

Bohlen, Gerd

## **Das Früherkennungsteam - ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 1, S. 25-28*

urn:nbn:de:bsz-psydok-38848

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Begutachtung bei strittigen Sorge- und Umgangsrechtsfragen

- DU BOIS, R./RÖCKER, D.: Zur Dynamik der kindlichen Suggestibilität beim Vorwurf des sexuellen Mißbrauchs im Scheidungsverfahren (Allegations of Sexual Abuse in Divorce Conflicts and the Problem of Suggestibility) . . 339
- KARLE, M./KLOSINSKI, G.: Empfehlungen zum Ausschluß des Umgangsrechts – Gründe und Begründungen aus 30 Gutachten (Recommendations for the Exclusion of the Right of Visitation – Reasons and Substantiations from 30 Expert Opinions) . . . . . 331
- ROHMANN, J.A.: Elternschaft und Kooperation in der Sorgerechts-Begutachtung (Parenthood or rather Parenting and Cooperation. Topics of Forensic Psychology Dealing with Custody Problems) . . . . . 323
- SIEFEN, R.G./BOERGER, G./KLAR, W.: Familienrechtliche Begutachtung bei Alkoholerkrankung der Eltern (Legal Testimony in Families with Alcohol Abusing Parents) . 343

## Erziehungsberatung

- LÜTKENHAUS, P./HASLER-KUFNER, P./PLAUM, E.: Evaluation eines präventiven Gruppenangebots für Scheidungskinder (Evaluation of a Preventive Group Intervention Program for Children of Divorce) . . . . . 238
- MADERTHANER, A./HABEL, G./SAMITZ, U./SPRANGER, B.: Das Linzer Modell: Trennung – Scheidung – Neubeginn (The Linz-Project: Separation – Divorce – New Beginning) . . . . . 244

## Forschungsergebnisse

- HIRSCHBERG, W.: Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (In-Patient Social Therapy with Conduct-Disordered Adolescents) . . 374
- HOPF, H./WEISS, R.H.: Horror- und Gewaltvideokonsum bei Jugendlichen. Eine Untersuchung von Sprachproben von Videokonsumenten mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse (Consumption of Horror and Violence Videos by Adolescents) . . . . . 179
- KLICPERA, C./GASTEIGER KLICPERA, B.: Die Situation von „Tätern“ und „Opfern“ aggressiver Handlungen in der Schule (The Situation of Bullies and Victims of Aggressive Acts in School) . . . . . 2

## Kinder- und Jugendpsychiatrie und Entwicklungspsychopathologie

- BERGER, C.: Soziale Beziehungen von Kindern im Grundschulalter. Eine Untersuchung mit dem SOBEKI-Verfahren an acht- bis elfjährigen Grundschulkindern (Social Relations of Children in Primary School Age. An Investigation of Eight-to Eleven-Year-Old Primary School Children with the „SOBEKI-Verfahren“) . . . . 102
- CRITTENDEN, P.: Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoreti-

- scher Sicht (Evolution, Experience, and Intimate Relationships: An Attachment Perspective on Mental Health) . . . . . 147
- DOERFEL-BAASEN, D./RASCHKE, I./RAUH, H./WEBER, C.: Schulanfänger im ehemaligen Ost- und Westberlin: Sozio-emotionale Anpassung und ihre Beziehung zu den Bindungsmustern der Kinder (School Beginners in Previously East and West Berlin: Socio-emotional Adoption and its Relation to Attachment Patterns) . . . . . 111
- FEGERT, J.M.: Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern (Behavior and Emotional Problems in Two-to Three-Year-Old German Children) . . . . . 83
- HUSS, M./LEHMKUHL, U.: Coping im familiären Kontext: Aktive und vermeidende Strategien bei Jugendlichen aus Scheidungsfamilien (Coping in the Context of the Family: Active and Avoidant Strategies of Adolescents of Divorce) . . . . . 123
- KREPPNER, K.: Kommunikationsverhalten zwischen Eltern und ihren jugendlichen Kindern und der Zusammenhang mit Indikatoren des Selbstwertgefühls (Communication Behavior in the Family and the Development of Self-esteem during Adolescence: Links between Judgement and Reality) . . . . . 130
- LEHMKUHL, U./RAUH, H.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Modelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Relevance of Developmental Psychology Models for Child and Adolescent Psychiatry) . . . . . 78
- ZIEGENHAIN, U./MÜLLER, B./RAUH, H.: Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation (Influence of Attachment Quality and Intensity of Attachment Insecurity on Cognitive Performance and Emotional State of 20 Months-Old Infants in a Test Situation) . . . . . 95

## Praxisberichte

- KLOSINSKI, G.: Bibliothераapeutische Traumarbeit nach akuter psychotischer Dekompensation (Bibliothераapeutic Dream Work after Acute Psychotic Decomperensation) . . . . . 174
- KLOSINSKI, G.: Muttermord durch die Tochter – Familiendynamik und Mythologie (Matricide by the Daughter – Familydynamic and Mythology) . . . . . 217
- LORENZ, A.L.: Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung (Proposals for a Practical Solution of Care Documentation and Quality Assurance) . . . . . 19
- MACKENBERG, H.: Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines varierten Reizkonfrontationsverfahrens (Case Study of a Treatment of School Phobia using a Varied Scheme of Stimulus Confrontation) . . . . . 57

## Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen: individuelle und institutionelle Reaktionen

- BERGER, C./KLOPPER, U./BREUER, B./DEGET, F./WOLKE, A./FEGERT, J. M./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./LÜDERITZ, A./WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit strafrechtlichen Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Ergebnisse einer Expertenbefragung (German Criminal Law in Cases of Sexual Abuse. An Expert Interview Study on Attitudes towards Criminal Prosecution) . . . 300
- BUSSE, D./VOLBERT, R.: Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren (Emotional Impact of Criminal Court on Children) . . . 290
- HÄUSSERMANN, R.: Spannungsfeld Familie während der Situation des Verdachts (The Family as Area of Conflict while in a Situation of Suspicion) . . . 280
- KIRCHHOFER, F.: Institutioneller Umgang mit sexueller Kindesmißhandlung (Institutional Handling of Sexual Abuse) . . . 294
- KIRCHHOFF, S.: Kommentar zu dem Beitrag „Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren“ . . . 293
- OBERLOSKAMP, H.: Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch (Official Approach to Sexual Abuse) . . . 273
- RAACK, W.: Kommentar zu dem Beitrag „Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch“ . . . 279
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffs (Towards an „Objectivation“ of the Term „Child Well-being“ in its Contents: Contribution of Child and Adolescent Psychiatry and Developmental Psychology) . . . 266
- ROHLEDER, C./WEBER, M.: Zwei Schritte vor und einer zurück? – Antworten der Jugendhilfe auf sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen (Two Steps ahead, one Step back? – Sexual Abuse and Changes in the System of Social Help) . . . 297
- WIESNER, R.: Zwischen familienorientierter Hilfe und Kinderschutz – Interventionen im Rahmen des KJHG: Ein unlösbares Dilemma? (Family-Oriented Support or Child Protection – Interventions within the KJHG (German Child Care and Protection Legislation): An Irreconcilable Dilemma?) . . . 286
- Kinds of „Identification with the Aggressor“ – following Ferenczi and Anna Freud) . . . 198
- KOPECKY-WENZEL, M./HIPFNER, A./FRANK, R.: Fragen zur psychosexuellen Entwicklung – Entwurf eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch (A Questionnaire Relating to the Psychosexual Development of Children) . . . 230
- LANDOLT, M.: Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter (Psychological Aspects of Severe Burn Injuries in Children and Adolescents) . . . 47
- MARTINIUS, J./KRICK, G./REITINGER, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung (Child and Adolescent Psychiatry and Social Welfare Services and Child Protection: A Study of Transferral Practices and Obstacles to Cooperation) . . . 170
- RAUCHFLEISCH, U.: Zur Beratung männlicher Adoleszenten mit homosexueller Orientierung und ihrer Eltern (Counseling of Adolescents with a Homosexual Orientation and their Parents) . . . 166
- RUDNITZKI, G.: Gruppenbilder der Adoleszenz – Erfahrungen mit Adoleszenzphänomenen aus der gruppenanalytischen Position (How the Group Reflects Adolescence – Group Analytical Experience with the Phenomena of Adolescence) . . . 362
- SCHMIDT, B.: Psychoanalytische Überlegungen zur rechts-extremistischen Orientierung männlicher Jugendlicher (Psychoanalytic Thoughts on Extreme Right-Wing Tendencies of Male Youth) . . . 370
- TSCHUSCHKE, V.: Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapie bei Jugendlichen (Research Results in Regards to Therapeutic Factors and Outcome in Group Therapies With Adolescents) . . . 38

## Werkstattberichte

- BOHLEN, G.: Das Früherkennungsteam – ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum (The Diagnostic Team – a Way of Interinstitutional Cooperation in Diagnosing Developmental Disorders in the Country) . . . 25

## Übersichten

- BERNS, U.: Das zentrale Beziehungsgeschehen – seine Dynamik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (The Core Relational Process – Its Dynamic in the Child and Youth-Psychotherapy) . . . 205
- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Hat die chronische Erkrankung Auswirkungen auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten? (Siblings of Physically Ill Adolescents: Does Chronic Illness Affect Their Developmental Possibilities?) . . . 356
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern (Analysis of Failure and Resistance in Behavior Therapy using the Example of Parent-Child-Program for the Treatment of Hyperactive and Oppositional Children) . . . 10
- HIRSCH, M.: Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud (Two different

## Buchbesprechungen

- AMELANG, M./ZIELINSKI, W.: Psychologische Diagnostik . . . 32
- ARENZ-GREIVING, I./DILGER, H. (Hrsg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis . . . 162
- ARNOLD, W./EYSENCK, K. J./MEILI, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie, Bd. 1–3 . . . 230
- BECKER, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe . . . 230
- BIEN, W./KARIG, U./LANG, G./REISSIG, M.: Cool bleiben – Erwachsen werden im Osten . . . 159
- BLANZ, B.: Psychische Störungen und Compliance beim juvenilen Diabetes mellitus . . . 256
- BOTT, R. (Hrsg.): Adoptierte suchen ihre Herkunft . . . 317
- BÜTTNER, C.: Gruppenarbeit – eine psychoanalytisch pädagogische Einführung . . . 225
- DEGENER, G.: Anamnese und Biographie im Kindes- und Jugendalter . . . 228

DETER, H.-C./HERZOG, W.: Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese . . . . .	315	KURZ-ADAM, M./POST, I. (Hrsg.): Erziehungsberatung und Wandel der Familie . . . . .	67
DULZ, B./SCHNEIDER, A.: Borderline-Störungen. Theorie und Therapie . . . . .	189	LOTZ, W./KOCH, W./STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen . . . . .	191
DUSS-VON WERDT, J./MÄHLER, J./MÄHLER, H.-G. (Hrsg.): Mediation: Die andere Scheidung. Ein interdisziplinärer Überblick . . . . .	195	LUKESCH, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik . . . . .	33
EGGERS, C./BILKE, O.: Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindes- und Jugendalter . . . . .	230	MANES, S.: Mama ist ein Schmetterling. Papa ein Delphin	252
EICKHOFF, F.W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 35 . . . . .	351	MOGEL, H.: Geborgenheit. Psychologie eines Lebensgefühls . . . . .	229
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 34 . . . . .	313	MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels. Die Bedeutung des Spiels als Lebensform der Kinder, seine Funktion und Wirksamkeit für die kindliche Entwicklung . . . . .	189
EIHLER, U.: Über das Bettnässen und wie man es los wird . . . . .	255	NISSEN, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie . . . . .	255
ERMERT, C.: Spielverhalten im Scenotest. Entwicklung und Erprobung von Beobachtungssystemen bei Kindern im Vorschulalter . . . . .	188	NISSEN, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen – Prävention und Therapie . . . . .	226
FRANKE, U. (Hrsg.): Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder . . . . .	314	OERTER, R./MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie . . . . .	225
FREEMAN, A./REINECKE, M.A.: Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten . . . . .	253	Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse XII . . . . .	192
FRITZ, J. (Hrsg.): Warum Computerspiele faszinieren. Empirische Annäherungen an Nutzung und Wirkung von Bildschirmspielen . . . . .	350	PETERMANN, F. (Hrsg.): Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen . . . . .	193
FRÖHLICH, V.: Psychoanalyse und Behindertenpädagogik	162	PETERMANN, U. (Hrsg.): Verhaltensgestörte Kinder . . . . .	31
GÄNG, M. (Hrsg.): Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren . . . . .	227	RAUE, R.: Im Labyrinth der Gewalt. Jugendliche zwischen Macht und Ohnmacht . . . . .	191
HARNACH-BECK, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe . . . . .	187	REISTER, G.: Schutz vor psychogener Erkrankung . . . . .	232
HARNISCH, G.: Was Kinderträume sagen . . . . .	226	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern . . . . .	161
HAUG, H.-J./STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie . . . . .	252	RIEGEL, K./OHRT, B./WOLKE, D./ÖSTERLUND, K.: Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr . . . . .	194
HÉDERVÁRI, E.: Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter . . . . .	192	SALGO, L.: Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen . . . . .	316
HOCKE, M./SCHÄPFER, G.: Mädchenwelten: Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung . . . . .	66	SAYLOR, C.F. (Hrsg.): Children and Disasters . . . . .	29
HOLLER-NOWITZKI, B.: Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streß-Reaktionen . . . . .	186	SCHARFETTER, C.: Der spirituelle Weg und seine Gefahren	66
HOLTSTIEGE, H.: Montessori-Pädagogik und soziale Humanität . . . . .	188	SCHLACK, H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten . . . . .	316
HUNDSALZ, A./KLUG, H.-P./SCHILLING, H. (Hrsg.): Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte . . . . .	311	SCHMALOHR, E.: Erklären statt Beschuldigen. Beratungspsychologie mit Eltern, Kindern und Lehrern . . . . .	253
HUNDSALZ, A.: Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden . . . . .	259	SCHMID, R.G./TIRSCH, W.S.: Klinische Elektroenzephalographie des Kindes- und Jugendalters. Ein Atlas der EEG-Aktivität: Altersbezogene Normkurven und Pathologie . . . . .	258
JÄGER, R./PETERMANN, F. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch . . . . .	231	SCHON, L.: Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind . . . . .	158
KAUFMANN-HUBER, G.: Kinder brauchen Rituale. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende . . . . .	230	SCHULTE, D.: Therapieplanung . . . . .	312
KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten . . . . .	257	SCHUSTER, M.: Kinderzeichnungen. Wie sie entstehen, was sie bedeuten . . . . .	30
KÖTTER, S.: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern“ . . . . .	158	SCHWERIN, A.-C.: Sterben, Tod und Trauer im Bilde verwaister Eltern . . . . .	190
KRAPPMANN, L./OSWALD, H.: Alltag der Schulkinder. Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen . . . . .	232	SEHRINGER, W./JUNG, G.: Schulreform von unten – Leistungsdifferenzierung an einem Gymnasium und Begabungsuntersuchungen an weiterführenden Schulen in einer süddeutschen Region . . . . .	350
KUBINGER, K.: Einführung in die Psychologische Diagnostik . . . . .	231	SOREMBA, E.M.: Legasthenie muß kein Schicksal sein . . . . .	67
		SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung . . . . .	229
		TEXTOR, M./WARNDORF, P.K. (Hrsg.): Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung . . . . .	228
		VOGT, M./WINIZKI, E.: Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen . . . . .	227
		WINNICOTT, D.W.: Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe . . . . .	190
		WOLFRAM, W.-W.: Präventive Kindergartenpädagogik. Grundlagen und Praxishilfen für die Arbeit mit auffälligen Kindern . . . . .	313

ZIMBARDO, P.G.: Psychologie . . . . .	258	<b>Editorial</b> 77, 265, 322
ZOLLINGER, B.: Die Entdeckung der Sprache . . . . .	68	<b>Autoren und Autorinnen dieses Heftes</b> 28, 64, 155, 186, 223, 251, 307, 349, 383
		<b>Ehrungen</b> 383
		<b>Zeitschriftenübersicht</b> 64, 156, 223, 309, 383
		<b>Tagungskalender</b> 34, 69, 163, 196, 233, 260, 318, 353, 390
		<b>Mitteilungen</b> 35, 69, 164, 196, 234, 261, 319, 353, 390

# Das Früherkennungsteam – ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum<sup>1</sup>

Gerd Bohlen

### Zusammenfassung

In diesem Beitrag möchte der Autor am Beispiel der Arbeit des Früherkennungsteams zeigen, daß eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung auch ohne Schaffung neuer Stellen und Institutionen durch eine bessere Vernetzung bestehender Einrichtungen möglich ist. Vor dem Hintergrund knapper Finanzmittel der öffentlichen Hand sollte dies eine Anregung sein, besonders im ländlichen Raum abseits von Oberzentren fundierte diagnostische Möglichkeiten zur Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen zu bieten, indem die materiellen und personellen Ressourcen vor Ort besser genutzt werden. In diesem Sinne kann diese Arbeit als konkretes „unspektakuläres“ systemisches Handeln im Gesundheitswesen verstanden werden.

### 1 Zum Ausgangspunkt des Früherkennungsteams

Die Bildung des Früherkennungsteams im Landkreis Aurich geht auf eine Initiative des Landes Niedersachsen zurück. Diese Initiative konkretisiert sich in dem Runderlaß des Sozialministers vom 27.12.1989, welcher spezifische Angaben zu Förderungsmöglichkeiten, zur Zielsetzung von Früherkennungsteams und zur inhaltlich/methodischen Arbeit macht.

Die Anerkennung der Förderungswürdigkeit eines Früherkennungsteams setzt zunächst eine Vereinbarung zwischen dem örtlichen Sozialhilfeträger und den örtlichen zuständigen Krankenkassen über die Förderung und den Einzugsbereich der Stelle voraus. Das Land Niedersachsen gewährt als einmaligen Zuschuß einen Beitrag von 1.500 DM zur Einrichtung der Stelle und dann fortlaufend 120 DM pro untersuchtem Kind im Kalenderjahr. Neben dem Nachweis eines geeigneten Raumes wird die verbindliche Teilnahme von mindestens einem Kinderarzt/einer Kinderärztin, einem Krankengymnasten/einer Krankengymnastin und einem Vertreter pädagogisch/psychologischer Berufe mit Erfahrung in der Förderung von entwicklungsgestörten Kindern (z.B. Dipl.-Psychologen/Dipl.-Psychologinnen, Heilpädagogen/Heilpädagoginnen) vorausgesetzt. Es wird empfohlen, ein mindestens

aus diesen Berufsgruppen zu rekrutierendes Kernteam zu bilden, das nach Art der vorliegenden Verdachtsmomente durch z.B. Logopäden, Motopäden und Sozialarbeiter erweitert werden kann. Entsprechend der Forderung nach einer Beteiligung mehrerer Berufsgruppen am Früherkennungsteam (interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams) ist Früherkennung/Frühförderung laut Runderlaß als eine interdisziplinäre Aufgabe zu verstehen, „bei deren Wahrnehmung das Kind und sein Umfeld in den Blick zu nehmen ist. Hieraus folgt, daß medizinische, heilpädagogische/psychologische und soziale Komponenten berücksichtigt werden müssen. (...) Die Früherkennung/Frühförderung hat zum Ziel, Auffälligkeiten, die den Verdacht auf eine bestehende oder drohende Behinderung nahelegen, festzustellen, drohenden Behinderungen entgegenzuwirken, (und) Auswirkungen vorhandener Behinderungen auszugleichen oder zu mindern“ (Nds. Mbl. 5/1990, S.109).

In der Praxis werden Auffälligkeiten von Eltern bzw. anderen Sorgeberechtigten, von Ärzten (z.B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen) oder anderen professionellen Helfern wie Hebammen, Erziehern und Sozialarbeitern festgestellt. Aufgrund dieser Beobachtungen sollte das Kind (möglichst unter Einbeziehung des Hausarztes) zur Abklärung der Verdachtsmomente im Früherkennungsteam vorgestellt werden. Aufgrund der Untersuchung können sich laut Runderlaß drei Handlungsalternativen ergeben:

- (1) Es ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Behinderung oder drohende Behinderung. In diesem Fall erfolgen keine weiterführenden Maßnahmen.
- (2) Das Früherkennungsteam diagnostiziert eine drohende oder bereits vorhandene Behinderung und stellt einen Behandlungs- bzw. Förderplan auf. Bei Bedarf kann das betreffende Kind zur Überprüfung der Entwicklungsfortschritte zu einem späteren Zeitpunkt erneut vorgestellt werden.
- (3) Das Früherkennungsteam kommt zu keiner gesicherten Diagnose und empfiehlt deshalb die Vorstellung des Kindes bei einem Spezialisten (z.B. Neuropädiater) oder einem sozialpädiatrischen Zentrum.

Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben sollte das Team eine enge Kooperation mit dem Hausarzt und den Eltern suchen. Dabei sollten insbesondere datenschutzrechtliche Aspekte Berücksichtigung finden.

<sup>1</sup> Ich bedanke mich für die Unterstützung von Frau Dr. Pruszk-Seel und Frau Dr. Leicher

2 Die lokale Umsetzung des Runderlasses

2.1 Klärung des institutionellen Rahmens

Nach Bekanntwerden der Landesinitiative kam es unter Leitung des Sozialdezernenten des Landkreises zu Arbeitstreffen mit mehreren Abteilungsleitern des Landkreises und Vertretern der Arbeiterwohlfahrt und der Behindertenhilfe e.V. Es wurde ein Konsens darüber erzielt, daß die Federführung für das Früherkennungsteam beim Gesundheitsamt des Landkreises liegen sollte. Zudem wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus Fachmitarbeitern der Träger mit der organisatorischen Ausgestaltung beauftragt.

Über einen Zeitraum von ca. einem halben Jahr wurde die zukünftige Tätigkeit des Früherkennungsteams von dieser Arbeitsgruppe in die endgültige Form gebracht. Die besondere Struktur des Landkreises Aurich mit zwei Mittelzentren machte zunächst die Bildung von zwei Früherkennungsteams nach Erstellung der Konzeption notwendig. Beiden Teams sollte jeweils eine Ärztin, ein Dipl.-Psychologe, eine Krankengymnastin und eine Sozialpädagogin angehören. Aufgrund des örtlich unterschiedlichen Leistungsangebotes der beteiligten Träger konnte das Früherkennungsteam in Aurich durch eine Logopädin aus der Sprachheilambulanz der Erziehungsberatungsstelle der Arbeiterwohlfahrt und in Norden durch einen Gymnastiklehrer mit psychomotorischer Zusatzausbildung aus der Erziehungsberatungsstelle des Landkreises ergänzt werden. Wegen der starken Beanspruchung aller Teammitglieder innerhalb ihrer Tätigkeitsfelder sollte die anfallende Arbeit einen Vormittag im Monat möglichst nicht übersteigen. Um die Koordination zu erleichtern, wurden für beide Teams feste Untersuchungstermine monatsweise festgelegt.

Die Untersuchungen sollten in den Räumlichkeiten der Beratungsstellen stattfinden und den Charakter einer orientierenden Erstdiagnostik haben. Deshalb wurde auch auf die Anwendung entwicklungsdiagnostischer Verfahren verzichtet und stattdessen der Präsentation einer strukturierten Spielsituation der Vorzug gegeben. Die Beobachtungen sollten jedoch so umfassend sein, daß Aussagen über den Entwicklungsstand des Kindes in den Funktionsbereichen zur Wahrnehmung, zum schlußfolgernden Denken, zur Grob- und Feinmotorik, zum Sprachverständnis, zur Sprachproduktion und zur Selbständigkeitsentwicklung möglich sind.

Wegen der Beteiligung mehrerer Institutionen sollte dem Datenschutz eine besondere Stellung zukommen. Deshalb wurde vereinbart, daß das anamnestische Material und die Befundberichte ausschließlich von den koordinierenden Ärztinnen im Gesundheitsamt gesammelt und außerhalb der Gesundheitsamtsregistratur unter Verschuß gehalten werden. Eine Weitergabe sollte nur entsprechend der üblichen Praxis mittels einer schriftlichen Einwilligung der Erziehungsberechtigten in Form einer Schweigepflichtsentsbindung möglich sein.

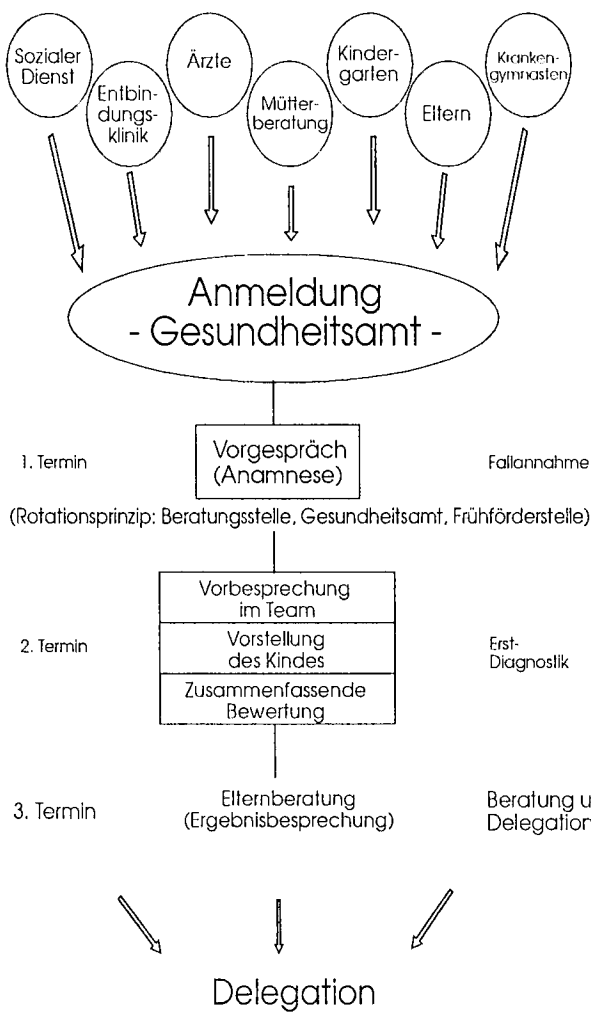


Abb. 1: Schematischer Ablauf einer Früherkennung

2.2 Der Ablauf der Untersuchung

Die Zahl der beteiligten Personen und Institutionen macht die Bildung fester Arbeitsstrukturen notwendig. Der Ablauf einer Früherkennung ist recht zeitaufwendig und wird im folgenden Schaubild skizziert.

Gemäß der Intention des Runderlasses gibt es verschiedene Zugangsmöglichkeiten zum Früherkennungsteam. So können sich Eltern direkt, aber auch Ärzte oder andere professionelle Helfer in Abstimmung mit den Eltern der vorzustellenden Kinder beim Früherkennungsteam melden. Die Anmeldungen werden in der Regel von den im Gesundheitsamt tätigen Ärztinnen entgegengenommen. Sie koordinieren auch die Untersuchungstermine. Um die Arbeitsbelastung für die Teammitglieder möglichst gleichmäßig zu verteilen, erfolgt die Anamneseerhebung alternierend zwischen den Mitarbeitern aus dem Gesundheitsamt, der Frühförderstelle und der Erziehungsberatungsstelle. Für die Anamneseerhebung wird im Regelfall ein Hausbesuch vereinbart, um die Entwicklungsbedingungen des Kindes besser einschätzen zu können. Während des Hausbesuches wird den Eltern der genaue Untersuchungsverlauf erläutert und auf der Grundlage des vom Früherkennungsteam entwickelten Fragenkataloges ein anamne-

stisches Gespräch zur bisherigen Entwicklung des Kindes geführt. Sofern bereits Untersuchungsbefunde vorliegen, wird von den Eltern eine Schweigepflichtsentbindung eingeholt, um die Befundberichte anfordern zu können.

Vor der Untersuchung des Kindes findet eine Vorbesprechung statt, währenddessen die Anamnese erörtert und auf der Grundlage der Ergebnisse ein Untersuchungssetting vorgeschlagen wird. Dies beinhaltet im wesentlichen, welche Schwerpunkte in der Untersuchung gelegt werden und welche Mitarbeiter die Untersuchung durchführen. So wird z. B. bei zu erwartenden Problemen in der Statomotorik ein grobmotorisches Angebot mit Trampolin, schiefer Ebene, Schaukel gemacht und ein Mitarbeiter mit diesem Ausbildungs- und Tätigkeitsschwerpunkt an der Untersuchung beteiligt sein. In jedem Fall sollte auch bei einer Schwerpunktlegung in einem Entwicklungsbe- reich das Erstellen eines Entwicklungsprofils zu allen relevanten kognitiven Funktionen möglich sein.

Die Untersuchung selbst dauert in der Regel 30 Minuten. Um ängstlichen Kindern den Einstieg zu erleichtern und die Interaktionsqualität zwischen Eltern und Kind beobachten zu können, werden Mutter oder/und Vater gebeten, mit in das Untersuchungszimmer zu kommen. Sie werden jedoch nur dann aktiv in die Untersuchung einbezogen, wenn ein Kind wenig motiviert ist oder sich sehr reserviert verhält. Die Untersuchung wird in der Regel von lediglich zwei Mitarbeitern des Früherkennungsteams durchgeführt, die sich je nach Notwendigkeit gegenseitig unterstützen oder bei günstigem Untersuchungsverlauf arbeitsteilig auf bestimmte Funktionsbereiche konzentrieren. Die verbleibenden Mitarbeiter des Früherkennungsteams verfolgen das Geschehen im Nebenraum durch eine Einwegscheibe bzw. über Bildschirm. Bei jeder Untersuchung wird eine Videoaufnahme angefertigt, die vor allem bei Wiedervorstellungen zur Beurteilung des Entwicklungsfortschrittes herangezogen werden kann.

In der nachfolgenden Besprechung werden die Beobachtungen aus den unterschiedlichen fachlichen Perspektiven diskutiert und die Kernpunkte (einschließlich zu empfehlender Maßnahmen) für das später von einem Teammitglied zu erstellende Protokoll herausgearbeitet. Im Regelfall werden die Untersuchungsergebnisse den Eltern durch die von der Anamneseeerhebung her bekannte Person in einem weiteren Hausbesuch mitgeteilt. Dabei nimmt die Erörterung nachfolgender Schritte (therapeutische Maßnahmen, weitere differentialdiagnostische Untersuchungen) einen entsprechend großen Raum ein.

### 3 Die Inanspruchnahme des Früherkennungsteams

In der Zeit von 1991 bis Ende 1994 wurden insgesamt von den beiden Früherkennungsteams im Landkreis Aurich 224 Kinder untersucht. Auffällig ist der hohe Anteil der Jungen mit 161 Anmeldungen. Sie überwiegen deutlich in jedem Anmeldejahr und machen fast drei Viertel der untersuchten Kinder aus. Eine Klärung dieses Phänomens ist auf dieser Datenbasis recht schwierig. Ähnliche Tendenzen werden bei der Beratungsstellenklientel beobach-

tet. Die Klärungsversuche in der Fachliteratur reichen hier von einer stärkeren konstitutionellen Disposition für (bestimmte) Auffälligkeiten bei Jungen bis hin zur stärkeren Beachtung von Auffälligkeiten durch Eltern. Das Durchschnittsalter der untersuchten Kinder liegt bei 40 Monaten. Lediglich 19,7% der Kinder sind jünger als 24 Monate; 36,2% sind älter als 4 Jahre zum Zeitpunkt der Untersuchung. Auch wenn man zugutehalten muß, daß weniger eklatante Entwicklungsverzögerungen nicht sofort erkannt werden, sollte das Untersuchungsalter der Kinder im Sinne einer möglichst frühen Etablierung von Förderung weiter gesenkt werden.

Bei den Diagnosen nehmen die allgemeinen Entwicklungsverzögerungen mit 34,4% eine Spitzenstellung ein. Erwartungsgemäß hoch sind auch Störungen mit dem Schwerpunkt in der Sprachentwicklung (25,9%), weil Defizite in diesem Bereich für die Bezugspersonen der betroffenen Kinder am nachhaltigsten Handlungsbedarf notwendig erscheinen lassen.

Neben Störungen der Fein- und Grobmotorik (17,9%) sowie Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung (11,6%) sind auffallend häufig Probleme im Spiel- und Kontaktverhalten (18,8%) feststellbar. Bei 11,2% der untersuchten Kinder liegen vermutete oder nachgewiesene Schädigungen der Sinnesorgane vor. In 13% der Fälle muß als Ursache der Entwicklungsverzögerung von einer Hirnschädigung unterschiedlicher Genese (z. B. Down-Syndrom, Alkoholembryopathie) ausgegangen werden. Lediglich bei 5,8% der Kinder konnten die Eltern entlastet werden, weil sich kein behandlungsbedürftiger Befund ergab.

Insgesamt wurden bei den 224 untersuchten Kindern 506 Empfehlungen, also im Durchschnitt mehr als zwei Empfehlungen pro Kind ausgesprochen. Dabei war die Frühförderung bei der Behandlung von Entwicklungsverzögerungen mit 60,7% das Mittel der Wahl. Sie wurde jedoch durch verschiedene Maßnahmen flankiert und ergänzt. Da die Kinder ein recht hohes Durchschnittsalter aufwiesen, wurde beispielsweise Psychomotorik mit 33% häufiger empfohlen als Krankengymnastik mit 24,1%. Während die Ergotherapie aufgrund des unzureichenden lokalen Angebotes anfangs kaum eine Rolle spielte, stieg die Empfehlungsrate 1994 auf 21,6%. Die Empfehlungen für ambulante und teilstationäre sprachtherapeutische Angebote (22,8%) blieben leicht hinter den beobachteten Sprachauffälligkeiten zurück, da für jüngere Kinder zunächst Frühförderung zur Sprachanbahnung vorgesehen wurde. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen, daß die vom Früherkennungsteam ausgesprochene Empfehlung für heilpädagogische Hausfrühförderung aufgrund der Mitarbeit der Ärztinnen des Gesundheitsamtes auch gleichzeitig die Genehmigung der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger bedeutet. Bezüglich der anderen genannten Förderangebote, wie Krankengymnastik, Ergotherapie und sprachtherapeutischer Maßnahmen ist eine Kooperation des Früherkennungsteams mit Haus- und Fachärzten notwendig, da sie letztendlich die Indikation stellen.



Aufgrund des recht hohen Anteils der Kinder mit Problemen im Spiel- und Kontaktverhalten wurde recht oft (21,4%) Erziehungsberatung der Eltern für notwendig gehalten. In 3,1% der Fälle sollten weitergehende Jugendhilfemaßnahmen, in der Regel sozialpädagogische Familienhilfe, günstigere Entwicklungsbedingungen für die Kinder gewährleisten. Bei immerhin 18,8%, also bei fast jedem fünften Kind, wurden differentialdiagnostische Untersuchungen bei Fachärzten (Augen- oder HNO-Ärzte, Neurologen, Kardiologen, Orthopäden) oder eine spezielle Entwicklungsdiagnostik in der Beratungsstelle vorgeschlagen.

#### 4 Schlußfolgerungen

Das interdisziplinär besetzte Früherkennungsteam stellt eine echte Ergänzung der psychosozialen Versorgung dar. Vor allem im ländlichen Raum mit kaum vorhandenen speziellen Diagnostikmöglichkeiten bringt es ein qualifiziertes ortsnahe Angebot für Familien mit entwicklungsverzögerten Kindern. Auf der Basis eines sinnvollen diagnostischen Settings hat sich gezeigt, daß sich die unterschiedlichen fachlichen Sichtweisen ergänzen und ein mehr ganzheitliches Bild des Kindes ergeben. In diesem Sinne erhält die Diagnose und der Förderplan eine bessere Fundierung.

Durch die Bündelung der fachlichen Kompetenz im Früherkennungsteam und der Kenntnis lokaler Fördermöglichkeiten ist zudem mehr als bisher gesichert, daß die Förderangebote vor Ort vollständig ausgeschöpft werden. Gewissermaßen als Nebeneffekt der Arbeit des Früherkennungsteams kommt es zum Abbau von Schwellenängsten bei den Klienten. Da die Teammitglieder auch ihre Tätigkeitsfelder und Institutionen repräsentieren, ist für die Klienten über das Früherkennungsteam bereits indirekt ein Kontakt zu den Einrichtungen hergestellt. Ein weiterführender Kontakt kann dann von den Klienten, sofern dies gewünscht wird, über die Mitarbeiter zu den Einrichtungen geknüpft werden.

Die Akzeptanz des Früherkennungsteams steht und fällt mit der Öffentlichkeitsarbeit und der Kooperation mit den Zuweisern. Insbesondere in der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit kann diese Tätigkeit des Früherkennungsteams anderen professionellen Helfern als sinnvolles (nicht konkurrierendes) Angebot nahegebracht werden. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang die Rückmeldung der Untersuchungsergebnisse an die Zuweiser und, sofern möglich, das direkte Einbinden der Zuweiser in ein Förderkonzept.

#### Summary

*The Diagnostic Team – a Way of Interinstitutional Cooperation in Diagnosing Development Disorders in the Country*

The author introduces the work of a multiprofessional recruited team, which diagnoses development disorders. It should be pointed out, that the local quality standard of diagnosing development disorders can be improved by intensifying the cooperation between the social institutions, which train or therapy children. Especially in the country far away from diagnostic centers this kind of cooperation can complete the psycho-social assistance network without calling for additional public resources.

#### Literatur

Runderlaß des Sozialministers vom 27.12.1989 – 103/104-43 114/10 –: Vorläufige Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen zur Finanzierung von Leistungen im Bereich der Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern durch das Land Niedersachsen. Nds. Mbl. Nr. 5/1990.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Psych. Gerd Bohlen, Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern des Landkreises Aurich, Bahnhofstraße 27, 26506, Norden.