

Herausgeber:
Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Familie und Gleichstellung
des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

Ansprechpartnerin:
Doris Vosgerau
Tel.: (0431) 988-5562
E-Mail: doris.vosgerau@sozmi.landsh.de

Oktober 2012

Foto: © Conny Fehre

Text und Gestaltung: Deutsches Institut für Sozialwirtschaft, Ringstr. 35, 24114 Kiel

Druck: Hansadruk und Verlags-GmbH & Co KG, Hansastr. 48, 24118 Kiel

Auflage: 500 Exemplare

Die Landesregierung im Internet: www.landesregierung.schleswig-holstein.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der schleswig-holsteinischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Personen, die Wahlwerbung oder Wahlhilfe betreiben, im Wahlkampf zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Diese Broschüre wurde aus Recyclingpapier hergestellt.

**Vernetzung statt Versäulung –
Gutachten über Frühförderung in Schleswig-Holstein**

**Im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und
Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein**

Deutsches Institut für Sozialwirtschaft
Projektgruppe Frühförderung
Prof. Dr. Bernd Maelicke, Prof. Dr. Rainer Fretschner, Nina Köhler, Fabian Frei

Kiel, 31. Oktober 2012

Geleitwort

Kristin Alheit

Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie und
Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Landesregierung hat 2010 das Deutsche Institut für Sozialwirtschaft beauftragt, über die Situation der Frühförderung in Schleswig-Holstein ein Gutachten vorzulegen. Dieses Gutachten stelle ich Ihnen heute vor, und ich freue mich auf eine rege Diskussion der Vorschläge des Gutachters.

Die Zahl der Anträge auf Fördermaßnahmen für verhaltensauffällige und entwicklungsverzögerte Kinder steigt bundesweit beständig. Die Wissenschaft hat eindeutig nachgewiesen, dass die entscheidenden Weichenstellungen für die Persönlichkeitsentwicklung in den frühen Lebensjahren liegen. Gerade in dieser Phase kommt es darauf an, Kinder zu unterstützen und unter Einbeziehung ihrer familiären Situation zu fördern. Je früher wir Kindern die Unterstützung geben, die sie brauchen, desto besser ist es für ihre persönliche Entwicklung. Gute Frühförderung kann deshalb verhindern, dass sich aus Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen der Kinder dauerhafte Behinderungen entwickeln. Man spart nichts ein, wenn man Frühförderung nicht bestmöglich erbringt, im Gegenteil! Gute Frühförderung hilft zu vermeiden, dass

Menschen ein Leben lang auf die Unterstützung der Gesellschaft angewiesen sind – ob im Kindergarten, in der Schule oder später aus der Eingliederungshilfe für Erwachsene. In der Frühförderung bewahrheitet sich deshalb der häufig verwendete Satz, dass „jeder Euro, der in Prävention investiert wird, drei- oder vierfache Folge- und Rehabilitationskosten sparen hilft.“

Diese Aufgabe ist von herausragender gesellschaftspolitischer Bedeutung:

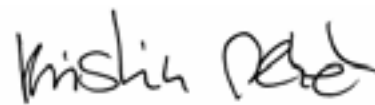
- Frühförderung ist ein wichtiger Baustein für eine inklusive Gesellschaft, in der alle Menschen von Geburt an bis ins Alter am Leben in allen gesellschaftlichen Bereichen aktiv beteiligt sind und Sonderbezirke für bestimmte Gruppen von Menschen nicht erst entstehen.
- Alle Kinder brauchen einen gleichermaßen guten Start ins Leben. Frühförderung kann einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, dass Ungleichheit und Ausgrenzung von Anfang an entgegengewirkt wird und unsere Kinder zu selbstbe-

stimmten Persönlichkeiten heranwachsen, die die in unserer Gesellschaft liegenden Entwicklungschancen – ob für den beruflichen Erfolg oder für das persönliche Glück – für sich nutzen können. Das sind wesentliche Merkmale einer demokratischen, solidarischen und freiheitlichen Gesellschaftsordnung.

Ich begrüße sehr, dass es dem Gutachter in den zurückliegenden zwei Jahren gelungen ist, alle in Schleswig-Holstein an der Frühförderung Beteiligten – von den Sozial- und Jugendämtern, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Therapeutinnen und Therapeuten, dem kinder- und jugendärztlichen Dienst bis zu den Frühförderstellen und den Sozialpädiatrischen Zentren, den Krankenkassen, den Landesför-

derzentren Sehen und Hören sowie den Verbänden – in die Untersuchung einzubeziehen und damit eine lebhafte Debatte auszulösen.

Für dieses Engagement und für die Unterstützung der Arbeit des Gutachters möchte ich allen Mitwirkenden recht herzlich danken und Sie jetzt einladen, über die Vorschläge des Gutachters zur Weiterentwicklung der Frühförderung in Schleswig-Holstein ins Gespräch zu kommen.



Kristin Alheit

Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein

Vorwort

Dieses „Gutachten über Frühförderung in Schleswig-Holstein“ wurde Anfang 2010 im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (heute: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein) ausgeschrieben und in der Zeit vom 1. Mai 2010 bis 30. April 2012 realisiert.

Durch sein mehrdimensionales Forschungsdesign, einem Mix von quantitativen und qualitativen Methoden, wurde ein Höchstmaß an Aktivierung und Partizipation aller Akteure der Frühförderung in Schleswig-Holstein erreicht. Dies gilt insbesondere für die Vollerhebungen durch zwei Fragebogenaktionen, für zahlreiche Experten- und Fokusgruppeninterviews, 3 Workshops, die Datenerhebungen bei allen Sozial- und Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte sowie die Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ mit mehr als 170 Fach- und Führungskräften.

Durch dieses Vorgehen ist es gelungen, die Vielfalt der Akteure und die Systemlogiken, die ihr Handeln bestimmen, adäquat zu berücksichtigen und abzubilden. Das wichtigste Ergebnis ist die Kennzeichnung eines „Systems im Wandel“, das sich vor allem in seinen regionalen Spezifika außerordentlich differenziert darstellt. So entfalten beispielsweise Veränderungsprozesse der kommunalen Kostenträger erst nach und nach und in verschiedener Intensität ihre Wirkung, sodass zu vielen Fragestellungen sehr unterschiedliche Entwicklungsstände in den Regionen festgestellt werden mussten.

Umso wichtiger sind die Vorschläge und Empfehlungen des Gutachtens, die eine stärkere landesweite Steuerung und Strukturierung einfordern. Dies betrifft z.B. eine Neufassung der Landesrahmenvereinbarung für das Ge-

samtsystem und die Teilsysteme der Frühförderung, insbesondere im Hinblick auf verbindliche Mindeststandards und Vereinheitlichung der strukturellen Rahmenbedingungen. Dies gilt auch bezogen auf ein verbessertes System der Erfassung und Bewertung grundlegender Daten, um so über eine belastbare Basis für notwendige Veränderungen der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu verfügen.

Das Gutachten wurde begleitet durch einen Beirat, in dem alle für die Frühförderung in Schleswig-Holstein relevanten Organisationen und Institutionen vertreten waren. Zwischenergebnisse und der Entwurf des Endberichts wurden im Beirat rückgekoppelt und diskutiert, zahlreiche Anregungen wurden von den Gutachtern aufgegriffen.

Allen Mitwirkenden und begleitenden Akteuren gilt ein Dank für ihr Engagement und ihre Unterstützung - die Erwartungshaltung bezüglich der schrittweisen Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein „System im Wandel“ insbesondere an die fachpolitisch Verantwortlichen auf regionaler und auf Landesebene ist groß.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Ministerialrat Waldemar Kunkat, Referatsleiter des Referates „Sozialhilfe, Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (ohne Werkstätten)“ im MSGFG. Er hat über viele Jahre unerschütterlich an den Voraussetzungen zur Erteilung dieses Gutachtens gearbeitet und dessen Realisierung umsichtig begleitet – wir widmen ihm diesen Endbericht.

Kiel, den 31. Oktober 2012

Prof. Dr. Bernd Maelicke
Prof. Dr. Rainer Fretschner
Nina Köhler
Fabian Frei

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	8
1 Gutachten Auftrag	10
1.1 Allgemeine Zielsetzung des Gutachtens	10
1.2 Bestandteile der Evaluation	10
2 Methodik des Gutachtens	12
2.1 Forschungsdesign	12
2.2 DISW-Anbieterbefragung	14
2.3 DISW-Vertiefungsstudie IFF	14
2.4 DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe	15
2.5 Experteninterviews	15
2.6 Fokusgruppeninterviews	15
2.7 Workshops	16
2.8 Fachtagung	16
2.9 Sekundäranalysen	17
3 Aktuelle Entwicklungen in der Fachdiskussion	18
3.1 Entwicklungen seit 1973	18
3.2 Prinzipien	19
3.2.1 Inklusion	19
3.2.2 Prävention	20
3.2.3 Ganzheitlichkeit	21
3.2.4 Familienorientierung	22
3.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	22
3.2.6 Niedrigschwelligkeit	23
3.3 Ziele	23
3.3.1 Kindbezogene Ziele	24
3.3.2 Elternbezogene Ziele	24
3.3.3 Gesellschaftsbezogene Ziele	24
3.4 Systementwicklung	24
3.4.1 Ambulante Frühförderung	24
3.4.2 Mobile Frühförderung	25
3.4.3 Vernetzung und Kooperation	26
3.5 Neue Fachlichkeit	27
3.5.1 Veränderte Definition der Zielgruppen	27
3.5.2 Ganzheitliche Diagnostik	27
3.6 Multi-, Inter- und Transdisziplinarität, Komplexleistung	28
3.6.1 Multidisziplinarität	28
3.6.2 Interdisziplinarität	29
3.6.3 Transdisziplinarität	29
3.6.4 Komplexleistung	30
3.7 Zwischenfazit	31

4	Ergebnisse der Untersuchung	32
4.1	Grundbegriffe und rechtliche Grundlagen	33
4.1.1	Grundbegriffe	33
4.1.2	Behinderung	34
4.1.3	Früherkennung	35
4.1.4	Frühbehandlung	36
4.1.5	Frühe Hilfen	37
4.1.6	Frühförderung	38
4.1.7	Leistungen	39
4.1.8	Medizinische Leistungen	39
4.1.9	Therapeutische Leistungen	40
4.1.10	Heilpädagogische Leistungen	40
4.1.11	Komplexleistung	41
4.1.12	Formen der Leistungserbringung	43
4.1.12.1	Mobil	43
4.1.12.2	Ambulant	44
4.1.12.3	Stationär	44
4.1.13	Anbieter	44
4.1.13.1	Frühförderstelle	44
4.1.13.2	Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)	45
4.1.13.3	Landesförderzentren als Anbieter spezieller Frühförderung	45
4.1.13.4	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	47
4.1.14	Teilstationäre Leistungen nach SGB XII	47
4.1.14.1	Einzelintegration	48
4.1.14.2	Integrative-Kindergartengruppe (I-Gruppen)	48
4.1.14.3	Heilpädagogische Kleingruppen	48
4.1.15	Zwischenfazit	49
4.2	Zielgruppen	50
4.2.1	Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Kinder	50
4.2.2	Förderschwerpunkte	53
4.2.3	Soziale Lage der Eltern	55
4.2.4	Zwischenfazit	56
4.3	Leistungen	57
4.3.1	Allgemeine Frühförderung	57
4.3.2	Komplexleistung	59
4.3.3	Spezielle Frühförderung	60
4.3.4	Sozialpädiatrische Zentren	61
4.3.5	Leistungsarten	61
4.3.5.1	Mobil	61
4.3.5.2	Ambulant	62
4.3.5.3	Teilstationär	63
4.3.5.4	Stationär	63
4.3.6	Offenes Beratungsangebot	63

4.3.7	Elternarbeit	64
4.3.8	Angrenzende Leistungen	66
4.3.8.1	Medizinische Leistungen	67
4.3.8.2	Therapeutische Leistungen	67
4.3.8.3	Teilstationäre Maßnahmen	67
4.3.9	Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren	69
4.3.10	Frühe Hilfen	69
4.3.11	Zwischenfazit	72
4.4	System der Frühförderung	73
4.4.1	Gesamtsystem	73
4.4.2	Teilsysteme	75
4.4.3	Infrastruktur	76
4.4.3.1	Regionale Verteilung	76
4.4.3.2	Verteilung und Erreichbarkeit AFF	78
4.4.3.3	Verteilung und Erreichbarkeit IFF	82
4.4.3.4	Verteilung und Erreichbarkeit LFZ	85
4.4.3.5	Verteilung und Erreichbarkeit der SPZ	86
4.4.4	Anbieter	86
4.4.4.1	Anerkennungs- und Zulassungsverfahren AFF	86
4.4.4.2	Anerkennungs- und Zulassungsverfahren IFF	89
4.4.4.3	Trägerzugehörigkeit	93
4.4.4.4	Leitbilder und Leitlinien	95
4.4.4.5	Fach- und Führungskräfte	96
4.4.4.6	Qualitätsentwicklung	99
4.4.5	Zwischenfazit	100
4.5	Leistungsprozesse	101
4.5.1	Allgemeine Frühförderung	101
4.5.1.1	Zugangswege	102
4.5.1.2	Eingangsphase	104
4.5.1.3	Förderphase	106
4.5.1.4	Ausgangs- und Übergangsphase	106
4.5.2	Komplexleistung	107
4.5.2.1	Zugangswege	108
4.5.2.2	Eingangsphase	109
4.5.2.3	Förderphase	112
4.5.2.4	Ausgangs- und Übergangsphase	112
4.5.3	Spezielle Frühförderung	113
4.5.3.1	Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Sehen	113
4.5.3.2	Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Hören	113
4.5.4	Leistungsprozesse in SPZ	114
4.5.5	Zwischenfazit	114

4.6	Vernetzung	115
4.6.1	Strategien und Instrumente der Vernetzung	115
4.6.2	Vernetzung auf kommunaler Ebene	117
4.6.2.1	Einzelfallbezogene Kooperation	118
4.6.2.2	Netzwerkmanagement	122
4.6.3	Beispiele für kommunale Vernetzung	123
4.6.4	Vernetzung auf Landesebene	126
4.6.5	Zwischenfazit	128
4.7	Finanzierung	129
4.7.1	Kostenentwicklung im Gesamtsystem der Frühförderung	129
4.7.1.1	Kostenanteile und Kostenentwicklungen der Sozial- und Jugendhilfe.....	130
4.7.1.2	Kostenanteile der Krankenkassen	134
4.7.1.3	Finanzierungsformen	134
4.7.1.4	Nicht finanzierte Leistungen	135
4.7.1.5	Finanzierung der Frühförderung im Rahmen eines Sozialraumbudgets ..	137
4.7.2	Finanzierung der AFF	138
4.7.3	Finanzierung IFF	139
4.7.3.1	Kosten und Kostenanteile	139
4.7.3.2	Finanzierungsformen	141
4.7.3.3	Pauschale Kostenerstattung	141
4.7.3.4	Nicht finanzierte Leistungen	142
4.7.3.5	Landesrahmenvereinbarung	143
4.7.3.6	Kooperation mit externen Therapeuten	144
4.7.3.7	Wirtschaftlichkeit der IFF	146
4.7.4	Zwischenfazit	147
5	Frühförderung in den anderen Bundesländern	148
6	Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein	156
6.1	Zielgruppen	159
6.2	Leistungen	160
6.3	System der Frühförderung	161
6.4	Leistungsprozesse	162
6.5	Vernetzung	163
6.6	Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen	165
	Abbildungsverzeichnis	167
	Tabellenverzeichnis	169
	Quellenverzeichnis	170
	Autoren des Gutachtens	176
	Anlage 1 – Exemplarische Fallbeispiele	177
	Anlage 2 – Programm der Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in der Sparkassenakademie in Kiel	181
	Anlage 3 – Stellungnahme der AG Frühförderung bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein.....	182
	Anlage 4 – Mitglieder des projektbegleitenden Beirats	184

Abkürzungsverzeichnis

AFF	Allgemeine Frühförderung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWO	Arbeiterwohlfahrt
ASMK	Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
bhp	Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V.
BKiSchG	Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz)
BKK	Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CAU	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
DPVV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
FrühV	Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
ICF-CY	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle
IKK	Innungskrankenkasse
JFMK	Jugend- und Familienministerkonferenz
JuFöG	Erstes Gesetz zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Jugendförderungsgesetz)
KIGGS	Kinder- und Jugend Gesundheitssurvey – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KiTaG	Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflegestellen (Kindertagesstättengesetz)
KiTaVO	Landesverordnung über Mindestanforderungen für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen und für die Leistungen der Kindertagespflege (Kindertagesstätten- und Tagespflegeverordnung)
KJSchutzG SH	Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein (Kinderschutzgesetz)
Kosoz	Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise

LFZ Hören	Landesförderzentrum Hören
LFZ Sehen	Landesförderzentrum Sehen
LRV-SH	Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des § 2 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (BGBl.I 2003 S. 998) in Schleswig-Holstein
MSGFG	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achstes Buch: Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch: Sozialhilfe
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
VIFF	Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V.
ZVK	Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V.

1 Gutachten Auftrag

1.1	Allgemeine Zielsetzung des Gutachtens.....	10
1.2	Bestandteile der Evaluation.....	10

1.1 Allgemeine Zielsetzung des Gutachtens

Am 26. Januar 2010 wurde vom Gebäudemanagement AöR des Landes Schleswig-Holstein (GMSH) im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein das „Gutachten über Frühförderung in Schleswig-Holstein“ ausgeschrieben. Die Landesrahmenvereinbarung (LRV-SH) regelt in §17, dass eine Evaluation durchgeführt werden soll.

Seit der Einführung der Komplexleistung haben sich weitergehende Problematiken hinsichtlich der Anwendungsbereiche, der gesetzlichen Regelungen, der Definition sowie der Konzeption, der Zuständigkeiten und der Durchführung der Frühförderung insgesamt ergeben, daher soll in diesem Gutachten der Fokus nicht ausschließlich auf der Komplexleistung liegen, sondern die gesamte Situation in der Frühförderung betrachtet und analysiert werden. Wesentliche Ziele der Ausschreibung waren:

- einen detaillierten Überblick über die Probleme und Chancen der interdisziplinären und allgemeinen Frühförderung mit all ihren Facetten und Beteiligten in Schleswig-Holstein zu gewinnen und
- Empfehlungen zu formulieren, wie Potenziale der Frühförderung weiterentwickelt und gegebenenfalls Verbesserungen auch in der Kooperation der Beteiligten erreicht werden können.

1.2 Bestandteile der Evaluation

Bestandteile der Evaluation sind nach der Ausschreibung vom 26.01.2010:

Strukturen der Frühförderung in Schleswig-Holstein

- Die Darstellung aller Anbieter von Frühförderleistungen in Schleswig-Holstein
- Die genaue Analyse bestehender Strukturen der allgemeinen Frühförderung und der interdisziplinären Frühförderung
- Die Begutachtung der Kooperationsbeziehungen der IFF und AFF mit angrenzenden Systemen

Verfahren

- Rückschlüsse über die Erreichbarkeit der Frühförderanbieter für NutzerInnen
- Die Feststellung der Art der Förderbedarfe und des Eintrittsalters in die Frühförderung
- Die Beschreibung des Zugangs zur Frühförderung und des Verlaufs von Diagnostik, Förderung, Behandlung und Dokumentation

Rechtliche Situation

- Eine inhaltliche Bewertung der LRV-SH und ggf. der FrühV aus praktischer Sicht

Kostenstruktur

- Eine Analyse der Leistungs- und Vergütungsstruktur
- Eine realistische Einschätzung der Kostenanteile von Sozialhilfe und gesetzlicher Krankenversicherung bei der Komplexleistung

Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer

- Elternbezogene Aspekte im Hinblick auf Zugang, Verlauf und Abschluss einer Frühförderung
- Der Dialog mit NutzerInnen dieses Bereichs

Beteiligung der Anbieter

- Beurteilung der personellen und sachlichen Vorgaben der Krankenkassen bei Interdisziplinären Frühförderstellen
- Der Dialog mit Akteuren der Frühförderung
- Analyse der Interessenlagen aller Akteure der Frühförderung

2 Methodik des Gutachtens

2.1	Forschungsdesign	12
2.2	DISW-Anbieterbefragung	14
2.3	DISW-Vertiefungsstudie IFF	14
2.4	DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe	15
2.5	Experteninterviews	15
2.6	Fokusgruppeninterviews.....	15
2.7	Workshops.....	16
2.8	Fachtagung.....	16
2.9	Sekundäranalysen.....	17

2.1 Forschungsdesign

Für das vorliegende Gutachten wurde ein mehrdimensionales Forschungsdesign entwickelt, das quantitative und qualitative Forschungsmethoden umfasst, um das System der Frühförderung in Schleswig-Holstein zu untersuchen. Mit diesem Vorgehen wurde es möglich, sowohl statistische Daten als auch Interpretations- und Deutungsansätze aus dem System der Frühförderung selbst zu gewinnen. In einem aktivierenden und partizipativen Verfahren bei der Entwicklung und Konkretisierung der Fragestellungen wurden während des gesamten Gutachtenszeitraums Kostenträger (Kommunen und Krankenkassen), Leistungserbringer (Ärzte, Therapeuten, PädagogInnen) sowie andere beteiligte Gruppen (Eltern, Verbände etc.) intensiv an der Informationsgewinnung beteiligt. Ergänzend wurden ein Fachbeirat und eine Steuerungsgruppe ins Leben gerufen, die den Forschungs- und Untersuchungsprozess aktiv begleitet haben.

Übergeordnetes Ziel und Gutachten-Auftrag ist die statistisch belastbare Einordnung und Bewertung des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein durch die Identifizierung von strukturellen Stärken und Schwächen. Auf der Grundlage dieser erstmalig erfolgten Bestandsaufnahme können Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung abgeleitet werden.

Mit diesem Ansatz ist es jedoch nicht möglich, im Sinne der Wirkungsforschung die Effekte und Wirkungen der Frühförderung zu analysieren. Eine solche Wirkungsforschung bietet sich zwar grundsätzlich an, setzt aber ein anderes Forschungsdesign voraus. Im Mittelpunkt des vorliegenden Gutachtens steht die formative Evaluation von Strukturen und Prozessen der Frühförderung. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass das vorliegende Gutachten eine Bestandsaufnahme leistet, die unterschiedliche Positionen und Perspektiven integriert. Dies bedeutet aber auch, dass nicht alle Ergebnisse von allen an der Frühförderung beteiligten Akteuren vollständig mitgetragen werden.

Durch die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden liegen Ergebnisse vor, die interpretationsoffen sind, vermeintliche Widersprüche und abweichende Einschätzungen zwischen den unterschiedlichen Akteure werden von den Gutachtern benannt. Durch das aktivierende und partizipative Vorgehen konnte dennoch erreicht werden, dass die Vielfalt der unterschiedlichen Akteure und die dahinterliegenden Systemlogiken (medizinische Logik, pädagogische Logik, administrative Logik) adäquat berücksichtigt und abgebildet werden.

Die Erfahrungen mit dem methodischen Vorgehen im Rahmen der Untersuchung zeigen, dass sich ein aktivierendes und partizipatives Verfahren in einem multiprofessionellen und interdisziplinären Kontext bewährt hat:

- Die aktivierenden Methoden und das partizipative Vorgehen wurden von allen beteiligten Akteuren mitgetragen und breit unterstützt. Dies zeigt sich u.a. an der großen Bereitschaft an den Workshops aktiv teilzunehmen, an der breiten Unterstützung bei der Datenerhebung und Informationssammlung sowie an der großen Resonanz der Fachtagung.
- Es wurde aber auch deutlich, dass kontroverse Positionen vorhanden sind, die sich aus den unterschiedlichen Systemlogiken und fachlichen Hintergründen ergeben. Durch aktivierende Verfahren konnten jedoch ein gemeinsames Problemverständnis und gemeinsame Perspektiven – bei allen bestehenbleibenden Unterschieden – entwickelt werden.

Das Forschungsdesign folgt der Philosophie der Mixed Methods, da quantitative (schriftliche Befragung und statistische Auswertung) und qualitative Erhebungsinstrumente (Experteninterviews, Dialogverfahren) kombiniert wurden:



Abbildung 1: Forschungsdesign

Das Forschungsdesign umfasste im Einzelnen folgende Instrumente:

2.2 DISW-Anbieterbefragung

Im Rahmen des Gutachtens wurde ein umfassender Fragebogen für alle Anbieter von Frühförderleistungen (AFF, IFF, spezielle Frühförderung und SPZ) entwickelt. Der Fragebogen beinhaltete Fragen zur Einrichtung, zum Personal, zur Finanzierung sowie Einschätzungen und Bewertungen einzelner Aspekte der Frühförderung. Die Befragung der Einrichtungen erfolgte in 2010. Es konnte eine Vollerhebung realisiert werden, der Rücklauf liegt bei 58%.

2.3 DISW-Vertiefungsstudie IFF

Für die Vertiefungsstudie wurde ein eigener Fragebogen entwickelt, um bei allen Interdisziplinären Frühförderstellen Informationen zu Struktur, Personal, Zulassung, inhaltlichen Schwerpunkten, Vernetzung und Finanzierung zu erfragen. Der Rücklauf lag bei 100%.

Eine ergänzende Datenabfrage bei den Interdisziplinären Frühförderstellen diente der Ermittlung der Kostenanteile, die jeweils die Krankenkassen und der Sozialhilfeträger an der Komplexleistung 2010 und 2011 getragen haben. Damit ist es gelungen, erstmals belastbare Daten über die Finanzierungsanteile der Interdisziplinären Frühförderung in Schleswig-Holstein zu ermitteln.

Drei exemplarische Fallbeispiele gaben zusätzlich vertiefte Einblicke in die Abläufe und Prozesse der interdisziplinären Frühförderung (siehe Anlage 1).

2.4 DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe

Eine ergänzende Datenerhebung bei den Sozial- und Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte für das Jahr 2010 lieferte Informationen und Daten über die Zahl der Kinder im System der heilpädagogischen Leistungen (Frühförderung, teilstationäre Maßnahmen und Komplexleistungen), Angaben über die Finanzierung der heilpädagogischen Leistungen sowie die Höhe der jugendhilfefinanzierten Leistungen (Förderung bei seelischer Behinderung). In diesem Rahmen konnten auch Informationen aus den Eingliederungsgutachten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu Anzahl und Alter der Kinder, Behinderungsformen und Förderungsschwerpunkten ausgewertet werden.

2.5 Experteninterviews

Im Rahmen der Untersuchung wurden Experteninterviews geführt, um das breite Spektrum der Perspektiven und Sichtweisen in der Frühförderung adäquat abbilden zu können. Auf der Basis eines teilstandardisierten Leitfadens wurden Gespräche mit insgesamt 12 Expertinnen und Experten u.a. aus den Bereichen Medizin, Politik, Verwaltung, Kinderschutz, Verbraucherberatung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Elternschaft und Gewerkschaft geführt. Ergänzt wurden die Experteninterviews durch über 40 Informationsgespräche mit und Praxisbesuchen bei allen relevanten Akteursgruppen, denen kein teilstandardisierter Leitfaden zugrunde lag.

2.6 Fokusgruppeninterviews

Vertiefende Fokusgruppeninterviews wurden mit einzelnen Akteursgruppen geführt. Hierzu wurde ein zweiteiliger Leitfaden entwickelt. Der erste, allgemeine Teil war für alle Fokusgruppen identisch. Der zweite Teil wurde auf die Spezifika der einzelnen Fokusgruppen angepasst. Folgende Fokusgruppen wurden gebildet und interviewt:

- Frühe Hilfen (05.09.2011)
- Fachberater von Kindertagesstätten (15.11.2011)
- Verbände (21.11.2011)

- Fachverbände (28.11.2011)
- Kommunen und ÖGD (05.12.2011)
- Krankenkassen (12.12.2011)

Im Rahmen der Fokusgruppeninterviews wurden Fragen zur Finanzierung, zur Landesrahmenvereinbarung, zur Qualitätsentwicklung sowie zur Kooperation und Vernetzung vertiefend bearbeitet. Zudem bestand für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen und auf Themen aufmerksam zu machen, die sie für relevant halten.

2.7 Workshops

Im Rahmen der Untersuchung wurden drei Expertenworkshops durchgeführt, deren Ergebnisse in das vorliegende Gutachten eingeflossen sind. Die Workshops waren Bestandteil des partizipativen und aktivierenden Vorgehens, da den Akteuren der Frühförderung Gelegenheit gegeben wurde, ihre Perspektive und Interpretation einzubringen sowie bei der Konkretisierung einzelner Fragestellungen mitzuwirken.

Der 1. Workshop zum Thema „Frühförderkonzepte, fachliches Profil und Standards“ am 17.01.2011 befasste sich mit dem inhaltlichen und fachlichen Profil der Frühförderung. Im Mittelpunkt stand der Versuch, ein gemeinsames Verständnis grundlegender Begriffe, Definitionen und Ansätze sowie ein gemeinsames Problemverständnis zu entwickeln.

Der 2. Workshop zum Thema „Optimierung von Leistungsprozessen“ am 13.05.2011 befasste sich mit Abläufen in der Frühförderung. Im Mittelpunkt stand die Frage, welche Wege in die Frühförderung führen, wie die Prozesse der Leistungserbringung erfolgen und welche Möglichkeiten der Modifikation und Weiterentwicklung bestehen. Außerdem wurden die Übergänge nach einer Förderung diskutiert.

Der 3. Workshop zum Thema „Regionale Kooperationen“ am 09.12.2011 befasste sich mit Kooperations- und Vernetzungsansätzen in der Frühförderung. Es wurden Stärken und Schwächen bestehender Kooperationsstrukturen diskutiert und anhand von guten Beispielen Möglichkeiten zum Ausbau und zur Intensivierung der regionalen interdisziplinären Kooperation erörtert.

2.8 Fachtagung

Am 26.10.2011 wurde die Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ in Kiel durchgeführt. Die Fachtagung ist auf große Resonanz bei den Akteuren der Frühförderung, aber auch in Politik und Wissenschaft gestoßen. Es haben mehr als 170 Fach- und Führungskräfte an der Fachtagung teilgenommen. Ergebnisse der Fachtagung sind

in das vorliegende Gutachten eingeflossen. Die Präsentationen der Fachtagung können auf der auf der Homepage www.institut-sozialwirtschaft.de einsehen werden.

2.9 Sekundäranalysen

Flankierend zu den Primärerhebungen wurden Sekundäranalysen auf der Basis einer Auswertung von Fachliteratur, wissenschaftlichen Studien zur Frühförderung sowie der amtlichen Statistiken durchgeführt.

3 Aktuelle Entwicklungen in der Fachdiskussion

3.1	Entwicklungen seit 1973.....	18
3.2	Prinzipien	19
3.2.1	Inklusion	19
3.2.2	Prävention	20
3.2.3	Ganzheitlichkeit	21
3.2.4	Familienorientierung.....	22
3.2.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	22
3.2.6	Niedrigschwelligkeit.....	23
3.3	Ziele	23
3.3.1	Kindbezogene Ziele.....	24
3.3.2	Elternbezogene Ziele	24
3.3.3	Gesellschaftsbezogene Ziele	24
3.4	Systementwicklung	24
3.4.1	Ambulante Frühförderung	24
3.4.2	Mobile Frühförderung	25
3.4.3	Vernetzung und Kooperation	26
3.5	Neue Fachlichkeit	27
3.5.1	Veränderte Definition der Zielgruppen	27
3.5.2	Ganzheitliche Diagnostik.....	27
3.6	Multi-, Inter- und Transdisziplinarität, Komplexleistung	28
3.6.1	Multidisziplinarität	28
3.6.2	Interdisziplinarität	29
3.6.3	Transdisziplinarität	29
3.6.4	Komplexleistung	30
3.7	Zwischenfazit	31

3.1 Entwicklungen seit 1973

Die Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates machte 1973 Vorschläge zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Empfohlen wurde die Einrichtung von „Zentren für pädagogische Frühförderung“. Von Beginn an gab es Komplikationen, dieses Vorhaben umzusetzen, da die unterschiedlichen Berufsgruppen – in erster Linie Mediziner und Pädagogen – in Bezug auf die Umsetzung und Leitung der Institutionen verschiedener Auffassung waren. Die Frühförderung wurde nicht in Zentren organisiert, wie es ursprünglich vorgesehen war, sondern es entstanden die heute bekannten ambulant und mobil ausgerichteten Einrichtungen der heilpädagogischen Frühförderung.

1974 wurde mit § 40 Abs. 1 Nr. 2a BSHG eine Rechtsgrundlage für „heilpädagogische Maßnahmen“ geschaffen. Die entsprechenden Kosten sind gegenüber den Kreisen und kreisfreien

Städten geltend zu machen. Flächendeckend wurden in Deutschland Frühförderstellen gegründet, die das Ziel hatten, dezentral, wohnortnah und mobil zu arbeiten.

Die Sozialpädiatrischen Zentren erhielten erst 1989 eine rechtliche Grundlage im SGB V, wobei das erste SPZ schon Ende der 1960er Jahre in Bayern gegründet wurde. Sie sind eher zentral mit größerem Einzugsgebiet ausgerichtet. Sie arbeiten familienzentriert und interdisziplinär, sind aber medizinisch geleitet.

Bisher konnte kein einheitliches System der Frühförderung entstehen, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass keine Einigung zwischen medizinischen und pädagogischen Fachkräften bezüglich der Leitung der anfangs geplanten zentralen Frühförderstellen herbeigeführt werden konnte (vgl. Sohns 2010: S. 17ff.).

Mit der Gründung der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (VIFF) 1982 wurde die Erwartung verknüpft, bei der Überbrückung der Differenzen der Fachdisziplinen unterstützend zu wirken.

Heute muss bei einem bundesweiten Vergleich festgestellt werden, dass sich in den Ländern sehr unterschiedliche Systeme der Frühförderung entwickelt haben. Zusätzlich sind auch die Unterschiede innerhalb einzelner Bundesländer teilweise sehr groß. – dies gilt offensichtlich auch für Schleswig-Holstein.

3.2 Prinzipien

3.2.1 Inklusion

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention vom 03.05.2008 wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, der weitgehende Auswirkungen auf sozialpolitische Programme und professionelle Handlungsansätze hat. Der Begriff der Inklusion, der die gesellschaftlichen und politischen Teilhabemöglichkeiten in den Mittelpunkt rückt, hat den traditionellen Begriff der Integration abgelöst.

„Inklusion bedeutet: Alle Menschen haben die gleichen Rechte und Pflichten in der Gesellschaft. Niemand wird ausgegrenzt. Inklusion umsetzen heißt, dass in der Gesellschaft eine Veränderung im Denken und Handeln angestoßen wird. Diese Veränderung bewirkt, dass Menschen mit Behinderung anerkannt und selbstverständlich angenommen werden. Dies setzt voraus, dass Menschen mit Behinderung in ihren Fähigkeiten und in ihrem Recht auf Selbstvertretung gestärkt und in ihren individuell unterschiedlichen Bedarfen unterstützt werden.“ (MSGFG 2012)

Somit sollen nicht die Menschen an die sozialen Strukturen, sondern die sozialen Strukturen an die Bedürfnisse und Kompetenzen der Menschen angepasst werden. Die gesellschaftliche

Normalität ist durch Unterschiedlichkeit, Differenz, Vielfalt und Diversität charakterisiert. Ziel dieser sozialpolitischen und professionellen Neuausrichtung ist die Öffnung der Regeldienste und Regelsysteme (Bildung, Gesundheit, Verwaltung, Arbeitsmarkt etc.) für Menschen mit Behinderung. Noch ist eine flächendeckende Umsetzung entsprechender Maßnahmen nicht zu beobachten (vgl. Sohns 2010: S. 90ff.).

Das System der Frühförderung ist ein Arbeitsfeld, in dem Kinder zunächst einmal – zumindest temporär – an hochspezialisierte Dienste und Einrichtungen überwiesen werden. Der Inklusionsgedanke ist also noch nicht vollständig auf das System der Frühförderung und andere Systeme der Eingliederungshilfe übertragen worden. Nach Inkrafttreten der UN-Konvention sollte auch das System der Frühförderung zukünftig noch stärker als bisher dem Leitbild und den Zielen der Inklusion folgen, zugleich allerdings weiterhin die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppe berücksichtigen, die eine spezielle Förderung als Grundvoraussetzung zur Teilhabe an der Gesellschaft benötigen.

3.2.2 Prävention

Ein wesentliches Prinzip der Frühförderung ist gemäß § 26 SGB IX die Prävention.

„(...) Frühförderung (...) soll die vorhandenen kindlichen Entwicklungspotentiale sowie Kompensationsmöglichkeiten einer Schädigung möglichst optimal nutzen. Dazu gehört insbesondere die Förderung der das Kind stärkende Faktoren in seinem Umfeld – vorrangig der Familie.“ (Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004: S. 82)

Prävention bezieht sich im Rahmen der klassischen Frühförderung in erster Linie auf die Sekundär- und Tertiärprävention. Die Maßnahmen der sekundären Prävention sollen möglichst bereits greifen, bevor eine Behinderung eintritt. Im Rahmen einer frühen Hilfeleistung können so Entwicklungsstörungen, die auf bestimmte Lebensbedingungen zurückzuführen sind, erkannt und die Entwicklung gefördert werden, damit eine Behinderung nicht eintritt. Allerdings zeigt die Praxis, dass Behinderungen häufig trotz Förderung nicht verhindert oder mittels einer Therapie geheilt werden können. Die Maßnahmen der sekundären Prävention sollen jedoch einer Verschlechterung entgegenwirken oder die aktuelle Situation verbessern. Zur sekundären Prävention gehören auch die allgemeine Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen sowie die Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen als zentrale Ansatzpunkte. Generell lässt sich das in der Sozialwissenschaft geläufige dreistufige Präventionsmodell bezogen auf die Frühförderung wie folgt darstellen:

- Primäre Prävention erreicht alle Kinder, unabhängig davon, ob ein Förderbedarf besteht oder nicht. Diese Form der Prävention lässt sich nicht auf das Frühfördersystem beziehen, da hier nur Kinder in den Fokus rücken, die bereits einen nachgewiesenen Bedarf haben. Die primäre Prävention wird vom System der Frühen Hilfen oder der Jugendhilfe (z.B. Elternordner bei Geburt) abgedeckt.

- Sekundäre Prävention erreicht die Kinder, bei denen eine Behinderung aufgrund medizinischer oder sozialer Indikatoren droht. Hier greifen ebenfalls die Systeme der Frühen Hilfen und der Jugendhilfe. Allerdings werden Kinder, bei denen eine drohende Behinderung aufgrund von bestehenden sozialen oder körperlichen Faktoren erkennbar ist, vermehrt in das System der Frühförderung verwiesen. Hier kann gezielt, unter Berücksichtigung des Familiensystems, eine Förderung stattfinden und eine drohende Behinderung abgewendet oder abgemildert werden.
- Tertiäre Prävention erreicht jene Kinder, bei denen bereits eine geistige, seelische oder körperliche Behinderung vorliegt. Diese Kinder werden fast ausschließlich in Frühförderung, Sozialpädiatrischen Zentren oder teilstationären Maßnahmen gefördert. Hier kann die Behinderung abgemildert oder einer Verschlechterung der Situation entgegengewirkt werden.

Neben der direkten Arbeit mit dem Kind ist die ergänzende Elternarbeit und -begleitung ein Faktor von großer Relevanz.

3.2.3 Ganzheitlichkeit

Das Prinzip der Ganzheitlichkeit steht in einem engen Zusammenhang zu den Prinzipien der Familienorientierung und Interdisziplinarität. Ganzheitlichkeit ist in § 4 Abs. 1 S. 4 SGB IX gesetzlich festgeschrieben. Dort heißt es, dass Leistungen zur Teilhabe auch die notwendigen Sozialleistungen umfassen,

„(...) um unabhängig von der Ursache der Behinderung (...) die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“

Frühförderung ist im ganzheitlichen Sinne auf das Kind und seine Umwelt ausgerichtet, da das Gelingen der Förderung wesentlich von der Umwelt abhängt. Viele Behinderungsarten stehen in Wechselwirkung mit der Lebenswelt, deshalb ist es Aufgabe der Frühförderung, diese auch einzubeziehen.

3.2.4 Familienorientierung

Auch die ganzheitliche Einbeziehung der Eltern ist ein fundamentaler Bestandteil der Förderung.

„Frühförderung lässt sich nicht auf bloße Kindförderung reduzieren. Gemeinsames Anliegen der regionalen Frühförderstellen ist die nachhaltige Unterstützung der frühen kindlichen Entwicklungschancen entwicklungsgefährdeter Kinder und der für sie primär verantwortlichen Eltern. In diesem Sinne ist Frühförderung Zusammenarbeit mit den Eltern als Partner bei der Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe.“ (Speck 2011)

Die Frühförderung soll das Kind in seinem sozio-emotionalen Lebenszusammenhang stärken und so die Entwicklung von Autonomie und Selbstgestaltung fördern. Umso wichtiger ist es, die Kompetenzen der Eltern und der Kinder wahrzunehmen und anzuerkennen (vgl. Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004: S. 111).

„Familienorientierung als Arbeitsprinzip gründet auf der erfahrungsfundierten Überzeugung, dass die Wirksamkeit der Frühförderung in hohem Maße davon abhängt, inwieweit es gelingt, sie in der primären Lebenswelt des Kindes – der Familie – zu verankern und deren entwicklungsförderlichen Ressourcen zu aktivieren und zu stärken.“ (Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004: S. 114)

Frühförderung soll also in der Familie wirken, wodurch die Lebens-, Beziehungs- und Interaktionswelt der Familien maßgeblich mitgestaltet werden kann. Wichtig ist hierbei ein verständigungsorientierter Austausch mit der Familie.

3.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Frühförderung mit verschiedenen Fachdisziplinen geschieht in Anlehnung an die komplexen Vorgänge in der kindlichen Entwicklung und folgt dem Grundprinzip der Ganzheitlichkeit (vgl. Behringer/Höfer 2005: S. 16).

„Betrifft eine Entwicklungsgefährdung das Kind als ‚bio-psycho-soziale Einheit‘ in unterschiedlichen Dimensionen seiner physischen, psychischen oder sozialen Existenz, erfordert dies einen entsprechenden mehrdimensionalen Diagnose- und Therapie- bzw. Förderansatz“ (Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004: S. 116).

Die Bedeutung der interdisziplinären Arbeitsweise schließt sowohl die Diagnose als auch die Förderung mit ein. Verschiedene Professionen sollen so dazu beitragen, dass eine ganzheitliche Sicht auf das Kind in seinem Umfeld möglich wird. Dazu gehören sowohl regelmäßige Fallgespräche wie ggf. auch gemeinsame Fort- und Weiterbildungen der Fachkräfte. Jedoch

führt vielerorts eine mangelnde Finanzierung des interdisziplinären Austausches dazu, dass dieser für viele Anbieter nicht geleistet werden kann (vgl. Müller-Fehling 2004: S. 24f.)

Hinzu kommen besonders an den Schnittstellen, an denen verschiedene Professionen mit verschiedenen Fachsprachen und vermeintlichen Hierarchien aufeinander treffen, Schwierigkeiten der Kommunikation:

„Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation lebt von den unterschiedlichen fachlichen, konzeptionellen und institutionellen Hintergründen der Beteiligten, die insgesamt ein reichhaltiges, aber auch konflikträchtiges Potenzial beinhalten. Damit dieses Potenzial kreativ genutzt werden kann, ist Kommunikation von entscheidender Bedeutung. Das beinhaltet erstens die Entwicklung einer Informationskultur, die kontinuierlicher Bestandteil der Zusammenarbeit sein sollte. Zweitens muss eine gemeinsame Sprache entwickelt werden, durch die fachliche Spezialdiskurse miteinander verknüpft werden und auf die sich alle gleichermaßen beziehen können.“ (Höfer/Behringer 2004: S. 87)

In der Frühförderung gilt dies besonders für die Unterschiede in den pädagogischen und medizinischen Arbeitsfeldern.

3.2.6 Niedrigschwelligkeit

Die Niedrigschwelligkeit bezieht sich auf zwei Ebenen. Zum einen soll der Zugang zur Förderung ein niedrigschwelliger sein. Dies wird beispielsweise durch ein offenes Beratungsangebot umgesetzt, welches jeder Anbieter vorhält. Teilweise wird diese Beratung bei den Familien zu Hause durchgeführt.

Zum anderen soll die Niedrigschwelligkeit auch während der Förderung umgesetzt werden. Hier ist besonders die mobile Frühförderung zu nennen, die den Zugang zu den Leistungen auch für (sozial schwache) Familien oder Familien ohne eigenes Auto ermöglicht.

3.3 Ziele

Thurmair und Naggl (2007: S. 22) beziehen die Ziele der Frühförderung auf drei Ebenen:

- kindbezogene Ziele
- elternbezogene Ziele
- gesellschaftsbezogene Ziele

3.3.1 Kindbezogene Ziele

Die kindbezogenen Ziele sind die Entfaltung der Kompetenzen, die Entwicklung ihres Selbsterlebens und Selbstwertgefühls sowie die Integration in ihre Lebenswelt. Die Kinder sollen in ihrem Selbsterleben und Selbstwertgefühl gestärkt werden. Dieses Ziel ist Dreh- und Angelpunkt in der Frühförderung. Das Kind soll sich einerseits in seiner Umwelt zurechtfinden und andererseits muss ganz konkret an den Entwicklungsverzögerungen gearbeitet werden, um diese möglichst auszugleichen oder abzumildern.

3.3.2 Elternbezogene Ziele

Bei den elternbezogenen Zielen stehen die Beratung und Anleitung im Mittelpunkt. Ziel ist es, die Diagnose zu vermitteln und die Eltern in Bezug auf die besonderen Entwicklungsbedürfnisse des Kindes fachlich anzuleiten und zu beraten sowie ggf. Kontakte zu Spezialisten und anderen Betroffenen herzustellen. Ein weiteres Ziel ist es, die Kompetenzen der Eltern zu stärken und sie zu stützen, damit sie sich mit ihrer besonderen Situation auseinandersetzen können. Als kompetente Partner und bestimmende Personen sind sie zu befähigen, die Frühförderung gemäß ihren Wünschen und Bedürfnissen wahrzunehmen und zu nutzen.

3.3.3 Gesellschaftsbezogene Ziele

Frühförderung bezieht sich nicht nur auf das Kind und die Eltern. Inklusion und Prävention stehen als gesellschaftliche Faktoren ebenfalls im Blickfeld. Notwendige Förderungsangebote sollen für Kinder und ihre Familien leicht erreichbar und nutzbar sein. Alle Ressourcen der Frühförderung sollten genutzt werden, um die Teilhabe des Kindes am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Das bedeutet auch eine gute Kooperation mit regionalen Angeboten der Frühförderung und die Mitgestaltung dieser. Mit dem Inklusionsgebot der UN-Behindertenrechtskonvention treten gesellschaftsbezogenen Ziele der Frühförderung stärker in den Mittelpunkt.

3.4 Systementwicklung

3.4.1 Ambulante Frühförderung

Obwohl die Frühförderung hauptsächlich mobil erfolgt, ist die ambulante Förderung in Praxisräumen von großer Bedeutung. Mit der Komm-Struktur bietet sie gerade Familien, die durch die Behinderung ihres Kindes wenig Außenkontakte haben ein anderes Umfeld als das gewohnte Wohnumfeld. Außerdem kommt es vor, dass Familien den Eingriff in die intime Wohnsituation nicht wünschen.

Die Angebote der Gruppenförderung und ggf. der Elterngruppen tragen weiterhin dazu bei, den Grundprinzipien der Frühförderung gerecht zu werden. Der Kontakt zu anderen Betroffenen ist für die Eltern wichtig und kann wesentlich zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituation beitragen. Die anfängliche kontinuierliche psychosoziale Begleitung durch geschultes Personal kann später nur noch sporadisch erfolgen, da der Austausch zwischen den Eltern auch ohne fachliche Begleitung ein Forum darstellt, in dem bestimmte Themen zur Sprache kommen können. Die ambulante Frühförderung kann hier als Netzwerkgeber fungieren (vgl. Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004: S. 96f. und Thurmair/Naggl 2007: S. 216).

Weitere Vorteile der ambulanten Förderung sind das Vorhandensein unterschiedlichster Materialien und Räumlichkeiten (Schaukelhaken, reizarme Räume, Snoozle Room) und der vereinfachte regelmäßige Austausch der Fachkräfte untereinander.

3.4.2 Mobile Frühförderung

Mobile Frühförderung ist lebenswelt-, sozialraum- und familienorientiert und entspricht damit allen wichtigen Grundsätzen der Frühförderung. Die Möglichkeit, mit der Familie vor Ort zu arbeiten, ist neben der AFF auch ein Qualitätskriterium Interdisziplinärer Frühförderstellen. Vorteile der mobilen Frühförderung liegen darin, dass die Fachkräfte einen Einblick in die Räumlichkeiten vor Ort und die Spielmöglichkeiten bekommen sowie die Bezugspersonen des Kindes kennenlernen, so dass die Förderung an die Lebenswelt und die Materialien vor Ort angepasst werden kann. Die Wirksamkeit der Frühförderung kann dadurch erhöht werden, dass familien- sowie alltagsnah unterstützt und gefördert wird.

Wichtig ist es, niedrighwellige Hilfen, gerade für Familien, die aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen nicht regelmäßig in eine Frühförderstelle kommen können, anzubieten. Durch die Geh-Struktur erreicht man auch Kinder, die in einem schwierigen sozialen Kontext leben. Die betroffenen Eltern leben oft in prekären Lebenslagen und daraus resultierenden psychosozialen Problemen. Die mobile Frühförderung erleichtert hier den Zugang und ermöglicht beispielsweise die Einleitung einer sozialpädagogischen Familienhilfe in Kooperation mit dem Jugendamt.

Die mobile Frühförderung bringt einen hohen organisatorischen Aufwand für den Anbieter mit sich. Die MitarbeiterInnen müssen außerdem entsprechendes Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit zu sensiblem Handeln mitbringen sowie den Umgang mit eventuellen ungünstigen Förderbedingungen vor Ort gut kompensieren oder hinnehmen können. Die Fahrtzeiten und geringere Austauschmöglichkeiten (Tür und Angel-Gespräche) mit KollegInnen erfordern ein hohes Maß an Selbstreflexion und Selbstmanagement.

3.4.3 Vernetzung und Kooperation

Eine gute Vernetzung ist Grundlage einer wirkungsvollen Umsetzung der Prinzipien in der Frühförderung. Besonders eine ganzheitliche Betrachtung des Kindes und seines Umfeldes ist ohne eine ausreichende Vernetzung nicht möglich. So kann es für eine gelingende Förderung beispielsweise von großer Bedeutung sein, zu wissen, ob ein Kind noch weitere Therapien neben der Frühförderung erhält und sich mit dem jeweiligen Therapeuten, nach Einwilligung der Eltern, über den Stand der Therapien auszutauschen. Dies führt automatisch zur interdisziplinären Zusammenarbeit, die ohne eine funktionierende Vernetzung nicht realisierbar ist.

Unter anderem muss eine gute Vernetzung sicherstellen, dass benachbarte Systeme, wie Frühe Hilfen, der medizinische Bereich oder Kindertageseinrichtungen über die fachlichen Anliegen der Frühförderung im Sinne der entwicklungsbedürftigen Kinder informiert sind, damit die Arbeit der Frühförderung transparent wird und ein niedrigschwelliger Zugang möglich ist. Alle Multiplikatoren und Vermittler von Frühförderung sollten gut informiert und vernetzt sein, denn nur so können mögliche Umwege vermieden werden, die eine erfolgreiche Förderung verzögern oder beeinträchtigen. Es ist selbstverständlich, dass in diesem Zusammenhang auch die Unterstützung von Seiten der Kostenträger unumgänglich ist (vgl. Behringer 2008: S. 358).

Vernetzung setzt zwischen den Akteuren einen gleichberechtigten Kommunikationsprozess mit verbindlichen und dauerhaften Regelungen voraus, der gemeinsame und unterschiedliche Erwartungen sowie Ziele ermöglicht.

Im Rahmen von Vernetzung und Kooperation spielen die Konzepte des Case Managements und des Netzwerkmanagements eine bedeutende Rolle. Zu den zentralen Zielen des Case Managements zählen die Fallsteuerung und die Hilfeplanung. Den Klienten kann durch ein professionelles Case Management Hilfe aus einer Hand angeboten werden, die Vernetzung aller relevanten Akteure wird über die Hilfeplanung – in Zusammenarbeit mit den Eltern – geplant und gewährleistet. Ergänzend zur fallbezogenen Steuerung lassen sich durch Formen des Netzwerkmanagements auf systemischer Ebene Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen etablieren, die eine kontinuierliche und verlässliche Abstimmung sowie Koordination der Leistungserbringer ermöglichen. Idealerweise ergänzen sich Fall- und Systemsteuerung. Bislang werden nur in Ausnahmen entsprechende Modelle, vor allem in sozialraumorientierten Ansätzen, tatsächlich auch umgesetzt. Während in anderen sozialpolitischen Handlungsfeldern – etwa in der Jugendhilfe oder der Pflege – bereits Erfahrungen mit Formen des Case- und Netzwerkmanagements in der Systementwicklung vorliegen, sind die Kostenträger der Frühförderung noch teilweise zögerlich bei der Umsetzung entsprechender Innovationen.

3.5 Neue Fachlichkeit

3.5.1 Veränderte Definition der Zielgruppen

Die Frühförderung hat sich im Verlauf der letzten Jahre stark verändert, da sich die Förderbedarfe gewandelt haben. Es gibt immer weniger Kinder mit klassischen Behinderungsarten, nicht zuletzt durch die medizinische Feindiagnostik in der Schwangerschaft. Zugenommen hat hingegen die Zahl der Kinder mit Lernbehinderungen und emotionalen Störungen (Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004: S. 56f.).

Die veränderten Herausforderungen, gerade in Bezug auf die Zielgruppen

- Familien mit Migrationshintergrund
- Kinder mit (drohenden) seelischen Behinderungen
- Kinder von sozial benachteiligten Familien
- Kinder psychisch kranker Eltern
- Frühgeborene
- Kinder mit unspezifischen Entwicklungsstörungen

müssen erkannt werden. Zunehmend geraten prekäre Lebensverhältnisse in das Zentrum der Betrachtung:

„(...) Kinder aus sozial benachteiligten Familien zählen (...) in Brennpunkten wie auch in anonymen Armutslagen zu einer wichtigen Gruppe innerhalb der Frühförderung. Durch die zunehmende Armut, die vor allem die Kinder betrifft, verdient diese Gruppe intensive Aufmerksamkeit.“ (Thurmair/Naggl 2007: S. 21)

Das System der Frühförderung muss sich entsprechend auf diese neuen Bedarfe hin ausrichten ohne den Fokus der (drohenden) Behinderung aus den Augen zu verlieren. Gleichzeitig muss eine Abgrenzung zu den Leistungen nach SGB VIII erfolgen, die von der Frühförderung nicht geleistet werden können.

3.5.2 Ganzheitliche Diagnostik

Die Diagnostik in der Frühförderung wird allgemein mit dem ICD-10 (Internationale Klassifikation von Krankheiten) abgebildet. Problematisch ist dieses Klassifikationssystem jedoch besonders bei kleinen Kindern, da viele der diagnostischen Kategorien erst ab dem Schulalter beginnen. Ein Vorteil am ICD-10 ist die Tatsache, dass sich das System durch die jahrelange Anwendung bereits weitestgehend etabliert hat. Bei der Förder- und Behandlungsplanerstellung ist es jedoch nicht ausschließlich anwendbar, da es lediglich defizitorientiert anzuwenden ist (vgl. Thurmair/Naggl 2007: S. 50f.). Dies lässt den Schluss zu, dass sich der Behinde-

rungsbegriff oder der Begriff der drohenden Behinderung nicht allein mit einer Krankheit oder Funktionsstörung erklären lassen.

Hier rückt der ICF-CY (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen) ins Blickfeld. Die Wechselwirkungen zwischen den Körperfunktionen und -störungen, dem Gesundheitsproblem, der Aktivität und der Partizipation, den Umweltfaktoren sowie den personenbezogenen Faktoren werden betrachtet (vgl. Amorosa 2011). Demnach werden sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Kontextfaktoren eines Kindes in die Diagnose einbezogen, was eine ganzheitliche und ressourcenorientierte Sichtweise ermöglicht.

„der ICF-CY (...) fordert uns auf, aus der Brille der Kinder zu schauen. Was braucht das Kind, um den Alltag zu bewältigen? Was könnte dem Kind helfen, eigenständig Nahrung aufzunehmen? Was könnte hilfreich sein, um mit anderen Menschen in Kontakt/in Kommunikation zu treten? Wie kann das Kind eigenständig handeln und spielen? Welche Bedingungen funktionell geschaffen werden müssen und welche unterstützenden Ressourcen (Umweltfaktoren) genutzt werden können, sind dabei zentrale Fragen.“ (Giel 2010)

In der Praxis stehen sich das medizinisch (defizit-) orientierte Klassifikationssystem ICD-10 und das eher ganzheitlich- und ressourcenorientierte Klassifikationssystem ICF-CY gegenüber. Beide Systeme können angewendet werden, um sowohl die medizinische Diagnose, wie auch die Teilhabemöglichkeiten darstellen zu können. Die Einführung des ICF-CY in der Praxis wird dadurch erschwert, dass es zunächst der Einführung einer gemeinsamen Checkliste bedarf, um die zahlreichen Items praxisbezogen und praktikabel abbilden zu können. Da die deutsche Übersetzung des ICF-CY erst im Jahr 2011 veröffentlicht wurde, ist eine flächendeckende Umsetzung bisher nicht erfolgt. Der Umgang mit dem Klassifikationssystem im Alltag wurde jedoch vereinzelt schon vorher erprobt und es wurde deutlich, dass der ICF-CY maßgeblich dazu beiträgt, eine gemeinsame Sprache des medizinischen und pädagogischen Bereichs sowie eine ganzheitliche Sichtweise auf das Kind zu ermöglichen.

3.6 Multi-, Inter- und Transdisziplinarität, Komplexeleistung

3.6.1 Multidisziplinarität

Multidisziplinarität folgt dem Grundsatz: „nebeneinander planen und nebeneinander handeln“ und ist somit die schwächste Form der inhaltlichen Kooperation zwischen zwei Professionen, da kein nennenswerter Austausch stattfindet und jeder ausschließlich seiner Profession entsprechend agiert, ohne ggf. die Fortschritte oder Methoden einer anderen Therapieform zu berücksichtigen. Unter dem Grundsatz der Multidisziplinarität können die Ziele der Frühförderung wie beispielsweise Ganzheitlichkeit oder Prävention kaum oder gar nicht erreicht werden.

3.6.2 Interdisziplinarität

Interdisziplinäre Frühförderung beachtet die o.g. Prinzipien der Inklusion, Prävention, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung und Niedrigschwelligkeit. Eine nur additive Interdisziplinarität und Förderung, das heißt eine Aneinanderreihung verschiedener Therapien und nicht miteinander kooperierender Therapeuten, ist nicht mit diesen Zielen zu vereinbaren. Interdisziplinarität erfordert von medizinisch-therapeutischen, psychologischen und pädagogischen Fachkräften vor Ort eine enge, fallbezogene und konzeptionelle Zusammenarbeit. Da die Situation der Kinder und Familien vielfach komplex ist und mehr als eine Sichtweise braucht (vgl. Höppner 2011). Absprachen im Team, regelmäßige Supervision oder kollegiale Beratung sowie Fort- und Weiterbildungen sind deshalb unerlässlich. Die praktische Umsetzung einer so verstandenen Interdisziplinarität ist jedoch sehr aufwändig und kann in vielen Fällen, auch aufgrund fehlender Finanzierung, nicht ausreichend erfolgen.

3.6.3 Transdisziplinarität

Transdisziplinarität ist ein noch über die Interdisziplinarität weiter gedachtes Arbeitsprinzip.

„Während Interdisziplinarität eine zielgerichtete konkrete Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen auf Zeit bedeutet, greift ein transdisziplinärer Ansatz in die fachlichen und disziplinären Orientierungen selbst ein und verändert diese Ordnung.“
(Sohns 2010: S. 95)

Die transdisziplinäre Arbeit wird als „theoretisches Konstrukt“ beschrieben, dass immer dann wirksam wird, wenn die Definitionen der Fachlichkeiten nicht mehr ausreichen und die Problemstellung erfordert, dass man über seine eigenen Professionsgrenzen hinaus arbeitet und ggf. Aufgaben anderer Professionen übernimmt. Somit werden starre Zuständigkeiten durchbrochen, und es wird der Situation und den Bedarfen des Kindes gerecht gearbeitet. Die professionelle Beziehungsqualität für die Wirksamkeit in der Frühförderung wird bedeutsamer als die Anwendung einer singulären Methode. Das heißt, dass die verschiedenen Sichtweisen und Erfahrungen der einzelnen Professionen in die ganzheitliche Betrachtung eines Kindes durch gegenseitige Beratung einfließen können.

Bei diesem Ansatz besteht die Gefahr, dass Fachkräfte überfordert werden können, weil sie sich den neuen Aufgaben nicht gewachsen fühlen oder die Grenzen ihrer eigenen Profession nicht mehr als Sicherheit für ihr Handeln wahrnehmen. Um dies zu vermeiden, sollen festgelegte Ablaufprozesse Orientierung bieten. Einige Vorteile des transdisziplinären Ansatzes sind:

- Ganzheitliche Betrachtung von Förderplänen und der einzelnen Schritte
- Erleichterte Koordination der Förderung

- Verbesserte und kontinuierliche Zusammenarbeit mit Familien
- Erweiterung des laufenden gegenseitigen fachlichen Austauschs
- Weiterbildung unter den Kollegen, was zu einem ständig wachsenden Know-how auf der Ebene der Anbieter führt
- Effiziente Organisation innerhalb der Leistungserbringung.
(vgl. Schloesser/Kaffka-Backmann)

3.6.4 Komplexleistung

Komplexleistung ist eine Festschreibung von Rahmenbedingungen der interdisziplinären Arbeitsweise und beinhaltet Leistungen der heilpädagogischen Frühförderung gekoppelt mit medizinisch-therapeutischen Leistungen (Ergotherapie und/oder Logopädie und/oder Physiotherapie).

Diese Leistung soll „unter einem Dach“ in einer Interdisziplinären Frühförderstelle erfolgen, kann aber auch in Kooperation mit externen Therapeuten oder Professionen erbracht werden. Hier bleibt auch in der rechtlichen Ausgangslage (FrühV) unklar, wie verbindlich eine solche Kooperation sein muss, um die Interdisziplinarität innerhalb der Komplexleistung ausreichend zu erfüllen.

Weitere Probleme tauchen bei der Finanzierung auf. So teilen sich die Kostenträger Kommunen und Krankenkassen die einzelnen Leistungsanteile. Diese Aufteilung regelt jedes Bundesland in einer eigenen Rahmenvereinbarung /-empfehlung. Daraus wiederum resultieren jeweils landesspezifische Problematiken, die eine einheitliche bundesweite Entwicklung von Standards bisher nicht ermöglicht haben.

„Mit dem Wort ‚Komplexleistung‘ glaubte der Gesetzgeber den notwendigen Begriff gefunden zu haben, die verschiedenen Leistungssysteme zusammenzuführen. (...) Das interdisziplinäre Anliegen der Frühförderung und die interdisziplinäre Arbeitsweise lässt sich – vor allem unter engen finanziellen Rahmenbedingungen – für die Leistungsträger nicht abbilden (...).“ (Thurmair/Naggl 2007: S. 31)

3.7 Zwischenfazit

Dieser Stand der bundesweiten Fachdiskussion bildet die Grundlage für die folgende Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung in Schleswig-Holstein. Insbesondere in den Experteninterviews, den Workshops und auf der Fachtagung am 26. Oktober 2011 wurde deutlich, wie wichtig ein ständiger Rückkoppelungsprozess zwischen allen Akteuren ist, um die neuesten Erkenntnisse für die weitere Entwicklung des Systems der Frühförderung nach Schleswig-Holstein zu transferieren bzw. Know-How aus Schleswig-Holstein in die bundesweite Fachdiskussion einzubringen.

4 Ergebnisse der Untersuchung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Erhebungen, die im Rahmen des Gutachtens durchgeführt wurden, präsentiert. Hierbei handelt es sich um die Ergebnisse der DISW-Anbieterbefragung, der Experten- und Fokusgruppeninterviews, der DISW-Vertiefungsstudie IFF sowie der DISW-Datenabfrage Sozial- und Jugendhilfe. Es wurden auch andere Datenquellen sekundäranalytisch ausgewertet, wenn sich dies als notwendig und sinnvoll erweisen hat. Die Auswertung der Ergebnisse mündet in der Formulierung von Vorschlägen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein am Ende des Gutachtens.

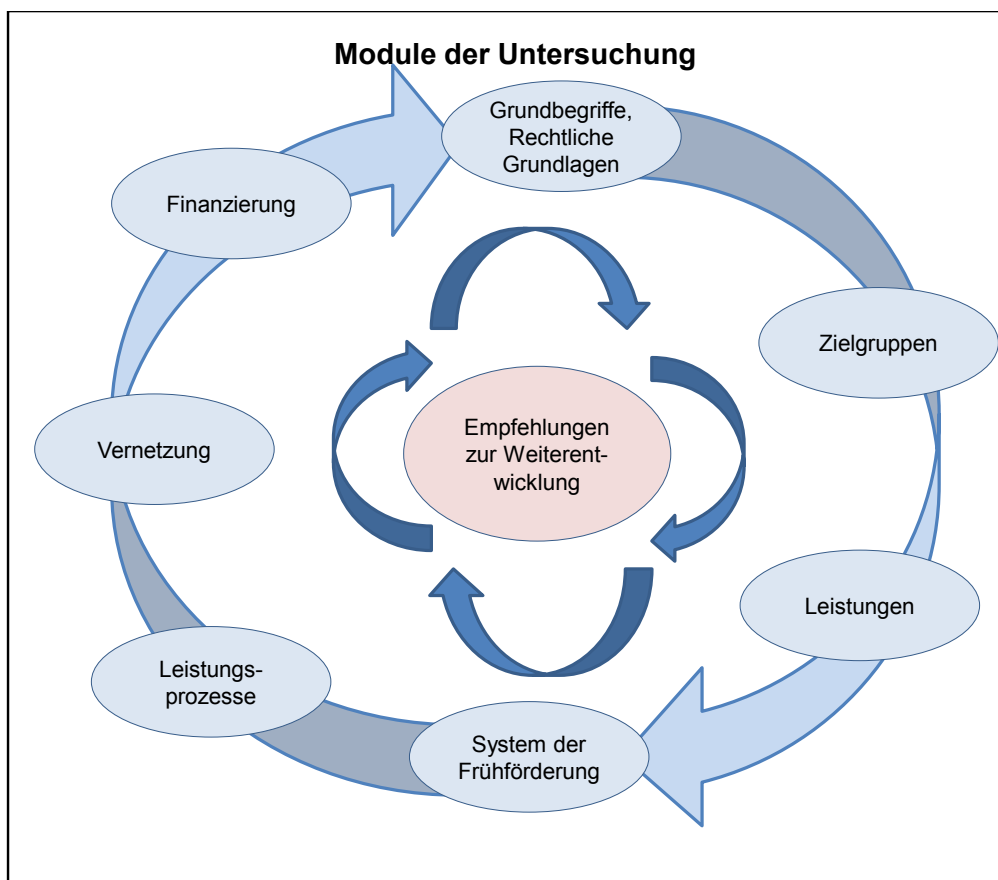


Abbildung 2: Module der Untersuchung

4.1 Grundbegriffe und rechtliche Grundlagen

4.1.1	Grundbegriffe	33
4.1.2	Behinderung	34
4.1.3	Früherkennung	35
4.1.4	Frühbehandlung	36
4.1.5	Frühe Hilfen	37
4.1.6	Frühförderung	38
4.1.7	Leistungen	39
4.1.8	Medizinische Leistungen	39
4.1.9	Therapeutische Leistungen	40
4.1.10	Heilpädagogische Leistungen	40
4.1.11	Komplexleistung	41
4.1.12	Formen der Leistungserbringung	43
4.1.12.1	Mobil	43
4.1.12.2	Ambulant	44
4.1.12.3	Stationär	44
4.1.13	Anbieter	44
4.1.13.1	Frühförderstelle	44
4.1.13.2	Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)	45
4.1.13.3	Landesförderzentren als Anbieter spezieller Frühförderung	45
4.1.13.4	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	47
4.1.14	Teilstationäre Leistungen nach SGB XII	47
4.1.14.1	Einzelintegration	48
4.1.14.2	Integrative-Kindergartengruppe (I-Gruppen)	48
4.1.14.3	Heilpädagogische Kleingruppen	48
4.1.15	Zwischenfazit	49

4.1.1 Grundbegriffe

Die Darstellung und Definition der Grundbegriffe im System der Frühförderung und angrenzender Systeme war Auftragsgegenstand und ein erster Schritt der Untersuchung. Es wurde deutlich, dass die Interpretation von Begrifflichkeiten in der Praxis teils stark von offiziellen und rechtlichen Definitionen abweicht. Es war deshalb notwendig, die verschiedenen Definitionsebenen zu identifizieren, um in einem zweiten Schritt eine praktikable und anschlussfähige Definition zu entwickeln, damit die Untersuchung auf eine einheitliche Terminologie gestützt werden kann. Der Anspruch einer einheitlichen und von allen Akteuren akzeptierten Definition war jedoch nicht Auftrag oder Ziel der Untersuchung. Vielmehr wurde versucht, aufgrund der mehrschichtigen Untersuchung als praktikabel erscheinende Definitionen der einzelnen Begriffe zu ermitteln, die zudem als Empfehlungen für die Praxis dienen können.

Das Thema Grundbegriffe stand im Mittelpunkt des 1. Workshops mit dem Titel „Frühförderkonzepte, fachliches Profil und Standards“. 24 Fach- und Führungskräfte aus dem Bereich der Frühförderung haben anhand von Definitionsvorschlägen über die nachfolgenden Begriffe diskutiert und der Projektgruppe wichtige Anregungen aus ihrer jeweiligen Perspektive gegeben.

Nachfolgend werden diese Begriffe anhand der rechtlichen Grundlagen, den für die Definitionen relevanten Untersuchungsergebnissen und einschlägiger Fachliteratur dargestellt. Zunächst werden die Begriffe Früherkennung, Frühbehandlung, Frühe Hilfen und Frühförderung diskutiert. Hier sind besonders die Ähnlichkeit und somit auch die trennscharfe Abgrenzung der einzelnen Begrifflichkeiten von Bedeutung. Dies ist für eine fachliche Kooperation und Vernetzung der genannten Systeme und Leistungen in der Praxis unverzichtbar.

4.1.2 Behinderung

§ 2 SGB IX definiert Behinderung als wahrscheinliche Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit vom typischen Zustand des Lebensalters für mehr als sechs Monate, wodurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Menschen sind von einer Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die Festlegung in diese Kategorien und die Definition der wesentlichen Beeinträchtigung oder Behinderung führt in der Praxis häufig zu Problemen.

„Neben den klassischen Behinderungsformen werden zunehmend motorische und mentale Beeinträchtigungen gutachterlich festgestellt, die oftmals in Kombination mit Sprachentwicklungsverzögerungen, Lernbehinderungen und Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Jede dieser Feststellungen stellt für sich keine wesentliche Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII dar. Die Gesamtheit der Beeinträchtigungen kann jedoch eine wesentliche Beeinträchtigung darstellen. Eine klare Zuordnung zum anspruchsberechtigten Personenkreis und auch zur notwendigen und richtigen Hilfeleistung wird deshalb immer schwieriger.“ (vgl. BAGüS 2009)

Auch in § 3 Abs. 1 LRV-SH wird für die Komplexleistung als Anspruchsvoraussetzung eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft definiert. In der Untersuchung hat sich gezeigt, dass in der Praxis in Schleswig-Holstein ein durchaus unterschiedliches Verständnis von wesentlicher Beeinträchtigung vorliegen kann.

4.1.3 Früherkennung

Die Früherkennung ist als vorgeschaltetes System für die Frühförderung von großer Bedeutung. Aber auch die Abgrenzung zu den Begriffen der Frühförderung und Frühbehandlung muss deutlich hervorgehoben werden.

Die Früherkennung ist allgemeiner Ausgangspunkt, um eine Vernetzung der notwendigen Maßnahmen in Gang zu setzen. Die Früherkennung ist stark durch den medizinischen Blick geprägt, Verfahren der medizinischen Diagnostik und Anamnese stehen im Mittelpunkt. Es wurde während der Untersuchung deutlich, dass ein höherer pädagogischer Anteil (zum Beispiel durch offene Beratungsangebote) oder der Einsatz von Familienhebammen bzw. Familienhilfen, besonders im Hinblick auf die Verschiebungen im Spektrum der Behinderungsarten, angezeigt ist. Eine verstärkt ganzheitliche Sichtweise, die pädagogische und medizinische Verfahren integriert, wurde von nahezu allen Vertretern der Praxis in Schleswig-Holstein gewünscht. Die dafür notwendige Abstimmung zwischen den Professionen gestaltet sich jedoch vielerorts schwierig. Auf die Früherkennung folgt bei Bedarf eine entsprechende Maßnahme. Der rechtliche Bezugsrahmen ist einerseits

§ 26 Abs. 1 SGB V (Kinderuntersuchung): „Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. (...)“

sowie

§ 30 Abs. 1 und § 2 SGB IX (Früherkennung und Frühförderung): „Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.“

Weiterhin finden § 8a SGB VIII (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) und das Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein – Kinderschutzgesetz – sowie das Bundeskinderschutzgesetz Anwendung.

Die Arbeitsgruppe Frühförderung der Ärztekammer Schleswig-Holstein definiert in ihrem Arbeitspapier vom Herbst 2003 Früherkennung folgendermaßen:

„Die Früherkennung ist wesentliche Voraussetzung dafür, dass die erforderlichen Maßnahmen der Frühbehandlung und Frühförderung rechtzeitig eingeleitet werden können. Neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (...) sowie dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter leisten vor allem die Eltern oder Personensorgeberechtigten, aber auch Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung. Bestehen Hinweise auf eine akute oder eine drohende Behinderung, eine Entwicklungsgefährdung oder eine Entwicklungsverzögerung, sind Frühförderstellen wichtige Anlaufstellen für ratsuchende Eltern und für pädagogische Fachkräfte, insbesondere aus Kindertageseinrichtungen.“

4.1.4 Frühbehandlung

Der Begriff der Frühbehandlung ist vom Ursprung her ein medizinischer Begriff, da es sich um eine medizinische oder therapeutische Behandlung und nicht um eine Förderung handelt. Hier ist also die Abgrenzung zum System der Frühförderung von großer Bedeutung.

Das Arbeitspapier der o.g. Arbeitsgruppe Frühförderung definiert Frühbehandlung folgendermaßen:

„Die Frühbehandlung umfasst die von Ärztinnen und Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen zu erbringenden ärztlichen Leistungen und die ärztlich verordneten (...) therapeutischen Maßnahmen (...) sowie im Rahmen des SGB V bzw. von Vereinbarungen sonst zu beteiligender Fachkräfte.

Aufgaben der Frühbehandlung sind:

- einer drohenden Behinderung, Entwicklungsgefährdung oder Entwicklungsverzögerung entgegenzuwirken
- die Behandlung der Ursache der Beeinträchtigung im Rahmen der beeinflussbaren Faktoren mit dem Ziel, sie soweit wie möglich zu beheben, zu bessern oder ihre Folgen zu lindern
- die Verbesserung des Gesamtzustandes durch Umstellung der Lebensweise, medikamentöse Therapie und Hilfsmittelverordnung sowie Pflegemaßnahmen

(...) Die Behandlung wird entweder ambulant, im häuslichen Bereich, teilstationär oder stationär durchgeführt.“

Es gibt starke Überschneidungen zur Frühförderung, hier insbesondere zur Komplexleistung Frühförderung. Die Vorrangigkeit des SGB V zum SGB XII muss jedoch beachtet werden.

4.1.5 Frühe Hilfen

Das nationale Zentrum Frühe Hilfen definiert das Angebot folgendermaßen:

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. (...) Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention).“ (NZFH 2012)

Frühe Hilfen ist ein institutionalisierter Begriff und auf § 16 SGB VIII zurückzuführen. Das Kinderschutzgesetz des Landes Schleswig-Holstein und das Bundeskinderschutzgesetz geben Vorgaben zur Kooperation der Systeme Frühe Hilfen und Frühförderung. Die Frühen Hilfen schließen das System der Frühförderung nicht mit ein, es handelt sich um autonome Hilfesysteme mit eigenen Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten. Jedoch ist eine enge Kooperation der beiden Systeme, wie sie vielerorts auch bereits etabliert ist, unerlässlich. Vor dem Hintergrund großer Schwierigkeiten bezüglich der Abgrenzung der einzelnen Leistungssysteme im Einzelfall, wäre eine Zusammenführung der Leistungen für Kinder und Jugendliche in einem Leistungsrecht („Große Lösung“) sinnvoll.

Die Mitglieder der ASMK-JFMK-Arbeitsgruppe zur „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderungen“ benennen die Ziele der „Großen Lösung SGB VIII“ wie folgt (vgl. BAG der Landesjugendämter- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger 2011):

- Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen
- Hilfen und Unterstützungen für Kinder und Jugendliche aus einer Hand
- Einheitliche Finanzverantwortung und ein einheitliches Leistungssystem für Kinder und Jugendliche unabhängig von der Art ihrer Behinderung
- Sicherung und Stärkung des vorhandenen Wissens um die Förderung von Kindern mit und ohne Behinderungen, damit Teilhabechancen gestärkt und das Kindeswohl geschützt werden kann

4.1.6 Frühförderung

Der Begriff der Frühförderung ist für das Gutachten von zentraler Bedeutung. Die Interpretation des Begriffs der Frühförderung erfolgt im medialen und fachlichen Diskurs nicht immer einheitlich. Es wurde während der Untersuchung deutlich, dass Kinder mit einer drohenden Behinderung in vielen Fällen nicht zum Klientel der Frühförderung gezählt werden. § 30 SGB IX „Früherkennung und Frühförderung“ spricht jedoch eindeutig von medizinischen und nichtärztlichen Leistungen wie Heilpädagogik, psychologischen und psychosozialen Leistungen und der Beratung der Erziehungsberechtigten für Kindern mit Behinderung und von Behinderung bedrohten Kindern.

Auch §§ 55 und 56 SGB IX behandeln die heilpädagogische Leistung als Leistung zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für noch nicht eingeschulte Kinder, die erbracht wird, wenn nach fachlicher Einschätzung zu erwarten ist, dass hierdurch eine drohende Behinderung abgewendet, der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein definiert auf seiner Homepage Frühförderung von Kindern wie folgt:

„Der Begriff der Frühförderung bezeichnet ein System von heilpädagogischen Leistungen und von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt (...).“
(MSGFG 2011)

Im WS 1 fand die folgende Definition von Frühförderung weitgehende Zustimmung:

„Frühförderung bezeichnet das System von Leistungen für Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt. Somit meint Frühförderung die Früherkennung und pädagogische Förderung von Kindern mit Behinderung bzw. Kindern, die von Behinderung bedroht sind. Hierzu gehören auch Kinder, deren Entwicklung gefährdet oder verzögert ist. Ziel der Frühförderung ist, Kinder in ihrer Entwicklung frühzeitig so zu fördern, dass sie ihre Anlagen und Fähigkeiten entfalten und am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können.“

In der Untersuchung wurde deutlich, dass auch die Verbesserung der familiären Struktur in Bezug auf das Kind mit Behinderung als Hilfe zur Selbsthilfe ein implizites Ziel der Frühförderung ist, das in der konkreten Förderplanung oft nicht explizit benannt, da als Ziel primär die Funktionsverbesserung des Kindes im Vordergrund steht. Jedoch wird in Schleswig-Holstein angestrebt, den Schwerpunkt der Leistungsvereinbarungen zwischen Kostenträger und Leistungserbringer flächendeckend stärker auf beide Anteile der Förderung (Eltern und Kind) anzulegen.

Weiterhin ist die Unterscheidung der Begriffe „Frühförderung“ und „Frühe Förderung“ bedeutsam. Letzterer wird im politischen und medialen Diskurs oftmals mit Frühförderung gleichgesetzt. Der Begriff spiegelt sich jedoch nicht in der Gesetzgebung wieder und lässt sich demnach auch rechtlich nicht eindeutig definieren. Frühe Förderung meint meist Formen der frühkindlichen Bildung in Kindertagesstätten (z.B. Sprachförderung, spezielle erlebnispädagogische Bildungsangebote wie das Haus der kleinen Forscher) oder Freizeitaktivitäten, wie beispielsweise das Erlernen eines Musikinstrumentes oder einer Fremdsprache. Wegen der starken Ähnlichkeit zum Begriff der Frühförderung ist hier eine inhaltliche Abgrenzung wichtig.

4.1.7 Leistungen

Die Begriffe „Medizinische Leistungen“ innerhalb einer Frühförderung, „Therapeutische Leistungen“, „Heilpädagogische Leistungen“ und „Komplexleistung“ werden im Folgenden definiert. Hier ist eine Abgrenzung der Leistungen bei gleichzeitig teils enger Kooperation der Leistungssysteme wichtig.

4.1.8 Medizinische Leistungen

„Medizinische Früherkennung, Diagnostik und ärztliche Behandlung werden grundsätzlich im Rahmen des Systems der allgemeinen ärztlichen Versorgung erbracht (...). Therapeutische Hilfen werden von frei praktizierenden oder auf der Grundlage entsprechender Vereinbarungen mit den Kostenträgern von angestellten therapeutischen Fachkräften geleistet.“ (Arbeitsgruppe Frühförderung der Ärztekammer SH 2003)

§ 5 FrühV stützt diese Aussage in Bezug auf die Erbringung medizinischer Leistungen innerhalb der Komplexleistung. Dort heißt es, dass die im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 30 SGB IX zu erbringenden medizinischen Leistungen insbesondere ärztliche Behandlung einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten umfassen. Allgemein lässt sich sagen, dass medizinische Leistungen sowohl innerhalb der Komplexleistung Frühförderung als auch als Einzelleistung durch den Kinderarzt oder einen niedergelassenen Therapeuten in Form von Heilmitteln erbracht werden können. Im zweiten Fall wird die Leistung allerdings nicht dem System Frühförderung nach §§ 55,56 und 30 SGB IX, sondern dem Leistungskatalog des SGB V zugeordnet.

4.1.9 Therapeutische Leistungen

Wie oben beschrieben gibt es neben dem System der Frühförderung das System der medizinisch-therapeutischen Leistungen, die von niedergelassenen Therapeuten nach Vorlage einer Überweisung des behandelnden Arztes erbracht werden. Durch die Komplexleistung wird dieses System mit dem System der Frühförderung auch strukturell verbunden.

Auch im Arbeitspapier der o.g. Arbeitsgruppe Frühförderung werden therapeutische Hilfen als Leistungen beschrieben, die von frei praktizierenden oder auf der Grundlage entsprechender Vereinbarungen mit den Kostenträgern von angestellten therapeutischen Fachkräften geleistet werden.

Es handelt sich also um ein System, das ausschließlich medizinisch geprägt ist und in dem als alleiniger Kostenträger die Krankenkassen zuständig sind.

4.1.10 Heilpädagogische Leistungen

Die Begutachtung des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein beschränkte sich weitestgehend auf heilpädagogische Leistungen für Kinder von der Geburt bis zum Schuleintritt, die entweder in einer Komplexleistung oder aber nach §§ 55 und 56 SGB IX als Einzelleistung erbracht werden.

Ziel der heilpädagogischen Leistungen ist die Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Zudem regelt § 56 SGB IX, dass heilpädagogische Leistungen für Kinder vor dem Schuleintritt immer dann erbracht werden, wenn

„nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch (...) eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder (...) die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können.“

Hier wird die drohende Behinderung ausdrücklich genannt. Außerdem definiert § 6 FrühV, dass

„Heilpädagogische Leistungen nach § 56 SGB IX Sozialgesetzbuch (...) alle Maßnahmen, die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten“

umfassen.

4.1.11 Komplexleistung

§ 30 SGB IX „Früherkennung und Frühförderung“ regelt „medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 26 Abs. 2 SGB IX“. Diese umfassen demnach „die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen“ sowie

„nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen. (...) Leistungen nach Satz 1 werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56 SGB IX) erbracht.“

Diese Leistungen umfassen weiterhin die oben genannten Leistungen durch Interdisziplinäre Frühförderstellen. In § 30 Abs. 3 SGB IX wird bezüglich der Finanzierung geregelt, dass

„Zur Abgrenzung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung“

gemeinsame Empfehlungen vereinbart werden. Dies ist in Schleswig-Holstein im Jahr 2007 mit der LRV-SH geschehen.

Auch nach § 2 FrühV besteht die Komplexleistung aus Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 FrühV) und heilpädagogische Leistungen (§ 6 FrühV). „Die erforderlichen Leistungen werden unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt.“

§ 6 FrühV konkretisiert heilpädagogische Leistungen nach § 56 SGB IX als Maßnahmen,

„die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten; (...)“.

Medizinisch-therapeutische Leistungen hingegen, die im Rahmen einer Komplexleistung erbracht werden, konkretisiert § 5 FrühV als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 30 SGB IX. Weiterhin ist vermerkt, dass auch Leistungen wie Beratung der Erziehungsberechtigten, insbesondere das Erstgespräch, anamnestische Gespräche mit Eltern und ande-

ren Bezugspersonen, die Vermittlung der Diagnose, die Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans, der Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen, die Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags, Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung, Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung sowie Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten einbezogen sind.

Weiterhin besagt § 8 FrühV, dass die zur Förderung und Behandlung erforderlichen Leistungen „von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht“ werden. Der Antrag auf Komplexleistung kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Es muss dann der ebenfalls an der Komplexleistung beteiligte Rehabilitationsträger unterrichtet werden, eine Abstimmung wird vorausgesetzt. Über die Leistung wird innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans entschieden.

Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger keine abweichenden Vereinbarungen treffen, entscheiden die Kommunen über Komplexleistungen in Interdisziplinären Frühförderstellen und die Krankenkassen über Komplexleistungen in Sozialpädiatrischen Zentren. Wenn ein Rehabilitationsträger Leistungen des jeweils andern Rehabilitationsträgers übernimmt, ist dieser erstattungspflichtig. Hier sind Vereinbarungen über pauschalierte Erstattungen zulässig, werden in Schleswig-Holstein aber bisher nicht umgesetzt.

Die LRV-SH definiert in § 2 die Komplexleistung als abgestimmte Leistung zwischen „Ärzte/-innen, medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen, Psychologen/-innen, Heilpädagogen/-innen und anderen“. In die Planung und Gestaltung der Hilfen sollen die Eltern oder die Personensorgeberechtigten einbezogen werden. Die Leistungen sollen weiterhin koordiniert von einem Rehabilitationsträger unabhängig von der Zuständigkeit erbracht werden. Doppelleistungen sind nicht vorgesehen. Leistungen „können je nach fallspezifischer Notwendigkeit entweder einzeln oder in Gruppen angeboten werden.“ (ebd.)

In der Fachdiskussion in Schleswig-Holstein und bundesweit sind auf der Grundlage dieser komplexen rechtlichen Regelungen und den verschiedenen Sichtweisen von Leistungsanbietern, Verbandsvertretern und Kostenträgern bezogen auf die Komplexleistung Frühförderung zum Teil sehr kontroverse Deutungen und Auslegungen dieser Definitionen festzustellen, insbesondere in Bezug auf Inhalte, Finanzierung und leistungsrechtliche Einordnung. Unstrittig ist jedoch die durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales veröffentlichte Definition von Komplexleistung:

„Es handelt sich immer dann um eine Komplexleistung, wenn für einen prognostisch festgelegten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) sowohl medizinisch-therapeutische als auch heilpädagogische Leistungen notwendig sind und durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum erbracht werden. Der Umfang des Bedarfs eines einzelnen Kindes an medizinisch-therapeutischen bzw. an heilpä-

dagogischen Leistungen spielt dabei keine Rolle. Maßnahmen können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und ggf. auch wechselnder Intensität erfolgen. Die Komplexleistung ist eine eigenständige Leistung. Sie erschöpft sich nicht in der Addition von Leistungspflichten der beteiligten Reha-Träger nach ihren jeweiligen Leistungsgesetzen.“ (gemeinsames Rundschreiben des BMAS & des BMG 2009)

4.1.12 Formen der Leistungserbringung

Frühförderung kann mobil oder ambulant erbracht werden. Die stationäre Erbringung einer heilpädagogischen Leistung ist in Schleswig-Holstein lediglich im Rahmen einer stationären Unterbringung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum möglich, es handelt sich dabei aber nicht um Frühförderung.

4.1.12.1 Mobil

Die mobile Arbeitsweise erstreckt sich in den meisten Fällen auf die Förderung bei der Familie zu Hause oder in der Kindertageseinrichtung, die das Kind besucht. In Schleswig-Holstein wird die Frühförderung überwiegend mobil erbracht, was eine wohnortnahe und familienorientierte Förderung sicherstellt.

In der Komplexleistung Frühförderung ist die heilpädagogische Leistung grundsätzlich auch in Form mobil aufsuchender Hilfen, d. h. außerhalb von Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren, zu erbringen. Für die mobile Form der Frühförderung kann es sowohl fachliche als auch organisatorische Gründe geben, etwa unzumutbare Anfahrtswege in ländlichen Gebieten.

„Der mit den mobil aufsuchenden Hilfen verbundene notwendige zusätzliche Aufwand ist bei der Vereinbarung von Vergütungssätzen angemessen zu berücksichtigen.“
(gemeinsames Rundschreiben des BMAS und des BMG 2009)

Der fachliche Diskurs in Schleswig-Holstein hat allerdings ergeben, dass die mobile Arbeitsweise in der Praxis überwiegend fachliche und weniger organisatorische Gründe hat. Medizinisch-therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Komplexleistung selten mobil erbracht.

4.1.12.2 Ambulant

Im Gegensatz zur mobilen Arbeitsweise nutzt die ambulante Förderung die Räumlichkeiten der Frühförderstelle. Vorteil ist, dass die vorhandenen, auf die Bedürfnisse der Kinder abgestimmten Materialien und Hilfsmittel genutzt werden können und den Eltern die Gelegenheit zum Austausch mit anderen Eltern gegeben oder zumindest erleichtert wird.

4.1.12.3 Stationär

Stationäre Frühförderung wird in Schleswig-Holstein nicht erbracht. Zwar können Sozialpädiatrische Zentren nach § 1 der FrühV auch die Komplexleistung erbringen, diese Möglichkeit wird in Schleswig-Holstein jedoch nicht wahrgenommen. Abgesehen davon werden heilpädagogische Leistungen innerhalb der stationären Unterbringungen in SPZ geleistet, diese sind aber nicht im Leistungsrecht des SGB XII, sondern im SGB V angesiedelt. Somit handelt es sich nicht um Leistungen der Frühförderung.

4.1.13 Anbieter

4.1.13.1 Frühförderstelle

Der Begriff „Frühförderstelle“ findet sich in der Bundesgesetzgebung in § 119 Abs. 2 SGB V:

„Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.“

Der Stellenbegriff wird demnach in der Gesetzgebung, mit Ausnahme der Interdisziplinären Frühförderstelle (vgl. § 3 FrühV), nicht definiert oder an spezifische Rahmenbedingungen geknüpft. Besonders in Schleswig-Holstein wird diese fehlende Regelung durch ein heterogenes System der Frühförderung deutlich, in dem die Anbieter von Frühförderung teils ohne feste Infrastruktur ihre Förderung in mobiler Arbeitsweise erbringen. Allein eine Leistungsvereinbarung mit dem jeweiligen Kreis oder der kreisfreien Stadt ist zusammen mit der erforderlichen beruflichen Qualifikation notwendige Voraussetzung. Der Stellenbegriff ist in Schleswig-Holstein, wie oben beschrieben, nicht in allen Fällen angebracht, da eine „Frühförderstelle“ eine gewisse Infrastruktur vorhalten sollte, die sich zumindest bei den Anbietern nach § 75 SGB XII, die in Einzelfällen Frühförderung anbieten, nicht in jedem Fall feststellen lassen.

4.1.13.2 Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)

In den Interdisziplinären Frühförderstellen wird die Komplexleistung Frühförderung erbracht. Diese besteht nach § 30 SGB IX aus medizinischen Leistungen in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX. § 30 Abs. 2 SGB IX regelt, dass „Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ in Interdisziplinären Frühförderstellen erbracht werden,

„wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern“.

Die Leistungen umfassen neben den o.g. Leistungen die Beratung der Erziehungsberechtigten.

„Interdisziplinäre Frühförderstellen (...) sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht.“ (§ 3 FrühV)

§ 5 Abs. 1 LRV-SH orientiert sich in der Formulierung exakt an § 3 FrühV. Abweichend ist nur die Formulierung „(...) die aus der gesundheitlichen Abweichung folgende wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch“ gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Hier wird in der FrühV stattdessen der Begriff Behinderung eingesetzt. Wie sich in der Untersuchung ergeben hat, ist die „wesentliche Beeinträchtigung“ als Definition sehr schwer zu präzisieren und führt in der Praxis zu unterschiedlichen Interpretationen und Umsetzungen.

Die Beschreibung der Interdisziplinären Frühförderstellen als „familien- und wohnortnahe Dienste“ ist in Schleswig-Holstein ebenfalls problematisch und teilweise zurzeit nicht umsetzbar. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass Interdisziplinäre Frühförderstellen in Schleswig-Holstein (noch) nicht flächendeckend vorhanden sind.

4.1.13.3 Landesförderzentren als Anbieter spezieller Frühförderung

In Schleswig-Holstein gibt es am Standort Schleswig zwei Landesförderzentren für Kinder mit speziellem Förderbedarf in den Bereichen Sehen und Hören. Spezielle Frühförderung für Kinder mit Sinnesschädigungen definiert sich aus Perspektive der Landesförderzentren wie folgt:

„Die frühe Förderung, Unterstützung und Beratung von hör- oder sehgeschädigten Kindern und ihres Umfeldes setzt jeweils eine besondere Fachlichkeit voraus. Diese kann wegen der verhältnismäßig kleinen Zahl der betroffenen Kinder innerhalb der einzelnen Regionen von Schleswig-Holstein nur überregional organisiert und durchgeführt werden. Das Land Schleswig-Holstein hat deshalb die Frühförderung hörgeschädigter Kinder dem Landesförderzentrum Hören, Schleswig und die Unterstützung und Beratung sehgeschädigter Kinder im Früh- und Elementarbereich dem Landesförderzentrum Sehen, Schleswig übertragen. Somit stehen spezifische Hilfen als fachlich und organisatorisch eigenständige Angebote zur Verfügung, die im Rahmen der Frühförderung in Schleswig-Holstein landesweit mit den Frühförderstellen interdisziplinär kooperieren. Die Frühförderstellen sind Anlaufstellen auch für Kinder mit Hör- oder Sehschädigung. Die Frühförderstellen und die Landesförderzentren Hören und Sehen, Schleswig informieren auch über die Angebote der jeweils anderen Dienste, um für die betroffenen Familien den unmittelbaren Zugang zu den sich ergänzenden Angeboten zu gewährleisten.

(...) Die Aufgabe des Landesförderzentrums Hören, Schleswig ist es, Kinder mit einer Hörschädigung zu fördern und Familien sowie Fachkräfte aus dem Umfeld des Kindes umfassend zu beraten. Hörgeschädigtenpädagogische Förderprinzipien werden durch die Arbeit mit den Kindern sichergestellt. Mit Eltern und fachlichen Bezugspersonen werden die für das jeweilige Kind notwendigen zusätzlichen Bedarfe geklärt. Im Austausch mit Ärzten und Hörgeräteakustikern werden die für das individuelle Hören gegebenen Bedingungen analysiert und notwendige Maßnahmen beraten. Hörgeschädigtenpädagogischen Prinzipien in der Förderung und intensive Netzwerkarbeit bilden die Grundlage für eine gelingende Hör- und Sprachentwicklung des einzelnen Kindes.

(...) Die Aufgabe des Landesförderzentrums Sehen, Schleswig ist es, Kindern mit Blindheit oder Sehbehinderung im Rahmen eines familienorientierten und ganzheitlichen Konzepts in Zusammenarbeit mit der allgemeinen Frühförderung und weiteren medizinischen, pädagogischen und therapeutischen Einrichtungen die erforderliche Unterstützung anzubieten. Das Landesförderzentrum Sehen gewährleistet somit als landesweiter fachlicher Servicedienst die Berücksichtigung blinden- und sehbehindertenpädagogischer Aspekte in der Frühförderung. Mit den Frühförderstellen und den jeweiligen fachlichen Bezugspersonen wird grundsätzlich die Kooperation gesucht und nach Maßgabe des individuellen Bedarfs gestaltet. Die Kolleginnen und Kollegen der örtlichen Frühfördereinrichtungen und des Landesförderzentrums Sehen, Schleswig beraten sich über ihre Unterstützungsangebote an die Kinder, ihre Familien und ihr Umfeld und stimmen diese miteinander ab.“ (Schreiben vom LFZ Sehen in Abstimmung mit dem LFZ Hören vom 14.02.2011)

4.1.13.4 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

In Schleswig-Holstein gibt es drei Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) in Kiel, Lübeck und Pelzerhaken. Nach § 119 SGB V wird die Behandlung durch Sozialpädiatrische Zentren auf die Kinder beschränkt, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Außerdem ist vermerkt, dass ein SPZ eng mit Ärzten und Frühförderstellen zusammenarbeiten soll. § 119 SGB V regelt, dass die Sozialpädiatrischen Zentren als fachübergreifend arbeitende Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen, überregional zuständig sind. Zusätzlich wird es den Zentren in § 1 FrühV ermöglicht, die Komplexleistung nach § 30 Abs. 1 SGB IX und § 2 SGB IX für noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder zu erbringen.

Diese Möglichkeit wird in Schleswig-Holstein nicht umgesetzt. Es wurde während der Untersuchung deutlich, dass die Sozialpädiatrischen Zentren zwar teils eng mit den regionalen Frühförderstellen und Ärzten zusammenarbeiten, sich die Leistungen hinsichtlich der Frühförderung jedoch auf die Erstellung detaillierter Diagnosen beschränkt, die in vielen Fällen nachgefragt werden.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache stellt die Definition aus der Expertise zum 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung von Renate Höfer und Luise Behringer den Begriff umfassend dar:

„SPZ sind überregional ausgerichtete Institutionen, die die Arbeit der wohnortnahen Frühförderstellen, der niedergelassenen Kinderärzte und Kinderkliniken in besonders schwierig gelagerten Fällen in Diagnostik und Therapie unterstützen und ergänzen. (...). SPZ arbeiten ebenfalls wie die interdisziplinären Frühförderstellen mit einem interdisziplinären Team, allerdings unter ärztlicher Leitung. Sie haben einen über die Frühförderung hinausgehenden Arbeitsauftrag – sie sind zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren ermächtigt (...) SPZ arbeiten vorwiegend ambulant (teilweise stationär) in einem überregionalen Einzugsgebiet. (...) Die Angebote beider Einrichtungsformen sollen sich gegenseitig ergänzen. In SPZ erfolgt der Zugang über die Überweisung von niedergelassenen ÄrztInnen (KinderärztInnen).“ (Behringer/Höfer 2009: S. 14)

4.1.14 Teilstationäre Leistungen nach SGB XII

Teilstationäre Einrichtungen für Kinder sind in der Anlage 2 zum Landesrahmenvertrag SGB XII für Schleswig-Holstein gemäß § 79 SGB XII im Katalog der Einrichtungstypen für den Bereich „Menschen mit Behinderung“ als Einzelintegration im Kindergarten, integrative Kindergartengruppen oder Kindertagesstätten mit heilpädagogischen Kleingruppen beschrieben.

4.1.14.1 Einzelintegration

Einzelintegration ist eine teilstationäre heilpädagogische Maßnahme, welche in Regelgruppen in Kindertagesstätten, in denen bis zu 3 Kinder mit wesentlicher Behinderung bzw. von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder bis zum Schuleintritt zusammen mit Kindern ohne Behinderung regelmäßig betreut werden, geleistet wird. Zur Förderung von weniger als 4 Kindern mit Behinderung in einer Gruppe (Einzelintegrationsmaßnahmen) ist die Gruppengröße gemäß § 13 (1) KitaG angemessen zu verringern.

Gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 3 KiTaVO erfolgt neben dem Einsatz der Personalressourcen des Regelbereiches im Rahmen der Eingliederungshilfe die Bereitstellung einer zusätzlichen staatlich anerkannten Fachkraft mit sonder- bzw. heilpädagogischer Ausbildung.

Die Einrichtung entspricht dem teilstationären Einrichtungstyp „Einzelintegration in Kindergärten“ (Anlage 2 zum Landesrahmenvertrag SGB XII, SH), wenn dort weniger als 4 Kinder mit wesentlicher Behinderung bzw. von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder zeitgleich teilstationär betreut werden.

4.1.14.2 Integrative-Kindergartengruppe (I-Gruppen)

Die gemeinsame Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung soll in I-Gruppen (§ 4 Abs. 4 KitaG) erfolgen. Dabei handelt es sich bei Regelintegrationsgruppen um Gruppen in Kindertagesstätten, in denen im Regelfall 4 Kinder mit und 11 Kinder ohne Behinderung im Alter von 3 Jahren bis zum Schuleintritt regelmäßig gemeinsam betreut werden. In den I-Gruppen soll das allgemeine Angebot an Betreuungszeit für Kinder mit und ohne Behinderung grundsätzlich gleich sein.

Die Förderung von Kindern mit und ohne wesentliche Behinderung in I-Gruppen muss durch geeignete Fachkräfte in ausreichender Zahl gesichert sein. In Integrationsgruppen ist eine personelle Besetzung mit 2 Fachkräften erforderlich, davon eine staatlich anerkannte Fachkraft mit sonder- bzw. heilpädagogischer Ausbildung.

Diese Gruppen entsprechen als Einrichtungen im Sinne der Eingliederungshilfe dem teilstationären Einrichtungstyp „Kindertagesstätte mit integrativen Kindergartengruppen“ (Anlage 2 zum Landesrahmenvertrag SGB XII, SH).

4.1.14.3 Heilpädagogische Kleingruppen

Heilpädagogische Kleingruppen sind Gruppen in Kindertagesstätten, in denen ausschließlich Kinder mit wesentlicher Behinderung bzw. von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder im Alter von 3 Jahren bis zum Schuleintritt betreut werden. Im Regelfall umfasst die Gruppengröße 6-8 Kinder und die Betreuungszeit täglich 6 Stunden an 5 Wochentagen.

In heilpädagogischen Kleingruppen ist eine personelle Besetzung mit 2 Fachkräften erforderlich, davon eine Gruppenleitung mit der Qualifikation staatlich anerkannte Fachkraft mit sonder- bzw. heilpädagogischer Ausbildung.

Diese Gruppen sind Einrichtungen der Eingliederungshilfe und werden dem teilstationären Einrichtungstyp "Kindertagesstätte mit heilpädagogischen Kleingruppen" (Anlage 2 zum Landesrahmenvertrag SGB XII, SH) zugeordnet.

4.1.15 Zwischenfazit

Die Darstellung und Aktualisierung von Grundbegriffen und rechtlichen Grundlagen des Systems der Frühförderung und angrenzender Systeme war und ist auch in Zukunft als Serviceleistung dauerhaft notwendig, um allen Akteuren ein klar definiertes Begriffsinstrumentarium mit begleitender rechtlicher Einordnung zur Verfügung zu stellen. Dies ist eine unverzichtbare Voraussetzung zur weiteren und anhaltenden Professionalisierung aller mitwirkenden Fach- und Führungskräfte und zur permanenten Optimierung des Systems auf Landes- und auf regionaler Ebene.

4.2 Zielgruppen

4.2.1	Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Kinder	50
4.2.2	Förderschwerpunkte.....	53
4.2.3	Soziale Lage der Eltern.....	55
4.2.4	Zwischenfazit.....	56

4.2.1 Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Kinder

Ergebnisse des Benchmarking zur Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein

Die Kosoz (Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise) lässt durch die Firma „consens“ jedes Jahr einen Bericht über die „Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein“ erstellen, der einen umfassenden Überblick über die Leistungen nach SGB XII enthält. In diesem Benchmarking werden für das Jahr 2010 die Anzahl der Kinder von 0-7 Jahren, die heilpädagogische Leistungen erhielten, aufgezeigt. Sie lag bei 6.378, das ist ein Minus von 1,5% zum Vorjahr. Seit dem Jahr 2007 lässt sich generell ein Anstieg der heilpädagogischen Leistungen von durchschnittlich 4% verzeichnen. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei heilpädagogischen Leistungen nicht allein um Leistungen der Frühförderung oder Komplexleistung handelt, sondern dass auch teilstationäre Maßnahmen enthalten sind, weswegen in dieser Statistik keine genaue Anzahl der Kinder in Frühförderleistungen ermittelt werden kann. Zusätzlich gibt es ein internes differenziertes Benchmarking, welches im Rahmen des Gutachtens nicht zugänglich war.

Schuleingangsuntersuchungen

Im Schuljahr 2009/2010 erhielten 1.778 von 17.843 Einschulungskindern eine heilpädagogische Maßnahme. Das entspricht einem Prozentsatz von ca. 10%. Davon erhielten 74,7% diese Maßnahme noch zum Zeitpunkt der Untersuchung. Darin enthalten sind jedoch wieder alle heilpädagogischen Maßnahmen, die neben der Frühförderung und der Komplexleistung auch die teilstationären Maßnahmen, die in den Kindertagesstätten erbracht werden, einschließen.

Die Anteile der erbrachten Heilmittel liegen laut dieser Untersuchung noch deutlich höher. So haben 13% der Kinder eine logopädische, 17,2% eine physiotherapeutische und 13,3% eine ergotherapeutische Behandlung erhalten oder erhalten sie zum Zeitpunkt der Untersuchung. (Schuleingangsuntersuchungen Schuljahr 2009/2010)

DISW Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe

Um die genaue Anzahl der Kinder zu erheben, die sich in einer ambulanten Frühförderleistung oder einer Komplexleistung befinden, wurde während der Untersuchung eine Datenabfrage bei den Kreisen und kreisfreien Städten durchgeführt. So wurden in allen Kommunen Schleswig-Holsteins im Jahr 2010 ambulante heilpädagogische Maßnahmen in Form von ambulanter Frühförderung, Einzelintegrationsmaßnahmen, I-Gruppen und heilpädagogischen Kleingruppen angeboten. Das Angebot der Komplexleistung nach § 56 Abs. 2 SGB IX war dagegen nicht flächendeckend vorhanden, in acht der fünfzehn Kreise und kreisfreien Städte wurde in 2010 keine Komplexleistung erbracht.

Eine Stichtagserhebung zum 31.12.2010 ergab folgendes Bild:

DISW Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe: Anzahl der Kinder nach Leistungsarten (Stichtagserhebung zum 31.12.2010)										
	Heilpädagogische Leistungen								Komplexleistung	
	ambulant		teilstationär							
			Einzelintegration		I-Gruppe		heilpädagogische Kleingruppe			
Alter	u 3	ü 3	u 3	ü 3	u 3	ü 3	u 3	ü 3	u 3	ü 3
Flensburg	14	12	2	147	-	51	3	73	-	4
Kiel	41	222	-	34	-	72	-	14	-	-
Lübeck	129	302	-	28	-	123	-	62	-	-
Neumünster	32	138	-	19	-	67	-	8	-	-
Dithmarschen	26	67	-	63	-	32	-	24	-	-
Lauenburg	49	147	-	104	-	97	-	20	-	-
Nordfriesland	45	160	1	72	-	25	-	77	-	4
Ostholstein	67	347	-	37	-	44	-	30	9	45
Pinneberg	82	801	-	479	-	208	-	194	-	77
Plön	16	101	-	59	-	35	-	51	-	1
Rendsburg-Eckernförde	11	119	-	17	-	96	-	15	-	-
Schleswig-Flensburg	30	195	-	54	-	28	-	69	6	-
Segeberg	60	253	-	78	-	146	-	75	9	6
Steinburg	18	46	-	44	-	23	-	52	-	-
Stormarn	86	302	-	126	1	108	-	31	-	-
Schleswig-Holstein	706	3212	3	1361	1	1155	3	795	24	137

Tabelle 1: Anzahl der Kinder nach Leistungsarten

Demnach haben am 31.12.2010 insgesamt 161 Kinder eine Komplexleistung und 3918 Kinder eine ambulante Frühförderleistung erhalten. In teilstationären Maßnahmen befanden sich insgesamt 3318 Kinder.

Es wird deutlich, dass sich eine Erhebung konkreter Zahlen eingegrenzt auf die ambulante Frühförderung aus den bisherigen statistischen Erhebungen nicht vollständig ergibt. Durch die DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe können jedoch Unterschiede und genaue Anteile abgelesen werden. Demnach liegt der Anteil der Kinder unter drei Jahren, die eine ambulante Frühförderung bekommen haben, durchschnittlich deutlich unter der Anzahl der Kinder über drei mit einer ambulanten Frühförderleistung. Im Durchschnitt befanden sich am 31.12.2010 in Schleswig-Holstein rund viereinhalb Mal mehr Kinder über drei Jahren in ambulanter Frühförderung als unter drei Jahren. Bei den Komplexleistungen ist es ähnlich. So erhielten am gleichen Stichtag rund fünfeinhalb Mal mehr Kinder über drei Jahren eine Komplexleistung. In der Fachdiskussion wird bestätigt, dass mögliche Bedarfe vieler Kinder erst mit Eintritt in eine Kindertagesbetreuung bemerkt werden, obwohl gerade eine frühere Förderung in einigen Fällen fachlich am effektivsten wäre. Vor diesem Hintergrund wird die Einschätzung des Kinderarztes bezüglich eines Förderbedarfes in den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen immer bedeutender.

Stellt man nun die Gesamtzahlen der Kinder in den Kreisen und kreisfreien Städten den Kindern gegenüber, die am gleichen Stichtag eine allgemeine Frühförderleistung oder eine Komplexleistung erhielten, ergibt sich folgendes Bild:

Kinder in allgemeiner Frühförderung und Komplexleistung am Stichtag 31.12.2010					
	Kinder von 0-6 ¹	Allgemeine Frühförderung	Komplexleistung	Allgemeine Frühförderung %	Komplexleistung %
Flensburg	4.423	26	4	0,59	0,09
Kiel	11.987	263	0	2,19	0,00
Lübeck	10.575	431	0	4,08	0,00
Neumünster	4.113	170	0	4,13	0,00
Dithmarschen	6.440	93	0	1,44	0,00
Herzogtum Lauenburg	9.599	196	0	2,04	0,00
Nordfriesland	7.734	205	4	2,65	0,05
Ostholstein	8.527	414	54	4,86	0,63
Pinneberg	15.718	883	77	5,62	0,49
Plön	5.921	117	1	1,98	0,02
Rendsburg-Eckernförde	13.492	130	0	0,96	0,00
Schleswig-Flensburg	9.905	225	6	2,27	0,06
Segeberg	13.621	313	15	2,30	0,11
Steinburg	6.266	64	0	1,02	0,00
Stormarn	12.060	388	0	3,22	0,00
Schleswig-Holstein	140.381	3918	161	2,79	0,11

(Quellen: ¹Statistikamt Nord – Die Bevölkerung für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 nach Alter und Geschlecht und DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe)

Tabelle 2: Kinder in allgemeiner Frühförderung und Komplexleistung

Der niedrigste Prozentwert an Frühfördermaßnahmen in Bezug zur Gesamtzahl der Kinder liegt mit 0,59% in Flensburg, was vermutlich auf eine abweichende Bewilligungspraxis zurückzuführen ist. Der höchste Wert mit 5,62% findet sich im Kreis Pinneberg.

Bei den Komplexeleistungen liegt der höchste Wert mit 0,63% im Kreis Ostholstein. Hier befindet sich auch die IFF, die als erste in Schleswig-Holstein gegründet wurde und sich in der Region bereits etablieren konnte. Der relative hohe Wert für Pinneberg mit 0,49% lässt sich vermutlich durch die Nähe zu Hamburg erklären. Für die Familien steht in diesem Fall ein besser ausgebautes Netz von Anbietern der Komplexeleistung zur Verfügung. In acht Kreisen und kreisfreien Städten konnten keine Kinder in Komplexeleistung ermittelt werden. Es wird deutlich, dass diese Kreise und kreisfreien Städte nicht in jedem Fall mit denen übereinstimmen, in denen sich keine Anbieter von Komplexeleistung angesiedelt haben. Hier sind demnach nur die Kinder angegeben, die in den jeweiligen Kommunen wohnen, aber eine Komplexeleistung in einer anderen Kommune in Anspruch nehmen. Weiterhin lassen sich die Nullwerte auch mit den Ansiedlungszeiträumen der IFF vergleichen. So mussten sich einige IFF nach der Eröffnung mit dem neuen Angebot erst in den jeweiligen Kreisen und kreisfreien Städten etablieren. Die meisten IFF haben sich im Jahr 2010 gegründet, wodurch diese Etablierungsphase mit dem Erhebungszeitraum zusammenfiel.

Durchschnittlich bekamen nach den Daten des Statistikamtes Nord 2,8% aller Kinder in Schleswig-Holstein eine Frühfördermaßnahme. 0,1% der Kinder bekamen am Stichtag eine Komplexeleistung.

4.2.2 Förderschwerpunkte

Während der Untersuchung wurde in zahlreichen Informationsgesprächen und Interviews sowie auf der Fachtagung des MSGFG und des DISW deutlich, dass sich in den letzten Jahren eine Verschiebung der Zielgruppen in der Frühförderung ergeben hat.

So sind klassische körperliche und geistige Behinderungsformen nicht länger Schwerpunkt in der Frühförderung. Vermehrt handelt es sich um Kinder aus sozial schwachen Familien mit komplexen Bedarfen im psychosozialen Bereich oder mit (drohenden) seelischen Behinderungen. Gründe liegen offenbar in veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Prekarisierung) und damit zusammenhängenden Überforderungen der Eltern.

Diese Verschiebung der Behinderungsformen ist nicht nur in Schleswig-Holstein, sondern bundesweit erkennbar. Hans G. Schlack hat zum Thema „Neue Morbidität“ in der Fachzeitschrift „Frühe Kindheit“ diese Veränderung näher beschrieben.

„Das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter hat sich insbesondere in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entscheidend verändert mit einer Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen und von den somatischen zu

den psychischen Störungen. Die „Neue Morbidität“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt. (...)Es gibt aber deutliche Hinweise darauf, dass Lebensumstände und Gewohnheiten, welche zu Einschränkungen der physiologisch wichtigen Eigenaktivität der Kinder führen, in wesentlichem Umfang zu den Störungsbildern der Neuen Morbidität beitragen. Eine besondere Bedeutung hat offenbar die Bindungsqualität zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen im ersten Lebensjahr.“ (Schlack 2004)

Diese Aussage wird gestützt von der Bestandsaufnahme, die Sohns im Jahr 2001 durchgeführt hat. Demnach waren 40% der Diagnosen von Kindern in Frühförderstellen in Mecklenburg-Vorpommern allgemeine Entwicklungsverzögerungen gefolgt von 19% mit der Diagnose psychosoziale Auffälligkeit. (vgl. Vereinigung für interdisziplinären Frühförderung e.V./Fachhochschule Neubrandenburg 2001).

Auch die vorliegende Untersuchung kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Zwar ist die Verteilung der Förderschwerpunkte bei allen Anbietern von Frühförderleistungen allgemein als sehr heterogen zu betrachten, aber auch hier lässt sich feststellen, dass die Schwerpunkte bei 95% der Anbieter in den Entwicklungsverzögerungen, bei 86% in den psychosozialen Auffälligkeiten und bei 79% in den seelischen Behinderungen gesehen werden.

Die DISW-Datenerhebung Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte zum Thema Förderschwerpunkte ergab ein nahezu deckungsgleiches Bild. So wurden bei den Eingangsdagnosen Entwicklungsverzögerungen, psycho-soziale Auffälligkeiten sowie Sprachentwicklungsstörungen am häufigsten benannt. Die Häufigkeit den Nennungen zeigt die folgende Tabelle:

DISW-Datenerhebung Gesundheitsämter: Förderschwerpunkte bei Eingangsdagnosen in 2010	
Entwicklungsverzögerungen	100%
Psycho-soziale Auffälligkeiten	100%
Wahrnehmungsstörungen	86%
Sprachentwicklungsstörungen	100%
Sehstörung	0%
Hörstörung	0%
sonstige Förderschwerpunkte	7%

Tabelle 3: Förderschwerpunkte bei Eingangsdagnosen in 2010

Der Bericht über Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein 2009/2010 stellt ein ähnliches Bild dar. Demnach liegen die festgestellten Förderschwerpunkte bei dokumentiertem Förderbedarf mit 51,2% in der emotionalen und sozialen Entwicklung und mit 10% in der geistigen Entwicklung.

Es kommen also immer mehr Kinder in die Frühförderung, bei denen das Eintreten einer Behinderung bei fehlender Förderung zu erwarten ist. Der Gesetzgeber hat diese Entwicklung bereits im § 56 SGB IX berücksichtigt, in dem es heißt, dass heilpädagogische Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr.2 SGB IX immer dann erbracht werden,

„wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch (...) eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder (...) die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können.“

Auch § 3 LRV-SH legt fest, dass sich das Angebot der Komplexleistung an „behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder“ richtet.

Während des Gutachtens wurde jedoch festgestellt, dass diese Regelung in Schleswig-Holstein noch nicht flächendeckend umgesetzt wird. So zeigen sich immer wieder fachliche Auseinandersetzungen, da der Begriff der „drohenden Behinderung“ insbesondere für Ärzte nicht abschließend geklärt ist und viele Kinder aus diesem Grund keine Empfehlung für eine Frühförderleistung oder eine Überweisung in die Komplexleistung bekommen, obwohl eine Entwicklungsstörung häufig in einer Lernbehinderung münden kann, wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird.

4.2.3 Soziale Lage der Eltern

Detaillierte Statistiken oder empirische Erhebungen zu den sozio-demographischen Daten der Eltern von Kindern in Frühförderung liegen für Schleswig-Holstein nur vereinzelt vor.

In der Schuleingangsuntersuchung 2009/2010 wird unter der Kategorie „Soziodemographische Daten“ der EinschülerInnen auch nach dem Bildungsstand und der Herkunft der Eltern sowie der Familiensituation gefragt. Demnach finden sich beispielsweise in den Kreisen Stormarn, Plön und Pinneberg weit mehr Familien mit höherem Bildungsabschluss als im Landesdurchschnitt. Im Bereich der niedrigen schulischen Abschlüsse liegen der Kreis Dithmarschen und die kreisfreien Städten Lübeck, Neumünster und Flensburg deutlich über dem Landesdurchschnitt. In den kreisfreien Städten Flensburg, Kiel und Neumünster liegen die Angaben mit „keinem“ oder „sehr niedrigem“ schulischem Abschluss beider Eltern deutlich über dem Landesdurchschnitt. Es zeigt sich, dass die Förderung der Kinder im heilpädagogischen Bereich bei abnehmendem Bildungsstand der Eltern zunimmt. So erhielten 17,8% der Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsstatus eine heilpädagogische Förderung, wohingegen nur 6,9% der Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss eine heilpädagogische Förderung erhielten.

Dadurch, dass die Anzahl der Kinder steigt, die aufgrund einer seelischen Behinderung oder einer psycho-sozialen Störung eine Frühförderung brauchen, rückt die Lebenslage der Eltern

und ihre Erziehungsfähigkeit immer mehr in den Fokus. Dies hat nicht zuletzt auch Auswirkungen auf die Arbeit mit den Eltern und die strukturelle Ausgestaltung der Leistungserbringung. Psychosoziale Störungen sind vielfach primär auf die Entwicklungssituation der Kinder im Rahmen ihrer Familie zurückzuführen.

Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), welcher durch das Robert-Koch-Institut bundesweit zum Thema Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus den Jahren 2003-2006 durchgeführt wurde, belegen, dass 8,1% der Befragten mit hohem sozio-ökonomischen Status, 13,4% mit mittlerem und 23,2% mit niedrigem Sozialstatus Hinweise auf psychische Probleme zeigen. Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger betroffen als Kinder von Nicht-Migranten (vgl. Hölling/Erhard/Ravens-Sieberer/Schlack 2007). Mit abnehmendem Sozialstatus ist also eine Zunahme der psychischen Auffälligkeiten zu verzeichnen.

Der 13. Kinder- und Jugendbericht (Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) spricht von einer komplexer werdenden Gesellschaft, in der der Freiheitsgrad und der Grad der Pluralisierung immer schneller voranschreiten. Die Folge ist eine Lockerung der sozialen und kulturellen Bindungen, die in Einzelfällen Ungewissheit und Überforderung - auch in der Erziehungssituation - zur Folge haben kann. Wenn sich nun durch eine Behinderung oder drohende Behinderung eine neue Lebenslage ergibt, ist es besonders wichtig, den Eltern die Unterstützung zuteilwerden zu lassen, die sie benötigen.

4.2.4 Zwischenfazit

Dieser Teil der Untersuchung hat deutlich gezeigt, dass die bisherigen Instrumente nicht ausreichen, um für Planung und Gestaltung der Rahmenbedingungen der Leistungen der Frühförderung valide und belastbare Daten zu den Zielgruppen zur Verfügung zu stellen. Die DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe liefert nun erstmals einen Überblick und zeigt Unterschiede sowie genaue Anteile auf. Gleiches gilt für veränderte Trends bei den Förderschwerpunkten für die Kinder und für die Daten zur sozialen Lage der Eltern.

4.3 Leistungen

4.3.1	Allgemeine Frühförderung.....	57
4.3.2	Komplexleistung	59
4.3.3	Spezielle Frühförderung.....	60
4.3.4	Sozialpädiatrische Zentren.....	61
4.3.5	Leistungsarten.....	61
4.3.5.1	Mobil.....	61
4.3.5.2	Ambulant.....	62
4.3.5.3	Teilstationär.....	63
4.3.5.4	Stationär.....	63
4.3.6	Offenes Beratungsangebot	63
4.3.7	Elternarbeit	64
4.3.8	Angrenzende Leistungen	66
4.3.8.1	Medizinische Leistungen	67
4.3.8.2	Therapeutische Leistungen	67
4.3.8.3	Teilstationäre Maßnahmen	67
4.3.9	Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren.....	69
4.3.10	Frühe Hilfen.....	69
4.3.11	Zwischenfazit.....	72

Dieses Kapitel stellt die Leistungen der Frühförderung und ihre einzelnen Komponenten dar, aber auch die Leistungen angrenzender Systeme, die sich in enger Kooperation mit der Frühförderung befinden. Die Kooperationen zu anderen Systemen, aber auch die einzelnen Leistungsbestandteile einer Förderung werden je nach Entwicklungsbedarf des Kindes individuell zusammengestellt und während der Leistung angepasst.

4.3.1 Allgemeine Frühförderung

In der Fachdiskussion wird grundsätzlich zwischen drei Angebotsformen unterschieden:

- **Begleitende Frühförderung**, in der die Therapie und Förderung des Kindes mit der Beratung und Begleitung der Eltern über einen längeren Zeitraum einhergeht und besonders bei Kindern mit umfänglichen Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen angezeigt ist.
- **Fokussierte Förderung**, die sich in erster Linie auf die spezifischen Förderbedarfe des Kindes bezieht, die Beratung der Eltern aber mit einschließt.
- **„Stand-By“-Förderung**, die aus kurzzeitigen Angeboten besteht, die vor allem der entwicklungsdiagnostischen Abklärung und der Beratung der Eltern dienen. (vgl. Weiß/Neuhäuser/Sohns 2004: S. 35)

Leistungen der Anbieter von Frühförderung umfassen neben der direkten Förderung des Kindes auch Beratungsleistungen, diagnostische Leistungen als weitere direkte Leistungen und die interne sowie externe Koordination, die Vor- und Nachbereitung von Fördereinheiten, Dokumentationszeiten sowie Fahrtzeiten bei der mobilen Arbeitsweise als indirekte Leistungen.

Zu den Kernaufgaben der Anbieter von Frühförderung gehören neben den Leistungen der Früherkennung, Entwicklungsdiagnostik und Förderung auch die Eltern-Kind-bezogenen Hilfen in Form von Information, gemeinsamer Beobachtung und Zielsetzung, Anleitung, Begleitung, Unterstützung und Beratung der Eltern, Vermittlung von Kontakten, dem Durchführen von Elterngruppen, der Zusammenarbeit mit Kindergärten und die Öffentlichkeitsarbeit. Die Arbeit mit den Eltern bzw. den Erziehungsberechtigten nimmt in der Förderung bei den direkten Leistungen immer mehr Raum ein. Dabei geht es in erster Linie um die Steigerung der behinderungsspezifischen Kompetenzen der Eltern im Umgang mit ihrem Kind und die Begleitung bei der Auseinandersetzung mit ihrer Lebenssituation.

Die indirekten Leistungen sind in Qualität und Quantität nicht zu unterschätzen. Beispielsweise sind die Vernetzungsarbeiten und internen Abstimmungsprozesse zwischen Fachkräften je nach Kind und Bedarfen sehr unterschiedlich und können viel Zeit in Anspruch nehmen. Aber auch Dokumentation sowie Vor- und Nachbereitung der Förderung müssen in den Arbeitsalltag integriert werden. Hier steht nach eigenen Aussagen der Anbieter von Frühförderleistungen zu wenig Zeit zur Verfügung.

All diese Leistungen sind jedoch essentiell für eine erfolgreiche Förderung, auch um die Arbeitsprinzipien der Frühförderung wie Ganzheitlichkeit, Familienorientierung und Interdisziplinarität sowie das vernetzte Arbeiten sicherstellen zu können. In einer offenen Fragestellung der DISW-Anbieterbefragung wurde deutlich, dass die mobile Arbeitsweise, die Elternarbeit und der interdisziplinäre Austausch mit insgesamt 75 Nennungen als die drei wichtigsten Säulen in der Frühförderung angesehen werden.

Demnach können die Leistungen, die in der allgemeinen Frühförderung erbracht werden, keinesfalls nur auf die Förderung des Kindes und ggf. die Beratung der Eltern beschränkt werden. Vielmehr fungiert die Frühförderung vielerorts als „Spinne im Netz“ und führt die unterschiedlichen Systeme wie Medizin, Kindertagesbetreuung, Eltern, Therapeuten, Sozialamt, Jugendamt und Kliniken fallspezifisch zusammen, um eine ganzheitliche Problemlösungsstrategie zu ermöglichen. Hier wird jedoch erneut deutlich, dass eine Abgrenzung der Leistungen der Frühförderung vielerorts nicht ausreichend erfolgt, da die Aufgabe der fallspezifischen Zusammenführung der Systeme eigentlich der Hilfeplanung der Kommunen obliegt, welche jedoch mitunter nur unzureichend erfüllt wird.

Hinzu kommen die Dokumentations- und Evaluationsleistungen, die zumeist nicht standardisiert sind und neben der Vor- und Nachbereitungszeit einer Förderung für eine professionelle Arbeit unverzichtbar sind.

4.3.2 Komplexleistung

Die Komplexleistung besteht aus heilpädagogischen sowie medizinisch-therapeutischen Leistungen und wird in der Fachdiskussion als eigenständige und nicht als additive Leistung angesehen. Diese Auffassung wird jedoch nicht von allen Akteuren der Komplexleistung in Schleswig-Holstein mitgetragen. So sehen besonders die Krankenkassen die Leistung in der Praxis als additiv. Dies äußert sich beispielsweise dahingehend, dass für die medizinisch-therapeutischen Leistungen, die innerhalb der Komplexleistung erbracht werden, keine eigenen Rahmenbedingungen geschaffen, sondern die Rahmenbedingungen für niedergelassene therapeutische Praxen unverändert in das neue System übernommen wurden. Eine Neuschaffung von inhaltlichen Rahmenbedingungen für das Gesamtkonzept der Komplexleistung steht deshalb weiterhin als Aufgabe im Raum.

In der Komplexleistung müssen – wie in der AFF – bei den direkten Leistungen neben der heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Förderung der Kinder auch die Eltern einbezogen, beraten und unterstützt werden. Die Diagnoseleistungen sind durch die interdisziplinäre Diagnostik, die in der Landesrahmenvereinbarung festgeschrieben ist, sogar noch umfangreicher. Es müssen zusätzlich Termine mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst koordiniert werden, da die Diagnostik zusammen mit diesem in den Räumen der Interdisziplinären Frühförderstelle stattfindet.

Die indirekten Leistungen lassen sich mit denen der allgemeinen Frühförderung vergleichen. So müssen auch in der Komplexleistung die Fördereinheiten vor- und nachbereitet werden, es fallen Fahrten für die mobile Leistungserbringung an und es müssen externe Vernetzungsstrukturen zu Kinderärzten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, Kindertagesstätten, dem Jugendamt oder den Frühen Hilfen hergestellt und gepflegt werden (vgl. Voß 2011). Die Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Information über die Leistung selbst bei den angrenzenden Akteuren, hier sind besonders die Kinderärzte zu nennen, erfordert bei der Komplexleistung deutlich mehr Zeit, da sich diese in den einzelnen Regionen als neues Angebot zunächst etablieren muss. Zum anderen wurde in der Untersuchung deutlich, dass die interne Koordination der Hilfen im Rahmen der Komplexleistung neben den festgeschriebenen interdisziplinären Fallgesprächen, die durch die LRV-SH festgelegt sind, deutlich mehr Zeit einnimmt als in der allgemeinen Frühförderung, dies wird jedoch in den Finanzierungsregelungen nicht anerkannt. So werden die Interdisziplinären Gespräche mit nur 1 € pro Fachkraft und Fördereinheit vergütet (siehe auch Kapitel 4.7); dies lässt den Schluss zu, dass diese Leistung nicht als relevant und notwendig angesehen wird.

4.3.3 Spezielle Frühförderung

Die spezielle Frühförderung für Kinder unter sechs Jahren mit Hör- oder Sehschädigungen wird in Schleswig-Holstein von zwei Landesförderzentren für Kinder mit speziellem Förderbedarf abgedeckt. Beide Zentren sind in Schleswig angesiedelt.

Da die Förderung, Unterstützung und Beratung von hör- oder sehgeschädigten Kindern und ihres Umfeldes eine besondere Fachlichkeit voraussetzen, erfolgt die Leistung besonders für Kinder vor Schuleintritt mobil durch Sonderpädagogen vor Ort. Diese Sonderpädagogen sind bei den Landesförderzentren angestellt und decken jeweils meist einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt ab. Somit ist die Leistung auch wegen der verhältnismäßig kleinen Zahl der betroffenen Kinder innerhalb der einzelnen Regionen von Schleswig-Holstein überregional organisiert.

Es stehen spezifische Hilfen als fachlich und organisatorisch eigenständige Angebote zur Verfügung, die auch im Rahmen der Frühförderung landesweit mit den Frühförderstellen oder IFF kooperieren. Die Landesförderzentren sind neben der hör- und sehpädagogischen Förderung also in erster Linie beratende Einrichtungen, die sich auf jeweils die Förderschwerpunkte Sehen und Hören spezialisiert haben. Eine professionelle fachpädagogische Beratung der Eltern, des Umfeldes und der gegebenenfalls parallel agierenden Frühförderung kann sichergestellt werden. Die MitarbeiterInnen der Förderzentren leiten alle dem Kind nahestehenden Personen an, um die spezifischen Förderbedarfe zu erkennen und die Folgen ausgleichen oder abmildern zu können. Mit Eltern und fachlichen Bezugspersonen werden weiterhin die notwendigen zusätzlichen Bedarfe oder Hilfsmittel besprochen.

Die Förderzentren sind außerdem Anlaufstellen bezüglich fachspezifischer Diagnostiken. Aufgrund eines ausgeprägten Netzwerkes und eigens vorgehaltener moderner Diagnostikmethoden kommen Kinder mit Seh- oder Hörschädigungen landesweit in die Landesförderzentren, um eine anerkannte und umfassende Diagnostik erstellen zu lassen. Angeboten werden auch Hörtrainingskurse vor Ort sowie Seminare und Kurse für Kinder, Familien und Personen, die mit seh- oder hörgeschädigten Kindern zusammenarbeiten

Die Landesförderzentren sind als überregionale Förderzentren ebenfalls zuständig für Unterricht bzw. die Unterstützung im Unterricht für Schülerinnen und Schüler mit den Förderschwerpunkten Hören und Sehen. Dieser Schwerpunkt wurde während der Untersuchung nicht vertieft, da es sich nicht um Kinder im Frühförderalter handelt.

4.3.4 Sozialpädiatrische Zentren

In Schleswig-Holstein wird die Möglichkeit der Erbringung einer Komplexleistung, die sich nach § 1 der Landesrahmenvereinbarung ausdrücklich auch auf Sozialpädiatrische Zentren bezieht, nicht wahrgenommen. Näher beschrieben sind die Leistungen der SPZ in Kapitel 4.3.9.

4.3.5 Leistungsarten

4.3.5.1 Mobil

„Die mobile Arbeitsweise ist seit jeher ein Grundmerkmal der Frühförderung. Das entwicklungsgefährdete Kind soll in seiner Lebenswelt erreicht werden, und dies ist in den ersten Lebensjahren die häusliche Lebenswelt. Daher ist der Hausbesuch das Herzstück einer lebenswelt- bzw. familienorientierten Frühförderung“ (Weiß 2012: S. 43)

Weiterhin kann die mobile Frühförderung gerade bei Kindern über drei Jahren auch zeitweise in der jeweiligen Kindertagesstätte im Zuge der mobilen Leistungserbringung der Frühförderung erbracht werden. Die Förderung wird also nach der Lebenswelt des Kindes ausgerichtet.

Einige Vorteile der mobilen Arbeitsweise sind nach Thurmair und Naggl (2007: S. 217ff.):

- Eltern wird es ohne großen Aufwand ermöglicht eine Förderung für ihr Kind anzunehmen
- Leichter Zugang auch für sozial schwache Familien
- Es kann sich ein Bild über die gegebenen Umstände im direkten Lebensumfeld des Kindes gemacht werden
- Die Förderung kann diese Umstände nutzen oder ergänzen
- Eine bessere Wirksamkeit durch Alltagsorientierung
- Das Kind muss sich nicht lange auf eine neue Umgebung einstellen
- Die Einbeziehung der Eltern ist erleichtert

Es wurde in der Untersuchung deutlich, dass die mobile Arbeitsweise, die in Schleswig-Holstein schwerpunktmäßig durchgeführt wird, sowohl von der Praxis, wie auch von den Verbänden und den Eltern als sehr positiv bewertet wird. Bei der DISW-Anbieterbefragung nannten 63% die mobile Arbeitsweise als unverzichtbaren Bestandteil für eine effektive Förderung.

Diese Form der Leistungserbringung steht in einem engen Zusammenhang zu den Zielgruppen und begründet sich im Hinblick auf diese in vielfältiger Art und Weise. So ist es rein organisatorisch für die Eltern von großem Vorteil, wenn für die Termine kein langer Anfahrtsweg anfällt. Weiterhin können die vorhandenen Spielmöglichkeiten vor Ort für die Förderung ge-

nutzt werden, was die Umsetzung einer selbstständigen Förderung durch die Eltern nach vorheriger Anleitung von Fachkräften deutlich vereinfacht. Gegebenenfalls können auch Empfehlungen bezüglich sinnvoller Neuanschaffungen von Spielmaterialien gegeben werden. Weiter ist die vereinfachte Möglichkeit für Gespräche vor und nach der Förderung als deutlicher Vorteil der mobilen Arbeitsweise zu nennen.

Eltern äußerten während der Untersuchung mehrmals ihr Bedürfnis, sich mit der Fachkraft über die Entwicklung des Kindes austauschen zu können. In vielen Fällen konnte dem kurz vor oder nach sowie während der Förderung Rechnung getragen werden. Die Tatsache, dass sich das Kind in einer vertrauten Umgebung befindet und die Eingewöhnung in die Fördersituation deutlich kürzer ausfällt, ist ebenfalls als positiver Effekt der Mobilität zu nennen.

Generell wird es von allen Akteuren als wertvoll bewertet, sich ein Bild über die häuslichen Gegebenheiten machen und die Förderung dementsprechend anpassen zu können. Auch Missstände, die über die Grenzen der Frühförderung hinausgehen, können angesprochen werden und die Fachkräfte der Frühförderung können ggf. an weitere Stellen verweisen.

Die mobile Erbringung der heilpädagogischen Leistung innerhalb einer Komplexleistung wurde in der DISW-Vertiefungsstudie IFF abgefragt. Es wurde deutlich, dass in 64% der IFF diese Leistungserbringung zwischen 90-100% lag.

Neben den fachlichen und besonders für die Eltern organisatorischen Vorteilen müssen jedoch auch die negativen Begleiterscheinungen der mobilen Arbeitsweise für die Anbieter genannt werden. So ergibt sich nach Thurmair und Naggl (2007: S. 216f.) eine neue Herausforderung für die Finanzierung. Bei steigendem finanziellen Druck steigt auch die Sorge, dass die Hausfrühförderung zurückgedrängt werden könnte.

In mehreren Informationsgesprächen und Interviews wurde deutlich, dass besonders im Hinblick auf die Umstellung von der Fördereinheit zur Fachleistungsstunde die mobile Arbeitsweise in Gefahr gerät, da beispielsweise Kosten für Firmenwagen nicht mehr finanziert werden, sondern eine Fahrkostenpauschale verhandelt werden muss.

4.3.5.2 Ambulant

Es ist fachlich sinnvoll, die mobile Förderung mit einzelnen ambulanten Angeboten zu ergänzen. So können gerade am Anfang Hemmschwellen zwischen Eltern und Fachkräften abgebaut und die Möglichkeit geschaffen werden, dass sich Eltern etwa im Wartezimmer treffen und ins Gespräch kommen. Abgesehen davon stehen vielfältige Materialien zur Verfügung, die nur in einer ambulanten Betreuungsform vorgehalten werden können. Auch der Austausch zwischen den Fachkräften der Einrichtung ist durch „Tür und Angel-Gespräche“ erleichtert. Die ambulante Leistungserbringung wird in Schleswig-Holstein eher zur Ergänzung des mobilen Angebots durchgeführt. In einigen Einrichtungen wird die ambulante Förderung als Einzel-

förderung, aber auch als Gruppenförderung angeboten. Ein positiver Nebeneffekt ist das o.g. Zusammentreffen der Eltern, wodurch ein Austausch auch auf diesem Wege möglich wird.

4.3.5.3 Teilstationär

Die Frühförderung wird generell nicht in der teilstationären Form erbracht. Die in Schleswig-Holstein vorhandenen teilstationären Maßnahmen werden in Kapitel 4.3.8.3 näher beschrieben.

4.3.5.4 Stationär

Auch eine stationäre Erbringung der Frühförderung findet in Schleswig-Holstein nicht statt. Zwar haben die Sozialpädiatrischen Zentren die Möglichkeit die Komplexleistung zu erbringen, diese Möglichkeit wird in Schleswig-Holstein jedoch nicht wahrgenommen. In anderen Bundesländern, wie beispielsweise Hamburg, wird die Komplexleistung auch in Sozialpädiatrischen Zentren erbracht. Mehr zu den Leistungen der SPZ in Kapitel 4.3.9.

4.3.6 Offenes Beratungsangebot

Das offene und niedrighschwellige Beratungsangebot ist als vorgelagerte Leistung der Frühförderung ein wichtiges Instrument zur Information der Eltern. Diese können sich unverbindlich über die Bedarfe ihrer Kinder sowie bei Bedarfsfeststellung über die Rahmenbedingungen und den Ablauf der Förderung informieren. Die offene, niedrighschwellige Beratung ist also ein wichtiger Faktor, um die Eltern und ihre Kinder zu erreichen. Anbieter allgemeiner Frühförderung und Interdisziplinäre Frühförderstellen können im Rahmen dieses offenen Beratungsangebots ohne weitere Zugangsvoraussetzungen und unverbindlich aufgesucht werden.

Die Erstberatung vor einer Frühförderung gehört somit zu den wichtigsten Instrumenten, um den möglichen Bedarf des Kindes festzustellen und die Eltern mit dem Ablauf sowie den Methoden einer Förderung vertraut zu machen (siehe auch Anlage 1: Fallbeispiel 2). Jeder Anbieter von Frühförderleistungen hält deshalb diese Möglichkeit vor.

In der DISW-Vertiefungsstudie IFF wurde die Anzahl der offenen Beratungen im Jahr 2010 abgefragt und kann folgendermaßen dargestellt werden:

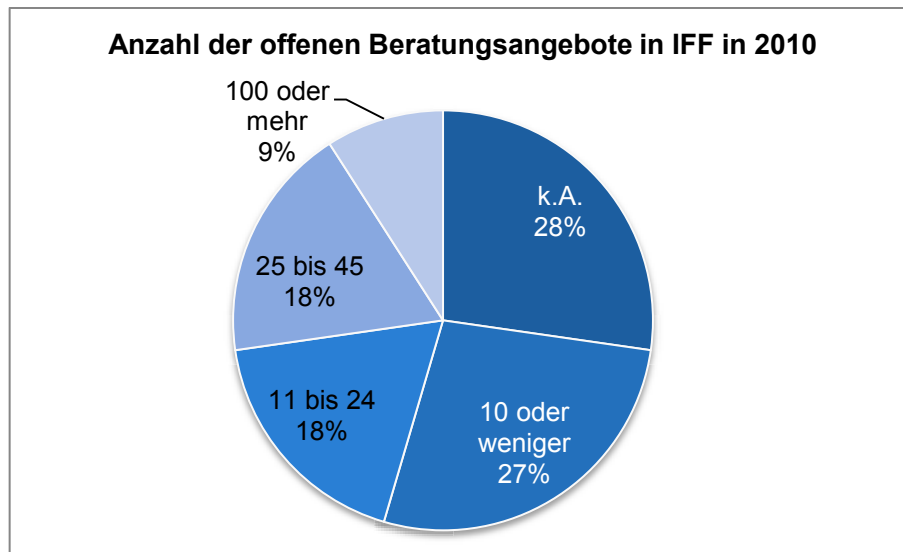


Abbildung 3: Anzahl der offenen Beratungsangebote in IFF in 2010

Es wird deutlich, dass die Anzahl der offenen Beratungsangebote in IFF weit auseinander geht. So wurden in 9% der Einrichtungen 100 oder mehr offene Beratungsangebote durchgeführt und bei 27% der Einrichtungen zehn oder weniger. Dies lässt sich durch die teilweise sehr heterogene Landschaft auch im Bereich der IFF erklären. So fördern einige IFF mehr als 80 Kinder in einer Komplexleistung und andere lediglich zwei.

Da die offene (Erst-)Beratung sowohl in der AFF, wie auch in der IFF als unvermeidbarer Leistungsbestandteil der Frühförderung anzusehen ist, sollte hierfür eine verlässliche Finanzierung sichergestellt werden. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass der Sozialhilfeträger die Erstberatung im Zuge einer Hilfeplanung übernimmt.

4.3.7 Elternarbeit

Der Stellenwert der Elternarbeit nimmt in den letzten Jahren deutlich zu. So stellt Sohns (2010: S. 263) fest, bereits an den Landesrahmenvereinbarungen zur Komplexleistung in den einzelnen Bundesländern lässt sich ablesen, dass nicht mehr nur die Kinder im Fokus der Förderung stehen, sondern auch die Arbeit mit den Eltern als eigenständige Aufgabe formuliert wird. Weiter wird jedoch angemerkt, dass meist von „Beratung und Anleitung“ die Rede ist. Die Formulierung „Stärkung der Eigenverantwortlichkeit“ und „Erfahrungs- und Kompetenzaustausch“ wäre hier zeitgemäßer und spiegelt auch die Kompetenzen und Erfahrungen der Eltern wieder (ebd.). Außerdem sind die Fachkräfte auch GesprächspartnerInnen bei Fra-

gen, die beispielsweise die Entwicklung des Kindes oder die konkrete Alltagsgestaltung betreffen.

Bei allen Anbietern der Frühförderung nimmt die Elternarbeit einen hohen Stellenwert ein. Gespräche, konkrete Hinweise für die Gestaltung des Familienalltags und Anleitung zur eigenständigen Förderung des Kindes stehen hier im Vordergrund. Im Allgemeinen wird die Zusammenarbeit mit den Eltern als problemlos beschrieben. Die Frühförderleistung wird besonders dann als effektiv erlebt, wenn die Leistungserbringung das Kind und die Eltern gleichwertig mit einbezieht. Die DISW-Anbieterbefragung stützt diese Aussage, indem ca. 30% Anbieter von Frühförderleistungen in einer offenen Fragestellung die Elternarbeit als wichtigen Faktor in der Frühförderung benennen. Gleichzeitig wird jedoch von 50% Anbieter angemerkt, dass für diesen Teil der Förderung sowie für Interdisziplinäre Abstimmungen, Diagnosen und Mobilität zu wenig Zeit zur Verfügung stehen. Die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Frühförderanbieter wird hingegen von 66% der Frühförderanbieter als sehr gut bis gut bewertet.

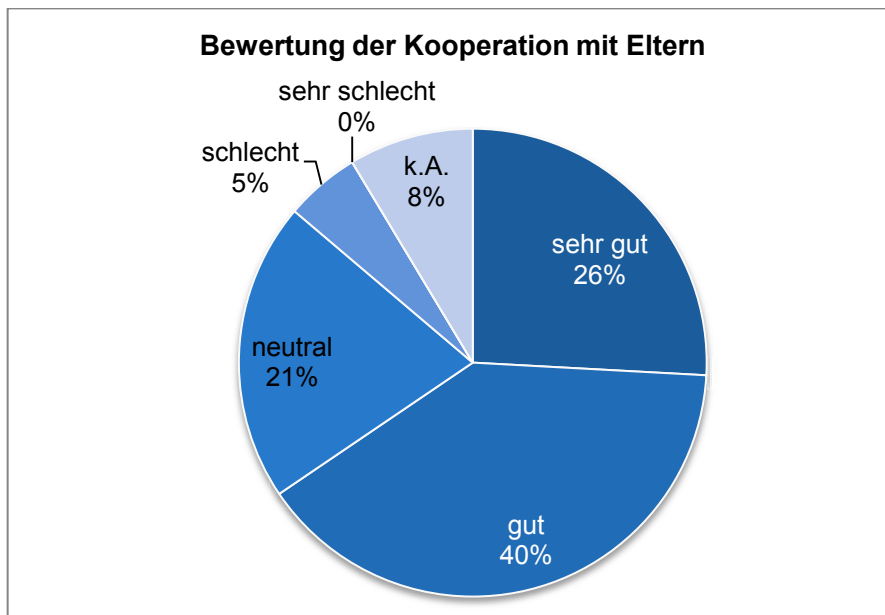


Abbildung 4: Bewertung der Kooperation mit Eltern

Während der Untersuchung wurde weiterhin deutlich, dass die Eltern sehr zufrieden mit der Förderung und der eigenen Begleitung sowie Beratung waren (vgl. Thyen, Leidel, Kaffka-Backmann 2011). Die Möglichkeit, jederzeit Fragen äußern und bei Bedarf bei der Förderung zusehen zu können, wurde als wichtige Hilfe zur Erhöhung der eigenen behinderungsspezifischen Erziehungskompetenz und bei der Auseinandersetzung mit der persönlichen Familiensituation angesehen.

Neben den regelmäßigen Gesprächen zwischen Eltern und Fachkräften, die je nach Bedarf vor oder nach der Förderung sowie abgelöst davon stattfinden, gibt es auch die Möglichkeit

der Zusammenführung der Eltern beispielsweise innerhalb eines Elterninformationsabends oder eines Elternfrühstückes während einer ambulanten Gruppenförderung.

Viele Anbieter von Frühförderung halten die Möglichkeit vor, dass abgelöst von den Förderstunden bei den FörderInnen angerufen werden kann. Dieses Angebot wird vielfach wahrgenommen. Eine Vergütung der Telefonate oder Gespräche, die nach oder vor der Förderung geführt werden, gibt es jedoch nicht. Diese und andere Leistungen sind nach dem neuen System der Fachleistungsstunde in den indirekten Leistungen enthalten.

§ 5 Abs. 2 FrühV beschreibt eine direkte Verbindung der Beratung der Eltern mit den medizinisch-therapeutischen Leistungen. Für den heilpädagogischen Bereich gelten § 5 Abs. 2 und § 6 FrühV entsprechend. Der ISG Bericht aus dem Jahr 2008 beschreibt diese Problematik bundesweit wie folgt:

„Generell werden die Beratungsleistungen im Rahmen der Förderung unterschiedlich finanziert: Dabei reichen die Varianten von einer gleichwertigen Betrachtungsweise und damit Vergütung auch der Beratungsleistungen. Dies wird immer dann realisiert, wenn die Leistungen pauschal vergütet werden, oder im Rahmen der Einzelleistungsabrechnung genauso vergütet werden, wie die anderen Förderleistungen. Ebenfalls im Rahmen der Einzelleistungsabrechnung werden z.T. Beratungsleistungen nachrangig interpretiert, wenn beispielsweise ausschließlich die Arbeit mit dem Kind leistungsauslösend ist.“ (Engel/Engels/Pfeuffer 2008: S. 169)

Ergebnis der Untersuchung in Schleswig-Holstein ist, dass die Beratungsleistungen für Eltern möglichst als feste Bestandteile der Frühförderung zu sehen sind und aus diesem Grund gleichrangig bewertet und finanziert werden sollten. Dies wird nach dem neuen System der Fachleistungsstunde bereits umgesetzt. So können sowohl für die Förderung mit dem Kind, als auch für die Elternarbeit Fachleistungsstunden beantragt werden.

4.3.8 Angrenzende Leistungen

Im Folgenden werden angrenzende Leistungssysteme dargestellt, die ausdrücklich nicht zu den Leistungen der Frühförderung zählen. Die Untersuchung hat sich auch mit diesen Leistungssystemen beschäftigt, da unter dem Gesichtspunkt der teilweise sehr engen Kooperation der Systeme eine Betrachtung sinnvoll erschien. Abgesehen davon dient die Betrachtung dieser Systeme auch der Abgrenzung zum System der Frühförderung.

4.3.8.1 Medizinische Leistungen

Einige Anbieter von Frühförderleistungen unterhalten neben den Kooperationen zu niedergelassenen Therapeuten auch Kooperationen zu niedergelassenen Psychologen oder Kinderärzten. Neben diesen Kooperationen gibt es auch andere Leistungen aus dem medizinischen Bereich, die für die Frühförderung von direkter Bedeutung sind.

Im System der allgemeinen Frühförderung und der IFF sind dies in erster Linie die medizinischen Leistungen der U1-U9 des behandelnden (Kinder-)arztes, in denen ein Bedarf für Frühförderleistungen in vielen Fällen erst festgestellt wird. Bei der Komplexleistung hat der Kinderarzt hier zusätzlich noch eine Gate-Keeper-Funktion, da eine Überweisung in die Komplexleistung erforderlich ist.

4.3.8.2 Therapeutische Leistungen

Der Bereich der medizinisch-therapeutischen Leistungen, die abgelöst vom System der Komplexleistung von niedergelassenen Therapeuten angeboten werden, zählen nicht zum System der Frühförderung, da sie im Leistungskatalog des SGB V verortet sind.

Dennoch kann man sie als angrenzende Leistung der Frühförderung bezeichnen. Hier sind zunächst die zahlreichen niedergelassenen Therapeuten in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zu nennen, die teilweise in enger Kooperation mit den Anbietern von Frühförderleistungen und auch einigen Interdisziplinären Frühförderstellen zusammenarbeiten. Diese Kooperationen basieren vielfach auf formlosen Absprachen, die sich auf die interdisziplinäre Kooperation und Abstimmung in Einzelfällen beziehen. Bisweilen sind diese Kooperationen, besonders im Bereich der IFF, durch Kooperationsverträge gestützt, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit regeln und die Kooperation verbindlich gestalten.

Somit stehen sich zwei Systeme, die Frühförderung nach SGB IX und die medizinisch-therapeutischen Leistungen nach SGB V, gegenüber, die teilweise die gleichen Klienten fördern. Es ist nur folgerichtig, wenn diese beiden Systeme miteinander kooperieren und sich gegenseitig ergänzen, um eine möglichst optimale Förderung der Kinder sicherzustellen. Genau diese Zusammenarbeit wurde in der Komplexleistung gesetzlich festgelegt.

4.3.8.3 Teilstationäre Maßnahmen

Die teilstationäre heilpädagogische Förderung bezieht sich in Schleswig-Holstein auf die Maßnahmen der Heilpädagogischen Kleingruppen, der Integrationsgruppen und der Einzelintegrationsmaßnahmen. Es handelt sich daher nicht um heilpädagogische Frühförderung.

Teilstationäre Maßnahmen werden in den Kindertagesstätten erbracht und beziehen sich meist auf Kinder im Alter von 3 Jahren bis zum Schuleintritt.

Die Maßnahmen werden entweder von freien MitarbeiterInnen, niedergelassenen Anbietern oder von den Kindertagesstätten selbst angeboten und durchgeführt. Die Verteilung dieser Angebote ist regional sehr unterschiedlich. Diese Aussage wird durch die DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe für das Jahr 2010 gestützt. So werden in manchen Kreisen und kreisfreien Städten im Rahmen punktueller Einzelfallentscheidungen auch teilstationäre Maßnahmen für Kinder unter 3 Jahren angeboten, in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten jedoch nicht. Auch die Anzahl der Kinder in heilpädagogischen Kleingruppen variiert zwischen 8 in Neumünster und 194 im Kreis Pinneberg. Dies lässt auf eine regional sehr unterschiedliche Bewilligungspraxis schließen. So wurde während der Untersuchung festgestellt, dass es in manchen Kommunen durchaus üblich ist, Kinder ab drei Jahren mit weiterem Förderbedarf aus der Frühförderung in eine teilstationäre Maßnahmen zu überführen. In anderen Kommunen wird die Frühförderung auch über drei Jahren verstärkt eingesetzt.

Insgesamt lässt sich die Verteilung der Kinder in teilstationären Maßnahmen wie folgt darstellen.

DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe: Teilstationäre Maßnahmen (Stichtagserhebung zum 31.12.2010)						
	Einzel- integration		I-Gruppe		Heilpädagogische Klein- gruppe	
Alter	u 3	ü 3	u 3	ü 3	u 3	ü 3
Flensburg	2	147	-	51	3	73
Kiel	-	34	-	72	-	14
Lübeck	-	28	-	123	-	62
Neumünster	-	19	-	67	-	8
Dithmarschen	-	63	-	32	-	24
Lauenburg	-	104	-	97	-	20
Nordfriesland	1	72	-	25	-	77
Ostholstein	-	37	-	44	-	30
Pinneberg	-	479	-	208	-	194
Plön	-	59	-	35	-	51
Rendsburg-Eckernförde	-	17	-	96	-	15
Schleswig-Flensburg	-	54	-	28	-	69
Segeberg	-	78	-	146	-	75
Steinburg	-	44	-	23	-	52
Stormarn	-	126	1	108	-	31
Schleswig-Holstein	3	1361	1	1155	3	795

Tabelle 4: Teilstationäre Maßnahmen (Stichtagserhebung 31.12.2010)

4.3.9 Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren

Die stationäre heilpädagogische Förderung findet in Schleswig-Holstein ausschließlich in den drei Sozialpädiatrischen Zentren in Verbindung mit therapeutischen Maßnahmen statt. Die Sozialpädiatrischen Zentren führen jedoch keine Frühförderung oder Komplexleistung im eigentlichen Sinne durch. Vielmehr stehen die Sozialpädiatrischen Zentren in enger Kooperation zu den niedergelassenen Anbietern von Frühförderung und übernehmen besonders differenzierte Diagnostiken oder die intensive stationäre Förderung bestimmter Bedarfe, besonders im medizinisch-therapeutischen Bereich.

In den Sozialpädiatrischen Zentren werden die verschiedensten Störungen und Krankheitsbilder behandelt, wobei es immer auch Schwerpunkte gibt. Die generellen Charakteristika der Sozialpädiatrischen Zentren im Vergleich zu anderen pädiatrischen Institutionen sind jedoch:

- Interdisziplinarität
 - Ein hoher Anteil an psychotherapeutischen / psychosozialen und rehabilitativen Interventionen
 - Die Einbeziehung der Familie in die Therapie als konzeptioneller Schwerpunkt
 - Organmedizinisch orientierte und medizinisch-technische Interventionen stehen nicht im Vordergrund
 - Eine kindheitslange Betreuung bis ins Jugendalter
 - Sie sind Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie, pädiatrischer Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst
 - Die Vernetzung mit nichtärztlichen Diensten in großem Umfang, was einen hohen Organisationsaufwand erfordert
- (vgl. DGSPJ 2012)

Somit handelt es sich um medizinische Leistungen, die sich jedoch besonders in den Punkten Vernetzung und Zusammenarbeit mit den Eltern sowie einer ausgeprägten Interdisziplinarität von anderen medizinischen Leistungen abheben.

4.3.10 Frühe Hilfen

Frühe Hilfen sind lokale und regionale Unterstützungssysteme mit Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft bis hinein in die ersten Lebensjahre. Der Schwerpunkt liegt jedoch bei Kindern von der Geburt bis zum Alter von 3 Jahren.

Die Hilfen sollen Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern frühzeitig und nachhaltig verbessern. Schwerpunkt sind alltagspraktische Unterstützungen sowie die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von Eltern. Hier wird eine Überschneidung zum System der Frühförderung, wo die behinderungsspezifische Erziehungskompetenz der Eltern einen immer

höheren Stellenwert einnimmt, deutlich sichtbar. Ziele der Frühen Hilfen sind, wie auch bei der Frühförderung, die Sicherung der Rechte der Kinder auf Schutz, Förderung und Teilhabe an der Gesellschaft.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige Angebote und Maßnahmen. In erster Linie handelt es sich aber um

„Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.“ (NZFH 2012)

Weiter wird beschrieben, dass die Frühen Hilfen, wie auch die Frühförderung, auf multiprofessioneller Kooperation basieren, aber auch die familiären Systeme und Netzwerke mit einbeziehen. Eine Kooperation mit „Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste“ (ebd.) ist daher unerlässlich.

Die Überschneidungen zum System der Frühförderung werden schnell deutlich. Aus diesem Grund wurde das System der Frühen Hilfen auch in der Untersuchung als angrenzendes System der Frühförderung betrachtet.

In der DISW-Anbieterbefragung konnten einzelne Parameter besonders zu den Kooperationsbeziehungen zwischen den beiden Systemen dargestellt werden. So bestehen bei 74% der Anbieter von Frühförderleistungen Vernetzungsstrukturen zum System der Frühen Hilfen.

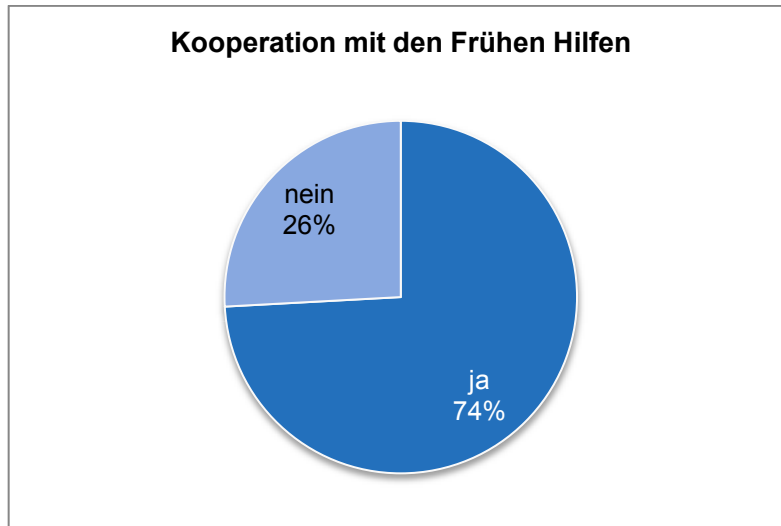


Abbildung 5: Kooperation mit den Frühen Hilfen

Die Initiative zu einer Kooperation der beiden Systeme ging nach eigenen Angaben der Anbieter von Frühförderleistungen in 24% der Fälle von ihnen selbst aus. Nur in 14% der Fälle ging die Initiative allein von den Frühen Hilfen aus.

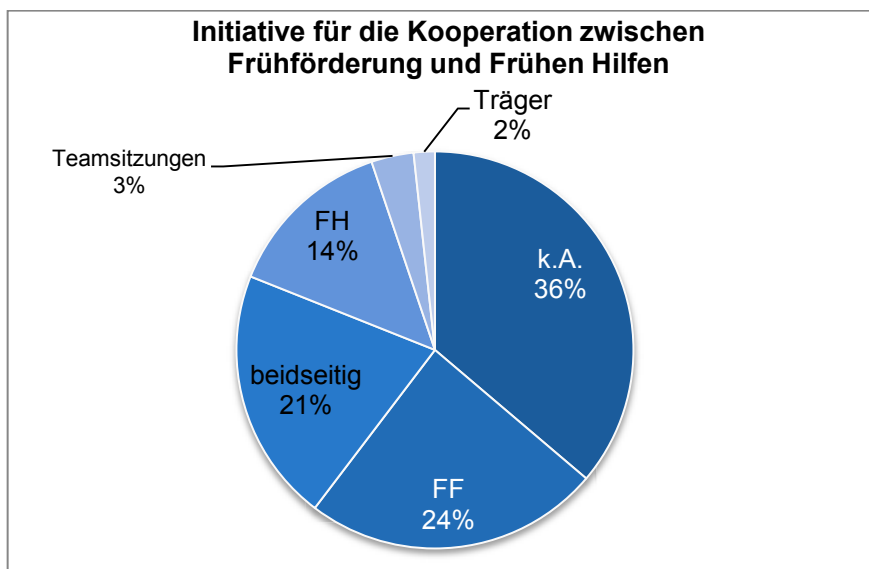


Abbildung 6: Initiative für die Kooperation zwischen Frühförderung und Frühen Hilfen

In den meisten Fällen wurde die Kooperationsbeziehung als sehr gut oder gut bewertet.

4.3.11 Zwischenfazit

Dieser Untersuchungsteil systematisiert erstmals in dieser Form die Leistungen und Leistungsarten der Frühförderung und angrenzender Leistungssysteme in Schleswig-Holstein, die zum Teil ambulant oder mobil erbracht werden.

Es wird deutlich, wie vielfältig und differenziert sich dieses Leistungssystem in den letzten Jahren entwickelt hat und welche weiteren Optimierungen erforderlich sind. Dies gilt insbesondere für angrenzende Leistungen und die Elternarbeit.

4.4 System der Frühförderung

4.4.1	Gesamtsystem	73
4.4.2	Teilsysteme	75
4.4.3	Infrastruktur	76
4.4.3.1	Regionale Verteilung.....	76
4.4.3.2	Verteilung und Erreichbarkeit AFF	78
4.4.3.3	Verteilung und Erreichbarkeit IFF	82
4.4.3.4	Verteilung und Erreichbarkeit LFZ	85
4.4.3.5	Verteilung und Erreichbarkeit der SPZ	86
4.4.4	Anbieter	86
4.4.4.1	Anerkennungs- und Zulassungsverfahren AFF.....	86
4.4.4.2	Anerkennungs- und Zulassungsverfahren IFF	89
4.4.4.3	Trägerzugehörigkeit.....	93
4.4.4.4	Leitbilder und Leitlinien	95
4.4.4.5	Fach- und Führungskräfte	96
4.4.4.6	Qualitätsentwicklung.....	99
4.4.5	Zwischenfazit.....	100

4.4.1 Gesamtsystem

Das Gesamtsystem der Frühförderung in Schleswig-Holstein umfasst alle Anbieter von Frühförderleistungen, die mit den Kostenträgern Leistungsvereinbarungen über ambulante pädagogische Frühförderung abgeschlossen haben, die beiden Anbieter spezieller Frühförderleistungen (LFZ) sowie die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ).

Eine Unterscheidung der Akteure in „frei praktizierenden (Heil-) Pädagogen“ sowie „Allgemeine, spezielle und überregionale Frühförderstellen“, so wie sie in anderen Bundesländern Anwendung findet, gibt es in Schleswig-Holstein nicht.

Das Gesamtsystem der Frühförderung in Schleswig-Holstein untergliedert sich in vier Teilsysteme, die sich nach der Art der Leistungen, den Arbeitsprinzipien, dem Aktionsradius und den rechtlichen Rahmenbedingungen unterscheiden:

Gesamtsystem der Frühförderung in Schleswig-Holstein				
Teilsysteme	Anbieter allgemeiner Frühförderung (AFF)	Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)	Landesförderzentren Sehen und Hören (LFZ)	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)
Leistungen	heilpädagogische Frühförderung und ggf. andere Angebote außerhalb der FF	Komplexleistung, heilpädagogische Frühförderung, Heilmittel und ggf. andere Angebote außerhalb der KL	Spezielle Frühförderung für seh- und hörgeschädigte Kinder, Beratung, Anleitung und Diagnostik	sozialpädiatrische Behandlung, Diagnostik und Rehabilitation
Arbeitsprinzip	mobil, ambulant	mobil, ambulant	mobil, ambulant	ambulant, stationär
Aktionsradius	regional	regional	überregional, landesweit	landesweit, teilw. bundesweit
Rechtliche Rahmenbedingungen	Leistungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII	§ 5 LRV-SH, § 3 FrühV, § 30 SGB IX	Fach- und Dienstaufsicht beim Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein	§ 6 LRV-SH, § 4 FrühV, § 119 SGB V
Anzahl in Schleswig-Holstein (Stand: 30.09.2010)	84	11	2	3
Anzahl in Schleswig-Holstein (Stand: 28.02.2012) ¹	82 ¹	11	2	3

Tabelle 5: Gesamtsystem der Frühförderung in Schleswig-Holstein

¹ Im Verlauf der Begutachtung hat sich gezeigt, dass nicht alle Anbieter, die uns von den Kreisen und kreisfreien Städten gemeldet wurden, Leistungsvereinbarungen über ambulante pädagogische Frühförderung abgeschlossen haben. Sie sind somit keine mit Leistungsvereinbarungen gebundenen Anbieter von Frühförderleistungen und wurden daher in der aktuellen Zählung nicht erfasst.

4.4.2 Teilsysteme

Anbieter allgemeiner Frühförderung (AFF) zeichnen sich durch die mobile und ambulante Erbringung singulärer heilpädagogischer Leistungen aus. Die Bezeichnung Frühförderstelle hat sich in dieser Begutachtung als problematisch herausgestellt, denn in Schleswig-Holstein werden diese Leistungen sowohl von frei praktizierenden HeilpädagogInnen, heilpädagogischen Praxen, als auch von interdisziplinär besetzten Frühförderstellen erbracht, die mit den Sozialhilfeträgern Leistungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII abgeschlossen haben. Einige dieser Anbieter erfüllen nicht die üblicherweise mit einer Stelle verbundenen Mindestanforderungen an Organisation und Infrastruktur. Die AFF haben einen regional begrenzten Aktionsradius.

Die IFF sind ebenso regional verortet und in ihrer Arbeitsweise mobil sowie ambulant ausgerichtet. Als IFF werden alle Anbieter bezeichnet, die mit den Rehabilitationsträgern (örtlich zuständige Sozialhilfeträger und Krankenkassen/-verbände) einen „Vertrag über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen“ abgeschlossen haben. Grundlage hierfür sind § 30 SGB IX sowie die „Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des § 2 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (BGBl. 1. 2003 S. 998) in Schleswig-Holstein“ (LRV-SH). Die Erbringung der Komplexleistung Frühförderung wird in Schleswig-Holstein ausschließlich in IFF durchgeführt.

Neben den regional arbeitenden Anbietern heilpädagogischer Frühförderung sowie den IFF gibt es mit dem LFZ-Sehen und dem LFZ-Hören zwei überregional arbeitende Anbieter spezieller Frühförderung für sinnesbeeinträchtigte Kinder. Es stehen spezifische Hilfen als fachlich und organisatorisch eigenständige Angebote zur Verfügung, die landesweit mit den Anbietern von Frühförderleistungen interdisziplinär kooperieren, indem sie Frühförderprozesse beratend und unterstützend begleiten sowie spezielle Diagnostiken anbieten.

Die SPZ sind interdisziplinär besetzte Einrichtungen, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Kennzeichnend für die SPZ ist ihre überregionale Zuständigkeit. Die Behandlung durch SPZ ist auf diejenigen Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten, Therapeuten oder in einer IFF behandelt werden können. Die SPZ nehmen eine Sonderrolle ein, da sie formal zum System der Frühförderung gehören (siehe LRV-SH und FrühV), ihre Funktion der Ausführung der Komplexleistung gemäß LRV-SH aber nicht wahrnehmen, sondern sich durch enge Kooperationsbeziehungen mit den regionalen Anbietern von Frühförderleistungen auszeichnen.

4.4.3 Infrastruktur

4.4.3.1 Regionale Verteilung

Durch eine Abfrage bei den Sozialhilfeträgern konnte in zwei Stichtagserhebungen eine vollständige Erfassung aller Anbieter von Frühförderleistungen in Schleswig-Holstein erreicht werden. Die Erhebung zum 30.09.2010 ergab insgesamt 97 Anbieter, die sich auf 84 AFF, 11 IFF und 2 LFZ aufteilen. Eine erneute Abfrage der Anbieter von Frühförderleistungen, die bis zum 28.02.2010 abgeschlossen wurde, ergab 82 AFF, 11 IFF und 2 LFZ. Die Anzahl der AFF wurde um die insgesamt 8 Kleinstanbieter, die mit keinem Kreis/kreisfreien Stadt eine entsprechende Leistungsvereinbarung hatten, auf letztlich 82 bereinigt. Hierbei ist zu beachten, dass die Anbieter von Frühförderleistungen teilweise zwei Leistungsvereinbarungen in verschiedenen Kreisen oder kreisfreien Städten abgeschlossen haben. Es wurden nur die Leistungsvereinbarungen aus jenen Kreisen oder kreisfreien Städten berücksichtigt, in der sich der Hauptsitz der Anbieter befindet. Damit konnten Doppelungen und Mehrfachzählungen in der Untersuchung vermieden und entsprechende Verzerrungen in der Statistik ausgeschlossen werden.

Die beiden Anbieter für spezielle Frühförderung sind in Schleswig verortet und in Form von Landesförderzentren organisiert. Die Sozialpädiatrischen Zentren befinden sich in Kiel, Lübeck (jeweils Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) und in Ostholstein (Kinderzentrum Pelzerhaken, Der Paritätische Schleswig-Holstein).

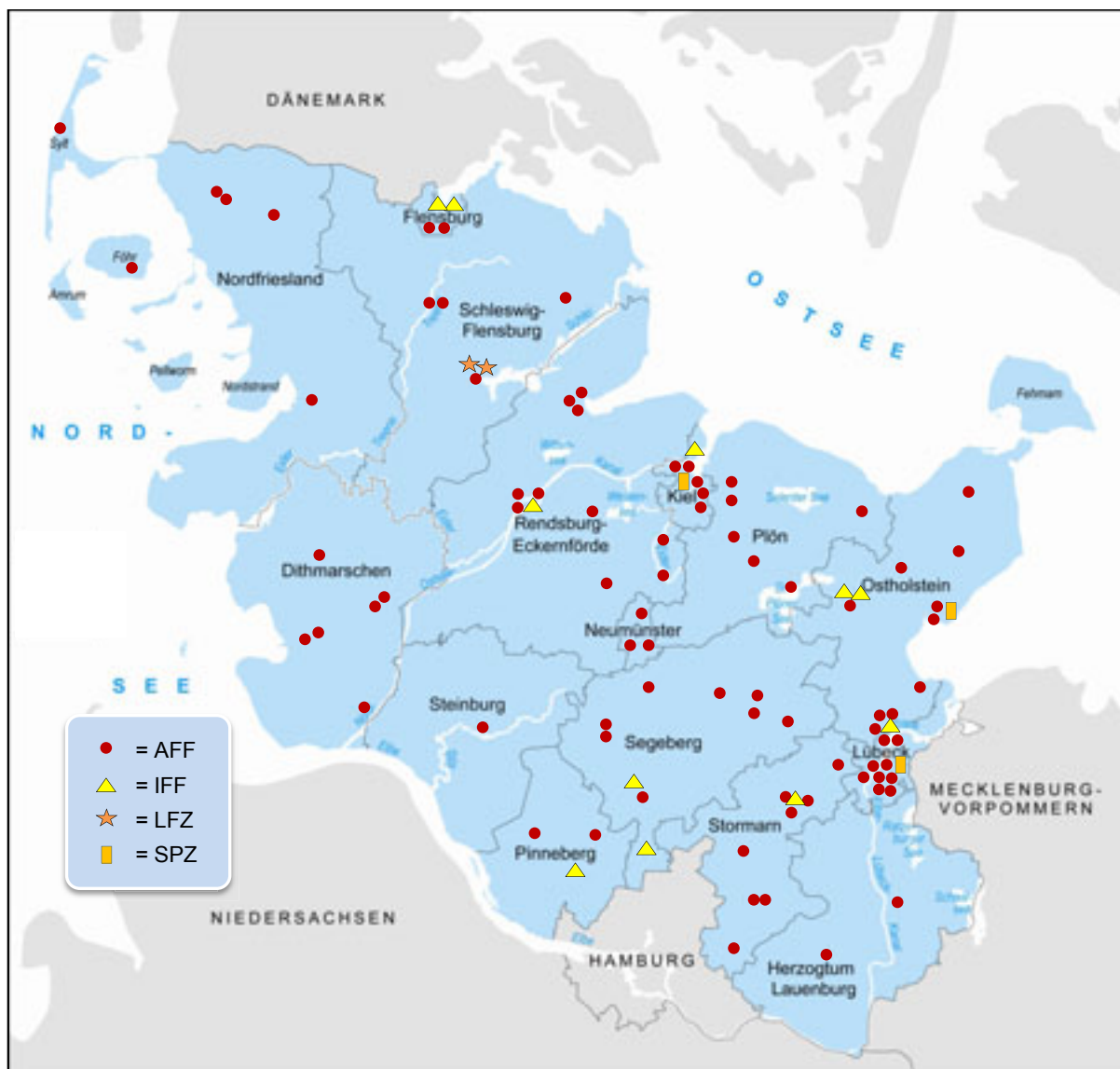


Abbildung 7: Übersichtskarte Schleswig-Holstein – Regionale Verteilung aller Anbieter², Stand 28.02.2012

² Diese Aufführung der AFF und IFF beruht auf den Meldungen der Sozialämter der Kreise und kreisfreien Städte an das DISW. Darüber hinaus gibt es folgende Änderungen und Ergänzungen:

- 1) bei der AFF in Wyk auf Föhr handelt es sich nicht um eine eigenständige AFF, sondern um eine Außenstelle der AFF in Westerland auf Sylt,
- 2) im Kreis Pinneberg wird sog. ambulante heilpädagogische Förderung von drei weiteren Anbietern geleistet, folglich gibt es dort insgesamt 6 Anbieter von Frühförderleistungen.

4.4.3.2 Verteilung und Erreichbarkeit AFF

Insgesamt 82 Standorte von Anbietern allgemeiner Frühförderung wurden an das DISW zum 28.02.2012 von den Kreisen und kreisfreien Städten rückgemeldet. Sie lassen sich wie folgt regional zuordnen:

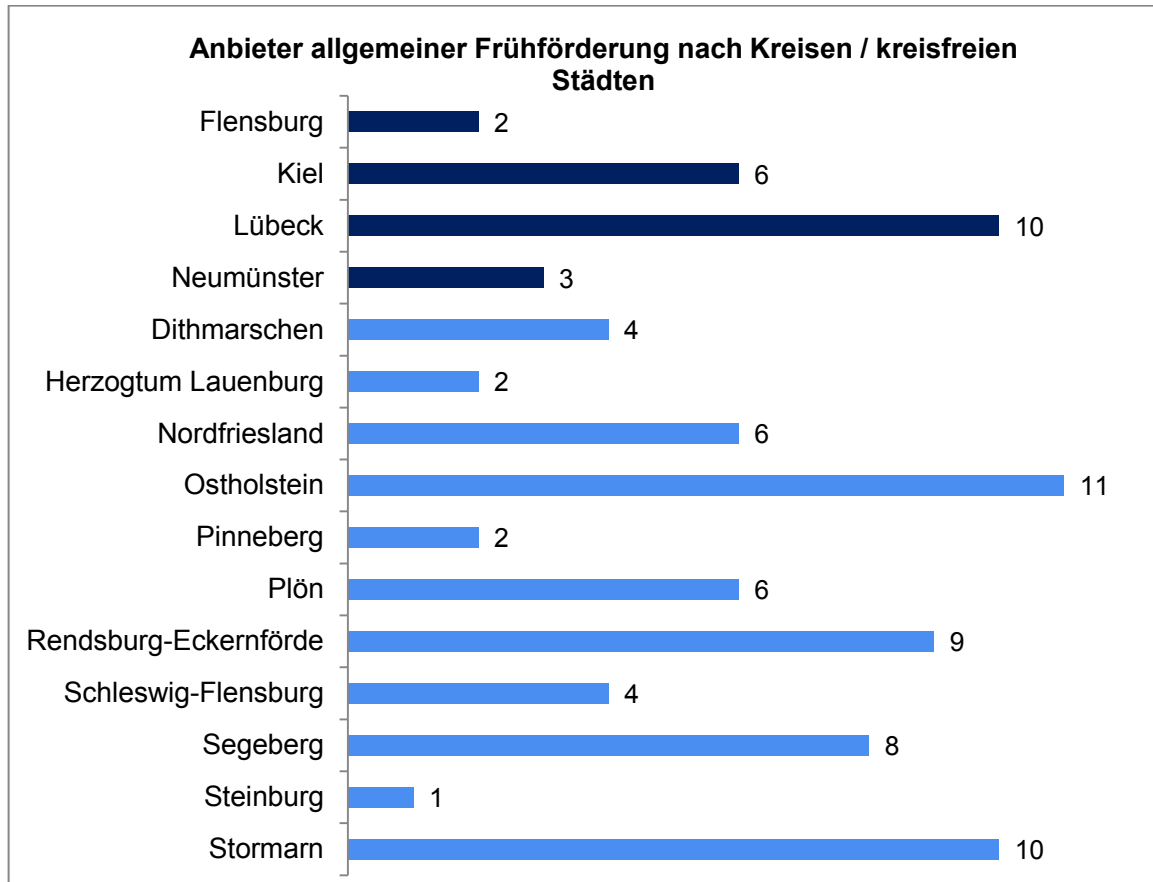


Abbildung 8: Anbieter allgemeiner Frühförderung nach Kreisen / kreisfreien Städten³

Diese Bestandsaufnahme der Frühförderung in Schleswig-Holstein kann durch Heranziehen sozial- und gesundheitsstatistischer Daten sowie durch Ergebnisse anderer Studien angereichert werden. Allerdings sind Umfang, Qualität und Verwendbarkeit für dieses Gutachten sehr unterschiedlich. Diese sekundäranalytische Auswertung der flankierenden Datenlage bietet daher nur einen Orientierungs- und Vergleichsrahmen für die weiteren empirischen und qualitativen Forschungsinstrumente dieses Gutachtens.

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung (S1) werden durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein in einem statistischen Bericht jährlich zentral erfasst. In dem Bericht für das Schuljahr 2009/2010 wurden 96% der 25.871 untersuchten Kinder erfasst. Damit stellt dieser Bericht eine Vollerhebung aller Ein-

³ Ebd.

schülerInnen und Kann-Kinder in Schleswig-Holstein dar, wobei die Kinder zum Stichtag (30.Juni) 6 Jahre alt sind oder werden. Kinder, die später geboren sind können auf Antrag zu sogenannten Kann-Kindern werden. Die Statistik weist die Anzahl der Kinder auf, denen ein sonderpädagogischer Förderbedarf, aufgeschlüsselt nach Kreisen/kreisfreien Städten sowie nach Förderschwerpunkten zugeschrieben wurde. Somit stellt sie einen Bezugsrahmen zur Bewertung der Erreichbarkeit und Verteilung von mobilen und ambulanten heilpädagogischen Leistungen dar.

Die erfassten sonderpädagogische Förderbedarfe werden für das Schuljahr 2009/2010 wie folgt dargestellt:

Kreis, Kreisfreie Stadt (N: 17.843)	hoher		mäßiger		Angabe in den Differenzierungen keine Markierung höher oder mäßiger Förderbedarf		doppelt markiert höher und mäßiger		gesamt %	Beurlaubungen		N
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	
Flensburg	50	8,5%	106	18,0%	11	1,9%	0	0,0%	28,4%	4	0,7%	588
Kiel	140	8,3%	219	13,0%	1	0,1%	0	0,0%	21,3%	4	0,2%	1689
Neumünster	82	12,6%	38	5,8%	6	0,9%	0	0,0%	19,3%	4	0,6%	652
Herzogtum Lauenburg	141	8,0%	48	2,7%	2	0,1%	8	0,5%	11,4%	9	0,5%	1753
Nordfriesland	126	8,6%	149	10,2%	9	0,6%	0	0,0%	19,4%	4	0,3%	1463
Ostholstein	83	5,0%	57	3,4%	19	1,1%	4	0,2%	9,8%	3	0,2%	1667
Pinneberg	98	3,6%	221	8,1%	7	0,3%	6	0,2%	12,2%	14	0,5%	2731
Schleswig-Flensburg	58	3,5%	221	13,4%	1	0,1%	0	0,0%	17,0%	19	1,2%	1648
Segeberg	110	4,6%	122	5,0%	15	0,6%	0	0,0%	10,2%	5	0,2%	2416
Steinburg	34	3,1%	101	9,1%	1	0,1%	19	1,7%	14,0%	0	0,0%	1108
Stromarn	54	2,5%	60	2,8%	7	0,3%	3	0,1%	5,8%	13	0,6%	2128
Schleswig-Holstein¹	1081	8,1%	1342	7,5%	79	0,4%	40	0,2%	14,2%	79	0,4%	17843
Hansestadt Lübeck ²	122	7,6%	-	-	-	-	-	-	7,6%	1	0,1%	1601
Dithmarschen ⁴	90	8,2%	10	,9%	7	0,6%	2	0,2%	10,0%	1	0,1%	1092
Plön ⁵	15	1,3%	25	2,2%	2	0,2%	5	0,4%	4,1%	2	0,2%	1150
Rendsburg-Eckernförde ³	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,2%	2555
Dänischer Gesundheitsdienst ³	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,3%	363

Tab. 14 Schulärztliche Empfehlung zur Beschulung in Schleswig-Holstein Schuljahr 2009/10

n = Anzahl; N= gültige Gesamtanzahl im Kreis / in der kreisfreien Stadt; %=n/N in Prozent
N= 17.843 (72%) von 24.794 Einschülerinnen und Einschülern

1 = ohne Dienste unter 2, 3, 4, 5
2 = keine Unterscheidung in hohen und mäßigen Förderbedarf
3 = Keine Beurteilung
4 = bei 190 Kindern 0-Markierung (nicht durchgeführt)
5 = ärztlich untersucht n=337, % beziehen sich auf alle Plöner Kinder

Tabelle 6: Förderbedarfe bei Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2009/2010

Die Bevölkerungsstatistik des Statistikamts für Hamburg und Schleswig-Holstein bietet die Möglichkeit der Differenzierung nach Altersgruppen. Diese Zahlen sind wichtig, um die Bedar-

fe von Leistungen der Frühförderung in Relation mit der entsprechenden Alterskohorte setzen zu können.

Bevölkerungsstatistik 0-6 Jahre im Vergleich zu Frühförderleistungen und sonderpädagogischen Förderbedarfen				
	Bevölkerung: 0-6 Jahre *	Frühförder- leistungen gesamt **	Förderquote	sonderpäd. Förderbedarf bei Schuleingangs- untersuchungen ***
Flensburg	4.423	306	7%	28%
Kiel	11987	383	3%	21%
Lübeck	10575	644	6%	8%
Neumünster	4113	264	6%	19%
Dithmarschen	6440	212	3%	10%
Herzogtum Lauenburg	9599	417	4%	11%
Nordfriesland	7734	384	5%	19%
Ostholstein	8527	579	7%	10%
Pinneberg	15718	1841	12%	12%
Plön	5921	263	4%	4%
Rendsburg-Eckernförde	13492	258	2%	–
Schleswig-Flensburg	9905	382	4%	17%
Segeberg	13621	627	5%	10%
Steinburg	6196	183	3%	14%
Stormarn	12060	654	5%	6%
Schleswig-Holstein	140311	7397	5%	14%
* Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2011: Die Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 nach Alter und Geschlecht				
** DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe: Heilpäd. Leistungen und Komplexleistungen, Stichtagserhebung 31.12.2010				
*** Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein: Schuleingangsuntersuchung Schleswig-Holstein (S1) 2009/2010				

Tabelle 7: Bevölkerungsstatistik 0-6 Jahre im Vergleich zu Frühförderleistungen und sonderpädagogischen Förderbedarfen

Aus der Anzahl der Kinder zwischen 0 und 6 Jahren sowie der Anzahl aller heilpädagogischen Leistungen und Komplexleistungen ergibt sich eine tatsächliche Förderquote der Kinder in dieser Altersklasse. Die Gegenüberstellung der sonderpädagogischen Förderbedarfe zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen mit der Förderquote kann nur Hinweise auf Tendenzen geben, sie bietet aber keine belastbare Datengrundlage zur Bewertung von Kausalitäten in Bezug auf die Verteilung und Erreichbarkeit von Frühförderleistungen in den Kreisen und kreisfreien Städten.

Die landesweite Quote aller heilpädagogischen Leistungen für Kinder und der Komplexleistungen liegt mit 5% weit unter dem durch die Schuleingangsuntersuchung erfassten Förderbedarf von 14%. Diese Differenz bietet mehrere Interpretationsmöglichkeiten. Die unterschiedliche Datenlage beider Statistiken weist auf eine Unschärfe Definition und Erfassung

der Daten hin. Sie kann in den unterschiedlichen Definitionen der Förderbedarfe durch das Frühfördersystem und das Bildungssystem begründet sein. Zum anderen kann sie Ausdruck einer unterentwickelten Infrastruktur und fehlender Erreichbarkeit von Anbietern von Frühförderleistungen sein. Letztere Deutung wirft eine bisher nicht thematisierte Fachfrage nach einer professionellen Bedarfsplanung auf, wie die Ansiedlung und Auswahl der Anbieter von Frühförderleistungen nach sozio-demografischen Grundlagen erfolgen können.

In Schleswig-Holstein unterliegen die Ansiedlung und damit die Verteilung von Anbietern von Frühförderleistungen keinen koordinierenden und steuernden Einflussfaktoren durch eine vorhergehende regionale oder überregionale Bedarfsermittlung. Die Verortung und die Zahl der Anbieter von Frühförderleistungen stehen in keinem Zusammenhang mit z.B. durch die Schuleingangsuntersuchung oder die Bevölkerungsstatistik aufgezeigten Einwohnerzahlen oder der Anzahl möglicher Förderbedarfe.

Für die schleswig-holsteinischen Kommunen gibt es kaum Einflussmöglichkeiten, um Anbieter von Frühförderleistungen gezielt anzusiedeln, damit die heilpädagogische wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden kann. Zugleich haben Anbieter von Frühförderleistungen einen Rechtsanspruch auf eine ermessensfehlerfreie Entscheidung des Sozialhilfeträgers über den Abschluss einer Leistungsvereinbarung (vgl. Grube/Wahrendorf 2005). Demnach müssen Anbieter von Frühförderleistungen nur die normativen Voraussetzungen der Leistungsfähigkeit für den Abschluss einer Leistungsvereinbarung erfüllen.

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass in allen Kreisen und kreisfreien Städten Anbieter allgemeiner Frühförderung zu finden sind. Trotzdem lassen sich daraus keine Rückschlüsse auf Größe, personelle Ausstattung und Leistungsangebot der Einrichtung ziehen. Demzufolge können daraus keine Bewertungen der Versorgungssicherheit bzw. der Unter- oder Überversorgung erfolgen.

In der DISW-Anbieterbefragung wurde die Versorgungsstruktur von Kindern mit Frühförderbedarf überwiegend als gut befunden:

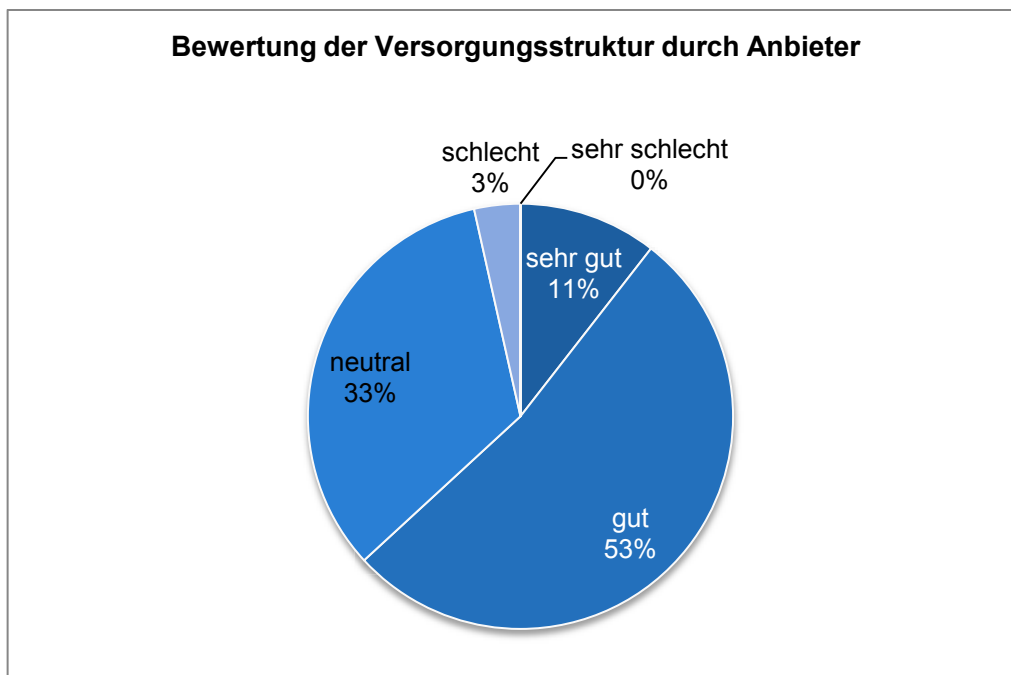


Abbildung 9: Bewertung der Versorgungsstruktur durch Anbieter

Durch die DISW-Anbieterbefragung wurde bestätigt, dass aufgrund der überwiegend mobilen Arbeitsweise die familien- und wohnortnahe Frühförderversorgung in ganz Schleswig-Holstein sichergestellt werden kann.

4.4.3.3 Verteilung und Erreichbarkeit IFF

Zum Stichtag 28.02.2012 gab es in Schleswig-Holstein 11 Interdisziplinäre Frühförderstellen, die sich auf folgende Kreise / kreisfreie Städte verteilen:

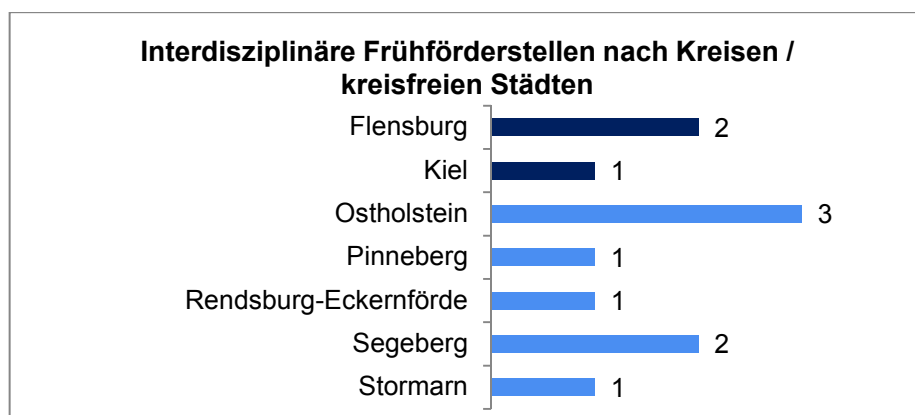


Abbildung 10: Interdisziplinäre Frühförderstellen nach Kreisen / kreisfreien Städten

Mit der Unterzeichnung der LRV-SH im Jahr 2007 wurden die Mindestanforderungen und Standards der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen der Komplexleistung geregelt. Zu diesem Zeitpunkt gab es noch keine IFF in Schleswig-Holstein. Die Entwicklung der IFF und damit des Angebots der Komplexleistung begann mit Eröffnung der ersten IFF im Herbst 2008 im Kreis Ostholstein.

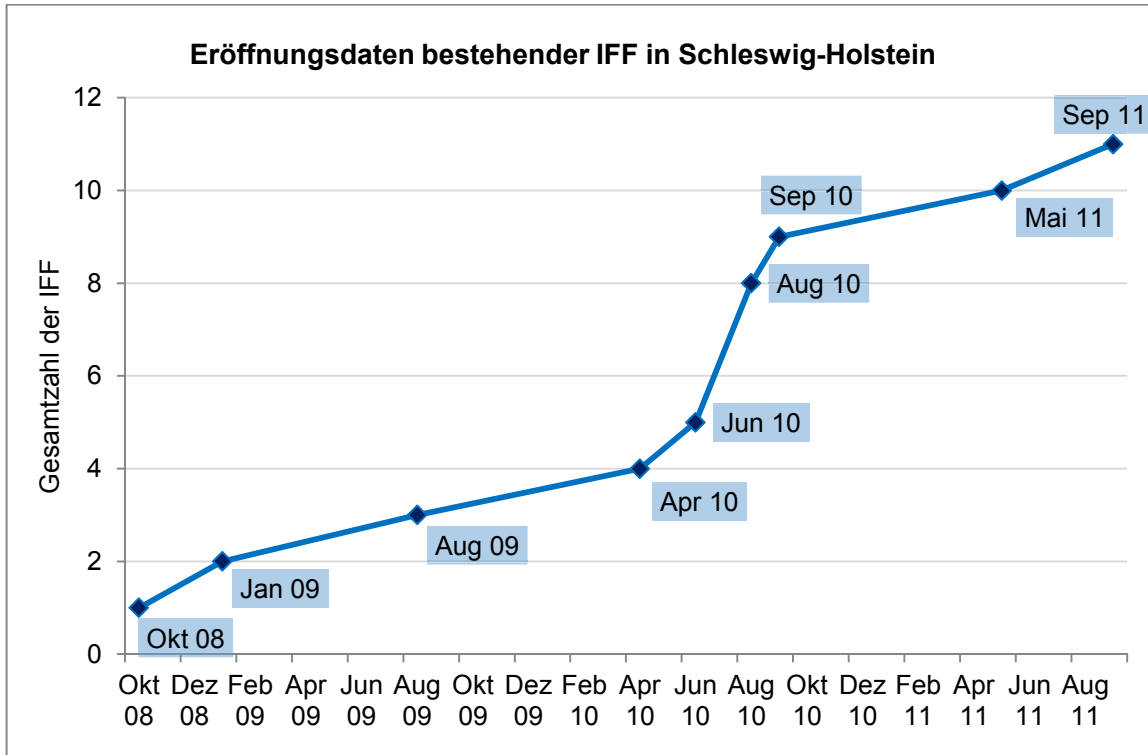


Abbildung 11: Eröffnungsdaten bestehender IFF in Schleswig-Holstein

Diese geringe Streuung der IFF hat zwei Ursachen. Zum einen wurden keine Anbieter von IFF aktiv durch die Kostenträger der Komplexleistung gesucht. Zum anderen haben sich nicht in allen Regionen Anbieter für Komplexleistung gefunden, weil die Vorgaben durch die LRV-SH offenbar eine große Hürde darstellen.

Die DISW-Anbieterbefragung bestätigt durch die Abfrage von Hinderungsgründen zur Eröffnung einer IFF dieses Bild:

Hinderungsgründe zur Eröffnung einer IFF (Anzahl der Antworten)	
Schlechte Rahmenbedingungen durch LRV-SH , zu hoher finanzieller Aufwand	15
Interdisziplinäre Arbeit und lokale Vernetzung funktionieren bereits gut	11
IFF rechnet sich nicht für Anbieter, ohne Abstriche in der Qualität in Kauf zu nehmen	7
Keine vertraglich geregelte, interdisziplinäre, einzelfallbezogene Zusammenarbeit durch LRV-SH möglich, die freie Therapeutenwahl soll jedoch erhalten bleiben	6
Ländliche Lage ungeeignet für IFF, weil nicht alle Leistungen mobil erfolgen und die freie Therapeutenwahl entfällt	4
Zu wenig Räume/Personal vorhanden	3
Mobile Arbeitsweise wird zurückgedrängt	2

Tabelle 8: Hinderungsgründe zur Eröffnung einer IFF

Zu den einzelnen Kategorien konnten im Verlauf der Begutachtung durch Praxisbesuche und Interviews Aussagen gesammelt werden, die bestätigen, dass die Rahmenbedingungen durch die LRV-SH große Hürden für die Zulassung von IFF darstellen. Demnach ist die Wirtschaftlichkeit aufgrund der geringen Zahl der Kinder in einer Komplexleistung sowie die räumlichen, materiellen und personellen Ausstattungsvorgaben für IFF häufig nicht gewährleistet, teilweise ist eine hohe Verschuldungssituation der Anbieter die Folge. Mit der Möglichkeit auch Leistungsverträge nach §125 Abs. 2 SGB V abschließen zu können, wird den Anbietern die Möglichkeit geboten, ihr Klientel im medizinisch-therapeutischen Bereich auszuweiten. So können auch Kinder nach Schuleintritt oder Erwachsene in den Räumen der IFF Heilmittel erhalten. Jedoch werden für die Leistungserbringung in den Praxisräumen außerhalb der Komplexleistung 10% der Vergütung abgezogen.

Die Folge einer fehlenden systemischen Planung und der Hinderungsgründe zur Eröffnung einer IFF durch Anbieter von Frühförderleistungen ist, dass es keine gleichmäßige Verteilung von IFF in der Fläche gibt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Zulassungsvoraussetzungen von IFF zwar landesweit über die LRV-SH geregelt sind, sich daneben aber kein landesweites Instrument zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch IFF etabliert hat.

Durch die DISW-Vertiefungsstudie IFF konnte die durchschnittliche Entfernung des Wohnorts der Kinder, die eine Komplexeleistung erhalten, zur IFF ermittelt werden. Folglich ist das Einzugsgebiet bei nur 2 IFF weiter als 30 km. 3 IFF haben ein Einzugsgebiet unter 30 km, 4 IFF unter 20 km und 2 IFF unter 10 km:

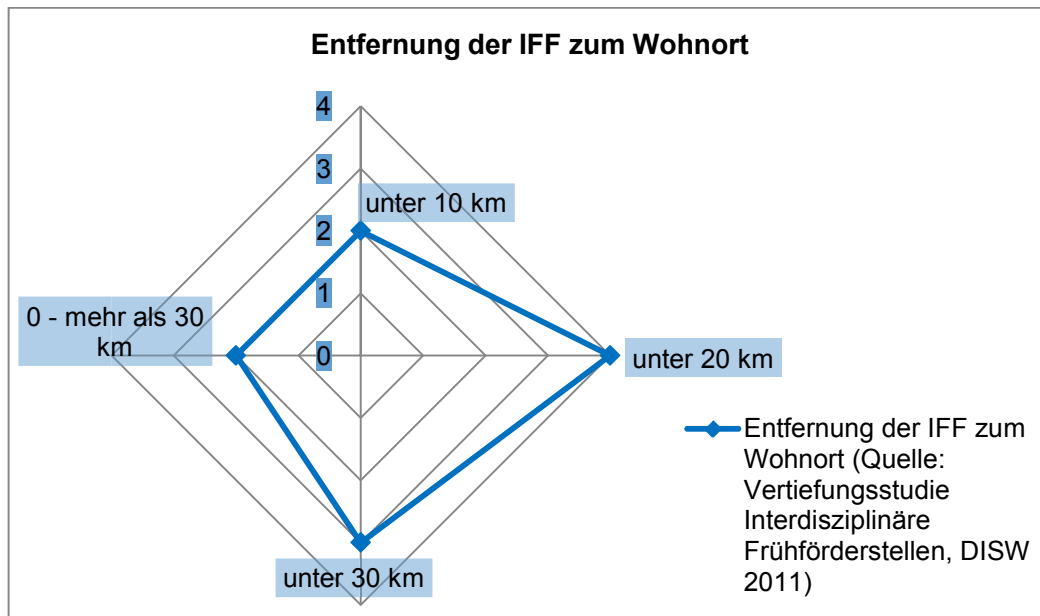


Abbildung 12: Entfernung der IFF zum Wohnort

Die heilpädagogischen Anteile der Komplexeleistung erfolgen vorwiegend mobil im sozialräumlichen Umfeld des Kindes. Die medizinisch-therapeutischen Anteile sind ambulant ausgerichtet, in Einzelfällen kann bei medizinischer Begründung gegenüber dem Kostenträger die Leistung mobil erbracht werden. Eine flächendeckende Versorgung kann allerdings nicht sichergestellt werden. Aufgrund des eingeschränkten (regionalen) Einzugsgebiets von Interdisziplinären Frühförderstellen ist damit auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Komplexeleistung auf den Aktionsradius der Frühförderstellen und eine zumutbare (praktikable) Erreichbarkeit für Eltern und Kinder beschränkt.

4.4.3.4 Verteilung und Erreichbarkeit LFZ

Die spezielle Frühförderung im Bereich des Sehens und Hörens wird durch die LFZ Sehen und Hören zentral, d.h. landesweit koordiniert. Sie bilden den organisatorischen Rahmen für alle Frühförderaktivitäten bei Kindern mit Seh- und Hörbehinderungen in Schleswig-Holstein. Die spezielle Frühförderung ist in allen Regionen in enger Kooperation mit den Anbietern von Frühförderleistungen fördernd, begleitend, beratend und qualifizierend aktiv.

Das LFZ Sehen betreut im Schuljahr 2011/2012 nach eigenen Angaben (abgefragt am 20.02.2012) im Früh- und Elementarbereich landesweit 166 Kinder. 27 Fachkräfte, die sich auf

insgesamt 8 Vollzeitstellenäquivalente verteilen, sind in allen Kreisen und kreisfreien Städten beratend und unterstützend tätig.

Das LFZ Hören betreut nach eigenen Angaben vom 20.02.2012 in Schleswig-Holstein insgesamt 206 Kinder im Rahmen der speziellen Frühförderung. 12 pädagogische Fachkräfte, die in ganz Schleswig-Holstein mobil im Einsatz sind, teilen sich insgesamt 6,2 Vollzeitstellenäquivalente.

Die Angebote der speziellen Frühförderung werden zentral organisiert und landesweit mobil sowie ambulant in den LFZ in Schleswig ausgeführt. Die mobilen Fachkräfte haben eine kreisweise Zuteilung, die aber nicht starr ist, sondern bei Bedarf durchbrochen werden kann. Dadurch ist eine flächendeckende Versorgung sichergestellt.

4.4.3.5 Verteilung und Erreichbarkeit der SPZ

Die Sozialpädiatrischen Zentren in Kiel, Lübeck und Pelzerhaken leisten zwar keine Frühförderung, stehen aber in enger Kooperation mit den Anbietern von Frühförderleistungen sowie mit Kindern und Familien in Frühförderung. Der Einzugsradius der SPZ geht, bedingt durch die fachlichen Schwerpunkte der SPZ, teilweise über die Grenzen Schleswig-Holsteins hinaus.

Die SPZ Kiel und Lübeck werden mit je ca. 800 Überweisungsscheinen pro Jahr konsultiert. Im Kinderzentrum Pelzerhaken werden jährlich etwa 500 Kinder stationär betreut. Die Anzahl der ambulant betreuten Kinder wächst nach eigenen Angaben und liegt derzeit bei 1200 Kindern.

Alle SPZ sind an der schleswig-holsteinischen Ostseeküste verortet, im Norden und Westen Schleswig-Holsteins gibt es kein SPZ, folglich sind die Anfahrtswege in vielen Fällen weit und führen insbesondere bei ambulanten Maßnahmen zu einem erheblichen Aufwand für Kinder und ihre Eltern. Zu prüfen wäre, wie SPZ-Leistungen mobil und in Kooperation mit Anbietern vor Ort erbracht werden können, damit die Versorgung im ganzen Land sichergestellt werden kann.

4.4.4 Anbieter

4.4.4.1 Anerkennungs- und Zulassungsverfahren AFF

Die Anerkennungs- und Zulassungsverfahren für AFF unterliegen bundesweiten Mindeststandards in Bezug auf die Voraussetzung zur Anerkennung und Zulassung durch Leistungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XII für ambulante heilpädagogische Maßnahmen. Die Vereinbarungen der AFF, die vor Inkrafttreten des SGB XII (01.01.2005) abgeschlossen wurden, beziehen sich auf den nahezu inhaltsgleichen § 93 BSHG.

§ 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XII:

„Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

- 1) Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
 - 2) die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
 - 3) die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)
- besteht.“

Auf dieser Grundlage verpflichtet sich der Sozialhilfeträger zur Übernahme der Vergütung, in dem mit dem Einrichtungsträger vereinbarten Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung. Ferner sind die Vergütung ambulanter heilpädagogischer Maßnahmen und die Prüfung ihrer Wirtschaftlichkeit und Qualität Bestandteil der Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger. Die Anerkennung als Anbieter allgemeiner heilpädagogischer Frühförderung erfolgt durch die jeweiligen örtlichen Sozialhilfeträger durch eine Leistungsvereinbarung. In der Regel werden Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen in einer Vereinbarung zusammengefasst. Die Inhalte der einzelnen Vereinbarungsteile können hier variieren. Die Vergütungsvereinbarung wird gesondert abgeschlossen und kann mit dem Sozialhilfeträger jedes Jahr neu verhandelt werden. Wesentliche Bausteine der Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen sind:

- Präambel / rechtliche Grundlagen
- Art, Ziele und Umfang der Leistungen
- Zielgruppen
- Qualität der Leistungen und deren Überprüfung
- Personelle, räumliche und sachliche Ausstattung
- Direkte und indirekte Leistungen
- Leistungsgerechte Entgelte
- Abrechnungsmodi
- Pauschalen
- Inkrafttreten der Vereinbarung
- Kündigungsfristen
- Anpassung der Vereinbarung und Verhandlung bei Änderung der Rahmenbedingungen

Vor Vertragsabschluss kann eine Prüfung der angegebenen Voraussetzungen durch den Sozialhilfeträger erfolgen. Neben den Mindestqualifikationen als staatlich anerkannte HeilpädagogIn, HeilerzieherIn oder ErzieherIn mit heilpädagogischer Zusatzausbildung gibt es aller-

dings keine weiteren, landesweit gültigen Anerkennungsvoraussetzungen. Seit 2010 koordiniert die KosoZ jedoch einheitliche Voraussetzungen für die Kreise Schleswig-Holsteins ein.

Die Leistungsvereinbarungen können gemäß den rechtlichen Vorgaben in ihrer Ausgestaltung variieren. Es obliegt dem zuständigen Sozialhilfeträger und dem Leistungserbringer in Verhandlung zu treten und die inhaltliche Ausgestaltung dieser Vereinbarungen flexibel zu gestalten. Diese Praxis zeichnet sich durch die großen Spielräume aus, mit denen die kommunalen Kostenträger die Strukturqualität der AFF in ihrem Kreis oder ihrer kreisfreien Stadt regional beeinflussen können. Gleichzeitig verursachen diese fehlenden Standards neben der Kritik der Anbieter bezüglich intransparenter Voraussetzungen auch eine Vielzahl unterschiedlicher Anbieterinfrastrukturen, die sich letztlich auf die Qualität der Leistungen auswirken können. Eine landesweit einheitliche Checkliste mit strukturellen Mindestanforderungen an eine AFF könnte diese Defizite beheben.

Die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen zwischen AFF und den Trägern der Sozialhilfe bilden die Rechtsgrundlage für die Finanzierung der AFF. Durch Praxisbesuche und die Analyse dieser Vereinbarungen konnte ein exemplarisches Bild über die inhaltliche Ausgestaltung erhoben werden. Demnach enthalten die Leistungsvereinbarungen Absätze zur Regelung der Vergütung. Diese sind derzeit (noch) nicht kreisübergreifend standardisiert. Exemplarische Beispiele von Regelungen zur Vergütung in den Leistungsvereinbarungen sind:

- „Grundlage der vereinbarten Vergütung sind: direkte Leistungen 70%, indirekte Leistungen 30%. Für jedes zu betreuende Kind werden mindestens zwei Fachleistungsstunden gewährt, in der Regel wöchentlich. Fehlstunden werden durch den Sozialhilfeträger vergütet, wenn eine Absage kurzfristig (am selben Tag) erfolgt. (...)“
- „Der Umfang der Leistungen wird im jeweiligen Teilhabeplan festgelegt. Die Abrechnung der Leistung (...) erfolgt auf Grundlage des Nachweises der Zeiten für direkte Leistungen im Rahmen der Fachleistungsstunde. (...) Die Vergütung der Diagnostik, die im Auftrag des Leistungsträgers durchgeführt wird, erfolgt auf der Grundlage der vereinbarten Vergütung für Fachleistungsstunde sowie erforderlich die Fahrkostenpauschale.“
- „Für die in dieser Vereinbarung festgelegten Leistungen wird eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen. Grundlage der vereinbarten Vergütung sind Leistungen für Kind und Familie, Nebenarbeitszeiten für vorbereitende und nachbereitende Tätigkeiten, Fahrzeiten, Leistungen bei der Aufnahme (Diagnostik, Hilfeplanung etc.), sonstige Leistungen. Bei der Vergütung sind Ausfallzeiten (...) zu berücksichtigen. Fehlstunden werden durch den Sozialhilfeträger nur dann vergütet, wenn die Absage durch die Eltern kurzfristig, d.h. am gleichen Tag, erfolgt ist (...). Als Vergütung werden in diesen Fällen pauschal 66 v.H. des direkten Stundensatzes festgelegt.“

Diese exemplarische Betrachtung zeigt, was durch Experten- und Fokusgruppeninterviews bestätigt wurde: die Rahmenbedingungen für die Vergütung von AFF sind regional (noch) sehr unterschiedlich.

Derzeit finden in den schleswig-holsteinischen Kreisen und kreisfreien Städten Standardisierungsprozesse zur Vereinheitlichung der Finanzierungsgrundlagen statt, die aber noch nicht in allen Kreisen und kreisfreien Städten zu neuen Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sowie verbindlichen Hilfeplanungen durch die Träger der Sozialhilfe geführt haben. In einigen Kreisen sind im Zuge dieser Prozesse bereits mit allen Anbietern heilpädagogischer Leistungen neue Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach den neuen Standards verhandelt worden, in anderen Kreisen teilweise, und in einzelnen Kreisen gibt es dahingehend anfängliche Prozesse.

4.4.4.2 Anerkennungs- und Zulassungsverfahren IFF

Die Anerkennung und Zulassung von IFF ist in Schleswig-Holstein durch ein standardisiertes Anerkennungsverfahren für Interdisziplinäre Frühförderstellen gemäß LRV-SH landesweit geregelt. Bei Antragstellung auf Anerkennung einer IFF bildet sie den Rahmen für Mindestanforderungen und fachlichen Standards, die sich gemäß § 12 LRV-SH wie folgt darstellen:

- 1) Allgemeine Anforderungen
- 2) Personelle Anforderungen
 - für den heilpädagogischen Bereich
 - für den medizinisch-therapeutischen Bereich
 - für den ärztlichen und psychologischen Bereich

Zwischen den Kostenträgern und der Interdisziplinären Frühförderstelle wird ein „Vertrag über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF)“ geschlossen, der § 30 SGB IX in Verbindung mit dem SGB XII, die FrühV sowie die LRV-SH zur Grundlage hat. Inhalte der Vereinbarungen sind beispielsweise:

- Organisatorische Voraussetzungen
- Leistungserbringung im heilpädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bereich
- Voraussetzungen für und Anforderungen an die Leistungserbringung
- Qualitätsanforderungen und Leistungsinhalte
- Durchführung der Leistung
- Kooperation zwischen IFF und ÖGD
- Vergütung und Abrechnung
- Wirtschaftlichkeitsprüfung

Antrags- und Anerkennungsverfahren IFF	
Anerkennungsverfahren als IFF	Erläuterungen
1. Antrag auf Anerkennung beim zuständigen Sozialhilfeträger	Initiative des Leistungserbringers: Kontaktaufnahme mit dem Sozialhilfeträger, dieser händigt Formulare/Anträge und allg. Informationen der Krankenkassen sowie Formblätter zur IFF aus.
2. Einreichung der Nachweise über die Voraussetzung der Anerkennung beim zuständigen Sozialhilfeträger	Je 1 Formblatt für alle medizinisch-therapeutischen Bereiche der IFF sowie ggf. weitere Formblätter an die prüfenden Landesverbände der GKV und den zuständigen Sozialhilfeträger.
3. Prüfung der heilpädagogischen Voraussetzungen durch den zuständigen Sozialhilfeträger und Prüfung der medizinisch-therapeutischen Voraussetzungen durch die Landesverbände der GKV	Prüfung der eingereichten Unterlagen durch den zuständigen Sozialhilfeträger und die Landesverbände der GKV. Prüfung der Anforderungen durch Begehung der Einrichtung zur Überprüfung der vollen Niederlassungsvoraussetzungen für Heilmittelerbringer sowie der Kriterien für die therapeutische Behandlung Erwachsener.
4. Vertrag über die Erbringung und Vergütung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF)	Die unterzeichnenden Vertragspartner sind: <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsanbieter (IFF) • ggf. Kooperationspartner/ Mitglied-schafter • zuständiger Sozialhilfeträger • Landesverbände der GKV (u.a. AOK, VdEK, BKK, Landwirtschaftliche Krankenkasse, IKK und Knappschaft).
5. Vergütungsvereinbarung	Die Vergütungsvereinbarung regelt therapeutische Leistungen in der IFF. Jeder Therapierichtung ist eine extra Positionsnummer (IK-Nummer) zugewiesen. Jede IFF muss für die Rechnungslegung über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) verfügen, über das mit den Krankenkassen/-verbänden abgerechnet wird.
6. Leistungs- und Vergütungsvereinbarung über heilpädagogische Frühförderung in einer IFF	Neben der Komplexleistung und der Heilmittelerbringung kann durch eine IFF auch nach Abschluss einer Leistungs- und Vergütungsvereinbarung zwischen dem zuständigen Sozialhilfeträger und der IFF allg. heilpädagogische Frühförderung erbracht werden. Dieses Verfahren unterliegt keinen landesweiten Standards (s.o.).

Tabelle 9: Antrags- und Anerkennungsverfahren IFF

Alle existierenden IFF in Schleswig-Holstein haben dieses Anerkennungsverfahren durchlaufen. Die Dauer des gesamten Verfahrens, von der Antragsstellung bis zum Vertragsabschluss gestaltet sich heterogen:

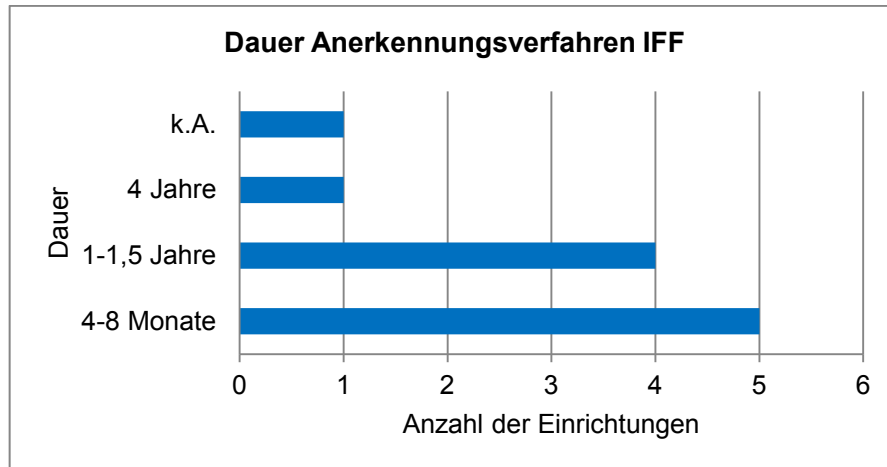


Abbildung 13: Dauer Anerkennungsverfahren IFF

Die Dauer des Zulassungsverfahrens von 4 Jahren ist damit zu erklären, dass es zum Zeitpunkt der Antragstellung noch keine landesrechtliche Regelung zur Umsetzung der Komplexleistung gab. Darüber hinaus ist keine signifikante Korrelation zwischen dem Zulassungsdatum und der Dauer des Anerkennungsverfahrens festzustellen.

Die Gründe für die unterschiedliche Dauer des Anerkennungsverfahrens lassen sich neben dem individuellen Einsatz der Antragsteller (IFF) durch die im Zulassungs- und Anerkennungsverfahren festgelegten Prüfungsinhalte erklären. Das gesamte Verfahren ist durch einen hohen zeitlichen und bürokratischen Aufwand gekennzeichnet. Inhaltlich umfasst das Verfahren die gleichen Qualitätsansprüche wie in den einzelnen niedergelassenen medizinisch-therapeutischen Bereichen.

Die DISW-Vertiefungsstudie IFF liefert ein Bild über die tatsächlich geprüften Voraussetzungen durch die Krankenkassen und die Sozialhilfeträger:

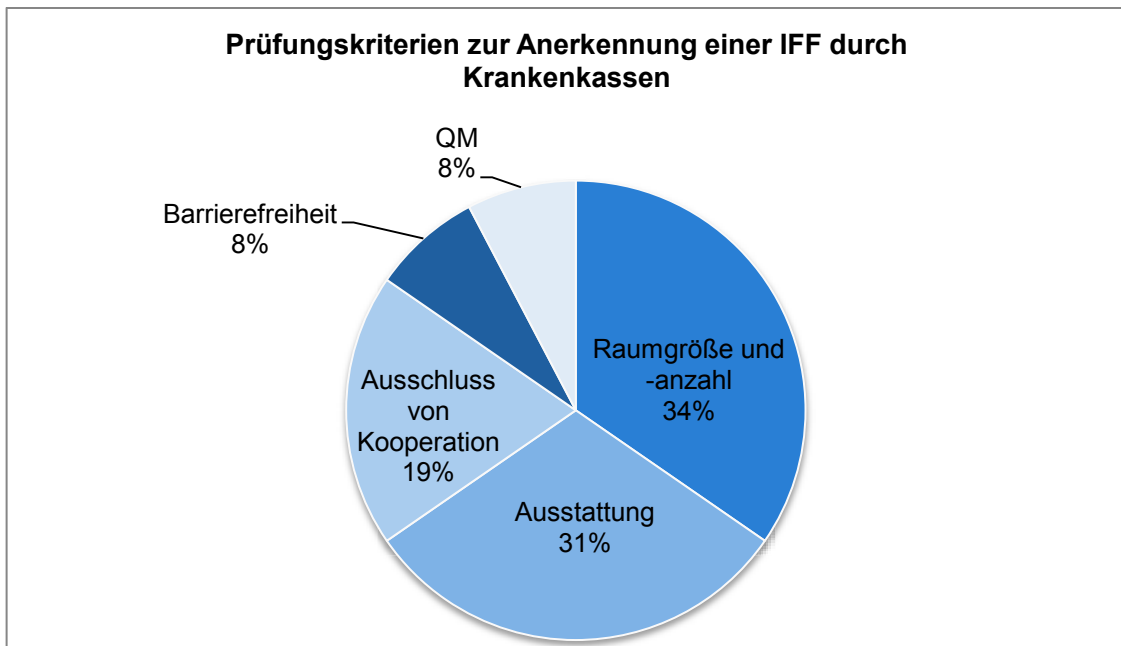


Abbildung 14: Prüfungskriterien zur Anerkennung einer IFF durch Krankenkassen

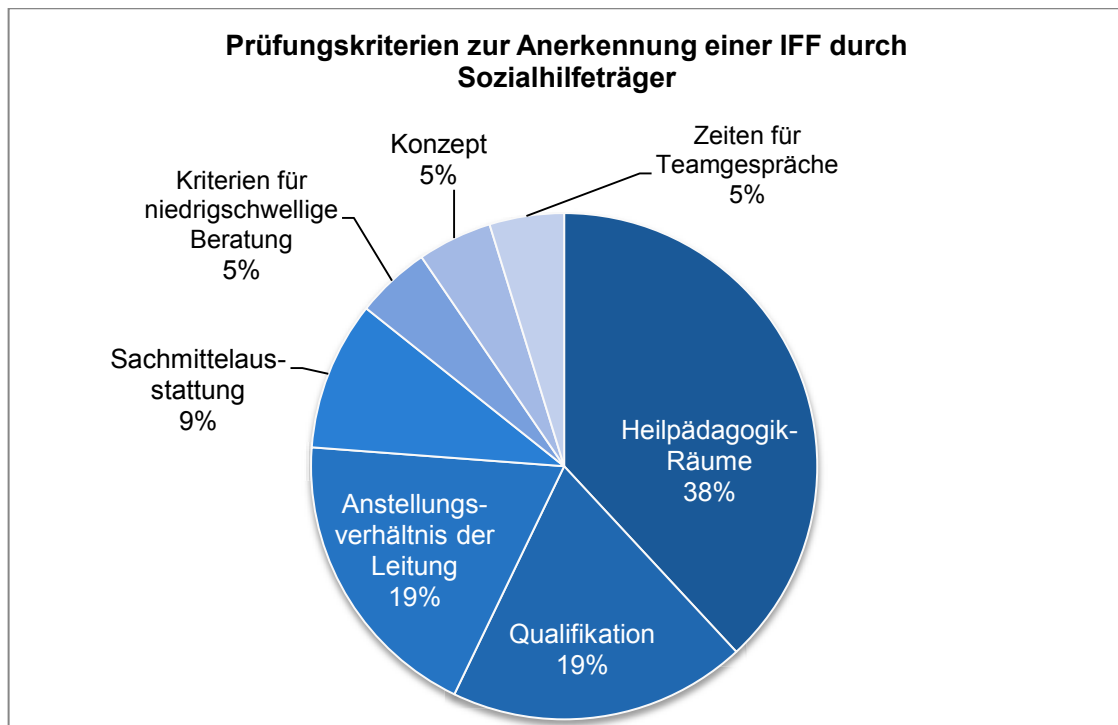


Abbildung 15: Prüfungskriterien zur Anerkennung einer IFF durch Sozialhilfeträger

Das Verfahren ist durch die LRV-SH weitestgehend landesweit angeglichen. Besonders die Vorgaben (Anforderungen) zur Anerkennung des medizinisch-therapeutischen Bereichs sind einheitlich geregelt.

Dabei fällt auf, dass sich die Prüfung des medizinisch-therapeutischen Bereichs der IFF durch die Krankenkassen nach einheitlichen fixen Zulassungsbedingungen gemäß § 124 Abs. 2 SGB V für die Erbringung von Heilmitteln richtet. Bei den Vorgaben (Anforderungen) für den heilpädagogischen Bereich gibt es neben der Anstellung der/des HeilpädagogIn mit mindestens einer halben Stelle und des Vorweises von mindestens drei Jahren Berufserfahrung keine landesweiten Standards der zu erfüllenden Kriterien. Jeder kommunale Sozialhilfeträger kann besonders die räumlichen Vorgaben mit den Leistungsanbietern flexibel anpassen.

4.4.4.3 Trägerzugehörigkeit

Durch die DISW-Erhebungsinstrumente wurden die Trägerschaften und Zugehörigkeit der Anbieter von Frühförderleistungen zu Organisationen erhoben.

AFF

Die DISW-Anbieterbefragung ergab folgende Trägerzugehörigkeit der AFF:

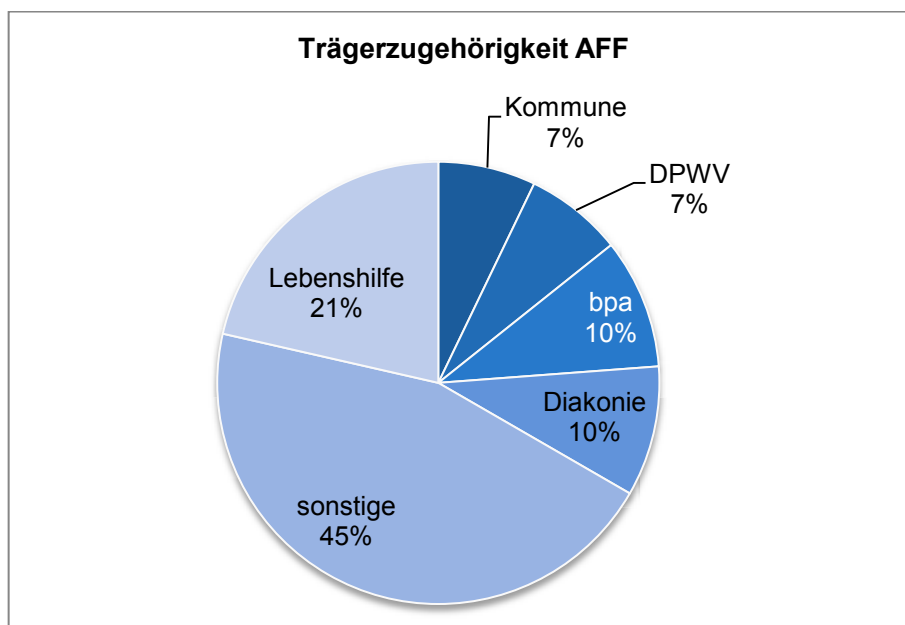


Abbildung 16: Trägerzugehörigkeit AFF

Die Lebenshilfe Schleswig-Holstein ist hier als Verband aufgeführt, weil sie selbst Träger vieler Frühfördereinrichtungen ist. Sie ist Mitglied im Dachverband des Paritätischen Schleswig-Holstein. Es stehen damit 36% der Anbieter unter dem Dach der freien Wohlfahrtspflege (DPWV und Diakonie). Weitere 9% der Anbieter von Frühförderleistungen sind über den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) organisiert und vertreten. 7% der Anbieter von Frühförderung sind in kommunaler Trägerschaft. Das zeigt, dass die Hälfte (52%) der Anbieter allgemeiner Frühförderung in eine verbandliche oder öffentliche Organisationsstruktur eingebunden sind. Die andere Hälfte der Anbieter arbeitet privat gewerblich oder in kleinen Organisationseinheiten (z.B. Vereinen und Initiativen).

IFF

Die DISW-Anbieterbefragung ergab folgende Trägerzugehörigkeit der IFF:

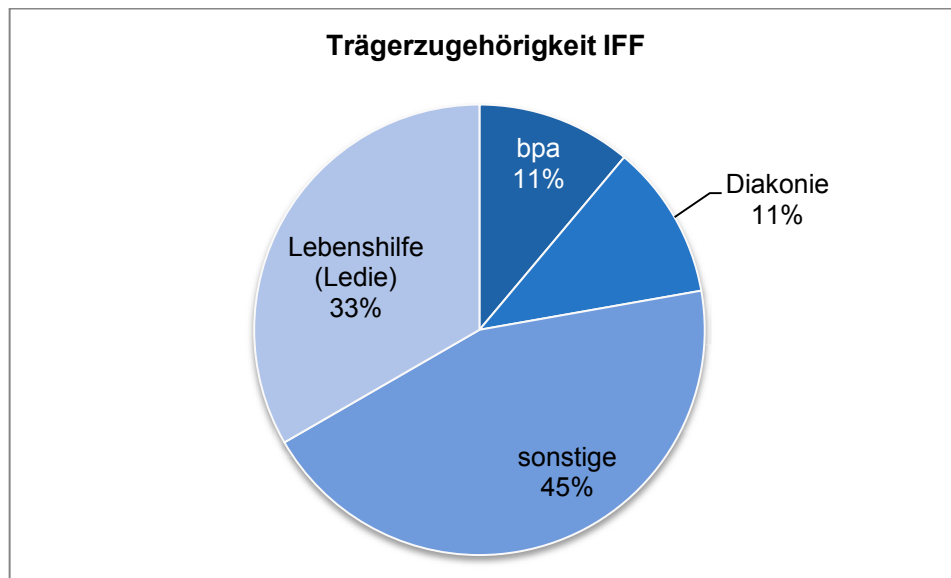


Abbildung 17: Trägerzugehörigkeit IFF

Eine Gegenprobe der Adressdatenbank aller IFF in Schleswig-Holstein ergibt ein ähnliches Bild. Demnach sind 5 der 11 IFF in einer Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Die anderen befinden sich in privat-gewerblicher oder privat-gemeinnütziger Trägerschaft.

LFZ

Sowohl die Dienst-, als auch die Fachaufsicht für beide LFZ liegt im Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein. Somit gibt es für beide LZF eine landeseinheitliche Struktur- und Prozessqualität, die durch die einheitliche Koordination sichergestellt wird.

SPZ

Die Trägerschaft der SPZ Kiel und Lübeck liegt beim Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Das SPZ Pelzerhaken befindet sich in Trägerschaft des Paritätischen Schleswig-Holstein.

4.4.4.4 Leitbilder und Leitlinien

Bei Leitbildern und Leitlinien in der Frühförderung geht es um die Frage nach dem normativen Rahmen, an dem sich die Anbieter von Frühförderleistungen orientieren. Das Menschen- bzw. Leitbild einer Organisation formuliert kurz und prägnant den Auftrag (Mission), die strategischen Ziele (Vision) und die wesentlichen Orientierungen für die Art und Weise ihrer Umsetzung (Werte).

Die Anbieter von Leistungen der Frühförderung weisen im Hinblick auf Verbandszugehörigkeit, Trägerschaft, Größe und Organisationsstrukturen unterschiedlichste Voraussetzungen auf. In den Leitbildern ist eine Vielzahl von unterschiedlichen Kategorien aufgeführt, die den normativen Orientierungsrahmen für alle strategischen und operativen Entscheidungen der jeweiligen Organisationen bilden.

Im Rahmen des WS 1 wollte das DISW von den Fach- und Führungskräften nach einer kurzen Einführung in die Systematik von Leitbildern und Zielen erfahren, welches aus ihrer fachlichen Sicht die entscheidenden Qualitätskriterien für Leitbilder und Ziele in der Frühförderung sind. Auch die Auswertung von schriftlichen Informationsmaterialien und Original-Leitbildern bestätigte diese große Vielfalt. Des Weiteren ließen sich daraus die verschiedensten Grundsatz-, Rahmen- und Ergebnisziele der Frühförderung ablesen.

Folgende Leitbildkategorien der Anbieter von Frühförderleistungen wurden durch Fach- und Führungskräfte aus diesem Bereich im WS 1 benannt:

- Inklusion
- Gleichberechtigung
- Selbstbestimmung
- Gesellschaftliche Wertschätzung
- Respekt, Entwicklung, Lebensqualität
- Gesundheitsförderung, Prävention
- Bestmögliche, frühzeitige Hilfen
- Im Mittelpunkt stehen das Kind und seine Familie
- Das Angebot arbeitet stets familienorientiert, niedrigschwellig, ressourcenorientiert
- Bündelung von fachlicher Kompetenz unter einem Dach
- Die Organisation arbeitet auf Grundlage der Interdisziplinarität, Vernetzung
- Gemeinsames Handeln von Anfang an

- Kooperation mit allen beteiligten Institutionen
- Personalentwicklung ist ein Instrument der Weiterentwicklung

Folgende Zielkategorien wurden genannt:

- Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen
- Verbesserung von Selbständigkeit
- Individuell angepasste Assistenz
- Stärkung der Familie
- Aktivierung und Erschließung des Sozialraums
- Hilfe zur Selbsthilfe

Darüber hinaus wurden Vorschläge zur Sicherstellung dieser Ziele von Frühförderung gemacht. Zum einen sollte die Qualität der Frühförderung durch eine überarbeitete, durch alle Akteure gemeinsam erstellte Landesrahmenvereinbarung (AFF und IFF) sichergestellt werden. Zum anderen könnte ein landesweit agierendes Gremium nach dem Modell des Landesjugendhilfeausschusses, das mit Kostenträgern und Leistungserbringern sowie weiteren Experten besetzt ist, Leitlinien und Zielvorgaben der Frühförderung in Schleswig-Holstein konsensual entwickeln und ihre Umsetzung sicherstellen.

4.4.4.5 Fach- und Führungskräfte

AFF und IFF

Die Form der Beschäftigungsverhältnisse im Bereich der Frühförderung verteilt sich, differenziert nach männlichen und weiblichen MitarbeiterInnen und Führungskräften, wie folgt:

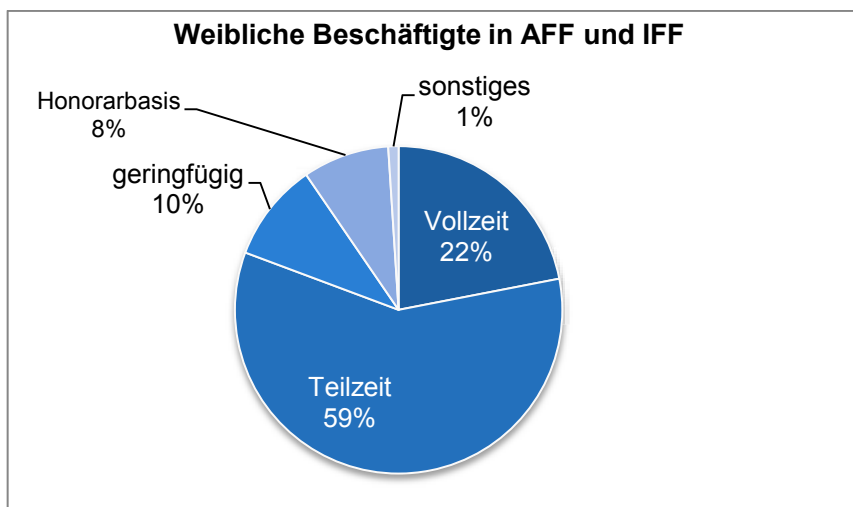


Abbildung 18: Weibliche Beschäftigte in AFF und IFF

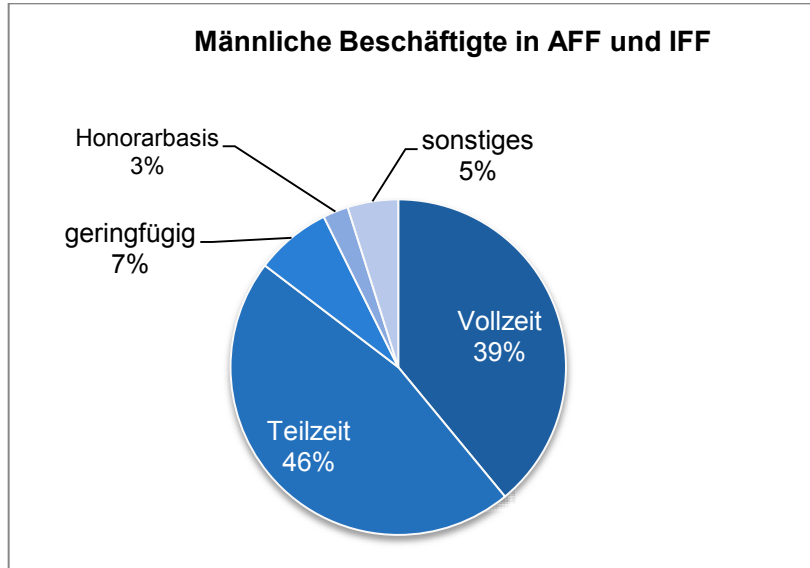


Abbildung 19: Männliche Beschäftigte in AFF und IFF

Die weiblichen Fach- und Führungskräfte sind mit 492 (dies entspricht 92%), im Gegensatz zu 41 männlichen Fach- und Führungskräften, deutlich in der Überzahl.

Erhebliche Unterschiede sind auch in Bezug auf die Art der Beschäftigungsverhältnisse zu erkennen. So arbeiten 22% der Frauen und 39% der Männer in Vollzeit. Eine ähnliche Verteilung lässt sich bei den Honorarkräften beobachten. Hier stehen 9% der Frauen 2% der Männer gegenüber. Auch bei der Teilzeitbeschäftigung ist ein ungleiches Verhältnis zwischen Frauen mit 58% und Männern mit 47% zu verzeichnen.

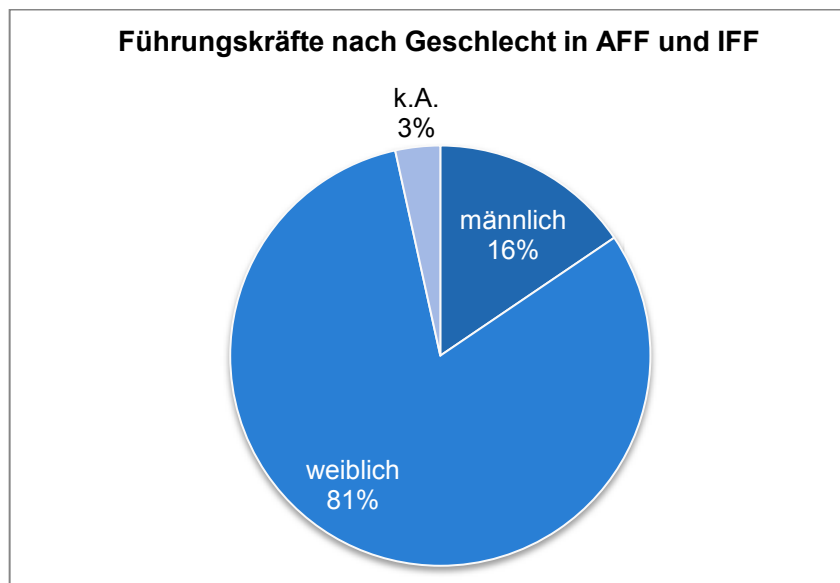


Abbildung 20: Führungskräfte nach Geschlecht in AFF und IFF

Durch die DISW-Anbieterbefragung konnten Daten über die Grund- und Zusatzqualifikationen der Fach- und Führungskräfte erhoben werden.

Die Führungskräfte der AFF und IFF bringen im Wesentlichen folgende Ausbildungsabschlüsse mit: Heilpädagogen (42%), Sozialpädagogen (20%), Dipl.-Pädagogen (11%), Sonderpädagogen / Soziarbeiter (11%), Heilerzieher (9%) und Dipl.-Heilpädagogen (7%).

Neben diesen pädagogischen Grundausbildungen wurden folgende Zusatzqualifikationen aufgeführt: Sensorische Integration, Eltern-/ Familienarbeit, Kinder- und Spieltherapie, Familientherapie, systemische Beratung und Diagnostik.

Die am häufigsten genannten Ausbildungsabschlüsse der Fachkräfte sind: Heilpädagogen (36), Sozialpädagogen (25), Ergotherapeuten (23), Diplom-Heilpädagogen (13), Logopäden (10), Physiotherapeuten (9) und Motopäden (9).

Bei den Zusatzqualifikationen waren die häufigsten Nennungen: Psychomotorik / Bewegungspädagogik (17), systemische Beratung (13), Sensorische Integration (11), Lerntherapie (6), Eltern-/Familienarbeit /-beratung (6), Zusatzqualifikationen zum Thema Sprache oder Kommunikation (6) und Kinder- und Spieltherapeut (5).

LFZ

Im LFZ-Sehen sind im Fachteam für den Früh- und Elementarbereich, das die spezielle Frühförderung im Bereich des Sehens leistet, 27 Fachkräfte, die sich insgesamt 8 Vollzeitstellenäquivalente teilen, angestellt. Sie setzen sich aus folgenden Professionen zusammen: Sonderschullehrer, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten (als Zusatzausbildung), Spezialisten für Diagnostik des Sehens.

Im LFZ-Hören sind für die spezielle Frühförderung insgesamt 12 Fachkräfte, die sich insg. 6,2 Vollzeitstellen teilen, in Schleswig-Holstein im Einsatz. Alle diese Fachkräfte bringen eine sonderpädagogische Ausbildung mit. Zuzüglich zu diesen Fachkräften wird der Frühförderbereich innerhalb des LFZ mit einer Vollzeitstelle geleitet.

SPZ

Nach eigener Definition der in Schleswig-Holstein ansässigen SPZ leisten sie keine Frühförderung. Daher waren die Personalstrukturen der SPZ nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

4.4.4.6 Qualitätsentwicklung

WS 1 bestätigte das Bild, dass die Praxis der Frühförderung aus ihrem Selbstverständnis heraus interdisziplinär organisiert ist und sich an den Bedürfnissen ihrer Klienten orientiert, d.h. der Kinder und deren Familien. Darüber hinaus gibt es keine schriftlich formulierten einheitlichen Standards und Methoden.

In der DISW-Anbieterbefragung äußerten sich zum Thema Qualitätssicherung 53 Anbieter der Frühförderung. Die häufigsten Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind: Fortbildungen, Weiterbildungen und Fachtage (19), Qualitätsmanagement (15), Supervision (13), Austausch und interdisziplinäre Arbeit mit externen Kräften (11), Dokumentation (10), Entwicklungspläne, Förderpläne und -berichte (9), Fallgespräche (9), MitarbeiterInnengespräche (7), Befragungen (6), Teambesprechungen und -sitzungen (6), Diagnostik (6), Evaluation (6) sowie kollegiale Fallberatung (5).

In einer offenen Fragestellung wurden durch die DISW-Anbieterbefragung die wahrgenommenen Fort- und Weiterbildungen der Fach- und Führungskräfte erhoben. Es hat sich gezeigt, dass die Anbieter von Frühförderung ebenso wie in den Bereichen der infrastrukturellen Standards im Bereich der Fort- und Weiterbildungen der Fach- und Führungskräfte sehr vielfältig aufgestellt sind. Die mehrfach genannten Fort- und Weiterbildungen sind: Familienberatung, Elternberatung und Elternarbeit (10), Fortbildungen der Ärztekammer Schleswig-Holstein (9), allgemeine Beratung (9), Kindesentwicklung (8), hausinterne Teamfortbildungen (6), Gesprächsführung (5), Diagnose- und Testverfahren (5), Erste Hilfe (4), interdisziplinäre Arbeit bzw. Netzwerkarbeit (4), Psychomotorik (4), Sprache (4), Fortbildungen des LFZ-Sehen (3), Teambesprechungen und -beratungen (3), Supervision (3), Sensorische Integration (3), Fortbildungen im Bereich der Hörstörungen (3), Gebärdensprache (2).

Supervision wird in 63% der Fälle in den nachfolgend genannten Zeitabständen genutzt:

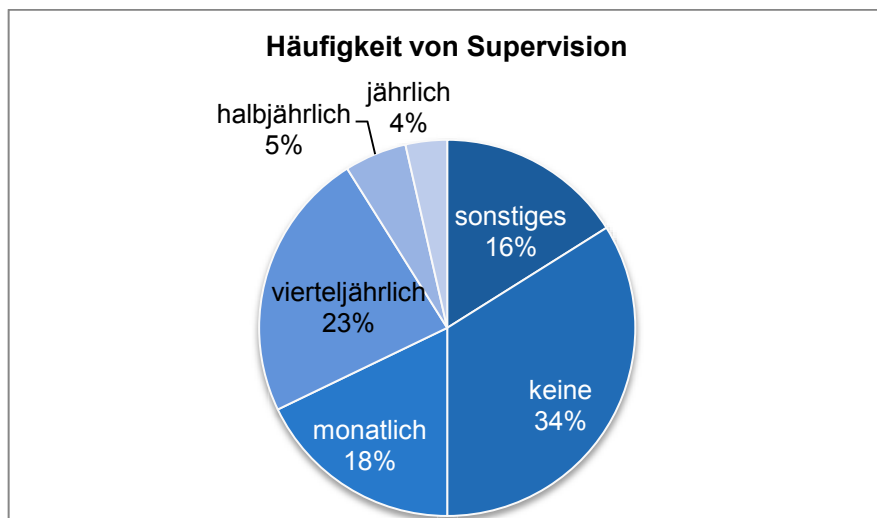


Abbildung 21: Häufigkeit von Supervision

Die genannten Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Supervision sind fehlende Notwendigkeit, fehlende Finanzierungsmöglichkeiten sowie fehlende zeitliche Ressourcen oder das Vorhandensein von internem und externem Austausch.

Auch bei der Frage nach Dokumentationsverfahren fällt auf, dass es keine einheitlichen Standards gibt. So nutzen zwar 28 Anbieter von Frühförderleistungen standardisierte Dokumentationsverfahren, es handelt sich bei diesen Verfahren aber um verschiedene Formen, wie beispielsweise ISSAB⁴, SOFIA⁵ oder QMC⁶. 23 Anbieter von Frühförderleistungen nutzen selbst entwickelte Dokumentationsverfahren.

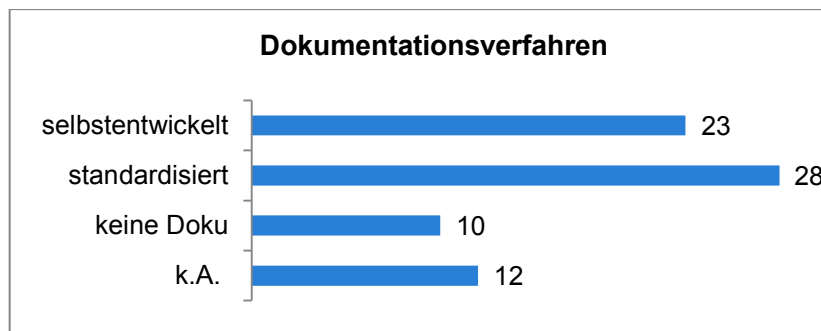


Abbildung 22: Dokumentationsverfahren

4.4.5 Zwischenfazit

Erstmals für Schleswig-Holstein stellt dieser Untersuchungsteil umfassend das Gesamtsystem und die Teilsysteme der Frühförderung dar. Die Wohlfahrtsverbände nehmen in diesem System eine besondere Position ein. Zum einen vertreten sie ihre Einrichtungsträger und deren Aktivitäten anwaltschaftlich, zum anderen haben sie die Funktion der advokatorischen Vertretung ihrer Zielgruppen. Damit nehmen die Wohlfahrtsverbände im Namen ihrer Mitglieder (Leistungsanbieter) und deren Zielgruppen das doppelte Mandat wahr, was letztlich dazu führte, dass die so organisierten Träger fachliche und personelle Standards ihrer Einrichtungen etablieren konnten – und dies zumeist in bundesweitem fachlichen Verbund. Dieser Befund gilt nicht für die Vielzahl der nicht verbandlich organisierten Anbieter.

Das außerordentlich differenzierte Gesamtsystem in Schleswig-Holstein enthält deutliche regionale Qualitätsunterschiede und Versorgungslücken besonders im Bereich der IFF. Veränderungsbedarfe liegen deshalb in der Entwicklung von landesweiten Mindeststandards und mehr Transparenz über die Steuerungslogiken auf Landes- und regionaler Ebene sowohl für die Anbieter wie insbesondere auch für die kooperierenden Akteure und für die Eltern.

⁴ Institut für Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung (ISSAB) der Universität Duisburg-Essen

⁵ Management-Software für Frühförderstellen

⁶ Qualitätsmanagement-Software für die Eingliederungshilfe, QM-Center des Anbieters Darwin Beratungsgesellschaft mbH

4.5 Leistungsprozesse

4.5.1	Allgemeine Frühförderung.....	101
4.5.1.1	Zugangswege	102
4.5.1.2	Eingangsphase	104
4.5.1.3	Förderphase.....	106
4.5.1.4	Ausgangs- und Übergangsphase	106
4.5.2	Komplexleistung	107
4.5.2.1	Zugangswege	108
4.5.2.2	Eingangsphase	109
4.5.2.3	Förderphase.....	112
4.5.2.4	Ausgangs- und Übergangsphase	112
4.5.3	Spezielle Frühförderung.....	113
4.5.3.1	Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Sehen.....	113
4.5.3.2	Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Hören.....	113
4.5.4	Leistungsprozesse in SPZ	114
4.5.5	Zwischenfazit.....	114

Die Erbringung der allgemeinen Frühförderung und der Komplexleistung lässt sich, gestützt auf die Untersuchungsinstrumente DISW-Vertiefungsstudie IFF, Experten- und Fokusgruppeninterviews, Workshops, Dokumentenanalysen sowie auf Literatur- und Datenrecherchen, umfassend und detailliert darstellen. Dabei wird der Fokus auf die Wege in die und aus der Frühförderung, die Leistungsprozesse sowie die Übergänge gerichtet.

4.5.1 Allgemeine Frühförderung

Die Leistungserbringung der allgemeinen Frühförderung erfolgt auf Basis von Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ausschließlich auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, was eine große Vielfalt in der Ausgestaltung der Leistungsprozesse sowie der Rahmenbedingungen zur Folge hat.

Es lassen sich dennoch grundlegende Elemente der Prozesse der Leistungserbringung benennen, die sich rechtlich und fachlich begründet bei jeder allgemeinen Frühförderung wiederfinden. Der Prozess der Leistungserbringung lässt sich in die Eingangs-, Förder- sowie Ausgangs- und Übergangsphase unterteilen.

In Zusammenarbeit mit Fach- und Führungskräften des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein konnte im Verlauf der Untersuchung eine systematische Darstellung der Prozessgestaltung entwickelt werden (WS 2 „Optimierung von Leistungsprozessen“):

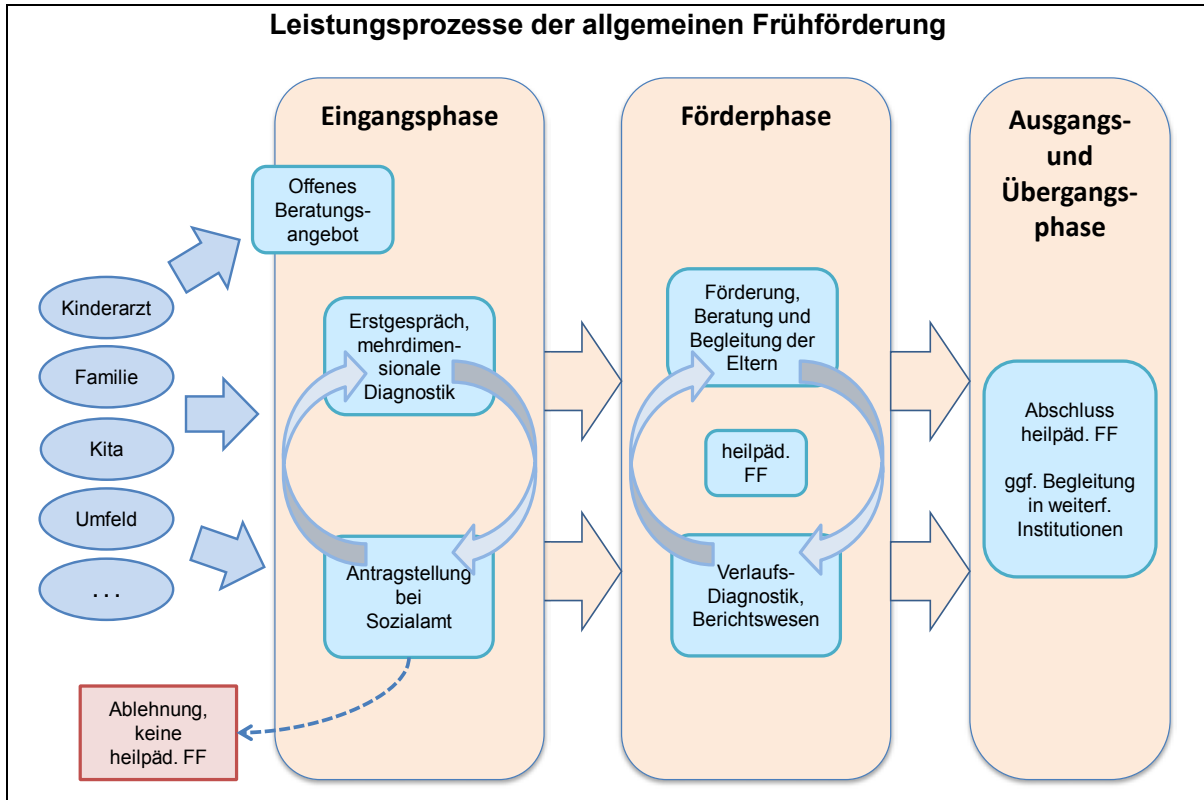


Abbildung 23: Leistungsprozesse der allgemeinen Frühförderung

Die dargestellten Bausteine der allgemeinen Frühförderung können in ihrer Abfolge innerhalb des festen Rahmens der jeweiligen Phasen variieren. Gleichzeitig gibt es, wie im Fall des offenen Beratungsangebots, unterschiedliche Vergütungsgrundlagen, d.h. nicht in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt ist das offene Beratungsangebot durch die Anbieter von Frühförderleistungen Teil der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung. Zur Verdeutlichung des Ablaufs siehe auch Anlage 1: Fallbeispiel 1.

4.5.1.1 Zugangswege

Frühförderung richtet sich an Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Kinder. Diese Zielgruppenbeschreibung beinhaltet die Schwierigkeit der Erkennung bzw. Zuweisung dieser Kinder in das System der Frühförderung. Daher ist die Kenntnis der Akteure über angrenzenden Präventions-, Hilfe- und Therapiesysteme über Frühförderung von entscheidender Bedeutung, damit alle Kinder optimal gefördert werden können. Ein (möglicher) Frühförderbedarf wird zunächst durch ÄrztInnen, Therapeuten oder HeilpädagogInnen sowie durch Hinweise aus dem Umfeld der Kinder, wie z.B. Kindertagesstätten, ASD, Hebammen, Kinder-

kliniken, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Beratungsstellen und anderen festgestellt. Die konkrete Bedarfserfassung erfolgt dann beim zuständigen Leistungsträger.

Ein niedrighschwelliger Zugang über offene Beratungsangebote der Frühförderanbieter oder der Jugend- und Sozialhilfeträger stellt sicher, dass die Vermutung eines Frühförderbedarfs für die erste Kontaktaufnahme ausreicht. Die Früherkennung, mit dem Ziel der Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten oder (drohender) Behinderungen durch Screening- und Beobachtungsverfahren, kann bereits Teil der Frühförderleistung sein, kann aber auch durch vorgelagerte medizinisch-therapeutische Akteure oder andere Hilfesysteme erfolgen.

Durch die DISW-Anbieterbefragung wurden folgende Zugangswege zur allgemeinen Frühförderung identifiziert:

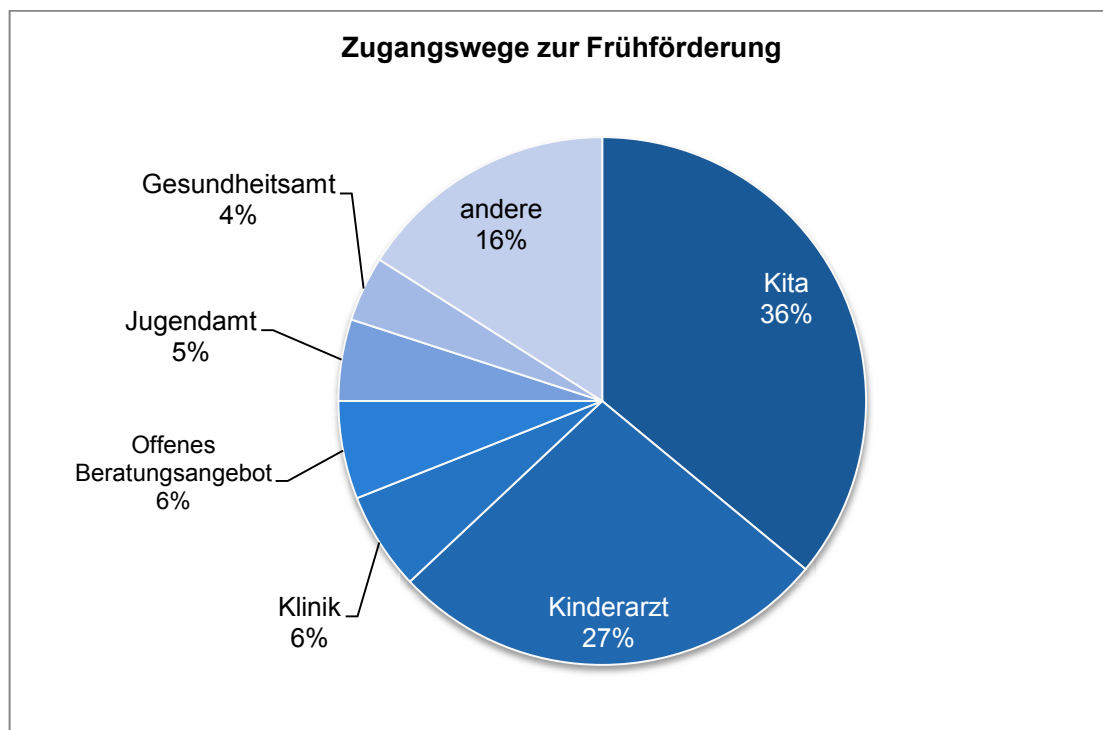


Abbildung 24: Zugangswege in Frühförderung

Darüber hinaus wurden Angebote der Frühen Hilfen, Empfehlungen durch andere Eltern/Familien sowie Materialien und Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit der Frühförderanbieter selbst in den Experten- und Fokusgruppeninterviews genannt.

Die Zugänge in die allgemeine Frühförderung erfolgen zwar immer wieder über die oben beschriebenen Akteure, es ließen sich jedoch keine standardisierten Abläufe empirisch erheben.

Zu prüfende Kriterien bezüglich der Zugangswege sind nach Thyen (2011):

- Wie wird ein Hilfebedarf frühzeitig erkannt?
- Wie kann man systematisch Zugang zu Familien finden?
- Wie können Familien zur Hilfeannahme und Übernahme von Verantwortung motiviert werden?
- Wie können die Hilfen an die Bedarfe angepasst werden?

Das offene Beratungsangebot dient in diesem Zusammenhang der Aufklärung über das Angebot, der Vorstellung des Anbieters und einer ersten Klärung des heilpädagogischen Förderbedarfs. Damit kann das offene Beratungsangebot den Zugang zur Frühförderung erleichtern. Allerdings gibt es Unterschiede in der Finanzierung, nicht überall ist es Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen. Das offene Beratungsangebot hat das Ziel, Orientierung zu bieten und passgenaue Hilfen für die Kinder und ihre Eltern einzuleiten – und das zunächst völlig ergebnisoffen. Insofern gibt es eine Fachdiskussion darüber, wo ein solches offenes Beratungsangebot stattzufinden hat, d.h. ob es Teil der Hilfeplanung ist oder weiterhin durch die Anbieter selbst durchgeführt werden sollte, um einen niedrighschweligen Zugang zu erhalten.

Der Zugang in die allgemeine Frühförderung ist durch die Wächterfunktion der beteiligten Akteure gekennzeichnet, denn in nur wenigen Fällen nehmen Eltern direkt, ohne vorherigen Hinweis durch Kinderärzte, Kindertagesstätten usw. Kontakt mit der AFF auf. Umso wichtiger ist es, den Zugang über die institutionellen Anlaufstellen für die Kinder und ihre Eltern optimal zu organisieren. Auch spielen Maßnahmen der regionalen und landesweiten Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle. Eltern müssen in jedem Fall so beraten werden, dass sie ihr Wunsch- und Wahlrecht selbstbestimmt und verantwortungsvoll wahrnehmen können.

4.5.1.2 Eingangsphase

Die Durchführung der allgemeinen Frühförderung beginnt mit der Eingangsphase, deren Hauptbestandteile die Einleitung der Frühfördermaßnahme durch ein Anamnesegespräch (Erstgespräch), eine mehrdimensionale Diagnostik sowie die Antragsstellung beim zuständigen Kostenträger (Sozialhilfe) sind.

In dieser Phase stehen die Früherkennung von entwicklungshemmenden und –fördernden Faktoren sowie die Entwicklungsbedingungen des Kindes im Mittelpunkt. Dazu werden im Erstgespräch das Kind und seine Eltern nach der bisherigen Entwicklung, Auffälligkeiten, vorangegangenen medizinischen Diagnosen und Therapien sowie aller entwicklungsrelevanten Ereignisse und Bedingungen befragt, um sich ein erstes Bild über den Frühförderbedarf des Kindes machen zu können.

Durch eine mehrdimensionale Entwicklungsdiagnostik findet eine differenzierte Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen auf der Grundlage standardisierter Diagnostikinstrumen-

te (z.B. ET 6-6, Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, Wiener Entwicklungstest) statt. Diese dient letztlich der genauen Beschreibung des Entwicklungsstands und der Entwicklungsbedingungen des Kindes, auf deren Basis die Argumentation für die Einleitung der Frühfördermaßnahmen sowie für einen konkreten Förder- und Behandlungsplan aufgebaut wird.

Auf der Basis der mehrdimensionalen Entwicklungsdiagnostik werden Behinderungsbild und Entwicklungsstand eines Kindes nach allgemeingültigen Klassifikationssystemen aufgeschlüsselt und definiert. In der Praxis findet vorwiegend eine Aufschlüsselung nach ICD-10 statt. Nur vereinzelt kommt der ICF-CY zum Einsatz. Dieser führt sowohl die medizinischen, als auch die sozialen Sichtweisen auf die Funktionsfähigkeiten nach einem biopsychosozialen Ansatz zusammen und ermöglicht so eine Erfassung von Körperfunktionen, Behinderung, Aktivität- und Partizipationseinschränkungen sowie von Kontextfaktoren, die für die Entwicklung von Kindern wichtig sind. Die Anwendung des ICF-CY hat in den wenigen Einrichtungen, die ihn anwenden, zu folgenden Erfahrungen geführt:

- durch Weiterbildungen sind die Bestandteile „Kontextfaktoren“ und „Partizipation“ für die Fachkräfte der Frühförderung vermittelbar,
- Checklisten mit wesentlichen Items können die Anwendung erleichtern,
- die Anwendung von ICF-CY-Checklisten kann den interdisziplinären Austausch der Fachkräfte befördern.

(vgl. Amorosa/Simon 2011)

Die Beantragung der Kostenübernahme für eine Frühförderleitung erfolgt beim zuständigen Träger der Eingliederungshilfe. Ein solcher Antrag auf heilpädagogische Leistungen für Kinder gemäß § 56 SGB IX muss vor der Förderphase positiv bewilligt werden. Der Zeitpunkt der Antragstellung variiert, er kann vor oder nach der heilpädagogischen Diagnostik gestellt werden. Ebenso variieren auch die formellen Anforderungen an eine Antragstellung auf Kostenübernahme der Frühförderleistungen. Durch Experteninterviews und durch den Workshop 2 wurde bestätigt, dass eine Antragsstellung auf heilpädagogische Leistung nicht zwingend überall eine vorangegangene Diagnostik und einen Förder- und Behandlungsplan voraussetzen. Es gibt also keine landesweit gültigen einheitlichen Kriterien für eine positive Bescheidung der Anträge auf Frühförderung.

Als Grundvoraussetzung für die Einleitung einer Frühfördermaßnahme müssen die Kinder (Leistungsempfänger) bereits Entwicklungsauffälligkeiten zeigen. Die alleinige Begründung auf Basis von Risikofaktoren, z.B. im familiären Umfeld, die durch die Diagnostik erfasst werden, reicht nicht aus, um eine drohende Behinderung zu definieren.

4.5.1.3 Förderphase

Die heilpädagogische Frühförderung findet im Regelfall auf Basis eines durch die heilpädagogische Fachkraft und unter Einbezug der Eltern erstellten Förderplans statt. Er bietet den Orientierungsrahmen für jedes weitere Handeln mit dem Kind und seinem Umfeld, um die Entwicklungsbedingungen des Kindes zu verbessern und letztlich seine Entwicklung zu fördern.

Während des gesamten Prozesses steht das Kind im Zentrum aller Aktivitäten. Dazu gehören altersgemäße spielerische Entwicklungsanregungen in der heilpädagogischen Förderung sowie die Einbeziehung seines Umfeldes.

Mithilfe einer heilpädagogischen Verlaufsdagnostik und des Berichtswesens können die Förderinhalte sowie die Effekte der bisherigen Aktivitäten evaluiert und eine eventuell erforderliche weitere Förderung entsprechend angepasst werden. Dieser Schritt ist rechtlich nicht zwingend erforderlich, kann aber im Falle eines Antrags auf Verlängerung der Frühförderung zur Begründung für den Kostenträger notwendig sein. Somit stellt die Verlaufsdagnostik zum einen ein Instrument der Rechtfertigung gegenüber dem Kostenträger dar, andererseits ist sie Messinstrument für die Passgenauigkeit bisheriger Aktivitäten sowie ggf. der Nachjustierung der Förderinhalte.

Die exemplarische Dokumentenanalyse und die Sichtung von Beispielen für Förderpläne belegt, dass sich durch die FrühV und die LRV-SH eine Vereinheitlichung der Förderpläne auch in der allgemeinen Frühförderung etabliert hat. Der Förder- und Behandlungsplan (Erst- und Folgeantrag) gemäß Anlage 2 der LRV-SH findet – obwohl er rechtlich nur für die Komplexleistung verbindlich ist – weitestgehend auch in der allgemeinen Frühförderung Anwendung.

4.5.1.4 Ausgangs- und Übergangsphase

Es gibt grundsätzlich vier Möglichkeiten der Beendigung einer heilpädagogischen Frühförderung:

- Kind wird eingeschult – jede Art der Frühförderung endet formal spätestens mit der Einschulung des Kindes. Dieser Abschluss lässt allerdings keine Aussagen auf die Wirkung der erfolgten Förderung oder daraus resultierende Empfehlungen für weitere Maßnahmen zu.
- Überleitung in andere Maßnahmen – dies betrifft Fälle, in denen Kinder eine andere Förderung, Therapie oder Behandlung erhalten.
- kein weiterer Förderbedarf (Erfolg der Maßnahme) – im Sinne einer wirksamen Frühförderung wird festgestellt, dass Kinder keinen weiteren Förderbedarf haben.
- Abbruch durch Frühförderung – LeistungsempfängerInnen oder Leistungserbringer können aus unterschiedlichen Gründen eine allgemeine Frühförderung abbrechen.

Im Rahmen dieses Gutachtens wurden keine Verlaufs- und Aktenanalysen gemacht, daher gibt es über die Beendigungsgründe von allgemeiner Frühförderung keine darstellbaren Ergebnisse. Dies hängt auch damit zusammen, dass weder auf der Ebene der Anbieter noch auf der Ebene der Kostenträger eine systematische Dokumentation und Evaluation von Frühförderverläufen stattfindet.

4.5.2 Komplexleistung

Die Erbringung der Komplexleistung ist durch die FrühV bundesweit geregelt und durch die LRV-SH landesweit konkretisiert. Die Wege in die und aus der Komplexleistung lassen sich in einem Prozessschaubild durch die systematische Darstellung der Zugangswege, der Eingangs-, Förder- sowie Ausgangs- und Übergangsphase (Ergebnis WS 2) abbilden (siehe auch Anlage 1: Fallbeispiel 3):

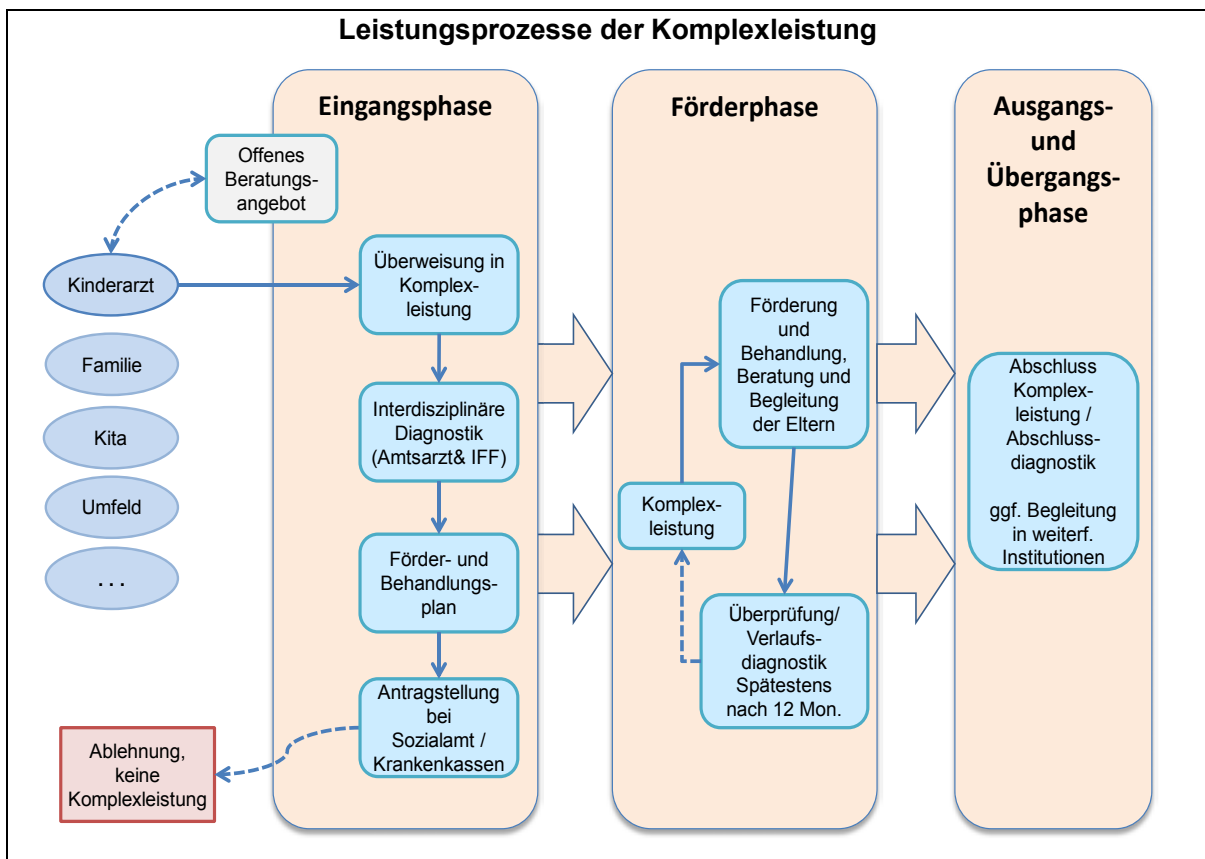


Abbildung 25: Leistungsprozesse der Komplexleistung

4.5.2.1 Zugangswege

Gemäß § 4 Abs. 1 LRV-SH ist der Zugang in die Komplexleistung ausschließlich durch Überweisung des Kinderarztes möglich. Überweisungsberechtigt sind niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und im Einzelfall der die Kinderuntersuchung gemäß § 26 SGB V durchführende Arzt. Der medizinische Sektor hat demnach eine Gate-Keeper-Funktion inne. Die Überweisung erfolgt gemäß der LRV-SH, sie hat keinerlei Auswirkung auf das verfügbare Heilmittelbudget des überweisenden Arztes, d.h. es ist gewährleistet, dass die Kosten nicht in das Heilmittelbudget einfließen. Gleichzeitig aber dürfen während der Komplexleistung für das Kind keine anderen Heilmittel verordnet werden, es sei denn, es liegt eine Akuterkrankung vor.

In 27% aller IFF wurden im Jahr 2010 pro Einrichtung 10 oder weniger offene Beratungsangebote wahrgenommen:

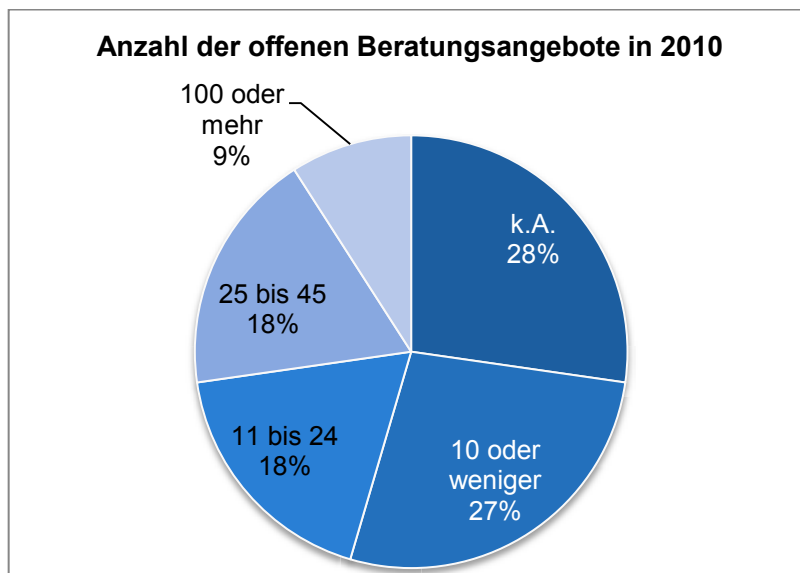


Abbildung 26: Anzahl der offenen Beratungsangebote in 2010

Das offene Beratungsangebot wird ergebnisoffen geführt. In 59% der Fälle mündete es im Jahr 2010 in einer Komplexleistung:

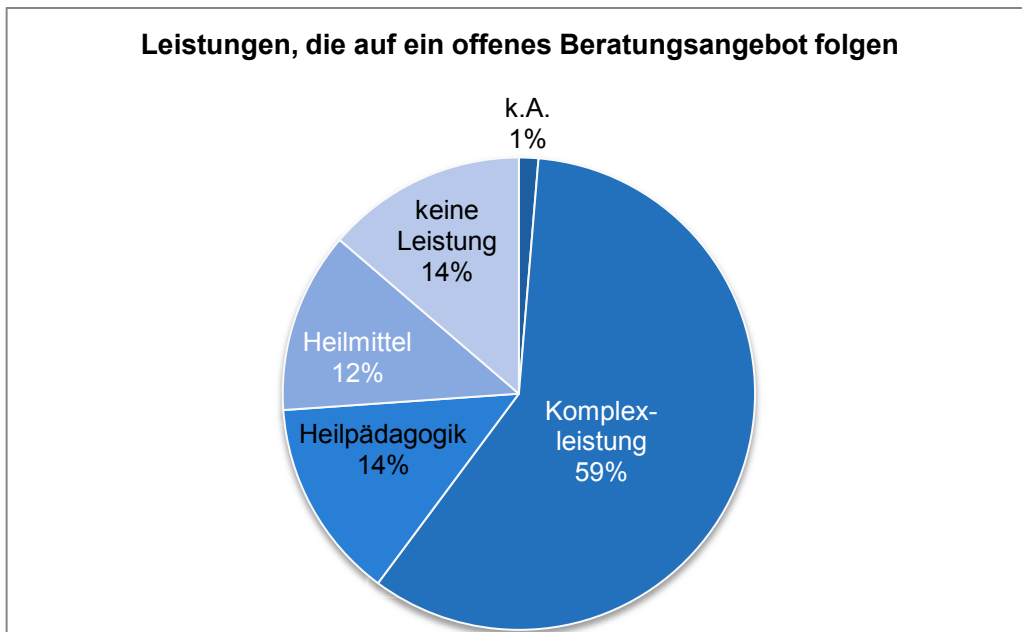


Abbildung 27: Leistungen, die auf ein offenes Beratungsangebot folgen

Generell lässt die in Schleswig-Holstein geringe Anzahl der Kinder in Komplexleistung vermuten, dass es einen akuten Entwicklungsbedarf im Bereich der Zugangswege gibt. Im Gegensatz zur allgemeinen Frühförderung ist das Einfallstor in das Frühfördersystem einheitlich geregelt, doch die Schwelle ist relativ hoch. Die Sollbestimmung des § 4 Abs. 2 LRV-SH, eines niedrighschwelligigen Zugangs über das offene Beratungsangebot, kann zwar zunächst ohne ärztliche Überweisung stattfinden, die Einleitung einer Komplexleistung unterliegt aber der ärztlichen Gate-Keeper-Funktion.

4.5.2.2 Eingangsphase

Am Anfang einer Komplexleistung steht die interdisziplinäre Eingangsdiagnostik, deren Verlauf und beteiligten Fachdisziplinen durch die LRV-SH geregelt ist. Diese Eingangsdiagnostik hat immer einen ärztlichen und heilpädagogischen Teil und kann bei Bedarf durch sozialpädagogische und medizinisch-therapeutische Anteile ergänzt werden, um die Teilhabebeeinträchtigungen des Kindes umfassend beschreiben zu können. Alles mit dem Ziel der Erstellung eines passgenauen Förder- und Behandlungsplans.

Gemäß § 8 LRV-SH umfassen die einzelnen Teile folgende Schwerpunkte:

1) Ärztlicher Teil:

- Medizinische Anamnese
- Ganzkörperuntersuchung
- Neurologische Untersuchung
- Beurteilung des Entwicklungsstands des Kindes unter Verwendung landeseinheitlicher, standardisierter Testverfahren
- Diagnosestellung gemäß ICD-10
- Ggf. Veranlassung weiterer Diagnostik

2) Heilpädagogischer Teil:

- Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik des frühen Kindesalters in Zusammenarbeit mit dem ÖGD
- Anamnestische Aspekte aus heilpädagogischer Sicht
- Beobachtung des Spiel- und Interaktionsverhaltens
- Erkundung der Lebensumwelt des Kindes
- Beurteilung der Entwicklungskräfte des Kindes

3) Medizinisch-therapeutischer Teil:

- Ergo-, sprach- und physiotherapeutische Diagnostik

4) Sozialpädagogischer Teil:

- Einschätzung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- Einschätzung der geeigneten und erforderlichen Maßnahmen aus sozialpädagogischer Sicht

Die gesamte interdisziplinäre Eingangsdiagnostik hat unter der Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin des Öffentlichen Gesundheitsdienstes des Kreises/der kreisfreien Stadt, in dem/der eine Komplexleistung beantragt wird, zu erfolgen. Sie ist vorzugsweise in den Räumen der IFF durchzuführen.

In der Praxis zeigt sich, dass immer Ärzte des ÖGD sowie HeilpädagogInnen der IFF bei der Eingangsdiagnostik anwesend sind. Hinzu kommen in etwa 60% der Fälle Therapeuten und in etwa 20 % der Fälle kommunale HilfeplanerInnen sowie Eltern:

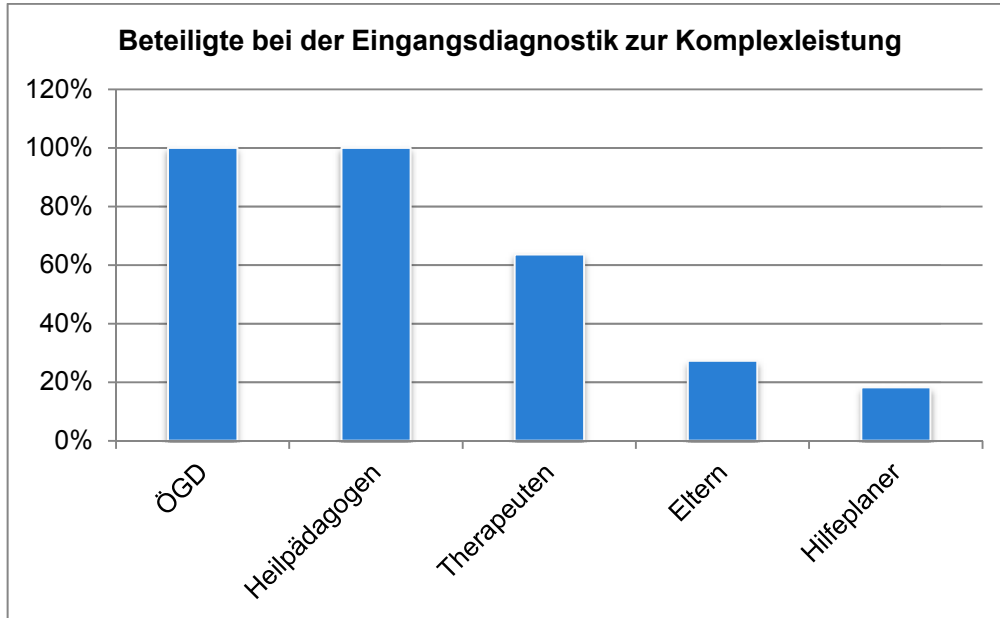


Abbildung 28: Beteiligte bei der Eingangsdiagnostik zur Komplexleistung

Der zeitliche Aufwand für die entwicklungsdiagnostischen Anteile wird von 8 der 11 IFF mit ca. 1,5 Std. beschrieben. Es kommen unterschiedliche Diagnostikinstrumentarien zum Einsatz:

Testverfahren zur Eingangsdiagnostik für Kinder im Alter von:		
0-3 Jahren	3-4 Jahren	4-6 Jahren
Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik	ET 6-6	ET 6-6
ET 6-6	Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik	Wiener Entwicklungstest
Kiphard	Kiphard	Kiphard
	Wiener Entwicklungstest	Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik
	SON / SETK	SON /SETK /KABC
	Münchener	Bueva

Tabelle 10: Testverfahren zur Eingangsdiagnostik

Auf Basis der interdisziplinären Eingangsdiagnostik wird der Förder- und Behandlungsplan erstellt. Dieser im Anhang der LRV-SH vereinheitlichte Förder- und Behandlungsplan wird landesweit angewendet und dient den zuständigen Rehabilitationsträgern als Entscheidungsgrundlage für die Bewilligung oder Ablehnung eines Antrags auf Komplexleistung.

Eine Genehmigung der Komplexleistung durch den Träger der Sozialhilfe wird auf Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zunächst für max. 12 Monate erteilt, danach findet durch eine Verlaufsdiagnostik eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Maßnahme statt.

4.5.2.3 Förderphase

Die Komplexleistung setzt ein hohes Maß an interdisziplinärem Austausch voraus. Regelmäßige Fallbesprechungen der Fachkräfte einer IFF können dafür einen formalisierten Rahmen bieten.

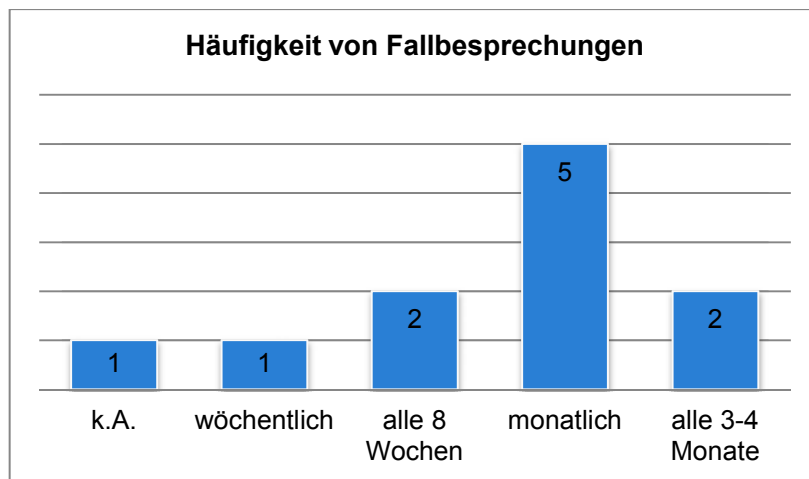


Abbildung 29: Häufigkeit von Fallbesprechungen

Der Rhythmus dieser Fallbesprechungen variiert von einem wöchentlichen bis hin zu einem quartalsmäßigen Turnus. 5 der 11 IFF halten eine monatliche Fallbesprechung ab.

Die Fallbesprechungen dienen dem fachlichen Austausch und der kollegialen Fallberatung der verschiedenen Fachdisziplinen über die Förderung des Kindes in der Komplexleistung. Damit können der Förder- und Behandlungsprozess sowie die beratenden und begleitenden Aktivitäten fortlaufend überprüft und korrigiert werden.

Eine formelle Überprüfung findet gemäß LRV-SH spätestens nach 12 Monaten nach der Bewilligung im Rahmen der Verlaufsdiagnostik statt. Ebenso wie die beteiligten Fachdisziplinen ist sie interdisziplinär angelegt.

4.5.2.4 Ausgangs- und Übergangsphase

Die Möglichkeiten der Beendigung einer Komplexleistung sind ebenso wie bei der allgemeinen Frühförderung Einschulung, Überleitung in andere Maßnahmen, kein weiterer Förderbedarf oder Abbruch. Im Rahmen dieses Gutachtens wurden keine diesbezüglichen Verlaufs- und

Aktenanalysen gemacht, daher gibt es über die Beendigungsgründe von Komplexleistungen keine darstellbaren Ergebnisse.

4.5.3 Spezielle Frühförderung

Die Leistungen der speziellen Frühförderung unterscheiden sich im Wesentlichen von der allgemeinen Frühförderung und der Komplexleistung darin, dass es sich nicht um die klassische Form der Frühförderung handelt. Vielmehr handelt es sich bei der speziellen Frühförderung um prozessbegleitende Beratungs-, Unterstützungs- und Weiterbildungsangebote bei speziellen fachlichen Anforderungen aufgrund von Sehbeeinträchtigungen, Blindheit, Hörschädigung oder Taubheit der geförderten Kinder. Eine gleichzeitige Komplexleistung oder allgemeine Frühförderung ist also möglich.

4.5.3.1 Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Sehen

Der Zugang zu Leistungen des LFZ-Sehen erfolgt vielfach über die Zugangswege Kinder- oder Hausärzte, Augenärzte, familiäres Umfeld, Kindertagesstätten und andere Akteure, über die eine Sehbehinderung eines Kindes vermutet oder diagnostiziert wird.

Zunächst findet im LFZ-Sehen unter Beteiligung des Kindes, der Eltern und gegebenenfalls bereits involvierter Fachkräfte eine Abklärung des Förder- und Unterstützungsbedarfs statt, mit dem Ziel, die Eltern über die möglichen Auswirkungen der Sehschädigung zu informieren und passgenaue Angebote für die Unterstützung und Entwicklung des Kindes zu beraten. Darauf aufbauend erfolgen mobil aufsuchende Termine der Fachkräfte in ganz Schleswig-Holstein sowohl in der Familie des Kindes als auch in Kindertagesstätten, der AFF oder in einer IFF. Das bedeutet, dass die Beratungsgespräche und Besuche in der Regel im Lebensbereich des Kindes stattfinden. Intensität, Dauer und Schwerpunkte der Unterstützung und Beratung sind flexibel.

Am Ende der speziellen Frühförderung können Kinder und ihre Eltern bei der Auswahl einer geeigneten Schule oder beim Übergang in die jeweilige Schulform beratend begleitet werden.

4.5.3.2 Zugangswege, Förderphase, Ausgangs- und Übergangsphase in der speziellen Frühförderung im LFZ-Hören

Angebote der Hörgeschädigten-Pädagogik, zu der sich die spezielle Frühförderung im Bereich des Hörens zählt, können bereits direkt nach der Geburt eines Kindes beginnen. Aufgrund des Hörtest im Rahmen des Neugeborenen-Screenings, das in den ersten Lebenstagen nach Einwilligung der gesetzlichen Vertreter des Kindes regelmäßig durchgeführt wird, finden Eltern

von hörgeschädigten Kindern schon früh Zugang zum LFZ-Hören. Nach Angaben des LFZ-Hören finden viele Erstkontakte bereits in den ersten 9 Lebensmonaten eines Kindes statt.

Nach einer Abklärung im Beisein von Fachkräften des LFZ-Hören wird eine passgenaue begleitende Unterstützung des Kindes und seiner Eltern eingeleitet. Dieser Prozess ist gekennzeichnet durch die Beratung der Eltern und fachlicher Begleitung von Fachkräften in Kindertagesstätten, AFF und IFF. Die Besuche bei den Eltern erfolgen landesweit durch MitarbeiterInnen des LFZ-Hören. Mithilfe einer begleitenden Diagnostik in der Audiometrie des LFZ-Hören können Funktionalität sowie Einstellung der Hörgeräte und Cochleaimplantate getestet werden. Diese Tests sind nicht Bestandteil der speziellen Frühförderung, sondern bedürfen einer zusätzlichen Verschreibung durch den behandelnden Arzt.

Die Ausgangs- und Übergangsphase der speziellen Frühförderung für hörgeschädigte Kinder ist gekennzeichnet durch die Beratung der Kinder und ihrer Eltern bei der Auswahl einer geeigneten Schule oder die Begleitung beim Übergang in die jeweilige Schulform.

4.5.4 Leistungsprozesse in SPZ

Die Untersuchung der Prozesse von Leistungen in SPZ war nicht Gegenstand der Untersuchung.

4.5.5 Zwischenfazit

Die Analyse der Leistungsprozesse der Teilsysteme der Frühförderung zeigt, dass die Ausgestaltung der Zugangsphase unübersichtlich und intransparent ist. Die verschiedenen Kompetenzzuschreibungen der Fachkräfte für die unterschiedlichen Leistungsarten kann eine Zugangsbarriere darstellen. Vor diesem Hintergrund setzt die Orientierung der Eltern einen hohen Wissens- und Bildungshintergrund über das Frühfördersystem voraus, damit sie ihre Interessen und ihr Wunsch- und Wahlrecht wahrnehmen können.

Die Übergänge und Schnittstellen zwischen den Leistungs- und Hilffsystemen erfordern ein gutes Übergangsmanagement im Sinne eines Case Managements und eines Netzwerkmanagements, beides ist in Schleswig-Holstein noch flächendeckend zu entwickeln.

4.6 Vernetzung

4.6.1	Strategien und Instrumente der Vernetzung.....	115
4.6.2	Vernetzung auf kommunaler Ebene	117
4.6.2.1	Einzelfallbezogene Kooperation	118
4.6.2.2	Netzwerkmanagement.....	122
4.6.3	Beispiele für kommunale Vernetzung	123
4.6.4	Vernetzung auf Landesebene	126
4.6.5	Zwischenfazit.....	128

4.6.1 Strategien und Instrumente der Vernetzung

Das Thema Vernetzung hat Konjunktur. Es findet sich sowohl in der sozialpolitischen Programmatik als auch in den Innovationsstrategien der Akteure aus der Praxis. Nicht zuletzt durch die Entwicklung sogenannter Komplexeleistungen in zahlreichen sozialpolitischen und sozialwirtschaftlichen Handlungsfeldern werden Kooperations- und Vernetzungsansätze zu zentralen Innovationsstrategien bei der Modernisierung und Weiterentwicklung der sozialen Dienste. Als ein fachliches Konzept bzw. eine fachliche Methode zur Fallsteuerung und Vernetzung hat sich das Case Management etabliert (vgl. Maelicke 2008).

Mit dem Konzept des Case Management liegt ein strukturiertes Verfahren für soziale Dienste vor, um Leistungsprozesse systematisch zu steuern. Als Konzept der individuellen Fallsteuerung strebt das Case Management eine einzelfallbezogene Vernetzung der Leistungserbringer an und stellt für die Klienten bzw. Kunden die Bereitstellung von Leistungen aus einer Hand sicher. In der Regel obliegt das Case Management den öffentlichen Trägern. Das Case Management als Instrument der individuellen Fallsteuerung umfasst folgende Phasen:

- **Klärungsphase:** In der Klärungsphase findet der Erstkontakt bzw. das Erstgespräch mit den Klientinnen und Klienten statt. In diesem Rahmen werden der spezifische Hilfe- oder Förderbedarf festgestellt, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt und allgemeine Informations- sowie Beratungsleistungen erbracht. Das offene Beratungsangebot der allgemeinen Frühförderung in freier Trägerschaft ist der Klärungsphase im Rahmen des Casemanagement vorgelagert.
- **Hilfeplanung:** In der Phase der Hilfeplanung werden in enger Abstimmung mit den Klientinnen und Klienten ein Hilfe- oder Förderplan erstellt und die Ziele, Methoden und Maßnahmen der Frühförderung definiert. Ziel dieser Phase ist es, einen für beide Seiten verbindlichen und transparenten Prozess der Hilfe und Förderung in Gang zu setzen. In der Regel obliegt die Hilfeplanung ausschließlich den öffentlichen Trägern.

- **Durchführung/Vernetzung:** Der Hilfeplan bildet die Grundlage und Richtschnur der konkreten Leistungserbringung. Um eine einzelfallbezogene Fallsteuerung sicherstellen zu können, müssen die relevanten Akteure zusammengebracht und ihre Leistungen abgestimmt und koordiniert werden. Es ist Aufgabe des Case Managers, diese Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben zu übernehmen. Hierfür ist ein umfassender Überblick über die regionalen Angebotsstrukturen im jeweiligen Handlungsfeld unumgänglich, um den spezifischen Bedarfen und Wünschen der Klientinnen und Klienten gerecht werden und ein entsprechendes Angebotspaket zusammenstellen zu können.
- **Controlling:** Durch ein kontinuierliches, begleitendes Monitoring und Controlling der Hilfe- und Förderleistungen werden Entwicklungsschritte und Erfolge, aber auch Entwicklungshemmnisse und Probleme beobachtet, um ggf. gegensteuern zu können. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, weitere Hilfe- und Fördermaßnahmen zu beschließen und entsprechende Maßnahmen zu verlängern. Voraussetzung hierfür ist, dass die Kommunikation zwischen allen an der Fördermaßnahme beteiligten Akteuren transparent ist und die relevanten Informationen den Case Manager erreichen.
- **Evaluation:** In der Evaluationsphase werden die Erfolge und Misserfolge der Intervention dokumentiert und reflektiert, um im Falle einer Maßnahmenverlängerung angemessene Veränderungen vornehmen zu können. In diesem Falle werden die einzelnen Phasen erneut von Beginn an durchlaufen.
(vgl. Fretschner 2011)

Wie dieses Phasenmodell zeigt, ist die Vernetzung der Leistungen – und damit auch der Leistungserbringer – eine notwendige Voraussetzung um eine individuelle Fallsteuerung in der Praxis tatsächlich realisieren zu können. Mit der individuellen Hilfe- und Förderplanung, wie sie derzeit in der Komplexleistung Frühförderung praktiziert wird, werden zwar einzelne Elemente des Case Managements eingesetzt, eine umfassende Implementierung steht aber noch aus. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die individuelle Hilfeplanung nur ein mögliches Instrument der Vernetzung ist, das sinnvollerweise durch andere Instrumente ergänzt werden sollte.

Es ist sinnvoll, das Case Management durch Maßnahmen des Care Managements – im Sinne des regionalen Netzwerkmanagements – zu ergänzen. Das Care Management als Instrument der Systemsteuerung dient der Entwicklung des Hilfesystems und ist in der Regel regional ausgerichtet. Anders als im Case Management steht nicht der Einzelfall im Mittelpunkt, sondern das Hilfesystem als Ganzes. Ziel ist die Vernetzung aller relevanten Akteure, die direkt oder indirekt an der Leistungserbringung beteiligt sind. Im Falle der Frühförderung sind dies die Krankenkassen und Kommunen als Kostenträger sowie die Akteure der Leistungserbringung (Ärzte, Therapeuten, Pädagogen). Die Vernetzung dient der Koordination und Abstimmung, um eine adäquate regionale Versorgungsinfrastruktur sicherzustellen und Formen der Über- bzw. Unterversorgung zu vermeiden.

Gerade in Konzepten der Sozialraumorientierung ist ein regionales Netzwerkmanagement unverzichtbar, da eine systematische und kontinuierliche Vernetzung der Leistungsträger und Leistungserbringer eine strukturelle Voraussetzung für „Leistungen aus einer Hand“ im Sozialraum darstellt. Dabei ist die Frage zu klären, welche Instanz für die Koordination und Steuerung des Netzwerks verantwortlich ist. Hier sind es vor allem die öffentlichen Träger (in ihrer Rolle als Kostenträger mit Gewährleistungsfunktion), die sich der Aufgabe der Systementwicklung und Systemsteuerung annehmen.

Regionale Netzwerke unterscheiden sich in Durchdringungsgrad, Reichweite, Intensität und Verbindlichkeit. Während in kleinen Sozialräumen durch eine hohe Kontakthäufigkeit stabile Netzwerke quasi natürlich entstehen, kann es in großen Sozialräumen oder in ländlichen Gebieten notwendig sein, formalisierte Netzwerkstrukturen zu etablieren und Gelegenheitsstrukturen für den fachlichen Austausch zwischen den beteiligten Akteuren zu schaffen. In der Frühförderung haben sich unterschiedliche Formen der Vernetzung und Netzwerkbildung (Arbeitskreise, runde Tische etc.) etabliert, die zwar nicht dem fachlichen Konzept des systemischen Care Managements folgen, die jedoch als Grundlage für einen entsprechenden Aufbau dienen können.

4.6.2 Vernetzung auf kommunaler Ebene

Die Anbieter von Frühförderleistungen sind in unterschiedlicher Art und Weise in örtliche und kommunale (überörtliche) Netzwerke eingebunden, deren Akteure aus dem System der Frühförderung selbst, aus dem medizinisch-therapeutischen Sektor, den Frühen Hilfen, dem Bildungssystem, von den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe sowie den Krankenkassen stammen. Die Vernetzung um das System der Frühförderung in Schleswig-Holstein unterliegt i.d.R. keinen vertraglich geregelten Strukturen, weder im Sinne der interdisziplinären einzelfallbezogenen Zusammenarbeit (Case Management), noch im Rahmen einer systemischen Vernetzung (Care Management).

4.6.2.1 Einzelfallbezogene Kooperation

Die Abbildung der einzelfallbezogenen Kooperation auf kommunaler Ebene entstand auf Grundlage der Betrachtung einer Vielzahl von exemplarischen Fallbetrachtungen. Somit erhebt sie nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und Generalisierung, sie stellt jedoch den Versuch dar, den Ist-Zustand des Netzwerks um das System der Frühförderung auf kommunaler Ebene abzubilden.

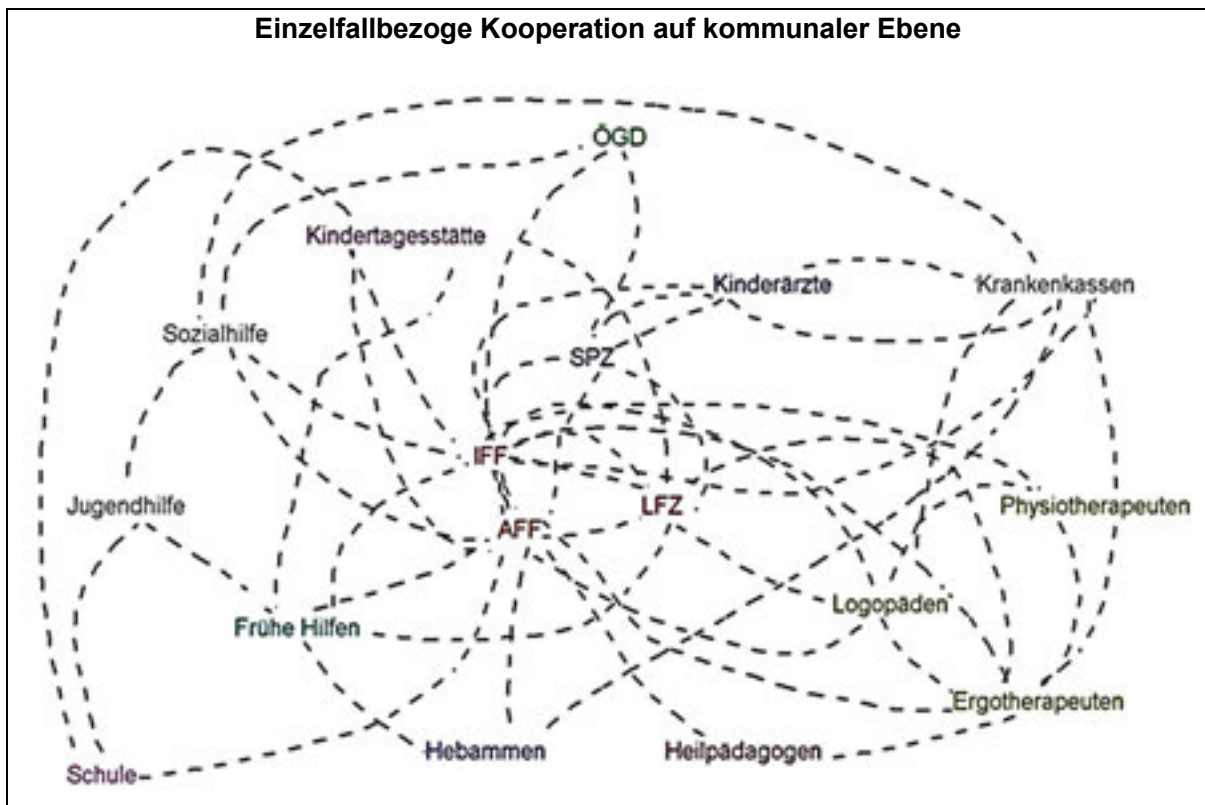


Abbildung 30: Einzelfallbezogene Kooperation auf kommunaler Ebene

Die einzelfallbezogene regionale Zusammenarbeit der relevanten Akteure baut auf bestehenden, in Verbindlichkeit und Durchdringungsgrad landesweit unterschiedlichen Netzwerken auf.

Mit der DISW-Anbieterbefragung wurden Bewertungen der Kooperationsbeziehungen zu den Akteuren im Frühfördernetzwerk erhoben:

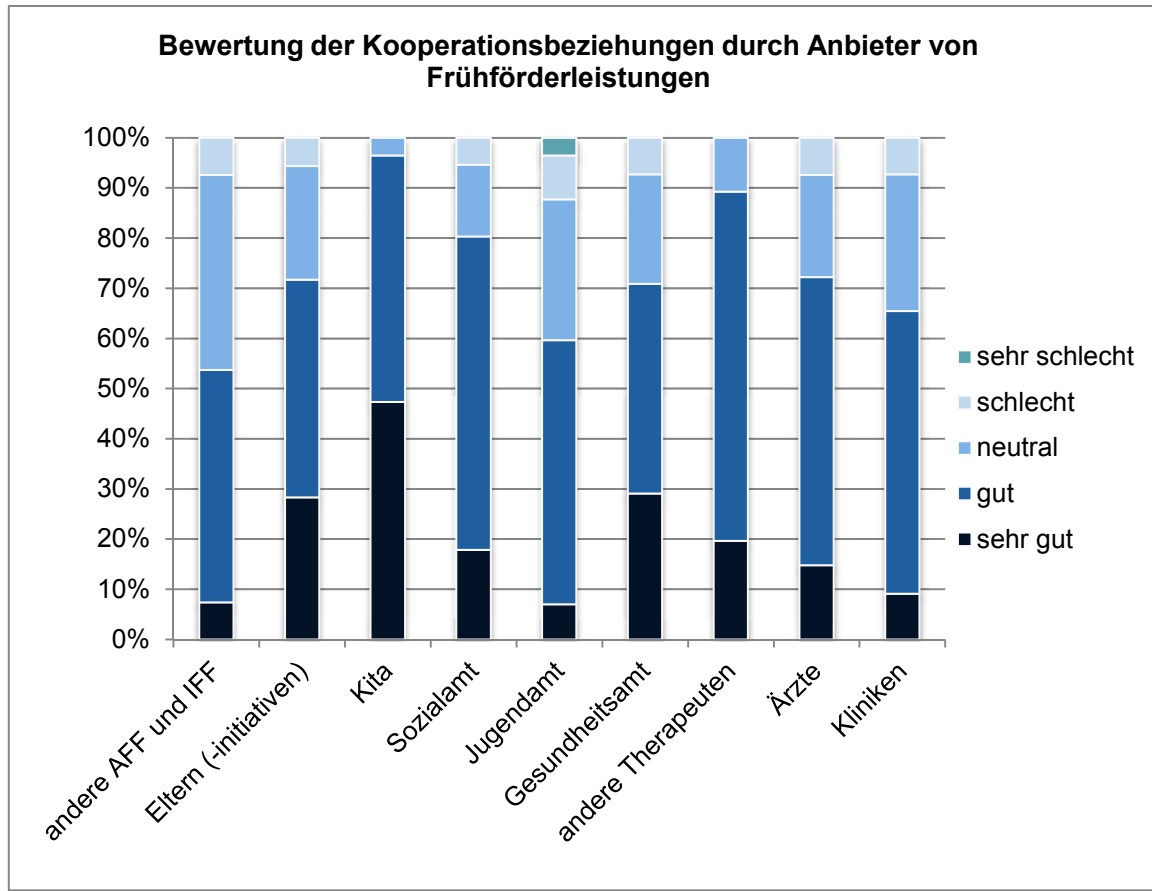


Abbildung 31: Bewertung der Kooperationsbeziehungen durch Anbieter von Frühförderleistungen

Bei der Bewertung „sehr gut“ sind die Kindertagesstätten mit 27 Nennungen am häufigsten vertreten. Bei der Bewertung „gut“ wird die Kooperation mit anderen Therapeuten (39 Nennungen), dem Sozialamt (35 Nennungen) und den niedergelassenen Ärzten (31 Nennungen) am häufigsten aufgeführt.

Die besondere Situation der Komplexleistung in Schleswig-Holstein hat zur Folge, dass einzel-fallbezogene Kooperationen der IFF mit externen Therapeuten auf Basis einer vertraglichen Vereinbarung in der LRV-SH ausgeschlossen werden. Dennoch ergab die DISW-Vertiefungsstudie IFF, dass bei 36% der IFF Kooperationen mit externen Therapeuten möglich sind.

Darüber hinaus ist bei 64% aller IFF eine Kooperation mit externen Therapeuten erwünscht:

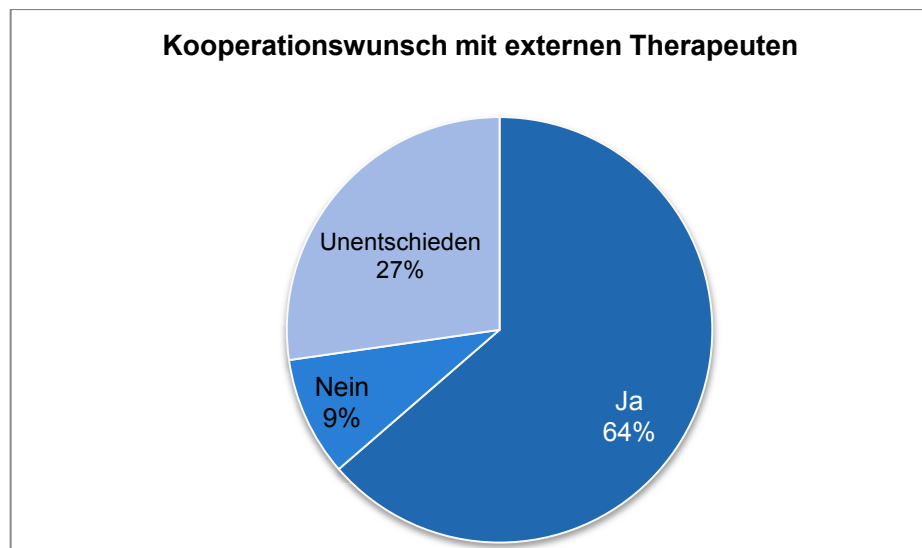


Abbildung 32: Kooperationswunsch mit externen Therapeuten

Als Begründung für einzelfallbezogene Kooperation der IFF mit externen Therapeuten werden genannt:

- bessere Passgenauigkeit der therapeutischen Hilfen
- Verhinderung weiterer Anfahrtswege
- freie Therapeutenwahl
- Verhinderung von Therapeutenwechsel, wodurch mehr Kinder eine Komplexleistung erhalten können
- weniger Konkurrenz
- betriebswirtschaftliche Vorteile für die IFF

Als Begründung gegen einzelfallbezogene Kooperation der IFF mit externen Therapeuten werden genannt:

- intensive Abstimmung unter einem Dach ist effektiver
- nur ein Ansprechpartner für Familien (Leistungen aus einer Hand)
- Beobachtung des Kindes in anderen Therapien möglich (fachlicher Austausch)
- ganzheitliche Beratung der Eltern
- Interdisziplinarität braucht verbindliche Strukturen

Die Kooperation zwischen Anbietern von Frühförderleistungen und Kindertagesstätten wird in ihrer Qualität von beiden Seiten unterschiedlich bewertet. Ergab die DISW-Anbieterbefragung ausschließlich Bewertungen im positiven Bereich, so zeigt die Perspektive der Kindertagesstätten in den Fokusgruppeninterviews ein teilweise gegensätzliches Bild. Demnach sei die

Kooperation mit Anbietern von Frühförderleistungen verbesserungswürdig, denn in Fällen der mobilen Leistungserbringung von Frühförderung in Kindertagesstätten würden geregelte Abläufe und das Gruppengeschehen gestört. Dadurch dass die Kinder vielfach aus der Gruppe in eine Einzelfördersituation gehen, wird dem Anspruch auf Inklusion nicht Rechnung getragen. Zudem erfahren die Kindertagesstätten in vielen Fällen nicht, ob Kinder außerhalb der Kindertagesstätte eine Frühförderleistung erhalten.

Vor dem Hintergrund der Lebens- und Entwicklungskontexte der Kinder in Frühförderung und ihrer Familien (siehe Kap. 4.2) wird in der Praxis vernetztes Handeln mit den Akteuren der Frühen Hilfen als notwendig erachtet. Folglich gaben 74% der Anbieter an, in Kooperationsbeziehungen mit den Frühen Hilfen zu stehen. In den Fokusgruppeninterviews wurde die Vernetzung von Frühförderung und Frühen Hilfen detaillierter beleuchtet. Demnach ist die Intensität und Qualität der Zusammenarbeit beider Systeme regional sehr unterschiedlich. Diese Unterschiede resultieren einerseits aus strukturellen Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Leistungs- und Vergütungssysteme, andererseits gibt es nach Aussage der Anbieter Vorbehalte von Seiten der Eltern gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe, der die Frühen Hilfen zuzurechnen sind.

Im Bereich der Kooperation mit den Frühen Hilfen bewerteten die Anbieter die Qualität wie folgt:

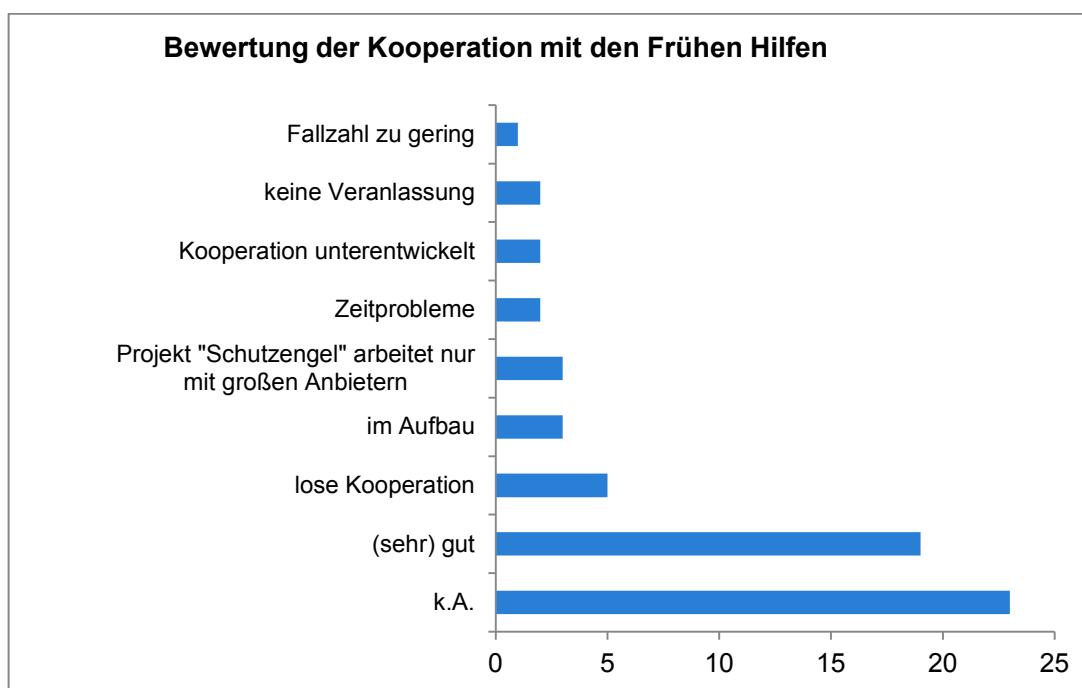


Abbildung 33: Bewertung der Kooperation mit den Frühen Hilfen

4.6.2.2 Netzwerkmanagement

Funktionierende Kooperationsbeziehungen mit den Akteuren im Frühfördernetzwerk auf kommunaler Ebene bedürfen letztlich einer verbindlichen und transparenten Steuerung, damit die Unterschiede in Qualität und Durchdringungsgrad, wie sie anhand der Kooperationsbeziehungen zu Kindertagesstätten und Frühen Hilfen deutlich werden, überwunden werden können.

Im WS 3 wurden Kriterien für gelingende fallübergreifende Kooperationen in der Frühförderung anhand von Thesen (vgl. Höfer/Behringer 2002) diskutiert und bestätigt:

- **Gemeinsame Zielkriterien und Zielabstimmung:** Ein Netzwerk braucht einen bestimmten Rahmen mit klar definierten Zielen und Inhalten, an dem sich alle fallübergreifenden Kooperationen orientieren können. Entscheidend ist, dass die Beteiligten selbst diese Ziele und Inhalte definieren und aufeinander abstimmen, ansonsten besteht die Gefahr, dass die Netzwerke diffus, unverbindlich und damit unproduktiv sind.
- **Kontinuität und Regelmäßigkeit:** Um die gesteckten Ziele eines Netzwerks zu erreichen sollte die Kooperation kontinuierlich und regelmäßig gepflegt werden.
- **Verbindlichkeit:** Zeitliche und personelle Kontinuität vermitteln Verbindlichkeit in den Beziehungen der Akteure, die wiederum eine wesentliche Bedingung für Kooperation darstellt.
- **Autonomie und Gegenseitigkeit:** Die beteiligten Akteure handeln autonom in ihrem Interesse, gleichzeitig funktioniert das Netzwerk nur, wenn übergeordnete gemeinsame Ziele und eine wechselseitige Bezugnahme gewährleistet werden.
- **Gemeinsame Identität und Sprache:** Die unterschiedlichen Disziplinen und Systeme bringen eine unterschiedliche Fachlichkeit und Fachsprache mit. Dies erfordert Verständigungsprozesse, in denen fachliche Positionen klar vertreten und eine gemeinsame Sprache entwickelt werden kann, auf die sich alle Beteiligten gleichermaßen beziehen können.
- **Fachliche Kompetenzen und Managementkompetenzen:** Die Bündelung der fachlichen Kompetenzen und der interdisziplinären Zusammenarbeit erfordert eine Person oder Institution, die die Steuerung übernimmt und über entsprechende Kompetenzen des Netzwerkmanagements verfügt.

Darüber hinaus kann als weiteres Ergebnis des WS 3 festgehalten werden, dass die Planung und Steuerung von lokalen Netzwerken Entwicklungspotential aufweist. Dazu bedarf es verbindlicher Rahmenbedingungen in Bezug auf die Vergütung von Netzwerkarbeit, Netzwerk-

management und Dokumentation. Die systematische und kontinuierliche Vernetzung sollte durch die öffentlichen Träger der Sozial- und Jugendhilfe sichergestellt werden.

4.6.3 Beispiele für kommunale Vernetzung

Das kommunale Netzwerkmanagement wird in den Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich umgesetzt. Im Rahmen der Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel wurden in einem Workshop zwei Umsetzungsbeispiele der kommunalen Vernetzung aus Kiel und Nordfriesland exemplarisch dargestellt.

Landkreis Nordfriesland

In Nordfriesland gibt es eine Strategie der Vernetzung von Fachkräften der Frühen Hilfen und der Frühförderung. Das „Netzwerk gesund aufwachsen“ wurde 2008 initiiert. Es umfasst mehr als 220 Fachkräfte, die beruflich mit Kindern und ihren Familien zu tun haben. Ausgangspunkt waren Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, nach denen es sehr viele Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich Sprache, Koordination und Verhalten gab. Dieses Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Fachkräften aus verschiedenen Professionen und Berufen (z.B. Kindergärten, Hebammen, medizinische Therapeuten, Frühförderung, schulische Förderzentren, Ärzte usw.), die ein Interesse daran haben, sich gemeinsam dafür einzusetzen, das gesunde Aufwachsen von Kindern zu fördern.

Das Netzwerk hat folgende Ziele:

- bessere Zusammenarbeit (Vernetzung) der einzelnen Fachkräfte aus unterschiedlichen Berufen
- verbesserte Elternarbeit
- bessere Qualifizierung der Fachkräfte, in Bezug auf die Entwicklung des Kindes in den ersten drei Lebensjahren

Drei Bausteine zeichnen das Netzwerk aus:

- Der Eltern-NETZWERK-Ordner
- Vereinbarungen zur Regelung einer verbindlichen Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen im Einzelfall
- ein gemeinsames Leitbild, das die ressourcenorientierte Sichtweise in der professionellen Arbeit befördern soll

Der NETZWERK-Ordner dient der Bündelung von Informationen über das Kind, die im Laufe

der kindlichen Entwicklung wichtig sein können. Der NETZWERK-Ordner soll das Kind durch die gesamte Kindheit begleiten.

Das Schaubild zeigt den systematischen Aufbau des Netzwerks gesundes Aufwachsen in Nordfriesland (Birgit Stephan 2011: Präsentation Fachtagung Frühförderung unter www.institut-sozialwirtschaft.de):

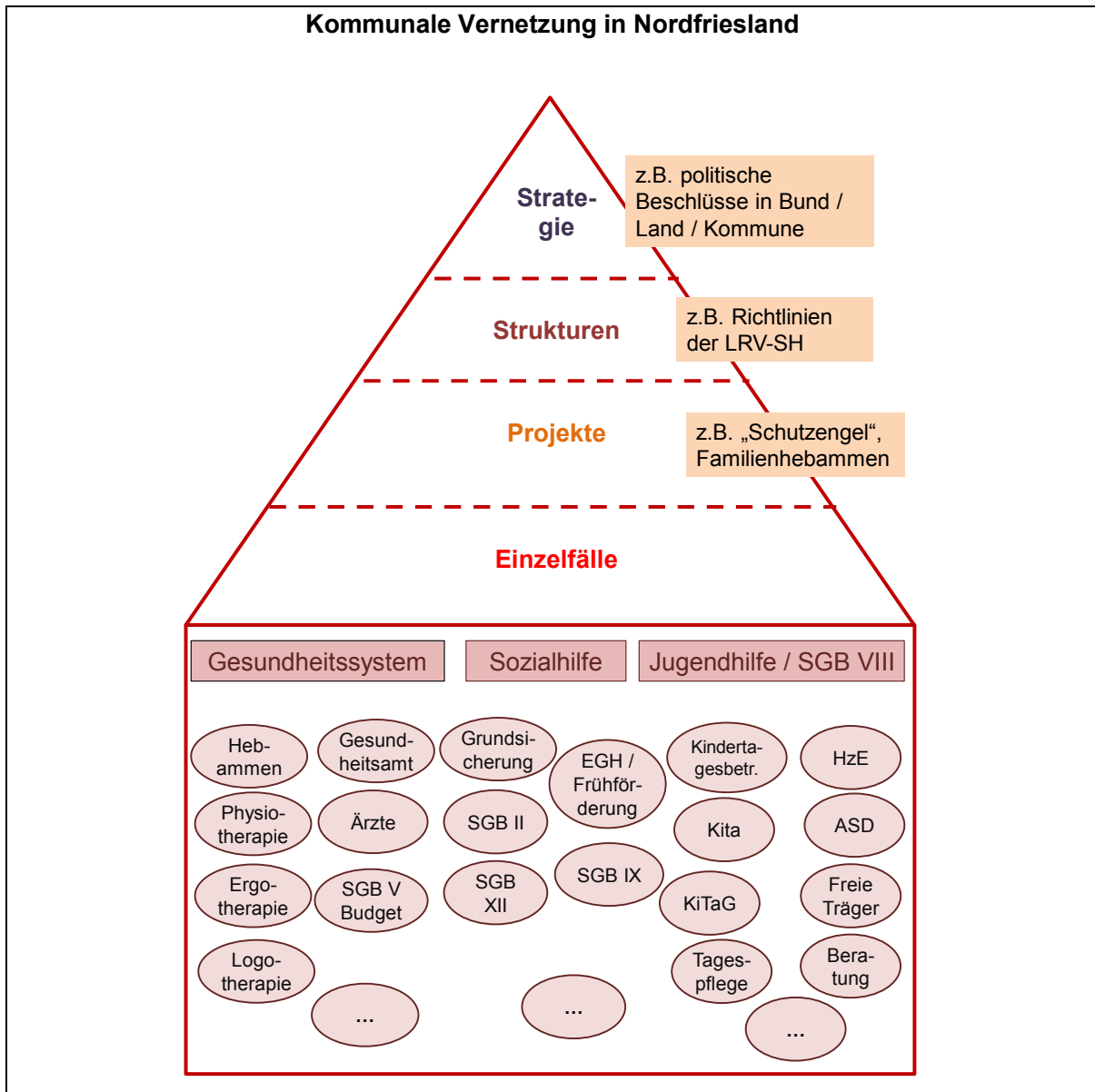


Abbildung 34: Kommunale Vernetzung in Nordfriesland

Landeshauptstadt Kiel

Die Koordination der Sozialen Hilfen erfolgt in Kiel auf Grundlage von Planungsräumen einzelner Sozialzentren. Die insgesamt 5 Sozialzentren sind sozialräumliche Zusammenfassungen von Stadtteilen. Die Datenerhebung ebenso wie der Sozialbericht, der Jugendkriminalitätsbericht und der Bericht zu den Hilfen zur Erziehung beziehen sich auf diese Planungsräume und beschreiben entsprechende Entwicklungen. Die Sozialzentren steuern die Hilfen zur Erziehung unter anderem mit Budgetansätzen. Entsprechend dazu gibt es Budgets zur allgemeinen Förderung der Erziehung in Familien. Damit werden vernetzte Aktivitäten in Zusammenarbeit mit den Regeleinrichtungen bedarfsgerecht im Vorfeld aller förmlichen Hilfen initiiert. In allen Einzugsbereichen finden Stadtteilkonferenzen unter der Geschäftsführung der Sozialzentren statt. Alle Akteure im Stadtteil treffen sich drei bis viermal jährlich und beschreiben die Entwicklungen im Stadtteil und entwickeln entsprechende Maßnahmen.

Diese Strategie kennzeichnet unterschiedliche vernetzende Aktivitäten in den einzelnen Sozialzentren, die sich stetig weiterentwickeln können. Alle Aktivitäten richten sich an Familien mit Kindern mit und ohne Behinderung, im Mittelpunkt steht deren Lebenslage.

Die folgenden beiden Beispiele zeigen, wie solche Aktivitäten umgesetzt werden:

1) „Familienzentrum Gaarden“

- Ausgangspunkt: Lebenslagen der Familien im Stadtteil
- Ziel: Stärkung der Familien mit Kindern mit unterschiedlichen Beratungsangeboten und bedarfsgerechten Aktivitäten
- Beteiligte: Zwei Kindertageseinrichtungen, Erziehungsberatung, Leistungserbringer der Jugendhilfe
- Finanzierung aus dem Budget 16 SGB VIII/Zuwendung Erziehungsberatung

2) „Schritt für Schritt - Frühe Hilfen in Neumühlen-Dietrichsdorf“

- Ausgangspunkt: Mittel des Landes (Schutzengel)
- Ziel: Stärkung der Familien mit Kindern mit unterschiedlichen Beratungsangeboten und bedarfsgerechten Aktivitäten
- Beteiligte: Kooperation unterschiedlicher Institutionen im Stadtteil insbesondere Kindertageseinrichtungen, Erziehungsberatung, Familienhebammen

Das Schaubild zeigt die Strategie der sozialräumlichen Vernetzung der Landeshauptstadt Kiel (Astrid Witte 2011: Präsentation Fachtagung Frühförderung unter www.institut-sozialwirtschaft.de):

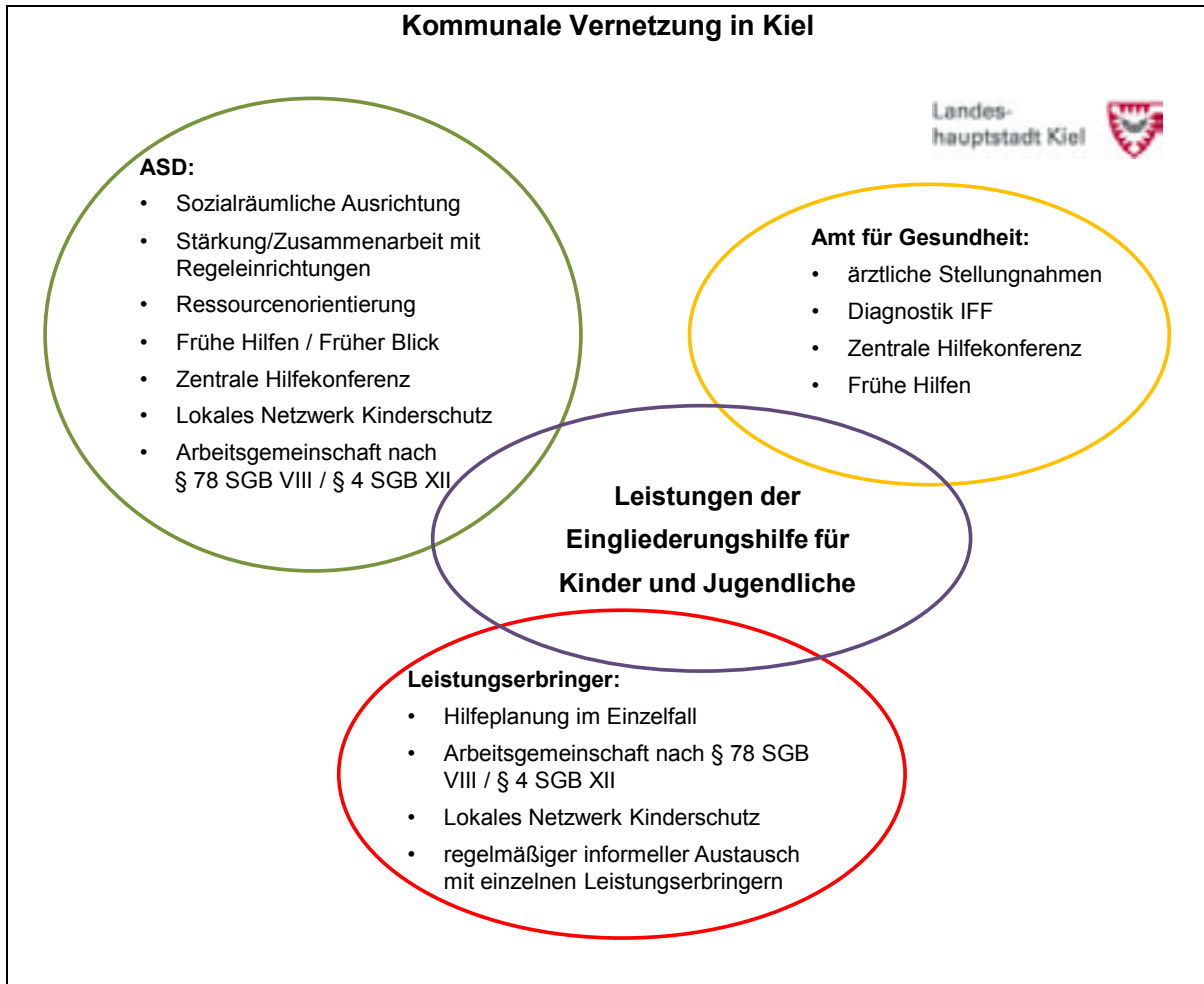


Abbildung 35: Kommunale Vernetzung in Kiel

4.6.4 Vernetzung auf Landesebene

Das Thema Vernetzung auf Landesebene war im Verlauf der Begutachtung ein ständiger Diskussionspunkt vor allem im Rahmen der Workshops, aber auch bei den Fokusgruppeninterviews und im Rahmen der Fachtagung. Durch diese Instrumente der Untersuchung wurden Fach- und Führungskräfte aus allen Organisationen, die Frühförderung in Schleswig-Holstein anbieten bzw. mit den entsprechenden Akteuren kooperieren, systematisch zur Klärung von Fachfragen überregional zusammengeführt – vielfach erstmals in dieser Zusammensetzung und in dieser Form. Alle äußerten sich positiv über die Erfahrung, dass dieses interdisziplinäre und institutionenübergreifende Zusammenführen ihre eigene Professionalität stärkt, mehr Transparenz über das Gesamtsystem und die Rahmenbedingungen ihres Handlungsfeldes vermittelt und zu gemeinsamen Aktivitäten sowie zur Interessenartikulation ermuntert.

Das folgende Schaubild zeigt in vereinfachter Form das unstrukturierte Netzwerk der für das System der Frühförderung relevanten Akteure auf Landesebene:

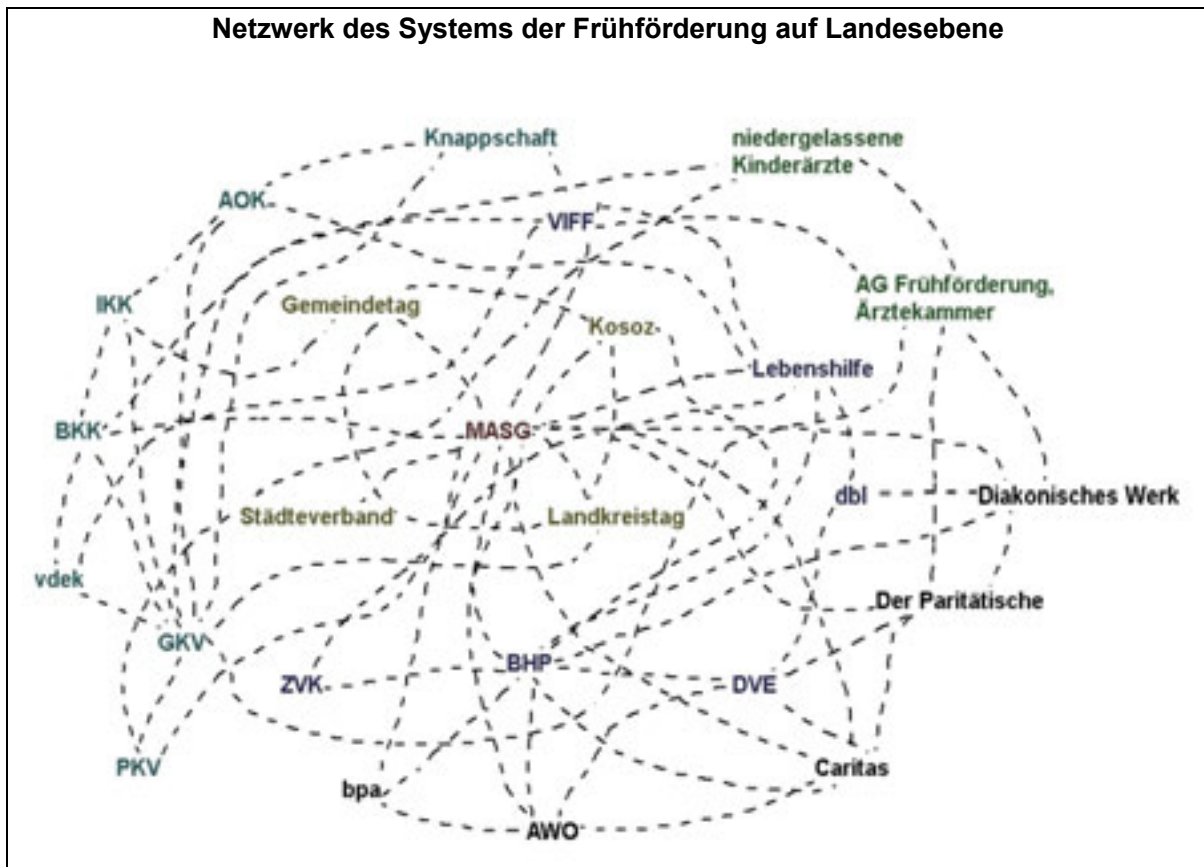


Abbildung 36: Netzwerk des Systems der Frühförderung auf Landesebene

Die Aussagen und Einschätzungen in den Workshops und Experteninterviews machten deutlich, dass zurzeit wesentliche Qualitätsmerkmale von strategischer Netzwerkentwicklung nicht erfüllt werden. Es fehlt an einer Instanz bzw. an einem Regelwerk, um die Ziele eines strategischen und systematischen Netzwerkmanagements zu verwirklichen: ein hoher Durchdringungsgrad, eine in Tiefe und Breite angemessene Reichweite, eine hohe Beziehungs- und Kommunikationsintensität sowie eine andauernde Verbindlichkeit.

Die Hauptkritikpunkte waren:

- keine akteursübergreifende institutionalisierte Klammer (kein Gremium wie z.B. der Landes-Jugendhilfeausschuss)
- eine von vielen Akteuren nicht mitentwickelte und nicht mitgetragene Landesrahmenvereinbarung
- keine landesweit koordinierte Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fach- und Führungskräfte

4.6.5 Zwischenfazit

Die Untersuchung zeigt, dass eine gemeinsame und strategisch gesteuerte Netzwerkentwicklung auf regionaler und Landesebene in Schleswig-Holstein bisher nicht stattgefunden hat. Die Handlungsstrategien des Case- und des Netzwerkmanagements sind in den verschiedenen Professionen der Akteure weiter zu vertiefen und zu verbreiten.

Zwei kommunale Best-Practice-Beispiele belegen große Unterschiede in Form und Intensivität in der Vernetzung.

Insbesondere auf Landesebene wird im Vergleich zu anderen Bundesländern die Notwendigkeit einer Arbeits- und Koordinierungsstelle Frühförderung deutlich.

4.7 Finanzierung

4.7.1	Kostenentwicklung im Gesamtsystem der Frühförderung.....	129
4.7.1.1	Kostenanteile und Kostenentwicklungen der Sozial- und Jugendhilfe.....	130
4.7.1.2	Kostenanteile der Krankenkassen.....	134
4.7.1.3	Finanzierungsformen	134
4.7.1.4	Nicht finanzierte Leistungen	135
4.7.1.5	Finanzierung der Frühförderung im Rahmen eines Sozialraumbudgets ..	137
4.7.2	Finanzierung der AFF.....	138
4.7.3	Finanzierung IFF	139
4.7.3.1	Kosten und Kostenanteile.....	139
4.7.3.2	Finanzierungsformen	141
4.7.3.3	Pauschale Kostenerstattung.....	141
4.7.3.4	Nicht finanzierte Leistungen	142
4.7.3.5	Landesrahmenvereinbarung.....	143
4.7.3.6	Kooperation mit externen Therapeuten.....	144
4.7.3.7	Wirtschaftlichkeit der IFF	146
4.7.4	Zwischenfazit.....	147

4.7.1 Kostenentwicklung im Gesamtsystem der Frühförderung

Die Frage der Finanzierung von Frühförderleistungen in Schleswig-Holstein war in der Ausschreibung dieses Gutachtens von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund wurde die Darstellung der Kostenentwicklung im Gesamtsystem der Frühförderung auf alle verfügbaren Datenquellen gestützt. Es hat sich gezeigt, dass die verschiedenen Datenquellen deutlich unterschiedliche Zahlen mit unterschiedlichen Ergebnissen lieferten. Demnach ist erkennbar, dass die Dokumentation und Meldung der Ausgaben für die unterschiedlichen Verwendungsbereiche (Meldungen an das Statistikamt Nord, Benchmarking Eingliederungshilfe sowie weitere Evaluationen) nicht nach einheitlichen Standards erfolgt. Es gibt, das haben die DISW-Datenerhebungen gezeigt, beträchtliche Unterschiede in Bezug auf Verfügbarkeit, Verwendbarkeit und Validität dieser Daten. Empirisch belastbare Aussagen über eine exakte Entwicklung der Kosten im Gesamtsystem der Frühförderung können daher nicht getroffen werden. Aber es lassen sich Trends und Tendenzen in der Kostenentwicklung ablesen. Um vor diesem Hintergrund ein möglichst umfassendes Bild über die Gesamtaufwendungen für allgemeine Frühförderung und Komplexeleistungen zu erreichen, wurden die vorhandenen Daten durch eine DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe ergänzt.

4.7.1.1 Kostenanteile und Kostenentwicklungen der Sozial- und Jugendhilfe

Mit der DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe wurden während der Begutachtung Struktur- und Finanzierungsdaten erhoben. Diese beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2010, sodass sie eine Bestandserhebung sind, für sich genommen aber keine Aussagen über Trends und Entwicklungen zulassen. Die Ausgaben für Frühförderleistungen in den Kreisen und kreisfreien Städten konnten nur in absoluten Werten erfasst werden, d.h. sie beziehen sich immer auf die Gesamtausgaben in diesem Jahr und nicht auf laufende Leistungen zu einem Stichtag. Die Anzahl der Kinder in Frühförderleistungen konnten dagegen nur zu einem Stichtag (31.12.2010) erhoben werden.

Die Gesamtausgaben der Sozialhilfeträger für Frühförderung (ambulante heilpädagogische Leistungen und Komplexleistungen) betragen gemäß der DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe 2010 landesweit 18,1 Mio. Euro. Zum Stichtag des 31.12.2010 erhielten 7397 Kinder in Schleswig-Holstein Leistungen der Frühförderung.

DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe: Ausgaben für Frühförderleistungen (AFF und IFF) in 2010	
Kreisfreie Stadt / Kreis	Betrag in €
Flensburg	209.506 €
Kiel	1,56 Mio. €
Lübeck	1.914.065 €
Neumünster	758.867 €
Dithmarschen	620.668 €
Lauenburg	1.011.016 €
Nordfriesland	1.604.385 €
Ostholstein	1.920.001 €
Pinneberg	2.407.717 €
Plön	547.504 €
Rendsburg-Eckernförde	997.840 €
Schleswig-Flensburg	1.383.644 €
Segeberg	1.374.403 €
Steinburg	330.532 €
Stormarn	1.437.260 €
Schleswig-Holstein	18,1 Mio. €

Tabelle 11: Ausgaben für Frühförderleistungen (AFF und IFF) in 2010

Zu den Ausgabenanteilen der örtlichen Träger der Jugendhilfe an der Frühförderung im Falle von Frühförderleistungen nach § 35a SGB VIII konnten durch die DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe Daten für das Jahr 2010 erhoben werden. Diese Auflistung weist Lücken auf, da nicht alle Ausgaben in diesem Bereich dokumentiert und genannt wurden:

DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe: Ausgaben der Jugendhilfe für heilpädagogische Leistungen in 2010	
Kreisfreie Stadt / Kreis	Betrag in €
Flensburg	0 €
Kiel	2,22 Mio. €
Lübeck	nicht bekannt
Neumünster	270.350 €
Dithmarschen	nicht bekannt
Lauenburg	0 €
Nordfriesland	0 €
Ostholstein	110.314 €
Pinneberg	44.598 €
Plön	nicht bekannt
Rendsburg-Eckernförde	nicht bekannt
Schleswig-Flensburg	198.350 €
Segeberg	ca. 410.000 €
Steinburg	202.000 €
Stormarn	nicht bekannt

Tabelle 12: Ausgaben der Jugendhilfe für heilpädagogische Leistungen in 2010

Anhand der Sozialhilfestatistik des Statistikamts Nord wurden Ausgaben für heilpädagogische Leistungen in Schleswig-Holstein herangezogen. Die Statistik differenziert zwischen der Erbringung der Leistungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen. Beide Kategorien können Leistungen der Frühförderung ebenso wie teilstationäre Maßnahmen enthalten.

Eine Differenzierung der Leistungen in allgemeine Frühförderung und Komplexleistung ist nach dieser Statistik nicht möglich.

Statistikamt Nord: Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen für Kinder in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins in den Jahren 2009 und 2010						
	insg. 2009	insg. 2010	außerhalb von Einrichtungen 2009	außerhalb von Einrichtungen 2010	in Einrichtungen 2009	in Einrichtungen 2010
Flensburg	4.266.902 €	4.620.833 €	211.788 €	209.506 €	4.055.114 €	4.411.327 €
Kiel	2.813.293 €	3.481.578 €	1.229.851 €	1.591.105 €	1.583.442 €	1.890.473 €
Lübeck	7.029.657 €	7.560.442 €	1.754.119 €	1.921.215 €	5.275.538 €	5.639.227 €
Neumünster	1.281.680 €	1.449.883 €	13.438 €	12.464 €	1.268.242 €	1.437.419 €
Dithmarschen	2.440.886 €	2.604.006 €	322.052 €	620.668 €	2.118.834 €	1.983.338 €
Herzogtum Lauenburg	5.260.702 €	4.278.680 €	1.502.130 €	1.011.016 €	3.758.572 €	3.267.664 €
Nordfriesland	5.283.031 €	4.760.096 €	1.457.067 €	1.574.806 €	3.825.964 €	3.185.290 €
Ostholstein	4.720.984 €	4.105.732 €	1.976.586 €	1.622.012 €	2.744.398 €	2.483.720 €
Pinneberg	9.462.518 €	10.120.096 €	952.522 €	958.334 €	8.509.996 €	9.161.762 €
Plön	2.962.621 €	3.099.622 €	522.482 €	547.504 €	2.440.139 €	2.552.118 €
Rendsburg-Eckernförde	3.778.616 €	3.402.418 €	1.054.549 €	996.816 €	2.724.067 €	2.405.602 €
Schleswig-Flensburg	4.504.156 €	4.183.253 €	1.536.580 €	1.383.644 €	2.967.576 €	2.799.609 €
Segeberg	7.140.557 €	6.593.318 €	1.731.196 €	1.445.386 €	5.409.361 €	5.147.932 €
Steinburg	2.467.801 €	2.334.014 €	357.393 €	330.532 €	2.110.408 €	2.003.482 €
Stormarn	5.252.835 €	5.763.589 €	1.290.211 €	1.437.260 €	3.962.624 €	4.326.329 €
Schleswig-Holstein	68.666.239 €	68.357.560 €	15.911.964 €	15.662.268 €	52.754.275 €	52.695.292 €

Tabelle 13: Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen für Kinder in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins in den Jahren 2009 und 2010

Laut Sozialhilfestatistik lagen im Jahr 2010 die Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen außerhalb von Einrichtungen bei 15,6 Mio. €.

Die Gesamtausgaben für heilpädagogische Leistungen lagen im Jahr 2010 gemäß Sozialhilfestatistik bei 68,3 Mio. €. Diese Position beinhaltet alle Ausgaben zur Frühförderung in Schleswig-Holstein, daneben können andere heilpädagogische Leistungen enthalten sein. Die DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe kommt bei Addition aller heilpädagogischen Leistungen (Frühförderung und teilstationäre Maßnahmen) auf insg. 63,1 Mio. €. Es ist offensichtlich, dass eine Differenz der Ausgabenwerte aus der der DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe sowie der Sozialhilfestatistik vorliegt.

Die Kostenentwicklung lässt sich von 2007 bis 2010 nach dem gleichen Schema, d.h. heilpädagogische Leistungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen sowie insgesamt darstellen:

Statistikamt Nord: Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen im Jahresvergleich 2007-2010			
	Insgesamt	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
2007	63.586.282 €	12.185.808 €	51.400.474 €
2008	65.236.575 €	13.837.377 €	51.399.198 €
2009	68.666.239 €	15.911.964 €	52.754.275 €
2010	68.357.560 €	15.662.268 €	52.695.292 €

Tabelle 14: Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen im Jahresvergleich 2007-2010

Die heilpädagogischen Leistungen sind in Schleswig-Holstein nach Vorgabe des § 57a JuFöG Teil der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach SGB XII. Somit fallen Kinder mit seelischer Behinderung auch in das Leistungsrecht nach SGB XII. Ergänzend bieten Kommunen heilpädagogische Leistungen nach § 35a SGB VIII an.

Das Benchmarking spielt eine wichtige Rolle für die Datenerfassung. Die Ausgaben der Eingliederungshilfe stiegen nach den Daten des Benchmarking in Schleswig-Holstein von 2007 bis 2010 von insgesamt 492 Mio. € auf 569 Mio. € an. Das entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 5%, die Veränderung von 2009 zu 2010 lag mit 3,5% darunter. Dieser geringere Anstieg wird auf steigende Fallkosten zurückgeführt (vgl. Benchmarking Eingliederungshilfe 2010).

Der Bericht liefert auch Aussagen über die Ausgabenentwicklung und die EmpfängerInnen von heilpädagogischen Leistungen. Die Bruttoausgaben für die mobile ambulante Frühförderung pro Leistungsberechtigten am Jahresende (Fallkosten) lagen in 2010 im landesweiten Mittel bei 5.454 €. Über die Gesamtausgaben für ambulante Frühförderung konnten keine Daten des Benchmarkings abgerufen werden.

Die Anzahl der EmpfängerInnen ist in einem Jahresvergleich von 2007-2010 um einen jährlichen Mittelwert von 4% angestiegen, obwohl es von 2009 auf 2010 einen leichten Rückgang der Kinder in heilpädagogischen Leistungen gab.

Benchmarking Eingliederungshilfe 2010:						
Leistungsberechtigte für heilpädagogische Leistungen im Jahresvergleich 2007-2010						
	2007	2008	2009	2010	Veränderung zum Vorjahr (2009)	Durchschnittliche Veränderungen 2007-2010
Schleswig-Holstein	5.666	6.164	6.474	6.378	-1,5 %	4 %
Kreisfreie Städte	1.323	1.425	1.568	1.633	4,1 %	7,3 %
Kreise	4.343	4.739	4.906	4.745	-3,3 %	3 %

Tabelle 15: Leistungsberechtigte für heilpädagogische Leistungen im Jahresvergleich 2007-2010

4.7.1.2 Kostenanteile der Krankenkassen

Neben den Kostenträgerschaften der Sozialhilfe fließen über die anteilige Finanzierung der Komplexleistung auch finanzielle Mittel der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in die Finanzierung der Komplexleistung ein. Der GKV-Spitzenverband erfasst keine landesspezifischen Daten über die Ausgaben für „Früherkennung und Frühförderung“, diese liegen nur bundesweit vor. Nach der DISW-Vertiefungsstudie IFF lag der Kostenanteil der GKV an der Frühförderung in Schleswig-Holstein im Jahr 2010 bei 134.582 € und im Jahr 2011 bei 258.333 €.

4.7.1.3 Finanzierungsformen

Wie auch in anderen Leistungsbereichen der Sozialleistungen und Sozialen Hilfen hat sich die Finanzierungsform der Fachleistungsstunde in der Frühförderung landesweit durchgesetzt. Die Fachleistungsstunde ist eine Verrechnungsform für Leistungsentgelte, bei der die kalkulierten Gesamtkosten eines Leistungsangebots (Personal-, Sach-, Investitions- und Vorhaltekosten) auf eine Zeitstunde bezogen, berechnet werden. Das bedeutet, dass die Fachleistungsstunde gemäß § 75 SGB XII einrichtungsbezogen und individuell kalkuliert sowie vergütet wird. Dabei können verschiedene Kriterien, wie Größe des Anbieters, Qualifikation des Personals, Höhe der Overheadkosten oder die Tarifgebundenheit des Anbieters eine Rolle spielen. Die wesentlichen Merkmale der Fachleistungsstunde sind 60 Minuten für direkte Leistungen (Förderung des Kindes und Elternarbeit), 15 Minuten für indirekte Leistungen, eine Fahrkostenpauschale sowie die individuelle Bemessung der Vergütung einer Fachleistungsstunde.

Parallel zu den Entwicklungen der Finanzierungsmodalitäten der Komplexleistung wurde durch § 15 Abs. 3 LRV-SH, der die Vergütung für den heilpädagogischen Bereich von Komplexleistungen auf Grundlage von Fachleistungsstunden regelt, ein landesweiter Innovations-

schub für die Abrechnung von allgemeiner Frühförderung in Kraft gesetzt. Inzwischen deckt die Finanzierung über die Fachleistungsstunde in Schleswig-Holstein die heilpädagogische Frühförderung beider Leistungen (allgemeine Frühförderung und Komplexleistung) ab. In beiden Bereichen findet sie Anwendung. Nur für die Komplexleistung ist sie durch die LRV-SH rechtlich vorgeschrieben.

Die Träger der Sozialhilfe setzen sich für eine landesweite Umstellung der Finanzierung in der allgemeinen Frühförderung von vereinbarten Kostensätzen für Fördereinheiten auf die Finanzierung durch Fachleistungsstunden ein. Die alten Finanzierungsmodi regelten die Finanzierung nach festgelegten Einheiten (i.d.R. 1-2 Einheiten pro Woche und Kind). Gemäß den Interviews wird die Finanzierung durch Fachleistungsstunden bereits in allen Kreisen und kreisfreien Städten umgesetzt. Ausnahmen bilden laufende Leistungen und Vergütungsvereinbarungen, nach denen vertraglich die Finanzierung über einzelne Fördereinheiten festgelegt ist. In der Praxis der Anbieter wird die Umstellung von der Fördereinheit auf die Fachleistungsstunde kritisch gesehen.

4.7.1.4 Nicht finanzierte Leistungen

Mit der Umstellung der Vergütungsform auf Fachleistungsstunden hat eine Verschiebung der finanzierten Leistungen und deren Umfang stattgefunden. Demnach ergab die Berechnung nach Fördereinheiten eine größere Flexibilität für den Anbieter, was unverhoffte Absagen, Terminverschiebungen oder akute Anfragen von Eltern betraf. Mit Einführung der Fachleistungsstunde fallen diese Vorteile weg und müssen einer exakten und meist unflexiblen Zeiteinteilung weichen. Bisher galten nach der Vergütungsform der Fördereinheiten die indirekten Leistungen durch eine pauschale Finanzierung aller Leistungen, die nicht direkt am Kind stattfanden, als ausreichend finanziert. Mit der Fachleistungsstunde gibt es diese Pauschalen nicht mehr, sondern es wird pro bewilligte und geleistete Fachleistungsstunde nur ein Anteil bis zu 15 Minuten für indirekte Leistungen finanziert. Die Förderdiagnostik und Förderplanung werden u.a. als direkte Leistung vergütet. Als indirekte Leistungen gelten Dokumentation, Vor- und Nachbereitung sowie interdisziplinärer Austausch.

Diese Praxis stieß in den Fokusgruppen- und Experteninterviews bei den AFF und IFF auf starke Kritik. Insbesondere zu knappe finanzielle Rahmenbedingungen aus Sicht der Leistungserbringer für Besprechungszeiten (interdisziplinärer Austausch) und Arbeitszeit für Austausch mit Therapeuten, Eltern, Kinderärzten sowie die Vergütungen der heilpädagogischen Eingangsdiagnostik wurden kritisiert.

Die DISW-Anbieterbefragung ergab, dass 47% Anbieter Leistungen erbringen, die sie nicht kostendeckend erstattet bekommen:

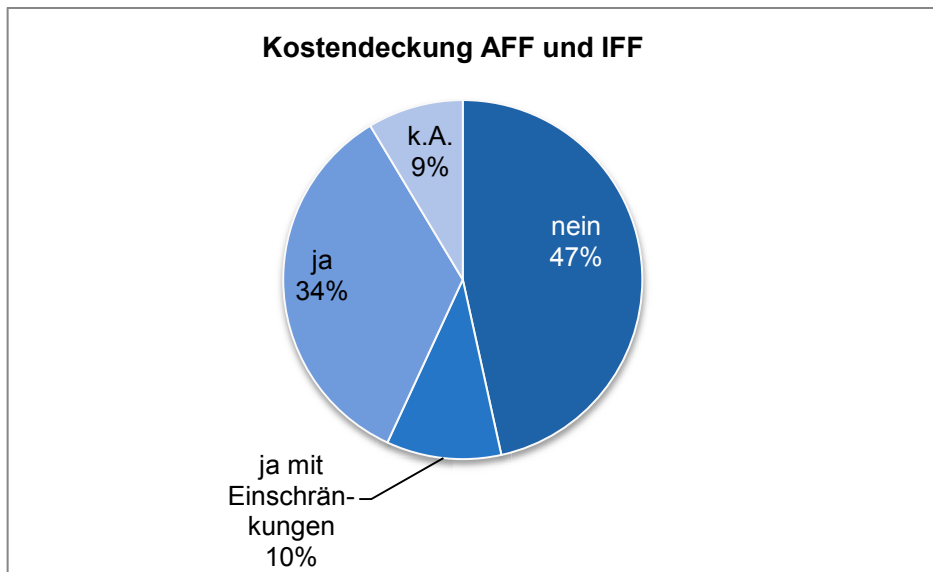


Abbildung 37: Kostendeckung AFF und IFF

Eine Konkretisierung ergab durch eine offene Fragestellung die Nennung der Leistungsanteile, für die die Kosten aus Sicht der Anbieter nicht gedeckt sind:

DISW-Anbieterbefragung: Ungedeckte Kosten AFF und IFF (Anzahl der Nennungen)		
Personalkosten (8)	Krankheitsstunden (4)	Gebärdendolmetscher (1)
Overhead (7)	Ausfallzeiten (4)	Betreuung von Kindern mit Schwerstmehrfacher Behinderung (1)
interdisz. Austausch (7)	Korrespondenzen mit Renten-/Krankenvers. (3)	Vor- und Nachbereitung (1)
Fahrtzeiten (6)	Doku (3)	Öffentlichkeitsarbeit (1)
Material (6)	Fobi/Schulung (3)	Fallgespräche (1)
Erstkontakt/-beratung (5)	Grundkosten (2)	Team (1)
Elternberatung/-arbeit (4)	Physio (2)	Supervision (1)
Vernetzung (4)	Verbandsbeiträge (1)	Diagnose (1)

Tabelle 16: Ungedeckte Kosten AFF und IFF

Abgesehen davon kann die IFF, wie auch die AFF, keine finanziellen Mittel für den Aufbau und die Pflege von externen Netzwerken erwarten. Gespräche mit dem Kinderarzt oder dem

Kindergarten zur Abklärung von Rahmenbedingungen oder zur Aufklärung über den Fortschritt der Förderung müssen die Anbieter aus eigenen Mitteln aufbringen. Die Vor- und Nachbereitungszeit wird sowohl in der AFF als auch in der IFF als zu gering eingeschätzt.

Wie schon in den Kapiteln „Zielgruppen“ und „Leistungen“ beschrieben, nimmt die Elternarbeit einen hohen Stellenwert in der der Frühförderung ein. Diese Leistung wird, nach Angabe der Anbieter, jedoch nicht ausreichend in die Finanzierung mit einbezogen. In vielen Fällen werden Elterngespräche von den Fachkräften außerhalb der geregelten Arbeitszeiten telefonisch geführt, was jedoch nicht vergütet wird. Nach dem neuen System der Fachleistungsstunde, kann die Elternarbeit jedoch, wie auch die Förderung am Kind, mit eigenen Zeitanteilen beantragt werden.

4.7.1.5 Finanzierung der Frühförderung im Rahmen eines Sozialraumbudgets

Das Sozialraumbudget ist ein Abrechnungsverfahren, das – anders als die herkömmliche Einzelfallfinanzierung – eine pauschale sozialraumbezogene und koordinierte Finanzierung der beteiligten Leistungssysteme zur Grundlage hat. In Schleswig-Holstein wird es ausschließlich im Kreis Nordfriesland in den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Eingliederungshilfe für unter 18-Jährige, einschließlich der Frühförderung, umgesetzt.

Das Konzept der Sozialraumorientierung ist die fachliche Antwort auf die Kritik, nach der die Einzelfallfinanzierung „Klebeeffekte“ (möglichst lange und intensive Bearbeitung der Fälle durch die Anbieter) und eine Versäulung der Hilfe- und Leistungssysteme mit sich brächten. Durch die Sozialraumorientierung als Finanzierungsinstrument übernehmen freie Träger und Trägerverbände die Versorgungsverantwortung für einen Sozialraum auf Grundlage eines festgelegten Zeitraums eines vorab kalkulierten finanziellen Rahmens. Berechnungsgrundlage sind i.d.R. die bisherigen Ausgaben. Den Trägern wird dadurch ermöglicht, alle Hilfen aus einer Hand anzubieten bzw. zu koordinieren und an die individuellen Fälle anzupassen, die Ressourcen des Sozialraums zu nutzen sowie wohnort- und lebensweltnahe Lösungen zu entwickeln (vgl. Deutscher Verein 2007).

In Nordfriesland hat dieses Finanzierungsmodell dazu geführt, dass durch die Regionalteams in den Sozialräumen die Kreisverwaltung eine monatliche Rückmeldung über den Budgetstand bekommen konnte. Die Finanzhoheit aber liegt in den Regionalteams, die das Budget verwalten und nach fachlicher Beurteilung über die jeweiligen präventiven Hilfen und Maßnahmen zu entscheiden haben. Die Finanzierung der Frühförderung ist Teil des Sozialraumbudgets.

4.7.2 Finanzierung der AFF

Die Finanzierung der allgemeinen Frühförderung erfolgt durch die Träger der Sozialhilfe als ambulante heilpädagogische Leistungen.

Die Kostenanteile des Sozialhilfeträgers und des Jugendhilfeträgers an der allgemeinen Frühförderung wurden durch die DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe erfasst. Die Ausgaben für heilpädagogische Leistungen bei seelischer Behinderung (§ 35a SGB VIII) konnten trotz Nachfragen nicht flächendeckend erfasst werden.

Kostenanteile der Träger der Sozial- und Jugendhilfe in 2010		
	Ausgaben für allgemeine Frühförderung in 2010	Ausgaben für heilpädagogische Leistungen bei seelischer Behinderung in 2010
Flensburg	187.103 €	0 €
Kiel	1,56 Mio. €	2,22 Mio. €
Lübeck	1.914.065 €	nicht bekannt
Neumünster	758.867 €	270.350 €
Dithmarschen	620.668 €	nicht bekannt
Herzogtum Lauenburg	1.011.016 €	0 €
Nordfriesland	1.604.385 €	0 €
Ostholstein	1.703.541 €	110.314 €
Pinneberg	2.407.717 €	44.598 €
Plön	547.504 €	nicht bekannt
Rendsburg-Eckernförde	997.840 €	nicht bekannt
Schleswig-Flensburg	1.364.002 €	198.350 €
Segeberg	1.371.569 €	ca. 410.000 €
Steinburg	330.532 €	202.000 €
Stormarn	1.437.260 €	nicht bekannt
Schleswig-Holstein	17,82 Mio €	

Tabelle 17: Kostenanteile der Träger der Sozial- und Jugendhilfe in 2010

Durch die DISW-Anbieterbefragung wurden die Anteile der Finanzierung der beteiligten Kostenträger an der AFF ermittelt. Demnach lag in 2009 der Anteil der Finanzierung von AFF durch die Sozialhilfe bei 92% und durch die Jugendhilfe bei 8%.

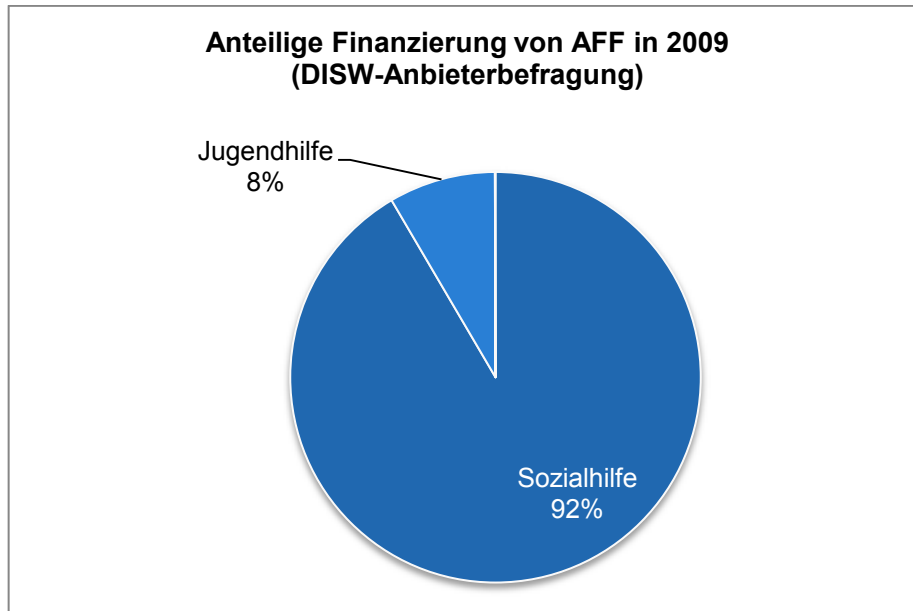


Abbildung 38: Anteilige Finanzierung von AFF in 2009

Die DISW-Datenerhebung Sozial- und Jugendhilfe kommt für das Jahr 2010 auf einen Finanzierungsanteil durch die Sozialhilfe von 17,82 Mio. € und der Jugendhilfe von 3,45 Mio. €. Die Sozialhilfe trägt somit 84% und die Jugendhilfe 16% der Finanzierung. Diese Werte sind allerdings nur bedingt aussagekräftig, sie bilden lediglich eine Richtgröße ab, da aus 5 Kreisen und kreisfreien Städten keine Angaben zu den Finanzierungsanteilen der Jugendhilfe gemacht wurden und bei den Finanzierungsanteilen der Träger der Sozialhilfe teilweise die Anteile der Komplexleistung mit eingeflossen sind.

4.7.3 Finanzierung IFF

4.7.3.1 Kosten und Kostenanteile

Die Kostenträger der Komplexleistung setzen sich aus dem jeweiligen Sozialhilfeträger und den Krankenkassen zusammen. Der Antrag auf Gewährung einer Komplexleistung kann nach § 11 LRV-SH bei beiden Kostenträgern gestellt werden und muss innerhalb von zwei Wochen entschieden werden.

Daten zur Finanzierung der Komplexleistung wurden bisher statistisch nicht aussagekräftig erfasst. Aus diesem Grund hat das DISW eine eigene Abfrage zum Thema Komplexleistung bei den kommunalen Sozialhilfeträgern durchgeführt. In dieser Abfrage gaben acht Kreise und kreisfreie Städte für das Jahr 2010 keine Kinder in Komplexleistungen an. Weiterhin wurden

zum Stichtag 31.12.2010 insgesamt 161 Kinder in Komplexleistung ermittelt. Davon waren 24 Kinder unter drei Jahren und 137 Kinder über drei Jahren.

Neben der Anzahl der Kinder, die sich in Komplexleistung befanden, wurden auch die Kosten ermittelt, die die Kommunen im Jahr 2010 für die Komplexleistung aufgebracht haben. Diese Anteile konnten jedoch nicht flächendeckend ermittelt werden, da sich in vielen Kommunen die Kosten für die Komplexleistung nicht zu den Kosten für die allgemeine Frühförderung differenziert darstellen lassen.

Aufgrund der Unterschiedlichkeit und fehlenden Vergleichbarkeit der Zahlen und der damit verbundenen Tatsache, dass von der Anzahl der Kinder nicht auf die Kosten für die Komplexleistung geschlossen werden kann, wurde zusätzlich zur DISW-Datenabfrage Sozial- und Jugendhilfe eine Abfrage bei den zum Zeitpunkt der Untersuchung 11 bestehenden Interdisziplinären Frühförderstellen durchgeführt.

Dem DISW wurden die Beträge gemeldet, die 10 der 11 IFF von den Krankenkassen und dem jeweiligen Sozialhilfeträger für die Erbringung der Komplexleistung erstattet bekommen. Es handelt sich vielfach jedoch nicht um die realen Kosten, die die Erbringung der Komplexleistung mit sich bringt. Diese sind meist deutlich höher (siehe Kapitel 4.7.3.4).

Die gesamten Erstattungskosten für den heilpädagogischen Teil sowie die Heilmittelerbringung innerhalb der Komplexleistung stellen sich für die Jahre 2010 und 2011 wie folgt dar:

Erstattungskosten der Krankenkassen und Sozialhilfeträger für die Komplexleistung in 2010 und 2011			
Heilpädagogik 2010	Heilmittel 2010	Heilpädagogik 2011	Heilmittel 2011
284.229,64 €	134.581,97 €	504.630,68 €	258.333,52 €
(DISW-Vertiefungsstudie IFF)			

Tabelle 18: Erstattungskosten der Krankenkassen und Sozialhilfeträger für die Komplexleistung – 2010 und 2011

Insgesamt wurden also im Jahr 2010 418.811,61 € und im Jahr 2011 762.964,20 € für die Komplexleistung von beiden Kostenträgern aufgebracht. Die starke Kostensteigerung lässt sich anhand mehrerer Faktoren erklären. Zum einen hat sich eine Vielzahl von IFF erst in der zweiten Jahreshälfte 2010 gegründet, sodass sie sich regional zunächst etablieren mussten und sich dementsprechend wenige Kinder in einer Komplexleistung befanden. Zum anderen gaben vier IFF an, dass sie im Jahr 2010 keine Komplexleistungen erbracht haben. Weiterhin ergaben sich auch innerhalb der Anbieterstruktur der IFF Veränderungen. So konnten zwei IFF die Komplexleistung nicht weiter anbieten und zugleich gründeten sich neue IFF.

4.7.3.2 Finanzierungsformen

Die verbindliche Einführung der Fachleistungsstunde im Bereich der Frühförderung begann mit Inkrafttreten der Landesrahmenvereinbarung im Jahr 2007. Die Fachleistungsstunde, die mittlerweile auch im Bereich der AFF angewendet wird, wurde als Vergütungsart von Beginn an für die Komplexleistung festgeschrieben. Die Vor- und Nachteile, die sich in den letzten Jahren herauskristallisiert haben, sind jedoch in beiden Teilsystemen dieselben (siehe Kapitel 4.7.1.3).

4.7.3.3 Pauschale Kostenerstattung

In Schleswig-Holstein findet die Abrechnung der Einzelleistungen innerhalb der Komplexleistung nicht auf Grundlage von Pauschalen, sondern als Einzelabrechnung mit den jeweiligen Kostenträgern statt. Aus den Angaben der Einrichtungen, die die Einnahmen durch die Kostenträger für die erbrachten Komplexleistungen beinhalten, lassen sich die Kostenanteile der jeweiligen Kostenträger für die Jahre 2010 und 2011 berechnen.

Durchschnittliche Anteile der Heilmittel und Heilpädagogik an der Komplexleistung in 2010 und 2011			
Heilpädagogik 2010	Heilmittel 2010	Heilpädagogik 2011	Heilmittel 2011
63 %	37 %	67 %	33 %
(DISW-Vertiefungsstudie IFF)			

Tabelle 19: Durchschnittliche Anteile der Heilmittel und Heilpädagogik an der Komplexleistung – 2010 und 2011

Die Werte für die Heilmittelerbringung liegen somit für das Jahr 2011 über 30%. Es ist jedoch zu beachten, dass diese Zahlen für Gesamt-Schleswig-Holstein wesentlich durch die hohe Anzahl der Kinder in Komplexleistung im Kreis Ostholstein durch die dortige Bewilligungspraxis geprägt sind. Zum Vergleich: für die Kostenerstattung der Komplexleistung werden von den Krankenkassen in Niedersachsen (Sohns 2010: S. 204) und Hamburg (Sohns 2010: S. 217) Pauschalen in Höhe von 22,5% erbracht. In Sachsen-Anhalt (Sohns 2010: S. 223) liegt die Pauschale bei 20%, was auch den Empfehlungen der BAR-Arbeitsgruppe entspricht (Sohns 2010: S. 233).

Eine pauschale Abrechnung mit nur einem Kostenträger hätte einen erheblich niedrigeren Verwaltungsaufwand zur Folge.

In der DISW-Anbieterbefragung wurde die Einführung von Pauschalen in 57% der Antworten positiv bewertet.

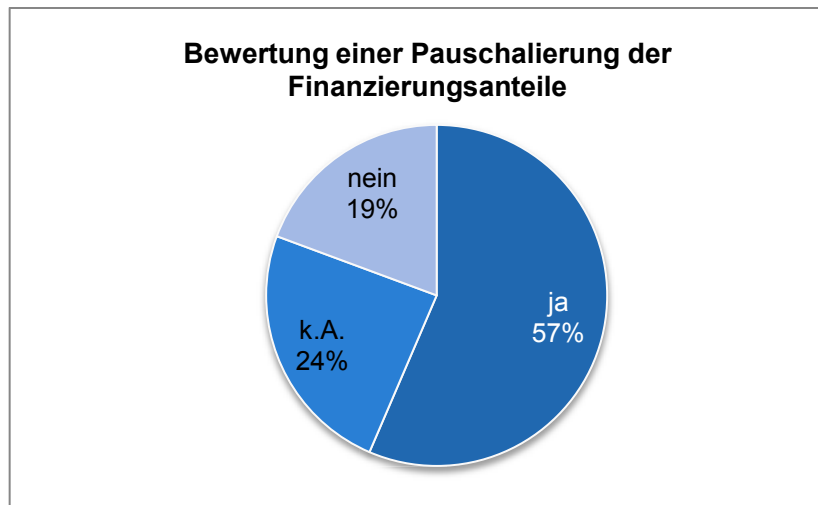


Abbildung 39: Bewertung einer Pauschalierung der Finanzierungsanteile

Gründe waren meist die Vereinfachung der Abrechnung mit gleichzeitiger Senkung der Verwaltungskosten und eine größere Planungssicherheit.

4.7.3.4 Nicht finanzierte Leistungen

Während der Untersuchung wurde deutlich, dass die Anbieter von Frühförderleistungen vielfach Leistungen erbringen, die nicht von den Kostenträgern finanziert werden. Dies lässt sich besonders auf die heilpädagogischen Leistungen innerhalb der Komplexleistung übertragen. So gaben 4 der 11 IFF an, dass das offene Beratungsangebot nicht vergütet wird, wohingegen es bei 6 IFF mit einer Fachleistungsstunde finanziert wird.

Auch die Eingangsdiagnose wird von den Krankenkassen nur dann vergütet, wenn anschließend eine Komplexleistung oder medizinisch-therapeutische Leistung erbracht wird. Generell wird die Zeit, die für die Eingangsdiagnose von Seiten der IFF veranschlagt wird (1,5 Stunden) als zu gering eingestuft. Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist diese Zeit sehr knapp bemessen. Auch der ÖGD bekommt für die Eingangsdiagnose 3 Stunden und 15 Minuten vergütet.

In der Anlage 9 der LRV-SH ist für die interdisziplinären Gespräche pro Fachkraft und erbrachter Fördereinheit 1 € veranschlagt. Das wird in der Praxis als deutlich zu gering eingestuft, denn die Interdisziplinarität ist die Hauptqualität der Komplexleistung und dies sollte auch dementsprechend in der Kalkulation deutlich werden.

4.7.3.5 Landesrahmenvereinbarung

In der Landesrahmenvereinbarung wurde erstmals für den Bereich der Frühförderung – hier der Komplexleistung – eine Festschreibung verschiedener Kategorien und Qualitätsmerkmale vorgenommen. Der Grundgedanke der Festschreibung von beispielsweise finanzierten Leistungen, der nötigen Qualifizierung des Personals und weiteren strukturellen Rahmenbedingungen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Leistung kann als Basis für eine Leistungserbringung generell als positiv gewertet werden.

Es wird, im Gegensatz zur AFF, eine gewisse Verlässlichkeit für die Anbieter geschaffen, die sich sowohl auf die strukturellen Rahmenbedingungen bei der Zulassung einer Einrichtung, wie auch auf die Leistungserbringung an sich bezieht. Während der Untersuchung wurde deutlich, dass vielerorts Unsicherheiten besonders im Hinblick auf die Zulassungskriterien für den heilpädagogischen Bereich bestehen. Zwar sind auch in der LRV-SH für den heilpädagogischen Bereich nicht alle Rahmenbedingungen konkret festgeschrieben, es ist jedoch zu verzeichnen, dass sich im Teilsystem der IFF keine vergleichbaren großen Unterschiede wie im Teilsystem der AFF finden lassen. Es befinden sich demnach alle IFF auf einem vergleichbar hohen Qualitätsstandard und es sind sowohl auf inhaltlicher wie auf struktureller Ebene keine gravierenden qualitativen Unterschiede erkennbar.

Jedoch kann man nach fast fünfjähriger Geltung der LRV-SH anmerken, dass die praktische Umsetzung der teils deutlich zu hohen Zulassungsvoraussetzungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht auf Dauer tragbar ist. Der Grundgedanke einer stärkeren Vereinheitlichung kann nur mit in der Praxis umsetzbaren Rahmenbedingungen funktionieren. Die LRV-SH wird demnach bis heute sehr kontrovers diskutiert. Einerseits wurden die Leistungserbringer bei der inhaltlichen Ausgestaltung kaum einbezogen und haben die LRV-SH nicht mitunterzeichnet. Andererseits gibt es neben dem positiven Aspekt der einheitlichen Regelung der Rahmenbedingungen viele Kritikpunkte auf inhaltlicher Ebene, die auch während der Untersuchung vielfach an das DISW herangetragen wurden. So bewerteten knapp 50% der Anbieter von Frühförderleistungen in der DISW-Anbieterbefragung die LRV-SH als schlecht bis sehr schlecht.

Rund 78% der Anbieter gaben an, dass sie eine Zulassung zur IFF nicht anstreben. Meistgenannter Grund waren die schlechten Rahmenbedingungen der LRV-SH. Vorschläge zur Verbesserung wurden wie folgt benannt:

- Kooperationen mit externen Therapeuten ermöglichen
- Auskömmliche finanzielle Rahmenbedingungen schaffen
- Flexibilisierung der Personalvorgaben
- Erhöhung der Zeitanteile
- Pauschale Finanzierung
- Flexibilisierung der räumlichen Vorgaben

- Grundsätzliche Überarbeitung der LRV-SH unter Einbezug der Praxis
- LRV-SH an ländliche Bereiche anpassen
- Anpassung der LRV-SH an die Vorgaben der FrühV

In der DISW-Vertiefungsstudie IFF wurde zusätzlich nach der Bedeutung der Vorgaben durch die Krankenkassen und den Sozialhilfeträger für die Praxis in einer IFF gefragt. Vorgaben, die als wenig sinnvoll eingestuft wurden, sind beispielsweise die Erfüllung aller Vorgaben für den Heilmittelbereich, ein zu hoher Verwaltungsaufwand, da eine Finanzierung aus einer Hand nicht gegeben ist, die 10% Regelung bei Erbringung von Heilmitteln außerhalb der Komplexleistung und die fehlende Möglichkeit für externe Kooperationen.

Die Abbildungen 14 und 15 (Kap. 4.4.4.2) zeigen, dass bei den geprüften Voraussetzungen zur Zulassung einer IFF, nach Angaben der Anbieter weniger auf die fachlichen als auf die räumlichen und sachlichen Standards Wert gelegt wird. Dies stößt in der Praxis auf Unverständnis. Nach Angaben der Krankenkassen nehmen die räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen jedoch jeweils 30% bei der Anerkennung einer IFF ein. Die LeiterInnen der IFF wurden weiterhin nach Kriterien befragt, die die LRV-SH nicht oder nur unzureichend abdeckt. Hier wird die zu geringe Zeit für fachlichen Austausch und Interdisziplinarität am häufigsten genannt.

Die oben genannten Faktoren haben, das zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre, drastischen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Interdisziplinären Frühförderstellen. So stehen der inhaltlich anerkannten Idee der Komplexleistung deutlich zu hohe Anfangsinvestitionen durch in der LRV-SH geforderte personelle und sachliche Standards gegenüber. Folge sind vollständig eingerichtete, aber mitunter leerstehende Praxisräume, teilweise ausgestattet mit Therapiegeräten, die für die Förderung von Kindern nicht benötigt werden oder nicht ausgelastete Therapeuten, die eine Vollzeitstelle allein mit der Erbringung der Komplexleistung nicht ausfüllen können. Abgesehen davon sind auch die Zeiten und somit die Finanzierung besonders der indirekten Leistungen wie Netzwerkarbeit oder interdisziplinärer Austausch deutlich zu niedrig angesetzt.

4.7.3.6 Kooperation mit externen Therapeuten

Die Landesrahmenvereinbarung regelt in § 12 Abs. 2, dass in den Bereichen der Heilmittel, also Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, jeweils eine Fachkraft mit 32 Std./Woche angestellt sein muss. Es ist demnach theoretisch nicht möglich, eine Fachkraft aus den genannten Bereichen für die einzelfallbezogene Erbringung einer Teilleistung der Komplexleistung aus einer externen niedergelassenen Praxis zu beschäftigen. Diese Regelung ist besonders kurz nach Anerkennung zur IFF aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten fragwürdig. So müssen die IFF zwar das Personal und die Räumlichkeiten vor Anerkennung zur IFF vorweisen, haben zu diesem Zeitpunkt aber noch keine Kinder in Behandlung und oft dauert es eine gewisse Zeit, bis sich das Angebot der Komplexleistung in der Region etabliert hat.

Hinzu kommt, dass die ausgebildeten medizinisch-therapeutischen Fachkräfte nach Anerkennung durch die Krankenkassen eine Leistung außerhalb der Komplexleistung in den Räumen der IFF zwar anbieten und durchführen dürfen, die IFF für diese Leistung aber 10% weniger bekommt, als sie es für die gleiche Leistung innerhalb der Komplexleistung bekommen würde.

Die Folge der Regelung ist, dass sich 64% der IFF die Möglichkeit wünschen, vertraglich geregelte Kooperationen mit externen Therapeuten eingehen zu können, um zumindest Personalkosten einsparen zu können.

Meistgenannte inhaltliche Gründe sind passgenauere Hilfen, da externe Therapeuten auch anhand von Zusatzausbildungen ausgewählt werden können, ggf. Verhinderung weiter Anfahrtswege für die Familien, Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts der Eltern sowie Verhinderung von Therapeutenwechsel, falls bereits eine Therapie erbracht wird. In diesem Fall ist es nicht möglich während der Komplexleistung den bereits bekannten Therapeuten zu behalten. In der DISW-Vertiefungsstudie IFF wurde von 6 IFF angegeben, dass insgesamt 33 Komplexleistungen nicht zustande kamen, weil ein Therapeutenwechsel hätte vollzogen werden müssen. Gleichzeitig wird aber auch gefordert, dass diese Kooperationen vertraglich geregelt und mit klaren Rahmenbedingungen versehen werden müssen.

Trotz der klaren Formulierung in der LRV-SH zum Thema Anstellung von medizinisch-therapeutischen Fachkräften in einer IFF, ist es in Schleswig-Holstein bei 36% der IFF dennoch möglich, eine Kooperationsbeziehung zu externen Therapeuten einzugehen. In diesen Fällen wurde offensichtlich eine Lösung zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen gefunden, die eine Anstellung aller Therapeuten nicht zwingend erforderlich macht.

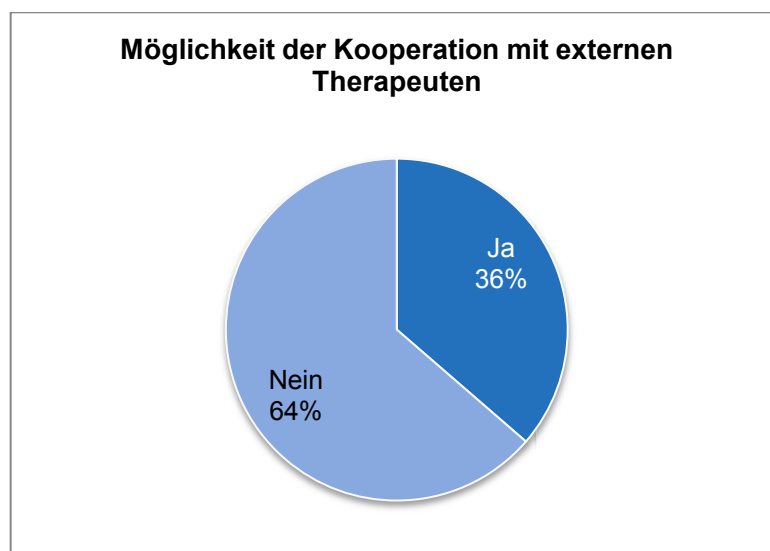


Abbildung 40: Möglichkeit der Kooperation mit externen Therapeuten

Diese Einzelfallregelungen zeigen die Notwendigkeit einer Anpassung der LRV-SH.

4.7.3.7 Wirtschaftlichkeit der IFF

Alle o.g. Punkte führen dazu, dass eine Wirtschaftlichkeit von Interdisziplinären Frühförderstellen in Schleswig-Holstein besonders in der Entstehungs- und Anfangsphase meist nicht gegeben ist. Vielfach sind die Zulassungsvoraussetzungen und das damit verbundene nötige Startkapital so hoch, dass sich die Einrichtungen noch nicht flächendeckend ansiedeln konnten.

In der DISW-Vertiefungsstudie IFF wurde aus diesem Grund auch nach der Wirtschaftlichkeit bestehender Interdisziplinärer Frühförderstellen gefragt. Keiner der befragten Anbieter beantwortete die Frage positiv. 91% gaben an, nicht wirtschaftlich zu arbeiten und 9% enthielten sich der Antwort.



Abbildung 41: Wirtschaftlichkeit der IFF

Als Gründe wurden meist die zu hohen Zulassungsvoraussetzungen, die zu geringen Zeitfenster für direkte und indirekte Leistungen der Förderung sowie die geringe Auslastung besonders im Heilmittelbereich bei gleichzeitig geforderter Festanstellung der Fachkräfte genannt. Auch der zu hohe Verwaltungsaufwand wurde als Grund benannt.

Die geforderte Vollzeitstellung der drei fachlichen LeiterInnen der medizinisch-therapeutischen Bereiche nach § 12 Abs. 2 LRV-SH ist in Verbindung mit der bereits erläuterten 10%-Regelung als ein maßgeblicher Faktor zu betrachten. So ist es den IFF nur mit Verlusten möglich, ihre festangestellten Therapeuten außerhalb der meist zu geringen Auslastung innerhalb der Komplexleistung zu beschäftigen. Aus diesem Grund bewerten knapp 50% der Anbieter von Komplexleistung diese Regelung als inakzeptabel und ungerecht. Die restlichen 50% enthielten sich der Aussage.

4.7.4 Zwischenfazit

Auch dieser Untersuchungsteil führt zu der Feststellung, dass zu den zentralen Fragen der Finanzierung und der Kostenentwicklung die vorfindlichen Instrumente der Datenerhebung und -systematisierung nicht ausreichen, um zu vergleichbaren Aussagen zu Trends und Möglichkeiten der Steuerung bzw. Gegensteuerung zu kommen. Die finanziellen, rechtlichen sowie strukturellen Rahmenbedingungen müssen in regelmäßigen Abständen überprüft und an die sich ändernden gesellschaftlichen und fachlichen Bedingungen angepasst werden, da besonders die hohen Hürden der LRV-SH einer Ausweitung des Angebots durch Interdisziplinäre Frühförderstellen entgegenstehen.

Insbesondere zu den Themen Fachleistungsstunde und Wirtschaftlichkeit der IFF liegt bei vielen Leistungserbringern noch immer eine große Unsicherheit vor.

5 Frühförderung in den anderen Bundesländern

Mit Inkrafttreten der FrühV im Jahre 2003 wurde die Kostenteilung für die Umsetzung der Komplexleistung durch die Träger der Sozial- und Jugendhilfe sowie der Krankenkassen spezifiziert und gegenüber den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Leistungen abgegrenzt. Damit konnten die Grundlagen für die Umsetzung der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX bundesweit festgeschrieben werden. Dennoch bleibt es bei einer sehr heterogenen Umsetzung der Frühförderung in den Bundesländern, da die FrühV auch beschreibt, dass die näheren Anforderungen an IFF und SPZ durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden können. In der Folgezeit haben sich in den Bundesländern unterschiedliche Standards oder Mindestanforderungen für die Umsetzung der Komplexleistung, Anforderungen an die IFF, Standards der Leistungsprozesse, Strukturen der Vernetzung auf Landesebene und Finanzierungsformen der Komplexleistung herausgebildet. Dieses vielfältige Bild der Umsetzung der Komplexleistung zeigt sich auch in der sehr unterschiedlichen Erbringung von allgemeiner Frühförderung aufgrund der kommunalen Zuständigkeiten für die Ausgestaltung und Finanzierung der heilpädagogischen Leistungen.

Ein Blick über die Grenzen Schleswig-Holsteins bietet einen Eindruck über die vielfältigen Regelungsmöglichkeiten des Systems der Frühförderung. Auf diese Weise kann die Bewertung der Ergebnisse dieser Untersuchung und die daraus resultierenden Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein durch Beispiele aus den anderen Bundesländern angereichert werden.

In den folgenden Kurzdarstellungen wird auf Besonderheiten, Alleinstellungsmerkmale sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen – in erster Linie zur Umsetzung der Interdisziplinären Frühförderung – in den einzelnen Bundesländern eingegangen.

Umsetzung der Frühförderung in den Bundesländern		
Land	Rechtliche Rahmenbedingungen	Besonderheiten
Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg (1993/Fortschreibung 1998) • Übergangsvereinbarung zur Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 zwischen den beteiligten Verbänden der Liga der freien Wohlfahrtspflege vom 09. März 2005 	<p>Die „Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg“ ist am Regierungspräsidium Stuttgart angesiedelt. Ihre Aufgaben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung der Frühförderung • Fortbildungen • Angebot zur interdisziplinären Praxisbegleitung • Unterstützung des interdisziplinären Austausches • Koordinierung und Vernetzung im Bereich Frühförderung • Koordinierung und Vernetzung mit benachbarten Fachdisziplinen und Arbeitsbereichen • Klärung schwieriger fachlicher Fragen • Erarbeitung von aktuellen Themenstellungen • Herausgabe eines Informationsdienstes • Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation • Beratung der zuständigen Ministerien • Fachberatung für Schulkindergärten <p>(http://www.rp.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/menu/1305248/index.html, Stand: 30.04.2012)</p>
Bayern	<p>Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern (2006/neue Fassung ab Juli 2011)</p>	<p>Die „Arbeitsstelle Frühförderung Bayern“ (Gründung 1975), wird durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gefördert.</p> <p>Sie versteht sich als zentrale Einrichtung zur konzeptionellen, fachlichen und organisatorischen Weiterentwicklung der interdisziplinären Frühförderung behinderter und entwicklungsgefährdeter Kinder in Bayern. Ihre Aufgaben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Wissensstand in der Frühförderung zu erweitern • die Fortentwicklung der praktischen Arbeit zu unterstützen • den aktiven Austausch der Frühförderstellen anzuregen • die Qualität der Frühförderung zu stärken und zu ihrer Weiterentwicklung beizutragen

		<ul style="list-style-type: none"> die Interdisziplinarität zu fördern <p>(http://www.fruehfoerderung-bayern.de/ueberuns/, Stand: 30.04.2012)</p>
Berlin	Rahmenvereinbarung zur sozialpädiatrischen Versorgung im Land Berlin (zugleich Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 der FrühV zu § 30 SGB IX) (2005)	<p>In Berlin werden heilpädagogische Leistungen bei Kindern bereits seit den 90er Jahren im Verbund mit medizinischen Leistungen der Rehabilitation erbracht (vgl. Präambel Rahmenvereinbarung Berlin).</p> <p>Alle Leistungen der Früherkennung und Frühförderung werden grundsätzlich von SPZ erbracht.</p> <p>(http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-soziales/berlinersozialrecht/rv_spz.pdf?start&ts=1291296741&file=rv_spz.pdf, Stand: 30.04.2012)</p>
Brandenburg	Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der FrühV im Land Brandenburg (2007)	<p>Die „Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Brandenburg“ befindet sich in der Trägerschaft der Arbeitsgemeinschaft Frühförderung Brandenburg (Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Landesverband Brandenburg e.V., Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V., Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung (ViFF) Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.). Die Aufgaben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> Unterstützung und Beratung von Eltern Beratung von Interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstellen, Sozialpädiatrischen Zentren und Leistungsträgern zur Umsetzung der Frühförderverordnung Initiierung sowie konzeptionelle und fachliche Begleitung von regionalen interdisziplinären Arbeitskreisen in den Regionen Brandenburgs Organisation und Durchführung von Fortbildungen Planung und Durchführung regionaler und überregionaler Fachveranstaltungen Durchführung von Projekten (z. B. Elternzufriedenheit mit Frühförderung, Potsdamer Elterntraining zur Frühförderung autistischer Kinder) Erhebung von frühförderrelevanten Daten und deren Auswertung Mitwirkung in regionalen und überregionalen

		<p>Gremien (z.B. regionale Arbeitskreise Frühförderung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veröffentlichung von Fachbeiträgen • Kooperation und fachlicher Austausch mit Fachverbänden und allen überregionalen Arbeitsstellen für Frühförderung in Deutschland <p>(http://www.ffbra.de/, Stand: 30.04.2012)</p>
Bremen	<p>Bremische Landesrahmenempfehlung die Früherkennung und Frühförderung nach dem SGB IX sowie gemäß der FrühV (2012)</p>	<p>Zur Gewährleistung einer einheitlichen Qualität sowie eines einheitlichen Verfahrens der Leistungserbringung liegt eine Bremische Landesrahmenempfehlung zur Früherkennung und Frühförderung zur Unterzeichnung vor.</p> <p>(http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Landesrahmenplan+Fr%FChf%F6rderung_01.pdf , Stand: 30.04.2012)</p>
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> • Landesrahmenempfehlung gemäß § 2 Satz 3 FrühV nach § 30 Abs. 1 und 2, § 32 Nr.1 SGB IX im Bereich der Freien und Hansestadt Hamburg (2005) • Zusätzlich regelt eine Fachanweisung u.a. die Verfahrensabläufe in der Interdisziplinären Frühförderung 	<p>Die Stelle „Koordination Frühförderung“ ist an das „Beratungszentrum Sehen / Hören / Bewegen / Sprechen“ des Bezirksamts Hamburg-Nord mit Zuständigkeit für ganz Hamburg angesiedelt. Ihre Aufgaben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Information von Eltern, Sorgeberechtigten, Angehörigen • Fachberatung für Fachkräfte aus der Kinder- und Familienarbeit • Fortbildung und Multiplikatorenarbeit • Initiierung von / Kooperation mit "kleinen Netzen Frühförderung" und Multiplikatoren in Zusammenarbeit mit den regionalen Frühförderstellen und örtlichen Einrichtungen, Ärztinnen/Ärzten sowie bezirklichen Diensten, die in den Bereichen (Klein-) Kinder und Familien tätig sind <p>(http://www.hamburg.de/contentblob/2896064/data/broschuere-beratungszentrum-11-05.pdf, Stand: 30.04.2012)</p>
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenkonzeption Frühförderung Hessen (2003) • Vereinbarung zur Umsetzung der FrühV (2006) 	<p>Die „Arbeitsstelle Frühförderung Hessen“ ist in der Trägerschaft der Landesarbeitsgemeinschaft Frühe Hilfen in Hessen e.V.. Ein Fachbeirat ist ihr zur Seite gestellt, weitere fachliche Unterstützung erfährt sie durch ein externes Beratergremium. Das hessische Sozialministerium unterstützt die Arbeit der Arbeitsstelle Frühförderung Hessen</p>

		<p>durch eine jährliche Zuwendung in Form von Projektförderung. Angebote der „Arbeitsstelle Frühförderung Hessen“ sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstinformation, -beratung und Vermittlung von Eltern und Kindern • Aufarbeitung und Bereitstellung von Informationen und Veröffentlichungen für Fachkräfte • Institutionsberatung zu Fragen der Organisationsentwicklung • Fortbildungen, Fachtagungen und Qualitätszirkel zu aktuellen Themen • Qualifizierungsmöglichkeiten und Austauschforen • Vertretung der Belange der interdisziplinären Frühförderung in der Region durch Einbindung aller Beteiligten in die regionale Struktur • Erarbeitung sozial- und berufspolitischer Positionen zu aktuellen Entwicklungen <p>(http://www.asffh.de/, Stand: 30.04.2012)</p>
<p>Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der FrühV in Mecklenburg-Vorpommern (Neuaufgabe 2010)</p>	<p>In Mecklenburg-Vorpommern wurde bereits 2005 eine erste Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der FrühV verabschiedet. Die Landesrahmenempfehlung wurde in geänderter Fassung am 1. Dezember 2010 neu aufgelegt.</p> <p>Für die Erreichung der personellen Anforderungen an die IFF sind für die nicht in IFF angestellten Fachkräfte in der Landesrahmenempfehlung ausdrücklich Kooperationsverträge vorgesehen um die interdisziplinäre Zusammenarbeit sicherzustellen.</p> <p>(http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Themen/Soziales/Landesrahmenempfehlung_zur_Umsetzung_der_Fruehoerforderverordnung_M-V/index.jsp, Stand: 30.04.2012)</p>
<p>Niedersachsen</p>	<p>Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der FrühV in Niedersachsen (2009)</p>	<p>In Niedersachsen gibt es ein Nebeneinander der heilpädagogisch besetzten Frühförderung und der „Beratungs- und Früherkennungsteams“. Interdisziplinäre Beratungs- und Früherkennungsteams sind familien- und wohnortnahe Einrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige nichtärztlicher Heilberufe und pädagogisch / psychologischer Berufe mit Erfahrungen in der Förde-</p>

		<p>rung entwicklungsverzögerter Kinder eng zusammenarbeiten. Die interdisziplinären Teams führen konkrete Angebote der Früherkennung durch, geben Empfehlungen für die Frühförderung sowie Frühbehandlung und beobachten den Verlauf der Förderung und dessen Erfolg.</p> <p>(http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5127&article_id=13700&psmand=17, Stand: 30.04.2012)</p>
Nordrhein-Westfalen	Rahmenempfehlung zur Umsetzung der FrühV (2005)	<p>Ein Alleinstellungsmerkmal Nordrhein-Westfalens ist das in der Rahmenempfehlung festgeschriebene Verfahren zur Anerkennung von IFF. Danach gibt es keine landesweit einheitlichen Standards. Einrichtungen, die interdisziplinäre Frühförderung erbringen möchten, verhandeln auf Grundlage eines Konzepts, das Aussagen über die personelle und sachliche Ausstattung enthält, mit den örtlichen Sozialhilfeträgern und den Krankenkassen (-verbänden) individuelle pauschalierte Entgelte. Damit sollen die regionalen Unterschiede berücksichtigt werden unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der IFF.</p> <p>Eine überregionale Beratung der Anbieter von Frühförderleistungen wird von der freien Wohlfahrtspflege durch die „Fachberatung Frühförderung“ (Der Paritätische Nordrhein-Westfalen) gewährleistet.</p> <p>(http://www.bkk-nordwest.de/versorgungsprogramme/extras-in-nrw/service/fruehfoerderung/download/rahmenempfehlung.pdf, Stand: 30.04.2012)</p>
Rheinland-Pfalz	Vereinbarung über das Zusammenwirken der Rehabilitationsträger und der Sozialpädiatrischen Zentren in Rheinland-Pfalz zur Erbringung der Komplexleistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (2006/2007)	<p>Bundesweit einmalig ist die enge Verzahnung von Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen. Alle Leistungen der Früherkennung und Frühförderung werden von SPZ und den dort angegliederten Frühförderstellen erbracht. Außenstellen dienen der Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung. Daneben bieten einzelne örtliche Lebenshilfen „Hausfrühförderung“ an.</p> <p>(http://msagd.rlp.de/soziales/menschen-mit-behinderungen/fruehfoerderung/, Stand: 30.04.2012)</p>

<p>Saarland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der FrühV (2006) • Saarländischer Rahmenvertrag nach § 79 Absatz 1 SGB XII (2008) 	<p>Neben der Landesrahmenvereinbarung regelt der Rahmenvertrag die Rahmenbedingungen, den Leistungstyp, die Leistungsvereinbarung, die Vergütungsvereinbarung und die Prüfungsvereinbarung für Anbieter von Frühförderleistungen.</p> <p>Die Komplexleistung Frühförderung wird pauschal vergütet (20% durch Krankenkassen, 80% durch den überörtlichen Sozialhilfeträger).</p> <p>Ein Fachausschuss unter Beteiligung von Akteuren der Frühförderung, Ärzten und dem überörtlichen Sozialhilfeträger schlägt aufgrund der Erstgespräche und der Eingangsdiagnostik weitere Maßnahmen sowie Förder- und Behandlungspläne vor.</p> <p>(http://www.saarland.de/73513.htm, Stand: 30.04..2012)</p>
<p>Sachsen</p>	<p>Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der FrühV (2005)</p>	<p>Die Landesrahmenvereinbarung sieht die Kooperation mit den nicht in der IFF beschäftigten Berufsgruppen ausdrücklich vor. Dies hat zur Folge, dass sich vorwiegend virtuelle IFF gebildet haben.</p> <p>Das sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz erfasst alle Frühförder- und Frühberatungsstellen in Sachsen zentral.</p> <p>(http://www.soziales.sachsen.de/4007.html und http://www.vdek.com/LVen/SAC/Vertragspartner/Sonstige_Vertragspartner/Fruehfoerderung/Rahmenvereinbarung_Fruehfoerderung.pdf, Stand: 30.04.2012)</p>
<p>Sachsen-Anhalt</p>	<p>Landesrahmenempfehlung des Landes Sachsen-Anhalt zur FrühV (2007)</p>	<p>Neben dem Saarland ist Sachsen-Anhalt das einzige Bundesland, in dem die Finanzierung und damit die Zuständigkeit der heilpädagogischen Frühförderung beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe liegt. Die Leistungen in IFF werden zu 80% pauschal durch die Landesbehörde „Sozialagentur Sachsen-Anhalt“ und zu 20% durch die Krankenkassen getragen.</p> <p>(http://www.sachsen-anhalt.de/index.php?id=32576, Stand: 30.04.2012)</p>

Thüringen	Rahmenvereinbarung für den Freistaat Thüringen zur Umsetzung der FrühV (neu 2010)	Die „Arbeitsstelle Frühförderung“, angesiedelt beim Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat u.a. folgende Aufgaben: <ul style="list-style-type: none">• Zulassung zur IFF• Fachberatung für Frühförderstellen• Koordination von Fortbildungen• Adressverzeichnis mit allen Frühförderanbietern <p>(http://www.thueringen.de/de/tmsfg/soziales/behindertenpolitik/, Stand: 30.04.2012)</p>
------------------	---	--

6 Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung in Schleswig-Holstein

Das System der Frühförderung in Schleswig-Holstein – das hat das vorliegende Gutachten gezeigt – ist komplex und hat einen Ausdifferenzierungsgrad erreicht, der ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen aller Akteure erforderlich macht. Im Folgenden werden einige Vorschläge und Empfehlungen unterbreitet, die dazu beitragen können, die Strukturen und Prozesse so anzupassen, dass sie sowohl im Sinne der Kinder und Eltern als auch im Sinne der Fach- und Führungskräfte zukunftsfähig gestaltet sind.

Das Gutachten hat auf der Basis einer Strukturanalyse die Stärken und Schwächen identifiziert – im Folgenden werden mögliche Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung benannt. Neben der fachlichen Weiterentwicklung sind vor allem die politischen, rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen maßgeblich für den Erfolg der Frühförderung im Sinne einer präventiven Sozialpolitik.

Investitionen in die Frühförderung zahlen sich mittel- und langfristig aus, da frühzeitig auf körperliche, psychische und seelische Notlagen, die die Teilhabe gefährden, reagiert werden kann. Durch entsprechende medizinische, pädagogische oder therapeutische Interventionen kann eine Heilung erreicht oder einer möglichen Verstetigung entgegengewirkt werden.

Mit den bereits in Kapitel 3.2 dargestellten Grundprinzipien der Frühförderung – Inklusion, Prävention, Ganzheitlichkeit, Familienorientierung, interdisziplinäre Ausrichtung und Niedrigschwelligkeit – liegt eine Richtschnur für die zukünftige Weiterentwicklung der Frühförderung vor. Die folgenden Vorschläge und Empfehlungen orientieren sich an dieser Richtschnur.

Inklusion: Die Frühförderung leistet einen unverzichtbaren Beitrag, Kindern mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Kindern den Zugang zur und die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dies setzt voraus, dass eine flächendeckende und für alle zugängliche Infrastruktur vorhanden ist, die es den Betroffenen ermöglicht, Hilfe und Förderung wohnortnah und lebensweltorientiert in Anspruch zu nehmen. Eine gezielte Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung sollte sich deshalb vor allem den nach wie vor bestehenden „weißen Flecken auf der Landkarte“ zuwenden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Sonderbedarfen einerseits ein hochspezialisiertes Förder- und Behandlungsprogramm vorgehalten wird und andererseits auch in ihnen ein Höchstmaß an Normalität sichergestellt werden kann. Es ist angeraten, ein Verfahren einzurichten, das eine landesweite Abstimmung und Koordination des Angebots sicherstellen muss. Um flächendeckend inklusive Strukturen zu etablieren, ist das gesamte Spektrum der Angebotsformen notwendig, da nur so die unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe angemessen berücksichtigt werden können. Regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte müssen dabei ebenso in den Blick genommen werden wie unterschiedliche Präferenzen bei den Eltern und den betroffenen Kindern. Es ist darauf zu achten, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Eltern durch eine flächendeckende Leistungserbringung gewährleistet wird.

Prävention: Die allgemeine Frühförderung von Familien nach SGB VIII hat als vorgeschaltetes System einen präventiven Charakter. Das Ziel der Inklusion kann jedoch nur erreicht werden, wenn Prävention auch einen angemessenen Stellenwert in der Frühförderung einnimmt. Frühförderung hat nicht nur das Ziel, bereits eingetretene Behinderungen zu behandeln und in ihren Folgen abzumildern, sondern auch drohende Behinderungen zu vermeiden und einer Verschlechterung durch geeignete Maßnahmen gezielt entgegenzuwirken. Prävention ist – wie Frühförderung insgesamt – nur durch die Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Professionen und Berufsgruppen möglich. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung sollte neben dem flankierenden Ausbau der Früherkennung und der Frühen Hilfen auch eine gezielte Präventionskampagne initiiert werden, um durch geeignete präventive Maßnahmen und eine unterstützende Begleitung gefährdeter Familien schon im Vorfeld einer potentiellen Behinderung intervenieren zu können.

Ganzheitlichkeit: Das Prinzip der Ganzheitlichkeit stellt sicher, dass die Kinder in der Frühförderung nicht auf ihre Behinderung reduziert, sondern in ihren familiären und lebensweltlichen Bezügen wahrgenommen werden. Eine in diesem Sinne ganzheitliche Frühförderung ist auf entsprechende Infrastrukturen angewiesen, die es ermöglichen, auch auf die äußeren Rahmenbedingungen einwirken zu können. Neben der fachlichen Fort- und Weiterbildung, die über den engeren Bereich der professionellen Kernkompetenzen hinausweisen, sind unter anderem der kontinuierliche Austausch mit allen an der Frühförderung beteiligten Professionen und Berufsgruppen unumgänglich. Die Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung sollte sicherstellen, dass diese indirekten Leistungen auch finanziell ausreichend abgebildet werden.

Familienorientierung: Aus fachlicher Perspektive hat sich gezeigt, dass eine familienorientierte Frühförderung unter Einbezug der Eltern und Geschwister den Erfolg der Frühförderung maßgeblich beeinflusst. Gerade bei Formen des psychischen, emotionalen und seelischen Förderbedarfs sind eine behinderungsspezifische Unterstützung des Familiensystems und das Empowerment der Eltern zentrale Erfolgskriterien. Es sollte bei der Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung deshalb darauf hingewirkt werden, dass eine stärkere Fokussierung auf die Familienorientierung realisiert werden kann. Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Frühförderung sind dementsprechend so zu gestalten, dass das fachliche Prinzip der Familienorientierung in der Frühförderpraxis uneingeschränkt umgesetzt werden kann.

Interdisziplinäre Ausrichtung: In der Fachdiskussion ist die Notwendigkeit einer interdisziplinären Ausrichtung des Systems der Frühförderung unumstritten. In der neueren Fachdiskussion wird bereits die Transdisziplinarität als neues Ziel genannt, um der Gefahr der Versäulung und Verselbständigung der einzelnen Leistungssektoren und Berufsgruppen entgegenzuwirken. Dies setzt funktionierende Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen, einen Abbau von Hierarchien zwischen den Berufsgruppen, ein abgestimmtes, integriertes und koordiniertes Vorgehen bei der Hilfe- und Förderplanung, eine einheitliche Sprache sowie ein gemeinsames Dokumentations- und Qualitätsmanagementsystem voraus. Durch den Auf- und Aus-

bau eines gezielten Case- und Care (Netzwerk) - Managements ließen sich diese Ziele weitestgehend realisieren. Die Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung sollte sicherstellen, dass nicht nur in der Komplexleistung, sondern auch in der allgemeinen Frühförderung eine interdisziplinäre Ausrichtung gewährleistet bleibt bzw. weiter ausgebaut wird. Die Erfahrungen mit der Komplexleistung Frühförderung zeigen, dass hierfür unterschiedliche Organisationsmodelle zielführend sein können.

Niedrigschwelligkeit: Das Prinzip der Niedrigschwelligkeit in der Frühförderung soll einen leichten Zugang zu den Angeboten und Leistungen ermöglichen und gleichzeitig die Akzeptanz von Frühförderung erhöhen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Prinzip der Niedrigschwelligkeit in Schleswig-Holstein umgesetzt wird. Die angestrebte Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung sollte deshalb Sorge dafür tragen, dass dieser Standard erhalten bleibt.

Die folgenden Ausführungen beschreiben konkrete Ziele und Maßnahmen, die wichtige Meilensteine einer Strategie der schrittweisen Weiterentwicklung des Systems der Frühförderung im Rahmen dieser fachlichen Grundsätze sind. Hindernisse zur Weiterentwicklung des Systems liegen in erster Linie in seiner vertikalen, vom Bund über die Länder bis hin zu den Kommunen geregelten sozialrechtlichen und finanzierungstechnischen Versäulung. Auf kommunaler Ebene ist das System geprägt durch horizontale Zuständigkeitsregelungen, die einer Vereinheitlichung und Steuerung entgegenstehen.

6.1 Zielgruppen

Die bisherigen Instrumente reichen nicht aus, um valide und belastbare Daten zu den Zielgruppen zur Verfügung zu stellen. Gleiches gilt für veränderte Trends bei Förderschwerpunkten für die Daten zur sozialen Lage der Eltern. Es fehlen damit wichtige Grundlagen für eine landesweite Steuerung des Systems der Frühförderung.

Zielgruppen		
Ziele	Maßnahmen	Adressaten
Verbesserung der Datengrundlagen bezogen auf die Anzahl der Kinder und die Förderschwerpunkte sowie die soziale Lage der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • Einheitliche und aussagekräftige Dokumentation und Evaluation bei Anbietern und Kostenträgern 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbieter • Leistungsträger • Kostenträger • MSGFG
Früheres Erkennen von und Fördern bei sozial oder familiär bedingten psychosozialen Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention durch Frühe Hilfen und ggf. Stärkung der Erziehungskompetenz (Entwicklung eines „sozialen Frühwarnsystems“) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frühe Hilfen • Sozial- und Jugendhilfeträger • MSGFG
Entwicklung eines ganzheitlichen Verständnisses von drohender bzw. manifester Behinderung (inklusive seelischer Behinderung, emotionalen Entwicklungsstörungen etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für veränderte Formen psychosozialer Belastungen und Auffälligkeiten, die sich nicht in die traditionelle Behinderungsklassifikation einfügen lassen 	<ul style="list-style-type: none"> • alle Akteure
Häufigere früh einsetzende Hilfen besonders für Kinder unter drei Jahren (U3)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der offenen Beratung • mehr Informationen und stärkere Vernetzung aller Akteure der Frühförderung und angrenzender Systeme • intensivierte Öffentlichkeitsarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • alle Akteure

Tabelle 20: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die Zielgruppen der Frühförderung

6.2 Leistungen

In diesem Gutachten werden erstmals die Leistungen und Leistungsarten der Frühförderung und angrenzender Leistungssysteme in Schleswig-Holstein systematisiert. Es wird deutlich, wie vielfältig differenziert sich dieses Leistungssystem über die letzten Jahre entwickelt hat.

Leistungen		
Ziele	Maßnahmen	Adressaten
Kontinuierliche Verbesserung der erreichten Qualität der Leistungen in der AFF	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung von einheitlichen Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> Anbieter Leistungsträger Kostenträger MSGFG
Verbesserung der Rahmenbedingungen für Elternarbeit im Hinblick auf veränderte Lebenslagen	<ul style="list-style-type: none"> Bessere Informationen über neue Zeitanzeile für Elternarbeit Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen für die Fach- und Führungskräfte 	<ul style="list-style-type: none"> Anbieter Leistungsträger Kostenträger MSGFG
Stärkung des Stellenwertes der indirekten Leistungen und der interdisziplinären Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> Bessere zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen für indirekte Leistungen Interdisziplinären Austausch in der AFF und IFF besser vergüten 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenträger MSGFG
Anerkennung der Komplexleistung als eigenständige Leistung (nicht additiv)	<ul style="list-style-type: none"> Überprüfung der Standards für die medizinisch-therapeutischen, heilpädagogischen und indirekten Anteile der Komplexleistung im Hinblick auf ein ganzheitliches und integratives Verständnis der Komplexleistung (neue LRV-SH) 	<ul style="list-style-type: none"> Anbieter Leistungsträger Kostenträger MSGFG
Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen für Diagnoseleistungen in der Komplexleistung	<ul style="list-style-type: none"> Die Zeitanzeile für die Diagnoseleistungen auch im Hinblick auf andere Bundesländer angemessen vergüten (neue LRV-SH) 	<ul style="list-style-type: none"> Anbieter Leistungsträger Kostenträger MSGFG

Tabelle 21: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die Leistungen und Leistungsarten der Frühförderung

6.3 System der Frühförderung

Qualitätsunterschiede und Versorgungslücken im System der Frühförderung erfordern Veränderungen und Entwicklung von landesweiten Mindeststandards sowie die Koordinierung der Steuerungslogiken auf Landes- und regionaler Ebene.

System der Frühförderung		
Ziele	Maßnahmen	Adressaten
Flächendeckende Versorgung mit und bessere Erreichbarkeit von Leistungen der allgemeinen Frühförderung und der Komplexeleistung sicherstellen	Die Erreichbarkeit von regionalen Anbietern von Frühförderleistungen durch Planung und Steuerung sicherstellen: <ul style="list-style-type: none"> • Lokale Netzwerke, in denen sich die Akteure der Frühförderung über Weiterentwicklungsbedarf verbindlich austauschen (analog zu § 8 KJSchutzG SH) • Verteilung AFF und IFF durch eine kommunale Bedarfsplanung und Bedarfsprüfung koordinieren und systematisch planen • Interkommunaler Austausch und Abgleich der Versorgung und Erreichbarkeit von AFF und IFF 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Akteure
Transparente und einheitliche Voraussetzungen zur Anerkennung und Zulassung von AFF	<ul style="list-style-type: none"> • Landesweite Standardisierung des Anerkennungs- und Zulassungsverfahrens für AFF durch die flächendeckende Einführung einheitlicher Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenträger • MSGFG
Anerkennungs- und Zulassungsverfahren von IFF optimieren	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung und ggf. Reduzierung der Standards (räumliche, sachliche und personelle Ausstattung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenträger • MSGFG

Tabelle 22: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf das System der Frühförderung

6.4 Leistungsprozesse

Die Untersuchung der Leistungsprozesse hat gezeigt, dass es in den Bereichen der Zugangsphase, der Förderphase und in der Ausgangs- und Übergangsphase Entwicklungsbedarfe gibt.

Leistungsprozesse		
Ziele	Maßnahmen	Adressaten
Klärung der Zugangswege in die allgemeine Frühförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zur Schaffung von Transparenz über Anbieter und Leistungen der Frühförderung • Schaffung verbindlicher lokaler Netzwerke mit allen Akteuren der Frühförderung unter Einbeziehung von Kinderärzten, Kindertagesstätten und Frühen Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Akteure
Regelmäßige Fortschreibung der Förderpläne in der allgemeinen Frühförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung einer einheitlichen Regelung für die verbindliche Überprüfung des Förderplans analog zur LRV-SH spätestens nach 12 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> • Anbieter • Leistungsträger • Kostenträger
Übergänge und Schnittstellen zwischen den Leistungs- und Hilfesystemen verbessern	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinheitlichung und Zusammenführung der Dokumentation von Frühförderverläufen für die Hilfeplanung (als erster Schritt zur Etablierung eines umfassenden Case Managements) • Etablierung lokaler Netzwerke aller Anbieter (als erster Schritt eines umfassenden Netzwerkmanagements) 	<ul style="list-style-type: none"> • alle Akteure

Tabelle 23: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die Leistungsprozesse

6.5 Vernetzung

Eine strategisch gesteuerte Netzwerkentwicklung findet auf regionaler und auf Landesebene nur begrenzt statt. Es besteht landesweiter Entwicklungsbedarf von Handlungsstrategien des Case- und des Netzwerkmanagements.

Vernetzung		
Ziele	Maßnahmen	Adressaten
Einzelfallbezogene Kooperationen auf kommunaler Ebene weiterentwickeln	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Hilfeplanung in allen Kreisen und kreisfreien Städten umsetzen • Weitere Instrumente des Case Managements einführen und umsetzen (Klärungsphase, Durchführung/ Vernetzung, Controlling, Evaluation) 	<ul style="list-style-type: none"> • alle Akteure
Case Management flächendeckend durch kommunales Netzwerkmanagement ergänzen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Strategien kommunaler Vernetzung, Netzwerkmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • alle Akteure
Sicherstellung einer wirkungsvollen Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation und Evaluation von Netzwerkaktivitäten • Netzwerkmanagement nach folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ○ verständliche Zielkriterien ○ Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit ○ Gemeinsame Sprache ○ klare Zuständigkeiten für die Leitung des Netzwerkmanagements • Vergütung von Netzwerkarbeit, Netzwerkmanagement und Dokumentation sicherstellen • Landesweiter Einsatz des Konzepts bzw. des Instruments der Sozialraumorientierung zur Weiterentwicklung und Qualitätssteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> • alle Akteure

<p>Vernetzung auf Landesebene verbessern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung einer „Arbeitsstelle Frühförderung Schleswig-Holstein“ (inklusive der landesweit koordinierten Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fach- und Führungskräfte) 	<ul style="list-style-type: none"> • MSGFG
--	--	---

Tabelle 24: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf Vernetzung

6.6 Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Zentrale Fragen der Finanzierung und der Kostenentwicklung können mit den bisher vorfindlichen Instrumenten der Datenerhebung und -systematisierung nicht umfassend geklärt werden. Dies gilt auch für Aussagen zu Trends und Möglichkeiten der Steuerung bzw. Gegensteuerung.

Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen		
Ziele	Maßnahmen	Adressaten
Aussagekräftige und differenzierte Erfassung der Daten zur Kostenaufwendung der allgemeinen Frühförderung, der Komplexleistung, der heilpädagogischen Leistungen bei seelischer Behinderung und der teilstationären Maßnahmen bei den Kostenträgern	<ul style="list-style-type: none"> Jährliche Meldung der Daten durch Leistungserbringer sowie Kostenträger und anschließende einheitliche Erfassung und Bewertung der Daten durch das MSGFG 	<ul style="list-style-type: none"> Anbieter Leistungsträger Kostenträger MSGFG
Die in der Praxis eingetretenen Nachteile der Fachleistungsstunde ausgleichen	<ul style="list-style-type: none"> Zeitanteile der Fachleistungsstunde besonders im Hinblick auf indirekte Leistungen anpassen 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenträger
Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der IFF	<ul style="list-style-type: none"> Auswertung der finanziellen Situation und der Wirtschaftlichkeit der vorhandenen IFF und anschließende Anpassung der LRV-SH (offenes Beratungsangebot, Eingangsdiagnose, interdisziplinäre Arbeit mehr als 1 €, 10%-Regelung) 	<ul style="list-style-type: none"> Kostenträger MSGFG

<p>Neufassung einer einheitlichen und integrierten Landesrahmenvereinbarung (oder Landesverordnung) unter Einbeziehung der Anbieter für das Gesamtsystem und die Teilsysteme der Frühförderung in Schleswig-Holstein</p>	<p>Besonders zu den thematischen Schwerpunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Räumliche, personelle und sachliche Zulassungsvoraussetzungen für IFF verbessern • Stellenwert der indirekte Leistungen erhöhen • Mindeststandards in allen Teilsystemen einführen • Vereinheitlichung der strukturellen Rahmenbedingungen aller Teilsysteme 	<ul style="list-style-type: none"> • MSGFG
<p>Integration der Frühförderung (inkl. Komplexleistung nach SGB IX) in die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) → „Große Lösung“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das Land Schleswig-Holstein sollte auf Bundesebene entsprechend initiativ werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • MSGFG

Tabelle 25: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Forschungsdesign.....	14
Abbildung 2: Module der Untersuchung.....	32
Abbildung 3: Anzahl der offenen Beratungsangebote in IFF in 2010.....	64
Abbildung 4: Bewertung der Kooperation mit Eltern.....	65
Abbildung 5: Kooperation mit den Frühen Hilfen.....	71
Abbildung 6: Initiative für die Kooperation zwischen Frühförderung und Frühe Hilfen.....	71
Abbildung 7: Übersichtskarte Schleswig-Holstein – Regionale Verteilung aller Anbieter, Stand 28.02.2012.....	77
Abbildung 8: Anbieter allgemeiner Frühförderung nach Kreisen / kreisfreien Städten.....	78
Abbildung 9: Bewertung der Versorgungsstruktur durch Anbieter.....	82
Abbildung 10: Interdisziplinäre Frühförderstellen nach Kreisen / kreisfreien Städten.....	82
Abbildung 11: Eröffnungsdaten bestehender IFF in Schleswig-Holstein.....	83
Abbildung 12: Entfernung der IFF zum Wohnort.....	85
Abbildung 13: Dauer Anerkennungsverfahren IFF.....	91
Abbildung 14: Prüfungskriterien zur Anerkennung einer IFF durch Krankenkassen.....	92
Abbildung 15: Prüfungskriterien zur Anerkennung einer IFF durch Sozialhilfeträger.....	92
Abbildung 16: Trägerzugehörigkeit AFF.....	93
Abbildung 17: Trägerzugehörigkeit IFF.....	94
Abbildung 18: Weibliche Beschäftigte in AFF und IFF.....	96
Abbildung 19: Männliche Beschäftigte in AFF und IFF.....	97
Abbildung 20: Führungskräfte nach Geschlecht in AFF und IFF.....	97
Abbildung 21: Häufigkeit von Supervision.....	99
Abbildung 22: Dokumentationsverfahren.....	100
Abbildung 23: Leistungsprozesse der allgemeinen Frühförderung.....	102
Abbildung 24: Zugangswege in Frühförderung.....	103
Abbildung 25: Leistungsprozesse der Komplexleistung.....	107
Abbildung 26: Anzahl der offenen Beratungsangebote in 2010.....	108
Abbildung 27: Leistungen, die auf ein offenes Beratungsangebot folgen.....	109
Abbildung 28: Beteiligte bei der Eingangsdiagnostik zur Komplexleistung.....	111
Abbildung 29: Häufigkeit von Fallbesprechungen.....	112
Abbildung 30: Einzelfallbezogene Kooperation auf kommunaler Ebene.....	118
Abbildung 31: Bewertung der Kooperationsbeziehungen durch Anbieter von Frühförderleistungen.....	119
Abbildung 32: Kooperationswunsch mit externen Therapeuten.....	120
Abbildung 33: Bewertung der Kooperation mit den Frühen Hilfen.....	121
Abbildung 34: Kommunale Vernetzung in Nordfriesland.....	124
Abbildung 35: Kommunale Vernetzung in Kiel.....	126
Abbildung 36: Netzwerk des Systems der Frühförderung auf Landesebene.....	127
Abbildung 37: Kostendeckung AFF und IFF.....	136
Abbildung 38: Anteilige Finanzierung von AFF in 2009.....	139
Abbildung 39: Bewertung einer Pauschalierung der Finanzierungsanteile.....	142

Abbildung 40: Möglichkeit der Kooperation mit externen Therapeuten..... 145
Abbildung 41: Wirtschaftlichkeit der IFF..... 146

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Kinder nach Leistungsarten	51
Tabelle 2: Kinder in allgemeiner Frühförderung und Komplexleistung	52
Tabelle 3: Förderschwerpunkte bei Eingangsdiaagnosen in 2010	54
Tabelle 4: Teilstationäre Maßnahmen (Stichtagserhebung 31.12.2010)	68
Tabelle 5: Gesamtsystem der Frühförderung in Schleswig-Holstein.....	74
Tabelle 6: Förderbedarfe bei Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2009/2010	79
Tabelle 7: Bevölkerungsstatistik 0-6 Jahre im Vergleich zu Frühförderleistungen und sonderpädagogischen Förderbedarfen	80
Tabelle 8: Hinderungsgründe zur Eröffnung einer IFF	84
Tabelle 9: Antrags- und Anerkennungsverfahren IFF.....	90
Tabelle 10: Testverfahren zur Eingangsdagnostik.....	111
Tabelle 11: Ausgaben für Frühförderleistungen (AFF und IFF) in 2010.....	130
Tabelle 12: Ausgaben der Jugendhilfe für heilpädagogische Leistungen in 2010	131
Tabelle 13: Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen für Kinder in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins in den Jahren 2009 und 2010..	132
Tabelle 14: Bruttoausgaben für heilpädagogische Leistungen im Jahresvergleich 2007- 2010	133
Tabelle 15: Leistungsberechtigte für heilpädagogische Leistungen im Jahresvergleich 2007-2010	134
Tabelle 16: Ungedeckte Kosten AFF und IFF.....	136
Tabelle 17: Kostenanteile der Träger der Sozial- und Jugendhilfe in 2010.....	138
Tabelle 18: Erstattungskosten der Krankenkassen und Sozialhilfeträger für die Komplexleistung – 2010 und 2011	140
Tabelle 19: Durchschnittliche Anteile der Heilmittel und Heilpädagogik an der Komplexleistung – 2010 und 2011	141
Tabelle 20: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die Zielgruppen der Frühförderung	159
Tabelle 21: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die Leistungen und Leistungsarten der Frühförderung	160
Tabelle 22: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf das System der Frühförderung	161
Tabelle 23: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die Leistungsprozesse	162
Tabelle 24: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf Vernetzung.....	164
Tabelle 25: Vorschläge und Empfehlungen zur Weiterentwicklung – Ziele und Maßnahmen in Bezug auf die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen	166

Quellenverzeichnis

Amorosa, Hedwig (2011): ICF - Mehr als ein Klassifikationssystem? Einführung,

http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/WS4_Amorosa.pdf

Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

Arbeitsgruppe Frühförderung der Ärztekammer Schleswig-Holstein (2003): Arbeitspapier Interdisziplinäre Frühförderung:

http://ag-fruehfoerderung.aeksh.de/interdisziplinaere_fruehfoerderung/interdisziplinaere_fruehfoerderung.html

zuletzt aufgerufen am 06.03.2012

BAG der Landesjugendämter- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (2011): Zwischenbericht der von der ASMK und JFMK eingesetzten Arbeitsgruppe. „Inklusion von jungen Menschen mit Behinderung“:

http://www.jfmk.de/Downloads/Zwischenbericht_ASMK_2011_Endfassung.pdf

zuletzt aufgerufen am 23.04.2012

BAGüS (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe) (2009):

Der behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und die Umsetzung in der Sozialhilfe. Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO):

<http://sozialeunternehmen.de/wp-content/uploads/2010/05/BAG%C3%BCS-Leistungsvoraussetzungen.pdf>

zuletzt aufgerufen am: 27.04.2012

BAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009): Gemeinsames Rundschreiben des BMAS und das BMG zum Thema "Frühförderung", Berlin

Behringer, Luise (2008): Die Kooperation mit Kinderärzten in der Frühförderung, in: Leyendecker, Christoph (Hrsg.): Gemeinsam handeln statt behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung, München/Basel: S. 357-363

Behringer, Luise/Höfer, Renate (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt, München/Basel

BFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): 13. Kinder und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland, 2. Aufl., Berlin

DGSPJ – Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.: Historie der Sozialpädiatrischen Zentren:

http://www.dgspj.de/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=63

zuletzt aufgerufen am 07.02.2012

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.) (2007): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. Aufl., Baden-Baden

Engel, Heike/Engels, Dietrich/Pfeuffer, Frank (2008): Datenerhebung zu den Leistungs- und Vergütungsstrukturen in der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Abschlussbericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln

Fretschner, Rainer (2011): Soziales Dienstleistungsmanagement, in: Fritze, Agnès / Maelicke, Bernd / Uebelhardt, Beat (Hrsg.): Management und Systementwicklung in der Sozialen Arbeit, Baden-Baden: 74-87

FrühV – Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder – Frühförderverordnung

Giel, Barbara (2010): Genetische Syndrome im Kindesalter – ein Fall für die Sprachtherapie?! in: Leyendecker, Christoph: Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern (Hrsg.), Stuttgart: S. 203-210

Grube, Christian/Wahrendorf, Volker (Hrsg.) (2005): SGB XII Sozialhilfe Kommentar, München

Höfer, Renate/Behringer, Luise (2002): Kurzbericht. Qualitätsstandards guter Kooperation und ihre aktuelle Umsetzung in der bayerischen Frühförderung, München

Höfer, Renate/Behringer, Luise (2004): Komplexe Leistung Früherkennung und Frühförderung – Verwirklichung von Interdisziplinarität in der Kooperation, in: Kühl, Jürgen (Hrsg.): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung, München/Basel: S. 79-90

Höfer, Renate/Behringer, Luise (2009): Interdisziplinäre Frühförderung – Angebot und Leistungen, Expertise zum 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung, Herausgegeben von der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts, o.O.

Hölling, H./Erhard, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Berlin:

http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Hoelling_Verhaltensauffaelligkeiten.pdf

zuletzt aufgerufen am 21.02.2012.

Höppner, Heidi (2011): Frühförderung. Die Situation ist komplex. Kooperation und Interdisziplinarität/Interprofessionalität als Schlüssel zu effektiver(er) und effizienter Arbeit?

http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/WS3_Hoepfner.pdf

Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

JuFöG - Erstes Gesetz zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes
(Jugendförderungsgesetz)

KiTaG – Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflegestellen
(Kindertagesstättengesetz), Schleswig-Holstein

KitaVO – Landesverordnung über Mindestanforderungen für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen und für die Leistungen der Kindertagespflege (Kindertagesstätten- und –tagespflegeverordnung), Schleswig-Holstein.

Kommission Landeskinderschutzbericht: Bericht zur Situation von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl. Erster Kinderschutzbericht Schleswig-Holstein, o.O.

Kossens, Michael/von der Heide, Dirk/Maaß, Michael (Hrsg.) (2009): SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen mit Behindertengleichstellungsgesetz Kommentar, 3. Aufl., München

LRV – Landesrahmenvertrag § 79 Abs. 1 SGB XII für Schleswig-Holstein.

LRV-SH – Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des § 2 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Schleswig-Holstein

Maelicke, Bernd (Hrsg.) (2008): Lexikon der Sozialwirtschaft, Baden-Baden

MSGFG – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein: Politik für Menschen mit Behinderung:
http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/MenschenBehinderung/Politik/Politik_node.html
zuletzt aufgerufen am 04.02.2012

MSGFG – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein: Frühförderung von Kindern:
http://www.schleswig-holstein.de/MSGFG/DE/MenschenBehinderung/FruehFoerderungKinder/fruehfoerderKi_node.html
zuletzt aufgerufen am 07.12.2011

MSGFG – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.): Bericht über die Untersuchungen der Kinder – und Jugendärztlichen Dienste und der zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2009/10, o.O.

Müller-Fehling, Norbert (2004): Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung – Der sozialpolitische Hintergrund und dessen Bedeutung für Eltern und Elternverbände, in: Kühl, Jürgen (Hrsg.): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung, München/Basel: S. 22-33

NZFH – Nationales Zentrum Früher Hilfen: Begriffsbestimmung Frühe Hilfen: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/>
zuletzt aufgerufen am 06.03.2012

Schlack, Hans G. (2004): Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung, in: Frühe Kindheit 6/04: Die neuen Kinderkrankheiten - Gesundheitsrisiken der jungen Generation: http://liga-kind.de/fruehe/604_schlack.php
zuletzt aufgerufen am 06.03.2012

Schloesser, Jacques; Kaffka-Backmann, Marijke: Transdisciplinarity: a key to a holistic intervention approach: http://www.eurlyaid.net/eurlyaid_european%20developments12.html
zuletzt aufgerufen am 23.04.2012

Simon, Liane (2011): ICF-CY in der Frühförderung. Erfahrungen, http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/WS4_Simon.pdf
Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

Sohns, Armin (2010): Frühförderung. Ein Hilfesystem im Wandel, Stuttgart

Speck, Otto (2001): Leitgedanken, in: Hessisches Sozialministerium /Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): An-Sichten über Frühförderung. Ergebnisse aus Wissenschaft und Praxis, Marburg: S. 15-17

Städteverband Schleswig-Holstein/Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise/con_sens (Hrsg.) (2012): Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. Benchmarkingkreis Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. Bericht 2010, Hamburg

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - Statistikamt Nord (2011): Statistische Berichte. Die Bevölkerung für Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 nach Alter und Geschlecht, Kiel/Hamburg

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - Statistikamt Nord (2009): Statistische Berichte. Die Sozialhilfe in Hamburg und Schleswig-Holstein 2007, Kiel/Hamburg

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - Statistikamt Nord (2010): Statistische Berichte. Die Sozialhilfe in Hamburg und Schleswig-Holstein 2008, Kiel/Hamburg

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - Statistikamt Nord (2012): Statistische Berichte. Die Sozialhilfe in Hamburg und Schleswig-Holstein 2010, Kiel/Hamburg

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - Statistikamt Nord (2011): Statistische Berichte. Die Sozialhilfe in Hamburg und Schleswig-Holstein 2009, Kiel/Hamburg

Stephan, Birgit (2011): Gesteigerte Wirkung durch Vernetzung und Verbundsysteme auf regionaler Ebene - Landkreis Nordfriesland,

http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/WS2_Stephan.pdf

Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

Thurmair, Martin/Naggi, Monika (2007): Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld, 3., überarbeitete und erweiterte Aufl., München/Basel

Thyen, Ute (2011): Wirksamkeit der Frühförderung – Grundlagen für eine evidenzbasierte Qualitätssicherung,

http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/Vortrag_Thyen.pdf

Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

Thyen, Ute; Leidel, Christiane Barbara; Kaffka-Backmann, Marijke (2011): Therapiezufriedenheit, Belastungen und Bewältigungsstrategien bei 75 Müttern und Vätern von Frühförderkindern,

http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/WS5_Thyen_Kaffka-Backmann.pdf

Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Vereinigung für interdisziplinären Frühförderung e.V./Fachhochschule Neubrandenburg (2001): Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards der Frühförder- und Beratungsstellen in Mecklenburg-Vorpommern - eine Bestandsaufnahme. Darmstadt

Voß, Susanne (2011): Ein interdisziplinäres Netz für Frühförderung in Schleswig-Holstein,

http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/WS3_Voss.pdf

Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

Weiß, Hans (2012): Mobilität in der Frühförderung, in: Frühförderung interdisziplinär 1/2012: S. 43-45, München

Weiß, Hans/Neuhäuser, Gerhard/Sohns, Armin (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie, München

Witte, Astrid (2011): Gesteigerte Wirkung durch Vernetzung und Verbundsysteme auf regionaler Ebene – Landeshauptstadt Kiel,
http://institut-sozialwirtschaft.de/fileadmin/Dokumente/Fachtagung_FF/WS2_Witte.pdf
Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in Kiel. Veranstalter: MSGFG und DISW

Autoren des Gutachtens

Prof. Dr. Bernd Maelicke, Direktor des Deutschen Instituts für Sozialwirtschaft (DISW), Kiel/Lüneburg; Honorarprofessor an der Leuphana Universität Lüneburg

Prof. Rainer Fretschner, Professor für Soziale Arbeit im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel

Fabian Frei, Diplom Pädagoge; wissenschaftlicher Mitarbeiter im DISW zu den Themengebieten Frühförderung, Seniorenpolitik- und Seniorenwirtschaft

Nina Köhler, Diplom Sozialpädagogin/Diplom Sozialarbeiterin; wissenschaftliche Mitarbeiterin des DISW zu den Themengebieten Frühförderung, Seniorenpolitik und Kindertagesbetreuung

Anlage 1 – Exemplarische Fallbeispiele

Im Rahmen der DISW-Vertiefungsstudie IFF wurden von August bis September 2011 IFF vor Ort besucht und befragt. Im Zuge dieser Praxisbesuche wurden exemplarische Akteneinsichten gewährt, um Frühförderverläufe anschaulich nachzuvollziehen. Daraus entstanden drei exemplarische Fallbeispiele von Kindern in Komplexleistungen. Die Namen der Kinder sind frei erfunden, andere Daten die Rückschlüsse auf eine Person zulassen, wurden geändert oder gestrichen.

Fallbeispiel 1: Anna

Anna ist ein Frühchen, sie wurde im Sommer 2008 in Schleswig-Holstein geboren. Im Säuglingsalter hatte sie eine erhöhte Infektanfälligkeit. Ihre Mutter ist regelmäßig mit ihr zu den Vorsorgeuntersuchungen gegangen. Anna hat eine verzögerte motorische Entwicklung. Ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft ist, durch Trennungsängste und Erziehungsunsicherheit der Mutter bedingt durch die Frühgeburt, eingeschränkt. Diese Trennungsängste verhindern das Explorationsverhalten (Erkundungsverhalten, steht in Verbindung zum Bindungsverhalten), so steht es im Förder- und Behandlungsplan. Dieser wurde in der IFF (interdisziplinäre Frühförderstelle) mit der Amtsärztin des Gesundheitsamtes und der Heilpädagogik vor Ort erstellt.

In die IFF ist Annas Mutter, im März 2010, zur offenen Beratung gekommen. Danach hat sie von ihrem Kinderarzt eine Überweisung in die Interdisziplinäre Frühförderstelle bekommen. Auf dem Überweisungsschein steht „globale Entwicklungsverzögerung bei Frühgeburt“. Im April 2010 stellt Annas Mutter beim zuständigen Kreis einen Antrag auf „Kostenübernahme für eine interdisziplinäre Frühförderung als Komplexleistung“ durch die von ihr ausgewählte Praxis. Zwei Tage vor Antragstellung wurde in der IFF Annas Förder- und Behandlungsplan erstellt. Dort wurde Anna mit Hilfe von entwicklungsdiagnostischen Verfahren (z.B. Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik) untersucht. Zusätzlich wurden Diagnosen nach ICD 10 erstellt (z.B. F82,0: Grobmotorik, F80: umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens). Anschließend wurden die Förderziele festgelegt. Annas Eigenaktivität soll erhöht, sowie ihr taktiles Abwehrverhalten, die sprachlichen und motorischen Verzögerungen reduziert werden. Annas Mutter soll es schaffen sich besser von ihr zu trennen, damit Anna mehr Selbstständigkeit entwickeln kann. Dies sollte, zunächst für sechs Monate, mit mobiler Heilpädagogik und ambulanter Ergotherapie, je einmal pro Woche, erfolgen. Begründet wird die Unterstützung im häuslichen und familiären Bereich mit starker Ängstlichkeit.

Im Bericht der Ergotherapie zur Abschlussdiagnostik, der gut eine DIN A4 Seite umfasst und von der IFF nicht abgerechnet werden kann, wird Annas motorische Entwicklung beschrieben. Sie ist jetzt zweieinhalb Jahre alt und hat 11 Monate Komplexleistung in der IFF erhalten. Anna läuft jetzt sicher, kann stehen bleiben und Rückwärtslaufen gelingt. Sie läuft auf der Treppe. Sie spielt sehr gern Ball und wirft diesen in Richtung ihres Gegenübers. Sie traut sich

mehr zu. Zu Therapiebeginn war Anna oft ablehnend gegenüber Angeboten im taktil-kinästhetischen (wichtig zur Fingerdifferenzierung als Voraussetzung für das Schreiben) Bereich. Jetzt nimmt sie Angebote der Ergotherapeutin gerne an und entwickelt sich gut.

Im Bereich des Sprachverständnisses hat sie große Fortschritte erzielt. Sie versteht einfache Aufgaben und kann diese umsetzen. Weiter wird in diesem Bericht über Annas Umgang mit Formen, Farben, Größen und ihre Entwicklung im Umgang mit Büchern beschrieben.

Die Loslösung von ihrer Mutter gelang Anna während der Therapieeinheiten von Beginn an gut. Sie ist neugierig und hat während der Therapie im ergotherapeutischen Bereich große Fortschritte gemacht. Aufgrund des beobachteten Zehengangs (Gehen unter Anheben der Ferse und unter alleiniger Belastung von Ballen und Zehen), empfiehlt die Ergotherapie weiter Physiotherapie. Der Bericht geht an das Amt für Gesundheit des zuständigen Kreises.

Die Bewilligung „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (SGB XII i.V.m. SGB IX) für die interdisziplinäre Frühförderleistung (IFF) als Komplexleistung“ für Lisa, wurde im März 2011, ein Jahr nach Antragstellung und einen Monat nach der Abschlussdiagnostik, der Mutter ausgestellt.

Fallbeispiel 2: Max

Max ist als Frühchen im Herbst 2008 in Schleswig-Holstein geboren. Seine Mutter hatte sich nach der Entbindung die Informationen zur Förderung ihres zu früh geborenen Sohnes selbst besorgen müssen und fühlte sich damals von der Klinik nicht gut betreut und beraten. Nachdem Max zwei Jahre physiotherapeutisch begleitet wurde, hatte die Mutter das Gefühl mit dieser Therapieform nicht weiter zu kommen. Sie fragte bei der Kinderärztin nach Möglichkeiten zur weiteren Förderung. Die Kinderärztin informierte sie über die Möglichkeit mit ihrem Sohn in eine Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF) zu gehen. Die Familie hatte das Glück, dass auch die Physiotherapie schon in dem Haus der IFF stattfand. Insofern war der Übergang einfach gestaltet.

Die Diagnostik mit dem zuständigen Amtsarzt fand in der IFF statt. Dieser erstellte eine umfassende Diagnose (Neurologischer und Internistischer Status, Psychopathologischer Befund) unter Hinzuziehung unterschiedlicher Vorbefunde. Bei Max lag eine Sprachentwicklungsstörung in Kombination mit einer muskulären Hypotonie (verminderte Muskelspannung) und Gleichgewichtsstörung vor. Dadurch ist seine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft wesentlich eingeschränkt gewesen. Die Komplexleistung wurde schnell, zunächst für 6 Monate, bewilligt und dann für weitere 6 Monate. Nach dem ersten halben Jahr wurde der Förder- und Behandlungsplan überprüft. Die Heilpädagogin vor Ort legte einen Heilpädagogischen Förderplan fest. Es wurde einmal die Woche Logopädie und Ergotherapie sowie 14-tägig Heilpädagogik festgelegt. Gefördert wird Max im Bereich der Selbstkompetenz. Er soll seinen Körper

differenzierter wahrnehmen und Handlungen des Alltags selbstständig ausführen. Sozial- und Sachkompetenz steuern die Bereiche Kommunikation und Umgang mit Materialien an.

Die Eltern von Max wurden intensiv begleitet. Es fanden vor Beginn der Behandlung Gespräche mit beiden Elternteilen statt. Später kam die mobile Heilpädagogik, auch in den Abendstunden, nach Hause damit der berufstätige Vater miteinbezogen werden konnte. Nach jedem Besuch in der IFF erhielt die Mutter ein Feedback zu Max Fortschritten und bekam auch Rat in Bezug auf das eigene Verhalten. Diesen nahm sie gerne an und empfand sie als sehr hilfreich.

Das Team der IFF trifft sich regelmäßig, um über Max und seine Entwicklung zu sprechen. Es wird flexibel mit familiären Situationen umgegangen. Wenn die Belastung zu Hause zu groß ist, kann die Therapie auch hin und wieder verschoben oder umgestaltet werden.

Die heilpädagogische Begleitung, auch in der Eingewöhnungszeit, in eine Kindergartengruppe wurde fest eingeplant und Max geht jetzt gerne in seine Gruppe. Im Laufe der Begleitung durch die IFF hat Max so viele Fortschritte gemacht, dass die Komplexleistung frühzeitig beendet werden kann. Max hat Entwicklungslücken geschlossen und kann an weitere Entwicklung anschließen.

Die Mutter von Max ist heute froh sich damals so für ihren Sohn eingesetzt zu haben. Von der Klinik, in der sie entbunden hatte, fühlte sie sich nach der schweren Erkenntnis ein „Frühchen“ geboren zu haben, alleine gelassen.

Fallbeispiel 3: Alexander

Alexander ist mit einem Jahr in die Krippe gekommen und mit drei Jahren in die Elementargruppe (Kindergartengruppe ab drei Jahre). Mit fast fünf Jahren kam er in die Interdisziplinäre Frühförderstelle. In dem Förder- und Behandlungsplan bei Erstantrag ist eine kombinierte Entwicklungsstörung (Sensomotorik-Psychosozial) dokumentiert. Dies hatte eine bereits eingetretene Desintegration aus der Gruppe der Gleichaltrigen zur Folge. Es werden je einmal die Woche Ergo- und Physiotherapie sowie mobile Heilpädagogik vereinbart.

Nach einem halben Jahr Therapie hat Alexander mehr Bewegungsfreude, allerdings ist seine Bewegungssicherheit noch nicht altersentsprechend entwickelt. Er hat Schwierigkeiten mit der Orientierung im Raum, besonders über die des rückwärtigen Raumes. Er benötigt jedoch mittlerweile weniger Motivation spielerisch aktiv zu werden. Allerdings benötigt er hierfür immer noch überdurchschnittlich viele Anreize von außen. Er scheint nicht ausreichend empfindlich in Bezug auf die berührende (taktile) Wahrnehmung. Deshalb kann er einfache Dinge nicht mit seinem Tastsinn erkennen. Er verwechselt Fuß- und Handbehandlung der Ergotherapie. In der Physiotherapie hat Alexander schnell Fortschritte gemacht und aus diesem Grund wird vorerst

in dem Antrag auf Weiterbewilligung der Komplexleistung für ein Jahr die physiotherapeutische Behandlung auf ein halbes Jahr beschränkt. Dies wird später jedoch wieder revidiert.

Die Ergotherapie ist ebenfalls weiter dringend erforderlich. Schwerpunkte werden die Förderung der Konzentrationsdauer, Ausdauer und Aufmerksamkeit sein. Sowie die Weiterentwicklung im Bereich der Wahrnehmung, Bewegung und Grob- sowie Feinmotorik. Denn Alexander hält nach Aufforderung nur kurz den Blickkontakt, er ermüdet schnell und seine Aufmerksamkeit ist extrem beeinflussbar durch externe visuelle und akustische Reize. Dies deckt sich mit den Beobachtungen im Kindergarten. Alexander ist dort eher in Kleingruppen präsent. Er spielt vorwiegend mit Jüngeren und mit ruhigeren Mädchen. In Konfliktsituationen schafft er es nicht, diese selbst zu lösen. Er weint schnell und wartet auf das Einschreiten einer erwachsenen Person. Alexander spricht außerdem sehr leise.

Nach über einem Jahr Begleitung durch die IFF wird die Fortführung der Komplexleistung erneut beantragt. Obwohl gute Fortschritte in allen Bereichen der Physiotherapie und Ergotherapie zu verzeichnen sind, wird eine Therapie nach Bobath (multidisziplinärer Rehabilitationsansatz) weiterhin erforderlich sein. In der Kindergartengruppe beobachtet die Heilpädagogik weiterhin kein altersgerechtes Spielverhalten, obwohl er auch hier Fortschritte macht. In Situationen, in denen Alexander überfordert ist, ist er nach wie vor nicht in Lage sich selbstständig Unterstützung zu holen. Er ist leicht ablenkbar und braucht lange für Aufgaben, die ihm gestellt werden. Die Komplexleistung wird ein weiteres Jahr bewilligt.

Alexander ist jetzt fast sieben Jahre alt. Er wird bald in die Schule gehen und deshalb keine Frühförderung mehr erhalten. Nach zwei Jahren Unterstützung durch die Interdisziplinäre Frühförderung steht im Abschlussbericht zur Komplexleistung eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, eine Visuomotorische Koordinationsstörung (Auge-Hand Koordination) und Störungen des Sozialverhaltens. Seine taktile Wahrnehmung ist jetzt altersentsprechend und seine Gefahreinschätzung verbessert sich zunehmend. Alexander spricht immer noch sehr schnell und undeutlich. Er baut gerne den Blickkontakt auf, hält ihn aber nur kurz. Alexander bewegt sich mit mehr Motivation, fordert aber schnell Pausen. Er kann seine Kraft gut dosieren. Alexander kann sich auch auf Dinge einlassen, die ihn nicht interessieren. Er braucht Unterstützung um sich verbal in der Gruppe auszudrücken. Alexander ist in der Grundschule angemeldet und das Team der Interdisziplinären Frühförderung empfiehlt eine gute Sitzposition, in der Nähe des Lehrerpultes, damit die Ablenkungen seine Aufmerksamkeit nicht stören.

Anlage 2 – Programm der Fachtagung „Nationale und internationale Entwicklungen in der Frühförderung“ am 26.10.2011 in der Sparkassenakademie in Kiel

Grußwort und Vorträge 10:00 – 12:15 Uhr:

Dr. Bettina Bonde (Staatssekretärin des MSGFG): Grußwort

Prof. Dr. Armin Sohns (Fachhochschule Nordhausen): „Komplexleistung Frühförderung im Spannungsfeld zwischen fachlichen Ansprüchen des Gesetzgebers und der Umsetzung in der Praxis“

Leif Nord (ehem. Leiter des Child und Youth Centers of habilitation Aarhus, Dänemark): „Frühförderung in Dänemark am Beispiel der Region Midtjylland“

Prof. Dr. Ute Thyen (SPZ Lübeck): „Wirksamkeit der Frühförderung – Grundlagen für eine evidenzbasierte Qualitätssicherung“

Workshops 13:15 – 14:45 Uhr:

WS 1 „Variationen der Frühförderung in den Ländern“: Prof. Dr. Armin Sohns (Fachhochschule Nordhausen)

WS 2 „Gesteigerte Wirkung durch Vernetzung und Verbundsysteme auf regionaler Ebene“: Birgit Stephan (Kreis Nordfriesland) und Astrid Witte (Stadt Kiel)

WS 3 „Gesteigerte Wirkung durch Interdisziplinarität und Transdisziplinarität“: Susanne Voß (Ledie, Bad Schwartau) und Prof. Dr. Heidi Höppner (FH-Kiel)

WS 4 „ICF-CY – mehr als ein Klassifikationssystem“: Liane Simon (Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein) und Prof. Dr. Hedwig Amorosa (Leiterin der „Deutschen interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur ICF-Adaptation für den Kinder und Jugendbereich“, Berlin)

WS 5 „Wirkungsorientierung und Qualitätsentwicklung in der Frühförderung“: Prof. Dr. Ute Thyen (SPZ Lübeck) und Marijke Kaffka-Backmann (Diakonisches Werk Schleswig-Holstein)

Podium „Alternativen und Perspektiven“ 15:00 – 16 Uhr:

Teilnehmer: Marijke Kaffka-Backmann, Eva Klein, Leif Nord, Liane Simon, Prof. Dr. Armin Sohns, Prof. Dr. Ute Thyen; Susanne Voß, Astrid Witte.

Moderation: Prof. Dr. Bernd Maelicke

Anlage 3 – Stellungnahme der AG Frühförderung bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Stellungnahme AG Frühförderung bei der Ärztekammer SH

Notwendigkeit einer Arbeitsstelle Frühförderung in Schleswig - Holstein

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX und der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder vom 20.06.2003 (Frühförderungsverordnung - FrühV) wurde die Komplexeleistung Frühförderung als weiteres Leistungsangebot geschaffen. In der Landesrahmenvereinbarung Schleswig-Holstein vom April 2007 sind die Einzelheiten für die Anforderungen an die Leistungserbringer in Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren geregelt sowie Qualitätsstandards und Maßnahmen der Qualitätssicherung dargelegt.

Damit ist vom Gesetzgeber eine hohe Fachlichkeit von den Interdisziplinären Frühförderstellen in der Umsetzung der Komplexeleistung gefordert. Die Verbesserung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit wird durch echte Interdisziplinarität angestrebt. Dazu bedarf es, um die bisherige Multidisziplinarität auf die Ebene der Interdisziplinarität zu heben, einer definierten, mit finanziellen und zeitlichen Ressourcen ausgestatteten, reziproken Vernetzung. Hier für gibt es in Schleswig - Holstein bisher kein Modell. Die Landesrahmenvereinbarung in Schleswig - Holstein bietet nach Meinung vieler Beteiligten zu wenig Ressourcen und Spielräume. Insbesondere werden keine Mittel für den Prozess der Entwicklung von Kommunikations- und Vernetzungsstrukturen bereit gestellt. Es fehlt ebenso das Dach für die Koordinierung eines solchen Prozesses zwischen den verschiedenen Institutionen und Verbänden sowie ein langfristiges System der Evaluation. In verschiedenen Bundesländern, in denen bereits Erfahrungen mit der Umsetzung der Frühförderverordnung gemacht wurde, gibt es eine so genannte Arbeitsstelle Frühförderung, die dieses Dach zur Entwicklung der Kooperationskonzepte bietet. Da der fachliche wie auch der wirtschaftliche Erfolg der der IFF von der Interdisziplinarität entscheidend abhängig ist, empfiehlt die AG Frühförderung bei der Ärztekammer Schleswig - Holstein die schnellstmögliche Schaffung einer „Arbeitsstelle Frühförderung“ nach dem Vorbild der Bundesländer Bayern oder Hessen. In dieser Arbeitsstelle können sich die beteiligten Institutionen vernetzen, um gemeinsame Standards zu entwickeln und zu etablieren. Darauf aufbauend sollten gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen initiiert und abgestimmt werden, um diese Standards in die good clinical practice zu überführen. Den Aufbau einer solchen Arbeitsstelle Frühförderung würde die AG Frühförderung bei der Ärztekammer gerne beratend begleiten.

Im Dezember 2011

Stellvertretend für die AG Frühförderung bei der Ärztekammer SH

gez. Dehtleff Banthien, Susanne Voß

Beispiel überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg

Die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung Baden-Württemberg ist eingerichtet als Ansprechpartner für alle im Arbeitsfeld Frühförderung tätigen Institutionen und Personen wie

- Interdisziplinäre Frühförderstellen,
- Sonderpädagogische Beratungsstellen,
- Kinderkliniken,
- Sozialpädiatrische Zentren,
- Gesundheitsämter,
- Behörden,
- Ärzte,
- Therapeuten,
- Selbsthilfegruppen
- und alle an der Frühförderung Interessierten.

Die Arbeitsstelle Frühförderung hat folgende landesweite Aufgaben:

- Weiterentwicklung der Frühförderung in Baden-Württemberg
- Angebot von Fortbildung zur Verbesserung der fachlichen Qualifikation
- Angebot von Gruppen zur Interdisziplinären Praxisbegleitung
- Unterstützung des interdisziplinären Austausches;
- Koordinierung und Vernetzung im Bereich Frühförderung
- Koordinierung und Vernetzung mit benachbarten Fachdisziplinen und Arbeitsbereichen
- Klärung schwieriger fachlicher Fragen
- Erarbeitung von aktuellen Themenstellungen
- Herausgabe eines Informationsdienstes ("INFORMATIONEN")
- Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation; Literaturlauswertung
- Beratung der zuständigen Ministerien

Medizinischer Bereich:

- Prüfung der fachlichen Voraussetzungen bei den Interdisziplinären Frühförderstellen freier und kommunaler Träger im Rahmen der "Frühfördergrundsätze" des Landes für eine Bezuschussung

Pädagogischer Bereich:

Ansprechpartner und fachliche Begleitung für die Schulkindergärten

Quelle: http://www.rps-schule.de/ghrs/sos/fruehfoerderung_bw.html

Anlage 4 – Mitglieder des projektbegleitenden Beirats

Land	
Herr Dr. Hase / i.V. Herr Schomacher	Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung
Frau Dr. Burchardt	MSGFG
Herr Kunkat	MSGFG
Frau Dr. Thaiss	MSGFG
Frau Vosgerau	MSGFG
Kommunen	
Frau Goffin	Amt für Schule, Kinder- und Jugendeinrichtungen der Landeshauptstadt Kiel
Frau Hegger	Kosoz
Frau Stephan	Amt für Jugend, Soziales, Arbeit und Senioren des Landkreises Nordfriesland
Frau Witte	Amt für Familie und Soziales der Landeshauptstadt Kiel
Krankenkassen	
Frau Wagner	vdek
Frau Wiechmann	AOK
medizinischer und medizinisch-therapeutischer Bereich	
Frau Dr. Hergeröder	Amt für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel
Herr Banthien	Sprecher der niedergelassenen Kinderärzte in Schleswig-Holstein, Bad Oldesloe
Herr Hübner	Logopäde, Lübeck
Herr Prof. Dr. med. Stephani	UKSH, CAU-Kiel, Leiter des SPZ Kiel
Verbände	
Frau Arnold	DPWV
Herr Czerwinski	Diakonie
Frau Hewicker	bpa
Praxis der Frühförderung	
Frau Voß	Lebenshilfe Dienstleistungs- und Beratungsgesellschaft (LeDie), Bad Schwartau
Fr. Metzler	IFF Eutin
Frau Kaffka-Backmann	bis zum 01.09.2011 Marli-Frühförderung und Therapie, Lübeck