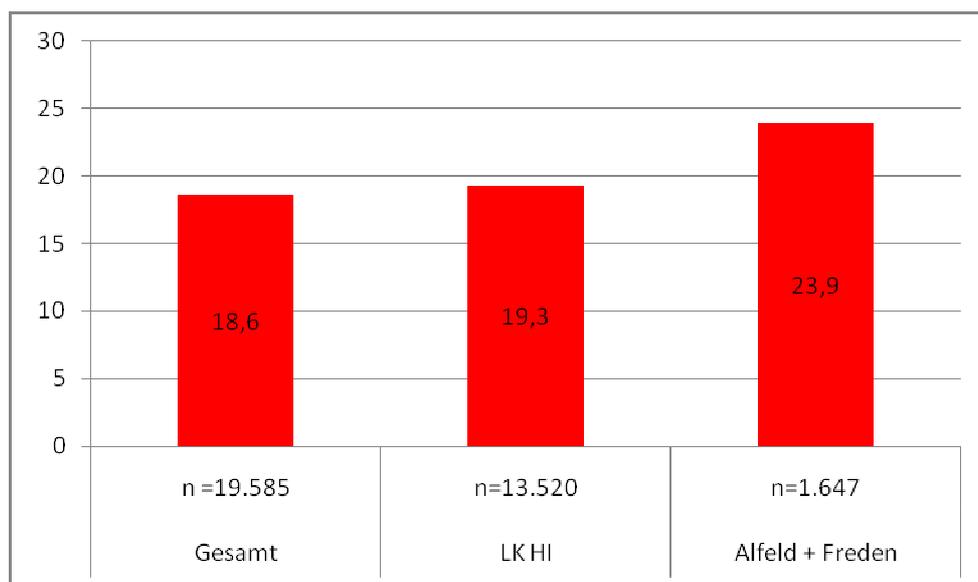


3.4.3 Dunkelfeldaufhellung, oder: Reduktion der Rate der bis zur SEU unbekanntem, gravierenden Befunde ("A-Befunde") in schulrelevanten Teilbereichen (s. Projekt-Konzept Ab- schnitt 5.1)

Entwicklungsprobleme der Sinnes- und Wahrnehmungsfunktionen wie auch der Bewegungs- und der Sprachentwicklung sind natürlich für die gesamte kindliche Entwicklung hinderlich. Besonders fatale Folgen können, wenn diese Schwierigkeiten nicht oder zu spät (z.B. erst bei der SEU) erkannt werden, für den Schulerfolg und damit ebenso für die psychosoziale Entwicklung der Kinder entstehen. Daher ist es eines der zentralen Anliegen von PiAF, Schwierigkeiten in diesen Bereichen früher als bisher zu erkennen, Entwicklungsbesonderheiten von Entwicklungsproblemen unterscheiden zu helfen und vor allem, bei der angemessenen Reaktion zu unterstützen.

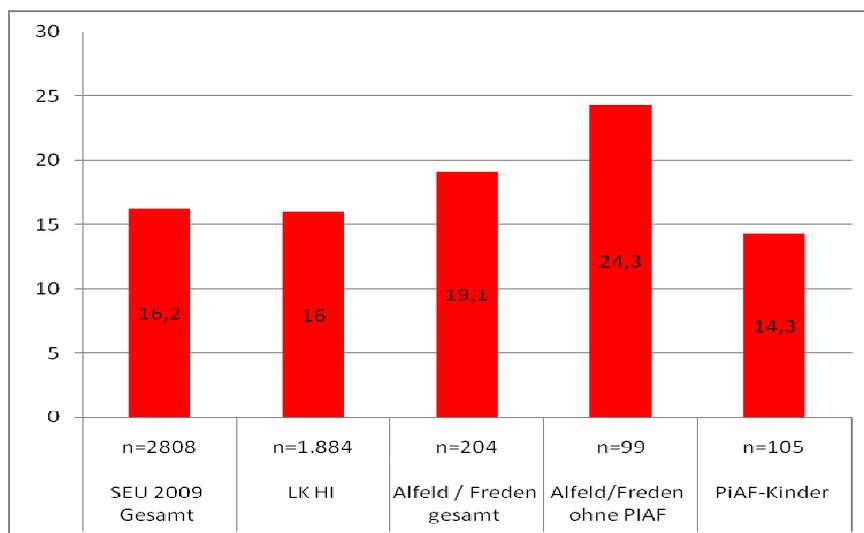
Unter dem Schlagwort „Dunkelfeldaufhellung“ wurde die Zielvorgabe formuliert, bei den Schulanfängern aus Alfeld-Freden anders als in den Jahren zuvor nicht mehr solcher „A“-Befunde zu registrieren als im Durchschnitt des gesamten Landkreises Hildesheim. Notabene: Da eine Annäherung der beiden großen niedersächsischen Systeme bei SEU (SOPHIA + Weser-Ems) zwischenzeitlich eine Normwertveränderung beim Sehtest erforderlich machte, mussten die folgenden Betrachtungen ohne Einbeziehung der Sehtestbefunde geschehen.

Abb. 6: Unbekannte Problembefunde („A“) in schulrelevanten Bereichen außer Sehtest (SEU 2001-2006)



Im gesamten Landkreis-Gebiet mussten wir 2009 bei 16% der Schulanfänger „A“-Befunde (Befundkontrolle bzw. Therapie-Einleitung erforderlich in den Bereichen Hören, Bewegen, Wahrnehmen und Sprechen) registrieren. In der Region Alfeld-Freden liegt dieser Wert erfahrungsgemäß über dem Landkreis-Durchschnitt, so auch 2009 mit 19,1%. Den Erfolg von PiAF zeigt der deutliche Unterschied innerhalb der Region: In der Kontroll-Gruppe lag diese Rate bei 24%, bei den PiAF-Kindern nur bei 14%. Der Anteil der Kinder mit „A“-Befunden wurde somit im Vergleich zum Vorbefund um etwa 10 Prozentpunkte, im Vergleich mit der Kontrollgruppe sogar um etwa 40% und auf einen Wert unterhalb des Landkreisdurchschnitts reduziert. Damit wurden die Zielvorgaben in diesem zentralen Bereich eindeutig erreicht bzw. übertroffen.

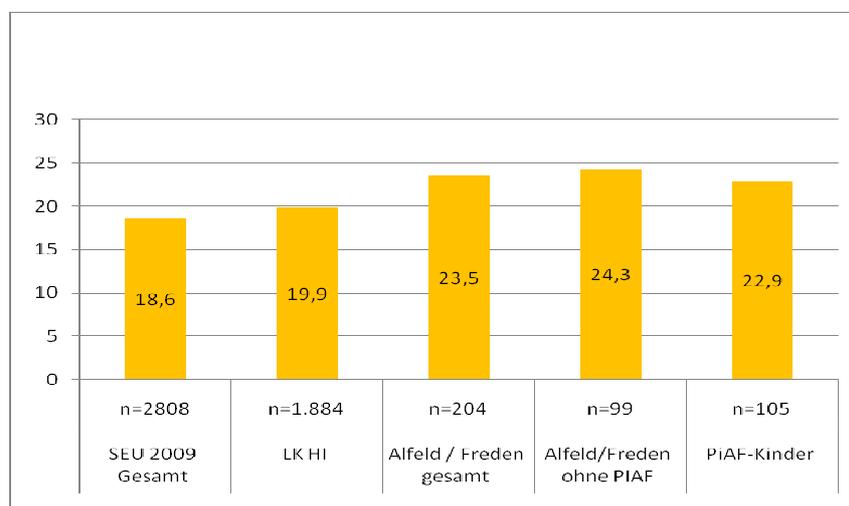
Abb. 7: Unbekannte Problembefunde („A“) in schulrelevanten Bereichen außer Seh-test (SEU 2009)



3.4.4 Repädagogisierung, oder: Minderung der Rate der therapierten Bereiche („B“) in schulrelevanten Bereichen (s. Projekt-Konzept Abschnitt 5.2)

Wenn die Annahme zuträfe, dass in einer Kindergruppe quasi als feste Größe immer der gleiche Anteil von Kindern „therapiebedürftig“ sei, müsste die Minderung der „A-Befunde“ bei SEU (bis dato unbekannte Probleme..) mit einer Erhöhung der „B-Befunde“ (..schon in Behandlung oder Kontrolle befindlich..) einhergehen. Insofern ist die Tendenz auch bei den B-Befunden von großem Interesse.

Abb. 8: Behandlung in schulrelevanten Bereichen außer Sehen („B“) bei SEU 2009



Ganz offensichtlich hat aber die frühe Erkennung der problematischen Entwicklungsbereiche in der Gruppe der PIAF-Kinder im Vergleich zur Kontroll-Gruppe nicht zu mehr laufenden „Therapie-Maßnahmen“ zum Zeitpunkt der SEU geführt. Auch im Vergleich zu den Vorjahren (22,1 % für Alfeld-Freden 2001-2006) kam es zu keiner Steigerung, anders als in der Kontroll-Gruppe.

Diese Tatsache verdient besondere Beachtung in Hinsicht auf die zentrale Frage, ob sich der Anteil der wie o.g. quasi „therapiepflichtig“ erscheinenden Kinder vielleicht doch durch ein gezieltes und aufmerksames gemeinsames Bemühen aller Fachleute, natürlich die Eltern eingeschlossen, verringern lässt? Das entspräche dann dem im Projektkonzept formulierten Ziel der „Repädagogisierung“ der kindlichen Entwicklung.

Alle Bewertungen müssen aufgrund des vorläufigen Charakters eines Zwischenberichtes sehr vorsichtig geschehen. Aus heutiger Sicht ist dieses Ergebnis jedoch sehr

ermutigend: Dass in der Gruppe der PiAF-Kinder bei SEU ganz erheblich weniger unbekannte und unversorgte Problembefunde festzustellen waren, ohne dass hier mehr Therapien oder „externe“ Förderung stattfindet als in der Kontrollgruppe, kann durchaus als Hinweis auf das gelungene gemeinsame Bemühen im Sinne der „Repädagogisierung“ gewertet werden. Weitere Auswertungen der kommenden Jahrgänge sollen diese Aussagen überprüfen helfen.

4. Vorgehen im Einzelfall

Diese Fakten und Zahlen dürfen ebenso wie die Zwischenergebnisse der Evaluation selbst bei zurückhaltender Betrachtungsweise Grund zu echter Freude sein. Hervorzuheben ist an dieser Stelle aber auch, dass jeder anonyme Datensatz für ein Kind, seine Familie, seine Bezugspersonen in der KiTa sowie bei entsprechendem Bedarf ggf. ein komplexes Helfernetz steht. Je größer dieser Bedarf nach Unterstützung des familiären Systems von außen ist, umso schwieriger ist es oftmals, diese Hilfe an Eltern und Kind heranzutragen, ohne dabei den Anschein von Geringschätzung oder Vorwürfen gegenüber den Eltern aufkommen zu lassen.

So ist für manche Kinder und deren Familien die Beratung, Begleitung und Weitervermittlung in die „angrenzenden Systeme“ (SGB V, VIII, XII) nur mit einem vergleichsweise sehr hohen Aufwand möglich. In wenigen Einzelfällen gelingt dies trotz aller Bemühungen nicht in befriedigendem Maße – der Umgang mit solchen Verläufen ist schwierig und muss immer sehr behutsam und der einzelnen Situation angemessen sein.

Die Begleitung durch PiAF besteht für alle Kinder und deren Familien im „Normalfall“ aus folgenden Elementen:

- Information und grundsätzliche Beratung der Eltern auf Elternabend, der in (nahezu) jeder KiTa abgehalten wird; teilweise bereits hier sehr detaillierte Nachfragen einzelner Eltern mit Sorgen um ihr Kind;
- standardisierte Beobachtung in der KiTa durch die Erzieherinnen (zusätzlich zur Alltagsbeobachtung) mit dem Dortmunder Entwicklungs-Screening im Kindergarten DESK und SDQ (Fragebogen zu Stärken und Schwächen, Ausschnitt Aufmerksamkeitsverhalten);
- gemeinsame Besprechung mit Erzieherinnen und PiAF-Team vor Beginn der Untersuchungs-Welle;

- Untersuchung und gemeinsame Beratung mit Eltern, Erzieherin und PiAF-Team sowie Protokoll für die/den behandelnden (Kinder-)Arzt/Ärztin;
- Nachbesprechung nach 2-6 Wochen in der KiTa (Erzieherinnen, PiAF-Team) mit Rückmeldungen zum Verlauf „vor Ort“ und ggf. Vereinbarung weiterer Schritte und Aufgabenverteilung

Je nach Bedarf werden natürlich auch zwischen den PiAF-Phasen Rückmeldungen und Nachfragen von Eltern und Erzieherinnen aufgenommen. Die Betreuung erfolgt je nach inhaltlichem Schwerpunkt durch die Sozialpädagogische Fachkraft (FD 405) oder den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des FD 409, bei Bedarf auch gemeinsam. Eine Wiedervorstellung der Kinder im Folgejahr ist oftmals hilfreich und wird als Angebot i.d.R. gerne genutzt.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Dass die herkömmlichen Strukturen und das „Nebeneinander“ von Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe bei der Unterstützung gerade der Kinder mit dem größten Hilfebedarf oftmals versagen, ist allseits bekannt. Auch Reihenuntersuchungen „im alten Stil“ bringen hier nachgewiesenermaßen keine Verbesserung. Theoretisch sind sich die meisten Fachleute recht einig, welche Grundsätze man beachten müsste, um wirklich Verbesserungen für die gesunde Kindesentwicklung zu erzielen. Ob diese Erfolge aber auch in der Praxis tatsächlich erreicht werden können, war die Frage, auf die das Projekt PiAF eine Antwort zu finden helfen sollte.

Nochmals sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den vorgestellten Ergebnissen um Zwischenergebnisse handelt. Aufgrund der (noch) recht kleinen Kindergruppe haben sie in aller Regel noch nicht den Rang der „statistischen Signifikanz“ erreicht. Die Tendenzen sind jedoch sehr deutlich, und so kann man davon ausgehen, dass diese Signifikanzen bei Zunahme der Gruppengröße und Beibehaltung der aktuellen Tendenzen erreicht werden. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die o.g. Frage (Verbesserung durch Umsetzung in Praxis möglich?) zum jetzigen Zeitpunkt und trotz aller Vorsicht wohl bejaht werden darf.

Für alle weiteren Überlegungen gilt: Eine alleinige Untersuchung der Kinder, so kompetent sie auch ausgeführt sein mag, hilft niemandem wirklich weiter und wäre im Sinne des Kostenträgers Geldverschwendung. Es kommt vielmehr auf die kindzentrierte Zusammenarbeit (natürlich unter Einbeziehung der Eltern, so gut dies eben

möglich ist) an. Die hierzu nun quasi nachgewiesenermaßen gültigen Grundsätze sind hinreichend beschrieben.

Die nächsten Schritte werden unter anderem eine weiterführende Analyse der Daten sein (z.B. die der verbliebenen A-Befunde samt entsprechenden Konsequenzen sowie die Auswertung der Anamnesedaten zum Freizeitverhalten etc.). Im Sinne eines kontinuierlichen Prozesses werden die Bemühungen auf eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Fachleuten der „angrenzenden Systeme“ und die stetigere Einbindung der Eltern zielen. Auch die Erfahrungen, die mit dem Präventions-Projekt in Elze und Gronau durch den anderen Standort und die neuen PartnerInnen gewonnen werden, sollen ebenso wie die Ergebnisse der Evaluation durch das Kompetenzzentrum Frühe Kindheit der Universität Hildesheim bei den weiteren Planungen berücksichtigt werden.

Dipl. Psych. Paul Wolpers, FD 405

Dr. med. Bettina Langenbruch, FD 409

Januar 2010